

*À memória da minha mãe e
à coragem do meu pai.*

A ti Luís!

Agradecimentos

A dissertação que agora submeto a apreciação – apesar do carácter individual que a sua finalidade académica impõe – é o resultado de múltiplos encontros, de partilha e de diálogo, de construção e de reconstrução de significado com diferentes interlocutores. A estes quero agradecer por terem potenciado os meus recursos (para lá dos limites conhecidos) e promovido o meu desenvolvimento como pessoa, investigadora e psicóloga. É com o maior reconhecimento e a mais profunda gratidão que a estes dirijo as primeiras palavras deste trabalho e, simultaneamente, as últimas que escrevo no âmbito do mesmo. Em especial, estou muito grata:

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves e ao Professor Doutor João Salgado, orientadores científicos desta dissertação, pela dedicação e empenho com que desempenharam os seus papéis de “meus Professores” e principais co-construtores deste trabalho. Sinto-me muito agradecida pela confiança depositada, a atenção generosa, os níveis elevados de exigência em todos os desafios lançados (agora!), o apoio facultado e a forma como sempre me estimularam a superar as dificuldades com que me fui deparando... e a mim mesma.

Ao Professor Doutor Óscar Gonçalves e ao Professor Doutor Paulo Machado, meus Professores no âmbito da parte curricular do programa de Doutoramento, pelo muito que me ensinaram e pela simpatia com que me acompanharam ao longo deste processo.

À Dra. Cândida Campos e ao Professor Doutor José Miguez, por terem acreditado e pelos esforços que empreenderam para que este processo tivesse tido um dia início.

Ao Professor Doutor Jaan Valsiner, pelas oportunidades, os desafios e o enriquecimento que me proporcionou com o convite para uma (inesquecível) visita de trabalho a Clark University.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia pelo financiamento concedido com uma bolsa de investigação científica, no âmbito do Programa Operacional Ciência e Inovação (POCI) 2010 apoiado pelo Fundo Social Europeu (FSE).

À Dra. Mónica Figueira e à Dra. Sara Batista pela disponibilidade, interesse e dedicação com que colaboraram na cotação dos discursos dos psicoterapeutas.

Aos psicoterapeutas que participaram nesta investigação, pela frontalidade e pelo entusiasmo com que me revelaram as suas experiências pessoais e profissionais.

Aos meus colegas e amigos do grupo de investigação, pela partilha – das angústias, das incertezas e das alegrias que foram colorindo afectivamente este trabalho –, o apoio e a colaboração. De forma particular, à Catarina Rosa, e também à Filipa Duarte, companheiras nesta viagem e em muitas outras que por esta e ao longo desta fomos fazendo juntas.

À Marlene e ao André, pela hospitalidade, a amizade e a simpatia com que sempre me receberam e acolheram em sua casa.

Aos meus colegas e amigos da Prevenção Rodoviária Portuguesa, de forma particular à Vera pela sua presença, apoio, incentivo, disponibilidade e colaboração desde o primeiro instante deste projecto até à sua conclusão.

À Joana, à Magui, ao Tiago e ao Luís, pela sua solicitude e dedicação na revisão dos capítulos desta dissertação. À minha irmã Joana devo um agradecimento muito especial pela sua inesgotável paciência (sempre que a ela recorri em desespero com problemas informáticos), o seu companheirismo, a sua hospitalidade e disponibilidade, no fundo pela sua presença amiga em todas as fases deste processo.

À Sara, à Mimi e à Ivone, minhas “irmãs da perpétua desordem”, pela sua inestimável amizade e por terem sabido estar sempre presentes, sobretudo nos momentos mais difíceis.

À minha família... Ao meu Pai e aos meus manos Tiago e Joana, pela sua inabalável fé em mim e por serem os meus modelos de força, coragem, abnegação e perseverança. À Baba pela forma silenciosa mas inigualável como cuidou de mim (e desde há alguns anos tem cuidado de nós!). Aos meus queridos sogros (Tita e Quinito) e ao Ricardo, pelo ilimitado carinho com que sempre me encorajaram e pela segurança que continuamente me transmitem.

Ao Luís, meu marido e o mais assíduo companheiro desta viagem, por nunca ter duvidado (apesar das muitas adversidades), por ter aceite e compreendido, por me ter amparado e ajudado, por ter esperado... E por tudo o resto!

Uma perspectiva dialógica do papel social do psicoterapeuta

Resumo

Ser psicoterapeuta é um desafio para a auto-organização identitária de qualquer pessoa que assume este papel, envolvendo uma dinâmica articulação dialógica entre as expectativas sociais e as características pessoais. Neste processo de construção de significado pessoal, a subjectividade da posição “eu enquanto psicoterapeuta” institui-se através das experiências intersubjectivas de estar com outros, nomeadamente com os clientes. No presente estudo, a clássica distinção entre motivos de autovalorização e de contacto com os outros é empregue como instrumento teórico para distinguir e classificar a diversidade identitária dos psicoterapeutas em termos de dois tipos de orientação para os clientes: mais centrados em si (focados no seu poder e na sua autoridade) ou mais centrados nos outros (focados no contacto e na empatia com o cliente).

Na parte teórica deste trabalho, começamos por analisar criticamente a literatura empírica devotada ao psicoterapeuta enquanto objecto de um considerável número de estudos desenvolvidos no campo psicoterapêutico. Após uma breve sinopse histórica da evolução da investigação em psicoterapia e do modo como, ao longo desta, as questões do psicoterapeuta foram sendo abordadas, revemos os principais tópicos da investigação contemporânea dedicada ao psicoterapeuta e concluímos que estes se encontram organizados em duas principais linhas: uma que procura compreender o efeito do terapeuta no processo e resultados terapêuticos e uma outra que se centra na exploração das consequências pessoais do exercício da actividade psicoterapêutica. Depois disso, delimitamos o campo teórico no qual se edifica o nosso trabalho de investigação e procuramos através da apresentação e discussão dos pressupostos centrais das teorias da valoração (Hermans, 1987a, 1991, 1995, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) e do *self* dialógico (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992), reflectir sobre a eventual contribuição destas concepções teóricas para o estudo científico do papel de psicoterapeuta.

No plano empírico, desenvolvemos um estudo que pretende explorar o conteúdo e a organização do sistema de significados pessoais construído pelo psicoterapeuta em torno do seu papel social. Para o efeito, foi conduzida uma investigação com trinta e quatro participantes, composta por duas partes: o estudo das propriedades afectivas do

sistema de significados pessoais associados ao papel de psicoterapeuta e às experiências profissionais, e o estudo do conteúdo dos significados construídos para as experiências profissionais.

O primeiro estudo permitiu-nos, essencialmente, constituir e caracterizar três grupos de terapeutas em função dos afectos associados à posição de psicoterapeuta: terapeutas mais centrados em si (S), nos outros (O) ou simultaneamente centrados em si e nos outros (HH). Os resultados sugerem que a orientação para si, caracterizada por níveis elevados de afecto de autovalorização ou afecto S (terapeutas S e HH), tende a estar mais associada a afectos positivos na área profissional dos psicoterapeutas do que a orientação para os outros. Sugerem, ainda, que os terapeutas com níveis inferiores de afectos S (i.e., terapeutas O), para além de um estado afectivo menos favorável, têm mais dificuldade em beneficiar da partilha de experiências entre as diferentes dimensões das suas vidas e em associar o sucesso à sua imagem profissional.

No segundo estudo, através da análise do discurso dos terapeutas sobre os seus clientes “positivos” e “negativos”, exploramos o conteúdo dos significados expressos. Concluímos, neste estudo, que terapeutas com diferentes orientações motivacionais ao nível da sua posição de psicoterapeuta elaboram discursivamente as suas experiências profissionais em torno de padrões de significado distintos. Os terapeutas O valorizam sobretudo o impacto que os clientes (mesmo os “negativos”) tiveram em si (em termos de aprendizagem e gratificação) e atribuem a responsabilidade pelo sucesso aos aspectos relacionais do processo terapêutico. Por sua vez, os terapeutas S destacam o efeito que enquanto terapeutas tiveram nos clientes “positivos” e “negativos”. Em comparação com os outros dois tipos de psicoterapeutas, estes apresentam uma menor valorização da atitude do cliente nos sucessos e uma menor tendência para compreender estes casos como situações de aprendizagem, focando antes a importância das suas competências técnicas como terapeutas nos casos bem sucedidos e os aspectos relacionais do processo nos casos de insucesso. Por fim, os terapeutas HH, constroem uma imagem profissional dinâmica, flexível e positiva, por entre a descrição de uma diversidade de aspectos – alguns deles contrastantes – das suas experiências profissionais (e.g., identificação com as características dos clientes “positivos” e “negativos”, e diferenciação das características dos clientes “negativos”; maior ênfase nos aspectos positivos dos clientes “negativos” e menor nos aspectos negativos destes casos) e pela atribuição externa do insucesso terapêutico.

The social role of the psychotherapist from a dialogical perspective

Abstract

Those who take on the psychotherapist role face a self-organizing identity challenge involving a dynamic dialogical interplay between social expectations and personal features. In this process of constructing personal meaning, the subjectivity of the position “I as psychotherapist” is established through intersubjective experiences of being with the other – in this case, with clients. In this study, the classical distinction between motives of self-enhancement and contact with the other is used as a theoretical tool in distinguishing and classifying the diversity of psychotherapists’ identity in terms of two types of orientation towards clients: one more self-centred (focused on power and authority) and another more other-centred (focused on the contact and empathy with the client).

In the theoretical part of this work, we have conducted a critical analysis of the large number of empirical studies which have examined the role of the psychotherapist. After a brief historical overview on the development of psychotherapy research and the way in which psychotherapists’ issues have been addressed, the main topics of contemporary research focusing on the psychotherapist are reviewed. These are organized into main lines: on the one hand, there is an attempt to understand the effect of the psychotherapist on the process and the results of psychotherapy; on the other, there is a focus on the exploration of the personal impact of the psychotherapists’ work. A definition of the theoretical field in which our research is carried out is then provided, and through the presentation and discussion of the central assumptions of valuation (Hermans, 1987a, 1991, 1995, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) and dialogical self (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) theories, we assess the contribution of these theoretical ideas towards the scientific study regarding the role of the psychotherapist.

At the empirical level, this study aims to explore the content and organization of the personal meaning system constructed by the psychotherapists around their social role. For this purpose, a survey involving thirty-four participants was conducted in two parts. The first part focuses on the affective proprieties of the personal meaning system associated with the role of the psychotherapist and professional experiences; in the

second part, the content of meanings constructed and assigned to professional experiences is examined.

The first part of the survey enables the characterization of three types of psychotherapists according to the level of affect associated with different types of orientation: those focused on themselves (S), those focused on others (O), and those focused on both themselves and others (HH). The results suggest that the orientation to him or herself, characterized by high levels of self-enhancement affect or S affect (S and HH psychotherapists), tends to be associated with a greater degree of positive affect in the psychotherapists' professional area than the orientation for others. There is also the suggestion that psychotherapists with lower level of S affect (i.e., O psychotherapists), whose emotional state is less favourable, encounter a greater degree of difficulty both in benefiting from the sharing of experiences involving different areas of their lives and in associating success with their professional image.

The second part of the survey involves the analysis of psychotherapists' discourse regarding their "positive" and "negative" clients, and an exploration of the content of meanings articulated. The conclusion is that the discourse of psychotherapists with different motivational orientations in regard to their professional experiences is constructed around distinct meaning patterns. The O psychotherapists mainly value the impact of clients (even with the "negative" ones) on themselves (in terms of learning and gratification) and attribute success to the relational aspects of the therapeutic process. In turn, S psychotherapists value the effect that their impact as psychotherapist has on "positive" and "negative" clients. In comparison with the other kinds of therapists, this group shows a lower valuation of clients' attitude to success and a lower tendency to understand successful cases as learning situations, but focuses on the importance of their technical skills as psychotherapists in successful cases and the relational aspects of the process in unsuccessful cases. Finally, HH psychotherapists construct a dynamic, flexible, positive professional image, through the description of a range of aspects (some of them contrasting) of their professional experiences (e.g., identification with "positive" and "negative" clients' characteristics, and differentiation between "negative" clients' characteristics; laying greater emphasis on the positive aspects of "negative" clients and less emphasis on their negative aspects) and by attributing the failure of therapy to external factors.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – O psicoterapeuta enquanto objecto de estudo	3
1. Introdução.....	3
2. O estudo do psicoterapeuta ao longo da evolução da investigação em psicoterapia....	4
2.1. Principais momentos evolutivos da investigação em psicoterapia.....	5
2.2. Relação entre investigação dos resultados e investigação do processo.....	15
3. Impacto do psicoterapeuta na terapia: O terapeuta enquanto agente de mudança	20
3.1. A eficiência e eficácia do terapeuta.....	23
3.1.1. Estudos publicados até 2004	24
3.1.2. Estudos recentes	32
3.2. As variáveis do terapeuta.....	43
3.2.1. Estudos publicados até 2004	45
3.2.1.1. Traços observáveis	46
a. Sexo	47
b. Idade	48
c. Raça	48
3.2.1.2. Estados observáveis.....	49
a. Currículo profissional.....	50
b. Estilo terapêutico interpessoal.....	54
c. Métodos de tratamento	56
d. Intervenções do terapeuta	59
3.2.1.3. Traços inferidos	65
a. Personalidade e padrões de <i>coping</i>	65
b. <i>Locus</i> de controlo, nível conceptual e estilo de <i>coping</i>	66
c. Bem-estar emocional	66
d. Valores, atitudes e crenças.....	66
e. Atitudes culturais.....	67
3.2.1.4. Estados inferidos	69
a. Relação terapêutica	69
b. Orientação teórica.....	71
3.2.2. Estudos recentes	74

3.2.2.1. Estudo das variáveis do terapeuta na prática clínica	75
3.2.2.2. Estudo conjunto de variáveis relacionais e técnicas	78
3.2.2.3. Outros estudos	83
a. Características demográficas e currículo profissional	83
b. Padrões de interacção na díade terapêutica	84
c. Variáveis subjectivas da situação terapêutica	84
d. Variáveis subjectivas transituacionais	85
3.3. O impacto negativo do terapeuta	87
3.3.1. Estudos publicados até 2004	90
3.3.2. Estudos recentes	95
3.4. O psicoterapeuta enquanto factor comum da terapia	99
3.4.1. Estudos publicados até 2004	104
3.4.2. Estudos recentes	112
4. Impacto da prática terapêutica no psicoterapeuta	118
4.1. Personalidade	121
4.2. Funcionamento interpessoal	122
4.2.1. Família	122
4.2.2. Relações sociais e de amizade	124
4.2.3. Factores que interferem nas relações pessoais	125
4.3. Bem-estar: <i>Burnout</i> e satisfação profissional	128
4.3.1. Insatisfação e <i>burnout</i>	128
4.3.1.1. Factores que contribuem para a insatisfação e o <i>burnout</i>	130
4.3.1.2. Os clientes como fonte de insatisfação	135
4.3.1.3. Outras consequências do stresse e factores predisponentes	137
4.3.2. Satisfação profissional	138
4.3.2.1. Incidência de satisfação profissional	139
4.3.2.2. Factores que contribuem para a satisfação	141
4.3.2.3. Estratégias de prevenção da insatisfação e <i>burnout</i>	143
5. Conclusão	146
Capítulo II – A questão da identidade pessoal de uma perspectiva dialógica	147
1. Introdução	147
2. Teoria da valoração	148

2.1. A identidade como um sistema organizado de valorações: Uma primeira versão.....	149
2.1.1. Dimensão espaço-temporal do processo de valoração	150
2.1.2. O sistema estruturado de valorações	150
2.1.3. Afectos e motivos na valoração.....	151
2.2. A metáfora do narrador motivado de histórias: A versão narrativa	153
2.2.1. A contextualização da narrativa autobiográfica	155
2.2.2. A narrativa autobiográfica enquanto processo organizado de valorações	155
2.2.3. Afectos e motivos na narrativa autobiográfica.....	156
2.3. A metáfora da novela polifónica: A elaboração dialógica da teoria da valoração.....	157
2.3.1. Multivocalidade.....	158
2.3.2. Dialogicalidade.....	158
2.4. Método de autoconfrontação (MAC): A auto-investigação dos significados pessoais.....	160
3. Teoria do <i>self</i> dialógico	162
3.1. Contribuições: Da metáfora da narrativa à da polifonia.....	163
3.1.1. A perspectiva narrativa: Um só autor	163
3.1.2. A novela polifónica de Bakhtin: A multiplicidade de autores.....	165
3.2. Hermans e colaboradores: O <i>self</i> dialógico	167
3.3. Características conceptuais da identidade dialógica.....	168
3.3.1. Identidade corporalizada e espacializada	168
3.3.2. Identidade descentralizada.....	171
3.3.3. Identidade social.....	172
3.4. Dinâmica e auto-organização na identidade dialógica	178
3.4.1. Troca e domínio.....	181
3.4.2. Auto-regulação semiótica.....	183
4. Identidade dialógica, alteridade e afectividade.....	185
4.1. O primado da relação e da alteridade	188
4.2. Afectividade e motivação	191
5. Contribuição da abordagem dialógica da identidade para o estudo do psicoterapeuta.....	195
6. Conclusão	201

Capítulo III – Contribuição empírica: Estudo da auto-organização dos significados pessoais do papel de psicoterapeuta	203
1. Introdução	203
2. Amostra	204
3. Instrumentos	205
3.1. Ficha de identificação demográfica.....	205
3.2. Tarefa de autocomplexidade de Linville	206
3.3. Tarefa de evocação de clientes com impacto positivo e negativo.....	207
3.4. Grelha de afectos de Hermans	207
4. Procedimentos gerais.....	210
5. Estudo A: Organização afectiva dos significados pessoais do papel de psicoterapeuta.....	210
5.1. Descrição dos procedimentos	211
5.1.1. Recolha dos dados	211
5.1.2. Análise dos dados	211
5.2. Resultados.....	213
5.2.1. Posição de psicoterapeuta e sua integração no sistema de posições pessoais.....	213
5.2.1.1. Bem-estar e posição de psicoterapeuta.....	215
5.2.1.2. Relação entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições do sistema pessoal	215
a. Grau de generalização da posição de psicoterapeuta.....	215
b. Afinidade afectiva entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições pessoais	216
c. Associação entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo.....	217
5.2.2. Posição de psicoterapeuta e orientação para si e para os outros.....	219
5.2.2.1. Intercorrelações entre S, O, P e N na posição de psicoterapeuta... ..	219
5.2.2.2. Categorização dos psicoterapeutas consoante os afectos S e O ao nível da posição de psicoterapeuta	220
a. Níveis de bem-estar e categorias de terapeutas	222
b. Relação entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições do sistema pessoal dos terapeutas das diferentes categorias	223

i. Afinidade afectiva entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições pessoais dos terapeutas das diferentes categorias	223
ii. Associação entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo nas diferentes categorias de psicoterapeutas	224
5.2.3. Características demográficas dos terapeutas e variáveis estudadas.....	226
5.2.3.1. Relação entre bem-estar (geral e profissional) e as características demográficas dos terapeutas.....	226
5.2.3.2. Relação entre os valores médios de S e O para a posição de psicoterapeuta e as características demográficas dos terapeutas....	227
5.3. Discussão dos resultados	229
5.3.1. Bem-estar.....	229
5.3.2. Integração da posição profissional no repertório de posições pessoais dos psicoterapeutas	229
5.3.3. Características afectivas da posição de psicoterapeuta e seu significado.	230
5.3.4. Categorização dos terapeutas: Terapeutas mais centrados em si, mais centrados nos outros e terapeutas centrados simultaneamente em si e nos outros	231
5.3.4.1. Bem-estar.....	232
5.3.4.2. Integração afectiva da posição de terapeuta nos sistemas pessoais e bem-estar	233
6. Estudo B: Organização discursiva dos psicoterapeutas em torno do seu papel social.....	236
6.1. Descrição dos procedimentos	238
6.1.1. Recolha das narrativas.....	238
6.1.2. Análise das narrativas.....	238
6.2. Resultados.....	239
6.2.1. Palavras produzidas no relato dos clientes positivos e negativos.....	239
6.2.2. Caracterização dos clientes.....	241
6.2.2.1. Totalidade da amostra.....	242
6.2.2.2. Categorias de terapeutas	244
6.2.3. Atribuição da responsabilidade do resultado terapêutico	248

6.2.3.1. Totalidade da amostra.....	250
6.2.3.2. Categorias de terapeutas	251
6.3. Discussão dos resultados	256
6.3.1. Significados associados pelos terapeutas aos clientes “mais positivos” e “mais negativos”	256
6.3.2. Responsabilidade pelo resultado terapêutico.....	259
7. Síntese geral.....	262
7.1. Discussão geral dos estudos	262
7.2. Limitações e futuras direcções	267
7.3. Implicações para a prática	270
IV - Conclusão	273
Bibliografia	279
Anexos	301

Índice de quadros e gráficos

Quadro 1 – Estudos sobre a eficácia do psicoterapeuta (cit. Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004).....	25
Quadro 2 – Resumo da taxonomia das variáveis do terapeuta apresentada por Beutler, Machado e Neufeldt (1994).....	45
Quadro 3 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “traços observáveis” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados.....	49
Quadro 4 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “estados observáveis” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados.....	64
Quadro 5 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “traços inferidos” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados.....	68
Quadro 6 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “estados inferidos” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados.....	72
Quadro 7 – Dados demográficos da amostra.....	205
Quadro 8 – Lista de termos afectivos (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).....	208
Quadro 9 – Sumário dos principais índices afectivos para os 34 terapeutas da amostra	214
Quadro 10 – Valores de bem-estar geral e profissional (média, desvio-padrão e mediana) e sua associação	215
Quadro 11 – Distribuição (frequência e percentagem), por categorias de significado estatístico, dos índices de generalização da posição de psicoterapeuta.....	216
Quadro 12 – Distribuição dos terapeutas (frequências e percentagens) em função da afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta às restantes posições pessoais	217

Quadro 13 – Distribuição (frequência e percentagem), por categorias de significado estatístico, das correlações entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo	218
Quadro 14 – Valores médios dos índices S, O, P e N na posição de psicoterapeuta e intercorrelações.....	219
Quadro 15 – Valores de S e O da posição de psicoterapeuta dos 34 terapeutas da amostra	221
Quadro 16 – Frequência e percentagem de participantes por categorias de terapeutas	221
Quadro 17 – Valores médios de afecto positivo e negativo do sentimento geral, de afecto positivo e negativo da posição de psicoterapeuta, de bem-estar geral e profissional, por categorias de terapeutas.....	222
Quadro 18 – Frequências e percentagens dos terapeutas que, por categorias, apresentam diferentes proporções de posições associadas à posição de psicoterapeuta	224
Quadro 19 – Distribuição (frequência e percentagens), por categorias de significado estatístico, das correlações entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo, em função das categorias de terapeutas.....	225
Quadro 20 – Valores (média e desvio-padrão) das variáveis demográficas idade e anos de prática dos terapeutas e sua correlação com os valores de bem-estar geral e profissional	226
Quadro 21 – Distribuição dos valores médios de bem-estar (geral e profissional) em função do sexo dos terapeutas	226
Quadro 22 – Distribuição dos valores médios de bem-estar (geral e profissional) em função da orientação teórica dos terapeutas	227
Quadro 23 – Correlações entre as variáveis demográficas idade e anos de prática e os afectos S e O ao nível da posição de psicoterapeuta	228
Quadro 24 – Distribuição dos valores médios dos afectos S e O da posição de psicoterapeuta em função do sexo dos terapeutas	228
Quadro 25 – Distribuição dos valores médios dos afectos S e O da posição de psicoterapeuta em função da orientação teórica dos terapeutas	228

Quadro 26 – Quantidade de palavras (média, desvio-padrão e somatório) produzidas pelos 34 terapeutas da amostra nos relatos dos clientes positivos e negativos.....	240
Quadro 27 – Número de palavras produzidas pelos terapeutas das três principais categorias da amostra (S, HH e O) nos relatos dos clientes positivos e negativos.....	240
Quadro 28 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “caracterização do cliente” positivo	245
Quadro 29 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “caracterização do cliente” negativo.....	247
Quadro 30 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” do cliente positivo	253
Quadro 31 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” do cliente negativo	255
Gráfico 1 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” para a totalidade da amostra.....	243
Gráfico 2 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os seus clientes positivos	244
Gráfico 3 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os seus clientes negativos.....	246
Gráfico 4 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” para a totalidade da amostra.....	251
Gráfico 5 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os clientes positivos.....	252
Gráfico 6 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os clientes negativos.....	254

Introdução

Como tantos outros clínicos e investigadores ao longo da história da psicoterapia, também nós partimos para este estudo movidos pela curiosidade de saber mais acerca do que é ser psicoterapeuta. Havia em nós, sobretudo, a vontade de explorar – para melhor compreender – a relação entre o papel ocupacional e a vida pessoal destes profissionais. Sob a influência dos pressupostos do modelo do *self* dialógico (Hermans & Kempen, 1993) e das asserções centrais de uma psicologia culturalmente orientada (Valsiner, 2007), o nosso olhar estava direccionado para os significados pessoais do que é ser psicoterapeuta e para os processos e transacções dialógicas implicados na sua construção. Era necessário entender os propósitos e objectivos que modelam as suas experiências e actos para poder compreender o que significa ser psicoterapeuta. Deste modo, foi-se edificando – neste campo teórico – um estudo que tem por objecto os significados construídos pelos psicoterapeutas para o seu papel profissional. De uma forma genérica, o nosso objectivo consiste em explorar empiricamente a auto-organização dos psicoterapeutas perante este papel.

Na sua natureza, a investigação produzida é de carácter exploratório, já que não partimos para o teste empírico de proposições (ou hipóteses) directamente dedutivas da teoria. Pelo contrário, o projecto foi ganhando forma e o conhecimento foi sendo construído por entre as questões que progressivamente foram surgindo do diálogo entre a teoria e os dados gerados pelos métodos.

Esta dissertação é o resultado desse processo. De forma mais pormenorizada, inicia-se com a revisão crítica da literatura dedicada ao psicoterapeuta (Capítulo I). Neste capítulo – depois de uma sinopse histórica da investigação em psicoterapia na qual se salientam diferentes fases do estudo do psicoterapeuta –, revemos os principais tópicos da investigação que actualmente se faz sobre o psicoterapeuta e que, como se verá, se encontra organizada em duas principais áreas de pesquisa. Ambas abordam de forma unidireccional a interacção entre a “pessoa” e o “papel social” do psicoterapeuta. Por um lado, a convicção de que as dimensões pessoais do terapeuta desempenham um papel importante nos resultados obtidos por intermédio da terapia tem sido a base de uma grande quantidade de pesquisas. O conhecimento empírico acumulado nesta área, ao longo de mais de meio século de investigação científica em psicoterapia, parece confirmar que os atributos do terapeuta influenciam de algum modo a capacidade para

desempenhar eficazmente o papel de psicoterapeuta: alguns psicoterapeutas obtêm efeitos mais positivos do que outros que obtêm efeitos mais modestos, sendo que, haverá ainda alguns que prejudicam o nível de ajustamento da pessoa (Garfield, 1995b; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997). Uma outra área de estudos (muito menos) desenvolvida, tem procurado as consequências pessoais do exercício da actividade terapêutica. Também aqui, os resultados produzidos sugerem que a vida pessoal do psicoterapeuta sofre a influência – nalguns casos positiva, noutros negativa – do trabalho psicoterapêutico. Numa reflexão final, concluímos que eventualmente a influência entre as dinâmicas pessoais do terapeuta e os aspectos específicos da sua prática profissional se processa de forma mútua e interactiva.

Esta reflexão levou-nos, num segundo capítulo, a uma reconceptualização dialógica da relação entre o papel de psicoterapeuta e a pessoa que vive por entre este. Após a discussão dos fundamentos e concepções axiomáticas das teorias da valoração e do *self* dialógico, apresentamos uma perspectiva alternativa para o que é ser psicoterapeuta, baseada na reciprocidade dos níveis pessoal e sociocultural da vida humana. Neste caso, defendemos que é através do diálogo situado entre a pessoa e os sistemas simbólicos que os papéis sociais resultam em significados pessoais.

A partir daqui entra-se no campo da exploração empírica. O capítulo III começa com a apresentação de um primeiro estudo elaborado com o propósito de aceder à organização afectiva dos significados pessoais do papel de psicoterapeuta. O objectivo central é caracterizar a amostra de psicoterapeutas com base nos afectos associados à posição de psicoterapeuta.

Na medida em que esta investigação levou à constituição de três principais grupos de terapeutas em função da orientação motivacional subjacente à sua actividade de psicoterapeuta – mais centrados em si (S), nos outros (O) ou que equilibram a concentração em si e nos outros (HH) –, numa segunda investigação empírica procurámos explorar, através da análise do discurso dos terapeutas sobre os seus clientes “mais positivo” e “mais negativo”, o conteúdo dos significados expressos pelos terapeutas em relação às suas experiências profissionais. Os resultados obtidos sugerem que terapeutas com diferentes motivações psicológicas constroem e organizam os significados das suas experiências profissionais em torno de temáticas distintas.

Capítulo I – O psicoterapeuta enquanto objecto de estudo

“Os terapeutas têm um duplo papel: eles devem observar e participar na vida dos seus pacientes. Como observadores, deve-se ser suficientemente objectivo para providenciar a rudimentar orientação necessária ao paciente. Como participante, entra-se na vida do paciente e é-se afectado e por vezes modificado pelo encontro.”

(Yalom, 1989, p. 13)

1. Introdução

Neste capítulo revemos a literatura dedicada ao psicoterapeuta enquanto objecto de inúmeros estudos desenvolvidos na área da psicoterapia. Depois de uma breve resenha histórica da evolução da investigação em psicoterapia e do modo como, ao longo desta, as questões do psicoterapeuta foram sendo abordadas, analisamos os principais tópicos da investigação contemporânea sobre o psicoterapeuta.

De acordo com a revisão da literatura empírica que empreendemos, pareceu-nos adequado organizar a apresentação dos estudos sobre o terapeuta em duas secções principais. Uma primeira grande secção, compreende os estudos do terapeuta enquanto agente ou catalisador da mudança, ou seja, enquanto factor de potencial impacto nos resultados da terapia. Estes estudos procuram sobretudo compreender de que modo o complexo factor psicoterapeuta (e as suas múltiplas variáveis) tem sido implicado com os resultados terapêuticos.

Numa segunda parte, agrupámos os estudos que abordam o psicoterapeuta enquanto pessoa, eventualmente, afectada pela prática terapêutica. Estes trabalhos exploram as consequências pessoais da actividade terapêutica em várias dimensões (e.g., personalidade, funcionamento interpessoal, bem-estar emocional).

Resumidamente, numa primeira parte serão analisadas as pesquisas da influência da “pessoa” do terapeuta no processo e resultados terapêuticos, e numa segunda parte os estudos sobre o impacto da actividade terapêutica continuada na “pessoa” do terapeuta.

2. O estudo do psicoterapeuta ao longo da evolução da investigação em psicoterapia

A Psicoterapia pode ser descrita como uma interação entre (pelo menos) dois indivíduos, em que um – o *cliente* – procura ajuda especializada para um problema e o outro – o *psicoterapeuta*¹ – possui os recursos pessoais e técnicos para promover a necessária assistência terapêutica.

Esta conceptualização, ainda que genérica e simplista da psicoterapia, permite-nos explorar a importância concedida ao papel do psicoterapeuta nesta relação com fins terapêuticos: é ele o detentor do conhecimento especializado sobre o funcionamento psicológico e é dele que se esperam intervenções capazes de ajudar o cliente a ultrapassar as suas dificuldades e a melhorar o seu funcionamento pessoal e interpessoal. Em última análise, poder-se-á afirmar que o psicoterapeuta é um “especialista” nos processos de mudança do comportamento humano. Por outro lado, a especificidade do trabalho psicoterapêutico converte a pessoa do terapeuta no seu principal instrumento de trabalho. Todas as intervenções e técnicas terapêuticas são mediadas e moderadas pelas suas características pessoais e profissionais. Assim sendo, não é de admirar que desde os primórdios da investigação em psicoterapia, por entre a procura de respostas cruciais para o desenvolvimento e afirmação da prática clínica, ao psicoterapeuta tenha sido concedido um lugar de destaque entre os principais tópicos de investigação.

No início, os primeiros clínicos procuravam compreender indutivamente, através de minuciosos relatos das suas práticas, a sua própria influência na mudança observada nos clientes. Posteriormente, o advento das gravações sonoras introduziu novas potencialidades neste estudo, reduziu a interferência do próprio terapeuta, e tornou mais objectiva e rigorosa a análise das suas intervenções. De então para cá, a crescente sofisticação das metodologias de recolha e análise de dados não mais parou, e os estudos do psicoterapeuta enquanto factor de mudança terapêutica multiplicaram-se, multiplicando-se também a complexidade dos mesmos. Contudo, ainda hoje, e depois

¹ Na verdade, não há nenhuma profissão específica, consensualmente reconhecida ou designada, de “psicoterapeuta”. A designação “psicoterapeuta”, à semelhança de “psicoterapia”, não é um domínio exclusivo de uma única profissão. Numa definição mais rigorosa – mas não legal –, “psicoterapeuta” é o estatuto que um profissional licenciado em Psicologia ou em Medicina ou numa outra área de saúde (e.g., Enfermagem, Terapia Ocupacional e da Fala, Assistência Social), adquire depois de um treino prolongado e extenso num determinado modelo de intervenção terapêutica. Contudo, em Portugal os critérios neste âmbito não estão claramente definidos e um licenciado em psicologia clínica é muitas vezes conotado de psicoterapeuta. Com base nestas indefinições, neste trabalho os termos “psicoterapeuta”, “psicólogo clínico” e “terapeuta” são utilizados de forma indistinta; aludindo qualquer um deles ao papel e não a um eventual estatuto.

de constituído um vasto corpo de resultados empíricos sobre a contribuição deste elemento para o desfecho da terapia, se sabe pouco sobre os mecanismos processuais através dos quais o terapeuta exerce o seu efeito. E o apelo é para a necessidade urgente de mais investigação, de mais conhecimento, num ciclo interminável de pergunta, resposta, pergunta...

2.1. Principais momentos evolutivos da investigação em psicoterapia

A investigação em psicoterapia nasceu no contexto clínico, motivada pelas inquietações dos primeiros terapeutas, e foi progredindo de acordo com os desafios, necessidades e exigências da própria prática terapêutica. Simultaneamente, as preocupações que interpelavam os investigadores foram sendo estrangidas pelo ambiente histórico, cultural e científico que, em cada momento, condicionou não só o conteúdo das questões formuladas, mas também o modo como se procurou resposta para as mesmas. Dito de um outro modo, a formulação fenomenológica dos tópicos de investigação foi-se modificando de acordo com as influências teóricas e os paradigmas metodológicos que a psicologia em geral, e a psicoterapia em particular, foram valorizando em cada momento. Enquanto que, por sua vez, os resultados produzidos pela investigação foram gerando mudanças e evoluções que contribuiriam, deste modo, para o desenvolvimento da própria psicoterapia enquanto prática clínica.

A nossa sinopse histórica da investigação em psicoterapia, de acordo com a proposta de alguns autores (Beutler & Machado, 1992; Hill & Corbett, 1993; Russell & Orlinsky, 1996; Strupp & Howard, 1995), encontra-se organizada em fases ou momentos que delimitam as suas principais evoluções. No sumário que fazemos dos principais acontecimentos que marcaram cada um destes momentos, daremos especial atenção ao estudo do psicoterapeuta. No limite, os desenvolvimentos que assinalam as principais fases evolutivas da psicoterapia podem ser lidos sob a perspectiva das variáveis do terapeuta enfatizadas em cada uma delas (e.g., comportamentos abertos, condições facilitadoras e comportamentos cobertos, respectivamente numa primeira, segunda e terceira fases). Nesta revista histórica, teremos também em consideração eventuais implicações e evoluções decorrentes das investigações desenvolvidas sobre o psicoterapeuta.

A *primeira fase* do desenvolvimento da investigação em psicoterapia foi pautada pelo esforço de demonstrar a viabilidade de se estudar a psicoterapia de forma científica (Russell & Orlinsky, 1996). A preocupação central dos investigadores neste período poderia ser resumida da seguinte forma: *Será a psicoterapia uma prática científica?* A adesão aos princípios de rigor e objectividade do método científico impôs-se como a única via de acesso e de afirmação da cientificidade da psicoterapia, tendo o seu estudo – numa lógica positivista e empiricista – sido facilitado pela emergência das gravações fonográficas.

O nascimento da investigação em psicoterapia está associado à curiosidade e preocupação dos terapeutas com a eficiência e validade das suas práticas. Os primeiros clínicos analistas, num esforço de documentarem os acontecimentos terapêuticos e os resultados dos seus tratamentos, empreendiam longas descrições retrospectivas dos seus casos clínicos. Freud e os seus seguidores tentavam, através destas descrições exaustivas dos seus casos individuais, analisar e explicar como ocorre a mudança em terapia. Contudo, as descrições subjectivas dos terapeutas não cumpriam, de todo, os requisitos de controlo e operacionalização de que a investigação em psicoterapia necessitava para obter o estatuto de ciência objectiva (Strupp & Howard, 1995).

Nesta fase, a investigação em psicoterapia e a prática terapêutica sofreram a influência preponderante do clima pós II Guerra Mundial. Nos EUA, a carência de técnicos especializados para assistir os veteranos de guerra, que tinham desenvolvido distúrbios psicológicos na sequência desta, levou o governo e instituições privadas a financiarem a formação de psicoterapeutas e, conseqüentemente, a investigação científica realizada a este nível. Todo este movimento social e académico determinou a direcção e os esforços dos investigadores para a necessidade de controlarem e de operacionalizarem os comportamentos dos intervenientes na terapia, bem como de procurarem relações de causalidade entre tratamento e resultado (Hill & Corbett, 1993).

O advento das técnicas de gravação electrónica trouxe um novo rigor às descrições das transacções terapêuticas, extraíndo o fenómeno terapêutico dos consultórios privados e colocando-o ao alcance da investigação científica. O registo sonoro das interacções do processo permitiu aceder ao que se passava durante o tratamento sem a interferência enviesada das observações do terapeuta ou do cliente (Russell & Orlinsky, 1996). No final da década de 30, a gravação integral das sessões tornou possível objectivar, controlar e analisar as observações do processo terapêutico. A partir desta altura, assistiu-se ao aparecimento em grande número de estudos

centrados na mensuração dos comportamentos abertos ou observáveis do terapeuta. Hill e Corbett (1993) citam, a este propósito, os trabalhos pioneiros de Symonds (1938), Robinson (1938) e Porter (1943) que tinham por objectivo compreender o efeito do comportamento do terapeuta nas alterações observadas no cliente. Symonds gravou e analisou entrevistas de conceituados terapeutas da época e concluiu que estes falavam mais de 70% do tempo da sessão. Robinson, na tentativa de responder às inquietações dos psicoterapeutas pela compreensão do efeito dos comportamentos dos próprios terapeutas nos resultados da terapia, gravou durante 10 anos mais de 100 sessões terapêuticas, cuja análise possibilitou o desenvolvimento de um vasto conjunto de estudos. Porter, orientado por Robinson e com base no material por este colectado, desenvolveu um sistema de categorias do comportamento do terapeuta, onde incluiu: o silêncio, a reflexão, a análise provisória (*tentative analysis*) e a interpretação. Os resultados dos vários estudos desenvolvidos em torno das gravações efectuadas por Robinson, apontavam um efeito do comportamento do psicoterapeuta sobre o cliente, sendo que diferentes terapeutas apresentavam padrões diferenciados de impacto (Hill & Corbett, 1993).

Em 1942, Rogers com a publicação *Counseling and Psychology*, ofereceu à psicoterapia uma abordagem distinta da tradicional psicanálise que até então a dominava – a terapia “não-directiva” (Garfield, 1995b). Nesta fase inicial da sua teoria, Rogers destacou os sentimentos dos participantes e defendeu que as atitudes dos terapeutas perante os sentimentos dos clientes provocavam mudanças nestes últimos. Paradoxalmente, a investigação gerada nesta fase da teoria de Rogers centrou-se no comportamento do terapeuta, nomeadamente no desenvolvimento de sistemas de categorização do seu discurso e não tanto no cliente, alvo das intervenções². Por esta altura, a gravação e transcrição sistemática das sessões psicoterapêuticas eram a principal base de estudo dos investigadores (Strupp, 1995)

De um modo geral, os primeiros estudos sobre o processo terapêutico focaram-se na mensuração do comportamento dos terapeutas e dos clientes dentro da sessão, no contraste de diferentes perfis dos terapeutas e na análise do impacto contíguo às intervenções do terapeuta (Hill, 1992a). Ainda que estes estudos fossem, globalmente, bastante rudimentares e contivessem inúmeras limitações metodológicas e conceptuais, podem considerar-se os percursos da investigação controlada e objectiva em psicoterapia (Rogers, 1970).

² Russell e Orlinsky (1996, p. 710) caracterizam esta contradição lógica como um “enviesamento positivista”.

A *segunda fase* da investigação em psicoterapia, sofreu a influência preponderante de duas figuras: Carl Rogers (no âmbito da investigação do processo) e Hans Eysenck (ao nível da investigação do resultado). Esta fase foi marcada pela procura de um maior rigor científico para as práticas de investigação e dominada pela preocupação com a eficácia da própria terapia (i.e., *Será a psicoterapia eficaz?*). Consequentemente, uma fracção da comunidade científica (i.e., os investigadores do processo) dedicou-se, durante este período, ao estudo dos factores processuais que acreditavam serem responsáveis pelos efeitos da terapia, desenvolvendo métodos objectivos de análise das gravações das interacções terapêuticas. Uma outra parcela (i.e., investigadores dos resultados) centrou-se no exame dos resultados da terapia, através do desenvolvimento de estudos comparativos e de investigações análogas (i.e., investigações com não-clientes ou nas quais se utilizaram terapeutas não profissionais) (Russell & Orlinsky, 1996).

Nos EUA, a emergência dos seguros de saúde, a vaga possibilidade de desenvolvimento de um sistema nacional de saúde e os avanços recentes na psiquiatria biológica (Kopta, Lueger, Saunders & Howard, 1999) conduziram a uma consequente valorização da responsabilidade terapêutica. Estes desafios, com os quais a psicoterapia se deparou, contribuíram para que a investigação produzida nesta fase, se tivesse focalizado na avaliação da sua eficiência. No fundo, uma série de interesses profissionais e económicos sobre a prática psicoterapêutica impulsionaram o desenvolvimento da investigação acerca dos resultados produzidos.

Se a preocupação com a eficácia das suas práticas se pode antever como uma inquietação comum a todos os psicoterapeutas desde os primórdios da psicoterapia, o moderno estudo sistemático dos resultados em psicoterapia só teve início nos anos 50, despoletado pelo controverso artigo de Hans Eysenck, publicado no *Journal of Consulting Psychology* em 1952 (e reeditado em 1992), intitulado *The effects of psychotherapy: An evaluation*. Neste artigo, o autor apresentou uma revisão crítica de 24 estudos, envolvendo um número superior a 8000 pacientes neuróticos submetidos a diferentes tipos de terapia e concluiu não ter encontrado provas que “apoiem a hipótese de que a psicoterapia facilita a recuperação de desordens neuróticas” (Eysenck, 1952/1992, p. 662). De acordo com a análise de Eysenck, dois terços dos pacientes emocionalmente perturbados submetidos à tradicional psicoterapia (i.e., tratamentos de inspiração psicodinâmica), melhoravam substancialmente dentro de dois anos, mas uma igual proporção de neuróticos sem terem recebido qualquer tipo de tratamento

psicológico melhoravam num período de tempo equivalente. Ao concluir que o efeito da psicoterapia não é superior ao da remissão espontânea, Eysenck (1952/1992) colocava em causa a legitimidade da psicoterapia como prática eficaz.

Como facilmente se depreende, este artigo e as suas provocatórias conclusões não foram bem aceites pelos psicoterapeutas da época. Surgiram inúmeras críticas de natureza metodológica e os dados utilizados por Eysenck foram reanalisados por vários autores. Por exemplo, Bergin (1971) reanalisou os estudos em que Eysenck baseou as suas conclusões e afirmou que, para além de estes conterem muitas falhas e imprecisões metodológicas, os seus resultados podem ser interpretados de múltiplas formas em função do critério escolhido pelo revisor.

Apesar de polémico, Eysenck teve o mérito de provocar uma vaga de investigações com o objectivo de provar a eficácia da psicoterapia. Assim, uma parte considerável dos investigadores focaram-se no estudo dos resultados da psicoterapia, em detrimento do estudo do processo, pois parecia ser mais premente fazer prova da sua eficácia do que estudar os seus componentes. Afinal se esta não fosse eficaz, de que valia estudarem-se os elementos que a integram?

Enquanto isso, um outro sector da comunidade científica, sob a influência teórica de Carl Rogers, procurava estudar empiricamente os mecanismos responsáveis pela mudança operada no cliente, nomeadamente, através da avaliação do comportamento do terapeuta. Na segunda fase da teoria Rogeriana, expressa na obra *Client-Centered Therapy* (Roger, 1951; cit. Garfield, 1995b), acentuou-se a perda de protagonismo das técnicas terapêuticas em favor da ênfase na personalidade do terapeuta e na capacidade do cliente para assumir a mudança.

Em 1957, Rogers (cit. Hill & Corbett, 1993) publicou o seu famoso tratado sobre as “condições necessárias e suficientes” da terapia, conceptualizadas como atitudes do terapeuta capazes de provocar a mudança do cliente. Segundo Rogers (1970) o terapeuta deveria “possuir” as características facilitadoras do bom resultado terapêutico, ou seja, a “empatia”, a “aceitação incondicional” e a “genuinidade”. Um terapeuta que manifestasse estas qualidades facilitaria o crescimento pessoal e a auto-exploração por parte do cliente, enquanto os terapeutas deficitários nestes atributos poderiam não só impedir o progresso terapêutico, como até deteriorar o estado do cliente (Truax & Mitchell, 1971). Para Rogers, a qualidade das atitudes dos psicoterapeutas sobrepunha-se às suas competências técnicas e aos seus conhecimentos, sendo os principais determinantes da modificação terapêutica efectiva (Rogers, 1970).

Na Universidade de Chicago, onde Rogers se encontrava por aquela altura, assistiu-se a uma proliferação de estudos que procuravam validar os últimos desenvolvimentos da sua teoria. O modelo terapêutico centrado no cliente estimulou de tal forma o espírito de investigação que, em 1957, Cartwright (cit. Rogers, 1970), compilou 122 referências bibliográficas de trabalhos empíricos e de revisão teórica sobre a terapia centrada no cliente. De um modo geral, estas investigações tinham por objectivo testar, com recurso a metodologias positivistas e de observação não participante do terapeuta, as consequências do comportamento do psicoterapeuta no cliente.

Vários factores, inerentes ao modelo terapêutico centrado no cliente, seduziram clínicos e investigadores a desenvolverem estudos em torno do mesmo. Uma das suas atracções consistia no facto de os elementos constitutivos da teoria se prestarem a uma definição operacional e quantitativa, o que facilitava o seu estudo (Hill & Corbett, 1993; Rogers, 1970). Efectivamente, Rogers preocupado com o controlo, a operacionalização e a quantificação de cada um dos aspectos mais relevantes da sua teoria, foi de encontro às exigências científicas da investigação empírica em psicologia. Para além disso, ao salientar as atitudes do terapeuta, Rogers deu voz e continuidade às preocupações dos terapeutas de então, enquanto, simultaneamente, procurou respostas para estas inquietações pela introdução sistemática ao estudo do impacto que o comportamento dos próprios tem nos clientes.

Apesar das muitas críticas que os estudos das ideias Rogerianas suscitaram em psicoterapeutas de outras áreas e em investigadores de diferentes escolas, designadamente pelas limitações metodológicas dos seus experimentos (cf. Garfield, 1995b), estes tiveram o mérito de: (1) contribuir para o estudo sistemático da psicoterapia; (2) promover a utilização sistemática das gravações sonoras das sessões terapêuticas para propósitos de investigação; (3) chamar a atenção para a importância das competências do terapeuta como ingredientes essenciais da mudança terapêutica efectiva; (4) e de um modo geral, enfatizar a investigação e a sua importância para o melhoramento da prática psicoterapêutica. Acresce dizer que, Rogers e o seu grupo de colaboradores, foram os pioneiros da investigação científica em psicoterapia.

Ainda que sem o apoio de Rogers, as “condições necessárias e suficientes” para a mudança foram posteriormente ampliadas e conduziram ao aparecimento de modelos de treino de terapeutas. Basicamente, estes programas residiam na assunção de que as condições facilitadoras são competências do terapeuta que podem ser ensinadas,

treinadas e aprendidas, e a mudança do cliente uma consequência da intervenção do terapeuta. Nesta concepção, uma atenção mínima era concedida às diferenças dos clientes (e.g., tipo de problemática, sintomatologia).

De entre os muitos programas de treino desenvolvidos, Hill e Corbett (1993) destacam três pela influência que tiveram na consulta psicológica:

- (1) o treino de recursos humanos de Carkhuff (1967), no qual era ministrado aos terapeutas um conjunto de competências básicas que estes deveriam dominar de modo a promoverem a mudança positiva no cliente (tais como: “atendimento não verbal”, “reflexão de sentimentos”, “interpretação”, “auto-revelação”, “proximidade imediata”, “confrontação”, “autenticidade”, “tomada de decisão”, entre outros). Carkhuff alertava para a possibilidade de determinados comportamentos do terapeuta poderem ter um efeito contraproducente nos clientes (e.g., “perguntas fechadas”) bem como, a in experiência deste.
- (2) o micro-aconselhamento de Ivey (1971), consistia na transmissão de um conjunto de competências básicas semelhantes às de Carkhuff, implementadas através de técnicas aperfeiçoadas de modelação, prática e *feedback*.
- (3) o processo de recordação interpessoal de Kagan (1965) partia do princípio de que os terapeutas possuem determinadas competências inatas que não são directamente acessíveis, pelo que devem ser activamente exploradas. Com base neste, os terapeutas eram convidados a ouvirem as gravações das suas sessões terapêuticas, a perscrutarem o seu próprio comportamento (tanto aberto como coberto) dentro das sessões e a examinarem a percepção que tinham do comportamento dos clientes.

O maior legado do movimento dos programas de treino de competências para a investigação foi, provavelmente, a insistência na chamada de atenção para a importância das próprias competências do terapeuta (Hill & Corbett, 1993). Na sequência destes programas, e do postulado teórico (e não empírico) das condições “necessárias e suficientes”, foram desenvolvidas mais de 30 medidas de avaliação das intervenções verbais do terapeuta. Os resultados de inúmeras investigações com estas medidas (Hill, 1992b) sugerem um efeito pequeno, ainda que significativo, das técnicas verbais na terapia.

Muitos programas de treino defendiam também o exercício e a utilização, por parte dos terapeutas, de comportamentos não verbais como: “postura”, “paralinguagem”, “expressão facial”, “cinesia”, “contacto visual” e “proxêmica”.

Contudo, os estudos dedicados à avaliação da eficiência destas técnicas continham imensas limitações metodológicas como indicam Highlen e Hill (1984; cit. Hill & Corbett, 1993), nomeadamente: as diferentes conotações que este tipo de comportamentos podem ter para diferentes pessoas, a dificuldade em utilizar observadores externos para codificar o significado destes comportamentos e a utilização nestes experimentos de investigações análogas.

Durante esta fase, a proliferação da investigação em psicoterapia fez-se acompanhar do desenvolvimento de um grande número de modelos psicoterapêuticos e de teorias explicativas da mudança.

O início da *terceira fase* da investigação em psicoterapia coincidiu com o estabelecimento em 1969 da *Society for Psychotherapy Research*, uma organização internacional e multidisciplinar, formada com o objectivo de estabelecer e regular a prática da investigação em psicoterapia (Strupp & Howard, 1995). Esta fase ficou ainda marcada, pelo estabelecimento empírico da psicoterapia como uma prática eficaz e pelo desenvolvimento das abordagens cognitivas.

A popularidade dos modelos cognitivos influenciou consideravelmente a investigação produzida nesta fase. A consideração de que o comportamento é mediado por pensamentos, atraiu os investigadores em psicoterapia para a análise dos processos internos e mediacionais do processo terapêutico. As variáveis cobertas ou subjectivas do terapeuta passaram a ser estudadas no âmbito da análise da eficácia da psicoterapia. Por esta altura, os investigadores investiram na resposta à questão: *Quais os determinantes da mudança terapêutica?*

No final dos anos 70, com o recurso a técnicas sofisticadas de avaliação (e.g., meta-análise) os investigadores estabeleceram empiricamente a eficácia da psicoterapia enquanto tratamento para uma variedade de problemas psicológicos (cf. Lambert & Bergin, 1994). Em 1980, Smith, Glass e Miller (cit. Strupp & Howard, 1995) estabeleceram a eficácia da psicoterapia com base numa meta-análise de 475 estudos controlados dos resultados, sugerindo uma “magnitude do efeito” (*effect size*) média da psicoterapia de (*d*) 0.85, o que significa que no final do tratamento uma pessoa com resultados terapêuticos médios estará melhor do que 80% das pessoas não submetidas ao tratamento. Posteriormente, Lambert, Shapiro e Bergin (1986; cit. Lambert & Bergin, 1995), através de um processo idêntico, sugeriram que pelo menos 70% das pessoas submetidas a psicoterapia melhoram.

Paralelamente à consolidação da eficácia da terapia, surgem as preocupações com a eficiência diferencial das diferentes abordagens terapêuticas (i.e., *Serão todas as terapias igualmente eficazes?*). De entre os muitos estudos comparativos e revisões empreendidas, o resultado mais comum sugere que todas as formas de psicoterapia são igualmente eficientes para a maior parte dos problemas dos clientes, embora alguns estudos sugiram que as terapias comportamentais se têm revelado superiores no tratamento de problemas de ansiedade (cf. Lambert & Bergin, 1994).

A falta de provas a favor das diferenças de eficácia das várias abordagens terapêuticas introduziu uma nova controvérsia no campo da psicoterapia, em particular na investigação produzida nesta área. Na medida em que os proponentes das diferentes abordagens defendiam a singularidade do processo, apelando para a importância de técnicas terapêuticas específicas, uma quantidade crescente de investigações sugeria a presença de factores genéricos ou comuns a todas as formas de psicoterapia. Uma das principais implicações da discussão “factores únicos” *versus* “factores comuns” diz respeito à formação dos terapeutas. Neste caso, várias questões se colocaram: se todos os terapeutas usam basicamente os mesmos “factores comuns” no seu trabalho, o que é que os diferencia em termos de eficiência? Poderá o treino sistemático nestes factores tornar pessoas sem aptidão ou intuição inatas em terapeutas eficazes? Estas pertinentes interpelações constituem um desafio aos terapeutas para demonstrarem a natureza da sua competência profissional (Strupp & Howard, 1995).

Actualmente, a comunidade científica parece consensual quanto ao facto de a psicoterapia ser mais eficiente do que a sua ausência. O que não é ainda tão claro são as razões pelas quais a psicoterapia é de facto terapêutica. E esta parece ser a questão do momento. Duas linhas centrais de investigação têm procurado respostas para esta questão através de pressupostos teóricos e metodológicos distintos. A área mais investida desde o final dos anos 70 – quer no que respeita à quantidade de adeptos e de produção científica quer de apoios financeiros recebidos – é a que tem procurado identificar os tratamentos mais eficazes para desordens mentais específicas (movimento EST – *Empirically Supported Treatments*, Chambless & Hollon, 1998; cit. Castonguay & Beutler, 2006b) através de ensaios clínicos (RCT – *Randomized Clinical Trials*), com base numa abordagem orientada para o problema (i.e., modelo médico de intervenção). Esta via (contrária aos resultados acumulados sobre a equivalência relativa das terapias) tem, contudo, produzido um retorno limitado para a compreensão dos mecanismos de

mudança em psicoterapia e gerado, por isso, grande controvérsia no campo. Em contraposição, a compreensão das características do terapeuta, das variáveis do cliente que extravasam os critérios de diagnóstico do DSM e da relação terapêutica, constitui-se como o outro grande curso da investigação realizada em psicoterapia, interessada em aumentar o conhecimento sobre a dinâmica do processo terapêutico (expressa pelo movimento ESTR – *Empirically Supported Therapeutic Relationships*, Norcross, 2002; cit. Castonguay & Beutler, 2006b).

Muito recentemente, Louis Castonguay e Larry Beutler (2006b, 2006c; Beutler & Castonguay, 2006) propuseram-se conduzir um movimento conciliatório das duas anteriores linhas de investigação e que pretende estabelecer os princípios empiricamente apoiados da mudança terapêutica (EBPTC – *Empirically Based Principles of Therapeutic Change*, Castonguay & Beutler, 2006b). De acordo com os autores, é tempo da investigação em psicoterapia fazer uso dos conhecimentos que tem produzido e determinar os princípios que estão na base da mudança terapêutica a-teórica. Segundo estes, dada a complexidade da mudança em causa, não faz sentido os investigadores continuarem de costas voltadas a procurar os principais indicadores da mudança ou nas técnicas específicas (factores específicos) ou nos aspectos relacionais (factores comuns) do processo terapêutico. Assim, o principal objectivo deste grupo de trabalho é descobrir, de forma integrada e única, o papel que as técnicas, a relação terapêutica e as características dos participantes desempenham na mudança ocorrida através da terapia.

Perante o actual cenário, em que se dá conta de um aumento exponencial da investigação (e da própria comunidade científica) e em que é crescente a necessidade de se validarem os resultados e os processos em psicoterapia, Orlinsky, Ronnestad e Willutzki (2004, p. 309) resumem o actual momento da investigação em psicoterapia “como uma [fase] de consolidação, estandardização e elaboração, contudo também de apreciação fundamental, inovação e controvérsia”. Espera-se então, que através da incrível sofisticação dos esforços que estão a ser feitos no momento, se ilumine e clarifique o complexo e intrincado processo de mudança terapêutica.

Em síntese, apesar de curta, a narrativa histórica da vida da investigação em psicoterapia está cheia de peripécias e controvérsias. Ao longo do seu percurso evolutivo, a investigação em torno do psicoterapeuta foi sendo marcada pela adesão dos investigadores às exigências impostas pelos paradigmas científicos vigentes. Em cada fase, os investigadores foram valorizando as diferentes dimensões do terapeuta que

melhor se adaptavam aos critérios de cientificidade prevalentes. Inicialmente, a ênfase positivista da investigação na objectividade, no controlo e na operacionalização promoveu estudos centrados na categorização dos comportamentos observáveis do terapeuta correlacionando a sua frequência de aparecimento com o resultado terapêutico; e posteriormente, sob a influência das abordagens cognitivas, o foco das pesquisas dirigiu-se para as variáveis subjectivas do terapeuta. Nos últimos anos, o estudo do psicoterapeuta sofreu novos avanços e desenvolvimentos, tendo sido o seu papel abordado tanto no âmbito dos mecanismos comuns (i.e., os seus aspectos relacionais) como específicos (i.e., as suas intervenções técnicas) da mudança terapêutica. Actualmente, uma das áreas de estudo mais sofisticada é aquela em que os investigadores procuram estimar a contribuição única e individual do terapeuta para a variabilidade encontrada no resultado terapêutico. Com o conhecimento de que dispomos hoje, parece aceitável a afirmação de que a pessoa do terapeuta é um factor de primordial importância no decurso e desfecho do processo terapêutico.

2.2. Relação entre investigação dos resultados e investigação do processo

O campo de produção de conhecimento em psicoterapia aparece classicamente organizado em dois domínios principais (ainda que alguns autores critiquem a artificialidade desta distinção; cf. Garfield, 1990): um centrado na avaliação dos resultados terapêuticos e um outro centrado no estudo do processo terapêutico. Estas duas áreas diferem entre si, na medida em que a *investigação dos resultados* se dedica à avaliação empírica da eficácia de diferentes abordagens e procedimentos psicoterapêuticos (i.e., procura não só mostrar que a psicoterapia “funciona”, mas quais os modelos psicoterapêuticos que “funcionam melhor”), enquanto a *investigação do processo* se centra na identificação dos ingredientes activos da psicoterapia e dos mecanismos de mudança (i.e., procura perceber por que é que a psicoterapia “funciona” e “como funciona”). Estas duas abordagens têm implícitas diferentes perspectivas epistemológicas (uma centrada na explicação linear e outra mais na compreensão holística, respectivamente) e metodológicas (perspectiva mais instrumental, experimental e objectiva *versus* uma perspectiva mais intersubjectiva e qualitativa, respectivamente). As pesquisas centradas no processo tiveram o seu auge de popularidade nos anos 50 e 60, promovidas em grande parte pelos adeptos da escola de terapia centrada no cliente, tendo sofrido, de então para cá, um acentuado declínio. Por

seu lado, este decréscimo na investigação no processo coincidiu com o início da era dos estudos comparativos, desenvolvidos nos anos 70 pelos investigadores focados nos resultados, e não mais parou (Rice, 1992).

De acordo com esta diferenciação, o estudo do terapeuta, dos seus comportamentos (abertos e cobertos) e experiências em contexto terapêutico, tem sido, tradicionalmente, uma preocupação da área de investigação centrada no processo. Mais recentemente, os investigadores centrados nos resultados têm-se esforçado por incluir o terapeuta nos seus estudos, de modo a conhecer-se a contribuição deste para os resultados exibidos pelos clientes de psicoterapia (Elkin, 1999). Ambas as abordagens ao estudo do terapeuta são suportadas pela convicção generalizada, de clínicos e investigadores, de que as suas características influenciam decisivamente a mudança terapêutica.

Ao longo do desenvolvimento da investigação em psicoterapia, a relação entre estes dois domínios sofreu algumas alterações e evoluções (cf. Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). A separação entre os dois domínios da investigação em psicoterapia aconteceu na *fase inicial* do desenvolvimento da mesma, quando se tornou evidente que os investigadores diferiam nas suas perspectivas teóricas e metodológicas, bem como nos componentes que mais valorizavam no estudo da terapia. Os investigadores dos resultados defendiam que a psicoterapia enquanto prática científica valia pelos resultados que produzia. Deste modo, começaram a avaliar objectivamente as consequências da terapia. Acreditavam que só se poderia afirmar a validade científica da psicoterapia se os seus resultados pudessem ser empiricamente aferidos e validados. Por seu lado, os investigadores centrados no processo, procuravam activamente delimitar, controlar e operacionalizar os acontecimentos terapêuticos que conduzem à mudança (e.g., os comportamentos do terapeuta), sem os quais, defendiam, não se poderia replicar a eficácia terapêutica, tornando irrelevante a investigação para a prática clínica (Garfield, 1990).

Num *segundo momento*, a diferenciação entre os dois domínios acentuou-se. Cada um se centrou, como vimos anteriormente, no desenvolvimento de questões e de metodologias específicas. Na perspectiva dos investigadores dos resultados, a preocupação central consistia em demonstrar os efeitos positivos da psicoterapia. Sem o estabelecimento da eficácia da psicoterapia não tinha, segundo estes, qualquer legitimidade o estudo das questões de causalidade (Lambert & Bergin, 1995). Os

investigadores do processo, por sua vez, insistiam que só o conhecimento dos factores que produzem a mudança psicoterapêutica poderia tornar a psicoterapia uma intervenção eficaz e eficiente (Garfield, 1990). Durante este período de afirmação e organização das duas valências da investigação em psicoterapia, e por força do seu afastamento e da delimitação dos seus campos de estudo, assistiram-se a grandes desenvolvimentos metodológicos. Os investigadores centrados nos resultados desenvolveram metodologias experimentais capazes de examinar de forma controlada as variáveis de ordem teórica e instrumental com impacto no resultado; enquanto, por sua vez, os investigadores do processo desenvolveram metodologias (e.g., sobretudo de natureza correlacional) e instrumentos (e.g., as escalas de comportamentos do terapeuta de Truax e Carkhuff, 1967; cit. Garfield, 1995b) direccionados para a mensuração dos comportamentos dos participantes em terapia e da própria relação terapêutica. Este movimento de diferenciação e expansão culminou no reconhecimento, por parte dos investigadores, da necessária complementaridade entre os dois sectores de investigação – que viria a efectivar-se no terceiro momento.

A constatação de que só se poderia compreender o fenómeno terapêutico através do estudo conjunto do processo e dos resultados aconteceu num *terceiro momento*. Finalmente, os protagonistas dos dois domínios conseguiram afirmar as suas potencialidades e, simultaneamente, admitir as suas limitações. Por exemplo, a investigação nos resultados foi capaz de provar a eficácia da terapia mas não conseguiu explicar os componentes terapêuticos das mesmas. Limitações como esta, estavam presentes nas duas linhas tradicionais de “fazer” investigação em psicoterapia, que submetidas ao determinismo linear eram incapazes de traduzir nas suas pesquisas a complexidade do fenómeno terapêutico. O terceiro momento, foi o do reconhecimento de que só reunindo esforços se podem conhecer os factores verdadeiramente terapêuticos e informar o público em geral sobre os procedimentos terapêuticos mais eficazes (Garfield, 1995a). Assim, os investigadores passaram a estudar conjuntamente os processos que ocorrem ao longo do encontro terapêutico e os resultados que dele resultam, na medida em que as mudanças no processo são potenciais indicadoras dos resultados terapêuticos (Hill & Lambert, 2004).

As primeiras tentativas de intersecção da investigação nos resultados com a investigação no processo consistiram em estudos correlacionais, nos quais as variáveis do processo eram avaliadas em termos de frequência ou proporção de ocorrência e relacionadas com os resultados finais da terapia. Esta primeira tentativa de ligação da

investigação do processo à investigação no resultado ficou conhecida pela metáfora da “droga” (Stiles & Shapiro, 1994), por analogia dos ingredientes psicoterapêuticos aos princípios activos farmacológicos. Sucintamente, o modelo correlacional da metáfora da droga baseia-se na assunção de que os “ingredientes activos” da psicoterapia podem ser identificados através da correlação de um dado componente do processo com o resultado do tratamento. Um determinado componente do processo seria considerado um ingrediente activo se se apresentasse significativamente correlacionado com a melhoria e “inerte” se assim não acontecesse, ou seja, postula uma relação linear entre as variáveis globais da sessão terapêutica e os resultados finais do tratamento. Vários investigadores criticaram esta interpretação lógica das correlações do tipo “mais é melhor”, dado que não tinha em consideração o tempo, o contexto, a qualidade e o resultado imediato da terapia (Lambert & Hill, 1994; Stiles & Shapiro, 1994).

A relação entre componentes processuais e resultados foi evoluindo e complexificando-se, passando-se de uma abordagem correlacional para abordagens sequenciais (i.e., que estudam os efeitos imediatos dos acontecimentos do processo) e de análise de padrões (i.e., que estudam longas sequências de interações a partir de episódios ou acontecimentos do processo). Um novo paradigma de investigação foi proposto por Rice e Greenberg – a investigação no processo de mudança (*change process research*; Rice, 1992) – com o objectivo de identificar e compreender os mecanismos implicados na mudança terapêutica. Esta abordagem da mudança terapêutica encerra a ambição de suplantá-la, de uma vez por todas, a velha dicotomia processo/resultado, ao procurar determinar o *como* e o *porquê* das mudanças terapêuticas.

À luz deste novo paradigma de investigação integrado, a mudança terapêutica deixa de ser concebida em termos da diferença quantitativa de variáveis específicas avaliadas em momentos determinados da terapia (antes e após) e passa a ser perspectivada como uma variação na sequência ou na organização dos padrões de interacção de clientes e terapeutas, que ocorrem dentro e ao longo do processo terapêutico, podendo ser avaliados em diferentes momentos do processo (i.e., em termos de acontecimentos, episódios ou tarefas terapêuticas). A convergência entre processos e resultados tem implícita, deste modo, uma nova concepção de mudança como algo que decorre da interacção conjunta de uma multiplicidade de variáveis em momentos diferentes do processo. Nas palavras de Rice (1992, p. 19), a intenção é construir, com base nesta abordagem, “«equações» de complexidade crescente e iluminadoras das

ligações entre os recursos do cliente, as intervenções do terapeuta, a ocupação do cliente em tipos particulares de processo e o resultado ao longo do tempo”.

Para tal, os investigadores passaram a analisar de forma detalhada e sistemática a resolução de acontecimentos específicos que ocorrem *dentro* do processo terapêutico, de modo a determinar os padrões de comportamento que fomentam a mudança. Não só a ênfase mudou do exame isolado dos comportamentos para o exame das sequências de comportamentos dentro dos acontecimentos, como os investigadores passaram a utilizar também novos métodos de análise, tais como análise de tarefas (*task analysis*) e métodos qualitativos, que prometem ajudar a descrever os acontecimentos de forma mais completa (Hill & Corbett, 1993).

A pesquisa num processo contínuo e sequencial de mudança exige que os investigadores se foquem em micro-resultados, que surgem ao longo do processo, e nos intervenientes enquanto informadores privilegiados das suas próprias experiências e percepções de mudança. Aos intervenientes na terapia é conferido um papel activo na construção da mudança, baseado nas situações de interacção desencadeadas por objectivos particulares e no modo como organizam os seus comportamentos ao longo das mesmas (Greenberg, 1992). Uma das grandes potencialidades defendidas para este tipo de abordagem parece ser a contrastação dos acontecimentos de mudança entre psicoterapias de diferentes orientações (Wiseman, 1992).

Com o objectivo comum de compreender a mudança terapêutica, a investigação realizada em psicoterapia avançou, assim, de um determinismo linear (i.e., estudos dos resultados ou estudos dos processos) para modelos de maior complexidade, onde se assiste ao estudo funcional do processo de mudança (Machado, 1996). O intuito é estudar directamente as complexidades multivariadas e interaccionais envolvidas no tratamento, ao longo do processo e no resultado. Nestes modelos, as complexas relações entre processo e resultados são perspectivadas através de conjuntos de variáveis mediadoras e moderadoras. A combinação dos dois aspectos da investigação num estudo verdadeiramente global da psicoterapia, apesar de estimulante, afigura-se como uma tarefa muitíssimo complicada (Garfield, 1990).

Posto isto, podemos afirmar que, contemporaneamente investigar convenientemente a mudança terapêutica é um empreendimento de grande envergadura. Aliada à elaboração e sofisticação das metodologias de análise (e.g., análises multiníveis) que requerem um grande domínio das mesmas por parte de quem as utiliza,

assiste-se a um esforço sistemático de compreensão do fluxo de interação e interdependência das múltiplas classes de factores (ao invés das tradicionais linhas sectárias de investigação). Assim, a maioria dos investigadores procura hoje, pelo menos, a ligação entre dois dos seguintes grupos de variáveis (Beutler & Machado, 1992): (1) factores de risco; (2) intervenções preventivas; (3) características dos clientes; (4) características dos terapeutas; (5) relação terapêutica; (6) intervenções curativas; (7) acontecimentos sequenciais do processo terapêutico; (8) micro-mudanças ao longo do tratamento; (9) resultado final do tratamento; e (10) manutenção de ganhos.

3. Impacto do psicoterapeuta na terapia: O terapeuta enquanto agente de mudança

“In terms of therapeutic action, the person of the therapist is not all important but, without the therapist, there would be no therapy ”

(Aveline, 2005, p. 162)

A contribuição do terapeuta para a mudança operada em terapia é uma das mais antigas preocupações de clínicos e investigadores da área da psicoterapia (e.g., Robinson em 1938 procurou compreender o efeito que o comportamento do terapeuta tem nas alterações observadas no cliente). Contudo, após mais de meio século de investigação científica em psicoterapia, o terapeuta é ainda uma variável negligenciada (Garfield, 1997b, 1998) e pobremente compreendida (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2004).

A grande parte da *investigação nos resultados* em psicoterapia tem privilegiado o estudo das técnicas terapêuticas e das múltiplas versões teóricas da mudança – ainda que sem resultados empíricos que apoiem a conclusão de que as mudanças que se seguem à psicoterapia se encontram fortemente relacionadas com a utilização de técnicas específicas (Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause, 2002; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn, 1997). E até a *investigação no processo* em psicoterapia tem sido frequentemente desenvolvida sobre um determinado modelo terapêutico (Garfield, 1998). Esta ênfase da investigação

nas abordagens psicoterapêuticas, baseada numa perspectiva com interesses políticos, económicos e mecanicistas/naturalistas³ (Aveline, 2005; Bergin, 1997), tem relegado para segundo plano o estudo sistemático de potenciais variáveis terapêuticas, como é o caso do terapeuta.

Embora se reconheça que nem todos os terapeutas são igualmente eficientes, relativamente poucos estudos têm devotado atenção ao papel que este participante do encontro terapêutico desempenha no desfecho do mesmo. Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, Imber e Pilkonis (1986) referem a este respeito que, de entre um universo de mais de 500 investigações publicadas entre 1980 e 1986 sobre os resultados terapêuticos, virtualmente, nenhuma analisou o terapeuta como um factor independente. De um modo semelhante, Crits-Christoph e Mintz (1991) reviram exaustivamente todos os estudos dos resultados em psicoterapia publicados entre 1980 e 1990 na revista científica *Consulting and Clinical Psychology* (num total de 140 estudos). Com base nesta revisão, estes autores afirmam que em 26 destes 140 estudos havia apenas um terapeuta por estudo ou por tratamento, inviabilizando o seu estudo enquanto factor independente; enquanto nos restantes estudos o factor terapeuta foi negligentemente ignorado (mesmo quando 77 dos restantes 114 estudos dispunham de mais do que um terapeuta por condição). Estes factos têm perpetuado o “mito da uniformidade” dos terapeutas, postulado em 1966 por Kiesler (Elkin, 1999; Garfield, 1997b; Hill & Corbett, 1993), que se consubstancia na tendência da investigação para assumir que todos os terapeutas de uma dada orientação actuam de forma idêntica.

Na última década, a investigação em psicoterapia – tendenciosamente focada na avaliação dos resultados – dedicou-se extensivamente à análise dos efeitos de tratamentos específicos em desordens específicas (movimento EST – *Empirically Supported Treatments*). Neste tipo de experimentos, os investigadores em vez de procurarem estudar as variáveis do terapeuta relacionadas com o resultado do tratamento, esforçam-se por eliminar o factor terapeuta das suas análises sobre os efeitos dos tratamentos, despendendo recursos consideráveis na selecção, treino, supervisão e monitorização dos terapeutas de acordo com as prescrições de manuais

³ A ênfase da investigação em psicoterapia no desenvolvimento e/ou identificação de planos terapêuticos específicos para cada categoria nosológica de diagnóstico, baseia-se numa concepção mecanicista/naturalista da natureza humana (Bergin, 1997). De acordo com esta noção, as pessoas e os seus problemas são variáveis dependentes susceptíveis de responderem a intervenções terapêuticas (farmacológicas e psicológicas). O impacto desta perspectiva na psicoterapia deve-se ao reconhecimento de que a medicina (com especial relevo para esta área, a psiquiatria) tem merecido uma atenção superior por parte das forças políticas e governamentais, beneficiando de enormes investimentos e fundos financeiros, quando comparada com as ciências sociais/comportamentais. Assim, à imagem da medicina, a psicoterapia, mercê da pressão exercida por estes interesses, tem procurado provas da eficácia e da segurança dos seus tratamentos para a cura de “desordens-doença” (Aveline, 2005) psicológicas específicas, com a ambição de poder vir a desfrutar de um mesmo estatuto.

(Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997). Ou seja, com um conjunto de procedimentos complexos visa-se a diminuição da variabilidade no resultado atribuível ao terapeuta (Garfield, 1995b; Strupp & Anderson, 1997) e o aumento da probabilidade de se encontrarem nos resultados efeitos devidos ao tratamento – independentemente dos terapeutas que os oferecem.

Serão estas – a primazia da investigação no tipo de terapia e as tentativas para eliminar o terapeuta como uma variável importante do resultado terapêutico – as principais razões pelas quais se reclama na literatura o estatuto de factor “negligenciado” (Garfield, 1997b, 1998) e pouco compreendido (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994) para o psicoterapeuta. Esta caracterização serve também o propósito de provocar a comunidade científica sobre o que tem sido o estudo desumanizado do processo terapêutico de mudança e, assim, atrair atenções para este importante tópico de investigação: o terapeuta. Tal como Allen Bergin (1997) fez questão de esclarecer, não é tanto pela ausência de estudos sobre o terapeuta que estes termos se lhe aplicam, mas antes pela ascendência que sobre estes têm tido os estudos das técnicas. Nas suas próprias palavras: “O que isto significa é que os estudos comparativos dos resultados das técnicas, de elevada qualidade, se tornaram mais frequentes do que no passado e que eles têm recolhido mais atenção e têm tido mais impacto público do que o largo número de estudos devotados ao terapeuta, ao cliente e às variáveis de interacção do processo” (Bergin, 1997, p. 83).

Nos últimos anos, tem sido notório o reconhecimento crescente da necessidade de considerar o papel do terapeuta na investigação focada nos resultados. Vários aspectos têm sido estudados sob a rubrica do terapeuta, sendo que a maioria destas pesquisas tem procurado estimar o efeito diferencial do terapeuta para a variância no resultado terapêutico e identificar os factores explicativos das variações encontradas no desempenho dos terapeutas.

Esta secção é, precisamente, dedicada à análise do conhecimento empírico acumulado sobre o terapeuta enquanto um dos factores terapêuticos. Na organização deste tópico, optámos por delimitar a análise dos estudos com base no ano de publicação da quinta e última edição de uma obra de referência na área da investigação em psicoterapia: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004). Trata-se de uma revisão global, avaliativa e sintética da literatura empírica produzida em todos os domínios da psicoterapia, que desde o ano de

1971 tem sido periodicamente publicada. Dada a importância e o impacto deste compêndio no campo (e.g., direccionando, com base nos resultados empíricos reunidos e na ausência destes, a investigação a produzir no futuro imediato), dividimos cada um dos seguintes subtemas em: investigações publicadas até 2004 e investigações recentes (i.e., publicadas desde 2004). Com esta divisão pretendemos salientar a contribuição dos estudos mais contemporâneos – que já não integram a revisão do *Handbook* de 2004 –, por forma a representar os últimos desenvolvimentos no estudo do terapeuta enquanto agente de mudança terapêutica.

3.1. A eficiência e eficácia do terapeuta⁴

A convicção generalizada de que os atributos pessoais dos terapeutas desempenham um papel importante nos efeitos da terapia, é algo comumente aceite no campo da psicoterapia. Aceita-se que alguns terapeutas com as suas técnicas (e não as técnicas por si só) obtêm efeitos mais positivos do que outros que obtêm efeitos mais modestos, sendo que haverá ainda alguns que prejudicam o nível de ajustamento da pessoa (Garfield, 1995b; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997).

Apesar da crença clínica na importância das qualidades do terapeuta para uma psicoterapia bem sucedida e da existência de resultados empíricos de que os terapeutas diferem no seu grau de eficiência, a investigação não foi ainda capaz de estabelecer de forma consensual a proporção de efeito terapêutico que é explicada pelo terapeuta. Os investigadores que se têm debruçado sobre este tópico atribuem primariamente a responsabilidade pelo actual estado do conhecimento sobre o terapeuta ao facto de a investigação produzida em psicoterapia estar há décadas centrada no teste empírico da eficácia diferencial das várias abordagens terapêuticas, sem atender a eventuais diferenças entre os terapeutas (Garfield, 1995a, 1998; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Okiishi, 1997). Ou dito de outro modo, ao facto de o “factor terapeuta” ser preterido em proveito do “factor terapia”. Outras justificações dirigem-se criticamente para a investigação tradicionalmente conduzida sobre o psicoterapeuta que (1) assumiu

⁴ A utilização conjunta dos termos “eficácia” (*efficacy*) e “eficiência” (*effectiveness*) reflecte um crescente interesse da investigação em psicoterapia por estudos fundamentados empiricamente em contextos aplicados *versus* em laboratório (Lambert & Ogles, 2004). Os estudos da eficácia baseiam-se em ensaios clínicos, para os quais os clientes são seleccionados de acordo com rigorosos critérios de inclusão/exclusão e posteriormente distribuídos de forma aleatória por diferentes condições de tratamento. Estes estudos enfatizam o controlo das variáveis e a validade interna de modo a aumentarem o poder do investigador para fazer inferências causais a partir dos dados (i.e., validação empírica). Por sua vez, a eficiência é avaliada nos contextos naturalistas da prática psicoterapêutica quotidiana. Nestes estudos é enfatizada a validade externa e a relevância clínica dos resultados.

que a sua contribuição pode ser dividida em dimensões ou características, quando “o terapeuta é mais do que a soma de dimensões” (Lambert, 1989, p. 471; Lambert & Bergin, 1994); (2) se centrou na descrição das variáveis do terapeuta sem atender à qualidade das mesmas (Garfield, 1998; Hill & Corbett, 1993); e (3) se focou na contribuição das suas variáveis para o resultado terapêutico através de análises correlacionais, sem considerar a eficácia individual dos terapeutas (Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994). Bergin (1997, p. 84) argumenta, a este respeito, que “o terapeuta não é uma variável. O terapeuta é uma pessoa”, pelo que não deve ser estudado como um aglomerado de características mas antes como uma influência única e total que se exerce sobre o processo terapêutico e assim contribui para a mudança operada por intermédio deste.

Recentemente, perante o avolumar de dados em torno da eventual contribuição singular da pessoa do terapeuta para a variação encontrada nos resultados do tratamento e no âmbito dos modernos movimentos “empiricamente apoiados”, tornou-se premente fazer a “validação empírica do psicoterapeuta” (Lambert & Ogles, 2004, p. 169). As recomendações frequentemente repetidas por consagrados autores (e.g., Crits-Christoph & Mintz, 1991; Elkin, 1999; Lambert & Ogles, 2004), no sentido de o terapeuta passar a figurar enquanto factor causal em todos os estudos conduzidos sobre os resultados da terapia, parecem ter produzido efeito, tendo-se assistido ao aparecimento de um número considerável de estudos sobre a eficácia e eficiência do terapeuta.

3.1.1. Estudos publicados até 2004

As revisões empreendidas por Lambert e Bergin (1994) e Lambert e Ogles (2004) – integradas nas duas últimas edições do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1994; Lambert, 2004) – mencionam um conjunto de investigações que até 2004 suportam a convicção de que o terapeuta influencia de forma individual e única os resultados terapêuticos (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, Beck, Carrol, Perry, Luborsky, McLellan, Woody, Thompson, Gallagher & Zitrin, 1991; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985; Najavits & Weiss, 1994; Orlinsky & Howard, 1980; Rounsaville, O'Malley, Foley & Weissman, 1988; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1989; cit. Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

Quadro 1 – Estudos sobre a eficácia do psicoterapeuta (cit. Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004)

Investigadores	n	Principais resultados
Orlinsky & Howard, 1980	23	Seis dos 23 terapeutas obtiveram sucesso em 84% dos seus casos; cinco dos 23 terapeutas obtiveram sucesso em apenas 44% dos seus casos.
Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985	9	A magnitude do efeito (<i>d</i>) do terapeuta variou entre 0.13 e 0.74, entre terapeutas divididos por três condições de tratamento. Os terapeutas, ao aplicarem um mesmo tratamento, obtiveram taxas de sucesso bastante divergentes (e.g., numa mesma condição a magnitude do efeito (<i>d</i>) do terapeuta variou entre 0.19 e 0.74).
Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1989	4	Ao compararem dois tipos de tratamento psicoterapêutico (cognitivo-comportamental e psicodinâmico) descobriram que as diferenças encontradas entre os dois eram devidas a um dos terapeutas que integrava o projecto (<i>Sheffield Psychotherapy Project</i>) e que obtinha resultados significativamente melhores no modelo cognitivo-comportamental do que os outros terapeutas (apesar de todos terem sido treinados segundo um mesmo manual).
Rounsaville, O'Malley, Foley & Weissman, 1988	11	Dois dos 11 terapeutas foram julgados não aptos para executar psicoterapia interpessoal num nível aceitável; um dos 11 terapeutas foi considerado inaceitável e abandonou o programa. As cotações insatisfatórias basearam-se ou na incapacidade do terapeuta para utilizar consistentemente as estratégias e técnicas da abordagem (i.e., de acordo com o disposto no manual) ou na sua persistência em utilizar técnicas incompatíveis com o modelo terapêutico.
Crits-Christoph <i>et al.</i> , 1991	141	A meta-análise de 15 estudos e 27 grupos de tratamento, resultou num efeito médio do terapeuta de 8.6% da variância do resultado (“efeito moderado”). Ao longo dos estudos analisados, a percentagem de variância do resultado atribuível ao terapeuta variou entre 0% e 49%.
Najavits & Weiss, 1994	54	Através da revisão de sete estudos empíricos concluíram que os terapeutas variam muito na taxa de eficácia sendo que estas diferenças parecem ser independentes da formação profissional do terapeuta (i.e., treino, experiência e orientação teórica) e dos factores do cliente no início da terapia.
Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996	28	Encontraram diferenças significativas na eficácia dos terapeutas, mesmo entre terapeutas experientes e bem treinados num mesmo programa de tratamento.
Project MATCH Research Group, 1998	54	Analisaram o efeito do terapeuta ao longo de três grupos de tratamento e encontraram diferenças significativas entre os terapeutas em termos dos resultados terapêuticos e da satisfação dos clientes. A maioria das diferenças foram produzidas por um único terapeuta.

Legenda: n – número de terapeutas

De entre estes estudos, destaca-se a investigação de Crits-Christoph *et al.* (1991), por ser, virtualmente, a única meta-análise empreendida até hoje sobre a eficácia diferencial dos terapeutas. Os autores, através da meta-análise dos resultados de 15

estudos, descobriram uma grande variação na magnitude do efeito⁵ do terapeuta, isto apesar de os terapeutas estudados apresentarem entre si poucas diferenças (i.e., eram terapeutas experientes e treinados em versões manualizadas do tratamento). Um outro importante resultado deste estudo sugere que a influência do terapeuta supera a do tipo de tratamento nos resultados terapêuticos.

A maioria destes estudos, realizados através de ensaios clínicos, reflecte a preocupação com um planeamento rigoroso, com a selecção (e.g., critérios de inclusão/exclusão dos participantes) e o controlo das variáveis estudadas (e.g., clientes aleatoriamente distribuídos e terapeutas intensamente treinados, monitorizados e supervisionados) – excepção feita para os estudos pioneiros da década de 80 de Orlinsky e Howard, e de Rounsaville *et al.* (cit. Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004). Nestes estudos, a medida da eficácia do terapeuta corresponde à quantidade de resultados positivos do cliente que podem ser apenas atribuídos ao terapeuta (mais do que às características do cliente, ao tipo de tratamento ou a outras influências).

Outras pesquisas, no âmbito do estudo do efeito do terapeuta, conduzidas no período anterior a 2004, podem ser adicionadas aos estudos citados por Lambert e Bergin (1994) e Lambert e Ogles (2004).

Uma parte muito considerável das investigações efectuadas neste período sobre o efeito do terapeuta, consiste em análises retrospectivas (i.e., *post hoc*) de estudos sobre os resultados, previamente conduzidos e publicados. O estudo de Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear e Woods (2001) é um desses exemplos. Este conjunto de investigadores reanalisou os dados provenientes de um ensaio clínico sobre o tratamento cognitivo-comportamental na perturbação de pânico. Neste programa participaram 14 terapeutas (altamente treinados no modelo, supervisionados e certificados como competentes antes de iniciarem o programa) e 184 clientes com perturbação de pânico (aleatoriamente distribuídos por cinco grupos). Os investigadores chegaram a uma magnitude média do efeito do terapeuta que variou, dependendo da medida do resultado considerada, entre 1% (para a frequência de ataques de pânico) e 18% (para o ASI –

⁵ Por magnitude do efeito (*effect-size*) entende-se a unidade básica de análise a que os investigadores recorrem nos estudos de meta-análise. A meta-análise consiste numa metodologia estatística de revisão da literatura, que permite compilar os resultados de uma grande quantidade de estudos, com vista a calcular, por exemplo, o efeito médio do psicoterapeuta nos resultados da terapia. Para tal, há necessidade de encontrar uma unidade métrica que seja comum a todos os estudos, ou seja, a magnitude do efeito, que corresponde em cada estudo à diferença entre os grupos experimental e de controlo, e se expressa em unidades de desvio-padrão. Para facilitar a leitura do resultado de uma meta-análise, convencionou-se, segundo uma proposta de Cohen (1988; cit. Machado, 1996), utilizar os marcadores de 0.20, 0.50 e 0.80 para caracterizar a magnitude do efeito (*d*) como pequena, média e grande, respectivamente.

Anxiety Sensitive Index; Peterson & Reiss, 1992; cit. Huppert *et al.*, 2001), situando-se em 8% o efeito médio do terapeuta na principal medida de avaliação da severidade da perturbação de pânico (o PDSS – *Panic Disorder Severity Scale*; Shear *et al.*, 1997; cit. Huppert *et al.*, 2001).

O estudo de Luborsky, McLellan, Diguier, Woody e Seligman (1997) é um outro exemplo deste tipo de investigações. Luborsky *et al.* (1997) comparam o desempenho de 22 terapeutas ao longo de sete amostras de clientes toxicodependentes e deprimidos. Os terapeutas foram comparados com base nos resultados terapêuticos obtidos no conjunto de casos que acompanharam, avaliados através de várias escalas e do nível de retenção dos clientes. Os clientes, participantes no estudo, haviam sido seleccionados com base na equivalência dos seus diagnósticos e, posteriormente, foram distribuídos aleatoriamente pelas diferentes condições de tratamento. Os terapeutas, por sua vez, haviam sido seleccionados (em função da sua experiência e competência numa modalidade psicoterapêutica), treinados numa versão manualizada do tratamento e, ao longo do estudo, foram sendo supervisionados e monitorizados em termos da sua adesão ao manual. Embora estes procedimentos concorram para a homogeneização dos terapeutas, os resultados encontrados apontam para uma variação nas percentagens de recuperação dos clientes dos 22 terapeutas, entre a ligeira mudança negativa até mais de 80% de melhoria. Esta pesquisa revelou ainda que alguns terapeutas mantinham as suas diferenças ao longo dos estudos: eram igualmente bons mesmo usando diferentes técnicas. De acordo com estes dados, os investigadores concluíram que os terapeutas diferem largamente em termos da quantidade média de melhoria observada nos seus clientes e que estas diferenças não são explicadas por diferenças existentes entre os clientes.

Num outro trabalho, Najavits e Strupp (1994) também se dedicaram à análise das diferenças entre terapeutas. Os autores examinaram 16 terapeutas, experientes e treinados no modelo psicodinâmico, a quem foram distribuídos cinco clientes, com níveis equivalentes de dificuldade. Após a 25ª sessão terapêutica os terapeutas foram avaliados em termos dos resultados terapêuticos, do tempo de permanência dos clientes na terapia e do comportamento do terapeuta. Com base nestes dados, os terapeutas foram divididos em dois grupos: o dos “mais eficientes”, composto por três terapeutas que não tinham tido resultados negativos e em que nenhum dos seus clientes tinha abandonado a terapia antes da 16ª sessão; e o grupo dos “menos eficientes”, com terapeutas que tinham pelo menos um caso com resultados negativos e dois ou mais

clientes que tinham abandonado a terapia antes da 16ª sessão. Seis dos 13 clientes que apresentaram resultados negativos tinham sido acompanhados pelos terapeutas menos eficientes.

O estudo de Crits-Christoph e Mintz (1991) também se insere no grupo dos estudos retrospectivos sobre os efeitos do terapeuta. Os autores reanalisaram os dados de 10 ensaios clínicos – envolvendo um total de 55 terapeutas e 652 clientes – e detectaram, igualmente, uma grande variação na magnitude do efeito do terapeuta. A proporção de variância no resultado atribuível ao terapeuta variou, nestes estudos, entre 0% e 13.5%.

Lambert (1989), numa outra revisão, examinou algumas das investigações desenvolvidas até então em torno do papel do terapeuta para o resultado do tratamento (algumas das quais presentes no quadro 1). O seu intuito era contrariar a tendência da investigação centrada nos resultados terapêuticos em considerar o efeito do terapeuta um “erro de variância” e não parte integrante do processo de mudança. Foi, assim, sua pretensão chamar a atenção da comunidade científica para a importância da contribuição individual do terapeuta na mudança dos clientes. Os dados recolhidos por Lambert apontam para que o terapeuta individual tenha um impacto substancial no processo e no resultado, que pode ser na sua natureza positivo ou negativo, e que excede o impacto atribuível às técnicas.

A reanálise de quatro grandes projectos psicoterapêuticos centrados nos resultados (envolvendo um total de 35 terapeutas experientes) por Luborsky *et al.* (1986) mostrou que as variações nas taxas de sucesso se devem mais ao efeito do terapeuta do que ao tipo de terapia. A equipa de investigadores concluiu a este respeito que “a frequência e a magnitude dos efeitos dos terapeutas geralmente superam quaisquer diferenças entre diferentes formas de tratamento nestas investigações” (p. 509). Outro importante resultado deste estudo revelou que as taxas médias de sucesso diferem significativamente entre os terapeutas mas, também, entre os clientes vistos por cada terapeuta – sendo que até os terapeutas pouco eficazes obtêm alguns resultados terapêuticos positivos.

De um modo geral, o conjunto de estudos referidos sugerem que: (1) os terapeutas tem um efeito significativo no resultado da terapia (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Crits-Christoph *et al.*, 1991; Huppert *et al.*, 2001; Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1985, 1986, 1997; Project MATCH Research Group, 1998); (2) alguns terapeutas obtêm consistentemente melhores resultados do que outros (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Crits-

Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1985, 1986, 1997; Najavits & Strupp, 1994; Najavits & Weiss, 1994; Orlinsky & Howard, 1980; Project MATCH Research Group, 1998; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987); (3) a contribuição do terapeuta para os resultados é superior à do tipo de tratamento (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Crits-Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1985, 1986; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987); (4) nem todos os terapeutas altamente treinados e motivados para aprender são igualmente capazes de alcançar um desempenho competente na prática clínica (e.g., Rounsaville *et al.*, 1988); e (5) os terapeutas mesmo depois de seleccionados, treinados, supervisionados e monitorizados num mesmo manual diferem no efeito que têm nos resultados terapêuticos (e.g., Huppert *et al.*, 2001; Luborsky *et al.*, 1985, 1997; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987).

Apesar de louváveis as tentativas destes investigadores para estimarem a variabilidade entre os terapeutas, estas pesquisas contêm inúmeras limitações e imprecisões metodológicas. Alguns destes problemas dizem respeito: (1) ao desenvolvimento de análises a partir de estudos já publicados, que assumem o terapeuta como uma variável constante e não aleatória (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Crits-Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Huppert *et al.*, 2001; Luborsky *et al.*, 1986, 1997; Najavits & Strupp, 1994; Najavits & Weiss, 1994; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987); (2) à utilização de amostras pequenas de terapeutas (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991; Luborsky *et al.*, 1985; Orlinsky & Howard, 1980; Rounsaville *et al.*, 1988; Shapiro, Firth-Cozens & Stiles, 1987), (3) a não distribuição aleatória dos clientes pelos terapeutas estudados (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991; Luborsky *et al.*, 1985), (4) ao uso de medidas codificadas pelos terapeutas para testar os seus próprios efeitos (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991; Luborsky *et al.*, 1986), (5) à análise de estudos que não foram inicialmente desenhados para testar a significância dos efeitos do terapeuta (e.g., Orlinsky & Howard, 1980 – interessados em analisar o papel do sexo do terapeuta; Blatt *et al.*, 1996 – primariamente interessados em identificar os factores dos terapeuta mais e menos eficientes do Programa Colaborativo de Investigação do Tratamento da Depressão do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA), (6) e à não inclusão do tratamento como uma variável a considerar na análise dos efeitos do terapeuta (e.g., Luborsky *et al.*, 1985). Crits-Christoph e Gallop (2006) afirmam a este respeito que

“nunca foi realizado um exame da amplitude dos efeitos do terapeuta usando uma verdadeira revisão representativa da literatura” (p. 179).

A conclusão de Lambert e Ogles, no final da revisão de 2004 dos estudos sobre a contribuição do terapeuta para o resultado terapêutico, é assustadoramente semelhante àquela com a qual Lambert e Bergin haviam encerrado a discussão do mesmo tópico uma década antes (i.e., 1994). Quer isto dizer que em ambas as edições do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* se repete a declaração de que estes estudos são apenas o início de um campo científico que se requer mais vasto e profundo sobre a contribuição individual do terapeuta. Em ambas, a mesma afirmação: “simplesmente não sabemos ainda o suficiente sobre o factor terapeuta para especificar quando e como este faz a diferença, nem quando é mais importante do que as técnicas” (Lambert & Bergin, 1994, p. 175; Lambert & Ogles, 2004, p.168). Durante aproximadamente 10 anos, à semelhança de tantos outros antes, o estudo do efeito do terapeuta terá provavelmente sido preterido, apesar do potencial que se reclama para o mesmo.

A repetição desta constatação em várias fontes bibliográficas, leva-nos a questionar porque é que a contribuição do terapeuta para o resultado terapêutico ainda não foi empírica e consensualmente estabelecida? Lambert e Ogles (2004, p. 168), tal como Lambert e Bergin (1994, p. 175) e a maioria dos investigadores, parecem unânimes na consideração (já por nós referida anteriormente) de que: “os investigadores, influenciados pelos modelos mecanicistas, têm colocado as suas apostas nos factores técnicos como os agentes mais poderosos na mudança terapêutica”. Este facto levou a que o terapeuta *per se* (e não as suas múltiplas características) nunca tenha sido considerado de forma sistemática na investigação, sendo o seu estudo muitas vezes subsidiário de investigações desenvolvidas com outros propósitos. Uma outra explicação – intimamente relacionada com esta –, para o facto de a magnitude do efeito do terapeuta na terapia não ter ainda sido empiricamente estabelecido, assenta numa tendência de padronização das variáveis do tratamento na investigação realizada em psicoterapia, nomeadamente através do uso de terapeutas experientes e de manuais de tratamento (Crits-Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991). Estas práticas, emergentes nos anos 70, têm por objectivo controlar a integridade dos tratamentos implementados através da promoção de uma maior homogeneização entre os participantes das experiências. Os investigadores têm reportado como uma consequência da utilização destes procedimentos na investigação em psicoterapia

(sobretudo, na área da eficácia diferencial das abordagens terapêuticas) um decréscimo na magnitude do efeito do terapeuta, em virtude da redução da variabilidade produzida pelas diferenças entre os terapeutas (Crits-Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991). Porém, um aspecto positivo da ênfase na manualização das terapias foi o chamar de atenção para o terapeuta, não só em termos da adesão ou da competência para aplicar o tratamento de acordo com o manual, mas, sobretudo, para as diferenças existentes entre os terapeutas a estes níveis (Kim, Wampold & Bolt, 2006).

Há ainda um outro conjunto de aspectos que devem ser mencionados e que, de algum modo, têm dificultado a síntese das várias estimativas sobre a proporção da variabilidade nos resultados explicável pelo terapeuta (cf. Wampold & Brown, 2005). Os principais obstáculos têm sido: (1) a grande amplitude dos intervalos de variação do efeito do terapeuta estimada pelos diferentes estudos (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991 – entre 0% e 47%; Crits-Christoph & Mintz, 1991 – entre 0% e 13.5%; Huppert *et al.*, 2001 – entre 1 e 18%); (2) a presença de vários factores que afectam a magnitude do efeito atribuível ao terapeuta (e.g., tipo de tratamento, adesão ao manual, experiência clínica, duração do tratamento) e que não se encontram uniformemente controlados em todos os estudos; e (3) inconsistências na forma como o efeito do terapeuta tem sido conceptualizado e calculado (e.g., terapeuta enquanto factor fixo ou aleatório; efeito do terapeuta enquanto valor da amostra ou estimativa de um parâmetro da população). Estas divergências têm dificultado um consenso entre os investigadores quanto à proporção média de variância no resultado atribuível ao terapeuta.

A impossibilidade de estabelecer empiricamente o quão importante é o impacto do terapeuta na terapia tem contribuído para que recorrentemente este seja um factor ignorado ou depreciado (e.g., considerado como ruído ou erro de variância) na investigação. Este é precisamente um dos erros encontrado na investigação associado à (des)consideração do factor terapeuta e consiste em assumir o efeito do terapeuta como desprezível ou insignificante, quando há estudos que mostram que uma proporção da variabilidade nos resultados terapêuticos é devida ao terapeuta (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Crits-Christoph *et al.*, 1991; Luborsky *et al.*, 1985, 1986; Project MATCH Research Group, 1998). Um outro risco, decorrente deste, consiste em assumir eventuais diferenças entre tratamentos quando, na verdade, estas se devem a diferenças existentes entre os terapeutas que os aplicam (Crits-Christoph & Mintz, 1991). Deste modo, ao ignorarem os efeitos do terapeuta, os investigadores podem estar, eventualmente, a

sobrestimar a eficiência do tratamento ou a sua ausência (i.e., se os terapeutas que exercem o modelo terapêutico menos eficaz forem eles próprios menos eficazes).

Vejamos de seguida os estudos realizados depois de 2004.

3.1.2. Estudos recentes

No que respeita ao “efeito do terapeuta”, a revista *Psychotherapy Research* dedicou a este tema uma secção especial na sua edição de Março de 2006, que passamos a rever. Esta secção encontra-se organizada de uma forma bastante interessante e que amplia a discussão em torno da questão da eficácia do terapeuta. Os dois primeiros estudos (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006b; Kim, Wampold & Bolt, 2006) examinam o impacto do terapeuta sobre os resultados terapêuticos, através de sofisticadas metodologias de análise que incidiram sobre um mesmo conjunto de dados (provenientes do Programa Colaborativo de Investigação do Tratamento da Depressão – TDCRP – do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA). A amostra era constituída por 17 terapeutas experientes (que acompanharam 119 clientes distribuídos aleatoriamente por duas condições de tratamento), cuidadosamente seleccionados, treinados segundo uma versão manualizada de um de dois tratamentos (Terapia Cognitivo-Comportamental ou Terapia Interpessoal) e considerados aptos para implementarem o tratamento de forma competente. Ou seja, terapeutas cuja variabilidade se encontrava à partida reduzida.

Elkin *et al.* (2006b), no seu estudo, usaram um modelo hierárquico linear na análise da trajectória longitudinal de mudança dos clientes (i.e., medições repetidas da mudança ao longo do tratamento). Kim, Wampold e Bolt (2006), por sua vez, procederam a uma análise de modelagem aleatória dos dados, tomando como medida da mudança dos clientes os resultados obtidos no final do tratamento. Curiosamente, Elkin *et al.* (2006b) não encontraram demonstrações significativas dos efeitos do terapeuta (reportam que entre 0% a 4% da variância dos resultados terapêuticos é devida às diferenças dos terapeutas); enquanto Kim, Wampold e Bolt (2006) encontraram efeitos significativos atribuíveis ao terapeuta (cerca de 8% da variância dos resultados terapêuticos foi atribuída ao terapeuta e 0% ao tratamento específico prestado)!

Face a estes resultados contraditórios, Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006) foram convidados a rever e a comentar estes estudos, nomeadamente no que respeita às questões estatísticas e metodológicas.

Nas suas análises, Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006) assinalam a presença de importantes diferenças nas análises estatísticas dos dois estudos, como as eventuais responsáveis por estes resultados divergentes. Ainda que em ambos os estudos a opção de análise tenha recaído num modelo hierárquico linear (ou análise multinível), os investigadores dos dois estudos optaram por introduzir um número desigual de níveis de análise. Kim, Wampold e Bolt (2006) usaram um modelo com dois níveis (i.e., terapeuta e cliente), enquanto Elkin *et al.* (2006b) adicionaram um terceiro nível a este modelo (o tempo, i.e., um conjunto de medidas de mudança de cada cliente obtidas ao longo do tratamento). A grande diferença entre os dois estudos reside precisamente, e segundo Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006), na definição de “resultado” adoptada em cada um. Kim, Wampold e Bolt (2006) tomaram como variável dependente de um eventual efeito do terapeuta o resultado terapêutico do cliente avaliado no final do tratamento (por comparação ao valor inicial desta variável); enquanto Elkin *et al.* (2006b) avaliaram a mudança do cliente através da cotação repetida da medida, ou seja, através de um conjunto de avaliações realizadas em diferentes momentos do tratamento (e sem recorrer a uma avaliação inicial do cliente). Deste modo, os resultados dos dois estudos em termos de estimação da magnitude do efeito do terapeuta não são directamente comparáveis (Soldz, 2006).

Perante isto, parece legítimo perguntar: qual é o modelo mais adequado para estimar a magnitude do efeito do terapeuta neste conjunto de dados? Soldz (2006) não responde directamente a esta questão, ou antes, diz que não existe um modelo correcto e que cada um representa uma perspectiva diferente de uma mesma realidade. Na sua perspectiva, a conclusão que se pode retirar destes dois estudos, “dado que ambos foram bem desenhados e conduzidos, é a de que nós não podemos estar muito convictos quanto à amplitude dos efeitos do terapeuta na TDCRP. Estes efeitos podem existir, mas a sua magnitude é controversa” (Soldz, 2006, p. 175). Crits-Christoph e Gallop (2006) são mais precisos na sua resposta. Estes autores defendem que a utilização de valores finais de mudança (como acontece no estudo de Kim, Wampold e Bolt, 2006) aumenta a probabilidade de haver enviesamentos nos dados e demonstram, deste modo, a sua preferência pela utilização de métodos longitudinais de análise (como no estudo de Elkin *et al.*, 2006b). Na perspectiva de Crits-Christoph e Gallop (2006), a análise de uma maior quantidade de dados confere um maior poder estatístico ao modelo e proporciona estimativas mais seguras da mudança ao longo do tempo, pelo que se

depreende que, para estes, a conclusão de Elkin *et al.* (2006b) será mais digna de confiança.

Finalmente, foi dada oportunidade aos autores dos estudos originais de clarificarem e expandirem os raciais para as opções que tomaram. Elkin, Falconnier, Martinovich e Mahoney (2006a) aproveitam o espaço para concordar com as revisões críticas de Soldz (2006) e Crits-Christoph e Gallop (2006) e que, de algum modo, legitimam as conclusões do seu estudo (principalmente, Crits-Christoph e Gallop, 2006); enquanto Wampold e Bolt (2006) defendem acerrimamente os seus procedimentos e resultados como “a resposta correcta” (p. 184) para o problema.

Na apologia do seu estudo, Wampold e Bolt (2006) utilizam duas estratégias principais: por um lado, argumentando contra uma sobrevalorização das diferenças entre os dois estudos ao salientarem, nos resultados do estudo de Elkin *et al.* (2006b), indicações a favor dos efeitos do terapeuta (e.g., uma proporção de variância dos resultados terapêuticos atribuível ao terapeuta entre 0% e 4.4%; taxas variáveis de recuperação dos clientes entre 0% e 63% em função dos terapeutas; alguns terapeutas distinguidos como mais competentes e outros como menos competentes); e, por outro lado, desconstruindo algumas das opções adoptadas por Elkin *et al.* (2006b) e que, na sua perspectiva, reduzem deliberadamente a variância entre os terapeutas (e.g., a opção por uma análise longitudinal que aumenta a variabilidade do cliente e diminui a do terapeuta; a eliminação de terapeutas *outliers* das análises, que se diferenciam dos demais pela sua maior ou menor competência – depois de todos os terapeutas terem sido seleccionados, treinados, supervisionados e monitorizados, providenciarem tratamentos manualizados e empiricamente apoiados – e quando o objectivo é, precisamente, estimar os efeitos do terapeuta; a remoção dos terapeutas *outliers* das análises e a não eliminação também dos resultados dos clientes desses terapeutas).

No final deste intenso debate, os autores participantes desta secção especial parecem pelo menos unânimes na consideração de que: (1) a estimativa da proporção de variância nos resultados psicoterapêuticos atribuível ao terapeuta varia consoante a medida de resultado utilizada e a maneira como a variância do terapeuta é modelada; e (2) a amostra proporcionada pelo TDCRP não tinha as características ideais para se estudarem os efeitos do terapeuta (i.e., um baixo número de terapeutas e de clientes).

A constatação do baixo poder estatístico da amostra do TDCRP (embora muito maior do que a maioria das amostras utilizadas nas investigações conduzidas em psicoterapia) possibilitou uma projecção da discussão no futuro, pela consideração de

formas mais viáveis de estudar este tópico. Os autores (e.g., Crits-Christoph & Gallop, 2006; Elkin *et al.*, 2006b; Wampold & Bolt, 2006) sugerem, a este respeito, que a estimativa da variabilidade nos resultados terapêuticos atribuível ao terapeuta deve ser procurada em contextos naturalistas da prática clínica, com amostras maiores e mais informativas.

Os estudos que apresentamos de seguida adquirem neste âmbito um papel de destaque, uma vez que, são os mais recentes e provavelmente os únicos que se dedicaram ao estudo dos efeitos do terapeuta no contexto da prática clínica quotidiana. Por isso, estes estudos assinalam o início de uma nova fase na investigação em psicoterapia ao nível da eficiência do terapeuta. Em geral, são estudos que envolvem grandes amostras, que utilizam metodologias de análise de dados sofisticadas (e.g., modelos hierárquicos lineares) e que se desenvolvem no contexto natural da prática terapêutica do dia-a-dia.

Naquele que é considerado o primeiro estudo desta nova geração, Okiishi, Lambert, Nielsen e Ogles (2003)⁶ analisaram os resultados psicoterapêuticos de 1841 clientes atendidos, num período superior a dois anos e meio, no serviço de apoio psicológico de um grande centro universitário por 91 terapeutas (sendo que cada terapeuta viu no mínimo 15 clientes). Como instrumento de avaliação dos resultados terapêuticos foi administrado aos clientes, antes de cada sessão, o Questionário de Resultados Terapêuticos (*Outcome Questionnaire* – OQ-45; Lambert *et al.*, 1996; cit. Okiishi *et al.*, 2003). Através dos dados assim recolhidos, e por intermédio de uma análise estatística multinível, os investigadores procuraram determinar se havia terapeutas cujos clientes obtinham melhores – ou piores – resultados do que os de outros. Apesar de os clientes de cada terapeuta apresentarem níveis equivalentes de sintomatologia no início da terapia, os resultados do estudo revelaram diferenças consideráveis nos seus percursos de mudança. Tais resultados permitiram diferenciar os terapeutas que obtiveram resultados particularmente bons (“terapeutas excepcionais”) daqueles que obtiveram resultados particularmente maus (“pseudoterapeutas”). Os clientes dos terapeutas mais eficientes apresentaram uma resposta mais rápida e substancial ao tratamento, com taxas médias de mudança 10 vezes superiores às da

⁶ Como se pode verificar pela data de publicação (i.e., 2003), este estudo é anterior à publicação da última edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004). A opção por o integrar nesta secção prende-se com o facto de este não ter sido considerado na revisão efectuada por Lambert & Ogles (2004) e por se encontrar directamente relacionado com uma nova vaga de investigações sobre os efeitos do terapeuta, que desenvolvemos precisamente neste ponto.

média da amostra, enquanto que os clientes dos terapeutas menos eficientes demonstraram as taxas mais baixas de melhoramento. Os autores do estudo concluem dizendo que estes resultados “providenciam a mais clara prova de que há de facto diferenças significativas entre os terapeutas nos resultados dos seus clientes em psicoterapia” (p. 370).

Okiishi *et al.* (2003), na descrição do seu estudo, não especificaram o valor percentual de variância no resultado explicado pelo terapeuta. Contudo, este foi estimado por Crits-Christoph e Gallop (2006), a partir dos dados apresentados pelos autores, como sendo de 4.1%. Um resultado que, segundo a definição de Cohen (1988; cit. Crits-Christoph & Gallop, 2006), se situa entre um efeito pequeno (i.e., 1%) e moderado (i.e., 9%). Este valor pode, ainda assim, estar abaixo daquele que é de facto devido ao terapeuta, uma vez que, os clientes não foram aleatoriamente distribuídos pelos terapeutas (Crits-Christoph & Gallop, 2006).

Este estudo foi replicado em 2006 (Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen, Dayton & Vermeersch, 2006) com uma amostra de 6499 clientes e 71 terapeutas, recolhida ao longo de mais de seis anos. Cada terapeuta viu um mínimo de 30 clientes. Os autores voltaram a encontrar uma considerável variabilidade nos resultados terapêuticos dos clientes como função do terapeuta que os acompanhou. Em geral, os terapeutas do segundo e terceiro quartis não se distinguiram uns dos outros com base nos resultados dos seus clientes, mas nas comparações dos quartis inferior e superior as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas. Para exemplificar as diferenças encontradas nos resultados terapêuticos dos grupos extremos, os sete terapeutas mais eficientes (10%) e os sete terapeutas menos eficientes (10%) foram contrastados. Os clientes dos terapeutas mais eficientes tiveram taxas de recuperação de 22% e de deterioração de 5%, enquanto os clientes vistos pelos terapeutas menos eficientes recuperaram numa taxa de 11%, com 11% de deterioração.

Noutro estudo de modelagem hierárquica linear do efeito do terapeuta em contexto naturalista, Wampold e Brown (2005) relatam os resultados de um modelo com dois níveis de análise (no qual o terapeuta foi tomado enquanto variável aleatória⁷) em que usaram uma base de dados de 6146 clientes, que receberam psicoterapia no âmbito de um programa de gestão de cuidados médicos (*managed care*) ministrada por 581 terapeutas e que completaram avaliações psicométricas pré e pós terapia (uma

⁷ Vários autores defendem que na análise estatística dos efeitos do terapeuta, o terapeuta deve ser considerado uma variável aleatória (e.g., Crits-Christoph & Mintz, 1991; Kim, Wampold & Bolt, 2006; Lutz et al. 2007), uma vez que só assim os resultados podem ser generalizados para a população teórica de terapeutas semelhante aos terapeutas sob investigação.

versão adaptada do *Outcome Questionnaire* – OQ-45; Lambert, Gregersen & Burlingame, 2004; cit. Wampold & Brown, 2005). Os autores estimaram em aproximadamente 5% a proporção de variabilidade nos resultados atribuível ao terapeuta, quando o nível inicial de severidade dos clientes foi tido em consideração. Este estudo permitiu ainda a Wampold e Brown concluírem que os clientes dos terapeutas mais eficientes recebem mais benefícios de um tratamento psicofarmacológico do que os clientes dos terapeutas menos eficientes.

Brown, Lambert, Jones e Minami (2005), com o objectivo de investigar a variabilidade e a estabilidade da eficiência dos psicoterapeutas, de modo a daí retirar implicações práticas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, analisaram os resultados de 10812 clientes tratados por 281 terapeutas (tendo cada terapeuta acompanhado no mínimo 15 clientes). Os terapeutas – com base nos resultados obtidos pelos seus clientes em dois questionários aplicados regularmente ao longo do tratamento – foram seriados e classificados em terapeutas “muito eficientes” ou “outros”. Brown e colegas encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos clientes vistos pelos 71 terapeutas (25%) identificados como os mais eficientes e os resultados dos clientes vistos pelos outros (75%): os clientes dos primeiros obtiveram valores médios de mudança 53.3% mais elevados do que os clientes dos outros terapeutas.

A mais recente publicação deste tipo, no contexto da investigação da eficiência, é o estudo de Lutz, Leon, Martinovich, Lyons e Stiles (2007). Esta equipa de investigadores procurou estimar a quantidade de variância no resultado terapêutico atribuível ao terapeuta no cenário aplicado da prática clínica. Para tal, recorreu a um grande conjunto de dados psicométricos sobre os resultados terapêuticos de 1198 clientes tratados por 61 terapeutas. Estes dados foram analisados num modelo hierárquico linear com três níveis (i.e., sessão, cliente e terapeuta), no qual o terapeuta foi modelado como um factor aleatório. Os resultados mostraram que cerca de 8% da variância total e aproximadamente 17% da variância das taxas de melhoramento dos clientes, é atribuível ao terapeuta. Numa análise adicional, Lutz *et al.* excluíram os seis terapeutas (10% da amostra) com os resultados mais extremos (i.e., os três com as mais elevadas e os três com as mais baixas proporções médias de mudança) e os resultados explicados pelas diferenças entre os terapeutas foram de cerca de 4% da variância total e 8% da variância no cálculo da mudança dos clientes. Embora a exclusão artificial dos terapeutas *outliers* tenha reduzido o efeito médio devido ao terapeuta, os valores

encontrados foram ainda suficientemente elevados. Segundo os autores do estudo (ibidem), este resultado sugere que o efeito do terapeuta encontrado em estudos anteriores não é apenas devido à presença de terapeutas *outliers* (como por exemplo defende Elkin *et al.*, 2006b).

Ao determo-nos nos resultados alcançados pelos estudos naturalistas e pelos estudos experimentais no que concerne à proporção de variabilidade nos resultados terapêuticos explicável pelo terapeuta, não nos parece possível estabelecer uma relação tendencial comparativa entre as estimativas produzidas por estas duas modalidades de investigação. Senão vejamos. No estudo de Lutz *et al.* (2007), por exemplo, a proporção de 17% da variância atribuível ao terapeuta é superior à encontrada na generalidade dos estudos experimentais. Esta diferença, segundo vários autores (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991; Crits-Christoph & Gallop, 2006; Elkin *et al.*, 2006b; Luborsky *et al.*, 1986; Lutz *et al.*, 2007), é completamente expectável. De facto, é teoricamente esperado que nos estudos naturalistas os terapeutas contribuam para uma maior parcela de variabilidade nos resultados dos seus clientes do que nos estudos experimentais porque o nível de heterogeneidade existente em contextos clínicos aplicados (i.e., nos quais os terapeutas acompanham clientes com diferentes diagnósticos, com diversos graus de severidade e de comorbilidade, através de um número ilimitado de abordagens terapêuticas) é muito superior àquele que se encontra nos ensaios clínicos, onde as condições se encontram estandardizadas (i.e., onde os terapeutas são seleccionados, treinados, monitorizados de acordo com uma determinada abordagem terapêutica manualizada; e os clientes são seleccionados de acordo com características homogéneas de diagnóstico, severidade e comorbilidade e aleatoriamente distribuídos por diferentes condições). Porém, esta relação (i.e., uma magnitude do efeito do terapeuta superior nos estudos naturalistas) não se mantém inalterada ao longo de todos os estudos por nós analisados. Ou seja, encontrámos também investigações conduzidas em ambientes naturalistas onde a magnitude do efeito do terapeuta estimada (e.g., 4.1% no estudo de Okiishi *et al.*, 2003; 5% no estudo de Wampold & Brown, 2005) foi inferior a outras estimativas calculadas em contextos experimentais (e.g., 9% no estudo Crits-Christoph *et al.*, 1991). Na tentativa de explicarem esta relação, Wampold e Brown (2005) e Kim, Wampold e Bolt (2006) sugerem que esta diferença média se pode ficar a dever a variações existentes no nível inicial de severidade das clientes. Isto porque nas situações em que as características de entrada dos clientes são, de algum modo, controladas (e.g.,

nos ensaios clínicos) a variabilidade devida ao cliente é consideravelmente reduzida, o que aumenta, conseqüentemente, a percentagem de variabilidade nos resultados explicada pelo terapeuta. Como podemos ver, varia o sentido da relação comparativa entre os resultados dos dois tipos de estudos e variam as justificações para os mesmos.

Em síntese, o panorama actual proporcionado pela investigação sobre o impacto do terapeuta nos resultados terapêuticos não é completamente esclarecedor a respeito deste fenómeno. Kim, Wampold e Bolt (2006, p. 161) afirmam que “a investigação que tem sido conduzida para estimar os efeitos do terapeuta tem mostrado que uma proporção média a grande da variabilidade nos resultados é devida ao terapeuta (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Luborsky, McLellan, Diger, Woody & Seligman, 1997; Project MATCH Research Group, 1998)”. Contudo, esta não é uma afirmação consensual, logo, porque a validade dos resultados destes estudos tem sido contestada com base num conjunto de limitações e de imprecisões metodológicas – que revimos anteriormente. Além disso, estudos recentes (e.g., Elkin *et al.*, 2006b; Kim, Wampold & Bolt, 2006), com recurso a metodologias multinível, voltam a turvar a segurança desta conclusão, ao não conseguirem estabelecer de forma convergente a contribuição do terapeuta para os resultados terapêuticos para uma mesma amostra. Depois há ainda que considerar o pertinente comentário de Crits-Christoph – uma das maiores referências no âmbito deste tipo de estudos – e Gallop (2006), de que os efeitos dos terapeutas podem ter sido sobrestimados pelos que defendem a sua relevância, sendo que “na maioria dos casos, um artigo sobre o tópico das diferenças dos terapeutas é publicado apenas quando estas diferenças são descobertas” (p. 179).

Parece, contudo, consensual (e.g., Crits-Christoph & Gallop, 2006; Elkin *et al.*, 2006b) que a validação empírica do terapeuta deve prosseguir dentro de um paradigma de investigação que enfatize o estudo de amostras clínicas em contextos naturalistas (i.e., o estudo da eficiência) e não tanto em situações experimentais (i.e., o estudo da eficácia).

Os autores dedicados ao estudo da eficiência do terapeuta (Brown *et al.*, 2005; Lambert, 2007; Lutz *et al.*, 2007; Okiishi *et al.*, 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005) têm defendido múltiplas aplicações do mesmo no domínio da prática clínica, com vista ao melhoramento da qualidade dos serviços terapêuticos prestados. Uma das aplicações destes dados situa-se ao nível da resolução de algumas questões pragmáticas com as

quais nos deparamos no dia-a-dia, tais como: encaminhar alguém para um psicoterapeuta ou seleccionar um psicoterapeuta para integrar um grupo de trabalho. Habitualmente, este tipo de decisões são tomadas com base em informações de que dispomos acerca do modo como os clientes anteriores responderam ao tratamento oferecido por um determinado terapeuta. Ora, alguns dos autores destes estudos (Okiishi *et al.*, 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005) propõem que as estimativas médias do impacto dos terapeutas nos resultados clínicos sejam utilizadas como dados de referência para se fazer este tipo de julgamentos.

A variabilidade atribuível ao terapeuta em contextos clínicos parece também, providenciar uma oportunidade para a monitorização (pessoal e institucional) da qualidade dos serviços e para o melhoramento dos resultados de terapeutas específicos. No âmbito pessoal, os valores médios da eficiência dos terapeutas podem servir como valores normativos de mudança, perante os quais o terapeuta pode avaliar o seu próprio desempenho. Por outras palavras, através desta informação os terapeutas poderiam comparar os seus resultados terapêuticos com os resultados terapêuticos médios obtidos pelos terapeutas em geral. Por exemplo, Lambert, Harmon, Slade, Whipple e Hawkins (2005) defendem que os terapeutas se tornam mais atentos quando recebem informação de que o cliente não se encontra a progredir, uma vez que esta informação parece aumentar o interesse e o investimento no cliente. De outro modo, se um terapeuta produzir consistentemente resultados abaixo da média, como pode saber que os seus clientes não estão a progredir da forma esperada? O acesso a este tipo de informação normativa, combinado com o incentivo dos terapeutas para avaliarem regularmente os resultados dos seus clientes, poderia funcionar como uma forma de *feedback* para o próprio terapeuta, no que respeita aos resultados da sua prática por comparação com a trajectória média esperada de mudança em clientes com as mesmas características. Para além disso, os terapeutas com resultados abaixo da média deveriam ser estimulados a procurarem formas de melhorar o seu desempenho, como o treino continuado e a supervisão, onde inclusivamente poderiam dispor de ajuda para analisar os fracos resultados obtidos (Okiishi *et al.*, 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005).

Em termos institucionais, há autores (Okiishi *et al.*, 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005) que defendem que a avaliação da eficiência dos profissionais (uma variante da avaliação do desempenho) pode conduzir à constituição de listas ordenadas. Assim, os clientes poderiam ser encaminhados para os terapeutas mais eficientes, sempre que isso fosse possível, enquanto aos terapeutas menos eficientes poderiam ser

propostas actividades de formação e treino. Neste contexto, uma outra forma – menos intrusiva – de melhorar os resultados dos clientes é pelo fornecimento de informação de retorno ao terapeuta de forma confidencial (e.g., através de programas informáticos), pedindo-lhe que reflecta sobre o seu desempenho e que resolva ele próprio os seus problemas (Okiishi *et al.*, 2006).

Alguns dos estudos anteriormente descritos foram já desenvolvidos no âmbito de projectos que contemplam a devolução aos terapeutas de informações sobre o progresso dos seus clientes, em relação aos progressos médios obtidos na globalidade do serviço onde estão integrados (e.g., clínica, centro de apoio psicológico). Um destes exemplos é o estudo de Brown *et al.* (2005; cit. Okiishi *et al.*, 2006). Com base nos resultados deste estudo, desenvolvido na *PacifiCare Behavioral Health* (Laguna Hills, California), os clínicos mais eficientes foram recompensados pelos seus bons resultados com um prémio em dinheiro e o seu bom desempenho publicamente reconhecido. Também os estudos de Okiishi *et al.* (2003, 2006) e de Brown *et al.* (2005) foram desenvolvidos com o propósito de avaliar os resultados de um grande número de clientes vistos por um número substancial de terapeutas de modo a usar essa informação para providenciar *feedback* aos terapeutas sobre os resultados relativos aos casos que eles acompanharam. Neste âmbito, a utilização da estimativa da eficiência do terapeuta tem sido reportada como um bom instrumento de gestão da qualidade, directamente baseado na importância do terapeuta para o resultado psicoterapêutico.

Os resultados da implementação experimental de sistemas de *feedback* têm mostrado que as taxas de deterioração podem ser reduzidas e que as taxas de sucesso podem ser aumentadas se ao terapeuta for dada informação de retorno sobre o progresso do cliente (Lambert, 2007; Lambert *et al.*, 2005). Ainda assim, e apesar do potencial que este tipo de informação encerra, Okiishi *et al.* (2006) dão conta de uma enorme resistência na sua utilização, talvez porque muitos dos seus possíveis usos são, no mínimo, controversos (e.g., sanção de terapeutas com piores resultados ou pagamentos em função dos resultados).

Apesar das expectativas colocadas nos estudos da eficiência do terapeuta e das potencialidades reclamadas para os resultados dos mesmos, as investigações desenvolvidas em contextos naturalistas não estão isentas de problemas. Na verdade, tal como afirmam Lutz *et al.* (2007, p. 37) “o poder deste [tipo de] estudo é também a sua primeira limitação”. Desde logo, ao serem conduzidos no contexto clínico da prática diária – privilegiando a validade externa e a proximidade da realidade – estes estudos

retratam a terapia que é praticada e não aquela que eventualmente deveria ser praticada, ou seja, correm o risco de incluir psicoterapias de pobre qualidade. Uma outra dificuldade, prende-se com a impossibilidade de exercer um maior controlo sobre as variáveis em estudo, por exemplo, os clientes não são aleatoriamente distribuídos pelos terapeutas, a correcta operacionalização das variáveis não pode ser seguramente firmada (e.g., o estabelecimento de um diagnóstico) e nem todos os factores que podem eventualmente interferir no resultado são contabilizados. Há ainda, neste tipo de ambientes não controlados, um grande desperdício de informações, nomeadamente, sobre os participantes e o próprio tratamento (e.g., não é possível aceder a todas as variáveis do cliente que podem determinar a sua resposta ao tratamento, tais como o seu nível de escolaridade ou a sua capacidade verbal; nem a uma grande parte dos atributos pessoais dos terapeutas, à excepção das características demográficas e das variáveis de identificação profissional) (Lutz, *et al.*, 2007; Okiishi *et al.* 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005).

Não obstante todas as limitações e dificuldades, a análise das diferenças existentes entre os terapeutas nos contextos aplicados da prática quotidiana começa a ser perspectivada como uma oportunidade para aumentar a qualidade dos serviços prestados, ou seja, para melhorar os resultados terapêuticos. Além disso, e apesar de toda a controvérsia que a questão da eficiência/eficácia do terapeuta ainda envolve, cada vez se avolumam mais indicações sobre um considerável – e não desprezível – efeito do terapeuta sobre os resultados psicoterapêuticos. Mesmo nos estudos que se esforçaram por minimizar a contribuição do terapeuta (i.e., ensaios clínicos), esta continua a explicar uma quantidade relativamente substancial da variância nos resultados do cliente.

Estudos meta-analíticos recentes (e.g., Ahn & Wampold, 2001) têm reafirmado a já antiga consideração de que as diferenças entre os vários sistemas psicoterapêuticos são, na melhor das hipóteses, mínimas. Deste modo, planear terapias com base em tratamentos validados empiricamente para perturbações específicas não assegura que o tratamento efectivamente implementado seja mais eficaz do que outros possíveis. Neste contexto, o papel do terapeuta reveste-se de uma importância acrescida, pois as eventuais variações na eficiência de um determinado tratamento parecem ser cada vez mais função da competência do terapeuta que o administra. Nesta perspectiva, se se aumentar a qualidade dos terapeutas na implementação de tratamentos empiricamente

apoiados tal como são propostos, estaremos a incrementar a eficiência da própria terapia.

As potenciais repercussões práticas da afirmação empírica da existência de diferenças entre os terapeutas ao nível da sua competência, levou Brown *et al.* (2005, p. 514) a considerarem que: “a variabilidade entre os terapeutas se tornou umas das áreas mais críticas da investigação em psicoterapia”.

3.2. As variáveis do terapeuta

A importância de se investigarem os atributos do terapeuta que têm efectivamente valor terapêutico, tem sido reforçada pelos resultados dos estudos que revelam diferenças nas taxas de eficácia/eficiência dos terapeutas. Ironicamente, à medida que se acumulam dados da importante contribuição do terapeuta para os resultados terapêuticos, o interesse da investigação pelas características discretas do terapeuta tem vindo a decrescer (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Beutler *et al.*, 2004).

Por altura dos primeiros estudos em psicoterapia, as características dos terapeutas eram tidas como factores importantes para a compreensão do próprio efeito do tratamento. Porém, com maior ênfase desde a década de 80, a centração da investigação nos modelos psicoterapêuticos e a preocupação com o controlo dos experimentos (e.g., a utilização de manuais terapêuticos, os ensaios clínicos aleatórios, a selecção criteriosa e padronizada dos participantes, entre outros), “deixou pouco espaço para atender às qualidades dos terapeutas tais como personalidade, crenças, cultura e dados demográficos que não são directamente afectadas pelo treino” (Beutler *et al.*, 2004, p. 227).

Um outro conjunto de aspectos que concorre para a explicação do actual desinteresse da investigação nas variáveis discretas do terapeuta prende-se com as características dos próprios estudos conduzidos sobre estas variáveis e com os resultados pouco consensuais alcançados pelos mesmos (Beutler *et al.*, 2004; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Vários autores defendem que os fracos resultados obtidos estão, muito provavelmente, associados ao tipo de investigações que têm sido conduzidas sobre estas variáveis e que consistem, sobretudo, em: (1) estudos correlacionais que tomam a população de terapeutas como se fosse homogénea a partir de determinadas características e que não respondem à questão da eficácia diferencial

dos terapeutas (e.g., Garfield, 1998; Lambert & Bergin, 1994); e (2) análises retrospectivas dos resultados de estudos previamente publicados (e.g., Blatt *et al.*, 1996; Elkin, 1999; Luborsky *et al.*, 1985; Henry, Schacht & Strupp, 1986).

Uma limitação vulgar e importante nos estudos das variáveis do terapeuta, refere-se a inconsistências lógicas na operacionalização das próprias variáveis (e.g., a definição meramente temporal da variável “experiência profissional” não tem em consideração a natureza dos acontecimentos vividos pelos terapeutas durante esse período de tempo) (Beutler, 1997). Outra característica destas pesquisas, capaz de desmotivar alguns investigadores, é a dificuldade em destrinçar o efeito das variáveis do terapeuta dos potenciais efeitos de outras variáveis (e.g., variáveis do cliente, da terapia, das metodologias de avaliação dos resultados) com as quais interactivam (Beutler *et al.*, 2004; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Depois de desfiadas todas estas limitações e dificuldades, poderíamos ainda referir um sem número de problemas metodológicos que contaminam os resultados destes estudos, como sejam: o uso de amostras pequenas, de terapeutas em formação e de medidas únicas dos resultados.

No sentido de colmatar os défices das tradicionais investigações conduzidas sobre os atributos do terapeuta e de potenciar os resultados destes estudos, recentemente têm sido reclamadas mudanças e propostas alternativas para a prossecução reformulada destas pesquisas. Uma das mais interessantes sugestões (e.g., Lambert & Okiishi, 1997; Okiishi *et al.*, 2006) é a que apela para a necessidade de se mudar o foco da correlação das características do terapeuta com o resultado da terapia (tipicamente operada sobre estudos experimentais), para o estudo dos atributos dos terapeutas que obtêm consistentemente melhores resultados (em contextos clínicos aplicados). A expectativa é a de que, assim, se possam identificar e estudar os determinantes do sucesso dos terapeutas mais eficientes. Outra proposta a ter em consideração (e.g., Beutler, 1997), adverte os investigadores para a necessidade de se adoptar um modelo de maior complexidade no estudo do impacto das variáveis do terapeuta, por oposição à perspectiva unidireccional e à hipótese dos efeitos principais que o têm dominado. As relações complexas, multivariadas e interactivas, entre factores técnicos e relacionais do terapeuta, entre factores do terapeuta, do cliente e da terapia, necessitam de ser abordadas e não negadas, para um estudo verdadeiramente compreensivo dos factores terapêuticos da psicoterapia.

3.2.1. Estudos publicados até 2004

Na revisão dos estudos produzidos na década compreendida entre 1980 e 1990 sobre os atributos dos terapeutas que contribuem para os resultados terapêuticos, integrada na quarta (e penúltima) edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Garfield & Bergin, 1994), Beutler, Machado e Neufeldt (1994) classificam as variáveis do terapeuta num sistema de dois eixos que se interceptam. Uma dimensão estabelece uma distinção das variáveis em “*estados*” ou “*traços*”, consoante o grau de constância e permanência das características do terapeuta ao longo de situações intra e extraterapêuticas. Assim, os *estados* correspondem a qualidades dos terapeutas específicas das situações terapêuticas e intimamente associadas ao seu papel profissional, enquanto os *traços* reportam a características mais abrangentes do terapeuta manifestadas na sua vida em geral e que casualmente interferem na terapia. Num outro eixo, as variáveis do terapeuta são agrupadas de forma dicotômica em “objectivas” ou “subjectivas”, de acordo com a possibilidade de estas serem directamente acessíveis à observação externa sem recurso ao auto-relato do terapeuta (i.e., variáveis objectivas) ou não (i.e., variáveis subjectivas). Nesta taxonomia, as variáveis sexo, idade e raça do terapeuta (i.e., variáveis demográficas) são classificadas como variáveis objectivas e *traços* do terapeuta; o currículo profissional, o estilo terapêutico e as intervenções surgem como variáveis objectivas e específicas da terapia (i.e., enquanto *estados*); a personalidade, o bem-estar, os valores, as crenças e as atitudes como variáveis subjectivas e *traços* do terapeuta; enquanto, a relação terapêutica, os atributos de influência social e as expectativas surgem catalogadas como variáveis subjectivas e *estados* do terapeuta.

Quadro 2 – Resumo da taxonomia das variáveis do terapeuta apresentada por Beutler, Machado e Neufeldt (1994)

Variáveis do Terapeuta	Objectivas	Subjectivas
Traços	sexo, idade, raça	personalidade e padrões de <i>coping</i> ; bem-estar; valores, atitudes e crenças; atitudes culturais
Estados	currículo profissional, estilo terapêutico, intervenções terapêuticas	relação terapêutica, atributos de influência social, expectativas, orientação terapêutica

Na última edição do *Handbook*, Beutler e colaboradores (2004), ao reverem os estudos produzidos na década de 90, alteraram, por uma questão de clareza conceptual, a designação das dimensões “objectivas” e “subjectivas” para “observadas” e “inferidas”, respectivamente. Estes autores procederam ainda a uma outra alteração mais substancial face à revisão anterior (i.e., Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Em vez de analisarem qualitativamente a profusão de investigações realizadas sobre as diferentes dimensões do terapeuta, realizaram, sempre que o número e o tipo de estudos o permitiram, meta-análises sobre as mesmas.

No exame da literatura que empreendemos sobre as variáveis do terapeuta, demos preferencial atenção a trabalhos de revisão, principalmente de natureza estatística (i.e., meta-análises), na medida em que estes sumarizam os resultados de um grande conjunto de estudos e permitem comparar sistematicamente os resultados obtidos para diferentes tipos de variáveis (e.g., características estáveis observáveis e características estáveis inferidas). Relativamente às revisões meta-analíticas da literatura, compete ainda dizer que a sua unidade básica (i.e., a magnitude do efeito ou *effect size*) pode ser expressa em várias estatísticas métricas, sendo as mais frequentes o *d* de Cohen e o *r* de Pearson. Uma vez que estas estatísticas não são equivalentes – e à semelhança do que fazem Beutler e colaboradores nas revisões de 1994 e 2004 –, na nossa revisão utilizaremos o *r* como estatística métrica para nos referirmos à magnitude do efeito. Para tal, e nos estudos em que a magnitude do efeito é expressa sob a forma de *d* de Cohen, nós convertemos este valor em *r* através de uma tabela de conversão (cf. Randolph & Edmondson, 2005).

3.2.1.1. Traços observáveis

Este primeiro conjunto de variáveis compreende as características demográficas sexo (definida em termos biológicos, por contraste com a variável género), idade e etnia do terapeuta. Tratam-se de características estáveis dos terapeutas que ultrapassam o contexto terapêutico e que podem ser directamente avaliadas.

Na revisão de 1994, Beutler, Machado e Neufeldt concluíram haver poucas indicações do impacto unidireccional das variáveis estáveis observáveis dos terapeutas (i.e., sexo, idade e raça) nos resultados terapêuticos. Contudo, os autores sugerem que, de um modo geral, as similaridades ao nível destas dimensões entre terapeutas e clientes se encontram relacionadas com uma redução nas taxas de desistência (*dropout*).

a. Sexo

Beutler *et al.* (2004) reviram quantitativamente 10 estudos sobre o efeito do sexo do terapeuta nas desistências (*dropout*) e nos resultados terapêuticos positivos. A magnitude média do efeito (r) do sexo do terapeuta, enquanto variável unidireccional, foi de 0.01, não sendo este resultado significativo do ponto de vista estatístico. O valor médio de magnitude do efeito obtido para a convergência do sexo entre terapeuta e cliente foi semelhante e, igualmente, sem significado estatístico. Estes resultados não apoiam a ideia de que o papel do sexo do terapeuta ou da convergência sexual entre cliente e terapeuta seja um factor facilitador dos resultados terapêuticos, nomeadamente através da redução dos *dropout* (como haviam sugerido Beutler e colaboradores na revisão de 1994).

Bowman, Scogin, Floyd e McKendress-Smith (2001) conduziram uma outra meta-análise sobre um conjunto de 64 estudos (publicados e não publicados desde 1958) sobre o efeito do sexo do terapeuta no resultado da psicoterapia. Os autores encontraram uma magnitude média do efeito (r) do sexo do terapeuta de 0.02 em benefício dos terapeutas femininos. Ainda que este resultado apresente uma vantagem estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) para os terapeutas do sexo feminino, a magnitude média do seu efeito é tão pequena que os próprios investigadores o desvalorizam. As magnitudes médias do efeito calculadas para os clientes femininos e masculinos não se revelaram significativamente diferentes de zero, sugerindo não haver vantagem para terapeutas femininos ou masculinos quando tratam clientes do mesmo sexo ou do sexo oposto. Tomados em conjunto, os autores (*ibidem*) concluem que “os resultados deste estudo sugerem que o sexo do terapeuta é um fraco preditor do resultado em psicoterapia para clientes masculinos e femininos” (p. 145).

Os resultados conjuntos destas meta-análises revelam um efeito ainda mais pequeno ou insignificante do sexo do terapeuta no resultado da psicoterapia do que aquele que havia sido considerado em revisões anteriores (e.g., Beutler, Machado & Neufeldt, 1994).

b. Idade

Os investigadores têm dado pouca atenção à idade do terapeuta porque esta é frequentemente confundida com a experiência e com efeitos que reflectem mudanças no treino e nos padrões da prática.

Beutler *et al.* (2004) não submeteram os estudos existentes sobre este tópico a uma meta-análise dado o seu reduzido número ($n < 6$). Os autores (*ibidem*) concluem dizendo que a escassa investigação publicada na década de 90 sobre o tópico, não sugere uma contribuição da idade do terapeuta ou da proximidade entre a idade do terapeuta e do cliente para os resultados psicoterapêuticos. No único estudo da década de 90 (Barber & Muenz, 1996; cit. Beutler *et al.*, 2004), nem a idade do terapeuta nem a similaridade de idades na díade se encontram relacionadas com o resultado.

c. Raça

Por fim, quanto à raça do terapeuta, Beutler e colaboradores (2004) dão conta da inexistência de estudos contemporâneos à sua revisão sobre o efeito directo da raça no resultado da terapia. Os estudos identificados adoptam uma perspectiva relacional e, tendencialmente, assumem que os resultados terapêuticos são positivamente influenciados pela similaridade racial entre terapeuta e cliente. Com base na análise quantitativa de um conjunto de 11 estudos (publicados na década de 90) sobre a convergência racial de terapeuta e cliente, os autores (*ibidem*) encontraram uma magnitude média do efeito fraca mas significativa ($r = 0.02$; $p \leq 0.05$). Todavia, e dada a reduzida magnitude do efeito encontrada, Beutler *et al.* (2004) tomam com reserva o valor da similaridade racial na díade terapêutica enquanto variável preditora do resultado terapêutico e ponderam uma eventual mediação destes resultados por outras variáveis – nomeadamente, pelas crenças culturais dos participantes e outros factores atitudinais partilhados por terapeutas e clientes –, apelando para a necessidade de mais estudos.

Face a estes resultados, não parece haver demonstrações empíricas de que as variáveis demográficas do terapeuta ou a sua similitude com as correspondentes características do cliente, se encontrem significativa e consistentemente relacionadas com os resultados terapêuticos.

Quadro 3 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “traços observáveis” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados

Variáveis	M. E.	n	Investigadores
Sexo			
(variável unidireccional)	0.01 (ns)		
(similaridade cliente-terapeuta)	0.01 (ns)	10	Beutler <i>et al.</i> (2004)
(todos os clientes)	0.02		
(clientes masculinos)	0.005 (ns)	64	Bowman, Scogin, Floyd & McKendress-Smith (2001)
(clientes femininos)	0.015 (ns)		
Raça			
(similaridade cliente-terapeuta)	0.02	11	Beutler <i>et al.</i> (2004)

Legenda: n – número de estudos analisados; M.E.- magnitude do efeito; ns – $p > 0.05$.

3.2.1.2. Estados observáveis

Esta classe de variáveis é composta por características do terapeuta directamente relacionadas com a sua formação e actividade profissional e podem ser identificadas por um observador externo sem a contribuição do relato do terapeuta. Dentro desta classe, um grande número de dimensões do terapeuta têm sido estudadas, relativas ao currículo profissional (como a quantidade e o tipo de treino profissional e o nível de experiência), ao estilo de relacionamento interpessoal, aos métodos de tratamento (e.g., uso de manuais, supervisão) e às intervenções usadas (e.g., directividade, auto-revelação).

Após a revisão dos estudos desta grande família de variáveis – e face às outras classes consideradas –, Beutler Machado e Neufeldt (1994) concluem que estas “exercem os efeitos mais poderosos nos resultados psicoterapêuticos” (p. 259). Ainda assim, os autores (*ibidem*) afirmam que os efeitos destas variáveis são inconstantes, fruto da sua interacção com outras variáveis da terapia e do cliente. Estas complexas e múltiplas interacções e interferências são tidas – por Beutler, Machado e Neufeldt (1994) – como as principais dificuldades na efectiva identificação dos factores técnicos do terapeuta com impacto no resultado terapêutico e no estabelecimento de conclusões inequívocas sobre o efeito dos mesmos.

Beutler e colaboradores (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994) afirmam que, de entre os estados observáveis, as pesquisas das intervenções específicas do terapeuta são as que surgem em maior número e as que têm revelado efeitos mais promissores nos resultados terapêuticos. A utilização pelos terapeutas de manuais terapêuticos, por

exemplo, parece promover a obtenção de resultados terapêuticos mais positivos, quando comparados com os resultados obtidos pelos terapeutas que não guiam as suas intervenções por manuais. Porém, os seus efeitos variam consideravelmente consoante o tipo de manual utilizado. Os autores da revisão de 1994 (ibidem) reportam também o aparecimento de variações no efeito de determinadas intervenções do terapeuta (e.g., directividade, interpretação, auto-revelação) de acordo com o estilo interpessoal e as características dos clientes. Características dos clientes como a estabilidade das suas relações objectais, o seu estilo de *coping* ou a sua adesão ao tratamento parecem ser factores que interferem e modelam o efeito das diferentes intervenções do terapeuta (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994).

Outra conclusão derivada da revisão destes estudos por Beutler e colaboradores em 1994, indica como promissoras as investigações que exploram diferentes convergências entre terapeuta e cliente, nomeadamente as que versam as intervenções verbais, o estilo de interacção interpessoal, o treino e o nível de experiência do terapeuta.

a. Currículo profissional

Engloba um conjunto de variáveis relacionadas com as experiências profissionais e o treino formal do terapeuta, que afectam, eventualmente, o desempenho e a eficiência com que o terapeuta intervém junto do cliente.

i. Nível ou quantidade de treino

O nível de treino do terapeuta aparece tradicionalmente conceptualizado em termos de grau académico: profissionais graduados (os que têm um grau académico de doutor ou mestre), estudantes graduados (que se encontram a trabalhar em graus avançados de formação) e os paraprofissionais (outras pessoas sem treino graduado mas que administram “terapia”; e.g., voluntários e pares conselheiros).

Numa meta-análise de 108 estudos sobre a eficiência da psicoterapia com crianças e adolescentes, Weisz, Weiss, Alicke e Klotz (1987) não encontraram um efeito significativo do treino do terapeuta no resultado da terapia ($ME[r]=0.15$; *ns*). Berman e Norton (1985) haviam chegado anteriormente a uma conclusão semelhante, numa revisão meta-analítica de 32 estudos relativos ao nível de treino dos terapeutas. Através desta, não encontraram uma vantagem consistente dos terapeutas profissionais

sobre os não-profissionais no que diz respeito aos resultados alcançados com clientes adultos ($ME[r]=0.01$; *ns*). Nestas investigações, foram contudo, descobertas interações significativas entre o nível de treino do terapeuta e algumas variáveis do cliente (idade e tipo de perturbação) e da terapia (número de sessões).

Lyons e Wood (1991; cit. Stein & Lambert, 1995) conduziram uma meta-análise de 70 estudos sobre os resultados de terapias racionais-emotivas e reportam uma descoberta diferente. Segundo os autores deste estudo (*ibidem*), o treino do terapeuta encontra-se significativamente correlacionado com o resultado do tratamento ($ME[r]=0.30$; $\rho \leq 0.05$).

Stein e Lambert (1995), numa outra análise estatística da literatura sobre a relação entre o nível de treino do terapeuta e os resultados da terapia, reportam também algumas indicações acerca dos benefícios do treino. Os investigadores descobriram que o nível de treino se encontra relacionado com uma taxa mais reduzida de desistências (em contextos terapêuticos que não os centros de apoio universitário) e, de uma forma modesta mas consistente, com uma série de medidas de melhoria do cliente. O efeito é mais forte nos relatos de satisfação dos clientes ($ME[r]=0.14$; $\rho \leq 0.05$) e nas medidas psicológicas de mudança pré e pós teste ($ME[r]=0.15$; $\rho \leq 0.05$). O resultado da meta-análise de três outros estudos – que apresentam uma relação entre melhorias dos clientes, avaliadas por juízes independentes, e o nível de treino do terapeuta – também suporta estas conclusões ($ME[r]=0.17$; $\rho \leq 0.05$). Nesta análise, o contexto em que a psicoterapia é conduzida e a severidade dos problemas dos clientes surgem como mediadores do nível de treino do terapeuta.

Os resultados destas duas últimas meta-análises contrastam com as anteriores, ao sugerirem que níveis mais elevados de treino do terapeuta estão relacionados com resultados terapêuticos mais positivos. Apesar destes promissores resultados, Beutler *et al.* (2004) referem uma clara ausência de novos estudos sobre o efeito do treino do terapeuta na terapia na década de 90, sendo que a maioria dos estudos incluídos nas meta-análises anteriormente referidas têm já algumas décadas.

Mais recente, a meta-análise de Bowman *et al.* (2001) volta a dar conta de um efeito pequeno e não significativo quando se comparam terapeutas profissionais, paraprofissionais e estudantes graduados ($ME[r]=0.04$; *ns*).

Os estudos relativos ao treino do terapeuta contêm, frequentemente, limitações e imprecisões de vária ordem. Um dos erros mais vulgares diz respeito à definição

operacional do conceito de treino e à sua diferenciação do de experiência. Segundo Beutler (1997), a quantidade ou nível de treino deve ser definido em termos de tempo (e.g., horas, anos) despendido pelo terapeuta no estudo de conceitos e práticas terapêuticas específicas e não em termos de grau académico. Uma outra limitação comum, prende-se com a negligência pelos investigadores da interacção de outras variáveis na categorização do nível de treino em função do grau académico. Neste caso “esquecem-se”, por exemplo, que os terapeutas não-profissionais não exercem as suas funções no vácuo. Habitualmente, estes são seleccionados, treinados e desempenham as suas actividades sob a supervisão de terapeutas profissionais e segundo estratégias designadas por estes (Weisz *et al.*, 1987). Estas fragilidades, recorrentes neste tipo de estudos, limitam o alcance das suas conclusões.

Na globalidade, as inconsistências nos resultados e as limitações inerentes aos estudos que integram estas revisões meta-analíticas da literatura, tornam difícil delinear um padrão de interacção entre o nível de treino do terapeuta e o resultado da terapia. Ainda assim, parecem existir indícios de que o nível de treino do terapeuta tem algum impacto na terapia.

ii. Tipo de treino (ou disciplina profissional)

A meta-análise elaborada em 1980 por Smith, Glass e Miller é ainda citada em 2004, por Beutler *et al.* como “a única revisão global” (p. 234) sobre a relação entre o tipo de treino do terapeuta e o resultado da terapia. Nesta meta-análise, Smith, Glass e Miller reportam uma magnitude média do efeito moderada ($r=0.28$; $p \leq 0.05$) que privilegia os psicólogos em detrimento dos psiquiatras. Porém, uma outra meta-análise que reanalisou alguns dos estudos integrados na anterior, conduzida por Prioleau, Murdock e Brody (1983; cit. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994) não encontrou diferenças na magnitude do efeito dos terapeutas em função da sua disciplina profissional ($r=0.0$; *ns*). Perante as divergências nos resultados obtidos em meta-análises sobre amostras de estudos que se sobrepõem, Beutler, Machado e Neufeldt (1994) sugerem que os efeitos atribuíveis à disciplina podem ser afinal o resultado da interacção de outras variáveis que distinguem as várias amostras de estudos.

Beutler e colaboradores, na revisão de 2004, não calcularam a magnitude média do efeito do tipo de treino, dado o reduzido número de estudos contemporâneos e rigorosos existente à data da sua revisão. Apesar disso, e com base na análise qualitativa das investigações disponíveis, os autores (Beutler *et al.*, 2004) levantam dúvidas sobre a

insinuação de que o treino específico em psicoterapia possa estar associado a resultados terapêuticos superiores.

iii. Nível de experiência

Stein e Lambert (1984; cit. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994) examinaram selectivamente a literatura relacionada com a experiência e o resultado terapêutico e, de um modo geral, não encontraram diferenças nos resultados dos clientes tratados por terapeutas experientes e inexperientes ($ME[r]=0.01$; *ns*). Os autores (*ibidem*) sugerem que as diferenças nos resultados dos clientes de terapeutas com níveis distintos de experiência podem ocorrer pela interação de outras variáveis, como a natureza do tratamento e a severidade dos problemas dos clientes.

Crits-Christoph *et al.* (1991), autores de uma rigorosa meta-análise de 15 investigações sobre os efeitos do terapeuta nos resultados terapêuticos onde incluíram apenas estudos controlados, chegaram a conclusões distintas. Através desta análise estatística da literatura, demonstraram existir diferenças moderadas nos resultados dos clientes que favorecem os terapeutas mais experientes ($ME[r]=0.41$; $\rho \leq 0.05$). Apesar deste resultado, aparentemente expressivo, Crits-Christoph *et al.* alertam também para a possibilidade de a experiência do terapeuta interagir com as características dos clientes (e.g., com o tipo e a severidade da perturbação).

Lambert e Ogles (2004) depois de reverem as meta-análises desenvolvidas em psicoterapia, afirmam ter encontrado poucas indicações de uma correlação entre a experiência do terapeuta e o resultado terapêutico. Contudo, estes revisores apontam uma série de limitações metodológicas aos estudos meta-analisados e que podem ter condicionado os resultados posteriormente encontrados.

Beutler *et al.* (2004) não calcularam a magnitude do efeito médio da experiência do terapeuta no resultado terapêutico devido à ausência de um número crítico de estudos, mas destacam, neste âmbito, os resultados de quatro estudos da década de 90 (Blatt *et al.*, 1996; Huppert *et al.*, 2001; Luborsky *et al.*, 1997; Propst, Paris & Rosberger, 1994). Os dados destas investigações, rigorosamente planeadas e bem conduzidas, apontam a experiência em psicoterapia como um dos factores do terapeuta com efeito no resultado terapêutico – ainda que considerem também múltiplas interações com outras variáveis do processo e do cliente. Perante este cenário – e em concordância com as conclusões derivadas da análise da revisão de 1994 –, Larry Beutler e os investigadores que o acompanham na revisão de 2004, limitam-se a

(re)considerar a experiência do terapeuta como uma das variáveis mais promissoras no âmbito do estudo dos factores terapêuticos do terapeuta.

A experiência do terapeuta, tal como tem sido vulgarmente conceptualizada (ou seja, em termos do número de anos decorridos depois de ter assumido o papel profissional de terapeuta) é alvo de fortes críticas (e.g., Beutler, 1997). A variável anos de experiência é limitada na medida em que não considera o tipo e a quantidade de experiência acumulada ao longo do tempo. É possível que parte das dificuldades de compreensão da relação entre a experiência e o resultado terapêutico derive das múltiplas e problemáticas definições operacionais desta variável.

Lambert e Ogles (2004) referem que na última década do século XX e nos primeiros anos do século XXI, a investigação não deu suficiente atenção ao eventual impacto que o treino e a experiência do terapeuta têm no resultado da terapia. Esta insuficiência traduz-se num reduzido número de estudos publicados com qualidade durante este período. Alguns dos problemas frequentemente encontrados nestas pesquisas dizem respeito a limitações na diferenciação dos efeitos dos terapeutas profissionais dos paraprofissionais, dos terapeutas experientes dos menos experientes e dos terapeutas mais treinados dos que têm níveis de treino inferior. Outras imprecisões, vulgarmente encontradas nos estudos produzidos sobre as variáveis do currículo profissional do terapeuta, são: a confusão entre nível de experiência e competência técnica, entre nível de treino (quantidade) e tipo de treino (ou disciplina; e.g., psicólogos, psiquiatras); inadequadas definições das categorias (e.g., profissional, paraprofissional, experiente); e a ausência de controlo de outras variáveis com eventual interferência no efeito destas (e.g., supervisão) (Beutler *et al.*, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Contudo, apesar de todas estas dificuldades e de algumas inconsistências, a investigação tem produzido indícios consideráveis de um eventual impacto da quantidade de treino e de experiência do terapeuta no resultado da psicoterapia.

b. Estilo terapêutico interpessoal

Corresponde à tendência do terapeuta para actuar e comunicar com os clientes de uma determinada forma mais frequente. As características interpessoais do terapeuta resultam, assim, de um misto de atributos relativamente estáveis da personalidade do

terapeuta e das suas opções profissionais (e.g., modalidade terapêutica), mas que são variáveis e reactivas às características de clientes específicos.

i. Padrões recíprocos de interacção

Beutler *et al.* (2004), através da meta-análise de oito estudos (publicados entre 1985 e 1997), obtiveram uma magnitude média do efeito da reciprocidade dos padrões de interacção na díade terapêutica positiva mas não significativa ($r=0.08$; *ns*; variando as ME's [r] entre 0.0 e 0.54). Ainda assim, os revisores (*ibidem*) consideram este valor sugestivo de como estilos de interacção complementares e positivos tendem a favorecer o trabalho terapêutico e – à semelhança de Beutler, Machado e Neufeldt em 1994 – continuam a depositar grandes expectativas no desenvolvimento empírico deste tópico.

ii. Padrões verbais de interacção

A falta de estudos recentes – à data da publicação do *Handbook* em 2004 – em torno do nível de actividade verbal do terapeuta e dos padrões de interacção terapeuta-cliente, invalidou a condução de uma meta-análise sobre este tópico por Beutler e colaboradores (2004). Apesar disso, os revisores, com base em alguns estudos, sugerem que a iniciação de um tópico de trabalho pelo terapeuta, bem como padrões de comunicação verbais concordantes entre cliente e terapeuta, são factores importantes na obtenção de resultados terapêuticos positivos.

iii. Padrões de comunicação verbais e não verbais

Beutler *et al.* (2004), com base na revisão qualitativa das escassas pesquisas existentes, sugerem que a ausência de dissonâncias na comunicação verbal e não verbal do terapeuta favorece a recuperação do cliente.

Apesar das expectativas depositadas e das potencialidades defendidas para o papel que os padrões de comunicação terapêutica e o estilo de interacção do terapeuta desempenham na globalidade do processo e resultados terapêuticos, é possível verificar um enorme desinteresse e desinvestimento na pesquisa sistemática destas variáveis ao longo das últimas décadas. O reduzido número de estudos e as inconsistências nos resultados dos mesmos dificultam o estabelecimento de conclusões mais claras relativamente a estes tópicos.

c. Métodos de tratamento

Tratam-se aqui as características técnicas dos terapeutas. Na revisão de 1994, Beutler e colaboradores não diferenciaram as variáveis do *método do tratamento* das variáveis *intervenções do terapeuta*, uma vez que, de um modo geral, ambas se referem a atributos de ordem técnica do terapeuta. Porém, pressupõe-se que as opções do terapeuta por intervenções específicas sejam influenciadas pela sua identificação a uma determinada escola teórica, mais do que o serão o recurso (ou não) a manuais ou a supervisão – estes últimos são procedimentos comuns a diferentes sistemas terapêuticos. Beutler *et al.* (2004) justificam a inclusão destas duas categorias de variáveis (i.e., métodos de tratamento e intervenções terapêuticas) nas dimensões do terapeuta, pois acreditam que “nem as intervenções usadas nem a decisão de aplicar um tratamento manualizado podem e devem ser separadas da pessoa do terapeuta” (p. 229).

i. Uso de manuais

O advento dos manuais terapêuticos nos anos 70 introduziu mudanças significativas no campo da investigação e da prática em psicoterapia. Apesar da sua proliferação, Beutler *et al.* (2004, p. 246) afirmam que “há pouca demonstração de que o uso de manuais de tratamento melhore realmente os resultados do tratamento”. Esta conclusão não suporta a sugestão deixada por Beutler e colaboradores após a revisão de 1994, segundo a qual a utilização de manuais psicoterapêuticos pelos terapeutas na condução das suas intervenções teria um efeito benéfico nos resultados do tratamento.

Numa revisão quantitativa da investigação sobre a eficácia da psicoterapia para o tratamento da depressão, Robinson, Berman e Neimeyer (1990) testaram a influência da utilização de manuais na eficácia dos terapeutas com este tipo de problemas. Os autores concluíram que a magnitude média do efeito de 14 estudos nos quais os terapeutas guiaram as suas intervenções por manuais não diferiu sistematicamente da magnitude do efeito de 17 estudos nos quais os terapeutas não usaram manuais. Os autores encontraram uma mesma magnitude do efeito ($r=0.51$; $p \leq 0.05$) para tratamentos manualizados e não-manualizados, o que não providencia indicações de que o uso de manuais aumente a eficácia terapêutica ou permita uma mais fina diferenciação da eficácia relativa dos tratamentos.

A meta-análise de Crits-Christoph *et al.* (1991) apresenta um resultado distinto deste. Na revisão quantitativa de 15 estudos, os autores descobriram uma magnitude de

efeito moderada a favor do uso de manuais nos resultados terapêuticos ($r=0.38$; $p \leq 0.05$). Mais importante talvez do que este valor, é a consideração pelos autores de que a utilização de manuais terapêuticos potencia o efeito positivo da experiência do terapeuta.

Por seu lado, Beutler *et al.* (2004) citam duas outras meta-análises (Lipsey & Wilson, 1993; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000), conduzidas mais recentemente sobre um grande número de estudos (302 e 90, respectivamente), que comparam investigações em psicoterapia realizadas em contextos naturalistas e em situações controladas. Em ambas, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados médios do tratamento como resultado da utilização de manuais terapêuticos. Shadish *et al.* (2000; cit. Beutler *et al.* 2004) sugerem que as diferenças encontradas entre estudos naturalistas e ensaios clínicos são o resultado de variações na gravidade e complexidade dos problemas dos clientes.

Conjuntamente, a leitura dos resultados destas meta-análises e de outros estudos (cf. Beutler *et al.*, 2004) parecem indicar que, se a utilização de manuais de tratamento reduz a variabilidade no resultado terapêutico atribuível ao terapeuta (Crits-Christoph & Mintz, 1991), não há indicações claras de que estes aumentem a eficiência da terapia. O que parece mais claro é a interferência de outras variáveis do terapeuta (e.g., experiência), da terapia (e.g., duração) e do cliente (e.g., tipo e gravidade do problema) na eficiência dos tratamentos guiados por manuais.

ii. Supervisão

A supervisão do trabalho psicoterapêutico tem sido utilizada como meio auxiliar de apoio e desenvolvimento das competências do terapeuta. Apesar da raridade de investigações sobre o efeito da supervisão, Beutler *et al.* (2004) sugerem um impacto tendencialmente positivo desta prática nos resultados terapêuticos quando há afinidades entre terapeuta e supervisor (e.g., orientação teórica, admiração).

iii. Adesão/conformidade e competência/habilidade

No âmbito das actuais terapias baseadas em manuais, a competência do terapeuta pode ser diferenciada em termos de competência específica (i.e., da adesão ou conformidade a técnicas específicas prescritas por um modelo de tratamento) e geral (i.e., da habilidade ou competência na aplicação dos procedimentos terapêuticos). Os resultados da revisão de Beutler *et al.* (2004) sobre a adesão-competência do terapeuta

não permitem afirmar com clareza o efeito destas variáveis. Porém, de acordo com esta revisão: (1) parece que a competência do terapeuta não é uma faculdade geral, parecendo haver habilidades específicas mais produtivas para o resultado do que outras, variando a importância das mesmas em função das necessidades dos clientes; (2) a adesão a um manual de tratamento tem um impacto pequeno a moderado no resultado terapêutico (ME's [*r*] dos estudos revistos variam entre 0.02 e 0.39), que se faz sentir mais em avaliações globais do tratamento do que em medidas específicas dos sintomas; (3) a magnitude média do efeito da competência do terapeuta nos resultados terapêuticos, calculada a partir de seis estudos, não se revelou significativa ($r=0.07$; *ns*).

A respeito deste tópico, Elkin (1999) refere a inexistência de consenso entre os investigadores quanto à definição operacional do constructo de competência do terapeuta e à melhor forma de o medir em diferentes modalidades psicoterapêuticas. Na opinião da própria (Elkin, 1999, p. 22), a competência do terapeuta pode ser “o caminho comum final” através do qual as outras variáveis podem influenciar o resultado terapêutico. Ou seja, o estudo de outras variáveis do terapeuta (e.g., características demográficas, anos de treino, tipo de treino) adquire relevância na medida em que estas podem afectar a competência com que um determinado tratamento é implementado. Desta perspectiva, a competência do terapeuta – à imagem do papel que Lambert e Okiishi (1997) defendem para a aliança terapêutica – seria uma variável de controlo ou precursora do resultado terapêutico, mais do que um objecto de estudo em si mesmo.

Um outro problema na mensuração da competência do terapeuta diz respeito à natureza dos estudos. A avaliação do efeito da competência do terapeuta através de ensaios clínicos tende a ser muito conservadora, na medida em que, os terapeutas têm que cumprir exigentes critérios de competência para virem a ser incluídos nestes experimentos – o que limita grandemente o intervalo de amplitude da competência destes terapeutas (Whisman, 1993).

Mais uma vez, o número reduzido de estudos e as inconsistências nos resultados encontrados não permitem determinar uma relação entre a utilização de manuais terapêuticos (que se diferencia da adesão ao manual), a prática da supervisão, a competência do terapeuta e os resultados da terapia. Apenas os estudos que avaliam o impacto da adesão do terapeuta a um manual de tratamento indiciam uma tendência positiva do seu efeito no tratamento. O que transparece nas investigações revistas é a

interacção entre este conjunto de variáveis do terapeuta com outras características do terapeuta, do cliente e da terapia.

d. Intervenções do terapeuta

Consistem nos procedimentos técnicos que os terapeutas utilizam para promover a mudança terapêutica. Não obstante o facto de muitas das técnicas adoptadas pelos terapeutas se enquadrarem num determinado modelo teórico de referência, as intervenções são relativamente independentes destes, podendo um mesmo tipo de estratégia ser utilizada por terapeutas com diferentes orientações teóricas. Beutler *et al.* (2004) optaram por sistematizar a investigação sobre esta grande classe de variáveis técnicas do terapeuta em quatro grandes dimensões: (1) directividade, (2) orientação para o *insight* vs. orientação para o sintoma, (3) emotivas vs. de suporte e (4) intensidade/dose de tratamento. Um outro aspecto da intervenção do terapeuta incluído nesta revisão da literatura reporta à auto-revelação. A auto-revelação não se integra de forma consistente em quaisquer das classes anteriormente referidas (esta parece poder funcionar como um procedimento directivo, parece poder direccionar-se para o sintoma ou para o *insight*, parece poder despoletar ou diminuir a intensidade emocional, em diferentes alturas da terapia e por diferentes terapeutas), pelo que foi considerada separadamente no sistema de classificação de Beutler *et al.* (2004).

i. Directividade

Encontra-se relacionada com a atitude do terapeuta perante o processo de mudança do cliente, ao assumir uma postura mais directiva, de guia e professor, ou mais evocativa e facilitadora (não-directiva). Tradicionalmente, as teorias orientadas para a acção (teorias cognitivas e comportamentais) tendem a enfatizar atitudes mais directivas por parte dos terapeutas, enquanto as teorias dinâmicas e relacionais tendem a defender para o cliente uma atitude mais activa na condução do seu próprio processo terapêutico. Beutler, Machado e Neufeldt concluíram a sua revisão de 1994 sugerindo um efeito positivo da directividade do terapeuta sobre os resultados terapêuticos de certos clientes.

Numa meta-análise de 1991, Svartberg e Stiles reviram 19 estudos que comparam os resultados obtidos por terapias breves de inspiração dinâmica com os obtidos por outras formas psicoterapêuticas e encontraram uma relação inversa entre directividade do terapeuta e resultados positivos em terapia.

Beutler *et al.* (2004), com base nos resultados de 15 estudos publicados entre 1990 e 2000, obtiveram uma magnitude média do efeito (r) unidireccional da directividade do terapeuta não significativa de 0.06. Todavia, os autores (*ibidem*) dão conta de uma enorme variabilidade nas magnitudes do efeito encontradas nos 15 estudos (ME's [r] variaram entre -0.17 e 0.79), que os leva a sugerir a presença mediadora de outras variáveis, nomeadamente a receptividade do cliente.

Uma forma de directividade do terapeuta é a prescrição de *trabalhos de casa* ao cliente. Kazantzis, Deane e Ronan (2000) realizaram uma meta-análise de 27 estudos através da qual examinaram o efeito das tarefas de trabalho de casa no resultado terapêutico e a relação entre a adesão ao trabalho de casa e o resultado da terapia. Esta análise quantitativa conduziu a uma magnitude média do efeito (r) de 0.36 ($p \leq 0.05$) para o trabalho de casa e de 0.22 ($p \leq 0.05$) para a adesão do cliente ao trabalho de casa. Os autores do estudo, para além de concluírem que a prescrição de trabalhos de casa é benéfica para a terapia, postulam ainda que os efeitos dos mesmos são mediados por variáveis como o tipo de problema do cliente e o tipo de trabalho de casa.

Beutler *et al.* (2004), ainda que tendo por base os dados de apenas cinco estudos (publicados na década de 90), encontraram uma magnitude média do efeito da adesão aos trabalhos de casa pequena e insignificante do ponto de vista estatístico ($r=0.10$; *ns*). Porém, mais uma vez, os autores (*ibidem*) reportam uma grande variabilidade nos valores apresentados pelos diferentes estudos (ME's [r] variaram entre -0.29 e 0.66) e advertem que esta poderá ser fruto da interacção com factores do cliente.

Conjuntamente, estes resultados, para além de sugerirem um efeito ligeiramente positivo da directividade do terapeuta no tratamento (eventualmente mais pronunciado no caso específico da prescrição de tarefas para casa), indicam claramente que estes não podem ser tomados independentemente do cliente e das suas características.

ii. Orientadas para o insight versus orientadas para o sintoma

Enquanto variável do terapeuta, trata-se do grau de adesão preferencial deste a procedimentos técnicos que promovem o *insight* (e.g., as interpretações) ou a intervenções que se focam na mudança directa dos sintomas.

Desenvolvidos na década de 90, Beutler *et al.* (2004) identificaram 21 estudos que comparam os resultados terapêuticos de tratamentos centrados no *insight* com tratamentos focados nos sintomas. Embora as magnitudes médias do efeito obtidas, em termos de medidas globais e específicas ($r=0.04$, *ns* e $r=0.03$, *ns*; respectivamente), não

revelam diferenças significativas entre os tratamentos, os revisores (ibidem) referem que uma proporção superior destes 21 estudos defendem que as intervenções orientadas para o *insight* promovem melhores resultados terapêuticos do que os esforços dirigidos para a mudança dos sintomas. Com base nesta inconsistência, Beutler *et al.* (2004; p. 262) consideram a eventual presença de “variáveis moderadoras que afectam diferencialmente o poder dos tratamentos de *insight* e focados no sintoma”, tais como o estilo de *coping* do cliente.

A *interpretação* é um procedimento terapêutico específico focado no *insight*, cujo impacto no resultado da terapia tem sido amplamente explorado. Nos modelos teóricos de inspiração psicodinâmica, a intervenção pela interpretação desempenha um papel central na facilitação da mudança do cliente. Beutler *et al.* (2004), recolheram e analisaram 10 estudos da década de 90 que investigam a relação entre várias formas de interpretação e os efeitos da terapia. Para além de, mais uma vez, os autores desta meta-análise alertarem para a variabilidade encontrada nos resultados dos diferentes estudos, o valor resultante do cálculo médio da magnitude do efeito da interpretação, ainda que positivo, não foi significativo ($r=0.07$; *ns*). Variáveis do cliente, como o nível de funcionamento interpessoal prévio ao tratamento, boas competências interpessoais (e.g., boas relações objectais) ou a resposta imediata à interpretação, são potenciais mediadores do efeito da interpretação na mudança terapêutica (cf. Beutler *et al.*, 2004; Schut, Castonguay, Flanagan, Yamasaki, Barber, Bedics & Smith, 2005).

iii. Emotivas versus de suporte

Beutler *et al.* (2004, p. 263) referem que nos anos anteriores à sua revisão houve uma “ênfase renovada no papel da activação emocional na psicoterapia” que conduziu a várias análises da literatura sobre o impacto destas intervenções no tratamento. Greenberg, Elliott e Lietaer (1994; cit. Beutler *et al.*, 2004) numa destas meta-análises reportam fortes efeitos das intervenções focadas na activação emocional ($r=0.54$; $\rho\leq 0.05$ – em medidas pré-pós teste; $r=0.55$; $\rho\leq 0.05$ – em contraste com outros grupos). Beutler *et al.* (2004) reviram 20 estudos, produzidos entre 1990 e 2000, que relacionam o nível de activação emocional na terapia com o seu resultado e comparam terapias focadas nas emoções com terapias que procuram reduzir os níveis de activação emocional. A análise quantitativa dos resultados destes estudos – que revelou muitas inconsistências e magnitudes do efeito consistentemente inferiores às apresentadas pela meta-análise anteriormente citada –, não permitiu aos autores traçarem um padrão do

impacto deste tipo de intervenções na terapia (ME's $[r]$ do nível de activação variou entre -0.39 e 0.55; e ME's $[r]$ do contraste entre terapias focadas e não focadas nas emoções -0.45 e 0.55). De entre os factores que eventualmente interferem com o impacto do efeito do tratamento centrado nas emoções, Beutler *et al.* (2004) citam a duração do tratamento e a qualidade da aliança terapêutica, o nível de stress inicial do cliente, o envolvimento do cliente com os seus problemas e o tipo de problema do cliente.

iv. Intensidade do tratamento

Refere-se ao número ou espaçamento das sessões terapêuticas (i.e., à dose de tratamento) determinada pelo terapeuta. Larry Beutler e os seus colaboradores (2004) identificaram cinco estudos nos quais a intensidade do tratamento foi relacionada com o resultado obtido no mesmo. E ainda que o cálculo da magnitude média do efeito da dose do tratamento na resposta se tenha revelado positivo e significativo ($r=0.11$; $p\leq 0.05$), a heterogeneidade dos resultados entre os diferentes estudos deixa os autores (ibidem) anteverem nestes a interferência de outras variáveis, tais como: a cronicidade e a reactividade dos sintomas, o tipo de problema, a severidade dos problemas e o método de avaliação do resultado.

v. Auto-revelação (self-disclosure)

A revelação aos clientes de informações de carácter pessoal (e.g., pensamentos, sentimentos, experiências, opiniões, reacções) pelo terapeuta foi considerada na revisão de Beutler *et al.* (2004) como uma forma de intervenção transversal a diferentes tipos de terapias, terapeutas e fases do tratamento. Embora o número de estudos publicados nos anos que antecederam a data desta revisão não tenha sido suficiente para que os autores da mesma (ibidem) calculassem a magnitude média do seu efeito, estes detiveram-se a analisar os resultados de três investigações (Barrett & Berman, 2001; Pipher, Joyce, Azim & McCallum, 1998; Pipher, McCallum, Joyce, Azim & Ogrodniczuk, 1999; cit. Beutler *et al.*, 2004) que exploram as relações entre a auto-revelação do terapeuta e os resultados da terapia. Os dados destas indicam um efeito estatisticamente significativo ($p\leq 0.05$), ainda que clinicamente baixo (Me' $[r]$ variaram entre 0.04 e 0.33) da auto-revelação do terapeuta. Beutler *et al.* (2004), com base no intervalo de variação da magnitude do efeito da auto-revelação encontrado, sugerem que o tipo de medida do resultado utilizada condiciona o seu valor. Outros autores (cf. Peterson, 2002) afirmam

que o significado e as implicações das auto-revelações dos terapeutas variam consoante as características dos clientes, sendo que para alguns este procedimento pode ser vantajoso e para outros bastante prejudicial. Além disso, a natureza da informação revelada pelo terapeuta parece ter, também, diferentes repercussões nos clientes (ibidem).

Os resultados das investigações e revisões sobre as técnicas específicas do terapeuta, tendem a reforçar a ideia de que não é possível determinar o efeito unidireccional destas dimensões do terapeuta na terapia. Um número variável de outros factores relativos ao cliente, à terapia e aos próprios instrumentos de mensuração usados parecem interferir e mediar o eventual efeito dos procedimentos técnicos dos terapeutas no resultado. De acordo com isto, só uma análise funcional da acção das intervenções do terapeuta (i.e., o que funciona, com quem, sob que circunstâncias) parece poder clarificar o verdadeiro papel das mesmas na terapia.

Sucintamente, as variáveis profissionais observáveis do terapeuta, como o treino, a experiência, a competência e o estilo comunicacional aparecem empiricamente retratadas como preditoras fracas, mas promissoras, do resultado. A esperança depositada no estudo futuro destas variáveis, reside na convicção de alguns autores (e.g., Beutler, 1997; Beutler *et al.*, 2004) de que as inconsistências e o desapontamento dos investigadores com os resultados dos estudos se devem a erros na sua própria concepção. Apesar disto, algumas das investigações que analisámos, apresentam indícios de um eventual impacto do nível de treino e de experiência do terapeuta, da sua adesão a um manual terapêutico e da convergência nos padrões de comunicação terapeuta-cliente no resultado da terapia.

Grande parte da atenção devotada ao estudo do efeito dos “estados observáveis” do terapeuta no resultado terapêutico tem sido direccionada para as intervenções técnicas do terapeuta – uma atenção subsidiária da ênfase que tem sido concedida ao estudo diferencial dos vários modelos terapêuticos. Beutler e colaboradores (2004), depois de identificarem e avaliarem as intervenções do terapeuta em classes, afirmam que “existe pouco apoio para a perspectiva de que qualquer classe é particularmente eficiente” (p. 291). Nas meta-análises revistas, as diferentes classes de intervenções revelaram efeitos pequenos e destituídos de significado estatístico (à excepção da intensidade do tratamento e da auto-revelação do terapeuta).

Quadro 4 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “estados observáveis” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados

Variáveis	M. E.	n	Investigadores
Currículo Profissional			
<i>Nível de treino</i>	0.01 (<i>ns</i>)	32	Berman & Norton (1985)
	0.15 (<i>ns</i>)	108	Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987)
	0.30	70	Lyons & Wood (1991; cit. Stein & Lambert, 1995)
<i>(medidas pré-pós teste)</i>	0.15	10	
<i>(satisfação do cliente)</i>	0.14	8	Stein & Lambert (1995)
<i>(avaliação por juiz externo)</i>	0.17	3	
	0.04 (<i>ns</i>)	64	Bowman, Scogin, Floyd & McKendress-Smith (2001)
<i>Tipo de treino</i>	0.28	475	Smith, Glass & Miller (1980; cit. Beutler <i>et al.</i> , 2004)
	0.0	N/D	Prioleau, Murdock e Brody (1983; cit. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994)
<i>Nível de experiência</i>	0.01 (<i>ns</i>)	25	Stein & Lambert (1984; cit. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994)
	0.41	15	Crits-Christoph <i>et al.</i> (1991)
Estilo terapêutico interpessoal			
<i>Padrões recíprocos de interação</i>	0.08 (<i>ns</i>)	8	Beutler <i>et al.</i> (2004)
Métodos de tratamento			
<i>Manuais</i>	0.38	15	Crits-Christoph <i>et al.</i> (1991)
<i>Competência</i>	0.07 (<i>ns</i>)	6	Beutler <i>et al.</i> (2004)
Intervenções do terapeuta			
<i>Directividade</i>	-0.45	19	Svartberg & Stiles (1991; cit. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994)
	0.06 (<i>ns</i>)	15	Beutler <i>et al.</i> (2004)
<i>Trabalhos de casa</i>	0.10 (<i>ns</i>)	5	Beutler <i>et al.</i> (2004)
<i>(tratamentos que prescrevem)</i>	0.36	27	
<i>(aderência dos clientes)</i>	0.22		Kazantzis, Deane & Ronan (2000)
<i>Insight vs. sintomáticas</i>			
<i>(medidas globais)</i>	0.04 (<i>ns</i>)	21	
<i>(medidas específicas)</i>	0.03 (<i>ns</i>)		Beutler <i>et al.</i> (2004)
<i>Interpretação</i>	0.07 (<i>ns</i>)	10	Beutler <i>et al.</i> (2004)
<i>Emotivas vs. de suporte</i>			
<i>(medidas pré-pós teste)</i>	0.54	N/D	
<i>(com grupo de contraste)</i>	0.55	15	Greenberg, Elliott & Lietaer (1994; cit. Beutler <i>et al.</i> , 2004)
<i>Intensidade do tratamento</i>	0.11	5	Beutler <i>et al.</i> (2004)

Legenda: n – número de estudos analisados; M.E.- magnitude do efeito; *ns* – $\rho > 0.05$; N/D: informação não disponível.

Um dos resultados potencialmente mais interessantes do sumário desta literatura é a constatação do importante papel que as variáveis do cliente desempenham na mediação do impacto das técnicas (tais como: a cronicidade e a reactividade dos sintomas; o tipo e a severidade do problema; o estilo de *coping*; ou a qualidade das suas competências interpessoais). Esta consideração alerta os investigadores, demasiado centrados na procura das intervenções mais eficazes para a generalidade dos clientes, para a necessidade de procurarem identificar os procedimentos mais adequados em função das características específicas dos clientes.

3.2.1.3. Traços inferidos

Esta classe de factores inclui os padrões de personalidade e de *coping*, o nível de bem-estar emocional, os valores, as crenças e as atitudes culturais dos terapeutas. Constituem um conjunto de características relativamente estáveis, transversais a diferentes áreas de vida e internas aos terapeutas, cujos efeitos se fazem sentir nos clientes (e daí a possibilidade e o interesse de serem empiricamente exploradas).

Na revisão de 2004, Beutler e os seus colaboradores, tiveram grandes dificuldades em colectar um número razoável de investigações, das décadas de 80 e de 90, sobre a relação entre as variáveis subjectivas do terapeuta e o resultado da terapia. A inexistência de um número razoável de investigações não permitiu aos autores calcular a magnitude do efeito de uma grande parte das variáveis destas classes; e esta é a prova do desinteresse que os investigadores devotaram a esta área de estudo do terapeuta.

a. Personalidade e padrões de coping

Num plano teórico, não é difícil encontrar na literatura sugestões sobre a relevância de diferentes dimensões da personalidade do terapeuta para uma terapia bem sucedida (cf. McConaughy, 1987). Porém, do ponto de vista empírico, as tentativas conduzidas ao longo dos anos para tentar provar o efeito da personalidade do terapeuta no resultado do cliente têm sido desapontadoras e inconclusivas. Beutler *et al.* (2004, p. 274) afirmam a este respeito que “as conclusões sobre os efeitos da similaridade e do resultado da personalidade geral do terapeuta não são possíveis neste momento e a investigação tem decrescido significativamente desde a primeira edição deste Handbook (Bergin & Garfield, 1971)”.

b. Locus de controlo, nível conceptual e estilo de coping

Após a revisão de 1994, Beutler, Machado e Neufeldt (1994) afirmaram que a investigação produzida neste domínio dos “traços inferidos” do terapeuta não trouxe resultados significativos e que por esta razão poderia ser abandonada a favor de novas e mais específicas direcções. De acordo com esta recomendação, os revisores que acompanharam Beutler em 2004 não identificaram novas investigações sobre estas variáveis.

c. Bem-estar emocional

Beutler, Machado e Neufeldt, na revisão deste tópico, em 1994, concluíram que o nível de ajustamento emocional e de saúde mental do terapeuta se encontra positivamente correlacionado com resultados terapêuticos positivos.

Dez anos depois, Beutler e colaboradores (2004) identificaram 9 estudos (publicados entre 1982 e 1999) que possibilitaram o cálculo da magnitude do efeito do bem-estar emocional do terapeuta. Através desta meta-análise foi descoberta uma relação positiva e consistente do bem-estar emocional do terapeuta nas melhoras dos clientes ($ME[r]=0.12$; $p \leq 0.05$). Porém, Beutler *et al.* (2004) alertam para facto de o efeito do bem-estar do terapeuta no resultado poder ser mediado pelo bem-estar do próprio cliente.

d. Valores, atitudes e crenças

O estudo do impacto dos valores, das crenças e das atitudes dos terapeutas na psicoterapia, tem, segundo Beutler *et al.* (2004), registado uma acentuada perda de adeptos. Eventualmente, as inconsistências encontradas em anteriores investigações (cf. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994), as dificuldades metodológicas em definir operacionalmente conceitos como “valor” e em estudar os seus efeitos nos resultados terapêuticos, afastaram os investigadores para outras áreas de estudo. Impossibilitados de comparar meta-analiticamente as conclusões dos estudos existentes, os autores (*ibidem*), com base nos dados (tantas vezes contraditórios) apresentados pelos escassos estudos publicados nas décadas de 80 e 90 sobre o tópico, encerram dizendo que não é possível delinear o papel que os valores do terapeuta desempenham na terapia.

Lamentavelmente, a pesquisa deste tópico tem registado um acentuado declínio. No passado, investigações com resultados bem interessantes foram conduzidas sobre o papel dos valores do terapeuta. Um destes exemplos é o estudo de Lafferty, Beutler e Crago (1989) no qual os autores, ao dividirem 30 terapeutas estagiários em dois grupos de acordo com o seu nível de eficiência, verificaram que estes diferiam nos seus valores. Os terapeutas com piores resultados terapêuticos diferiam dos terapeutas mais eficientes ao valorizarem a sua própria prosperidade e estimulação enquanto valores últimos de vida⁸, o que segundo os investigadores “reflecte auto-envolvimento mais do que altruísmo da parte destes terapeutas e pode interferir com as suas habilidades para providenciar compreensão empática e para ajuizar o próprio apoio prestado por si” (Lafferty, Beutler & Crago, 1989, p. 79). Quando comparados com os terapeutas com mais sucesso, os terapeutas menos eficientes atribuíam menos importância ao valor instrumental da inteligência. Esta atitude foi interpretada pelos autores do estudo (ibidem) como podendo resultar numa postura menos reflexiva e curiosa destes terapeutas perante a psicoterapia, afectando, por conseguinte, os resultados dos clientes. Infelizmente, esta investigação não teve a continuidade esperada.

A conclusão da revisão dos estudos dedicados, especificamente, às *crenças religiosas* não é totalmente distinta da anterior. Beutler *et al.* (2004) – à semelhança do que havia acontecido em 1994 –, dão conta de um complexo padrão de interacções entre as crenças religiosas de terapeutas e clientes, citando alguns estudos que indicam as semelhanças como sendo benéficas para os resultados terapêuticos e outros como sendo negativas; estudos que sugerem que as crenças religiosas dos terapeutas têm um impacto significativo nos clientes e outros que as apontam como irrelevantes para o tratamento.

e. Atitudes culturais

A ausência de uma massa crítica de estudos não permite clarificar o impacto que as atitudes dos terapeutas acerca do género (e.g., perspectiva sobre homossexualidade e

⁸ Convém clarificar que, neste estudo, os autores utilizaram como instrumento de avaliação dos valores dos terapeutas o *The Rokeach Value Survey* (RVS – Rokeach, 1973; cit. Lafferty, Beutler & Crago, 1989). Os dois tipos de valores a que o artigo se refere – valores terminais (que se referem a estados últimos de existência ou objectivos/modos de vida idealizados; e.g., uma vida próspera, uma vida estimulante/activa, reconhecimento social, auto-estima) e valores instrumentais (que se referem a modalidades de comportamento preferenciais ou meios para alcançar valores terminais; e.g., ambicioso, inteligente, honesto, corajoso) – derivam precisamente de uma distinção feita pelo RVS.

bissexualidade) e dos papéis culturais (e.g., discriminação em função da idade ou do sexo) têm nos resultados da terapia.

Numa revisão qualitativa dos estudos desenvolvidos sobre este tópico, Beutler e colaboradores (2004) sugerem que os terapeutas com atitudes contrárias à homossexualidade ou à bissexualidade estão mais predispostos a enviesamentos quando recebem em terapia clientes com estas orientações sexuais, por exemplo, exagerando a severidade do diagnóstico, alterando a percepção de responsabilidade, as apreciações clínicas e a disposição para trabalhar com estes clientes. Atitudes sexistas e de discriminação etária por parte do terapeuta parecem, também, interferir com a capacidade deste para promover boas relações terapêuticas e, conseqüentemente, limitam as possibilidades de os clientes usufruírem amplamente dos benefícios da terapia (Beutler *et al.*, 2004).

A etnia do terapeuta (i.e., as suas atitudes perante a raça) tem sido investigada no contexto do acompanhamento terapêutico de clientes pertencentes a grupos étnicos minoritários. Beutler *et al.* (2004) identificaram e analisaram cinco estudos (publicados entre 1984 e 1994) nos quais as atitudes dos terapeutas foram relacionadas com os resultados terapêuticos de clientes pertencentes a minorias étnicas. Os autores (*ibidem*) encontraram um efeito consistente e positivo ($ME[r]=0.13$, $\rho \leq 0.05$) da sensibilidade cultural do terapeuta nos resultados obtidos com estes clientes.

Quadro 5 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “traços inferidos” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados

Variáveis	M. E.	n	Investigadores
Bem-estar emocional	0.12	9	Beutler <i>et al.</i> (2004)
Atitudes culturais			
<i>Etnia</i>	0.13	5	Beutler <i>et al.</i> (2004)

Legenda: n – número de estudos analisados; M.E.- magnitude do efeito

Em suma, a investigação produzida em torno das características transituacionais e subjectivas do terapeuta (i.e., personalidade, bem-estar, atitudes, valores e crenças), ainda que muito reduzida, tem produzido alguns resultados interessantes, nomeadamente os que reportam um efeito significativo, embora modesto, do bem-estar emocional e das atitudes étnicas do terapeuta. Outros estudos indiciam complexas interações entre os sistemas de crenças e de valores dos participantes terapêuticos, cuja

compreensão requer investigações adicionais. De um modo semelhante, a consideração do impacto potencial das crenças culturais e das atitudes do terapeuta face à orientação sexual dos clientes necessita de ser mais aprofundada para que a sua eventual contribuição para o resultado terapêutico possa ser completamente inteligível. A pesquisa em torno do estilo e do nível cognitivo do terapeuta não registou progressos na década de 90.

3.2.1.4. Estados inferidos

Os estados inferidos do terapeuta dizem respeito aos atributos do terapeuta para promover uma relação terapêutica de qualidade e à sua orientação teórica. Na edição de 1994, a análise da investigação produzida sobre esta categoria de variáveis, conduziu à afirmação de que qualidades de aceitação e de apoio por parte do terapeuta facilitam a relação terapêutica (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994), sem que uma relação de causalidade tenha sido estabelecida entre estas atitudes e o resultado terapêutico. Quanto à orientação teórica do terapeuta, Beutler e os colaboradores de então, não encontraram indicações a favor de uma forte relação entre esta variável e o resultado da terapia. Contudo, sugerem que as preferências teóricas dos terapeutas podem interagir com os estilos de *coping* dos clientes influenciando os resultados terapêuticos.

a. Relação terapêutica

A qualidade da relação terapêutica é tida como um factor de inquestionável importância para uma psicoterapia eficaz. Ainda que as propriedades desta relação resultem da colaboração entre terapeuta e cliente e possam ser aferidas através de múltiplas perspectivas (e.g., cliente, terapeuta, observador externo), os atributos relacionais do terapeuta (e.g., empatia, aceitação incondicional, genuinidade, entre outros) têm sido consistentemente comprometidos com a mudança que se supõe seja operada através da relação terapêutica (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Lambert e Okiishi (1999, p. 68) têm a este respeito uma posição interessante. Segundo estes, a aliança terapêutica é “meramente uma variável moderadora ou de controlo” e não o objecto do estudo em si mesmo. De acordo com esta perspectiva, outras variáveis do terapeuta (e.g., as crenças, valores e atitudes) exercem a sua influência (indirecta) no resultado, através do impacto que têm na qualidade da relação terapêutica.

Horvath e Symonds (1991) sintetizaram, através de procedimentos meta-analíticos, 24 estudos que relacionam a qualidade da aliança terapêutica com o efeito da terapia. Os resultados indicam uma associação segura e positiva entre uma boa relação terapêutica e o resultado terapêutico ($ME[r]=0.26$; $\rho \leq 0.05$).

Stevens, Hynan e Allen (2000) conduziram também uma meta-análise para determinar a relação entre a aliança terapêutica (considerada aqui como um factor comum em psicoterapia) e uma variedade de resultados terapêuticos (tais como, bem-estar subjectivo, sintomas e funcionamento geral). A magnitude do efeito (r) calculada a partir dos resultados de 80 estudos foi de 0.11 ($\rho \leq 0.05$).

Uma outra revisão empírica dos estudos sobre a relação entre aliança terapêutica e resultado do tratamento foi elaborada por Martin, Garske e Davis (2000). Os dados provenientes de 67 estudos, sumariados nesta meta-análise, sugerem uma relação moderada, mas consistente, entre a aliança terapêutica e o resultado ($ME[r]=0.23$; $\rho \leq 0.05$). Este trabalho de revisão demonstra ainda como a associação relação-resultado varia em função do tipo de escala da aliança terapêutica usada (e.g., CALPAS: $ME[r]=0.17$; Penn: $ME[r]=0.29$; Vanderbilt: $ME[r]=0.25$; WAI: $ME[r]=0.24$).

Beutler *et al.* (2004) identificaram e analisaram 28 trabalhos de investigação da década de 90 que estudam a associação entre uma medida da relação terapeuta-cliente e uma medida geral da mudança terapêutica, bem como 12 pesquisas que associam uma medida da aliança terapêutica a uma medida específica de modificação sintomática. Os autores (*ibidem*) obtiveram, respectivamente, uma magnitude média do efeito (r) de 0.22 ($\rho \leq 0.05$) e de 0.17 ($\rho \leq 0.05$). Ainda assim, a variação encontrada nas magnitudes do efeito (r) da aliança terapêutica ao longo dos estudos revistos (variando de 0.04 a 0.78) será, eventualmente, devida à interferência de outras variáveis, tais como: a duração do tratamento, a mudança numa fase inicial do tratamento, a receptividade do cliente, a adequação das intervenções terapêuticas implementadas, ou, como já referimos, o tipo de medida da aliança (Beutler *et al.*, 2004).

Colectivamente, estes resultados parecem confirmar a assunção de que a qualidade da relação terapêutica é um bom preditor da mudança operada em terapia. As meta-análises parecem sugerir que a relação terapeuta-cliente contribui de forma significativa, ainda que moderada, para o resultado terapêutico. “A relação terapêutica explica provavelmente algo entre os 7% [...] e os 17% [...] da variância no resultado terapêutico” (Beutler *et al.*, 2004, p. 288).

b. Orientação teórica

Corresponde ao modelo terapêutico usado pelo terapeuta e que se encontra associado a procedimentos específicos de intervenção. Ainda assim, parece existir uma diferença considerável entre a orientação teórica do terapeuta e as intervenções ministradas por este. Alguns estudos (e.g., Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1985, 1986) mostram como terapeutas que professam uma mesma filosofia psicoterapêutica diferem nas intervenções que utilizam; e outros (e.g., Crits-Christoph *et al.*, 1991) demonstram que mesmo sob as directrizes de um mesmo manual ou modelo terapêutico, os terapeutas diferem na sua contribuição para o resultado. Por conseguinte, a avaliação da orientação teórica de qualquer terapeuta reflecte também, e sempre, a contribuição individual do terapeuta (e.g., dos seus sistemas de crenças e valores).

Beutler, Machado e Neufeldt (1994) depois de reverem os resultados de três meta-análises [Shapiro & Shapiro, 1982 (n=214); Smith & Glass, 1977 (n=375); Smith, Glass & Miller, 1980 (n=475)] sobre o efeito da orientação do terapeuta, concluem dizendo que “a orientação do terapeuta não está fortemente relacionada com o resultado do tratamento” (p. 248). Os autores (*ibidem*) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes orientações teóricas dos terapeutas, mas reportam uma magnitude média do efeito da terapia (quando comparada com a ausência de tratamento ou com tratamentos placebo) relativamente grande ($r=0.41$, $\rho\leq 0.05$; cit. Beutler *et al.*, 2004). Beutler, Machado e Neufeldt (1994) sugerem, contudo, que perante clientes com diferentes estilos de *coping* (tendência mais internalizadora ou externalizadora) as crenças teóricas do terapeuta podem moderar os resultados obtidos.

Wampold *et al.* (1997) realizaram uma meta-análise com o propósito de testar empiricamente o veredicto do “pássaro Dodó”, segundo o qual, as diferenças entre as magnitudes do efeito dos vários tratamentos psicoterapêuticos não são significativas. Os resultados alcançados com este estudo são consistentes com a conjectura do “pássaro Dodó” variando a magnitude do efeito (r) da comparação entre várias psicoterapias no intervalo de 0.00 a 0.11 (*ns*), sugerindo que a orientação teórica do terapeuta não contribuiu de forma significativa para o resultado alcançado. Outros dados interessantes resultantes deste estudo são os que revelam uma magnitude média do efeito (r) da terapia de 0.40 ($\rho\leq 0.05$) quando comparada com a ausência de tratamento e de 0.22 ($\rho\leq 0.05$) quando comparada com tratamentos placebo.

A meta-análise de Lipsey e Wilson (1993), através da qual os autores resumiram os resultados de 302 meta-análises sobre a eficácia de diferentes tratamentos (onde incluíram também programas e intervenções educacionais), revelou uma magnitude média do efeito (r) do tratamento de 0.31 ($\rho \leq 0.05$), quando comparado com a sua ausência, e de 0.22 ($\rho \leq 0.05$), quando comparado com tratamento placebo.

Beutler *et al.* (2004) consideram que a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a magnitude do efeito de determinado modelo terapêutico e o tratamento placebo (e.g., Lipsey & Wilson, 1993; Wampold *et al.*, 1997) provam a importância de o terapeuta actuar segundo uma determinada teoria. Ainda que “o modelo de terapia adoptado e usado pelo terapeuta explique menos do que 10% das diferenças observadas nos resultados” (Beutler *et al.*, 2004, p. 289).

Quadro 6 – Sumário das magnitudes do efeito associadas à classe de variáveis “estados inferidos” do terapeuta, em algumas meta-análises de estudos centrados nos resultados

Variáveis	M. E.	n	Investigadores
Relação terapêutica	0.26	24	Horvath & Symonds (1991)
	0.11	80	Stevens, Hynan & Allen (2000)
	0.23	67	Martin, Garske & Davis (2000)
(medidas gerais)	0.22	28	
(medidas específicas)	0.17	12	Beutler <i>et al.</i> (2004)
Orientação teórica	0.41	3 (meta)	Beutler, Machado & Neufeldt (1994; cit. Beutler <i>et al.</i> 2004)
(tratamento vs. não tratamento)	0.40	N/D	Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn (1997)
(tratamento vs. placebo)	0.22		
(tratamento vs. não tratamento)	0.31	302	Lipsey & Wikson (1993)
(tratamento vs. placebo)	0.22	(meta)	

Legenda: n – número de estudos analisados; M.E. – magnitude do efeito; N/D – informação não disponível; meta – meta-análises.

As variáveis estados inferidos do terapeuta, ou seja, o modelo de tratamento do terapeuta e a contribuição do terapeuta para a relação terapêutica, opõem, sob uma mesma designação (i.e., estados inferidos), factores técnicos (ou específicos) a factores relacionais (ou comuns), respectivamente. De acordo com a revisão empreendida, ambos os grupos de variáveis do terapeuta parecem contribuir, de forma relativamente equivalente, para o resultado da terapia. Ainda assim, estes explicam apenas uma

parcela da variância no resultado terapêutico, pelo que outros aspectos devem ser tidos em consideração (e.g., o cliente). A este propósito, Beutler *et al.* (2004) sugerem veementemente que de futuro a investigação em psicoterapia ultrapasse as divergências que opõem aspectos técnicos a aspectos relacionais e adopte uma perspectiva mais global, interactiva e integrativa dos dois aspectos.

Resumidamente, parece que a investigação nos resultados em psicoterapia conseguiu detectar a existência de variabilidade entre os terapeutas, mas não foi ainda capaz de iluminar de que modo as diferenças individuais dos terapeutas afectam o processo terapêutico, nem tão pouco foi capaz de explicar o que faz de um terapeuta um terapeuta eficaz. Os estudos existentes, que correlacionam sobretudo as variáveis do terapeuta com os resultados da terapia, são – como vimos anteriormente – parcos e difusos no tempo (provavelmente, com excepção da exploração empírica das variáveis de ordem técnica do terapeuta, como as intervenções e os métodos); contêm inúmeras limitações metodológicas e conceptuais; e os seus resultados são muitas vezes contraditórios ou pouco consistentes. Para além disso, recorrentemente, indicações empíricas derivadas destes estudos mostram que as dimensões do terapeuta não exercem os seus efeitos de forma unidireccional, estando embricadas em complexas redes interactivas. Por conseguinte, as conclusões decorrentes dos (meta-)estudos sobre as variáveis do terapeuta, mais do que considerações definitivas, parecem indiciar eventuais efeitos de algumas destas variáveis. Com base nestas meta-análises, os resultados apontam timidamente para um impacto da quantidade de treino, da experiência, do estilo relacional, da adesão a um manual, da quantidade de tratamento, da auto-revelação e do bem-estar do terapeuta na terapia. A proximidade entre terapeuta e cliente, no que concerne às atitudes e aos padrões de interacção comunicacional, tem também sido sugestivamente relacionada com relações terapêuticas mais proficuas e, indirectamente, com resultados terapêuticos mais positivos.

De uma forma genérica, e em acordo com os resultados obtidos por outros autores (e.g., Lafferty, Beutler & Crago, 1989), as variáveis estado do terapeuta (ou seja, as suas experiências intraterapêuticas) parecem melhores preditores do efeito do terapeuta nos resultados terapêuticos do que os traços transituacionais.

Os resultados supra-revistas permitem-nos pensar que, de algum modo, a dimensão relacional do terapeuta, enquanto condição necessária e suficiente para a mudança terapêutica, pode ter sido sobrestimada ao longo do tempo, uma vez que, a

contribuição da pessoa do terapeuta ultrapassa largamente a sua condição de agente facilitador da relação terapêutica. À luz dos meta-estudos analisados, as crenças teóricas do terapeuta e as nuances que envolvem a aplicação técnica de um tratamento, parecem ser elementos igualmente importantes na promoção da mudança terapêutica. Porém, o actual *zeitgeist* (conotado com os movimentos dos “tratamentos empiricamente apoiados” e das “práticas baseadas em provas”) que enfatiza a perícia técnica do terapeuta, nomeadamente na escolha e na duração das intervenções, também não serve como explicação única para a eficácia do terapeuta. Neste sentido, há a necessidade de se continuar a explorar empiricamente como interagem os factores técnicos e relacionais dos terapeutas e de que modo afectam conjuntamente os resultados psicoterapêuticos. Esta será, porventura, uma das áreas de pesquisa mais promissoras no campo da psicoterapia (Gelso, 2005).

Por fim, três conclusões parecem poder ser seguramente firmadas sobre a revisão empreendida. Primeira, a de que mais do que “bons” e “maus” terapeutas parece haver terapeutas mais e menos eficazes para tipos particulares de clientes. Outra conclusão é a de que os factores técnicos e relacionais do terapeuta são elementos indeléveis em qualquer (e todo) encontro psicoterapêutico. Por último, que as características do terapeuta não são os únicos factores de uma terapia eficaz. Estas contribuirão para apenas uma parcela da variância do resultado. Todavia, esta é uma porção vital para o sucesso da terapia e que, por isso, merece continuar a ser investigada.

3.2.2. Estudos recentes

Ao analisarmos a literatura empírica contemporânea sobre as variáveis do psicoterapeuta – produzida desde a publicação da última edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004) –, deparámo-nos com uma interessante quantidade de estudos que exploram o impacto das variáveis do terapeuta, de algum modo, distintos dos que integram a secção anterior (i.e., dos estudos até 2004). Algumas das inovadoras características dos estudos recentemente desenvolvidos nesta área, dizem respeito ao facto de: (1) se voltarem para o estudo das características dos terapeutas no contexto clínico da prática quotidiana (e.g., Brown *et al.*, 2005; Leon, Martinovich, Lutz & Lyons, 2005; Okiishi *et al.*, 2003, 2006; Wampold & Brown, 2005); (2) envolverem amostras maiores (e.g., Barber, Gallop, Crits-Christoph, Frank,

Thase, Weiss & Gibbons, 2006; Vocisano, Klein, Arnow, Rivera, Blalock, Rothbaum, Vivian, Markowitz, Kocsis, Manber, Castonguay, Rush, Borian, Mccullough, Kornstein, Riso & Thase, 2004); (3) se preocuparem com uma redefinição operacional, mais consistente e lógica, das variáveis analisadas (e.g., de experiência – Leon *et al.*, 2005; Vocisano *et al.*, 2004); (4) por procurarem estudar conjuntamente aspectos relacionais e técnicos do terapeuta (e.g., Barber *et al.*, 2006; Gassmann & Grawe, 2006; Harwood, Beutler, Castillo & Karno, 2006; Schut *et al.*, 2005; Trepka, Rees, Shapiro, Hardy & Barkham, 2004); (5) por fazerem ressurgir o estudo do terapeuta em áreas cuja produção científica tem vindo a decrescer (e.g., Coleman, 2006); e por serem (6), de um modo geral, estudos metodologicamente mais sofisticados e criativos (e.g., utilizam análises estatísticas multinível, avaliam os resultados terapêuticos a partir de múltiplas perspectivas e através de várias medidas do resultado terapêutico). Grande parte das alterações verificadas nestes estudos vão de encontro e superam as críticas de que têm sido alvo as tradicionais investigações conduzidas sobre as variáveis do terapeuta. Por conseguinte, e por considerarmos que estas novas trajetórias marcam a produção contemporânea do conhecimento sobre o terapeuta, organizamos este sumário em função das novas avenidas que a investigação nas variáveis do terapeuta parece agora começar a explorar.

3.2.2.1. Estudo das variáveis do terapeuta na prática clínica

Os ensaios clínicos aleatórios, intimamente associados a um modelo médico, dominaram a investigação em psicoterapia durante um período considerável (desde o final dos anos 70) e até há bem pouco tempo, sendo que a maioria do conhecimento disponível sobre o impacto do psicoterapeuta e das suas dimensões na prática se constitui sobre investigações deste tipo. Recentemente, tem-se assistido a um interesse crescente da comunidade científica pelos estudos desenvolvidos em contextos clínicos aplicados – tal como demos conta anteriormente na revisão da literatura empírica sobre o efeito do terapeuta (ponto 3.1.2). No que respeita especificamente ao estudo do psicoterapeuta, este tipo de pesquisas – também designadas de estudos da eficiência (*effectiveness*) – introduzem mudanças substanciais face aos tradicionais ensaios clínicos aleatórios (RCT – *Randomized Clinical Trials*), nomeadamente pela consideração da importância individual do terapeuta para o resultado positivo em psicoterapia (Brown *et al.*, 2005; Kim, Wampold & Bold, 2006; Lambert & Okiishi,

1997). Nos ensaios clínicos – através dos quais se têm procurado os tratamentos mais eficazes para distúrbios específicos –, o terapeuta individual é perspectivado como uma variável parasita que requer controlo experimental (Lambert & Ogles, 2004), enquanto que na prática clínica as diferenças nos resultados dos clientes em função do terapeuta, mais do que um problema, são vistas como oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos próprios terapeutas (nomeadamente, pelo retorno de informação ao terapeuta dos resultados dos casos que acompanha). Assim, os estudos naturalistas dirigem-se, precisamente, para o efeito diferencial dos terapeutas e para o estudo das diferenças entre terapeutas mais e menos eficientes.

Pela natureza dos estudos desenvolvidos no mundo real da prática psicoterapêutica – nos quais os dados provêm de clientes que não foram previamente seleccionados e que receberam psicoterapia nos sítios habituais de prestação destes cuidados de saúde, por terapeutas que não haviam sido especialmente treinados ou monitorizados segundo versões manualizadas de modelos terapêuticos específicos, onde a adesão do terapeuta ao modelo não pode ser aferida nem a dose de tratamento controlada –, estes não permitem explorar adequadamente o impacto no resultado terapêutico de um grande número de variáveis. No que diz respeito aos terapeutas, a informação disponível sobre estes é ainda bastante limitada e circunscreve-se aos atributos demográficos e de identificação profissional.

Naquela que foi, anteriormente, por nós considerada como a investigação pioneira desta nova vaga de pesquisas sobre os efeitos do terapeuta na prática clínica quotidiana, Okiishi *et al.* (2003) examinaram sistematicamente uma amostra de 91 terapeutas que tinham acompanhado em terapia um grande número de clientes (precisamente, 1841 clientes), de forma a verificar se as taxas de melhoria dos clientes diferiam em função (das características) dos terapeutas. Para tal, as dimensões do terapeuta: quantidade de treino (pré-estágio, estágio e pós-estágio), tipo de treino (psicologia clínica, aconselhamento psicológico e assistência social), sexo e orientação teórica primária (cognitivo-comportamental, humanista e psicodinâmica), foram examinadas por intermédio de uma análise estatística multinível. Os resultados indicam que nenhuma destas variáveis é preditora da eficiência do terapeuta, o que sugere que as variações encontradas nos resultados dos clientes dos diferentes terapeutas (correspondendo a uma variabilidade no resultado explicada pelo terapeuta de 4.1%;

Crits-Christoph & Gallop, 2006) serão devidas a outras variáveis do terapeuta que não estas.

Este estudo foi posteriormente replicado (Okiishi *et al.*, 2006) com uma amostra de 71 terapeutas e 6499 clientes, recolhida ao longo de mais de seis anos. Os autores voltaram a encontrar uma considerável variabilidade nos resultados terapêuticos dos clientes em função do terapeuta que os acompanhou. Contudo, a análise multinível implementada para aferir se os terapeutas diferem uns dos outros em termos dos resultados terapêuticos com base nas mesmas quatro características (i.e., nível de treino, tipo de treino, sexo e orientação teórica primária), indicou que nenhuma destas contribui significativamente para os resultados dos clientes. Mais uma vez, estes resultados sugerem que quaisquer diferenças encontradas entre as trajetórias de recuperação diferencial dos clientes em função dos terapeutas não resultam das variáveis estudadas, ou resultam da interação entre as variáveis estudadas e outras não consideradas.

A investigação naturalista de Wampold e Brown (2005) explorou os resultados terapêuticos de 6146 clientes acompanhados por 581 terapeutas. Os autores concluíram que a idade, o sexo, o grau académico e os anos de experiência não explicam a variabilidade encontrada entre os terapeutas (responsável por cerca de 5% da variância do resultado, quando a severidade inicial do cliente é tida em consideração).

Brown *et al.* (2005) investigaram, também, as características da eficiência de 281 terapeutas que acompanharam 10812 clientes. Os investigadores encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.001$) entre os resultados dos clientes vistos pelos 71 terapeutas (25%) identificados como os mais eficientes e os resultados dos clientes vistos pelos restantes (75%). Contudo, a idade, o sexo, os anos de experiência e o treino dos terapeutas, bem como a duração do tratamento, não se revelaram preditores das diferenças encontradas entre estes.

Numa área historicamente controversa dentro do estudo das variáveis do terapeuta, Leon *et al.* (2005) desenharam uma investigação para estudar os potenciais efeitos da experiência do terapeuta nos resultados psicoterapêuticos. As fracas correlações encontradas nos estudos anteriores e as críticas lançadas por alguns autores (e.g., Beutler, 1997) à definição comumente usada nestes de experiência – número de anos após a graduação, não tendo em consideração a natureza individual dos acontecimentos a que cada terapeuta foi exposto –, levaram Leon e colaboradores a procurarem uma definição conceptual e operacional de experiência mais consentânea. Num paralelismo com a literatura médica, os autores procuraram determinar quando é

que “a experiência do terapeuta com um paciente possuindo características demográficas e clínicas únicas conduziria a melhores resultados com um paciente subsequente possuindo características demográficas e clínicas similares” (Leon *et al.*, 2005, p. 423). De entre uma amostra nacional de 2366 clientes, acompanhados por 92 terapeutas no âmbito de um programa de gestão de cuidados de saúde mental (*managed mental health care programs*), foram encontrados 83 pares de clientes, com similaridades nas suas características demográficas e clínicas, acompanhados por um mesmo terapeuta em intervalos de tempo distintos (intervalos compreendido entre os 15 e mais de 720 dias). O padrão de dados descoberto, através da análise dos resultados terapêuticos destes clientes, sugere que os terapeutas podem usar a experiência anterior com um cliente para melhorar os resultados terapêuticos futuros, se receberem em terapia outro cliente com características demográficas e clínicas similares, num período reduzido de tempo depois do cliente inicial (i.e., num intervalo entre 15 a 75 dias).

Em suma, apesar das limitações interpretativas inerentes aos estudos com um *design* naturalista (nomeadamente, por estes não terem controlo sobre um grande número de variáveis), as pesquisas revistas sugerem que a idade, o sexo, os anos de experiência após a graduação, o tipo de treino, o grau académico e a orientação teórica não são preditores da eficiência diferencial do terapeuta. Somente a experiência do terapeuta, quando contempla o carácter dos acontecimentos terapêuticos precedentes, parece ter impacto positivo nos resultados clínicos subsequentes, num futuro temporalmente próximo.

3.2.2.2. Estudo conjunto de variáveis relacionais e técnicas

Uma das firmes ilações derivadas da revisão dos estudos publicados até 2004 é a da necessidade da investigação prosseguir a exploração das variáveis do terapeuta através de modelos de maior complexidade, nos quais as relações entre as variáveis relacionais e técnicas são perspectivadas através de conjuntos de variáveis moderadoras e mediadoras. Os estudos reunidos neste tópico provam como esta é já uma das linhas de pesquisa das dimensões do terapeuta.

Barber *et al.* (2006) publicaram recentemente uma rigorosa e controlada investigação em que relacionam conjuntamente aspectos técnicos do terapeuta (neste caso, a adesão e a competência do terapeuta) com o resultado terapêutico e as interacções destes efeitos com a qualidade da aliança terapêutica (i.e., aspectos

relacionais). O estudo foi realizado junto de uma amostra de 95 clientes que receberam aconselhamento individual para toxicod dependência, ministrado por 12 terapeutas que haviam sido seleccionados, e posteriormente treinados e supervisionados em conformidade com um manual de aconselhamento individual. Através de uma complexa metodologia, os investigadores (ibidem) concluíram que níveis elevados de adesão do terapeuta ao modelo de tratamento se encontram ligeiramente associados a resultados terapêuticos positivos, em termos de redução dos sintomas depressivos, mas não do consumo de drogas. A ausência de uma relação linear forte entre a adesão e o resultado terapêutico é consistente com os resultados de anteriores estudos (por nós revistos). Porém, os autores descobriram uma relação curvilínea entre a adesão do terapeuta ao modelo de tratamento e o resultado terapêutico. Neste caso, quer os baixos quer os elevados níveis de adesão encontravam-se associados a resultados inferiores, enquanto níveis intermédios de adesão se encontravam associados a resultados mais positivos (redução na sintomatologia depressiva e no uso de drogas). Esta descoberta sugere que, ainda que os terapeutas devam, globalmente, seguir as suas intervenções por um manual terapêutico, em determinadas alturas e de forma responsiva com a situação clínica pode ser necessário ou benéfico um desvio ao mesmo, que os terapeutas devem ter a flexibilidade para considerar. Finalmente, os autores encontraram ainda uma associação entre a relação curvilínea adesão-resultado e a aliança terapêutica na fase inicial do tratamento que sugere, que a aliança pode moderar o efeito da adesão no resultado terapêutico. Segundo os autores, quando a relação terapêutica é forte parece ser irrelevante para o resultado do cliente a adesão do terapeuta a um modelo de tratamento, pois, independentemente disso, estes clientes melhoram. Contudo, nos casos em que a relação cliente-terapeuta é fraca, um nível moderado de adesão do terapeuta (i.e., nem elevado nem baixo) encontra-se associado a resultados mais positivos. No que concerne à competência do terapeuta na implementação do tratamento, os investigadores não encontraram uma qualquer associação entre esta variável, a adesão ou o resultado terapêutico; eventualmente, porque os terapeutas participantes tinham um nível elevado e uniforme de competência (estes haviam sido seleccionados com base na sua experiência e posteriormente treinados). Deste modo, Barber *et al.* (2006) inovaram ao apresentar uma potencial e curvilínea interacção entre o factor técnico adesão do terapeuta e o resultado terapêutico, moderada pela relação entre terapeuta e cliente; e, sobretudo, ao destacarem o importante papel que factores relacionais e técnicos desempenham conjuntamente no processo terapêutico.

Numa mesma linha, Gassmann e Grawe (2006) planearam e conduziram uma investigação com o propósito de aferirem o impacto de factores técnicos (intervenções emotivas) e relacionais (qualidade da aliança terapêutica) do terapeuta no resultado terapêutico. A novidade deste estudo advém, também, das opções metodológicas dos autores que, para além de avaliarem globalmente o resultado da terapia (através de uma medida compósita de cinco testes), utilizaram uma medida do resultado para cada sessão (consistindo num questionário preenchido pelo cliente) e analisaram sequencialmente, para cada terapia, quatro sessões minuto a minuto. Deste modo, os autores pretendiam aceder, não apenas aos efeitos médios das intervenções do terapeuta no resultado da terapia, mas aos mecanismos que geram os efeitos terapêuticos. O estudo em si consistiu então, na análise do impacto de dois mecanismos de mudança atóricos e genéricos: a activação do problema (intervenções técnicas de cariz emocional) e a activação de recursos (intervenções técnicas focadas na relação terapêutica e no reforço das competências do cliente). Várias foram as conclusões derivadas deste estudo ao nível da terapia, da sessão e da interacção imediata terapeuta-cliente. Tomando a terapia por inteiro, a activação dos recursos dos clientes explicam uma proporção superior de variabilidade no resultado do cliente do que a activação emocional do problema. Por si só, a intervenção dirigida à activação do problema não parece conduzir a uma mudança positiva, sendo que os terapeutas mal sucedidos se distinguem dos moderadamente e dos bem sucedidos pelo grau de activação dos recursos dos clientes (através do estabelecimento de uma boa relação terapêutica e enfatizando os aspectos saudáveis do cliente). No decurso da sessão, os terapeutas mal sucedidos focam-se mais nos problemas dos clientes e tendem a negligenciar os recursos destes. Só com o aproximar do fim da sessão estes terapeutas parecem voltar-se para os recursos dos clientes. Já os terapeutas bem sucedidos criam desde o início da sessão um ambiente em que a pessoa se sente e é percebida com competências, possibilitando um trabalho mais produtivo em torno dos seus problemas. Os resultados dos terapeutas também se distinguem ao nível da interacção imediata com o cliente. Neste caso, os terapeutas com piores resultados terapêuticos não reforçam de imediato os recursos activados pelo cliente na sessão e quando são os terapeutas a dirigirem-se aos recursos do cliente estes últimos muitas vezes não respondem. Por conseguinte, os autores do estudo afirmam como sendo um pré-requisito para o sucesso das intervenções emotivas centradas na activação dos problemas, a criação de um ambiente

de activação dos recursos do cliente, nomeadamente pelo estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

Harwood *et al.* (2006) procuraram estudar os padrões de interacção entre factores comuns (i.e., factores relacionais comuns a diferentes modelos) e específicos (i.e., técnicas específicas de uma dada orientação terapêutica) e o seu impacto nos resultados do tratamento do alcoolismo (avaliados em diferentes momentos do mesmo). Para tal, foi elaborado e conduzido um ensaio clínico com duas condições de tratamento: terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar. Um total de 65 clientes alcoólicos foi criteriosamente seleccionado e posteriormente distribuído de forma aleatória pelas duas condições de tratamento, cada uma composta por 20 sessões divididas em duas fases: fase activa (as primeiras 12 sessões) e de manutenção (as restantes oito sessões). Analisados num modelo linear hierárquico, os dados revelaram diferentes padrões de interacção entre factores comuns e específicos nas duas condições de tratamento, consoante a fase da terapia em que o resultado foi avaliado: (1) numa fase inicial do tratamento, o uso contrabalançado de intervenções específicas e comuns (umas sendo frequentemente usadas e as outras raramente usadas) estava associado a resultados mais positivos, nas duas condições de tratamento; (2) na condição terapia familiar, o uso exagerado de intervenções técnicas específicas, numa fase activa do tratamento, estava negativamente associado com a mudança positiva (eventualmente, uma excessiva concentração nos aspectos técnicos interfere negativamente com a capacidade empática de resposta do terapeuta na fase inicial da terapia); e (3) o uso equitativo (elevada ou baixa frequência) de intervenções técnicas e relacionais, na condição terapia familiar, estava associada com resultados muito positivos, quando avaliados numa fase de *follow-up* seis meses após o final da terapia. Os resultados deste estudo suportam a perspectiva de que as múltiplas variáveis – comuns e específicas – que intervêm na terapia não exercem os seus efeitos de forma linear e independente, mas em complexas redes de interacção. De forma igualmente interessante, este estudo ilustra como os complexos efeitos dos elementos comuns e específicos da terapia, para além de interactivos, se encontram dependentes do momento temporal em que o resultado é avaliado.

Schut *et al.* (2005) examinaram a relação entre as técnicas interpretativas, a relação terapêutica e os resultados da terapia. Uma pequena amostra de 14 clientes com distúrbio de personalidade evitante, acompanhados em psicoterapia psicodinâmica por seis terapeutas experientes, treinados e supervisionados, foi estudada através de um

elaborado e criativo *design* experimental (e.g., que envolvia várias medidas do resultado terapêutico e do processo, equipas de juizes independentes na codificação das sessões terapêuticas). Os resultados revelaram vários padrões de associação entre a quantidade de interpretações providenciada pelo terapeuta, a natureza da relação interpessoal terapeuta-cliente antes, durante e após as interpretações, e a mudança do cliente. Assim, (1) uma elevada concentração de interpretações encontrava-se inversamente associada a resultados terapêuticos positivos; (2) a presença de transacções negativas entre terapeuta e cliente (e.g., depreciação, censura, acusação, amuo) antes, durante a após as interpretações estava associada a mudanças negativas nos clientes; e (3) a concentração de interpretações estava positivamente associada com processos interpessoais negativos antes e durante a interpretação, e negativamente associada com respostas positivas dos clientes (e.g., revelação, expressão, confirmação) às interpretações. Deste modo, os autores concluem dizendo que os “terapeutas que persistem com intervenções interpretativas parecem ter significativamente mais sequências de interacções hostis com os seus clientes e que os seus clientes reagem à interpretação com significativamente menos entusiasmo do que terapeutas que usam interpretações mais sensatamente” (Schut *et al.*, 2005, p. 506). Ainda que este seja considerado pelos autores como um estudo exploratório (dada a amostra reduzida), os seus resultados indiciam uma interacção entre o efeito das técnicas interpretativas e o efeito da qualidade da relação terapêutica na mudança do cliente.

Partindo também da irredutível relação entre factores comuns e específicos em qualquer terapia, Trepka *et al.* (2004) propuseram-se a examinar a associação entre a competência do terapeuta e a aliança terapêutica com o resultado terapêutico, numa investigação sobre terapia cognitiva para a depressão. De forma a ultrapassar uma das tradicionais limitações dos ensaios clínicos no estudo da competência (i.e., o facto de os terapeutas terem à partida níveis equivalentes de competência), os seis terapeutas que integraram esta pesquisa receberam treino em terapia cognitiva, mas não foram recrutados segundo o seu nível de competência. Os dados provenientes deste estudo sugerem que (1) a competência do terapeuta e a aliança terapêutica se encontram associadas ao resultado da terapia; (2) os efeitos da competência e da aliança terapêutica são largamente, ainda que não inteiramente, independentes um do outro (sendo o impacto da aliança no resultado claramente independente da competência, mas não o contrário); (3) os efeitos da competência e da aliança terapêutica no resultado da terapia

são função primordial do terapeuta mais do que do cliente (nos casos que completaram o tratamento).

Este conjunto de estudos e os seus resultados providenciam alguma indicação da natureza complexa e interactiva dos factores técnicos (e.g., adesão, competência, intervenções emotivas, técnicas interpretativas) e relacionais do terapeuta (factores da aliança terapêutica). Deste modo, permanece a necessidade de se continuar a cruzar e a avaliar cumulativamente estes factores quando o objectivo for explicar a variabilidade nos resultados do tratamento.

3.2.2.3. Outros estudos

Neste tópico incluem-se um conjunto de outros estudos, igualmente recentes, dedicados às variáveis do terapeuta e de algum modo inovadores (face aos publicados até 2004), mas que não se integram em qualquer um dos tópicos anteriores. Encontram-se organizados em função das características do terapeuta que abordam.

a. Características demográficas e currículo profissional

Vocissano *et al.* (2004) examinaram a relação entre várias variáveis do terapeuta (características demográficas, do currículo e outras que não têm sido sistematicamente estudadas neste âmbito, como: o número de casos, o número de horas semanais de psicoterapia, a orientação teórica primária e o estatuto de supervisor) e o resultado da terapia, numa grande amostra composta por 173 clientes com depressão crónica que completaram 12 semanas de psicoterapia individual num modelo cognitivo-comportamental – uma das condições de tratamento. Nesta pesquisa, a experiência profissional foi estudada e operacionalmente definida em termos do “número de anos durante os quais o terapeuta conduziu psicoterapia individual” (Vocissano *et al.*, 2004, p. 257) – e não, como é habitual, em termos do número de anos desde a ocupação do papel profissional. Os autores do estudo não encontraram diferenças nas médias dos valores de mudança dos clientes, em função das variáveis sexo, idade, anos de prática psicoterapêutica (ou experiência) e número de casos acompanhados pelos terapeutas. Contudo, o estudo revelou que o número médio total de horas semanais que os terapeutas/supervisores despendem a conduzir psicoterapia se encontra negativamente correlacionado com a mudança dos clientes. Um outro resultado curioso deste estudo

aponta para uma redução significativa nos valores de depressão dos clientes dos terapeutas cognitivo-comportamentais que são simultaneamente supervisores, bem como dos clientes dos terapeutas com uma orientação inicial psicodinâmica, quando comparados com os valores de depressão dos clientes acompanhados pelos terapeutas cognitivo-comportamentais (que não são supervisores).

b. Padrões de interação na díade terapêutica

Interessados nos factores interaccionais e relacionais da terapia, Caspar, Grossmann, Unmüssig e Schramm (2005), estudaram empiricamente a relação entre a extensão da complementaridade do comportamento do terapeuta e a mudança terapêutica, em 22 clientes com perturbação depressiva seguidos num modelo de psicoterapia interpessoal por 8 terapeutas treinados e supervisionados no modelo. No plano experimental do estudo, que inclui vários instrumentos de avaliação do resultado (SCL-90 – *Symptom Checklist-90*; BDI – *Beck Depression Inventory*; HRF – *Hamilton Rating Scale*; e GAF – *Global Assessment of Functioning*), a complementaridade (operacionalizada em padrões de comunicação verbal e não verbal) foi avaliada através do visionamento e da classificação, por juízes independentes, de 3 sessões terapêuticas (correspondendo à fase inicial, intermédia e final da terapia) para cada cliente. Os resultados confirmaram parcialmente as expectativas iniciais dos investigadores ao mostrarem que quando os terapeutas estabelecem uma relação de complementaridade com os clientes estes obtêm melhores resultados, mas apenas quando o sucesso é avaliado pelos clientes e não por outros. Curiosamente, a pesquisa revela também como os terapeutas tendem a desenvolver relações de maior complementaridade com clientes “fáceis” ou amigáveis, do que com clientes “difíceis” ou hostis, sendo que, por norma, são estes últimos os que menos beneficiam da terapia.

c. Variáveis subjectivas da situação terapêutica

O estudo de Vocissano *et al.* (2004), atrás referido, introduz a exploração de uma outra variável igualmente pertinente. Assim, em vez de estudarem a comum relação entre as estratégias de intervenção observáveis (e.g., directividade, emotividade, *insight*) e o resultado terapêutico, relacionaram antes a percepção subjectiva do terapeuta acerca da importância relativa das suas intervenções com o resultado da terapia. Assim,

convidaram os terapeutas a classificar o grau relativo de importância que concedem – em cada um dos casos clínicos que acompanhavam e que integravam a investigação – a cada uma de 5 intervenções listadas: “correção de interpretações, correção de comportamento, modificação dos resultados situacionais, exame das relações entre as histórias sociais dos pacientes e o seu comportamento actual, e discussão da relação paciente-terapeuta” (Vocissano *et al.*, 2004, p. 260). Os autores concluíram que o melhor preditor do resultado terapêutico é o grau geral de importância dada pelo terapeuta à relação terapêutica (o grau de ênfase colocado pelo terapeuta nas restantes 4 intervenções não se encontra associado a uma redução da sintomatologia). Esta consideração reforça o papel da relação terapêutica como um componente principal da mudança na terapia, mesmo de orientação cognitivo-comportamental.

d. Variáveis subjectivas transituacionais

Coleman (2006) examinou o impacto da similaridade psicológica da díade cliente-terapeuta no resultado da terapia. Os resultados sugerem dois efeitos significativos da similitude global da personalidade de cliente e terapeuta: nas mulheres, está associada a uma melhor relação terapêutica; e, em ambos os sexos, encontra-se negativamente e fortemente correlacionada com a sintomatologia (i.e., quanto mais parecidos, melhores são os resultados da terapia). Apesar das limitações deste estudo, (e.g., amostra reduzida, utilização apenas de medidas de auto-relato, uso de uma medida da personalidade de moderada confiança), a sua relevância prende-se com o ressurgir do interesse por uma das mais complexas e menos estudadas variáveis do terapeuta.

Na última revisão das variáveis do terapeuta, Beutler *et al.* (2004) definiam como promissor o estudo do efeito das atitudes e dos valores dos terapeutas. Em congruência com as expectativas depositadas nesta área, após a publicação desta mesma revisão, alguns autores (e.g., Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert & Broberg, 2006, 2007) têm dedicado o seu trabalho ao impacto das atitudes terapêuticas do terapeuta (i.e., atitudes face a questões da terapia) no resultado da terapia.

Sandell e colegas (2006, 2007) com base numa escala de atitudes do terapeuta desenvolvida previamente (TASC-2 – *Therapist Attitudes Scale*), têm procurado estudar de forma sistemática de que modo as atitudes, as crenças e os valores do terapeuta em matéria terapêutica podem contribuir para a variância no resultado da terapia. Num primeiro estudo – ainda que posteriormente publicado – Sandell *et al.* (2007)

concluíram, através de uma amostra de 225 clientes e 177 terapeutas psicodinâmicos divididos por duas condições (grupo em tratamento e grupo pós-tratamento), que as atitudes do terapeuta moderam a relação entre a fase de tratamento e a sintomatologia do cliente. Os resultados indicaram que as atitudes do terapeuta não se encontravam significativamente relacionadas com a sintomatologia dos clientes que ainda se encontravam em tratamento. Contudo, os resultados terapêuticos após o final da terapia estavam significativamente correlacionados com algumas atitudes terapêuticas do terapeuta. Este resultado explica-se, uma vez que a influência destas atitudes do terapeuta aumenta à medida que a terapia vai progredindo e exercendo os seus efeitos. Neste caso, os terapeutas que valorizavam a atitude “gentileza” (*Kindness*) como um factor curativo, a “neutralidade” (*Neutrality*) como um estilo terapêutico e a psicoterapia como uma forma de “arte” (*Artistry*) apresentaram resultados terapêuticos mais positivos a longo-prazo.

Num segundo estudo, o mesmo grupo de investigadores (Sandell *et al.*, 2006) procurou estudar de forma mais subtil o efeito moderador das atitudes do terapeuta. Neste caso, com uma amostra de 167 terapeutas psicodinâmicos e 327 clientes os investigadores chegaram a resultados que mostram que os terapeutas com bons resultados terapêuticos são caracterizados por valores elevados nas atitudes neutralidade (*Neutrality*; i.e., não interferência nos desejos, crenças e valores do cliente) e gentileza (*Kindness*; i.e., valorização do cliente e boa vontade), medidas na TASC-2; enquanto os terapeutas com resultados particularmente negativos obtêm valores elevados nas atitudes adaptação (*Adjustment*; i.e., suporte e orientação directiva do cliente para os propósitos terapêuticos) e pessimismo (*Pessimism*; i.e., assunções negativas sobre o comportamento humano, o trabalho psicoterapêutico e a personalidade) da mesma escala. As conclusões provisórias avançadas pelos autores sugerem que há atitudes dos terapeutas que moderam mais favoravelmente (e.g., consideração positiva do cliente, não intrusão) e outras mais prejudicialmente (e.g., resignação, conformismo, pessimismo) os resultados terapêuticos.

A incomensurável quantidade de trabalhos científicos produzidos em torno das variáveis do terapeuta não foi ainda suficiente para determinar, cabalmente, a acção terapêutica das mesmas. Nos últimos anos os investigadores têm procurado novas formas de responder às velhas perguntas: quais os factores específicos dos terapeutas que contribuem para as diferenças encontradas nos resultados terapêuticos? e o que é

que diferencia um terapeuta eficiente de um terapeuta pouco eficiente? Uma das novas rotas adoptadas pela investigação consiste no estudo integrado de aspectos relacionais e técnicos (Barber *et al.*, 2006; Grassmann & Grawe, 2006; Harwood *et al.*, 2006; Schut *et al.*, 2005; Trepka *et al.*, 2004). Os resultados preliminares dos trabalhos desenvolvidos neste âmbito têm confirmado a complexa e irreduzível natureza da relação entre os aspectos técnicos e relacionais da terapia. Para além de desenvolverem criativamente novas formas de perspectivar o efeito interactivo das variáveis do terapeuta, os investigadores têm-se preocupado com a sua redefinição conceptual (o caso da experiência) e com resultados animadores (e.g., Leon *et al.*, 2005). Uma outra diferença notada nos estudos mais recentes é o crescente interesse da investigação por estudos empíricos desenvolvidos em contexto naturalista, que procuram acima de tudo resultados com relevância clínica. Ainda numa fase inicial, é expectável que nos próximos anos estes progridam, eventualmente, pela pesquisa de uma maior quantidade de variáveis do terapeuta (para além das de carácter demográfico e de identificação profissional) e pelo estudo sistemático dos terapeutas mais eficientes.

3.3. O impacto negativo do terapeuta

A investigação indica claramente que alguns clientes pioram na sequência da psicoterapia. Lambert, Shapiro e Bergin (1986; cit. Najavits & Strupp, 1986), numa revisão da literatura sobre o tópico dos efeitos negativos, afirmam que aproximadamente 9% a 11% dos clientes pioram na sequência da terapia; e Lambert e Bergin (1995) estimam entre 0% a 15% a proporção de resultados negativos em psicoterapia (dos quais excluem a não-mudança). Num ensaio clínico relativamente recente, Hansen, Lambert e Forman (2002; cit. Lambert, 2007), descobriram que cerca de 35% a 40% dos clientes não beneficiam do tratamento psicoterapêutico, enquanto um pequeno grupo de cerca de 5% a 10% deterioram na sequência do mesmo. Na literatura, os relatos de resultados empíricos de mudança negativa em psicoterapia são poucos, surgem casualmente e são muitas vezes inconclusivos. No entanto, dados como os apresentados anteriormente não nos parecem negligenciáveis e levam-nos a pensar que a psicoterapia pode fazer – e faz mal – a alguns daqueles que afinal pretendia ajudar. Há ainda que ressaltar o facto de a deterioração não ter que ser um produto directo da terapia (e.g., a pessoa pode ter iniciado um processo de declínio progressivo que nenhum esforço do terapeuta pode ser capaz de parar ou pode ter vivenciado um

acontecimento de vida traumático sem que este tivesse sido contido pela relação terapêutica). Em todo o caso, saber quando é que a psicoterapia é ou não responsável pela deterioração observada no tratamento continua a ser uma questão em aberto. Só um conhecimento maior e mais aprofundado do fenómeno da mudança negativa poderá ajudar a destringir a contribuição que os factores da terapia e extraterapia exercem no mesmo. Mais, este parece ser um saber essencial com implicações no encaminhamento dos clientes para os tratamentos, na selecção de procedimentos específicos em função dos clientes, e – com especial interesse no âmbito da nossa revisão – na formação e supervisão dos terapeutas. Para além disso, a compreensão e a conseqüente redução dos eventos terapêuticos negativos poderia aumentar as taxas de eficiência da psicoterapia (Lambert & Bergin, 1994).

Como facilmente se depreende – até pela natureza constrangedora do próprio tema – o estudo da deterioração associada à psicoterapia encontra-se muito dificultado, desde logo pela impossibilidade ética de ser experimentalmente manipulado, mas, sobretudo, pela desvalorização ou ignorância a que frequentemente este assunto é votado pelos terapeutas. Lambert e Bergin (1995) citam anteriores revisões (Bergin & Lambert, 1978; Lambert, Bergin & Collins, 1977), em que ambos participaram, sobre a prevalência, a incidência e a magnitude da mudança negativa, para darem conta da dificuldade em estudar este tópico. Primeiramente, pela escassez de estudos sobre o tema e depois pela resistência dos investigadores em incluírem nos seus estudos sobre os resultados terapêuticos a categoria “pior”. Mohr (1995) enumera um vasto conjunto de dificuldades de um outro tipo – dificuldades metodológicas – associadas a este tipo de pesquisas, tais como: (1) a identificação de clientes que deterioram dadas as múltiplas formas que este fenómeno pode assumir (e.g., agravamento ou substituição de sintomas, mal funcionamento geral ou condicionado a uma área de vida específica, modificações no ambiente social ou familiar do cliente); (2) a avaliação dos resultados negativos (e.g., escolha de medidas globais ou específicas, selecção das fontes de informação); (3) a identificação de variáveis relacionadas com a deterioração dos clientes (e.g., reacções dos clientes perante intervenções específicas do terapeuta, blocos de sessões ou o processo terapêutico por inteiro; diferenciação entre recaída e resultado negativo); e (4) o papel dos dilemas éticos nestas investigações. Contudo, Mohr é peremptório na afirmação de que “o maior impedimento na identificação de pessoas que podem deteriorar em psicoterapia é a falha dos terapeutas em ver isto” (Mohr, 1995, p. 23).

Por estas dificuldades – ou ainda por outras não contempladas nesta breve síntese – a atenção concedida ao tema na investigação parece estar em declínio, quando tomamos por referência as duas últimas edições do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (cf. Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004) e verificamos que a secção dedicada à revisão destes estudos na edição de 1994 é bem mais vasta e detalhada do que a secção correspondente na edição de 2004 (esta última, voltada para a prevenção ou diminuição dos efeitos negativos da terapia, através da revisão de estudos sobre o desenvolvimento e a implementação de sistemas de *feedback* ou de alerta ao terapeuta sobre a progressão terapêutica do cliente).

Na escassa literatura existente sobre a mudança negativa, três grupos principais de variáveis emergem enquanto factores potencialmente implicados na mesma: o cliente (nomeadamente, o tipo e grau de perturbação), os procedimentos terapêuticos (principalmente, o uso de técnicas que destroem, enfraquecem ou modificam as habituais defesas ou mecanismos de *coping* do cliente) e o terapeuta (cf. Lambert & Bergin, 1994; Mohr, 1995 – para uma revisão dos estudos sobre estes três principais grupos de variáveis).

Quanto ao terapeuta, o conhecimento acumulado sugere que alguns terapeutas apresentam consistentemente resultados terapêuticos negativos (e.g., Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1985, 1997). Os dados que suportam esta conclusão não provêm de uma linha de estudo sistemática (uma característica partilhada com o estudo da mudança negativa, de um modo geral), são antes resultados ocasionais e, muitas vezes, secundários de estudos desenvolvidos com outros propósitos. São raros os estudos que analisam a contribuição dos atributos e intervenções dos terapeutas para o resultado negativo exibido pelo cliente, mas são ainda em menor número aqueles que escrutinam as condições associadas aos resultados terapêuticos intermitentes (i.e., ora positivos ora negativos) obtidos por alguns terapeutas (Mohr, 1995).

Apesar de escassas, a revisão das demonstrações empíricas do potencial impacto negativo que um terapeuta particular pode ter, não nos parece pouco relevante, bem pelo contrário. Ao ignorar estes indícios, estaríamos a contribuir para a inocente presunção de muitos clínicos que consideram que a sua influência é sempre positiva (ou quando muito, neutra) e que a terapia que praticam é sempre inofensiva. Finalmente, estes dados

vêm reforçar a necessidade de compreendermos o terapeuta enquanto interveniente no processo e no resultado terapêutico, para o melhor e para o pior.

3.3.1. Estudos publicados até 2004

O estudo de Mohr (1995) é um dos mais recentes sobre os efeitos negativos da psicoterapia e uma referência incontornável na análise deste fenómeno, aludindo ao papel que o terapeuta desempenha no mesmo. Trata-se de uma revisão crítica da literatura empírica sobre o resultado negativo da psicoterapia com clientes adultos e não psicóticos. Mohr examinou as provas existentes acerca da contribuição das variáveis do terapeuta, do cliente e da terapia para estes efeitos. As suas conclusões indicam que, de entre as variáveis do terapeuta, a falta de empatia, a subavaliação da severidade dos problemas dos clientes, uma contratransferência negativa, uma técnica deficiente, uma elevada concentração de interpretações e o desacordo com o cliente sobre o processo terapêutico estão todos associados a um risco de deterioração no cliente. Neste caso, um misto de aspectos técnicos da competência do terapeuta e de características relacionais do técnico aparecem associados a efeitos adversos na terapia.

Uma investigação muitas vezes citada no âmbito dos efeitos negativos do terapeuta é o clássico estudo naturalista de Ricks (1974; cit. Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Okiishi, 1997) no qual o autor descreve resultados terapêuticos de mudança positiva e negativa, associados a dois terapeutas. Ricks analisou, na idade adulta, um grupo de rapazes que na adolescência tinham experienciado graves problemas do foro psicológico (ansiedade, vulnerabilidade e dissociação) e que por essa altura haviam sido acompanhados por um de dois terapeutas de uma clínica de apoio infantil. Os resultados a longo-termo destes dois terapeutas eram equivalentes para aqueles que tinham sido adolescentes menos perturbados, enquanto que, para aqueles que tinham sido adolescentes mais perturbados, os dois terapeutas revelaram-se muito diferentes nos seus estilos terapêuticos e nos resultados obtidos. Da totalidade da amostra, 55% dos rapazes tinham desenvolvido uma esquizofrenia na idade adulta. Contudo, apenas 27% dos casos acompanhados pelo terapeuta A (o mais bem sucedido dos dois) receberam este diagnóstico em adultos, enquanto 84% dos casos do terapeuta B obtiveram o mesmo resultado – sendo que no início da terapia os clientes acompanhados pelos dois terapeutas eram equivalentes no grau de perturbação e noutras características. Ao analisar as diferenças entre os

terapeutas, Ricks verificou que o terapeuta A tinha despendido mais tempo com os adolescentes mais perturbados, ao contrário do terapeuta B que lhes tinha dedicado menos tempo. Para além disso, o terapeuta mais bem sucedido (ou terapeuta A) tinha feito uma melhor utilização dos recursos externos do cliente, tinha sido mais firme e directivo com os pais, tinha apoiado os movimentos de autonomia destes clientes e ajudado na resolução dos seus problemas imediatos, tudo com base numa forte relação terapêutica. O terapeuta B, por seu lado, era mais inseguro, parecia assustado com a patologia dos rapazes e, sentindo grandes dificuldades em lidar com as situações de maior gravidade, tinha-se afastado emocionalmente destas. Recorrentemente o terapeuta B comentava as situações mais complicadas e parecia contagiado pelos sentimentos depressivos dos clientes – o que consequentemente terá reforçado o sentimento de auto-rejeição e de futilidade destes. Este estudo ilustra de forma dramática o efeito que um terapeuta individual pode ter nos clientes. As conclusões de Ricks suportam a tradicional convicção de que a personalidade, o nível de funcionamento, a contratransferência e as intervenções do terapeuta têm uma influência importante no desfecho dos casos. O relato desta investigação naturalista permite conjecturar uma série de hipóteses sobre os elementos que conduziram aos resultados positivos e negativos. Contudo, apesar da sua relativa simplicidade e do seu grande valor, desde então não surgiram publicados outros estudos semelhantes a este (Lambert & Okiishi, 1997).

O estudo de Henry, Schacht e Strupp (1986) é um outro exemplo de como a mudança, nomeadamente a mudança negativa, se encontra virtualmente associada aos atributos relacionais do terapeuta e à forma diferenciada como estes profissionais interagem com diferentes clientes. Os autores compararam os padrões de interacção de quatro terapeutas, sendo que cada um destes tinha acompanhado um cliente com bons resultados e outro com resultados pobres. Os casos com resultados fracos diferenciaram-se dos casos com bons resultados ao revelaram-se associados a níveis muito baixos de ajuda, protecção, apoio e compreensão e a níveis elevados de censura e depreciação. Nos casos com mudanças positivas registou-se uma associação inversa a esses factores (i.e., encontraram-se positivamente associados a níveis elevados de ajuda, protecção, apoio e compreensão, bem como a baixos níveis de censura e depreciação).

A pesquisa de Lafferty, Beutler e Crago (1989) contribui para a compreensão do impacto que o psicoterapeuta pode desempenhar no insucesso terapêutico ao apontar eventuais factores (relacionais e técnicos) implicados neste efeito. Os autores dividiram

30 terapeutas em treino em dois grupos equivalentes (com 15 elementos cada) de acordo com os valores residuais de mudança (pré e pós teste) obtidos pelos clientes tratados por estes. Os terapeutas cujos clientes apresentaram níveis superiores de sintomatologia no final do tratamento do que no seu início (i.e., que apresentavam valores de mudança negativa no SCL-90-R) constituíram o “grupo dos menos eficientes”. Os resultados sugerem que o factor com maior poder preditivo da eficiência ou da não eficiência do terapeuta foi a compreensão empática, seguida da percepção do envolvimento do cliente e da directividade do terapeuta.

Um exemplo do modo como as variáveis traço do terapeuta (e.g., bem-estar) podem, virtualmente, interferir com o seu desempenho, resulta do estudo de Beutler, Crago e Arizmendi (1986; Lambert & Ogles, 2004) no qual os autores encontraram uma correlação negativa entre dificuldades pessoais do terapeuta e progresso do cliente.

Os terapeutas estão – como quaisquer outros profissionais – sujeitos ao erro e a más práticas. Porém, há neste domínio prescrições éticas estritas que devem ser respeitadas e cumpridas, na medida em que o trabalho terapêutico se dirige e desenvolve genericamente com pessoas fragilizadas, que depositam grande expectativa e confiança no terapeuta, que, por sua vez, goza de um enorme poder sobre estas. Neste âmbito, há alguns estudos que associam comportamentos e intervenções nos quais os terapeutas infringem princípios éticos a resultados terapêuticos negativos (cf. Lambert & Bergin, 1994, 1995). Alguns destes exemplos reportam o envolvimento sexual do terapeuta com clientes, violações ao contrato terapêutico (e.g., como o direito do cliente à confidencialidade, o direito do cliente em recusar o tratamento, entre outras) ou o envolvimento no processo terapêutico de familiares do cliente sem a permissão expressa deste. Outros exemplos, menos óbvios, de práticas perniciosas dos terapeutas encontram-se muitas vezes associados ao *terminus* precoce do tratamento ou ao abandono da terapia pelo cliente. Por vezes, os efeitos negativos resultam de acontecimentos inerentes ao próprio processo terapêutico, que acarretam uma maior vulnerabilidade no cliente (e.g., quando por qualquer razão o cliente necessita de ser reencaminhado para outro terapeuta ou quando a terapia se aproxima do fim), mas para os quais nem todos os terapeutas estão sensibilizados. Na verdade, os terapeutas podem não estar despertados para as eventuais sequelas negativas que estas situações podem ter nos clientes, uma vez que estes aspectos não são habitualmente valorizados na formação e na prática clínica (e.g., serviços que recebem temporariamente psicoterapeutas em

formação ou em regime de voluntariado e em que se assiste com “naturalidade” à rotatividade dos clientes pelos mesmos). A adicionar a isto, há descobertas que sugerem que os terapeutas são menos sensíveis à presença de resultados negativos do que os clientes (Bentley, DeJulio, Lambert & Dinan, 1975; Lieberman, Yalom & Miles, 1973; cit. Lambert & Bergin, 1995) e que têm grandes dificuldades em prognosticar situações e/ou clientes com prováveis respostas negativas ao tratamento (Breslen, Sobell, Sobell, Buchan & Cunningham, 1997; Lunnen & Ogles, 1998; Meyer & Schulte, 2002; cit. Lambert & Ogles, 2004).

O estudo de Sachs (1983) é, certamente, uma das investigações empíricas mais bem conseguidas no âmbito do estudo dos efeitos negativos em terapia (Lambert & Bergin, 1994) e dirige-se directamente à contribuição das intervenções técnicas nestes resultados. O autor examinou as características do processo que se encontravam negativamente correlacionadas com o resultado terapêutico (e não as respostas negativas ao tratamento⁹), através da aplicação da *Vanderbilt Negative Indicators Scale* (VNIS – Strupp *et al.*, 1981; cit. Sachs, 1983) preenchida por juízes independentes através da audição das gravações das três primeiras sessões de terapia de 18 clientes acompanhados por sete terapeutas altamente experientes. De entre as cinco subescalas que compõem o instrumento (i.e., Qualidades do Cliente, Qualidades Pessoais do Terapeuta, Erros na Técnica, Interação Cliente-Terapeuta e Classificações Globais da Sessão), a subescala utilizada para identificar Erros na Técnica mostrou ser o preditor mais poderoso do resultado, ou seja, a qualidade técnica dos terapeutas é o factor mais consistente e fortemente associado ao resultado. Falhas do terapeuta na estruturação e focalização da sessão, falhas no direccionamento das atitudes negativas do cliente para a terapia ou para o terapeuta, aceitação passiva de aspectos problemáticos no comportamento do cliente (e.g., atitudes de resistência, evasão, negativismo) e o uso de intervenções prejudiciais (e.g., interpretações desadequadas ou fora de tempo) estavam associadas a resultados adversos. Curiosamente, as Qualidades Pessoais do Terapeuta (bem como as Qualidades do Cliente) não se encontraram consistentemente relacionadas com o resultado. Isto sugere que a competência do terapeuta para intervir exerce no resultado um impacto superior ao de outras variáveis do terapeuta ou do

⁹ Mohr (1995) chama a atenção para o facto de este tipo de estudos não se basearem na avaliação de clientes que deterioraram ou em indicadores negativos directamente relacionados com casos de deterioração. No fundo, estudos como o de Sachs correlacionam acontecimentos da terapia com o resultado final e, neste sentido, mais do que identificarem os factores que produzem mudança negativa, identificam fenómenos que diminuem os efeitos positivos da psicoterapia. Ainda assim, na revisão de Mohr sobre os resultados negativos em psicoterapia, à semelhança do que se verifica noutras revisões (e.g., Bergin & Lambert, 1994), estes estudos surgem frequentemente, enquanto demonstrações dos potenciais efeitos negativos do psicoterapeuta na terapia.

cliente. Um resultado que parece confirmado por Beutler, Frank, Schreiber, Clavert e Gaines (1984; cit. Mohr, 1995), que sugerem que a baixa competência do terapeuta contribui para a obtenção de resultados neutros ou negativos em numerosas modalidades terapêuticas.

Uma fonte privilegiada de informações sobre a influência dos atributos pessoais e das intervenções dos terapeutas nos resultados negativos da terapia são os relatos dos próprios clientes. Resultados de estudos deste tipo apontam os distúrbios, o carácter explosivo ou a imaturidade como variáveis do terapeuta associadas à mudança negativa (Lambert & Bergin, 1994, 1995). Relatórios de diferentes proveniências (Grunebaum, 1985; Lambert, 1989; Striano, 1982; cit. Lambert & Bergin, 1994, 1995) documentam situações em que alguns clientes descreveram ter vivido “situações de terror” com terapeutas perigosos. Este tipo de queixas, raramente publicadas, reveste-se de grande importância social e clínica e reforça a necessidade de se estudar a contribuição do terapeuta para a mudança negativa. Muitas destas situações resultam da “trágica” associação entre a dependência e a fragilidade do cliente e a incompetência, a negligência e/ou a ingenuidade do terapeuta (Lambert & Bergin, 1995).

Uma linha de pesquisa que tem fornecido importantes contribuições para a compreensão do fenómeno do efeito individual do terapeuta no bem-estar dos clientes tem sido desenvolvida em terapia de grupo. Neste contexto, o estudo de Yalom e Liberman (1971; cit. Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994) é tradicionalmente referido. Este estudo naturalista compara os resultados de pessoas que participaram em grupos terapêuticos dirigidos por líderes com diferentes orientações. Os autores não conseguiram mostrar a superioridade de uma orientação, mas encontraram uma relação entre mudança negativa nos membros dos grupos e estilo de liderança dos respectivos líderes. O estilo de liderança mais prejudicial foi caracterizado como autoritário e marcado por agressividade, carisma, intrusividade e um foco individual mais do que interpessoal ou grupal. Estes terapeutas tendiam a pressionar os membros dos seus grupos para a auto-revelação imediata, a expressão emocional e a mudança.

De um modo mais abrangente, Lambert e Bergin (1994), após reverem algumas investigações conduzidas com grupos de carácter profissional (e.g., terapia familiar) e não profissional (e.g., encontros religiosos), referem alguns aspectos que se encontram eventualmente associadas aos efeitos negativos dos orientadores/terapeutas nos

mesmos: o estabelecimento de normas de grupo coercivas para a auto-revelação e a intimidade entre os seus membros, a impaciência e a procura insistente de atitudes de mudança nos clientes. Neste sentido, alertam os terapeutas para o cuidado que devem ter na escolha das técnicas e no estilo terapêutico adoptado perante o grupo.

Em suma, este conjunto de estudos, desenvolvidos a partir de diferentes perspectivas e fontes e implementados em diferentes modalidades terapêuticas, indiciam uma eventual contribuição do terapeuta (técnica, pessoal e relacional) para a mudança negativa em psicoterapia.

De entre as variáveis técnicas do terapeuta comprometidas empiricamente com o fenómeno dos resultados terapêuticos negativos, encontram-se: (1) práticas sujeitas a litígio (e.g., quebras do contrato terapêutico, envolvimento sexual com os clientes); (2) falhas, deficiências e erros técnicos (e.g., nas interpretações, na directividade das intervenções, na contratransferência, na percepção do envolvimento do cliente, na avaliação dos problemas do cliente, na correspondência às necessidades e expectativas do cliente, o desacordo com o cliente, a aceitação passiva de comportamentos problemáticos do cliente); e (3) intervenções prejudiciais (e.g., censura, depreciação, coerção). Alguns atributos estáveis do terapeuta (e.g., insegurança), o seu estilo relacional (e.g., falta de empatia) e nível de funcionamento (e.g., mal-estar), aparecem também associados a efeitos negativos em psicoterapia.

3.3.2. Estudos recentes

Como já demos conta anteriormente, o número de publicações dirigidas para o estudo dos efeitos negativos da psicoterapia parece estar a decrescer, sendo que desde o ano de publicação da última edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004) encontramos um único artigo de revisão sobre o tema (Nolan, Strassle, Roback & Binder, 2004)¹⁰. Ainda que nunca este tópico tenha sido abordado de um modo sistemático, houve uma época (anos 70 e 80) em que os estudos surgiram com alguma regularidade, mas de então para cá têm rareado na literatura científica

¹⁰ As pesquisas foram realizadas de forma sistemática a partir dos recursos bibliográficos com acesso electrónico na rede UMinho. Para além de pesquisas no catálogo das bibliotecas desta instituição, foram ainda conduzidas rotinas de pesquisa nas bases de dados electrónicas (e.g., *PsycINFO*, *PsycBOOKS*, OCLC – *Electronic Collections Online*, ERIC – *Educational Resources Information Center*, Elsevier – *Science Direct*, Wiley Interscience, Sage, Taylor & Francis, DOAJ – *Directory of Open Access Journals*, MEDLINE, entre outras) através das expressões *negative outcome*, *negative effect*, *negative change*, *adverse effect*, *negative therapy*, *damaging therapist* e *ineffective therapist*. Pesquisas adicionais consistiram na digitação destas expressões em motores genéricos de busca, especificamente, no Google.

trabalhos que reportem directamente a mudança negativa em psicoterapia. O que é espantoso, dada a enorme quantidade de estudos que tem sido produzidos sobre os resultados terapêuticos no âmbito do movimento EST (i.e., tratamentos empiricamente apoiados). Eventualmente, os investigadores demasiado expectantes na obtenção de resultados positivos ou excessivamente centrados na procura dos factores que promovem a mudança terapêutica desejável desistem dos seus projectos ou simplesmente não publicitam os seus resultados quando estes são contrários às suas expectativas ou hipóteses iniciais. Todavia, esta resistência, receio ou simples desinteresse pela amplitude do insucesso em psicoterapia tem um efeito contraproducente e limitador do próprio potencial da psicoterapia. Virtualmente, em todas as áreas se aprende com os erros, pelo que, ao que parece, os clínicos têm desperdiçado uma importante fonte de informação (e.g., para melhorar a qualidade das intervenções).

Alguns dos ensaios clínicos recentemente publicados (pós 2004) sobre as variáveis do terapeuta – descritos numa secção anterior –, relatam o aparecimento de resultados negativos associados, claro está, a características do terapeuta. Schut *et al.* (2005) descobriram que uma elevada concentração de interpretações por parte do terapeuta se encontra relacionada com interações terapêuticas mais hostis e com resultados terapêuticos negativos. Harwood *et al.* (2006) referem, por sua vez, uma associação entre resultados negativos numa fase inicial de terapia familiar e a centração do terapeuta em intervenções técnicas específicas do modelo (em detrimento de intervenções de cariz relacional). Vocissano *et al.* (2004) dão conta do efeito negativo de um elevado número de horas semanais na condução de psicoterapia pelo terapeuta. Já Sandell *et al.* (2006) encontraram uma relação entre atitudes terapêuticas de resignação, pessimismo e conformismo do terapeuta e resultados negativos da terapia. Estes resultados merecem-nos, porém, dois comentários: por um lado, a “mudança negativa” em psicoterapia continua a ser subsidiária de estudos projectados e implementados com outros propósitos; e por outro lado, pode questionar-se até que ponto estes resultados negativos são sinónimos de deterioração em psicoterapia¹¹. Todavia, estes comentários não desvirtuam a importância dos dados provenientes deste tipo de estudos, na medida em que estes constituem demonstrações adicionais de um fenómeno pouco conhecido.

¹¹ Já anteriormente fizemos referência ao facto de Mohr (1995) defender que, os estudos que correlacionam acontecimentos da terapia com o resultado terapêutico (por oposição, por exemplo, aos que se dedicam a estudar clientes que deterioraram na sequência da terapia), mais do que identificar factores que promovem a deterioração, identificam processos que diminuem os efeitos positivos em psicoterapia.

O estudo dos efeitos negativos do psicoterapeuta parece poder vir a beneficiar enormemente do desenvolvimento da investigação em contexto clínico (i.e., estudo da eficiência do terapeuta). Neste tipo de investigação, todos os casos recebidos por um terapeuta ou uma instituição são, virtualmente, integrados no estudo e os dados são recolhidos ao longo de vários anos. Esta característica procedimental tem desde logo uma vantagem. Se a taxa de deterioração é de cerca de 10% , então para se aceder a uma amostra razoável destes casos, um grande número de clientes tem que ser incluído no estudo (Lambert & Ogles, 2004). Ora nos estudos da eficiência, que envolvem naturalmente grandes amostras, é maior a probabilidade de se obter uma amostra representativa desta população. Outro dos benefícios dos estudos desenvolvidos em contexto aplicado está relacionado com as implicações clínicas dos seus resultados. Por exemplo, na área da prevenção da deterioração, o desenvolvimento de sistemas de monitorização dos progressos dos clientes que devolvem ao terapeuta informações sobre a trajetória de recuperação dos seus casos é um procedimento já implementado e cujos resultados têm mostrado uma redução nas taxas de deterioração (Lambert *et al.*, 2005; Lambert, 2007).

No seguimento desta reflexão, Nolan *et al.* (2004) abordam o tema da mudança negativa em psicoterapia na mesma linha de Lambert e Ogles (2004) – numa secção integrada na última edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Em ambos os trabalhos, os autores exploram, não os efeitos nefastos da terapia, mas formas de prevenir ou diminuir a sua incidência.

Nolan *et al.* (2004) partem do pressuposto de que o terapeuta desempenha um papel de destaque na mudança terapêutica e revêm um conjunto de possíveis estratégias que ajudam a diminuir ou a prevenir alguns dos presumíveis efeitos negativos do terapeuta. Neste sentido, discutem dois grandes tipos de estratégias – de prevenção e intervenção – que potencialmente reduzem a mudança adversa em psicoterapia. Numa primeira via são propostas estratégias activas de prevenção a adoptar pelo terapeuta. De um modo geral, estas estratégias dizem respeito ao treino continuado dos psicoterapeutas e de um modo específico recomendam: (1) a supervisão sistemática do trabalho clínico e a educação continuada dos terapeutas como formas de prevenir erros técnicos e de aumentar as competências clínicas dos terapeutas; bem como (2) o apoio de colegas para reduzir os efeitos potencialmente negativos derivados da prática (tais como stresse, desgaste, dificuldades com clientes difíceis e isolamento). Num segundo tópico, desenvolvem algumas estratégias de intervenção eventualmente úteis ao

terapeuta quando este se deparar com e tiver que gerir a presença de efeitos adversos da terapia, tais como: (1) a solicitação de *feedback* aos clientes; (2) o emprego rotineiro de instrumentos de monitorização e de avaliação dos ganhos terapêuticos; (3) a utilização de diferentes estratégias e estilos terapêuticos consoante os clientes; e (4) a transferência ou o reencaminhamento do cliente para outro terapeuta sempre que o terapeuta se reconheça incapaz de o ajudar. Todas estas estratégias são discutidas, os seus aspectos positivos e negativos são analisados e as suas implicações clínicas retiradas.

A compilação de estratégias eventualmente úteis na prevenção e na diminuição dos efeitos negativos apresentada por Nolan e colaboradores (2004) parece constituir por si só um trabalho com promissoras implicações para a formação, treino e supervisão dos terapeutas. Não obstante, uma grande parte das práticas listadas pelos autores é reconhecida pelo seu impacto positivo no trabalho terapêutico (e.g., supervisão, formação contínua, monitorização dos ganhos, etc.). Ou seja, ainda que o tema central do artigo seja a mudança negativa em psicoterapia, os autores na verdade o que fazem é desenhar uma série de estratégias que visam directamente o aumento dos efeitos positivos na terapia e, conseqüentemente, previnem ou diminuem a probabilidade de aparecimento de efeitos negativos. Esta *nuance* é compreensível dada a ausência de investigação sistemática sobre as variáveis e processos conducentes à mudança negativa na sequência da psicoterapia. Os próprios autores (Nolan *et al.*, 2004, p. 311) declaram no resumo do artigo: “Nós esperamos que este artigo sirva de estímulo para clínicos, investigadores em psicoterapia, e educadores para avançarem esforços colaborativos na identificação das variáveis directamente associadas com os resultados adversos do tratamento (...)”. Assim, uma das implicações colaterais deste artigo é o desafio de toda a comunidade psicoterapêutica para a necessidade de abordar de forma substantiva o fenómeno da mudança negativa em psicoterapia.

Um outro aspecto que se salienta nas estratégias de prevenção e diminuição da incidência dos efeitos negativos propostas por Nolan *et al.* (2004) é o facto de estas se dirigirem, maioritariamente, para aspectos técnicos da responsabilidade do terapeuta. Esta é uma tendência consistente com os indícios encontrados nos estudos anteriormente revistos (e.g., Mohr, 1995; Sachs, 1983) e que associam o aparecimento de resultados terapêuticos negativos a intervenções e comportamentos do terapeuta na terapia, mais do que com características estáveis e transituacionais deste. De entre as estratégias preventivas, aquela que recomenda a procura de apoio em colegas será a única que abrange áreas mais privadas da vida do terapeuta (e.g., stresse, cansaço,

desmotivação, entre outras). Contudo, outros autores (e.g., Aveline, 2005) mantêm a convicção de que os efeitos negativos são substancialmente produzidos pela personalidade do terapeuta, devendo a prevenção passar pela selecção e treino destes profissionais.

O artigo de Nolan *et al.* (2004) parece representar, de algum modo, o estado actual da investigação sobre o fenómeno da mudança negativa em psicoterapia. A ausência de projectos de investigação dirigidos aos factores, mecanismos ou processos associados a este estranho, mas não raro, fenómeno, faz com que os dados empíricos de que dispomos acerca do mesmo sejam poucos, incompletos, insuficientes e, porventura, até inconsistentes. Perante este campo pouco fértil, parece que a literatura sobre o tópico adoptou uma atitude de “fuga para a frente”, isto é, passou a assumir o efeito negativo como uma realidade em psicoterapia e a procurar formas de o prevenir ou diminuir – ou antes, formas de aumentar a proficiência do terapeuta.

Em síntese, são fortes as convicções quanto ao impacto negativo que alguns terapeutas têm nos seus clientes (ou que alguns terapeutas têm sobre alguns clientes e não sobre outros; ou que todos terapeutas têm em algum momento da sua vida profissional sobre os seus clientes; ou que todos os terapeutas têm perante clientes específicos), mas difusas as demonstrações empíricas acerca do mesmo. Os indícios de que algumas características dos terapeutas se encontram associadas a este fenómeno não devem, contudo, ser desprezados pois na falta de melhor informação esta deve ser tida em consideração por todos aqueles que formam terapeutas, que assistem terapeutas, que investigam terapeutas, bem como, por todos aqueles que sendo terapeutas se preocupam com a qualidade e eficiência das suas práticas.

3.4. O psicoterapeuta enquanto factor comum da terapia

De um modo geral, a investigação tem apoiado a eficácia, a eficiência e a utilidade da psicoterapia, sugerindo que a maioria das pessoas submetidas a tratamento psicoterapêutico melhoram significativamente (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004). A investigação tem também demonstrado que – excepto sob circunstâncias muito específicas – diferentes técnicas ou modalidades terapêuticas conduzem a mudanças equivalentes. Comparações recentes de um grande número de sistemas terapêuticos, através de sofisticados métodos de análise, continuam a sugerir

que os resultados diferenciais na eficácia das várias abordagens terapêuticas são pequenos ou negligenciáveis (Lambert, 1989; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997; Luborsky *et al.*, 2002; Wampold, 2005; Wampold *et al.*, 1997). Três décadas depois, estes dados conferem actualidade ao veredicto do pássaro Dodó de Alice no País das Maravilhas: “Todos ganharam e todos devem ter prémios” reintroduzido no âmbito da investigação em psicoterapia por Luborsky, Singer e Luborsky (1975; cit. Machado, 1996; Lambert & Bergin, 1994), depois de ter sido primeiramente citado neste âmbito por Rosenzweig (1936/2002).

De entre as muitas explicações possíveis para justificar a conclusão generalizada de que os resultados das diferentes terapias são comparáveis, a que tem recebido mais atenção na investigação é a que equaciona uma eventual presença de *factores comuns* em diferentes modelos de terapia (e.g., Ahn & Wampold, 2001; Garfield, 1997a; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky *et al.*, 2002; Messer & Wampold, 2002; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Weinberger, 1995). A hipótese dos factores comuns ou “não-específicos” (Frank, 1973; cit. Garfield, 1995b) assenta na consideração de que, para além das diferenças teóricas e procedimentais dos vários sistemas psicoterapêuticos (i.e., factores específicos de cada abordagem), existe um conjunto de variáveis ou processos básicos que são operativos na maior parte destes e que serão, parcial ou completamente, responsáveis pelas mudanças positivas que se supõem ocorrer através da psicoterapia. Irvin Yalom (2005; cit. Joyce *et al.*, 2006) traduz de forma bastante expressiva aquele que é o espírito dos factores comuns, ao diferenciar as abordagens terapêuticas em termos de “núcleo” (*core*) e “fachada” (*front*). Segundo este, as terapias podem diferir na sua aparência externa (e.g., em termos do tipo de intervenções e técnicas utilizadas pelos terapeutas), mas no seu âmago todas elas são semelhantes (e.g., todas residem e progridem sobre uma aliança firmada entre terapeuta e cliente). Uma concepção semelhante parece transparecer no artigo de Stiles, Shapiro e Elliott (1986) no qual os autores argumentam que, embora superficialmente as terapias apresentem *conteúdos* não equivalentes (e.g., diferentes técnicas verbais dos terapeutas), na sua generalidade operam através de *mecanismos* que se equivalem.

Na literatura encontramos diferentes perspectivas sobre o possível papel que os factores comuns desempenham no processo de mudança psicoterapêutico. Alguns autores consideram-nos “suficientes e necessários” (e.g., Patterson, 1984; Frank & Frank, 1991; cit. Kopta *et al.*, 1999), enquanto outros (e.g., Crits-Christoph, 1997;

Garfield, 1991; cit. Kopta *et al.*, 1999) os vêem como componentes importantes da mudança, mas não excluem o possível papel de outros ingredientes mais específicos.

A hipótese dos factores comuns não é nova em psicoterapia, esta surgiu ainda antes da vaga de estudos sobre os resultados em psicoterapia revelarem que existem poucas, se é que existem, diferenças entre as diferentes terapias – o que adiciona plausibilidade aos factores comuns enquanto explicações prováveis da mudança. Saul Rosenzweig terá sido quem introduziu o conceito em 1936, através de um artigo visionário intitulado: *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy* (e reeditado em 2002), no qual sugere que todas as psicoterapias partilham, em algum grau, um pequeno número de ingredientes que são os responsáveis pela mudança efectiva. Não obstante o potencial significado dos factores comuns para a psicoterapia, as investigações substantivas acerca deste tópico foram surgindo de forma dispersa e ocasional – com excepção do trabalho sistemático desenvolvido ao longo de décadas por Jerome Frank (1973, 1982; cit. Weinberger, 1995).

Nos últimos 15 anos os investigadores retomaram, com grande atenção, o paradigma dos efeitos “não-específicos” da terapia, enfatizando por seu intermédio os elementos críticos da mudança terapêutica transversais às diferentes abordagens. Esta recente popularidade dos factores comuns parece estar relacionada com três factos principais: (1) a ausência continuada de demonstrações sobre a eficácia e eficiência diferencial das várias abordagens terapêuticas (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005; Lambert & Bergin, 1994, 1995); (2) o desenvolvimento de uma linha de investigação que tem procurado identificar os ingredientes activos da psicoterapia (Lambert & Bergin, 1994, 1995); e (3) a constituição de uma contraposição unificadora da psicoterapia perante o movimento “separador” que enfatiza os efeitos diferenciais das abordagens psicoterapêuticas em função do problema (e.g., movimento EST – *Empirical Supported Treatment* – baseado num modelo médico e em ingredientes específicos) (Ahn & Wampold, 2001; Joyce, Wolfaardt, Sribney & Aylwin, 2006; Messer & Wampold, 2002).

Deste modo, um conjunto de factores, que perpassam diferentes formas de terapia, começam a ser recorrentemente referidos – mais do que os factores “técnicos” – como os grandes facilitadores dos ganhos terapêuticos. O conhecimento produzido em psicoterapia tem de algum modo apoiado a hipótese dos factores comuns, mesmo quando: (1) as investigações são desenhadas para acederem aos aspectos técnicos das terapias; (2) as abordagens terapêuticas enfatizam a utilização de estratégias e técnicas

terapêuticas baseadas nas suas respectivas conceptualizações teóricas; e (3) a formação dos psicoterapeutas está focada no desenvolvimento de competências técnicas, fortemente enraizadas em princípios teóricos, mais do que em competências interpessoais (Lambert & Bergin, 1995).

Lambert e Ogles (2004), depois de reverem as demonstrações empíricas, existentes à data, sobre os factores comuns em psicoterapia afirmam: “parece que o que pode ser firmemente estabelecido é que os factores comuns ao longo dos tratamentos são responsáveis por uma quantidade substancial das melhorias encontradas nos clientes em psicoterapia. Estes designados factores comuns podem até explicar a maioria dos ganhos que resultam das intervenções psicológicas” (p. 172). No mesmo sentido, Ahn e Wampold (2001, p. 255), depois de uma meta-análise de 27 estudos sobre o papel dos factores comuns e específicos em terapia, concluem dizendo que “as demonstrações da investigação suportam a noção de que os benefícios do aconselhamento e da psicoterapia são derivados dos factores comuns. [...] De facto, os factores comuns são responsáveis por cerca de 9 vezes mais variabilidade dos resultados do que os factores específicos (Wampold, 2001)”. Ironicamente, e apesar das indicações existentes acerca dos factores comuns e do seu papel no tratamento, o foco no desenvolvimento ou na identificação de tratamentos específicos empiricamente apoiados tem claramente enfatizado uma teoria da eficácia terapêutica baseada em técnicas específicas (Lambert, 2005).

Depois de reconhecida a contribuição dos factores comuns para a mudança terapêutica, cabe perguntar quais são afinal esses factores. Os factores comuns aparecem conceptualizados na literatura de múltiplas formas, mas, invariavelmente, são um conjunto de factores atribuíveis ao terapeuta, ao cliente e aos procedimentos terapêuticos. Ou seja, constituem um conjunto de dimensões do tratamento que não são específicas de uma terapia em particular.

Lambert e Ogles (2004; à semelhança de Lambert & Bergin, 1994) optaram por organizar os factores comuns num sistema de três categorias: apoio, aprendizagem e acção. Estas categorias definem também a sequência operativa em qualquer processo terapêutico: os factores de apoio providenciam as bases para a mudança das conceptualizações cognitivas do cliente (aprendizagem), que, por sua vez, antecedem a implementação de uma mudança comportamental activa (acção). A categoria *apoio* inclui factores que encorajam um ambiente de trabalho colaborativo e seguro para a mudança terapêutica, tais como: tranquilização, alívio da tensão, atitudes de respeito,

empatia, aceitação e genuinidade do terapeuta, entre outros. Os factores *aprendizagem* incluem aqueles que providenciam os clientes com uma nova estrutura/organização cognitiva que facilita a mudança em termos de autopercepção e de percepção do problema. De entre os factores incluídos nesta categoria contam-se: conselho, assimilação de experiências problemáticas, *feedback*, racional, aprendizagem cognitiva, experiências correctivas, entre outros. Por fim, a categoria dos factores *acção*, sublinha constructos associados à mudança cognitiva que encorajam a estabilização da mudança fora da terapia, como sejam o encorajamento perante medos, modelagem, regulação comportamental, entre outros (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

Numa outra conceptualização alternativa, Lambert e Bergin (1995) organizaram os factores comuns apoiados pela investigação em factores: relacionais (i.e., aspectos relacionados com a dinâmica criada na interacção entre cliente e terapeuta), do cliente (i.e., atitudes, comportamentos e expectativas do cliente que determinam o seu envolvimento com a terapia), do terapeuta (i.e., atitudes e qualidades relacionais que influenciam o seu envolvimento com o clientes e com o processo terapêutico) e outros factores. Esta taxonomia aproxima-se da de Stiles, Shapiro e Elliott (1986), em que os autores propõem três tipos de factores comuns: factores do terapeuta (e.g., envolvimento caloroso com o cliente e comunicação de uma nova perspectiva), factores do cliente (e.g., envolvimento, exploração emocional do seu próprio quadro de referência, expectativas) e aliança terapêutica (e.g., laço emocional e envolvimento mútuo).

De um modo geral, os factores do terapeuta, propostos no âmbito do paradigma dos factores comuns, emergem na literatura em dois grandes grupos (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986): (1) um conjunto de características largamente definidas como atitudes, qualidades ou comportamentos de índole interpessoal e relacional (e.g., empatia, compreensão, aceitação, entre outros), transversal a eventuais diferenças nas intervenções, nas técnicas ou nos conteúdos verbais específicos das várias escolas de terapia; (2) um conjunto de aspectos processuais relacionados com o próprio papel de “influenciador”, ou de persuasor, que o terapeuta desempenha junto do cliente, nomeadamente pela transmissão de uma nova perspectiva ao cliente acerca de si e/ou da sua situação.

3.4.1. Estudos publicados até 2004

Lambert e Bergin (1994, 1995) e Lambert e Ogles (2004) nas revisões da literatura que empreenderam sobre os factores comuns em psicoterapia mencionam um conjunto de estudos, provenientes de linhas diferentes de investigação, que apoiam empiricamente a importância das dimensões relacionais do terapeuta enquanto elementos curativos comuns. Uma parcela das demonstrações recolhidas pelos autores (ibidem) resulta de estudos nos quais foi pedido aos clientes que se pronunciassem (e.g., através de questionários, escalas ou entrevistas) sobre os factores que na sua opinião tinham desempenhado uma importância superior na sua recuperação terapêutica (e.g., Lazarus, 1971; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975; Strupp, Fox & Lessler, 1969; cit. Lambert & Bergin, 1995). Os resultados destes estudos sugerem consistentemente que, pelo menos da perspectiva do cliente, o tratamento eficiente está mais relacionado com os atributos pessoais, interpessoais e relacionais do terapeuta (e.g., sensibilidade, honestidade, gentileza, disponibilidade para ouvir e ajudar, interesse pelos problemas do cliente, compreensão, conselho, apoio e encorajamento) do que com factores de ordem técnica.

No mesmo sentido, Garfield (1995b) analisou os resultados de um outro conjunto de investigações (e.g., Feifel & Eells, 1963; Murphy, Cramer & Lillie, 1984; Ryan & Gizynsky, 1971), nas quais também se entrevistaram clientes de psicoterapia e as conclusões foram muito semelhantes. As variáveis referidas pelos clientes como as mais importantes no seu processo terapêutico foram as qualidades do terapeuta.

Resultados semelhantes são referidos por Keijsers, Schaap e Hoogduin (2000). Os autores reportam os resultados de cinco estudos (e.g., Cramer & Lillie, 1984; Llewelyn & Hume, 1979; Murphy, Ryan & Gizynsky, 1971; Sloane *et al.*, 1975; van Beek, 1996) – alguns dos quais integram também as revisões anteriormente referidas –, nos quais havia sido pedido aos clientes que identificassem os factores mais úteis na sua terapia cognitivo-comportamental. Invariavelmente, os clientes consideraram a relação com o seu terapeuta mais útil do que as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas por este. Os autores (Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000) enfatizam ainda nestes resultados o facto de alguns destes estudos terem sido conduzidos para comparar os factores relacionais de terapeutas de diferentes orientações psicoterapêuticas. Ou seja, estas respostas foram concedidas por clientes tratados por terapeutas com diferentes

orientações teóricas e que, independentemente disso, parecem ter valorizado os mesmos atributos relacionais nos seus terapeutas.

Para além da opinião emitida pelos clientes, uma outra estratégia utilizada na pesquisa dos factores interpessoais do terapeuta consiste na codificação das atitudes dos terapeutas, a partir de gravações sonoras e em vídeo das sessões, seguidas da avaliação do resultado terapêutico. Vários estudos, desenvolvidos através desta estratégia de análise, reportam uma relação positiva entre as variáveis e sugerem que as atitudes do terapeuta interagem com o resultado do tratamento (Lambert & Bergin, 1995).

Por recurso a estas técnicas (neste caso a gravações sonoras das sessões), Stiles, Shapiro e Firth-Cozens (1988) contrastaram o comportamento de terapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos. Os resultados mostraram que os terapeutas das duas orientações diferiam no seu comportamento verbal, mas, em ambos, a categoria “confirmação” (i.e., receptividade à comunicação do outro) foi a que obteve os valores mais elevados de ocorrência, perfazendo um total de 38% a 40% de todas as elocuições do terapeuta.

Brunink e Schroeder (1979) também analisaram cassetes áudio de sessões terapêuticas para comparar o comportamento de terapeutas especialistas de diferentes orientações teóricas (gestaltistas, comportamentais e psicodinâmicos). Mais uma vez os autores reportam a existência de notáveis semelhanças no comportamento interpessoal dos terapeutas, nomeadamente na comunicação da empatia.

Os resultados deste primeiro conjunto de estudos, desenvolvidos sobre diferentes perspectivas (e.g., clientes, observadores externos), recolhidos e analisados por intermédio de diferentes estratégias (e.g., entrevistas, questionários, sistemas de gravação), sugerem que (1) clientes seguidos em psicoterapias com diferentes orientações teóricas valorizam na sua terapia os mesmos aspectos, que consistentemente remetem para as qualidades relacionais do terapeuta; (2) as atitudes interpessoais dos terapeutas têm impacto no cliente; e (3) terapeutas de diferentes orientações são semelhantes no tipo e na proporção de estratégias interpessoais que utilizam na sua relação com o cliente. Estes resultados apontam para que algumas dimensões centrais do terapeuta – pessoais e interpessoais –, tidas como importantes para a eficiência da terapia, sejam comuns a profissionais provenientes de diferentes escolas de formação.

De entre as variáveis do terapeuta mais estudadas no âmbito dos factores comuns, encontram-se as professadas pela escola de terapia centrada no cliente enquanto condições ou atitudes facilitadoras da mudança positiva do cliente e que virtualmente todas as escolas aceitam como atitudes importantes do terapeuta para o sucesso da psicoterapia, nomeadamente através da constituição de uma forte relação terapêutica (Garfield, 1995b, 1997a; Lambert & Ogles, 2004). A tríade das condições facilitadoras da mudança é composta pela: compreensão empática (i.e., o grau em que o terapeuta é bem sucedido na comunicação da compreensão pessoal das experiências do cliente), aceitação incondicional (i.e., a medida em que o terapeuta comunica, de forma não-avaliativa, interesse e respeito pelo cliente) e congruência ou genuinidade (i.e., a extensão em que o terapeuta não é defensivo, não é falso mas sincero).

Apesar da atenção que as atitudes Rogerianas do terapeuta têm recebido, a sua contribuição para o resultado terapêutico continua envolta em controvérsia. Alguns revisores (e.g., Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) concluem que os resultados da investigação sobre as “condições do terapeuta” são inconclusivos e desapontadores, muito por causa de dificuldades na sua definição operacional e na medição destes atributos de carácter geral. Outros, porém, defendem que há provas suficientes que dão suporte à importância das condições facilitadoras do terapeuta para o resultado terapêutico (e.g., Farber & Lane, 2001; Orlinsky & Howard, 1986; Truax & Mitchell, 1971).

Orlinsky e Howard (1986), numa extensiva revisão de 54 estudos, integrada na terceira edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, reportam ter encontrado 60% de relações positivas e significativas entre as atitudes facilitadoras do terapeuta e os resultados psicoterapêuticos. Estes autores descobriram que a relação entre as atitudes do terapeuta e o resultado era mais consistente quando estas atitudes eram avaliadas pelos clientes mais do que pelos terapeutas ou do que por juízes independentes.

Numa revisão anterior e exaustiva de todos os estudos produzidos até então sobre as competências interpessoais dos terapeutas, Truax e Mitchell (1971) acumularam demonstrações de que níveis baixos de empatia, de aceitação incondicional e de genuinidade são factores importantes na deterioração dos clientes, enquanto as melhoras parecem estar fortemente relacionadas com níveis elevados destas condições terapêuticas.

Lambert e Bergin (1994) citam um outro conjunto de investigações que suportam a contribuição das atitudes facilitadoras do terapeuta para o resultado eficiente em psicoterapia. Por exemplo, Miller, Taylor e West (1980, cit. Lambert & Bergin, 1994) descobriram acidentalmente – uma vez que este não era o objectivo do estudo – uma forte correlação ($r=0.82$) entre a empatia do terapeuta e o resultado do cliente, numa entrevista de *follow-up* realizada seis meses após o fim do tratamento.

Outra contribuição para a compreensão do impacto das atitudes interpessoais do terapeuta no resultado terapêutico, deriva do estudo de Lorr (1965; cit. Lambert & Bergin, 1994). Neste estudo, 523 clientes classificaram os seus terapeutas através de uma lista de 65 afirmações. Deste exercício resultaram cinco factores que se encontravam correlacionados com resultados terapêuticos positivos: “compreensivo”, “disponível para aceitar”, “autoritário (directivo)”, “independente-encorajador” e “crítico-hostil”.

Um outro estudo que apoia a importância da atitude empática do terapeuta é o de Lafferty, Beutler e Crago (1989). Neste, os investigadores ao contrastarem terapeutas mais e menos eficientes verificaram que os terapeutas com menor eficiência apresentavam, entre outras características, níveis inferiores de compreensão empática. Deste modo, os autores afirmam: “o actual estudo apoia a importância da empatia do terapeuta na psicoterapia eficiente. Os pacientes dos terapeutas menos eficientes sentiam-se menos compreendidos pelos seus terapeutas do que os pacientes dos terapeutas mais eficientes” (Lafferty, Beutler & Crago, 1989, p. 79).

Num estudo posterior, Greenberg, Elliott e Lietaer (1994; cit. Lambert & Barley, 2001) conduziram uma meta-análise de quatro estudos sobre a relação entre as atitudes facilitadoras do terapeuta e o resultado terapêutico. A correlação global entre as três condições facilitadoras e o resultado do cliente foi de 0.43.

Ainda neste âmbito, Garfield (1995b) menciona duas interessantes experiências (Sloane *et al.*, 1975; Zimmer & Cowles, 1972) em que se contrastaram terapeutas experientes e representantes respeitados de diferentes escolas psicoterapêuticas. Em ambas, e apesar de os terapeutas se terem comportado de forma diferente – seguindo pressupostos teóricos distintos, revelando estilos pessoais diferentes e, aparentemente, influenciando os clientes de modos distintos –, os resultados alcançados foram equivalentes. Na sua análise, Garfield (1995b) avança duas hipóteses explicativas para o sucedido: ou os terapeutas utilizaram procedimentos diferentes mas igualmente eficazes; ou os clientes responderam aos terapeutas de forma igualmente positiva na

medida em que os perceberam como fontes potenciais de ajuda, independentemente dos meios utilizados para a efectivar. O estudo de Sloane *et al.* (1975; cit. Garfield, 1995b) produziu ainda um outro resultado interessante sobre as atitudes relacionais dos terapeutas. Os investigadores, ao compararem o comportamento de terapeutas comportamentais e psicodinâmicos, verificaram que os terapeutas comportamentais demonstraram níveis significativamente mais elevados nas qualidades positivas postuladas pela terapia centrada no cliente, ainda que esta escola as não mencione explicitamente nos seus princípios. Parece assim que, mesmos os terapeutas seguidores de abordagens terapêuticas que não referem formalmente a importância das qualidades interpessoais do terapeuta para a manutenção de uma boa relação terapêutica e para o sucesso da terapia, adoptam, perante os seus clientes, as mesmas atitudes que os terapeutas de orientações em que as características de uma relação terapêutica saudável são enfatizadas.

Keijsers, Schaap e Hoogduin (2000), depois de reverem uma grande quantidade de estudos que relacionam as atitudes facilitadoras do terapeuta com o resultado obtido em terapia cognitivo-comportamental afirmam que, apesar dos problemas metodológicos e das limitações encontradas em muitas destas investigações, “há demonstração empírica suficiente para sugerir que as variáveis Rogerianas do terapeuta [...] têm sem dúvida um impacto consistente nos resultados do tratamento de terapia cognitivo-comportamental” (p. 270).

Farber e Lane (2001) sumariaram através de procedimentos meta-analíticos os resultados de 16 estudos publicados entre 1991 e 2001, nos quais a aceitação incondicional do terapeuta é analisada em termos da sua associação ao resultado terapêutico. Os autores concluíram que a aceitação incondicional do terapeuta se encontra especialmente associada ao sucesso terapêutico quando esta é avaliada pelos clientes. Ainda que nenhum dos 16 estudos analisados reporte uma relação negativa entre a aceitação incondicional do terapeuta e os resultados, virtualmente todos os resultados significativos produziram magnitudes do efeito relativamente modestas. Isto sugere que, a aceitação incondicional do terapeuta “é uma parte significativa mas não exhaustiva da equação processo-resultado” (Farber & Lane, 2001, p. 394).

Orlinsky, Ronnestad e Willutzki (2004) – numa revisão global dos estudos que desde 1950 relacionam as condições facilitadoras do terapeuta com os resultados terapêuticos – afirmam que a *compreensão empática do terapeuta* se encontra empiricamente estabelecida como um factor do resultado terapêutico, ainda que os seus

índices de impacto (i.e., as magnitudes do efeito) variem consideravelmente em função da perspectiva do observador (com os valores provenientes do cliente e da avaliação objectiva do resultado a serem os mais claramente associados ao resultado terapêutico positivo); e que a *aceitação incondicional do cliente pelo terapeuta* (ou mais precisamente a atitude de afirmação vs. atitude de negação do terapeuta) se mostra claramente relacionada com o resultado terapêutico positivo, de forma ainda mais expressiva quando esta é avaliada da perspectiva do cliente¹² (em conformidade com os resultados da meta-análise de Farber & Lane, 2001).

Já anteriormente, Orlinsky, Grawe e Parks (1994) haviam identificado múltiplas variáveis e comportamentos do terapeuta que, consistentemente, mostraram ter um impacto positivo no resultado do tratamento, como: a credibilidade, a habilidade, a compreensão empática, a afirmação/aceitação do cliente e a capacidade para se interessar pelo cliente, para se focar nas dificuldades do cliente e para dirigir a atenção do cliente para a experiência afectiva. No fundo, um conjunto de variáveis similares às três condições facilitadoras propostas pela escola de terapia centrada no cliente.

Contudo, os estudos sobre as condições facilitadoras do terapeuta, que foram entusiasticamente abraçados pelos investigadores nos anos 60 (e.g., Truax & Mitchell, 1971), têm sofrido, ao longo do tempo, muitas contestações e críticas. Do ponto de vista metodológico, as principais limitações apontadas prendem-se com: (1) a falta de rigor, (2) a utilização de procedimentos de cotação que providenciam apenas medidas globais destes constructos – já por si gerais e vagos –, e (3) o facto de as conclusões destes estudos se basearem em resultados predominantemente correlacionais (Arkowitz, 1995; Beutler & Castonguay, 2006; Castonguay & Beutler, 2006b; Hill, 1995; Joyce *et al.*, 2005; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Weinberger, 1995). Outros autores (e.g., Prochaska, DiClemente & Velicer, 1993; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) questionam a tese dos factores gerais do terapeuta enquanto condições “suficientes e necessárias”, ao mostrarem que a mudança positiva não requer necessariamente a presença do terapeuta (e.g., grupos de auto-ajuda constituídos por pares, biblioterapia). Todavia, parece ser possível encontrar na literatura empírica em psicologia uma mão cheia de estudos que indiciam a importância das atitudes facilitadoras do terapeuta, particularmente da empatia, como ingredientes importantes de uma terapia eficiente. Em último caso, estas

¹² A investigação demonstra que os factores relacionais do terapeuta obtêm consistentemente melhores resultados quando são avaliados da perspectiva do cliente, o que sugere que o que é importante para o cliente é sentir-se compreendido, aceite e valorizado.

atitudes são os alicerces de outras intervenções de mudança (Farber & Lane, 2001). De toda a maneira, e apesar das imensas limitações e ambiguidades nestes estudos, os revisores dos mesmos (e.g., Bergin & Lambert, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004) são virtualmente unânimes na consideração de que as atitudes relacionais do terapeuta são elementos críticos de uma qualquer psicoterapia que se deseje bem sucedida.

O segundo grande conjunto de características gerais do terapeuta, está relacionado com o extraordinário poder que o psicoterapeuta tem para influenciar os significados que os clientes atribuem às suas experiências, nomeadamente através da transmissão directa ou indirecta ao cliente de uma perspectiva alternativa sobre si e/ou sobre a sua situação. O factor “nova perspectiva” foi proposto por Jerome Frank (1973, 1982; cit. Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) como o processo comum a todas as psicoterapias, através do qual o terapeuta fornece ao cliente novas informações sobre si próprio, sobre as suas experiências e/ou sobre o mundo. Esta informação pode ser apresentada ao cliente sob a forma de interpretações, conselhos ou informações directas, mas pode ser também comunicada de forma subtil através da modelagem ou do reforço selectivo. Aveline (2005, p. 156) resume do seguinte modo o papel comum do terapeuta, postulado por Frank, e que o tem ajudado a compreender a operacionalidade de diferentes terapias: “instilar esperança, contrariar a desmoralização e promover o domínio [do cliente] sobre experiências de sucesso”. Nas palavras do próprio Jerome Frank (1995, p. 91), em todas as formas de psicoterapia, o psicoterapeuta “desafia directa ou indirectamente os significados atribuídos pelo paciente a certos acontecimentos e oferece outros mais encorajadores”.

Do nosso ponto de vista, o factor “nova perspectiva” parece corresponder, em larga medida, à categoria de factores “aprendizagem” incluída na taxonomia tripartida de factores comuns proposta por Lambert e Ogles (2004) – ainda que desta façam parte elementos não só do terapeuta, mas também, da experiência do cliente. Na conceptualização de Lambert e Ogles (que reproduz a de Lambert & Bergin, 1994, anteriormente apresentadas), este conjunto de factores reporta a processos que promovem nos clientes novas percepções de si e da situação-problema. Os elementos que integram este grupo, foram previamente derivados da revisão de estudos empíricos onde surgiam operacionalizados e correlacionados com o resultado e são eles: “conselho”, “experiências emocionais correctivas”, “racional”, “modificação das

expectativas de eficiência pessoal”, “experiências afectivas”, “assimilação de experiências problemáticas”, “*feedback*”, “exploração do quadro interno de referência”, “aprendizagem cognitiva” e “*insight*” (Lambert & Ogles, 2004, p. 173).

Ao perspectivarmos a natureza da influência terapêutica à luz da divisão entre factores comuns e factores específicos, o papel do terapeuta destaca-se. O conjunto de estudos revisto sugere que o terapeuta, enquanto factor psicoterapêutico comum à maioria das terapias – pelo menos nas modalidades mais tradicionais –, desempenha, através das suas atitudes interpessoais e da estimulação no cliente de novas perspectivas, um papel considerável no resultado da mesma. Esta conclusão é também suportada pelos resultados de pesquisas de um outro tipo (nomeadamente, as que procuram estudar a eficácia e eficiência do terapeuta), que mostram que a variância devida ao terapeuta dentro dos tratamentos é superior à variância entre tratamentos, concedendo primazia à pessoa do terapeuta em detrimento do tipo de tratamento – este é um dos argumentos mais fortes contra a tese dos *factores específicos* ou dos *tratamentos específicos* para diferentes problemas.

Apesar das limitações metodológicas frequentemente encontradas na parca e rudimentar investigação existente sobre os factores não-específicos das terapias e da ausência de um verdadeiro consenso entre os investigadores no que concerne à identificação, definição e importância relativa dos elementos psicoterapêuticos comuns, parece-nos plausível afirmar, de acordo com a revisão empreendida, que a qualidade dos atributos do terapeuta, críticos para a tarefa terapêutica, é no mínimo condição promotora da mudança efectiva em psicoterapia.

A consideração da importância que os factores genéricos do terapeuta têm, ou podem ter, no resultado terapêutico, deveria ter repercussões práticas na formação dos terapeutas. Vários autores (e.g., Ahn & Wampold, 2001) defendem que o treino dos terapeutas se deveria centrar nos factores comuns da terapia enquanto aspectos basilares de um terapeuta eficiente, ao invés de se centrar em modelos teóricos de intervenção. As competências dos terapeutas para encetar entrevistas, para estabelecer fortes alianças terapêuticas e a importância das condições facilitadoras, deveriam ser, à luz desta perspectiva, factores centrais no treino dos terapeutas. Como tal, a omissão destes componentes vitais e o direccionamento do treino para a aprendizagem de tratamentos empiricamente apoiados é contra-indicado.

3.4.2. Estudos recentes

Após a última edição do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004), dois acontecimentos marcaram o estudo dos factores comuns: (1) a publicação na revista *Clinical Psychology* de Junho de 2005, de um conjunto de comentários elaborados por reconhecidos autores (e.g., Kazdin, Castonguay, Wampold, entre outros), relativamente a um primeiro e desafiante artigo em que DeRubeis, Brotman e Gibbons (2005, p.180) defendem que “é um erro para o campo elevar os factores não-específicos das psicoterapias à custa das técnicas terapêuticas específicas”; e (2) a constituição por Louis Castonguay e Larry Beutler de um grupo de trabalho com o ambicioso objectivo de rever a literatura empírica acumulada e assim determinar os princípios da mudança em psicoterapia (Castonguay & Beutler, 2006b). Especificamente, pretendem examinar o papel que as técnicas, a relação terapêutica e as características dos intervenientes desempenham no complexo processo de mudança de uma forma integrada. Os resultados deste laborioso trabalho foram posteriormente publicados em livro (*Principles of Therapeutic Change that Work*; Castonguay & Beutler, 2006c).

O tópico dos factores comuns em psicoterapia aparece tratado na revista *Clinical Psychology* de Junho de 2005 como um debate ao longo do qual os proponentes e defensores dos factores comuns e dos factores específicos em psicoterapia esgrimem os seus pontos de vista. Os argumentos apresentados, sob a forma de comentários, são desenvolvidos perante um artigo principal de DeRubeis, Brotman e Gibbons (2005) que desafia a perspectiva de que as melhorias do cliente são causa primária de variáveis comuns à maior parte das terapias. Apesar desta discussão se situar num plano estritamente teórico, sem implicações específicas na abordagem do terapeuta enquanto factor genérico da psicoterapia, desafia novas perspectivas e revela a actualidade do tema no âmbito do estudo dos mecanismos de mudança terapêutica. Deste modo, revemos os principais argumentos e implicações deste debate.

No artigo principal, DeRubeis, Brotman e Gibbons (2005) contestam a importância que tem sido concedida aos factores comuns em psicoterapia. Os autores defendem que o papel destes se encontra inflacionado e prosseguem a sua apologia dos factores específicos pela contestação do que consideram ser os dois principais argumentos empíricos de suporte do paradigma dos factores comuns: a demonstração de

que diferentes psicoterapias produzem resultados equivalentes e a afirmação de que a relação terapêutica é um factor determinante no resultado da terapia. Segundo os autores, a ausência de diferenças entre dois ou mais tratamentos não tem uma clara implicação no papel dos factores comuns enquanto responsáveis pelos efeitos terapêuticos, na medida em que resultados equivalentes podem ser obtidos através de técnicas específicas distintas¹³. Além disso, afirmam que a literatura existente sobre a aliança terapêutica, ainda que vasta, não permite afirmar que esta desempenha um papel causal na mudança. Na verdade, a grande parte da investigação desenvolvida em torno da aliança terapêutica é na sua natureza correlacional pelo que não permite inferir relações de causalidade.

Nos comentários efectuados a este artigo, vários autores (Craighead, Sheets, Bjornsson & Arnarson, 2005; Kazdin, 2005; Wampold, 2005) desconstruem a argumentação elaborada por DeRubeis e colegas (2005) em defesa da hipótese da especificidade, pela identificação de algumas falácias nos seus argumentos. De acordo com estes (Craighead, Sheets, Bjornsson & Arnarson, 2005; Kazdin, 2005; Wampold, 2005), os resultados equivalentes produzidos por diferentes terapias não são justificação directa nem do papel dos factores comuns nem dos factores específicos. Ou seja, a comparação de diferentes terapias não é o tipo de estudos que nos informe sobre os mecanismos de mudança terapêutica. Para além de que, as demonstrações existentes não são sequer suficientemente fortes para que se rejeite a hipótese nula de que os ingredientes específicos não são responsáveis pelos benefícios da psicoterapia. De forma idêntica, os autores (*ibidem*) defendem que a literatura empírica sobre a aliança terapêutica não serve de argumento a favor dos factores comuns enquanto explicação da mudança terapêutica; porém, as pesquisas referem uma forte relação entre a aliança terapêutica e o resultado terapêutico. No final da sua exposição teórica Wampold (2005, p. 196) conclui reafirmando que “a demonstração é na sua maior parte consistente com os modelos que sugerem que os factores comuns são potentes”.

Um aspecto salientado por alguns comentadores (Castonguay & Holtforth, 2005; Kazdin, 2005) prende-se com a consideração de que ainda desconhecemos a razão pela qual (ou os processos através dos quais) a psicoterapia funciona – desconhecimento no qual reside, afinal, toda esta polémica. Estes autores dirigem um apelo para a necessidade de se investigarem os mecanismos de mudança terapêutica, enquanto um

¹³ Contrariamente à tese dos factores comuns que defende, que resultados equivalentes obtidos através de diferentes modelos terapêuticos são consequência da acção de processos operativos semelhantes.

pré-requisito para a compreensão do papel dos factores comuns (e específicos) na terapia. Dando continuidade a este raciocínio, o comentário de Castonguay e Holtforth (2005) defende que a investigação deve abandonar a velha dicotomia factores comuns *versus* factores específicos e avançar pelo estudo integrado das complexas relações existentes entre os múltiplos factores terapêuticos que interferem com o resultado terapêutico – tarefa a que Castonguay e Beutler deram seguimento com a constituição de um grupo de trabalho com o objectivo de identificar os princípios da mudança terapêutica.

Especificamente, o propósito do grupo de trabalho encabeçado por Castonguay e Beutler (2006b; Beutler & Castonguay, 2006) era derivar e especificar da literatura empírica, numa linguagem comum, os princípios da mudança terapêutica que perpassam diferentes áreas problema (precisamente, este grupo de trabalho centrou-se em quatro grupos principais de perturbações: do humor, da ansiedade, da personalidade e do abuso de substâncias), bem como os princípios que são particularmente eficientes no trabalho com um tipo de perturbação (i.e., princípios específicos de cada área problema). Desta tarefa resultaram 61 princípios de mudança terapêutica – entre princípios comuns e específicos às diferentes perturbações – relativos às características dos participantes, relação terapêutica e técnicas (Castonguay & Beutler, 2006a).

Quanto ao terapeuta, as suas variáveis foram abordadas em dois grandes grupos de factores: características dos participantes (onde se incluem, os atributos-traço do terapeuta, i.e., características relativamente estáveis e que existem para além do contexto terapêutico) e relação terapêutica (do qual fazem parte, as qualidades interpessoais e as competências clínicas do terapeuta). Em relação aos traços do terapeuta, não foi estabelecido nenhum princípio comum de mudança, contrariamente ao cliente (relativamente ao qual se concluiu, por exemplo, que as suas dificuldades financeiras e ocupacionais interagem com o resultado do tratamento). Já em relação às qualidades interpessoais do terapeuta foram estabelecidos alguns princípios comuns promotores da mudança terapêutica, que passamos a resumir: elevado grau de colaboração com os clientes ao longo da terapia; atitude de empatia; atitude de aceitação não condicional dos clientes; atitude de congruência e genuinidade. Ainda associados à relação terapêutica, duas estratégias utilizadas pelos terapeutas levaram ao estabelecimento de princípios comuns de mudança: por um lado, as interpretações relacionais não devem ser usadas em excesso, mas quando são exactas podem facilitar

os melhoramentos; por outro lado, as rupturas relacionais podem ser resolvidas se o terapeuta as abordar de forma empática e flexível (Castonguay & Beutler, 2006a).

Resumidamente, os princípios de mudança (transversais a todas as perturbações consideradas) referentes ao terapeuta, estabelecidos a partir do trabalho deste grupo, foram: coesão, empatia, colaboração, aceitação incondicional, congruência, reparação da aliança terapêutica e qualidade das interpretações relacionais (Castonguay & Beutler, 2006a). Estes resultados vêm reforçar a importância das condições facilitadoras do terapeuta, postuladas pela escola de terapia centrada no cliente que, mais uma vez, aparecem como aspectos interpessoais importantes de qualquer terapeuta eficiente independentemente da sua orientação teórica.

Numa leitura integrada dos últimos desenvolvimentos no estudo da natureza da influência terapêutica, parece começar a desenhar-se uma nova – e há muito esperada – Era no campo da investigação em psicoterapia: o abandono da visão linear de tipo causa-efeito e do estudo discreto dos factores comuns *versus* factores específicos, para se passar a estudar conjuntamente os princípios da mudança terapêutica (e.g., Castonguay & Beutler, 2006c). Na verdade, estes princípios não deixam de ser considerados factores comuns (enquanto princípios de mudança que são comuns a uma variedade de orientações teóricas e que perpassam diferentes áreas problema); porém o esforço inovador dos autores para integrar num único volume as demonstrações empíricas sobre o papel que as relações, as características do cliente e do terapeuta (tradicionalmente abordadas no âmbito dos factores comuns) e as técnicas (habitualmente consideradas como factores específicos) desempenham no tratamento de perturbações específicas, marca a diferença perante as mais tradicionais abordagens dos factores comuns da terapia.

De algum modo, também nos parece insustentável que a partição da influência terapêutica em factores específicos e comuns se possa manter e continuar a debater num nível de tão elevada abstracção (como acontece, por exemplo, com os artigos publicados na revista *Clinical Psychology* de 2005), sendo que este em nada contribui para a nossa compreensão da terapia ou para a capacidade de melhorar os resultados obtidos por seu intermédio. Weinberger, em 1995 – num outro artigo que também deu azo a uma secção especial de comentários na *Clinical Psychology* – havia já afirmado a necessidade de se produzir investigação empírica sobre os factores comuns promotores da mudança, uma vez que a sua defesa tinha sido até então maioritariamente construída com base em

revisões de bibliografia já existente que os autores analisavam, compilavam e davam por provada.

Hoje, e depois das últimas publicações em torno destas questões, parece ter-se tornado ainda mais claro que necessitamos de situar num plano empírico e experimental (como defende Kazdin, 2005) a discussão dos mecanismos de mudança terapêutica. É provável que a mudança terapêutica seja influenciada por múltiplos factores dentro das categorias factores específicos (e.g., técnicas de tratamento derivadas da teoria) e factores não-específicos (e.g., cliente, terapeuta e a combinação de factores do cliente e do terapeuta) de forma integrada e conjunta. Assim, a separação dicotómica da investigação em torno das técnicas específicas ou dos factores comuns começa a perder razoabilidade, à medida que aumenta o sentimento entre clínicos e investigadores de que estes factores não estão necessariamente em oposição enquanto factores explicativos do resultado terapêutico. Além disso, há obstáculos sérios ao sucesso dos estudos dicotomizados destes factores. Um dos exemplos, mais flagrantes destas dificuldades é a separação entre técnicas específicas e processos relacionais. Butler e Strupp (1986; cit. Bergin & Lambert, 1994), afirmam a este respeito, que as técnicas terapêuticas são sempre manuseadas num contexto de significado interpessoal do qual dificilmente podem ser isoladas.

Com base nestas considerações, o futuro da investigação parece residir na procura dos factores que contribuem para os resultados positivos em cada terapia, em diferentes terapias e através das terapias.

A tarefa a que se propuseram Castonguay e Beutler (2006b, 2006c) vem precisamente inaugurar a nova avenida de estudo dos factores terapêuticos. Um dos méritos deste grupo de trabalho foi o de ter forçado o campo a considerar os potenciais factores terapêuticos como variáveis interdependentes em vez de independentes. Este trabalho demonstrou que nenhuma das classes de factores estudadas (i.e., específicos e comuns) pode, por si só, explicar a mudança e que todas estas variáveis desempenham um determinado papel no tratamento de diferentes perturbações (Castonguay & Beutler, 2006a). Foi também meritoso – e é profundamente promissor – o facto de os mentores desta tarefa terem conseguido reunir investigadores consagrados com diferentes perspectivas teóricas, mas que, ainda assim, aceitaram trabalhar em conjunto para alcançarem um objectivo comum, que está para além das suas posições particulares. O que é por si só um feito “num campo que parece tantas vezes mais fraccionado e dividido do que unificado” (Thorn, 2006, p. 685).

Não obstante a grandiosa e essencial tarefa de rever e integrar um diverso conjunto de demonstrações sobre os princípios de mudança terapêutica, não parece ser ainda esta a resposta sobre os mecanismos que operam esta mudança. Mas é sem dúvida um bom ponto de partida, uma vez que é agora possível consultar num único volume o conhecimento de que a ciência dispõe: (1) acerca da natureza dos participantes, das relações e dos procedimentos que fazem parte da intervenção e que induzem efeitos positivos independentemente das orientações teóricas; bem como (2) sobre os factores ou variáveis relacionados com os participantes, as relações e as intervenções que interagem entre si para fomentar a mudança (Castonguay & Beutler, 2006c).

Quanto ao terapeuta, o estudo da sua transversal influência na terapia, ainda que inconsistente, tem sido produtivo. Através deste, acumularam-se resultados que parecem reconhecer a importância das competências relacionais do terapeuta, das suas atitudes facilitadoras, do saber baseado na experiência e das competências clínicas (não-técnicas) na produção da mudança positiva. Outros indícios, menos consistentes, apelam também para uma eventual contribuição de algumas variáveis pessoais do terapeuta (e.g., bem-estar) para o resultado terapêutico. Globalmente, a investigação nos factores comuns sugere que a proficiência técnica não é a única característica do terapeuta que contribui para a mudança, ainda que, muitas vezes, estes aspectos sejam ofuscados pelas aparentes diferenças instrumentais. Uma consideração final que não invalida que a mudança possa ser, e eventualmente será, o resultado de um complexo, multidimensional e interactivo processo do qual os atributos do terapeuta e as intervenções técnicas farão parte entre outros, muitos outros, factores.

Em suma, desde os primórdios da psicoterapia individual que os efeitos da pessoa do terapeuta têm sido um tópico de interesse para clínicos e investigadores, mas só recentemente a sua relevância para prática psicológica parece ter começado a ser devida apreciada. Um coro de ilustres investigadores (como Garfield e Bergin) tem insistentemente reclamado para o terapeuta o estatuto de factor negligenciado na investigação face à destacada ênfase que as técnicas terapêuticas têm recebido; contudo, e de forma quase irónica, os “decepcionantes” resultados dos estudos nesta investida área (i.e., a equivalência relativa das terapias) parecem estar a reverter em favor da dimensão humana da terapia (i.e., terapeuta, cliente e relação terapêutica), salientando a eventual e decisiva contribuição da mesma para as diferenças encontradas nos resultados terapêuticos. Actualmente, a investigação da contribuição pessoal do

psicoterapeuta e dos processos através dos quais esta contribuição se exerce, encontram-se entre os tópicos mais promissores e de maior interesse na investigação em psicoterapia. O futuro próximo parece prenhe de (mais) estudos, nos quais as complexas dimensões humana e técnica da terapia são conjuntamente consideradas e o efeito das suas múltiplas e variadas relações analisado.

4. Impacto da prática terapêutica no psicoterapeuta

“O processo é interactivo. Tanto nas relações comuns como na construção da relação de psicoterapia (...).
Juntos nós criamos *selves* interactivos.
Juntos nós transformamo-nos mutuamente”.

(Aveline, 2005, p. 157)

“Os terapeutas são tão humanos como os seus clientes”

(Goldfried, 2001a, prefácio)

Quando pensamos em como mudam os psicoterapeutas, pensamos habitualmente em como estes ajudam os outros a mudar. Raramente, nos detemos a reflectir nas mudanças destes profissionais, nomeadamente, as que são função da prática clínica continuada. De certo modo, há alguma razoabilidade neste enviesamento: é que as situações terapêuticas não foram desenhadas para trazer ou introduzir mudanças nos terapeutas, mas sim, nos clientes. Porém, ao pensarmos numa mudança unidireccional, num espaço relacional por excelência, estamos com certeza a descurar um dos seus participantes e toda a riqueza das suas experiências pessoais. Contudo, parece que assim tem sido.

Para além das alterações produzidas pelas experiências terapêuticas com os clientes, a especificidade do próprio papel de psicoterapeuta terá também potenciais repercussões na vida pessoal destes profissionais. Tal hipótese baseia-se na assunção de que existe uma relação entre o trabalho da pessoa, o seu comportamento e a identidade fora do contexto de trabalho. Por conseguinte, é plausível considerar que os efeitos do trabalho terapêutico não se restringem ao consultório, mas influenciam os

comportamentos e as atitudes do psicoterapeuta fora do contexto de trabalho (Farber, 1983b; Farber & Heifetz, 1981).

Na literatura, com relativa facilidade encontramos estudos sobre o efeito que os terapeutas têm nos seus clientes (cf. ponto 3 deste capítulo). No entanto, verifica-se uma notável falta de investigação no que concerne aos eventuais efeitos da prática psicoterapêutica no próprio terapeuta. Uma falha que persiste apesar de Freud (1937/1964; cit. Farber & Heifetz, 1981), há mais de meio século atrás, ter chamado atenção para os perigos da análise para o analista (ao referir-se ao potencial sofrimento psíquico que o trabalho analítico poderia induzir no analista), e para além do *burnout* com os seus concomitantes sentimentos de desmoralização, despersonalização, vazio e esgotamento físico e emocional, ter sido amplamente reconhecido como um dos riscos ocupacionais do psicoterapeuta (e.g., Farber & Heifetz, 1982; Maslach, 2001, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Rosenberg & Pace, 2006).

Com excepção de Barry Farber e James Guy, que têm dedicado grande parte do seu trabalho a estudar a influência da psicoterapia na vida pessoal e nas relações dos terapeutas, não existe uma linha de investigação sistemática sobre esta temática. Parte da literatura existente consiste em reflexões autobiográficas de eminentes psicoterapeutas sobre as consequências pessoais (e.g., M. Hill, 1997; Will, 1979) e profissionais (e.g., Dryden & Spurling, 1989; Goldfried, 2001b) do seu trabalho terapêutico. Os trabalhos empíricos, por sua vez, centram-se, primeiro, nas fontes de stress e no fenómeno de *burnout* entre os profissionais de saúde mental (e.g., Farber, 1983a; Farber & Heifetz, 1982; Hellman, Morrison & Abramowitz, 1986; Mahoney, 1997; Maslach, 2001, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Radeke & Mahoney, 2000; Raquepaw & Miller, 1989; Rosenberg & Pace, 2006; Thoreson, Miller & Krauskopf, 1989) e, depois, enfatizam a mudança do terapeuta em aspectos específicos do trabalho terapêutico como o desenvolvimento profissional (e.g., Guest, 2000; Orlinsky, Ronnestad, Gerin, Davis, Ambühl, Davis, Dazord, Willutzki, Aapro, Botermans & Schröder, 1999; Ronnestad & Skovholt, 2001; Skovholt & Ronnestad, 1992, 1995) ou a adaptação psicológica no início da prática psicoterapêutica (e.g., Kuyken, Peters, Power, Lavender & Rabe-Hesketh, 2000). Lamentavelmente, pouca atenção tem sido dada ao impacto que conduzir psicoterapia tem nas dimensões pessoais do terapeuta e os estudos mais informativos têm já alguns anos. Faltam estudos recentes, estudos longitudinais, medidas objectivas e projectos de investigação para

tentar determinar os resultados da prática terapêutica na pessoa que a exerce (Guy & Liaboe, 1986).

Aparentemente, poderíamos pensar que, os psicoterapeutas não estão preocupados com as eventuais consequências que a prática psicoterapêutica continuada pode ter sobre si. O que, a ser verdade, também não deixa de ser curioso dada a natureza reflexiva do próprio trabalho terapêutico e a importância que os significados das experiências subjectivas desempenham no mesmo. Intrigado com a ausência de investigação sobre as implicações pessoais do trabalho terapêutico, Farber (1983b) questionou 60 terapeutas (no âmbito de um estudo mais vasto sobre os efeitos da psicoterapia nos terapeutas) sobre as eventuais razões deste aparente desinteresse. Quase metade dos terapeutas entrevistados atribuiu este facto a “atitudes defensivas” da parte dos profissionais de saúde mental; uma parte referiu a natureza do modelo psicoterapêutico, focado no cliente e não no terapeuta; e os restantes citaram, como causa mais provável, dificuldades metodológicas associadas a este tipo de estudos.

Ainda assim, a limitada investigação conduzida neste tópico sugere que o trabalho psicoterapêutico tem um impacto significativo em diferentes dimensões da vida pessoal do psicoterapeuta. A este propósito, os terapeutas entrevistados por Barry Farber (1983b) indicaram as relações interpessoais e a personalidade como as duas principais áreas afectadas pelo trabalho terapêutico. Segundo dados deste estudo, 60% dos terapeutas consideraram que o trabalho terapêutico influenciou as suas relações pessoais, ao predispô-los mais para atender aos aspectos psicológicos dos outros; 59% afirmaram que a terapia, ao tocar em questões pessoais, os tornou mais introspectivos; e, por fim, que aumentaram a sua auto-estima e a autoconfiança em virtude do trabalho terapêutico (21%).

A investigação sugere também, que a prática psicoterapêutica tem potencial para afectar de forma positiva e negativa a pessoa do terapeuta, o seu bem-estar e as suas relações interpessoais. Dados do estudo de Farber (1983b) que temos vindo a referir, revelam que ao reflectirem sobre a influência do trabalho na sua vida os terapeutas consideraram que em termos positivos este os tornou mais abertos, confiantes e pensativos, mais sensíveis aos outros e autoconscientes; mas, simultaneamente, e de um modo contraproducente, que este é um trabalho muito exigente, com níveis elevados de stress, que tende a tornar-se intrusivo e que deixa pouco tempo disponível para as relações pessoais.

De seguida revemos e resumimos a literatura publicada sobre os efeitos da prática psicoterapêutica na personalidade, funcionamento interpessoal e bem-estar dos psicoterapeutas.

4.1. Personalidade

Não será de estranhar que a condução de milhares de horas de psicoterapia possa ter impacto na personalidade do terapeuta, se atendermos que “a sua personalidade é o «instrumento» usado para conduzir este trabalho clínico, [logo] quem o terapeuta «é» submete-se ao desafio, à revisão e à transformação constantes” (Guy, 1987, p. 105). No mesmo sentido Otto Will (1979) salienta que “a personalidade do terapeuta será inevitavelmente envolvida e exposta em tal empreendimento; não há nenhuma maneira pela qual [o terapeuta] se possa manter a si mesmo como pessoa, separado do processo terapêutico, nem deve haver” (p. 563).

Marcia Hill (1997), num artigo autobiográfico no qual descreve um conjunto de transformações pessoais induzidas pelo trabalho de 22 anos enquanto psicoterapeuta, afirma que “fazer psicoterapia muda uma pessoa” (p. 137). M. Hill declara ter-se tornado mais intuitiva e tolerante, mais resiliente e auto-aceitante em virtude do mesmo.

De um modo similar, as mudanças subjectivas na personalidade dos terapeutas examinados por Farber (1983b) foram todas positivas. Farber (1983b) – num estudo já anteriormente citado – procurou conhecer a percepção dos psicoterapeutas sobre as mudanças ocorridas na sua personalidade desde o início da sua actividade profissional. Para tal, convidou um grupo de 60 psicoterapeutas (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais) a classificar, numa escala tipo Likert de sete pontos, as mudanças percebidas em 24 dimensões da personalidade e os respectivos factores percebidos como responsáveis por estas mudanças. Desde que são psicoterapeutas, estes profissionais revelaram ter-se tornado mais seguros, assertivos, confiantes, introspectivos, abertos, reflexivos e sensíveis. Estas melhorias foram atribuídas, pelo menos, parcialmente pelos psicoterapeutas à sua actividade profissional.

Dada a semelhança na natureza das mudanças reportadas pelos terapeutas em virtude da prática e pelos clientes em virtude da terapia, vários autores (Farber, 1983b; Guy, 1987; Guy & Liaboe, 1986) argumentam que os psicoterapeutas se modificam na sequência do esforço para promoverem aquelas mudanças nos seus clientes.

4.2. Funcionamento interpessoal

Se a personalidade do terapeuta é o principal instrumento utilizado na prática terapêutica, as relações interpessoais entre o terapeuta e os clientes são o tópico e a modalidade da psicoterapia (Guy, 1987). Guy e Liaboe (1986), na sequência de uma revisão crítica (da escassa) literatura sobre o efeito da natureza das relações profissionais e das experiências a estas associadas na vida privada do terapeuta, afirmam que o “funcionamento interpessoal dos psicoterapeutas é significativamente afectado pela prática da psicoterapia. As consequências parecem ser tanto positivas como negativas” (p. 111). M. Hill (1997), por exemplo, aponta apenas consequências positivas ao declarar que 22 anos de prática terapêutica a tornaram mais competente nas interações íntimas, mais próxima dos outros significativos e mais atenta aos aspectos psicológicos das outras pessoas.

Farber (1983b) verificou que os psicoterapeutas referem experienciar importantes modificações, positivas e negativas, no seu funcionamento interpessoal na sequência da prática clínica. De um modo geral, nas interações fora do contexto terapêutico, a predisposição acrescida para atenderem aos aspectos psicológicos dos outros (72%) foi percebida por alguns terapeutas como uma vantagem, na medida em que favorece a introspecção nos outros (45%), e aumenta a autoconsciência e a sensibilidade para as necessidades dos outros (32%). Porém, uma grande parte dos terapeutas entrevistados (64%) referiu que, por vezes, a prevalência e a influência da perspectiva psicológica os leva a sobrevalorizar as motivações, os pensamentos e os sentimentos dos outros e do próprio. Nestes casos, a excessiva atenção aos aspectos psicológicos dos outros interfere negativamente com a naturalidade da interação (44%) podendo resultar na perda de espontaneidade (30%).

4.2.1. Família

Um dos contextos interpessoais onde as eventuais repercussões da prática terapêutica se farão sentir de forma mais intensa será a família. Muitos dos terapeutas (40%) entrevistados por Farber (1983b), reportaram uma tendência para actuar de forma terapêutica ou analítica (i.e., para procurar os significados e os motivos ocultos, as causas subjacentes e os processos inconscientes nos comportamentos e sentimentos dos outros) perante os elementos da família. Outra consequência do trabalho terapêutico no

sistema familiar decorre da inerente intensidade emocional do mesmo. Mais de metade dos terapeutas (53%) consideraram que o esgotamento emocional provocado pela prática terapêutica pode, por vezes, repercutir-se num embotamento afectivo em casa. Porém, esta não foi uma opinião unânime: uma parte dos entrevistados (41%) considerou que as relações familiares não eram verdadeiramente afectadas pelo seu trabalho terapêutico.

Numa pesquisa com psicoterapeutas não publicada, Guy, Stark e Poelstra (1987; cit. Guy, 1987) descobriram que 75% dos psicoterapeutas indicaram acreditar que a prática terapêutica tinha um impacto positivo no seu casamento e 71% nas relações com os seus filhos. Ainda que esta percepção possa conter alguma distorção devida ao enviesamento do auto-relato, não deixa de ser interessante constatar que a maioria dos terapeutas acredita que o seu trabalho aumenta a satisfação que estes retiram das relações familiares.

No âmbito dos efeitos da prática psicoterapêutica na família do terapeuta, Golden e Farber (1998) procuraram explorar especificamente a influência da profissão de psicoterapeuta nos filhos destes profissionais, questionando-os (aos filhos com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos) directamente sobre o significado de terem pais terapeutas. Os autores (*ibidem*) esperavam que os conhecimentos acrescidos destes profissionais acerca do desenvolvimento e do comportamento humano, juntamente com níveis elevados de paciência, empatia, sensibilidade e abertura pudessem de algum modo facilitar a sua parentalidade. Porém, esta hipótese era condicionada à partida por outras considerações complementares: por um lado, os laços emocionais entre pai/mãe e filho/filha são distintos dos que prendem cliente e terapeuta, e estes medeiam o comportamento do próprio terapeuta; por outro lado, mesmo terapeutas altamente motivados para aplicar em casa os seus conhecimentos terapêuticos podem ser mal interpretados e sucedidos (e.g., com um cliente uma pergunta pode fazer com que este se sinta compreendido e com um filho pode ser entendida como uma intromissão ou um sinal de insensibilidade; o escrutínio frequente dos significados dos comportamentos dos filhos pode inibi-los e afastá-los). Os resultados do estudo mostraram que, para a maioria dos filhos entrevistados, o grande benefício de terem um pai psicoterapeuta advinha do seu “conhecimento ou competência profissional”, na medida em que eram capazes de os ajudar a ultrapassar as suas crises e a lidar com as situações de maior intensidade emocional, beneficiando da tolerância, aceitação, conhecimento, apoio, objectividade e da contenção profissional destes – algo que pais

com outras actividades profissionais não lhes poderiam proporcionar da mesma forma. Do lado das desvantagens, muitos referiram a tendência para os pais actuarem de forma terapêutica em casa, principalmente, quando eram excessivamente inquiridores, intrusivos, autoritários, “como se soubessem tudo”. Outras crianças referiram como desvantagem as muitas horas de trabalho dos seus pais psicoterapeutas e as pontuais intrusões no ambiente familiar dos seus clientes (e.g., através de telefonemas). Este conjunto de dados levou Golden e Farber (1998) a concluírem que, de um modo geral, os filhos dos psicoterapeutas sentem que a profissão dos pais tem em si efeitos maioritariamente favoráveis, ao perceberem e valorizarem o seu conhecimento profissional e ao sentirem os pais-terapeutas como mais próximos, aceitantes e tolerantes em virtude da sua profissão. Estes reconhecem a tendência dos pais-terapeutas para se comportarem como psicoterapeutas em casa e a intrusão do trabalho fora de horas na vida familiar, mas “eles estão ainda mais impressionados com a extensão em que as competências dos seus pais (e.g., empatia, tolerância, perícia no manuseamento dos problemas) os beneficiam” (Golden & Farber, 1998, p. 138). Os resultados deste estudo são, no entanto, contraditórios com outras perspectivas (Guy, 1987; Kottler, 2003) que sugerem que os terapeutas são pais e esposos distantes e emocionalmente embotados.

4.2.2. Relações sociais e de amizade

No que concerne aos contactos sociais, os terapeutas do estudo de Farber (1983b) revelaram ter percepções distintas, mas indicadoras do notável impacto que a sua carreira em psicoterapia tem nestes. Mais de metade dos terapeutas (65%) afirmaram que, numa reunião social, quando as outras pessoas sabem que estão na presença de um psicoterapeuta tendem a revelar mais informação pessoal e, por vezes, esperam até conselhos ou interpretações; em contraposição, uma parcela igualmente grande de terapeutas (53%) defendeu que, por vezes, as pessoas se sentem ameaçadas com a sua presença e revelam menos informação pessoal. Alguns terapeutas (31%) confessaram sentir que a sua prática terapêutica não exerceu uma influência particular no seu comportamento social, enquanto outros referiram que, em consequência da sua actividade profissional, se tornaram menos sociáveis ao restringirem as suas interacções sociais (41%), mas que, simultaneamente, passaram a dedicar mais tempo aos amigos próximos (25%).

Farber (1983b) descobriu, também, que muitos dos terapeutas entrevistados (56%) sentiam que em resultado do seu trabalho tinham passado a experienciar um maior apreço pelos outros e uma maior capacidade para aceitar e tolerar a diversidade, e para compreender as dificuldades e as vulnerabilidades das pessoas. Mudanças que, eventualmente, aumentam a predisposição para se envolverem em laços de amizade com as outras pessoas, fruto de uma atitude de maturidade e tolerância.

Inserido nos seus trabalhos de doutoramento, Cogan (1977; cit. Guy, 1987) examinou a percepção dos psicoterapeutas sobre a influência da prática terapêutica nos amigos e nas relações sociais. Os resultados do estudo revelaram que a maioria dos terapeutas considerou que os aspectos associados à sua profissão proporcionaram uma maior profundidade, abertura, sensibilidade e intensidade às suas relações de amizade. Os terapeutas referiram também, que em virtude do seu trabalho, se tinham tornado mais capazes de participar de forma significativa nas relações de amizade.

De forma semelhante, 74% dos terapeutas entrevistados por Guy, Stark e Poelstra (1987; cit. Guy, 1987) revelaram que a prática terapêutica tinha tido um impacto positivo nas suas relações com os amigos.

4.2.3. Factores que interferem nas relações pessoais

Vários factores associados à prática da psicoterapia têm sido considerados como tendo um potencial impacto negativo no funcionamento interpessoal do terapeuta (Goldberg, 1986; Golden & Farber, 1998; Guy, 1987; Guy & Liaboe, 1986; Kottler, 2003). Um primeiro aspecto diz respeito ao profundo isolamento físico (i.e., muitas horas sem contactar com colegas, familiares, amigos, pessoas “normais”, o mundo externo e os seus acontecimentos; a inactividade física; o espaço fechado, climatizado e artificial do consultório; a confidencialidade) e psíquico (i.e., as necessidades, preocupações e sentimentos do cliente são o foco da relação, enquanto as experiências internas do terapeuta devem ser colocadas à parte da mesma; o sonegar de informação acerca da sua vida privada; a supressão de emoções) a que os terapeutas estão sujeitos no exercício da psicoterapia, que os pode tornar distantes e, ainda que presentes, afastados dos outros. O facto de estarem continuamente imersos em relações de intimidade unidireccional (e.g., onde devem ocultar a informação de carácter pessoal, ignorar as suas necessidades e preocupações e controlar as suas emoções) parece condicionar e limitar o investimento de alguns terapeutas nas suas relações pessoais,

continuando a actuar nestas de forma emocionalmente distante e intelectualizada (Golden & Farber, 1998; Guy, 1987).

Will (1979) chama atenção para uma outra característica das relações profissionais do terapeuta que tende a acentuar os seus sentimentos de vazio, de perda e de isolamento: a vida relacional destes profissionais é feita de chegadas e partidas. Assim, e de forma a protegerem-se dos efeitos cumulativos das partidas prometidas à chegada, os terapeutas tendem a estabelecer uma certa “distância de segurança” que lhes permita alguma invulnerabilidade aos sentimentos continuados de solidão e de separação nas relações profissionais. Porém, a dificuldade dos terapeutas em separar o papel profissional da actuação na vida pessoal pode fazer com que esta atitude se estenda às interacções pessoais, passando os mesmos a experienciar todas as relações como se fossem transitórias (Guy, 1987).

Uma característica do trabalho terapêutico que parece ser particularmente difícil de abandonar à saída do gabinete e que tem um potencial efeito nocivo nas relações pessoais é a postura interpretativa ou analítica que remete o terapeuta para o papel de observador, mais do que de participante, nas interacções humanas (Farber, 1983b; Guy, 1987). A tendência para estes profissionais se tornarem excessivamente centrados no escrutínio das motivações, sentimentos e pensamentos dos outros, procurando compreender mais do que interagir mutuamente, fazem do terapeuta um elemento afastado, expectante ou neutral nas interacções íntimas (Farber, 1983b; Guy, 1987). A falta de naturalidade, espontaneidade e genuinidade parece ser também o resultado de muitas horas de participação em relações profissionais do tipo “como se” (Goldberg, 1986; Guy & Liaboe, 1986), em que cliente e terapeuta estão separados por uma distância interpessoal que os diferencia, cabendo ao terapeuta uma espécie de papel de observador das vidas e interacções de outras pessoas ou de “espectador das relações” (Spurling & Dryden, 1989). A repetição deste exercício de observador externo, de forma frequente ou continuada no tempo, pode estabelecer-se como a norma em todos os encontros, passando os mesmos a serem relações do tipo “como se” (Goldberg, 1986; Guy & Liaboe, 1986). O aperfeiçoamento da competência para observar e compreender adequadamente o comportamento humano, em virtude do treino ou da experiência, pode tornar-se uma experiência intoxicante, incapacitando o terapeuta de cortar com esta perspectiva. Como refere Otto Will (1979), quando um terapeuta se transforma num “especialista” do comportamento humano, a sua vida passa a ser preenchida por sinais e sintomas e todos se transformam em “pacientes”.

Outro risco da postura continuada de observador e intérprete nas relações com os outros significativos é a possibilidade de conduzir o terapeuta para um estilo relacional intrusivo, inquisidor, controlador, manipulador, dominador, autoritário ou dogmático nas suas interações com os outros em geral (Guy, 1987). Goldberger (1986) alerta que, por vezes, a constante idealização e admiração dos terapeutas pelos clientes, bem como o controlo e a autoridade que alguns terapeutas possuem sobre as vidas dos seus clientes, pode gerar nestes um sentimento de onipotência e de superioridade, levando-os implicitamente a esperar que os outros os olhem com igual reverência. Como consequência, estes indivíduos podem passar a sobrevalorizar as suas atitudes e competências, assumindo de forma enviesada que as suas opiniões, reflexões e perspectivas são as únicas ou as mais correctas. Estas atitudes criam mal-estar e assimetria em relações que se esperam mútuas e espontâneas, podendo despoletar nos outros um maior distanciamento e inibição na revelação de informação pessoal de forma a protegerem-se de comentários e conselhos que, na maioria das vezes, nem sequer foram solicitados (Guy, 1987).

O intenso trabalho emocional de um terapeuta parece introduzir também riscos nas suas interações extraterapêuticas. Por um lado, a constante necessidade de monitorizar, controlar e suprimir as suas emoções e a sua expressão (Guy, 1987) pode generalizar-se, limitando a espontaneidade emocional nas interações íntimas. Por outro lado, depois de um dia passado a ouvir clientes perturbados, muitos terapeutas regressam às suas relações pessoais extenuados e emocionantemente esgotados (Farber, 1983b; Kottler, 2003) o que os leva, por vezes, a reduzir a intensidade e/ou a frequência das suas expressões de afectividade, de apoio e de compreensão (Farber, 1983b). Kottler (2003) fala de uma *overdose* emocional a que por vezes os terapeutas são submetidos resultando numa posterior dessensibilização do terapeuta perante as emoções dos outros significativos ou, pelo contrário, numa reacção exagerada perante acontecimentos pessoais.

Preocupações como estas (i.e., a dificuldade em deixar no seu gabinete as competências de observadores e intérpretes da vida dos outros, as dificuldades relacionais após o trabalho terapêutico, o esgotamento dos recursos emocionais e do tempo para os outros significativos, o isolamento) são também referidas por Norcross e Guy (1989) como estando na origem dos problemas interpessoais narrados por 10 eminentes terapeutas.

Kottler (2003) defende com pertinência que as fronteiras entre a vida pessoal e a vida profissional do psicoterapeuta são tão permeáveis que facilmente permitem um estilo de vida único. Nesta profissão, como em poucas, as competências específicas do terapeuta – como a capacidade para ouvir, compreender, apoiar, confrontar, clarificar, reflectir, tolerar a ambiguidade, colocar alternativas, entre outras – são tão úteis aos clientes como a familiares e amigos. Na sequência desta consideração e dos resultados anteriormente revistos, parece razoável afirmar que as competências e os conhecimentos derivados da prática terapêutica não são em si mesmos benéficos ou prejudiciais: tudo depende da atitude do psicoterapeuta e da forma como faz uso dos mesmos. Se o terapeuta adoptar nas suas relações pessoais uma atitude excessivamente terapêutica esta pode ser sentida como falta de naturalidade, envolvimento, afectividade e espontaneidade, ou como sinal de insensibilidade, frieza, distanciamento e indiferença; mas se o conhecimento profissional for usado com moderação, precisão e adequação este parece ser bem recebido pelos outros significativos e ser sentido por estes como útil.

4.3. Bem-estar: *Burnout* e satisfação profissional

4.3.1. Insatisfação e *burnout*

Diariamente os psicoterapeutas são expostos aos dramas e às tragédias da vida das outras pessoas, a emoções intensas e a conflitos angustiantes. O desespero, o sofrimento, a crueldade, a violência, o abuso são parte integrante da rotina de um terapeuta, hora após hora, dia após dia, ano após ano. Para além da interacção intensa com pessoas perturbadas e do contacto com as perturbantes narrativas de vida dos clientes, os psicoterapeutas estão ainda sujeitos à pressão de terem constantemente que lidar com o isolamento do próprio trabalho terapêutico e com as dúvidas sobre a eficácia das suas intervenções. Por tudo isto, não será de estranhar que, a dada altura, alguns destes profissionais se sintam extenuados, desgastados, desmoralizados, desiludidos, insatisfeitos, frustrados... Quando estas sensações passam a assumir proporções desmesuradas e o terapeuta se sente continuamente acometido por um conjunto de sintomas de exaustão física (e.g., fadiga, esgotamento, dores de cabeça, dores de costas, problemas gastrointestinais, alteração do apetite, perturbações do sono), emocional (e.g., desilusão, desapontamento, desespero, vazio, culpa, irritabilidade, solidão) e

psicológica (e.g., autoconceito negativo, sensação de ineficácia e incompetência, despersonalização, desinteresse em relação ao trabalho, alienação, perda de preocupação com os clientes, atitudes negativas perante a vida, os outros e o trabalho), é possível que esteja a experienciar uma situação clínica de *burnout* (Grosch & Olsen, 1994; Guy, 1987; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

O termo *burnout*¹⁴ remete para um quadro clínico de stresse ocupacional não exclusivo dos psicoterapeutas, mas, de um modo mais vasto, prevalente em profissões que implicam uma relação intensa, constante e directa com outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada de ajuda e a qualidade da ajuda prestada está associada à qualidade da referida relação, tais como médicos, enfermeiros ou professores (Grosch & Olsen, 1994; Maslach, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Rosenberg & Pace, 2006). A importância determinante do contexto interpessoal de trabalho faz com que o *burnout* se distinga de uma resposta individual de stresse (transversal a vários domínios pessoais), por afectar sobretudo as transacções relacionais do indivíduo no local de trabalho. A ênfase na situação, mais do que na pessoa, é a razão pela qual o *burnout* tem sido estudado mais como função de variáveis contextuais (e.g., exigências profissionais, isolamento) do que de variáveis individuais (e.g., características demográficas, experiência, personalidade) (Maslach, 2001, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Outros aspectos que distinguem *burnout* e stresse, prendem-se com o facto de este último não ter que ser necessariamente prejudicial (e.g., um nível óptimo de stresse pode ter um efeito motivante e excitante) e de ser uma experiência, com certeza, comum a todos os profissionais contemporâneos, enquanto o *burnout* é, por sua vez, um estado extremo de desespero e exaustão resultante do impacto cumulativo de um conjunto de factores de stresse relacionados com a actividade profissional (Guy, 1987). Compreende-se, assim, que o stresse ocupacional não conduza necessariamente a um estado de *burnout*. Os seus efeitos continuados no tempo e a sobreposição destes aos recursos e competências do profissional podem culminar num sem número de outras perturbações e problemas, individuais e organizacionais (e.g., doenças, distúrbios psicológicos, absentismo, baixa motivação, reduzida eficiência e pobre desempenho).

¹⁴ O termo *burnout* encontra tradução no termo português “esgotamento”. Porém, “esgotamento” é na nossa sociedade contemporânea um vocábulo vulgarizado, mas sem uma definição concreta do que significa clinicamente – quantas vezes associado a depressão, astenia física, entre outros. Por esta razão, optou-se por manter a designação anglo-saxónica do fenómeno: *burnout*.

Nas últimas décadas, a preocupação com a extensão e com as graves consequências deste fenómeno fez surgir o interesse na comunidade psicoterapêutica pelos problemas específicos e pelas fontes de stresse da prática terapêutica. Usando diferentes metodologias (e.g., entrevistas, questionários de auto-resposta) para identificar e quantificar a intensidade das experiências de stresse vivenciadas na prática clínica, os investigadores inventariaram múltiplas dificuldades inerentes a este trabalho que podem contribuir para a sensação de insatisfação profissional (a vários níveis) e para a deterioração do bem-estar de alguns psicoterapeutas.

4.3.1.1. Factores que contribuem para a insatisfação e o *burnout*

A literatura empírica enumera um conjunto de factores associados à prática clínica que contribui para os sentimentos gerais de insatisfação e stresse. Enquanto alguns destes factores se encontram directamente relacionados com o contacto com os clientes, outros estão relacionados com aspectos inerentes ao exercício da psicoterapia.

Num dos primeiros, e mais inspiradores, estudos globais sobre as experiências de stresse dos psicoterapeutas, Farber e Heifetz (1982) investigaram sistematicamente um grupo de psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Os resultados da análise da transcrição das entrevistas revelaram que as principais fontes de stresse para estes psicoterapeutas eram “a falta de sucesso terapêutico, isto é, a incapacidade para promover a mudança positiva nos pacientes... [e] a falta de retribuição na atenção e generosidade” dedicada aos clientes (Farber & Heifetz, 1982, p. 298). A codificação das entrevistas permitiu ainda identificar um outro conjunto de factores de stresse no trabalho terapêutico, tais como: (1) o número excessivo de casos, (2) as dificuldades no trabalho com os clientes, (3) o desânimo com o curso lento e imprevisível do processo terapêutico, (4) a tendência para este trabalho tocar em aspectos pessoais dos psicoterapeutas, (5) a passividade geral da actividade terapêutica e (6) o isolamento intrínseco ao trabalho terapêutico (Farber & Heifetz, 1982).

Numa análise precedente, Farber e Heifetz (1981) haviam analisado a percepção da mesma amostra de terapeutas através, não de uma entrevista, mas de uma escala tipo Likert de sete pontos. A análise factorial dos dados recolhidos permitiu identificar três principais factores de stresse: o esgotamento emocional, a relação terapêutica e as condições de trabalho. O primeiro factor (i.e., a tendência para o trabalho terapêutico extravasar os limites laborais e conduzir o terapeuta a um esgotamento físico e

emocional) compreende as dificuldades sociais depois do trabalho, o esgotamento emocional, a exaustão física, a dificuldade em deixar as competências analíticas no gabinete, a inevitável necessidade de ter que pôr os clientes de parte e os constrangimentos dos 50 minutos de sessão terapêutica, que contribuem para a experiência de stresse e insatisfação no trabalho. O segundo principal factor relacionado com o stresse no trabalho (i.e., “dar tanto, recebendo tão pouco, e, pelo meio de tudo isto, permanecer vulnerável às dúvidas de que os nossos esforços são eficientes” – Farber & Heifetz, 1981, p. 624) inclui a insatisfação relacionada com a responsabilidade pela vida dos clientes, a necessidade de controlo das emoções, a monotonia do trabalho, as dificuldades em avaliar os progressos, as dificuldades em trabalhar com pessoas perturbadas, as dúvidas relacionadas com a eficácia da terapia e a falta de gratidão dos clientes, todos aspectos que contribuem para o stresse e a insatisfação. As condições de trabalho foram identificadas pelos psicoterapeutas do estudo de Farber e Heifetz (1981) como a terceira maior fonte de stresse e insatisfação. Este factor contém as frustrações relacionadas com as políticas organizacionais, o excesso de trabalho burocrático, o excesso de casos e os conflitos profissionais.

Na tentativa de determinar os comportamentos específicos dos clientes causadores de maior stresse nos psicoterapeutas, Farber (1983a) construiu uma outra escala. Da sua aplicação, a ideação suicida resultou como o comportamento dos clientes sentido como indutor de mais stresse pelos psicoterapeutas. Mesmo terapeutas experientes (com mais de 10 anos de prática) referiram sentir-se profundamente afectados pelo trabalho com clientes suicidas. As expressões de hostilidade e de agressividade, a finalização prematura da terapia, a agitação ansiosa, a apatia e a depressão foram outros comportamentos dos clientes percebidos como fontes primárias de stresse pelos psicoterapeutas. Enquanto a maioria destes factores se refere a sintomas psicopatológicos, o elevado grau de stresse provocado pela finalização prematura da terapia é revelador do investimento pessoal e profissional do terapeuta no bem-estar do cliente (Farber, 1983a). Farber e Heifetz (1981) haviam anteriormente concluído que uma das principais fontes de gratificação dos terapeutas é sentirem-se úteis e intimamente próximos das vidas dos seus clientes. Deste modo se compreende que a perda precoce de clientes seja “um golpe não apenas no orgulho do terapeuta mas também na sua necessidade de realização na relação terapêutica” (Farber, 1983a, p. 702).

Os trabalhos de Farber e Heifetz (1981) e Farber (1983a) foram posteriormente replicados com uma amostra de 227 psicólogos e as suas escalas expandidas por Hellman, Morrison e Abramowitz (1986). A análise factorial deste estudo mostrou que os factores de stresse do trabalho terapêutico se agrupam nas seguintes principais áreas: manutenção da relação terapêutica, falta de tempo, dúvidas profissionais, sobrenvolvimento e esvaziamento pessoal. Os comportamentos dos clientes classificados pelos terapeutas como fontes de stresse foram também agrupados em cinco classes: expressões de afecto negativo, resistência, sintomas psicopatológicos, ameaças suicidas e comportamentos agressivos-passivos. Os factores e situações identificados como problemáticos pelos psicólogos deste estudo são bastante similares aos identificados pela amostra heterogénea de 60 psicoterapeutas estudada por Farber (1983a), e Farber e Heifetz (1981).

Deutsch (1984), influenciado também pelos trabalhos de Farber e Heifetz, procurou determinar a frequência e a intensidade relativa de stresse de certos acontecimentos terapêuticos. Para tal, desenvolveu e aplicou uma escala (em que mais de metade dos itens haviam sido retirados da escala utilizada por Farber e Heifetz, 1981; e Farber, 1983a) a uma amostra final composta por 264 psicoterapeutas sem formação médica (i.e., outros que não psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos; e.g., psicólogos, assistentes sociais). Os resultados mostraram as afirmações suicidas dos clientes como a ocorrência terapêutica mais perturbadora, seguida da incapacidade para ajudar um cliente em grande sofrimento. Outros acontecimentos das sessões terapêuticas sentidos pelos terapeutas como indutores de níveis moderados ou elevados de stresse foram: expressão de raiva de um cliente contra si, ausência de progressos observáveis, clientes severamente deprimidos e a aparente apatia ou falta de motivação do cliente. Os terapeutas deste estudo foram ainda convidados a estimar (em percentagem de horas de terapia) a frequência destes comportamentos dos clientes. A ocorrência das afirmações suicidas – considerado como o comportamento mais perturbador – foi estimada em 11% de todas as horas de contacto com os clientes ou aproximadamente duas vezes por semana. Os dados recolhidos levaram Deutsch (1984, p. 842) a concluir que estes acontecimentos indutores de stresse “afectam os terapeutas semanalmente se não [mesmo] diariamente”.

Norcross e Guy (1989) analisaram de forma transversal os ensaios autobiográficos de 10 conceituados psicoterapeutas e descobriram que os principais problemas da prática terapêutica descritos por estes – de forma congruente com os

factores de stresse indicados pelos estudos empíricos anteriormente revistos – estavam relacionados com pressões de tempo, políticas organizacionais, excesso de casos, desgaste emocional e trabalho burocrático.

Guy (1987), através de uma extensa revisão bibliográfica, resumiu os aspectos associados à prática terapêutica com prejudicial impacto nos psicoterapeutas nos seguintes factores: isolamento intenso, fadiga emocional, frustração resultante da interacção intensa com pessoas muito perturbadas e exigentes, grandes responsabilidades éticas e legais, críticas públicas relativas ao campo da saúde mental e dúvidas sobre a eficácia da terapia.

Estudos mais recentes encontraram idênticas fontes de stresse na actividade terapêutica. Cushway e Tylor (1996) confirmaram que as principais fontes de stresse dos psicólogos clínicos incluem as dificuldades com os clientes, os comportamentos dos clientes e as dúvidas profissionais. Neste caso, os psicólogos mais experientes apresentaram níveis inferiores de stresse. Radeke e Mahoney (2000) descobriram que as principais causas de stresse dos psicoterapeutas se tendem a agrupar em torno de experiências interpessoais terapêuticas, como sejam: as tentativas de suicídio, a resistência e a agressividade dos clientes. Hannigan, Edwards e Burnard (2004) analisaram os resultados de sete estudos e concluíram que as principais fontes de stresse relatadas pelos psicólogos clínicos incluem as características dos clientes, uma excessiva quantidade de casos, dúvidas profissionais e uma má gestão. Talvez os factores encontrados por Kramen-Kahn e Hansen (1998) se diferenciem um pouco dos reportados anteriormente ao acentuarem questões políticas e organizacionais. Os riscos ocupacionais mais cotados pelos 208 psicoterapeutas deste estudo remeteram, primeiramente, para exigências empresariais e económicas e para incertezas e pressões relativas aos casos acompanhados, sendo que os terapeutas mais velhos e experientes relataram perceber menos situações de risco profissional. Na interpretação dos perigos percebidos pelos terapeutas na sua profissão, os autores (*ibidem*) postulam que a ênfase nos aspectos burocráticos e financeiros se deve, eventualmente, a mudanças no ambiente de cuidados de saúde nos EUA, nomeadamente, resultantes da implementação de sistemas de gestão de cuidados médicos e da natureza mais litigiosa da prática psicoterapêutica. Estas mudanças adicionaram incertezas e pressões ao trabalho terapêutico (e.g., mais controlo com o tempo e o número de sessões, mais trabalho burocrático, maior número de casos).

Em Portugal, desconhecemos a existência de estudos especificamente dedicados aos fenómenos de stress ocupacional e de *burnout* entre os psicoterapeutas. Contudo, uma equipa de investigadores da Universidade do Minho (cf. Gomes & Cruz, 2004) tem vindo a desenvolver desde 1996 um programa de investigação abrangendo diferentes domínios do stress ocupacional (nomeadamente, saúde pública, ensino e educação, contexto empresarial e do trabalho), sendo uma das suas populações alvo os psicólogos portugueses. Relativamente à amostra de psicólogos do estudo de Gomes e Cruz (2004), esta é composta por profissionais especializados em diferentes valências (e.g., clínica, organizacional, educacional) e que exercem a sua actividade profissional em áreas distintas (e.g., docência, investigação, clínica, justiça, educação, desporto), onde apenas 19.1% (84 em 439) dos psicólogos têm como principal área de actuação profissional a clínica/saúde. Ainda assim, as principais fontes de stress encontradas entre os psicólogos portugueses não são de todo distintas das reportadas pelos psicoterapeutas em estudos Norte Americanos. Estas encontram-se agrupadas em quatro grandes classes: stress percebido como resultado de erros, respectivas implicações e consequências negativas; problemas relativos às relações profissionais; excesso e sobrecarga de trabalho; e as preocupações no âmbito da carreira profissional (Gomes & Cruz, 2004).

Os dados provenientes dos estudos revistos sugerem que, ainda que os psicoterapeutas possam esperar por dificuldades e exigências no trabalho terapêutico, não parecem preparados para lidar com as incertezas, as dúvidas e as inconsequências das suas intervenções (i.e., dúvidas sobre a eficácia, dificuldade em avaliar os progressos, ausência de progressos, mudanças ou melhoras no cliente), bem como com a falta de reconhecimento ou retribuição dos seus esforços por parte dos clientes. A sensação de que a sua dádiva e esforços constantes não são objectivamente compensados – pelo reconhecimento do cliente ou pela percepção de sucesso – aparece, assim, como uma das maiores provações do trabalho terapêutico. Estas dificuldades indiciam, também, alguma tensão entre as exigências pessoais de realização (e.g., sentir que se é bem sucedido, que o seu trabalho é valorizado, que se tem impacto nos outros) e as características do próprio trabalho terapêutico (e.g., relações com clientes difíceis, curso lento da mudança, isolamento dos pares). A percepção aumentada da relação desproporcional entre elevadas frustrações, dificuldades e pressões com diminutas recompensas e sucessos, parece ser uma fértil condição para o despoletar de graves problemas, como o *burnout* (Grosch & Olsen, 1994). Desta perspectiva, o trabalho

terapêutico assume-se como uma actividade “naturalmente” exigente do ponto de vista pessoal e profissional, funcionando as condições laborais (e.g., número excessivo de casos, burocracia, políticas organizacionais) como fontes adicionais de stresse, especialmente para os terapeutas que trabalham em instituições. As pesquisas de Raquepaw e Miller (1989) e Farber (1983b) confirmam que os terapeutas que trabalham, pelo menos parcialmente, em instituições, experienciam níveis mais elevados de exaustão emocional do que os terapeutas que trabalham exclusivamente em contexto privado, devido ao acréscimo de trabalho clínico e burocrático e ao aumento de responsabilidade mas não da autoridade. A insatisfação profissional parece então resultar de experiências terapêuticas continuadas em que as dificuldades excedem as esperadas e estas superam, em larga medida, as gratificações daí derivadas (Farber & Heifetz, 1981).

4.3.1.2. Os clientes como fonte de insatisfação

Investigações empíricas e clínicas têm sucessivamente apoiado a convicção de que as relações com os clientes são fontes fundamentais de stresse na transacção psicoterapêutica (e.g., Deutsch, 1984; Farber, 1983a, 1983b; Farber & Heifetz, 1982; Hellman, Morrison & Abramowitz, 1986; Radeke & Mahoney, 2002). Certos tipos de clientes, de comportamentos e de sintomas psicopatológicos destes, parecem ser particularmente difíceis e indutores de maior tensão nos terapeutas.

Dados provenientes de reflexões autobiográficas (Dryden & Spurling, 1989) corroboram os resultados derivados dos estudos empíricos anteriormente revistos. Os clientes indutores de níveis superiores de stresse nos psicoterapeutas parecem ser: os que apresentam atitudes destrutivas (Heppner, 1989; Thorne, 1989); os muito deprimidos, os mais apáticos, passivos ou dependentes (Chaplin, 1989; Heppner, 1989); os que têm problemas de controlo dos impulsos (Heppner, 1989); e os que resistem aos esforços e à dedicação do terapeuta para os ajudar (Chaplin, 1989).

Para além dos clientes habitualmente difíceis devido às características da sua perturbação ou à propensão para actuarem patologicamente de uma forma que os pode magoar ou magoar outros, parece haver um tipo de clientes que os terapeutas desejam não encontrar: os que não lhes retribuem a atenção, não reconhecem os seus esforços, nem tão pouco admiram as suas competências (Goldberg, 1986). Pelo contrário, há clientes que pelas suas características físicas e/ou personológicas, pela similitude ao

terapeuta ou porque apresentam melhoras mais rápidas, fazem o terapeuta sentir-se mais recompensado pelo tempo despendido com eles.

Vários autores (Goldberg, 1986; Heppner, 1989; Kottler, 2003) referem como protótipo do cliente mais desejado pelos terapeutas o “jovem, atraente, verbal, inteligente e bem sucedido” (i.e., YAVIS – *young, attractive, verbal, intelligent and successful*). A preferência por este tipo de clientes, altamente recompensadores para o terapeuta, parece residir no facto de estes terem uma maior probabilidade de sucesso na terapia (Heppner, 1989; Thorne, 1989). Kottler (2003) salienta um outro aspecto dos clientes “preferidos” dos terapeutas: são clientes com os quais se identificam, nos quais encontram similaridades (independentemente do que isso possa significar). Lehman e Salovey (1990), com base na revisão de alguns estudos, fazem um retrato destes clientes “preferidos” como sendo os que têm maior capacidade de auto-análise, maior probabilidade de sucesso terapêutico, maiores similaridades ao terapeuta, menor severidade psicopatológica e um prognóstico mais favorável. Serão de algum modo, clientes “mais fáceis”. Os clientes menos desejados ou “mais difíceis” tendem a ser vistos pelos terapeutas como mais perigosos e perturbados, tendo menor capacidade de introspecção, menor maturidade emocional, pior ajustamento social, e como sendo os que rejeitam a ajuda do terapeuta e fazem exigências. Os resultados da investigação análoga conduzida por Lehman e Salovey (1990) levou-os a concluir que os “psicoterapeutas se sentem mais confiantes nas suas competências quando se imaginam a trabalhar com pacientes que eles percebem como mais amáveis, simpáticos e inteligentes. Pacientes que possuem estes traços eram também vistos como tendo ideias similares às dos terapeutas” (p. 389). No fundo, as características destes clientes tornam-nos mais aptos para responderem adequadamente às exigências do trabalho terapêutico, facilitando-o e promovendo o sucesso do mesmo (Martin, Sterne & Karwisch, 1976). Um aspecto particularmente interessante neste estudo é que quando os terapeutas se referem a estes clientes associam-nos a um ambiente terapêutico “livre de pressões” (Lehman & Salovey, 1990), eventualmente devido à redução da ambiguidade face aos problemas do cliente (já que são menos perturbados), à eventual finalização precoce da terapia (estão mais motivados) e às suas próprias competências (a probabilidade de recuperação é maior e mais rápida).

Paradoxalmente, desta revisão resulta que os clientes mais atractivos para os terapeutas parecem ser aqueles que menos necessitam de psicoterapia, enquanto que os que mais necessitam de tratamento parecem ser aqueles para com os quais os terapeutas

se sentem menos predispostos a trabalhar (falta saber até que ponto a percepção afectiva do terapeuta em relação ao cliente influencia ou não o curso do próprio processo terapêutico). Afinal, como Kottler (2003) bem relembra, ser psicoterapeuta implica trabalhar com aqueles que, por um sem número de razões, desafiam os limites da paciência, tolerância, flexibilidade, empatia e muitos outros.

4.3.1.3. Outras consequências do stresse e factores predisponentes

A insatisfação profissional e a síndrome de *burnout*, que alguns terapeutas experienciam em determinado momento das suas carreiras, não são as únicas consequências possíveis de níveis elevados de stresse profissional. Existe todo um conjunto de outras formas de diminuição ou de deterioração emocional que podem afectar o terapeuta e diminuir a sua proficiência profissional, sendo as mais frequentemente abordadas na literatura a doença mental, o abuso de estupefacientes, o envolvimento sexual com clientes e o suicídio. Guy (1987), através de uma revisão bibliográfica, identifica uma série de riscos profissionais da prática clínica capazes de terem um impacto suficientemente poderoso na personalidade do psicoterapeuta para desencadear neste uma deterioração visível na sua competência. De entre os factores que podem precipitar um eventual distúrbio psicológico no terapeuta, Guy (1987) destaca o trabalho com clientes muito perturbados do ponto de vista emocional ou com clientes particulares cuja problemática pode reactivar aspectos não resolvidos, problemas ou necessidades do psicoterapeuta. Neste âmbito, podemos ainda referir o fenómeno de traumatização vicariante do terapeuta por contacto empático com o material de trauma do cliente (Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999). Factores como o isolamento, a anulação ou subtracção do terapeuta, o esgotamento emocional e o desespero parecem poder ter um impacto cumulativo, aumentando as vulnerabilidades pessoais e podendo conduzir ao abuso de álcool e de drogas por parte do terapeuta (Guy, 1987). Variáveis da prática terapêutica como o isolamento físico no gabinete terapêutico, o excesso de trabalho, a repetição de encontros intensos com outra pessoa em que ambas se sentem atraídas por uma série de desejos e necessidades da outra, a falta de supervisão ou de monitorização do trabalho terapêutico, o poder e o estatuto do terapeuta, parecem, por seu lado, aumentar o potencial para o terapeuta se envolver sexualmente com clientes (Guy, 1987).

Em suma, os estudos revistos sugerem que uma série de aspectos do contexto de trabalho, mas sobretudo de factores endémicos da prática psicoterapêutica, podem contribuir para as experiências de insatisfação, *burnout* e deterioração profissional nos psicoterapeutas. Alguns dos factores de stresse próprios da relação terapêutica parecem ser: (1) os sentimentos de inconsequência (e.g., a falta de sucesso; incapacidade para ajudar o cliente; ausência de progressos observáveis); (2) a não reciprocidade na atenção (e.g., falta de correspondência na atenção, generosidade, responsabilidade; assimetrias na relação de dádiva e entrega; sobrenvolvimento; esvaziamento pessoal); (3) a ambiguidade (e.g., ausência de critério de sucesso apesar da pressão para se ser bem sucedido, dúvidas sobre eficiência do tratamento, imprevisibilidade, incerteza); (4) as dificuldades com os clientes (e.g., passividade do processo); (5) as dificuldades da terapia (e.g., isolamento físico e psíquico). Outro conjunto de aspectos específicos da relação terapêutica indutores de níveis elevados de stresse no terapeuta dizem respeito a determinados comportamentos e características dos clientes, tais como a ideação e as tentativas de suicídio, o afecto negativo, a hostilidade, a raiva, a agressividade, a finalização precoce da terapia, a agitação, a apatia, a depressão, a falta de motivação e a resistência. Para além das pressões inerentes à relação terapêutica, as condições de trabalho dos psicoterapeutas, principalmente dos que exercem a sua actividade na dependência de instituições de cuidados de saúde, podem ser também fontes de stresse no trabalho terapêutico (e.g., número excessivo de casos, burocracia, falta de tempo e pressões económicas).

Em todo o caso, a insatisfação, a perturbação ou a deterioração só acontecem quando o impacto dos vários stressores associados à prática terapêutica é percebido pelos terapeutas como excedendo as suas capacidades e recursos pessoais para lidar com os mesmos. Nestas situações o terapeuta deixa de ser capaz de sentir prazer e satisfação no seu trabalho e, conseqüentemente, no encontro terapêutico com os seus clientes.

4.3.2. Satisfação profissional

O trabalho terapêutico pode ser muito exigente e desgastante, mas possui também inerentes e ilimitadas gratificações. Felizmente, a maioria dos psicoterapeutas parece encontrar na prática terapêutica motivos de satisfação capazes de superar as desvantagens e os riscos associados a esta profissão – caso contrário, seria

humanamente impossível perseverar durante anos nesta actividade (Goldberg, 1986; Guy, 1987).

Em ensaios autobiográficos de psicoterapeutas – para além da descrição das dificuldades intrínsecas ao trabalho terapêutico – é frequente encontrarem-se referências ao papel de psicoterapeuta em termos de: “um enorme privilégio” (Bloomfield, 1989, p. 46); “obtenho considerável satisfação deste trabalho” (Chaplin, 1989, p. 187); “é uma das experiências mais excitantes do meu dia quando vejo clientes” (Fransella, 1989, p. 130); “encontro satisfação em «dar» aos meus clientes” (Heppner, 1989, p. 81); “um sentido profundo de privilégio” (Mahoney & Eiseman, 1989, p. 28); “dá-me um enorme interesse e satisfação” (Rowan, 1989, p. 164); “continuo a sentir-me não apenas sustentado mas positivamente alimentado pelo meu trabalho de psicoterapeuta” (Thorne, 1989, p. 64).

Ainda que seja muito encorajador e inspirador ler comentários de profissionais que têm encontrado no trabalho psicoterapêutico satisfação e realização pessoal, estes servem para documentar a experiência de apenas alguns terapeutas. Estes testemunhos fornecem pouca informação sobre a verdadeira incidência da satisfação com a profissão entre os psicoterapeutas. Contudo, alguns estudos empíricos têm recolhido as opiniões e atitudes de um vasto número de terapeutas no sentido de determinar em que medida a generalidade dos psicoterapeutas se sente tão satisfeita com a sua actividade profissional como os autores supracitados.

4.3.2.1 Incidência de satisfação profissional

Os resultados de vários estudos sugerem que na sua generalidade os psicoterapeutas estão relativamente satisfeitos com o seu trabalho. Por exemplo, Farber (1985) explorou as percepções de 314 psicólogos clínicos e descobriu que a quase totalidade (94%) se sentia gratificada e realizada com o seu trabalho, enquanto apenas 2% a 6% se consideraram muito afectados pelo stresse gerado no trabalho. Numa amostra de 179 psicólogos clínicos recentemente graduados, Walfish, Polifka e Stenmark (1985) encontraram uma taxa de 87% de clínicos que indicaram que escolheriam novamente a mesma profissão. Com a mesma amostra, oito anos depois, os resultados permaneceram estáveis com 89% a indicarem que continuariam a escolher a profissão de psicoterapeutas (Walfish, Moritz & Stenmark, 1991).

De forma similar, os resultados do trabalho empírico de Thoreson, Miller e Krauskopf (1989), que envolveu 379 psicólogos, revelaram que, em geral, estes profissionais gozavam de boa saúde e estavam satisfeitos com o seu trabalho: 86% afirmaram que o seu trabalho era frequentemente ou muito frequentemente interessante, e 89% que se sentiam necessários e úteis. Hershey, Kopplin e Cornell (1991), numa amostra de 105 psicólogos clínicos, encontraram apenas 2% de sujeitos ligeiramente descontentes com a sua carreira e nenhum se mostrou moderadamente ou muito descontente. Dos psicólogos clínicos entrevistados, 65% afirmaram que voltariam a escolher a mesma profissão se voltassem a viver as suas vidas novamente. Num estudo anterior a este, com uma população e características similares, Norcross, Prochaska e Gallagher (1989) haviam encontrado uma proporção de 12% de sujeitos ligeiramente, moderadamente ou muito descontentes com a sua profissão; e destes, 58% referiram que voltariam a escolher ser psicólogos se iniciassem novamente a sua vida. Numa amostra de 481 psicoterapeutas, Norcross, Prochaska e Farber (1993) descobriram, através de uma medida directa da satisfação profissional, que 89% dos sujeitos estavam satisfeitos com a sua profissão (47% estavam muito satisfeitos, 36% encontravam-se moderadamente satisfeitos e 6% estavam ligeiramente satisfeitos). Perante as perguntas: “qual a profissão que escolheria se pudesse viver a vida novamente (sabendo o que sabe agora)” e “qual a probabilidade de nos próximos cinco anos deixar de ser psicoterapeuta”, cerca de dois terços dos sujeitos (68%) respondeu que voltariam a escolher ser psicoterapeutas e mais de três quartos (87%) afirmaram que não era provável que deixassem de ser psicoterapeutas nos anos seguintes. Em 1997, Norcross, Karg e Prochaska encontraram apenas 9% da sua amostra de psicólogos clínicos de algum modo descontentes com a escolha da sua profissão. Numa amostra de 179 psicólogos clínicos a trabalhar em contexto privado, Walfish e Walraven (2005) descobriram que, se tivessem que escolher novamente, cerca de três quartos (73%) destes psicólogos voltaria a optar pela mesma profissão e uma percentagem ainda superior (85%) expressou algum nível de satisfação com o seu actual trabalho. Fagan, Ax, Liss, Resnick e Moody (2007) examinaram a satisfação de 497 psicoterapeutas (em vários níveis da sua carreira profissional) com a sua escolha profissional. Cerca de 80% dos sujeitos afirmaram que voltariam a escolher ser psicoterapeutas se lhes fosse dada nova oportunidade.

Também os psicólogos (terapeutas e investigadores) estudados por Radeke e Mahoney (2000) se mostraram, na generalidade, de boa saúde e satisfeitos com o seu

trabalho. Quando comparados com os investigadores, os terapeutas revelaram maior predisposição para se sentirem emocionalmente esgotados com o seu trabalho, mas, simultaneamente, mostraram-se mais satisfeitos com as suas vidas e demonstraram que o seu trabalho tem um maior impacto na sua vida pessoal. Kramen-Kahn e Hansen (1998) estudaram conjuntamente os riscos e as recompensas do trabalho terapêutico e encontraram igualmente uma amostra de psicoterapeutas muito mais satisfeita do que desiludida ou preocupada com a sua actividade profissional.

Na amostra de Gomes e Cruz (2004) verificou-se que cerca de 70% dos psicólogos se encontravam satisfeitos com a sua actividade profissional, apenas 25% revelaram desejo de abandonar a profissão nos anos seguintes e mais de 80% dos inquiridos voltariam a escolher o curso de psicologia. Estes resultados – que voltamos a relembrar não se referem a uma amostra de terapeutas mas de psicólogos – são bastante similares aos encontrados nos estudos anteriormente analisados.

De acordo com os resultados dos estudos revistos, e partindo do princípio de que estes reflectem uma tendência geral, parece razoável concluir que a larga maioria dos psicoterapeutas está satisfeita com a sua carreira, valorizando e respeitando o seu trabalho. Estes dados permitem, ainda, desmistificar a ideia de que os psicoterapeutas são uma classe perturbada e insatisfeita com a sua actividade profissional.

4.3.2.2. Factores que contribuem para a satisfação

No que respeita aos factores específicos que contribuem para este sentimento geral de contentamento, os dados da entrevista de Farber e Heifetz (1982) indicam que os psicoterapeutas retiram grande satisfação da sensação de que ajudaram os clientes a mudar, ao ganharem uma compreensão acrescida do comportamento humano e ao experienciarem um sentimento de envolvimento íntimo nas suas vidas. Ao compararem terapeutas mais e menos experientes, os terapeutas inexperientes mostraram derivar mais satisfação desta sensação de envolvimento íntimo. Estes dados, depois de serem submetidos a uma análise factorial, permitiram a identificação de fontes adicionais de gratificação dos psicoterapeutas (Farber & Heifetz, 1981). O prazer derivado da “promoção de desenvolvimento/crescimento” incluiu a satisfação resultante de um acréscimo de autoconhecimento, de autodesenvolvimento e de desenvolvimento do cliente. O segundo principal factor, “envolvimento íntimo”, incluiu satisfações relacionadas com a aprendizagem de detalhes íntimos, a aprendizagem acerca de vários

tipos de pessoas, a intimidade com clientes e o experienciar-se como socialmente útil. O terceiro factor, “eficácia venerada”, incluiu prazeres derivados do uso da perícia terapêutica, da “mística” de ser terapeuta, do estatuto da carreira profissional e do facto de ser valorizado pelos clientes. Num estudo posterior Farber (1985) identificou como factores do trabalho terapêutico que contribuem para a sensação de contentamento a sensação pessoal de ter experienciado adequadas recompensas emocionais, uma atmosfera de trabalho relaxada, sentimentos de eficiência e de realização, sensação de compromisso pessoal, oportunidades de desenvolvimento pessoal e sentimentos de competência pessoal. Farber (1985) acrescenta que uma maior experiência clínica parece contribuir para a redução da vulnerabilidade ao stress e às fontes de angústia associadas ao trabalho terapêutico.

Num mesmo sentido, factores relacionados com a promoção de crescimento nos clientes, a possibilidade de continuarem a aprender e a evoluir, o desafio, a diversidade de tarefas e a autonomia/independência profissional foram encontrados por Kramen-Kahn e Hansen (1998) como estando entre as principais recompensas da prática terapêutica expressas por 208 terapeutas analisados. No estudo de Walfish e Walraven (2005) com psicólogos clínicos, a principal dimensão da profissão promotora de satisfação foi o nível de sucesso, seguido de perto pela flexibilidade profissional, a estimulação intelectual e as relações com os colegas. O aspecto profissional com o qual os psicólogos clínicos se revelaram menos satisfeitos foi o seu salário.

Após uma cuidada e global revisão bibliográfica, Guy (1987) resume da seguinte forma os principais factores de satisfação da carreira de psicoterapeuta: independência profissional, recompensa monetária, variedade de experiências, reconhecimento e prestígio social, estimulação e desenvolvimento intelectual, satisfação e crescimento emocional, e enriquecimento e realização pessoal. Num outro exercício de revisão e síntese da literatura empírica sobre o tópico, Kottler (2003) salienta, de entre uma multiplicidade de motivos de satisfação deriváveis da prática, como os dez estímulos mais comuns ao trabalho dos terapeutas: o altruísmo (sentir que se teve um papel determinante na melhoria da qualidade de vida de outros), o *voyeurismo* (ter acesso à parte mais privada das vidas de outros), o desenvolvimento pessoal (o processo de aprendizagem contínua sobre os outros, sobre o próprio e sobre o mundo), a intimidade (a proximidade e o cuidado com os outros), o legado (sentir que se teve um impacto nos outros que vai fazer a diferença), o drama (partilhar as emoções dos outros e assistir à sua transformação), o poder (a sensação de saber coisas que os outros desejam saber e

de fazer coisas admiradas pelos outros), a curiosidade (seguir pistas, descobrir mistérios, resolver problemas e compreender como as coisas funcionam), a reflexão (o ser contemplativo, reflexivo e inquisidor) e a criatividade (colocar alternativas, inventar novos métodos de resolução de problemas).

Podemos por fim, afirmar que a maioria dos terapeutas gosta e respeita o seu trabalho, valorizando o desenvolvimento emocional e cognitivo que este promove (em si e nos outros), enquanto, simultaneamente, são úteis e estão próximos dos outros (Farber, 1985). A variedade de experiências proporcionadas pelos diferentes encontros interpessoais promovem uma sensação de satisfação e de realização na maioria dos psicoterapeutas. Embora nenhuma profissão esteja isenta de dificuldades e frustrações, a maioria dos psicoterapeutas parece ter encontrado uma profissão recompensadora e satisfatória. Certamente que para estes terapeutas os benefícios derivados da prática excedem as suas potenciais desvantagens.

4.3.2.3. Estratégias de prevenção da insatisfação e *burnout*

Não obstante o facto de a maioria dos psicoterapeutas se sentir satisfeito e realizado com o seu trabalho, não podemos descurar que o trabalho terapêutico está pejado de riscos: o isolamento, o embotamento afectivo, não se conseguir deixar de ser terapeuta... Mais: sendo esta uma profissão voltada para a promoção do bem-estar emocional nos outros, chega a ser irónico que se invista tão pouco em formas de reduzir ou eliminar as potenciais consequências negativas da prática clínica e, simultaneamente, em formas de aumentar o impacto positivo do trabalho na vida privada destes profissionais. Porém, na literatura é possível encontrar sugestões de alguns procedimentos que a implementar no campo da psicoterapia iriam ajudar os terapeutas a gerir as vantagens e desvantagens do trabalho terapêutico.

Uma destas sugestões de prevenção activa volta-se, desde logo, para a formação dos futuros psicoterapeutas, que deveriam ser alertados para os potenciais impactos negativos da prática terapêutica. Habitualmente, a formação incide nas infinitas potencialidades do processo terapêutico criando imensas expectativas de sucesso nos aspirantes a terapeutas, mas não os prepara para os inevitáveis desapontamentos (Day, 1994; Farber & Heifetz, 1982). Radeke e Mahoney (2000) defendem que as pessoas que desejam ingressar numa carreira psicoterapêutica deveriam ser avisadas da

probabilidade desta resultar em mudanças pessoais. Nas suas palavras, deveria ser-lhes comunicado que “o seu desenvolvimento pode ser acelerado, a sua vida emocional pode ser amplificada e que têm a probabilidade de se sentirem igualmente stressados e satisfeitos com o seu trabalho” (Radeke & Mahoney, 2000, p. 83).

Outro foco de mudança potencial sugere que se comece a falar abertamente do tema em congressos e em revistas da especialidade. Neste sentido, discutir os problemas comuns, as falhas, os medos, as dúvidas e as limitações, promoveria nos terapeutas a noção de que são falíveis e vulneráveis, facilitaria o conhecimento individual da saliência destas questões, ajudaria a desdramatizar o insucesso terapêutico e a aceitar as imperfeições como algo de intrínseco e inerente ao trabalho terapêutico (Farber & Heifetz, 1982).

Terapeutas menos constrangidos e mais informados tornar-se-iam terapeutas mais conscientes e motivados para tomarem a iniciativa de se envolver em actividades que lhes permita lidar com o stress, tais como (1) limitar o número de casos diários e semanais; (2) rodear-se de relações pessoais que forneçam apoio emocional (e.g., grupos de pares, nos quais os terapeutas podem partilhar abertamente as suas experiências e as estratégias para lidar com as dificuldades); (3) aumentar as competências clínicas, procurando supervisão, assistindo a conferências e *workshops* profissionais; (4) procurar apoio terapêutico pessoal quando necessário; (5) envolver-se em actividades prazerosas e de lazer (e.g., prática regular de exercício físico, estar com os amigos e com a família); (6) investir em actividades de interesse fora da esfera terapêutica que lhes permita sentirem-se competentes (e.g., dar aulas, fazer investigação); (7) gerir o tempo adequadamente, deixando espaços para actividades administrativas, preparação de sessões e supervisões, e, naturalmente, tempo para refeições e actividades de carácter pessoal; (8) combater a sensação de isolamento criando oportunidades para socializar com colegas de profissão; (9) organizar períodos de férias frequentes, mesmo se curtos, e regulares; e (10) criar condições de solidão e privacidade, tão necessárias quando se é frequentemente exposto a experiências de elevada carga emocional (Farber & Heifetz, 1982; Goldberg, 1986; Grosch & Olsen, 1994; Guy, 1987; Guy & Liaboe, 1986; Kottler, 2003; Raquepaw & Miller, 1989).

Dados empíricos comprovam que os terapeutas que mantêm elevado sentido de humor, dispõem de supervisão, participam em actividades de lazer, frequentam seminários de formação contínua, olham os problemas dos terapeutas como interessantes e dispõem de apoio interpessoal percebem menos stress e mais

recompensas no seu trabalho (Kramen-Kahn & Hansen, 1998). Deste modo, a ténue membrana de separação entre a vida pessoal e a vida profissional do psicoterapeuta deve ser conscientemente considerada e vigiada pelo próprio terapeuta que, só assim pode, de forma proactiva, prevenir, identificar e remediar as interferências problemáticas quando estas emergem.

A decisão de se tornar e de permanecer psicoterapeuta afigura-se como um exigente desafio pessoal. Mais do que a ocupação de um papel profissional, estritamente definido através de um conjunto de assunções teóricas e de práticas específicas, “ser psicoterapeuta” assume a dimensão de um compromisso com uma tarefa de crescimento pessoal para toda a vida e de desenvolvimento contínuo do próprio e dos outros. O facto de a pessoa do terapeuta ser simultaneamente o seu principal instrumento de trabalho (Aveline, 2005; Guy, 1987; Will, 1979), de se tratar de uma profissão de ajuda a outras pessoas relativamente a problemas de vida que afectam todos os seres humanos, de ser muito difícil ou mesmo impossível restringir as percepções e competências clínicas ao consultório, são algumas das características que fazem desta uma profissão muito peculiar. Aspectos como estes potenciam a interferência da vida profissional nas dimensões mais privadas da vida dos psicoterapeutas. Os estudos dedicados à compreensão da influência da actividade de psicoterapeuta no funcionamento pessoal do terapeuta têm gerado dois tipos principais de resultados: alguns estudos tendem a suportar a perspectiva de que este papel pode ter repercussões pessoais positivas, enquanto outros dão conta de alguns riscos e de consequências negativas desta actividade na vida pessoal do terapeuta.

Ao ingressar na carreira psicoterapêutica, os aspirantes a terapeutas parecem movidos pelas expectativas de que esta é uma actividade de serviço aos outros profundamente compensadora, que confere imensa realização pessoal, autonomia, estatuto elevado, compensações financeiras e oportunidades ímpares de crescimento pessoal (Guy, 1987). A maioria dos terapeutas parece, de facto, experienciar a sua profissão como sendo simplesmente satisfatória. Porém, para alguns ser psicoterapeuta é difícil, pouco recompensador e um campo de potenciais tensões pessoais e profissionais. Para todos, o ser psicoterapeuta requer uma estreita, estimulante, mas, simultaneamente, arriscada proximidade entre a vida profissional e as áreas mais privadas da vida, que necessita de ser continuamente monitorizada, de modo a que as mútuas e inevitáveis interferências não escapem ao controlo do próprio terapeuta.

5. Conclusão

Ser psicoterapeuta envolve uma peculiar associação entre o papel profissional e a vida pessoal. Uma quantidade substancial de investigação parece apoiar que “quem o psicoterapeuta é” – a pessoa – é um importante componente do processo terapêutico. Uma longa tradição de estudos sobre o impacto do terapeuta na eficácia/eficiência da psicoterapia tende a suportar a ideia de que as dimensões pessoais do terapeuta influenciam, de alguma forma, a capacidade para desempenhar eficazmente a actividade terapêutica. Uma outra linha de estudos, bem menos investida, tem contemplado a relação entre a psicoterapia e o funcionamento pessoal do terapeuta de uma perspectiva inversa, isto é, pela procura da influência da actividade terapêutica nas dimensões pessoais da vida daquele que a exerce. Os resultados sugerem que a vida privada do terapeuta é afectada muitas vezes e de forma significativa pela prática terapêutica, numa profusão de formas possíveis. Em alguns casos, o impacto é positivo e promove o desenvolvimento, enquanto noutros, as consequências da prática psicoterapêutica parecem ser mais negativas e destrutivas.

Qualquer uma destas duas principais áreas de pesquisa sobre o psicoterapeuta tem abordado as relações entre o papel e a pessoa de uma perspectiva unidireccional. Porém, parece agora mais claro que, na maior parte dos casos, as características específicas da prática terapêutica e as dinâmicas pessoais do terapeuta exercem os seus efeitos de forma mútua e interactiva. Parece afinal, que aquilo que o terapeuta *leva para* e *retira do* encontro terapêutico determina, não só o resultado da relação de influência e ajuda que é a terapia como o significado deste processo para o próprio psicoterapeuta.

Capítulo II – A questão da identidade pessoal de uma perspectiva dialógica

“Vivem em nós inúmeros;
Se penso ou sinto, ignoro
Quem é que pensa ou sente.
Sou somente o lugar
Onde se sente ou pensa.

Tenho mais almas que uma.
Há mais eus do que eu mesmo.
Existo todavia
Indiferente a todos.
Faço-os calar: eu falo.

Os impulsos cruzados
Do que sinto ou não sinto
Disputam em quem sou.
Ignoro-os. Nada ditam
A quem me sei: eu 'screvo.”

(Pessoa, 1986, p. 859)

1. Introdução

O processo de construção e reconstrução de significado está no centro de qualquer análise da identidade pessoal e do seu desenvolvimento. Os sistemas humanos (e.g., indivíduos, grupos, comunidades, sociedades) procuram activa e continuamente significados para a sua acção e lugar no mundo. A incessante necessidade de compreender o mundo – característica da espécie humana –, está na origem da enorme variedade de produções culturais. Quer isto dizer, que atribuir significado à experiência, mais do que representar a “realidade”, é uma construção relacional em que, por meio da linguagem, esta passa a ser inteligível para o próprio e para os outros. A linguagem é, assim, a acção conjunta através da qual as pessoas criam e experienciam o significado da sua realidade social e psicológica (Botella, 2001). Neste sentido, vários autores (e.g., Botella, 2001; Hermans, 2003; Ho, Chan, Peng & Ng, 2001; Josephs & Valsiner, 1998; Salgado & Gonçalves, 2007; Valsiner, 2004) defendem que a unidade mínima de conceptualização psicológica seja não a pessoa enquanto entidade isolada mas a *pessoa-em-relação*, salientando, deste modo, as suas propriedades comunicacionais, relacionais e dinâmicas.

Ao longo das últimas duas décadas, Hubert Hermans, com uma vasta equipa de colaboradores e através da contribuição de inúmeros autores, tem liderado o desenvolvimento de um conjunto de teorias narrativo-dialógicas com o propósito de compreender e estudar os processos humanos de construção de significado, nomeadamente a teoria da valoração e a teoria do *self*¹⁵ dialógico. Estas teorias consubstanciam o campo teórico a partir do qual desenvolvemos o nosso trabalho de investigação e são o foco deste capítulo.

De forma resumida, neste capítulo exploramos como a ênfase nos processos relacionais e a centralidade do diálogo promovidas por estas teorias podem contribuir para a compreensão e estudo dos processos envolvidos na construção de significado do papel profissional de psicoterapeuta.

2. Teoria da valoração

“A vida não é a que cada um viveu, mas a que recorda
e como a recorda para contá-la”

(Gabriel Garcia Márquez, 2002, p. 7)

A teoria da valoração começou a ser desenvolvida por Hubert Hermans (1987a, 1991, 1995, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) na década de 70 como uma abordagem aos processos envolvidos na construção de significado para a existência humana. De forma genérica, esta teoria visa o estudo das experiências individuais, da sua organização num sistema de significado e do desenvolvimento deste sistema no tempo e no espaço.

Ao longo do tempo, a própria teoria da valoração tem sido reescrita de forma a acompanhar o desenvolvimento conceptual de outros sistemas teóricos. Numa leitura pessoal das reformulações de que esta teoria tem sido alvo, parece-nos possível identificar três principais fases ou estádios de evolução. Assim, após uma formulação inicial, desenvolvida em torno do conceito dinâmico de valoração e da noção de identidade pessoal enquanto processo organizado de valorações, é possível encontrar uma segunda versão reelaborada em torno dos conceitos narrativos de história e acto de

¹⁵ Neste trabalho, optámos por utilizar de forma equivalente os termos e expressões: *self*, identidade (pessoal), noção de identidade (pessoal) e sentido de identidade (pessoal). Em português, o termo *self* encontra tradução na expressão “sentido de si” ou “si mesmo”, mas a tradução portuguesa é pouco usada na terminologia psicológica.

narrar, e na qual é introduzida a metáfora da pessoa como narradora motivada de histórias. Mais recentemente, o esforço para integrar na teoria da valoração contribuições derivadas do modelo do *self* dialógico, corresponde ao início de uma terceira fase no desenvolvimento desta teoria.

Na apresentação da teoria da valoração, estes três momentos serão por nós distintamente caracterizados.

A par dos desenvolvimentos teóricos em torno da concepção motivacional dos processos de significação humana, Hermans e colaboradores (Hermans, 1987a, 1987b, 1988, 1991; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) procuraram elaborar um método que permitisse a análise idiográfica dos mesmos. Deste modo, a um nível metodológico, um procedimento de auto-investigação, designado método de autoconfrontação, foi elaborado com o propósito de aceder ao conteúdo e à organização dos significados pessoais enfatizando a sua base afectivo-motivacional. Esta metodologia foi por nós parcialmente utilizada na componente empírica deste trabalho, pelo que o seu enquadramento teórico nos merece particular atenção.

2.1. A identidade como um sistema organizado de valorações: Uma primeira versão

Na génese da teoria da valoração está a perspectiva da identidade como um “processo organizado” de significados pessoais, inspirada no pensamento fenomenológico de William James e de Merleau-Ponty (Hermans, 1987a, 1991). O aspecto “processual” remete para as qualidades históricas e temporais da experiência pessoal, enquanto a dimensão “organizacional” enfatiza a forma única através da qual cada pessoa ordena as suas experiências de vida num todo coerente e significativo. Deste modo, naquela que pode ser considerada a primeira versão da teoria da valoração (Hermans, 1987a, 1987b 1988, 1991; Hermans, Fiddelaers, Groot & Nauta, 1990), o sentido de identidade pessoal surge como um conjunto de acontecimentos históricos estruturados num todo dinâmico.

O termo *valoração* é proposto como o conceito de partida para o desenvolvimento da teoria e, por definição, refere-se, simultaneamente, ao processo activo de construção de significado e ao seu produto. Hermans (1997a) explicita que a origem deste conceito se situa na intercepção dinâmica dos dois componentes da

identidade descritos por James (1890; cit. Hermans, 1987a): o Eu (*I*) e o Mim (*Me*). Para James, o Eu (*I*) corresponderá ao sujeito, ou seja, à parte conotada com a capacidade de interpretar e organizar as experiências; e o Mim (*Me*) será o objecto ou o resultado desse processo de interpretação e de estruturação. Assim, o Mim (*Me*) consistirá num conjunto de diferentes elementos objectificados que a pessoa associa a si própria. Tendo por base esta dualidade clássica, Hermans (1987a, 1991) concebe a valoração como o processo através do qual o sujeito conhece (i.e., significa) o objecto e, simultaneamente, como o “objecto” que daí resulta (i.e., o significado).

Em termos operacionais, uma valoração pode corresponder a “qualquer coisa” que a pessoa, ao reflectir sobre si, reconheça como significativa na sua experiência pessoal. Neste sentido, uma valoração pode resultar de “uma memória querida, um problema difícil, uma pessoa amada, um objectivo relevante, um ideal inalcançável, um sonho perturbante, ou uma conversa influente com um amigo” (Hermans, 1987a, p. 10). Parece assim claro que todas as experiências relevantes na vida de um indivíduo podem ser representadas como valorações, que são, no fundo, as suas construções subjectivas do mundo.

2.1.1. Dimensão espaço-temporal do processo de valoração

A dimensão processual da teoria da valoração, ao enfatizar a natureza histórica da experiência humana e a sua orientação espaço-temporal, pressupõe que, apesar de a pessoa viver no presente, esta se pode dirigir para o passado e para o futuro da posição específica que ocupa no espaço – *o aqui* – e no tempo – *o agora*. Dito de um outro modo, nesta concepção as vivências não são entendidas como factos nem como tendo acoplado um significado pré-determinado, mas antes, o significado de um acontecimento de vida emerge da interpretação pessoal do mesmo por comparação a outros acontecimentos precedentes e antecipados (Hermans, 1987a, 1997b, 1988, 1991).

2.1.2. O sistema estruturado de valorações

A revisitação do passado e a elaboração de projectos para o futuro a partir do confronto com as vivências do instante presente leva à emergência de diferentes valorações (i.e., diferentes “unidades de significado”); sendo que estas operações residem numa actividade processual de coordenação que selecciona, interpreta e

organiza a experiência num todo. A teoria da valoração postula que é a actividade de auto-reflexão que permite à pessoa coordenar as várias valorações e estruturá-las num todo coerente e significativo. Ao longo deste processo, através do qual a experiência é subjectivamente organizada, há determinados acontecimentos que vão sendo destacados em prejuízo de outros (Hermans, 1987a, 1991).

Dado o fluxo irreversível da experiência, a orientação espaço-temporal da pessoa sofre continuamente alterações e conseqüentemente o seu sistema de valorações. Hermans (1987a, 1988, 1991) afirma que em momentos diferentes do tempo e dependendo da interacção da pessoa com a situação, diferentes valorações podem emergir, outras podem ser modificadas ou substituídas, enquanto há ainda a possibilidade de algumas valorações perderem a sua relevância e serem até excluídas do sistema. Do mesmo modo, há valorações que podem permanecer imutáveis.

Percebe-se, assim, que a teoria da valoração defende que, na actividade de construção de significado, há um processo que confere um valor particular a cada experiência e que o sistema de significados pessoais se encontra permanentemente aberto e inacabado.

2.1.3. Afectos e motivos na valoração

Uma das assunções primordiais desta teoria é a de que cada uma destas unidades de significado (ou valorações) tem implícita uma componente afectiva. Isto significa que as experiências que se destacam de entre as vivências pessoais, destacam-se porque têm um valor emocional para a pessoa (i.e., quando as pessoas valoram uma experiência elas *sentem* algo relativamente a essa experiência) que pode ser positivo (agradável), negativo (desagradável) ou ambivalente (tão agradável como desagradável).

Na elaboração conceptual de Hermans (1987a, 1988) cada valoração tem intrinsecamente associado a si um conjunto de sentimentos, representados num padrão específico de afectos. Estes afectos e a sua combinação funcionam como indicadores capazes de comunicar aspectos relevantes da valoração (e conseqüentemente de todo o sistema), nem sempre explícitos ou manifestos (Hermans, 1987a, 1991). Neste sentido, e como propõem van Geel e De Mey (2003, p. 1834) no seio da teoria da valoração, os afectos “podem ser vistos como um misto de sentimentos, emoções, traços e estilos interpessoais”.

De forma a salientar algumas diferenças no domínio afectivo do sistema de valorações, Hermans (1987a, 1987b, 1988, 1991) distingue teoricamente dois níveis de análise: o nível latente e o nível manifesto. A um *nível manifesto* as pessoas, ao reflectirem sobre as suas experiências diárias, podem formular um grande número de valorações, relativas a um vasto conjunto de aspectos. Cada pessoa tem, a este nível, o seu conjunto de valorações, distinto do de outras pessoas, que vai sofrendo alterações ao longo do tempo. Contudo, e apesar desta variedade fenomenológica, a teoria defende que ao *nível latente* as valorações são influenciadas por um número reduzido de motivos psicológicos, iguais para todas as pessoas e constantes ao longo do tempo, que se reflectem na componente afectiva do sistema de valorações (ou nível manifesto)¹⁶. O estudo da componente afectiva pode, então, revelar qual o motivo que se encontra activo numa determinada valoração e no sistema de valorações como um todo.

De forma mais precisa, Hermans (1987a, 1988, 1991) postula a existência de dois motivos básicos subjacentes à experiência humana: a procura de auto-realização ou motivo S (i.e., um foco no próprio e na separação dos outros), e a procura de contacto e união com os outros ou motivo O (i.e., um foco nos outros e na intenção de estabelecer relações interpessoais). Hermans (1991) baseia este seu entendimento da motivação humana noutras concepções dualistas onde estas tendências surgem sob os conceitos de: autonomia (ou autodeterminação) e homonomia (ou auto-rendição) de Angyal (1965; cit. Hermans, 1991); agência (*agency*) e comunhão de Bakan (1966; cit. Hermans, 1991); solidificação e dissolução de Klages (1948; cit. Hermans, 1991); ou poder e intimidade de McAdams (1985; cit. Hermans, 1991) – para citar alguns exemplos (cf. Hermans & Hermans-Jansen, 1995; para uma revisão mais extensa da literatura sobre esta dualidade da motivação humana).

No âmbito da teoria da valoração, estes dois motivos básicos são vistos como compatíveis e mutuamente complementares, o que não impede que, em determinados momentos e sob certas circunstâncias culturais e individuais, um destes motivos não possa dominar o outro. Em termos funcionais, ambos os motivos ou tendências operam como orientações básicas da pessoa na procura de bem-estar.

Na organização afectiva do sistema de valorações nem todas as valorações adquirem a mesma importância num determinado momento, havendo algumas com uma

¹⁶ A distinção na modalidade afectiva da valoração de dois níveis de funcionamento – o latente e o manifesto – corresponde a um esforço para enquadrar conceptualmente o estudo do significado pessoal numa perspectiva que aproxima o geral (análise nomotética) e o particular (análise idiográfica). Neste caso, os motivos básicos correspondem aos aspectos gerais, na medida em que se consideram operativos na generalidade das pessoas; enquanto as valorações e o seu conjunto característico de afectos, se referem aos significados das experiências pessoais e são considerados manifestações individuais (Hermans, 1988).

influência preponderante (Hermans, 1987a). Este princípio pode ser facilmente compreendido se tomarmos como exemplo uma pessoa que se encontra a viver um grave problema de saúde. É natural que os afectos associados a esta situação-problema determinem com maior intensidade a forma como de um modo geral a pessoa se sente durante esse período, do que os afectos associados, por exemplo, a contactos positivos com amigos. A noção de generalização reflecte, precisamente, esta influência diferencial que a componente afectiva de algumas valorações exerce na forma como a pessoa geralmente se sente. Neste sentido, quanto maior o grau de generalização de uma valoração no sistema, maior será a sua influência na forma como a pessoa geralmente se sente. O conceito de generalização apela ainda à natureza altamente dinâmica da organização do sistema de valorações: dependendo do fluxo experiencial e da localização da pessoa no espaço e no tempo, as valorações muito generalizadas num determinado período da vida da pessoa podem perder a sua influência generalizada no momento seguinte (mesmo podendo continuar a ser parte integrante do sistema de valorações) (Hermans, 1987a).

Próximo dos motivos psicológicos básicos encontra-se a noção de bem-estar, que corresponde à diferença entre afectos positivos e negativos (Hermans, 1991). A explicação subjacente é a de que as pessoas estão intencionalmente orientadas para o mundo, mas na satisfação dos seus motivos básicos deparam-se, por vezes, com obstáculos que as impedem ou que dificultam a obtenção das suas metas, o que resulta em sentimentos negativos. Pelo contrário, quando as pessoas conseguem ultrapassar as dificuldades e atingir o objectivo a que se propuseram, são recompensadas com sentimentos positivos. Deste modo, cada valoração tem associado um conjunto de afectos positivos e negativos, cuja ênfase num destes dois tipos de afecto nos informa sobre o grau em que os motivos básicos são ou não gratificados.

2.2. A metáfora do narrador motivado de histórias: A versão narrativa

Aquela que se nos afigura como a segunda formulação da teoria da valoração, encontra na obra *Self-Narratives: The Construction of Meaning in Psychotherapy* (Hermans & Hermans-Jansen, 1995) o seu expoente máximo. Nesta versão, o modo como as pessoas constroem significado para as suas vidas é alegoricamente representado pela imagem da pessoa como “narradora motivada de histórias” (Hermans, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Hermans, sob a influência das perspectivas

narrativas de Jerome Bruner (1986, 1990) e de Theodore Sarbin (1986), adota nesta reformulação a história autobiográfica como metáfora de base da identidade e, deste modo, inscreve definitivamente a teoria da valoração na abordagem narrativa da psicologia (e.g., Bruner, 1986; Gergen & Gergen, 1988; M. Gonçalves & O. Gonçalves, 2001; O. Gonçalves, 2000; Hermans & Kempen, 1993; McAdams, 1993; Sarbin, 1986), segundo a qual o sentido para a existência humana resulta da elaboração de narrativas que, provisoriamente, estabilizam ou ordenam a nossa realidade.

De um modo geral e sintético, esta versão parte do pressuposto de que as pessoas dão significado às suas experiências de vida através da narração, para si e para os outros, de histórias. Ora, à medida que a história autobiográfica vai sendo narrada, há acontecimentos particulares do passado, do presente e do futuro que se salientam pelo seu carácter positivo, negativo ou ambivalente, e que funcionam como “elementos narrativos” (i.e., unidades de significado ou valorações). Simultaneamente, estes elementos narrativos – enquanto partes da história – vão sendo ordenados numa estrutura que dependendo da localização da pessoa no espaço relacional, vai sendo modificada ao longo do tempo. Hermans e Hermans-Jansen (1995) sugerem que a construção e a reconstrução da autobiografia (representando o nível manifesto de autofuncionamento) são constrangidas, a um nível latente, pelos dois motivos já referidos (desejo de contacto e de autovalorização)

A metáfora do narrador motivado de histórias coordena-se com o conceito central inicial desta teoria – i.e., valoração. Neste âmbito, as valorações correspondem a elementos narrativos que reflectem experiências importantes do passado, presente ou futuro e que, por isso, se destacam no processo de narração da história pessoal.

Inicialmente, Hermans (1987a) situou a origem do conceito de valoração na distinção de James entre Eu (*I*) e Mim (*Me*). Posteriormente, o parafraseamento destes constructos em termos narrativos operado por Sarbin (1986) permitiu uma reelaboração do próprio conceito de valoração, enquanto processo activo de construção de significado. Nesta reconfiguração, o Eu (*I*), convertido em “autor”, pode ser perspectivado como o narrador de uma história que tem o Mim (*Me*), enquanto “personagem” como seu protagonista. De acordo com esta perspectiva, o Eu (*I*) autor tem a capacidade de reconstruir o passado e imaginar o futuro em torno de si próprio como personagem (*Me*).

2.2.1. A contextualização da narrativa autobiográfica

O pressuposto de que a narrativa pessoal depende do contexto (Hermans & Hermans-Jansen, 1995) pode ser facilmente compreendido se se pensar que as pessoas contam, pelo menos em determinada medida, diferentes histórias acerca de si a diferentes pessoas (e a si próprias) e em diferentes situações. Deste ponto de vista, os episódios de vida assumem um carácter histórico, pois o seu verdadeiro significado emerge da localização da pessoa num momento específico da sua trajectória de vida e no espaço relacional da sua ocorrência. Cada pessoa situada no presente (como momento específico do tempo e do espaço), compõe a sua história pela articulação das ocorrências imediatas com as memórias do passado e com os seus projectos para o futuro. Ou seja, as pessoas para além de se orientarem para diferentes aspectos da sua situação, articulam as experiências com o momento e o contexto da sua ocorrência e assim vão tecendo uma história, a sua história de vida.

A natureza contextualizada da autonarrativa enfatiza o seu carácter inacabado e temporário: porque o tempo decorre num fluxo irreversível, as experiências e o contexto modificam-se, modificando-se também a narrativa construída sobre os mesmos. Deste modo, a pessoa (e o seu autoconhecimento), mais do que matéria de descoberta fixa e imutável, constitui-se como uma história que vai sendo narrada (Hermans, 1995; Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

2.2.2. A narrativa autobiográfica enquanto processo organizado de valorações

Ao confrontarem-se com diferentes acontecimentos e situações as pessoas desenvolvem um vasto conjunto de valorações, que necessitam de ser ordenadas num conjunto manejável de significados. No âmbito da metáfora narrativa (Hermans, 1995, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995), o conceito de auto-reflexão (tido já anteriormente como o processo responsável pela organização das valorações) encontra-se próximo do de narrar. Por outras palavras, desta perspectiva é ao narrar os acontecimentos de vida (para si próprio ou para os outros) que a pessoa reflecte sobre si mesma, organizando as diferentes valorações (referentes ao passado, ao presente e ao futuro) numa história pessoal. Ao longo deste processo narrativo, novos acontecimentos e mudanças na situação levam à emergência de novas valorações, que requerem a reorganização da história pessoal como um todo (i.e., um acontecimento do presente

pode alterar a autonarrativa do presente, mas pode também alterar a parte da autonarrativa referente ao futuro ou mesmo ao passado).

2.2.3. Afectos e motivos na narrativa autobiográfica

As pessoas não são simples narradoras de histórias, mas antes narradoras de histórias com as quais se encontram afectivamente envolvidas (Hermans, 2001a). Dito de um outro modo, as pessoas ao contarem coisas sobre si próprias seleccionam e enfatizam determinados acontecimentos que têm para si um significado particular ou que são mais apelativos do ponto de vista emocional. O que implica pensar que uma série de outras experiências, sem um significado afectivo específico, não são seleccionadas para o processo narrativo (Hermans, 1995, 1999; Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

Porém, pode perguntar-se: por que é que determinados acontecimentos evocam mais afecto do que outros? Hermans (1999) baseia a resposta no carácter motivado do narrador: os acontecimentos ganham o seu valor afectivo quando certos motivos básicos são satisfeitos ou frustrados no seu encontro com o mundo. Deste modo, as pessoas, enquanto contadoras de histórias, não só se envolvem afectivamente nas mesmas, como as constroem por entre acontecimentos que são relevantes para os motivos básicos que as orientam para si (motivo S) e para os outros (motivo O). O mesmo será dizer que a narração de uma história pessoal não procede pela reacção a estímulos, mas é antes orientada pela realização de propósitos e objectivos que envolvem o narrador num processo contínuo de construção de significado. Neste âmbito, Hermans e Hermans-Jansen (1995) afirmam que estes propósitos e objectivos presidem à história como organizadores temáticos do enredo da mesma e, como tal, do próprio comportamento da pessoa no mundo. É o tema que marca a motivação do autor e dos actores da história, funcionando como critério de selecção das experiências relevantes a integrar na narrativa autobiográfica, conferindo coerência e direcção a acontecimentos que, de outro modo, permaneceriam esparsos no espaço e no tempo.

Hermans e Hermans-Jansen (1995) identificaram, através de uma análise histórica, em todas as culturas e em diferentes momentos, dois temas básicos nas histórias colectivas – o heroísmo e o amor – que fazem corresponder aos motivos psicológicos das pessoas individuais: a procura de autovalorização (ou motivo S) e o desejo de contacto e união (ou motivo O), respectivamente. O facto deste tipo de

histórias se encontrar numa grande variedade de culturas, em todas as partes do mundo e em diferentes períodos históricos, reforça – segundo Hermans e Hermans-Jansen (1995) – a ideia de que os dois motivos básicos coexistem como dois princípios universais, intemporais, opostos e necessários com os quais as pessoas convivem na sua procura de bem-estar. Novamente se assume que estes dois motivos básicos, marcados culturalmente, funcionam a um nível latente e se manifestam na componente afectiva das valorações.

Assim se compreende que seja possível contar histórias diferentes em função da passagem do tempo, da mudança da situação e, mais especificamente, da natureza do encontro com os outros significativos, com base num número limitado de motivos básicos culturalmente disponibilizados aos indivíduos.

2.3. A metáfora da novela polifónica: A elaboração dialógica da teoria da valoração

A publicação do artigo *The dialogical self: Beyond individualism and rationalism* (Hermans, Kempen & van Loon, 1992), no qual foi introduzida a noção dialógica e multivocal de identidade pessoal – que analisaremos detalhadamente no ponto seguinte deste capítulo –, marca o início de uma nova fase no desenvolvimento da teoria da valoração. De então para cá, Hermans e colaboradores (Hermans, 2001a; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) têm vindo progressivamente a reformular a teoria da valoração no sentido de a alinhar com a metáfora dialógica da novela polifónica (Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992). Ainda que as duas abordagens sejam inteiramente compatíveis e complementares (i.e., ambas incidem nos processos de construção de significado, enfatizando a linguagem e a narrativa como componentes básicos), a perspectiva dialógica veio expandir a formulação narrativa da teoria da valoração.

Numa compreensão dialógica, a identidade pessoal e a construção de significado assumem um carácter não só multifacetado e narrativo, mas também plurivocal e dialógico. Neste âmbito, a metáfora da polifonia – adoptada para caracterizar a natureza das histórias autobiográficas – pressupõe que a construção narrativa da identidade opera através de um conjunto de vozes (multivocalidade) articuladas entre si (dialogicalidade).

Vejamos de que modo esta metáfora e o quadro teórico no qual reside contribuem para o aprofundar da teoria da valoração.

2.3.1. Multivocalidade

A metáfora identitária da novela polifónica veio ampliar as concepções do Eu (*I*) como sujeito ou autor e do Mim (*Me*) como objecto ou personagem, presentes em versões anteriores da teoria da valoração. Nestas, postulava-se que um autor singular tinha a capacidade de narrar uma história (sob a forma de diferentes valorações) tendo o próprio como figura narrativa, articulando passado e futuro, com as experiências actuais a partir de uma posição específica no tempo e no espaço (o presente).

Numa construção polifónica deixa de se conceber a existência de um único autor e personagem, para passarem a existir vários autores encarnados na pele de outros tantos personagens, dotados de voz própria, coexistentes no tempo e localizados em planos distintos, capazes de expressar simultaneamente diferentes perspectivas sobre uma mesma ocorrência (Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992). À luz da metáfora da novela polifónica, a identidade pessoal surge como um espaço imaginário habitado por uma multiplicidade de autores e a tarefa identitária passa a estar centrada não na construção de uma, mas de várias narrativas acerca do próprio e do mundo, a partir de posições narrativas diferentes (e, por vezes, até opostas).

Nos termos da teoria da valoração podemos dizer que a pessoa, enquanto narradora motivada de histórias, tem a possibilidade de mudar de posição, de assumir vozes diferentes e de contar histórias distintas – em termos de valorações – mesmo que sobre um mesmo tema, mesmo que sobre um mesmo instante do projecto de vida pessoal. A partir destas posições diferenciadas e vocalizadas, a pessoa pode reflectir sobre as experiências do passado, do presente e fazer planos para o futuro, criando múltiplos sistemas de valorações (Hermans, 2001a).

2.3.2. Dialogicalidade

Uma outra ideia central, decorrente da imagem figurativa do desdobramento polifónico do autor no espaço é a de que as diferentes vozes podem dialogar entre si e assim influenciarem-se mutuamente, como se fossem personagens distintas de uma mesma história (Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992). Isto

pressupõe que as pessoas ao contarem os seus acontecimentos de vida reflectem sobre si mesmas (no sentido em que eu penso algo acerca de mim), mas simultaneamente têm em consideração a posição de quem as ouve (no sentido em que eu te conto algo sobre mim). Deste ponto de vista, o conteúdo do que é narrado depende da relação na qual o narrador está envolvido. Ou, de um outro modo, a pessoa ao contar a sua história (ou partes dela) tem em mente um interlocutor (real ou imaginário, externo ou internalizado) ao qual se dirige e esta relação marca o significado específico das histórias a serem contadas.

Deste modo se enfatiza, que é pelo diálogo consigo mesma e com os outros que a pessoa vai identificando, seleccionando e integrando na sua narrativa autobiográfica os aspectos considerados como mais significativos para a compreensão da mesma (Hermans, 2001a). Uma ideia que Salgado (2003, p. 315) sintetiza ao afirmar que “a elaboração de uma narrativa pessoal significativa é concebida como acto simultaneamente pessoal e relacional: tornar uma vida inteligível será dirigi-la também a um outro”.

Na terminologia da teoria da valoração podemos dizer que as valorações construídas a partir da perspectiva particular de cada posição podem ser consideradas elocuições na medida em que podem ser trocadas com as valorações de outras posições. Neste sentido, as diferentes posições têm a capacidade de influenciar as valorações de outras posições de uma forma dialógica.

Em suma, o carácter multivocal da identidade e a possibilidade de relações dialógicas entre as suas subpartes complexificaram a teoria da valoração. Supõe-se, desta nova perspectiva, que a pessoa enquanto construtora activa de significado para a sua experiência (i.e., de valorações) o faz a partir de uma multiplicidade de posições narrativas (i.e., cada uma com o seu próprio sistema de valorações) que, posicionadas espacialmente umas perante as outras, interagem dialogicamente entre si (concordam e discordam, questionam e respondem), criando uma narrativa autobiográfica mais complexa.

2.4. Método de autoconfrontação (MAC): A auto-investigação dos significados pessoais

O método de autoconfrontação de Hermans (1987a, 1987b, 1991, 1999; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) é um instrumento de natureza idiográfica enraizado na teoria da valoração. Partindo da formulação teórica da identidade como um sistema organizado de valorações, Hermans desenvolveu este método para estudar as relações entre valorações e afectos, a sua organização num todo estruturado e a evolução desta estrutura ao longo do tempo.

O MAC funciona como uma plataforma de diálogo entre duas pessoas, em que uma – habitualmente o psicólogo – convida a outra – considerada co-investigadora – a analisar, não só o conteúdo e a estrutura do seu sistema de significados pessoais, mas também a sua base motivacional latente. A natureza colaborativa do processo de auto-investigação é uma das peculiaridades deste método. Hermans (1999) defende que o MAC, ao recrutar o cliente como co-investigador na pesquisa psicológica, o desafia para um papel mais activo na relação terapêutica – estruturada como um diálogo – e lhe reconhece a perícia de quem conhece melhor do que ninguém as características das suas experiências de vida. Deste modo, a relação terá a forma de uma troca intersubjectiva, em que as duas partes envolvidas cooperam a partir das suas perspectivas particulares para o processo de investigação psicológica. Mais concretamente, a contribuição do cliente – enquanto representante da sua história e experiência *específicas* – passa por uma profunda auto-reflexão e pela formulação dos significados pessoais sob a forma de valorações; enquanto, por sua vez, ao terapeuta – detentor de um conhecimento teórico, conceptual e metodológico *geral* – compete proporcionar a estrutura que orienta esta auto-reflexão e promove a auto-exploração. Assim, cliente e terapeuta partilham o seu conhecimento particular e juntos constroem, através de instrumentos conceptuais, a realidade à qual respondem (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

O MAC, enquanto abordagem construtivista, destaca-se das abordagens mais tradicionais da psicologia pelo facto de permitir não só a avaliação do sistema de significados pessoais, mas também gerar mudanças no mesmo (Hermans, 1987a, 1987b, 1988, 1991, 1993; Hermans & Hermans-Jansen, 1995). A interacção dialógica entre psicólogo e participante resulta numa visão global do sistema, uma visão em que as valorações do passado, presente e futuro são reunidas de modo a que novas relações, até

então desconhecidas, se tornam visíveis – podendo, assim, apoiar-se a criação de uma perspectiva autobiográfica alternativa (i.e., uma nova versão da história pessoal) (Hermans, 1995; Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Numa aplicação terapêutica, o MAC permite, assim, situar a discussão em torno de um problema no contexto de desenvolvimento das experiências de vida da pessoa, onde afinal esse problema adquire o seu significado, procurando contribuir para a sua mudança.

Em termos procedimentais, o MAC é composto por duas partes principais. Uma primeira, consiste na construção das valorações, evocadas a partir de um conjunto de questões abertas em que a pessoa é convidada a reflectir, da perspectiva da sua actual situação, sobre o seu passado, presente e futuro. A segunda parte do método, realizada imediatamente após a formulação frásica das valorações, consiste na classificação de cada uma das valorações (aspectos particulares elaborados pela pessoa) usando uma lista padronizada de termos afectivos (aspectos gerais fornecidos pelo terapeuta). Usualmente, o método contempla ainda uma terceira fase (nomeadamente, quando utilizado com fins terapêuticos), na qual os resultados da auto-investigação são apresentados e discutidos com a pessoa. O objectivo desta discussão passa por estimular a auto-reflexão, a auto-exploração e o autoconhecimento o que, em termos terapêuticos, culmina, por vezes, na reorganização do próprio sistema de valorações e em posteriores auto-investigações.

Trata-se portanto, de um instrumento genérico que permite o estudo longitudinal das experiências pessoais.

Em suma, a teoria da valoração constitui-se como um sistema teórico que pretende explicar o processo humano de construção de significado e o MAC como um procedimento empírico dirigido para o estudo do sistema de significados pessoais. Conjuntamente, são propostos como instrumentos de exploração da “complexidade organizacional da identidade multivocalizada” (Hermans, Ricks & Kempen, 1993, p. 208).

3. Teoria do *self* dialógico

“Criei em mim várias personalidades.
Crio personalidades constantemente.
Cada sonho meu, imediatamente logo ao aparecer sonhado,
encarna numa outra pessoa que possa sonhá-lo e eu não.
Para criar, destruí-me.
Tanto me exteriorizei dentro de mim, que dentro de mim não existo senão exteriormente.
Sou a cena única onde passam vários autores representando várias peças.”

(Pessoa, 1986, p. 1014)

Hermans e colaboradores (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) viram na integração teórica dos constructos *self* (na tradição da concepção de William James) e *diálogo* (originário dos trabalhos do Russo Mikhail Bakhtin) a possibilidade de estabelecer novas e significativas relações entre os dois, expandindo-os para além das suas potencialidades individuais. Na sua formulação mais concisa, o conceito de *self dialógico* pode ser definido em termos de uma multiplicidade altamente dinâmica de posições do Eu (*I*) que, dotadas de voz, se relacionam entre si pelo diálogo. Através do diálogo estas diferentes – e por vezes divergentes – posições identitárias constroem e negoceiam redes de significado capazes de dar sentido ao fluxo de experiência, num processo que, sendo marcado pela novidade e pela necessidade de mudança, se mantém sempre inacabado.

Desde a publicação inaugural da teoria do *self* dialógico numa edição do *American Psychologist* de 1992 – um artigo de Hermans, Kempen e van Loon intitulado *The dialogical self: Beyond individualism e rationalism* – e do marco histórico do seu lançamento em livro em 1993 – intitulado *The Dialogical Self: Meaning as Movement* da autoria de Hermans e Kempen – esta abordagem da identidade tem vindo a concentrar a atenção de teóricos e investigadores provenientes de diversas áreas da psicologia (e.g., neuropsicologia, psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica) e tem tido uma expansão e consolidação progressivas.

Neste ponto, revemos os fundamentos, pressupostos e características essenciais de uma concepção dialógica de identidade, baseados na proposta de Hubert Hermans e da sua equipa de colaboradores.

3.1. Contribuições: Da metáfora da narrativa à da polifonia

O conceito de identidade dialógica surge na interface de múltiplas influências provenientes não só de várias subdisciplinas da psicologia (e.g., social, clínica, da personalidade e do desenvolvimento), como também de outras ciências como a antropologia cultural, a filosofia, a sociologia e a literatura – para dar alguns exemplos (Hermans, 2001d). Porém, de entre as diversas contribuições recebidas, destacam-se os desenvolvimentos – na altura recentes – na área da psicologia narrativa e o dialogismo de Bakhtin como fontes de primordial inspiração na construção teórica que tem vindo a ser liderada por Hermans (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992). Antes de se prosseguir com a análise propriamente dita do modelo do *self* dialógico, começar-se-á por examinar sucintamente de que forma Hermans e colaboradores alicerçaram a sua teoria sobre a exploração e integração destas determinantes influências.

3.1.1. A perspectiva narrativa: Um só autor

A noção de identidade como um fenómeno dialógico inscreve-se na abordagem narrativa da psicologia (Hermans, 1996; Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992). Neste domínio conceptual, a noção de narrativa como modelo de compreensão da existência e experiência humana, e a clássica divisão da identidade em Eu (*I*) e Mim (*Me*) proposta por James e reformulada em termos narrativos por Sarbin, terão tido particular relevância no desenvolvimento das ideias que levariam Hermans à elaboração da teoria do *self* dialógico.

Tendo por base o pressuposto de que é através do processo contínuo de narração de uma história pessoal inteligível que nos constituímos como pessoas e que atribuímos significado à nossa existência (e.g., Bruner, 1986; Gergen & Gergen, 1988; M. Gonçalves & O. Gonçalves, 2001; O. Gonçalves, 2000; Hermans & Hermans-Jansen, 1995; McAdams, 1993; Sarbin, 1986), Hermans e colaboradores (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) tomaram o conceito de *história* ou *narrativa* como ponto de partida para a sua construção teórica de identidade como uma história que vai sendo urdida por entre diálogos inter e intra-individuais. Com mais pormenor, na sua elaboração os seres

humanos surgem como contadores de histórias (Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Nesta imagem alegórica, está contido não só o indivíduo que organiza as suas experiências e dá sentido à sua vida através da narração de uma história pessoal, mas também aquele que a escuta – pois, quem conta uma história dirige-a sempre a alguém (real ou imaginário). Pelo facto de convocar para o processo narrativo um outro como ouvinte – que influencia o que é dito e como é dito –, na acepção de Hermans e da sua equipa (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Hermans & Kempen, 1993) a autonarrativa é entendida como um fenómeno altamente interactivo e uma co-construção dialógica entre quem conta e quem escuta. Esta leitura salienta o carácter activo do sujeito na construção de significado para a sua existência pessoal, no seio de uma relação dialogante com os outros.

Ainda no âmbito da abordagem narrativa, uma outra importante contribuição para o desenvolvimento da noção de identidade dialógica proveio da consideração de que a clássica distinção da identidade em Eu (*I*) e Mim (*Me*) assenta na estruturação narrativa da mente humana (Sarbin, 1986).

Em 1890, William James (cit. Hermans & Kempen, 1993) diferenciou na identidade dois componentes interdependentes: o Eu (*I*) e o Mim (*Me*). O Eu (*I*) corresponde ao sujeito, ou seja, à parte que continuamente interpreta e estrutura o fluxo de experiências; enquanto o Mim (*Me*) ou objecto equivale a tudo aquilo que a pessoa pode associar a si (i.e., o conjunto de diferentes elementos objectificados – materiais, sociais e espirituais – respeitantes à própria pessoa). Na teoria de James, a identidade é um processo reflexivo que compreende tanto o sujeito como o objecto, ou seja, em que o sujeito se pode apreender a si próprio enquanto objecto, do mesmo modo que apreende qualquer outro objecto existente no mundo. Pelo facto de a pessoa ser conceptualizada, simultaneamente, como o sujeito que conhece e o objecto que daí resulta, Barresi (2002, p. 237) resume a dualidade presente neste modelo identitário na expressão: “o pensamento é o pensador”.

Aproximadamente um século depois, Sarbin (1986) propôs uma reconceptualização narrativa da noção pragmatista de identidade de James. Partindo da consideração de que as pessoas atribuem significado à sua experiência pessoal através da construção de histórias, Sarbin (1986) propõe que os pronomes de James sejam lidos à luz das figuras centrais da narrativa, passando assim o Eu (*I*) a corresponder ao autor e cada Mim (*Me*) a uma personagem ou figura narrativa. Nesta reformulação, o Eu (*I*)

autor tem a possibilidade de narrar uma história na qual os *Mim's (Me's)* desempenham o papel de personagens. Neste processo de autoria narrativa, o futuro é imaginado, o passado reconstruído e a pessoa representada como uma ou mais personagens. Através desta actividade de construção criativa organizam-se episódios e acções, e integram-se significativamente acontecimentos que de outro modo permaneceriam dispersos no tempo e no espaço.

Em síntese, a abordagem narrativa surge como base para o desenvolvimento de uma concepção de identidade relacional e comunicacional, onde as histórias são dispositivos que mediam a construção de significado pessoal com os outros. Para além disto, a abordagem narrativa forneceu a Hermans a metáfora chave da sua concepção de identidade pessoal (e logo, de auto-reconhecimento identitário) como uma história que a pessoa vai contando acerca de si e da sua vida – uma história que acabaria por ser expandida e perspectivada como uma história multi-autoral ou uma novela polifónica.

3.1.2. A novela polifónica de Bakhtin: A multiplicidade de autores

A obra do filósofo e teórico literário Russo Mikhail Bakhtin sobre o dialogismo, nomeadamente a sua concepção de novela polifónica, constitui a outra referência primordial do trabalho de Hubert Hermans e colaboradores (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) em torno do *self* dialógico, que desta derivaram implicações significativas para a compreensão da identidade de um ponto de vista narrativo.

A noção musical de composição polifónica foi adaptada por Bakhtin, e metaforicamente transposta para o campo literário, na sequência da análise ao trabalho do seu compatriota e consagrado novelista Dostoevsky. De acordo com a tese de Bakhtin, a obra de Dostoevsky não se enquadrava nos cânones literários tradicionais, uma vez que desta se ausenta a figura do narrador singular e autoritário, habitualmente investido da responsabilidade de apresentar ao leitor os personagens, os seus motivos e os significados das suas acções. Em lugar deste surgem, por sua vez, vários personagens com a possibilidade de criar os seus próprios significados, através das suas interacções uns com os outros, expressando a sua própria perspectiva do mundo de forma relativamente independente e até oposta. A esta interacção simultânea de diferentes vozes presentes na obra de Dostoevsky Bakhtin designou de diálogo polifónico. Neste

diálogo cada personagem pode contar, como se de um autor autónomo se tratasse, uma história sobre si mesmo (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992).

Nas palavras de Bakhtin (1929/1984; cit. M. Gonçalves, 2003, p. 42) o romance polifónico é descrito como “uma pluralidade de vozes e consciências independentes e separadas (...) [em que se] revela (...), não uma multidão de personagens e destinos num mundo objectivo e singular, iluminado por uma consciência autoral singular; mas uma pluralidade de consciências, com direitos iguais e cada qual com o seu mundo, combinadas mas não fundidas (...)”.

A construção narrativa de Dostoevsky pressupõe, na análise de Bakhtin, que a voz do outro é genuinamente independente da voz do próprio autor. Cada voz é pertença de um narrador independente que conta a sua própria versão dos acontecimentos. Por outras palavras, na polifonia o autor permite que os seus personagens tenham o estatuto de outro Eu (*I*), existindo para além da sua própria perspectiva autoral. O estatuto de outro independente requer o desdobramento espacial do autor, e torna o autor e os personagens em parceiros – independentes e situados em locais únicos do espaço – de relações dialógicas.

Deste modo, numa construção polifónica o significado tem sempre uma natureza relativa, na medida em que resulta de séries contínuas de diálogos entre múltiplas vozes ou posições que ocupam simultaneamente espaços diferentes. Logo, o sentido pessoal de identidade será “produto” de diálogos abertos e contínuos entre elementos oposto e separados, e não de uma perspectiva singular ou sintética. Parafraseando Hermans e Kempen (1993), isto pressupõe uma identidade sem um significado autocontido, imutável ou perene, mas antes emergente.

A Bakhtin a equipa de Hermans foi buscar a noção de romance polifónico para analogamente servir de modelo à sua concepção de espaço identitário, no qual várias vozes estão presentes e se articulam dialogicamente, na ausência de um qualquer narrador onisciente. Desta perspectiva, e à semelhança da multiplicidade de autorias nos romances de Dostoevsky, o processo de construção de significado pessoal pressupõe a coexistência de vários pontos de vista, situados em diferentes planos do espaço, numa simultaneidade articulada de vozes.

3.2. Hermans e colaboradores: O *self* dialógico

Hermans, Kempen e van Loon (1992) transcendem então, a noção narrativa de identidade pessoal através da articulação criativa entre James e Bakhtin. Se na concepção narrativa se assume que um único autor narra a sua história tendo-se a si próprio como protagonista, a metáfora polifónica permite ir mais longe, ao conceber a subjectividade individual como um espaço relacional onde múltiplos autores convivem. Desta perspectiva, um mesmo e único indivíduo tem a possibilidade de ocupar uma multiplicidade descentralizada de perspectivas ou posições, tendo cada posição o seu próprio autor com capacidade para contar histórias relativamente independentes das dos autores das outras posições. As diferentes posições não estão separadas – mas em analogia aos autores do romance polifónico – os vários autores, localizados em diferentes posições no espaço imaginário, podem interagir dialogicamente uns com outros influenciando-se e expandindo-se mutuamente.

Com base nestas considerações, Hermans, Kempen e van Loon (1992) conceptualizam a identidade em termos de uma multiplicidade altamente dinâmica de posições do Eu. Nesta concepção, e em função de mudanças situacionais e temporais, o Eu tem a capacidade de se deslocar entre diferentes posições, localizadas num espaço imaginário, das quais são possíveis perspectivas diferentes (e até opostas) do mundo e de si mesmo. As posições do Eu, investidas de voz própria e de relativa independência, podem interagir, negociar e comunicar entre si como personagens de uma história. Cada uma destas personagens tem uma história para contar sobre as suas experiências a partir do seu ponto de vista e, como diferentes vozes, estes personagens podem trocar histórias alternativas com base nas suas semelhanças e diferenças, resultando num “self complexo, narrativamente estruturado” (Hermans, Kempen & van Loon, 1992, p. 29)

A multiplicidade dinâmica de narrativas identitárias deriva precisamente das propriedades dialógicas da vida humana. Em conformidade, os significados pessoais (nomeadamente, o autoconhecimento) emergem das trocas que pelo diálogo se estabelecem entre diferentes posições narrativas, situadas no espaço intra e interpessoal. Mais precisamente, cada posição do Eu surge como uma perspectiva ou voz única sobre a experiência corrente baseada na sua mundividência, pelo que, perante um mesmo fenómeno experiencial várias narrativas podem emergir das diferentes vozes. Neste contexto, a noção de voz vai para além da expressão de um ponto de vista particular sobre determinadas experiências pessoais (i.e., conteúdo), expressa também, em cada

momento, o posicionamento da pessoa face a uma audiência. Daqui resulta uma concepção de identidade pessoal como um processo altamente dinâmico, uma vez que o Eu está sempre num movimento de posicionamento e de reposicionamento perante audiências, de acordo com mudanças nos diálogos internos e externos.

3.3. Características conceptuais da identidade dialógica

Uma identidade que se define como narrativa, polifónica e dialógica, possui propriedades inerentes que a afastam e diferenciam de uma concepção monádica de identidade – ainda implícita na maioria das abordagens actuais da Psicologia (M. Gonçalves, 1995; Salgado, 2003). Numa aceção tradicional, a identidade pode ser caracterizada como uma entidade autónoma (i.e., centro estável da experiência), independente (i.e., diferenciada dos outros) e endógena (i.e., interna ao indivíduo) (cf. M. Gonçalves, 1995, 2003). Como contraposição a esta concepção de índole individualista e racionalista¹⁷, a abordagem dialógica perspectiva a identidade como um fenómeno corporalizado e espacialmente estruturado, descentralizado e permeável a uma multiplicidade de influências sociais, históricas e culturais (Hermans, 2003).

3.3.1. Identidade corporalizada e espacializada

A natureza corporalizada da identidade dialógica é uma das características que a distancia do pressuposto convencional da Psicologia de uma psique racionalista, ou seja, separada do corpo. Ainda que composta por diversas e divergentes posições dialógicas, em cada instante do espaço (físico e social) e do tempo a pessoa só pode ocupar uma posição particular. O substantivo “posição” e o verbo “posicionamento” são utilizados como expressões da localização do Eu no espaço imaginário, sendo que uma posição está sempre posicionada em relação a outras posições internas e externas. À semelhança do conceito de posição, a própria noção de voz tem uma natureza corporalizada, na medida em que é pertença de um personagem localizado num espaço onde se encontram

¹⁷ As noções individualista e racionalista têm caracterizado o pensamento ocidental dos tempos modernos. De forma sucinta, à luz desta tradição, a identidade reside numa essência interna à pessoa e que a determina; e o autoconhecimento corresponde à possibilidade de aceder e representar directamente esse *eu* essencial, verdadeiro e substancial, sem necessidade da perspectiva de outra pessoa (cf. Richardson, Rogers & McCarroll, 1998; Salgado 2003). Segundo Hermans e Kempen (1993) esta concepção pode ser metaforicamente ilustrada com a imagem do narrador onisciente e centralizado.

outras personagens com as quais interage (Hermans, 1996; Hermans, Ricks & Kempen, 1993).

Hermans (2001b, 2001d) afirma que, dada a intrínseca relação entre espaço e corpo, os próprios diálogos são corporalizados, isto é, procedem através de linguagem corporal, de gestos, expressões faciais, sorrisos, vocalizações e entoações. Por conseguinte, não parece razoável restringir as relações dialógicas a interações linguísticas, deixando de fora outras formas de comunicação não-linguísticas. Desenvolvimentos no campo da psicologia do desenvolvimento têm adicionado consistência a esta tese. Nesta área, Hermans (2001b, 2001d) cita vários autores (e.g., Fogel, 1993; Rochat, 2000; Rochat, Querido & Striano, 1999) que defendem a existência de formas pré-linguísticas de diálogo desde o primeiro ano de vida que permitem à criança comunicar com as pessoas do seu ambiente (e.g., dar e receber um brinquedo). Deste modo, a concepção dialógica de identidade defende que as pessoas, de todas as idades e de diferentes culturas, utilizam tanto os diálogos verbais como os não-verbais na partilha das suas histórias.

Uma outra aceção do que aqui se entende por identidade corporalizada implica o reconhecimento de que a noção de *eu* tem uma base biológica (para além da sua componente sócio-simbólica). Ou seja, que a identidade não envolve apenas diálogos transpessoais com o mundo e com as suas pressões, exigências e contingências, mas, também, intrapessoais, com as pressões, activações ou motivações que emergem das sensações biológicas e das necessidades do organismo, sob a forma de vozes. Neste sentido, a psique humana não está desligada da sua corporalidade, antes “o corpo está dentro do self” (Hermans, 2003, p. 91).

Em suma, numa construção dialógica o corpo surge como organizador da experiência e co-construtor do conhecimento pela acção no mundo.

Intimamente relacionada com o carácter corporalizado de identidade encontra-se a sua organização no espaço.

Hermans e colaboradores (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992), em concordância com a ênfase concedida à dimensão espacial do diálogo na novela Bakhtiniana, sugerem que, também na autonarrativa as diferenças temporais podem ser vantajosamente concebidas em termos espaciais. Explicam (ibidem) que, ao contrário das relações no tempo, as relações no espaço podem ser reversíveis. Numa perspectiva temporal uma pessoa não pode

regressar a um momento do seu passado, mas de uma perspectiva espacial a pessoa pode movimentar-se de um ponto x para um ponto y e regressar ao ponto de partida. Deste modo, a conversão espacial das relações temporais permite reunir, por processos de justaposição, elementos do passado, do presente e do futuro. A justaposição dos desenvolvimentos temporais em estruturas espaciais (i.e., posições do Eu), devido precisamente à sua qualidade reversível, permite novas combinações entre as posições dialógicas, conduzindo ao aparecimento de novas relações e, conseqüentemente, de novas estruturas de significado.

É precisamente através da noção de espacialização que Hermans, Kempen e van Loon (1992) transcendem a concepção tradicional de narrativa fortemente enviesada pela sua dimensão temporal, na qual a autonarrativa é vista como um dispositivo que ao organizar as experiências de vida num enredo temporal (i.e., numa sequência com um princípio, um desenvolvimento e um fim) permite gerar um sentido coerente de si. De um ponto de vista dialógico, o tempo e o espaço passam a ser dimensões igualmente importantes na organização da autonarrativa ou é até, eventualmente, concedida prioridade ao espaço sobre o tempo, na medida em que se assume a espacialização do próprio tempo cronológico. Nas palavras de Hermans e Kempen (1993, p. 58), “isto resulta numa concepção da história que reconhece não apenas continuidade mas também descontinuidade e não apenas coerência mas também separação das diferentes partes da história como características intrínsecas do modo narrativo”. Dito de outro modo, resulta numa composição narrativa em que os acontecimentos podem ser justapostos, ou seja, em que a sequência originária dos acontecimentos no tempo é modificada ou revertida de modo a encontrarem-se novas configurações.

A espacialização da narrativa pessoal permite uma dramatização dinâmica dos instáveis processos internos que a cada momento têm lugar (e.g., dúvidas, conflitos, divergências, oposições). Permite também diferenciar o espaço intrapessoal em termos de relações interpessoais, passando um pensamento particular a ser tratado como uma elocução no contexto de diálogos internos e externos com as elocuições de outros, reais ou imaginários (Hermans & Kempen, 1993).

Em termos conceptuais, os constructos “posição”, “posicionamento” e “reposicionamento” expressam a natureza espacial do processo de construção de significado para a experiência pessoal. Por conseguinte, a identidade desenvolve-se através de movimentos dialógicos (i.e., de posicionamento e de reposicionamento) entre as várias posições discursivas, situadas num espaço imaginário (Hermans, 1996).

3.3.2. Identidade descentralizada

A noção central de “posição” conduz à exploração de uma outra característica da identidade dialógica: o facto de os significados pessoais resultarem da interacção entre posições que não se encontram centralmente integradas. Isto significa que, de uma perspectiva dialógica – e contrariamente às concepções individualistas de identidade nas quais se postula a existência de um *eu* centralizador e unificador –, uma mesma pessoa pode ocupar, e deslocar-se por entre, uma multiplicidade de posições discursivas heterogéneas e descontínuas, criando uma multiplicidade de valorações (i.e., de significados pessoais) sobre um mesmo acontecimento a partir da perspectiva própria de cada posição (Hermans & Gonçalves, 1999).

A reestruturação da dualidade identitária em termos de autor e personagem à luz do protótipo do romance moderno (i.e., a novela polifónica), permitiu que Hermans e seus colaboradores (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) se afastassem da concepção de um Eu como um narrador onisciente, que controla os personagens e os acontecimentos da história. Em vez deste, entendem o Eu por semelhança a um autor que vestindo várias personagens toma parte na história e que pela voz das diferentes personagens expressa visões heterogéneas do mundo, capazes de se desafiarem entre si, mas que não se podem reduzir umas às outras. Isto significa a não aceitação da existência de um *locus* privilegiado de onde seria possível ter uma imagem completa e final das diferentes narrativas e dos personagens que nelas habitam.

Importa esclarecer, que Hermans e Kempen (1993) ao defenderem a identidade como um espaço habitado por múltiplas posições dialógicas, mais do que uma visão multifacetada da identidade – já presente em concepções anteriores (e.g., a identidade como um conjunto de esquemas no domínio cognitivo ou como um conjunto de episódios no domínio narrativo) – pretendem enfatizar o seu carácter multivocal e dialógico. Salgado e Hermans (2005, p. 9) afirmam claramente que a “multiplicidade é derivada das propriedades dialógicas do self”, ou seja, que numa consideração dialógica o *self* não se restringe à sua multiplicidade, mas enfatiza-se, sobretudo, a natureza comunicacional de processos como a subjectividade individual e a identidade pessoal.

Como tivemos oportunidade de referir anteriormente, na identidade dialógica, as diferentes posições funcionam de forma relativamente autónoma. Querendo isto dizer, que cada posição “tem as suas próprias vistas, desejos, motivos, sentimentos e

memórias. [...] Elas podem concordar e discordar, interrogar, criticar e até ridicularizar uma outra” (Hermans, 1996, p. 42), mas nunca se podem fundir ou resumir numa perspectiva final. Cada posição, investida de propriedades de agente activo do próprio *eu*, funciona como centro organizador primário da identidade. Inspirados em Bakhtin, Hermans e Kempen (1993) anunciam que a multivocalidade da identidade pessoal resiste a uma qualquer solução final do processo dialógico: “Isto implica que não há um único e último final. Antes, uma narrativa complexa com relações dialógicas contínuas entre várias posições num processo aberto que resiste não apenas a uma unificação final, mas também a uma conclusão final” (p. 60). Em suma, a integração das diferentes narrativas é conseguida pelas trocas dialógicas e pela dominância temporária de algumas posições.

3.3.3. Identidade social

“Toda a sociedade está dentro de mim.
Eu sou os meus melhores amigos e os meus verdadeiros inimigos.
O resto – o que está fora – desde as planícies e os montes até às gentes –
tudo isso não é senão Paisagem...”

(Pessoa, 2007, p. 436)

Um aspecto primordial na concepção dialógica de identidade é a consideração da sua natureza social. Desta perspectiva, a vida subjectiva é uma construção relacional entre o indivíduo e o contexto sociocultural, cabendo ao indivíduo um papel central nesta construção contínua e inacabada (Josephs, 2002; Salgado, 2004).

Hermans (2001d, p. 250) afirma que “a identidade dialógica é social”, não no sentido que a pessoa mantém transacções sociais com outras pessoas do exterior, mas no sentido em que o espaço pessoal é ocupado pelas vozes de outras pessoas. Quer com isto dizer que outras pessoas podem ocupar posições na identidade multivocal e que pelo poder da imaginação a pessoa pode assumir a perspectiva desse outro e actuar como se fosse o próprio. Por outras palavras, o Eu tem a capacidade de construir outras pessoas como uma posição que pode ocupar e de onde é possível ter uma perspectiva particular sobre o próprio e sobre o mundo. Esta perspectiva pode corresponder em larga medida à perspectiva internalizada de um outro real com quem a pessoa se relaciona dialogicamente na construção de significado, pode ter um carácter completamente fantasioso ou pode ainda resultar de uma combinação entre factos e

ficção. Em todo o caso se salienta que a internalização da perspectiva ou voz do outro não é entendida no sentido da sua mera reprodução, mas da sua reconstrução de forma subjectiva e intersubjectiva ao longo do fluxo experiencial (Hermans, 2001d; Josephs, 2002). Todavia, trata-se de uma identidade socialmente baseada, na medida em que é através das experiências intersubjectivas de estar com outro(s) ou contra outro(s) que as posições pessoais se constroem e logo, se institui a subjectividade individual (Salgado & Hermans, 2005).

James, ao dividir a identidade numa relação entre o Eu como sujeito (*I*) e o Eu como objecto (*Me*), tinha desta uma perspectiva altamente aberta, que a prolongava para lá das fronteiras individuais e a estendia ao campo fenomenológico da experiência. Nesta construção teórica, a parte “objectal” do Eu compreende tudo aquilo que, estando para além dos contornos corporais do indivíduo, tem para este valor pessoal e significado afectivo (i.e., na medida em que são apropriados e sentidos pelo indivíduo como “o meu”, “a minha”, “os meus”). Os bens materiais, as outras pessoas ou os pensamentos com os quais se identifica são considerados partes constituintes do indivíduo, na medida em que, os acontecimentos que os envolvem são subjectivamente experienciados como acontecimentos pessoais (Barresi, 2002).

Tendo por base estes pressupostos, Hermans (2001c, 2001d, 2003) sustenta que, enquanto um repertório de múltiplas posições, a identidade compreende posições internas (i.e., as sentidas como partes da pessoa, normalmente introduzidas pelo pronome pessoal “eu”) e externas (i.e., as sentidas como aspectos do ambiente mas que a pessoa identifica como pertencentes a si, habitualmente precedidas dos pronomes possessivos: “meu”, “minha”). O significado subjectivo das posições internas e externas emerge por referência mútua, ou seja, cria-se por entre as interacções dinâmicas que ao longo do tempo e através do diálogo estas estabelecem umas com as outras, num padrão de intercâmbio entre a pessoa e o mundo. Assim, as posições externas correspondem a aspectos do ambiente relevantes para o indivíduo da perspectiva de uma ou mais posições internas (e.g., “o meu filho”, “o meu cliente”); do mesmo modo, as posições internas adquirem o seu significado através da sua relação com uma ou mais posições externas (e.g., “eu como mãe”; “eu como psicoterapeuta”; respectivamente).

Defender para a identidade pessoal uma organização social implica que o conceito chave de “posição do Eu” não se aplique exclusivamente às posições do domínio interno. À semelhança destas, também as posições externas são concebidas como posições do Eu, na medida em que ambas fazem parte de um Eu que – tal como

James teorizou – compreende os “objectos” do ambiente que a pessoa percebe como seus (e.g., “o meu companheiro”, “o meu adversário”, “a minha terra”, “o meu cliente”). Porém, Hermans (2003, p. 103) ao defender o Outro como outra pessoa na identidade – nas suas palavras, o “outro é concebido como outro Eu (*I*)” – amplifica mais ainda a proposta identitária de James. Na versão de Hermans (2003) o Outro é mais do que uma extensão do Eu ao nível objectal, é sobretudo uma extensão do Eu ao nível do sujeito (isto é, ao nível do *I*). Significa isto, que “o outro é concebido como outra pessoa que, como outro Eu, é capaz de contar uma história sobre si própria, e pode fazê-lo como um ser relativamente autónomo com uma existência própria” (Hermans, 2003, p. 103).

As posições situadas nos reinos interno (i.e., pessoal) e externo (i.e., social) da identidade encontram-se ligadas por processos dialógicos de “negociação, cooperação, oposição, conflito, concordância e discordância” (Hermans, 2001d, p. 253), do tipo interno (e.g., eu enquanto marido questiono-me enquanto desconfiado), interno-externo (e.g., eu enquanto pai concordo com a minha esposa) e externo (e.g., eu enquanto espectador da conversa entre a minha esposa e o meu filho). Todas estas relações são processos de uma existência humana que se encontra em estreita relação com o mundo e da qual o *outro* é parte integrante.

Esta assunção – de que as relações dialógicas não se restringem ao espaço interno – é central na concepção de uma identidade pessoal inerentemente social. Deste modo se compreende, que o autoconhecimento e o conhecimento do Outro procedem de forma paralela (Hermans, 2003). O conhecimento do Outro só é verdadeiramente acessível se, para além da via factual, este for abordado dialogicamente, ou seja, se se ouvir o que este tem para contar a partir da sua perspectiva. Por seu lado, o autoconhecimento não se restringe ao conhecimento do próprio (ou seja, ao diálogo entre as posições do domínio interno do repertório pessoal), mas compreende também o conhecimento do Outro como *Outro Eu*, ou seja, como “uma posição que cria uma perspectiva alternativa do mundo e de mim próprio (que pode estar congruente ou não com a perspectiva real do outro verdadeiro)” (d’Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha & Salgado, 2007, p. 20). É, deste modo, num mundo permeado por relações dialógicas intra e intersubjectivas que o sujeito se constitui como um projecto, à medida que vai ao encontro do outro.

Não só os outros significativos, mas também os grupos sociais de pertença do indivíduo (e.g., profissional, político, religioso, etário, nacionalidade, género) têm lugar na identidade pessoal, representados sob a forma de posições vocais.

Hermans e Kempen (1993) postulam que as comunidades sociais têm uma voz própria (i.e., uma voz colectiva) capaz de contar histórias colectivas que, por sua vez, reflectem a perspectiva dos membros da comunidade sobre uma grande variedade de assuntos da vida quotidiana das pessoas, que guiam e organizam as interacções entre estas e a forma como as pessoas se percebem a si mesmas e ao mundo que as rodeia. Em consequência das estreitas interacções com estes grupos, “o self, sob a forma de uma multiplicidade de posições do Eu, torna-se infiltrado pelas avaliações dos personagens envolvidos nas histórias colectivas. O que significa que as posições do Eu assumem a qualidade de posições colectivas” (Hermans & Kempen, 1993, p. 120). Entende-se, assim, que as vozes colectivas guiam a construção de significado nos níveis mais profundos das narrativas de identidade.

Na linha de Bakhtin, Hermans e Kempen (1993) postulam que todas os actos de produção de discurso invocam uma linguagem social. Segundo Bakhtin (Wertsch, 1991; cit. Hermans, 1996) sempre que alguém fala não o faz unicamente por si, mas através de si ecoam os dialectos das comunidades das quais a pessoa faz socialmente parte – ainda que quem fale possa não ter consciência desta influência (e.g., a influência do jargão profissional no dia-a-dia de um psicólogo). Este processo de multivocalidade específico, segundo o qual uma voz fala através de outra voz, foi por Bakhtin apelidado de “ventriloquação”. Tomando este conceito, Hermans e Kempen (1993, p.77) afirmam que a multivocalidade característica da identidade dialógica “se refere não apenas à existência simultânea de diferentes vozes individuais, mas também à existência simultânea da voz de um indivíduo e da voz de um grupo”.

Parece assim claro que em cada elocução proferida estão presentes pelo menos duas vozes: a voz da pessoa que fala e uma voz social. As vozes sociais não anulam a criatividade de quem fala (i.e., as suas motivações, valores, interesses e pontos de vista particulares), mas moldam as palavras e dão forma aos discursos produzidos, colorindo os significados subjectivamente elaborados, comprometendo-os dialogicamente com audiências passadas, presentes e futuras. Perante isto, nenhuma autonarrativa pode ser considerada na ausência de processos de “ventriloquação”, uma vez que, as vozes dos grupos sociais e culturais ressoam em todas as valorações ditas pessoais. Consubstanciando o que se acaba de afirmar, Ingrid Josephs (2002, p. 161) declara que

a voz não é pertença nem da pessoa nem da cultura, mas surge na “relação entre a pessoa e a cultura”. Quer com isto dizer que as vozes em geral, as mais e menos idiossincráticas, são sempre construções relacionais entre as pessoas e a cultura.

As sugestões sociais são múltiplas, heterogéneas, ambíguas e tantas vezes contraditórias, pelo que compete ao indivíduo transformar as mensagens sociais em aspectos pessoalmente relevantes. Ora, este processo de transformação do património comum – ou “cultura colectiva”, na terminologia de Valsiner (2007) – em algo pessoal – ou “cultura pessoal”, nos termos do mesmo autor (ibidem) – dá-se, não pela simples internalização das representações colectivas, mas pela reconstrução semiótica das próprias mensagens, ou seja, pela sua recomposição e externalização de um modo significativo da perspectiva pessoal (Skinner, Valsiner & Holland, 2001; Valsiner, 2004, 2007).

Um exemplo das heterogéneas e ambíguas sugestões comunicadas pelas vozes sociais surge sob a forma de papéis sociais (e.g., de psicoterapeuta), que podem ser conceptualizados como significados com um nível elevado de generalização através dos quais as pessoas regulam as suas actividades intrapessoais e interpessoais em contextos específicos de actuação (e. g., “eu enquanto psicoterapeuta”). Ainda que estes sejam ferramentas semióticas culturalmente partilhadas e construídas com base em normas e discursos sociais (e.g., a conotação social do que significa ser psicoterapeuta, os significados veiculados pelo grupo profissional dos psicoterapeutas), são, simultaneamente e sempre, construções idiossincráticas originadas na experiência pessoal de cada um (e.g., cada psicoterapeuta é sempre um terapeuta diferente dos seus pares). Assim, embora as experiências pessoais do indivíduo com o seu mundo possam ser partilhadas com outras pessoas através dos papéis sociais, as práticas condensadas sob essa designação serão sempre experienciadas de forma individual e única. Além disso, os mediadores semióticos destes significados altamente generalizados, que a pessoa constrói no decurso das suas experiências, encontram-se em constante reconstrução no seio do mesmo processo experiencial. Como tal, estes são constructos temporários e subjectivos, que estão sempre em transformação potencial e pessoal. Isto é garantido pela bidireccionalidade da cultura, ou seja, as mensagens recebidas podem ser idênticas para diferentes indivíduos mas a forma como estas mensagens são transformadas e reconstruídas é necessariamente única (Valsiner, 2007). No caso do exemplo do papel social de psicoterapeuta, este é sempre uma construção subjectiva,

que condensa algo reconstruído e algo novo que, por sua vez, se adiciona ao conhecimento socialmente partilhado.

Assim se conclui, que é através do diálogo entre a pessoa e a cultura que as sugestões sociais resultam em significados pessoais. Não obstante, é também pelo mesmo processo dialógico que a pessoa contribui para a constituição dos significados culturais e das estruturas sociais. A interdependência entre os mundos pessoal e social é designado por Valsiner (1994, 2007) de “separação inclusiva”. Este esquema conceptual permite transcender o dualismo pessoa/cultura, não pela fusão dos dois, mas focando a natureza mutuamente constitutiva e dialógica dos mundos pessoal e social. Neste sentido, Skinner, Valsiner e Holland (2001) defendem que os indivíduos vivem em “mundos figurados”, onde o acto de posicionamento relacional perante os outros depende dos artefactos culturais disponíveis e do respectivo contexto, que, por sua vez, são continuamente (re)produzidos e (re)definidos pelas actividades e práticas dos indivíduos.

Uma das características apontadas às vozes colectivas ou culturais – esta última designação é proposta por Josephs (2002) – é, precisamente, a sua capacidade para guiarem, moldarem, organizarem e, simultaneamente, constrangerem os potenciais significados pessoais. Em cada momento, o conjunto de posições identitárias possíveis (i.e., a polifonia) depende dos recursos linguísticos disponíveis no mundo sociocultural em que o indivíduo se situa. É a diversidade de discursos, de normas e de práticas veiculadas pelas diferentes vozes culturais por entre as quais o indivíduo se move – um mundo *heteroglota* na terminologia de Bakhtin (1981) – que permite a apropriação de diferentes perspectivas que, possuidoras de voz, entram em relação pelo diálogo construindo significados pessoais. Uma vez que, nas suas reconstruções, o indivíduo é guiado pelos significados culturalmente disponíveis (e.g., os veiculados pelas vozes colectivas), por vezes o seu discurso pessoal pode assemelhar-se ao de vozes sociais mais familiares ou dominantes. Porém, a sua reprodução é altamente improvável, devido precisamente à heteroglossia manifesta nas várias linguagens sociais.

Na terminologia de Hermans (2001d; Hermans & Kempen, 1993), as vozes ou posições colectivas formam coligações com as vozes pessoais colorindo os significados construídos nas relações entre estas. Por conseguinte, mesmo os significados ditos pessoais não são construídos na ausência de constrangimentos sociais, históricos e culturais; pelo contrário, estes não só são influenciados como podem até ser invalidados e suprimidos pelas vozes colectivas representantes dos grupos sociais de pertença do

indivíduo. Ainda assim – e mais uma vez se enfatiza – que a influência das vozes colectivas na identidade não deve ser entendida como determinística, uma vez que os significados são activamente construídos e reconstruídos pelo autor/actor da narrativa de uma posição particular (e.g., de oposição, contestação, concordância, discordância face à perspectiva colectiva dominante), uma estância a partir da qual este dialoga e a partir da qual se dirige e responde aos outros e ao mundo (Skinner, Valsiner & Holland, 2001).

Hermans (2001d) faz corresponder a distinção entre vozes colectivas e individuais a dois tipos de posições do domínio interno da identidade: posições sociais e posições pessoais, respectivamente. As primeiras estruturadas em torno de normas, expectativas e prescrições sociais correspondem aos tradicionais papéis sociais; e as segundas referem-se às formas particulares nas quais os indivíduos organizam as suas vidas, com base nas sugestões sociais, mas nem sempre em concordância com estas (e.g., podem fazê-lo em oposição, discordância, conflito ou protesto contra aquelas). Deste modo, o sistema de significados pessoais resulta da tensão gerada nas relações entre posições sociais e pessoais, ou seja, é sempre uma construção sociocultural. No entanto, mesmo as posições sociais (ou as vozes colectivas) são criações e recriações pessoais, na medida em que consistem em interpretações, assimilações e integrações idiossincráticas das múltiplas e heterogéneas sugestões socioculturais (Josephs, 2002).

Resumidamente, de uma perspectiva dialógica o indivíduo constitui-se enquanto tal nas relações que estabelece com os outros.

3.4. Dinâmica e auto-organização na identidade dialógica

“Não sei quem sou, que alma tenho.
Quando falo com sinceridade não sei com que sinceridade falo.
Sou variamente outro do que um eu que não sei se existe (se é esses outros).
Sinto crenças que não tenho.
Enlevam-me ânsias que repudio.
A minha perpétua atenção sobre mim
perpetuamente me aponta traições de alma a um carácter que talvez eu não tenha,
nem ela julga que eu tenho.
Sinto-me múltiplo.
Sou como um quarto com imensos espelhos fantásticos
que torcem para reflexões falsas uma única anterior realidade que não está em nenhuma
e está em todas”

(Pessoa, 1986, p.1013).

Em alternativa à tradição individualista e estática, na qual as funções psicológicas humanas são entendidas como “dadas” ou pré-determinadas, numa perspectiva dialógica estas remetem para processos que podem ser caracterizados como dinâmicos, auto-organizados e auto-inovadores (Valsiner, 2002). Serão as propriedades dinâmicas dos processos psicológicos que permitem à pessoa significar continuamente a variedade fenomenológica (sensorial, perceptiva, emocional e cognitiva) da sua experiência “aqui-e-agora” e, simultaneamente, adaptar-se às mudanças na sua situação de vida (em termos de tempo e de espaço), mantendo um sentido de coerência pessoal. Valsiner (2002, 2004) afirma mesmo que é a flexibilidade estrutural do *self* dialógico (i.e., a capacidade de construção e reconstrução das relações entre as diferentes posições do Eu), mais do que o seu carácter multivocal e polifónico, a sua qualidade central.

Na concepção de Hermans e Kempen (Hermans, 1996; 2001d; Hermans & Kempen, 1993), o significado para a experiência humana emerge de um processo altamente dinâmico de posicionamento e de reposicionamento do Eu face a uma audiência, num espaço relacional e dialógico. Por outras palavras, estes autores (ibidem) concebem o processo identitário como uma interação entre várias vozes, cada uma defensora de um ponto de vista particular, mas que têm a capacidade de mudar ou de se desenvolver perante a consideração da perspectiva de outra(s) voz(es). O projecto de construir significado para um acontecimento de vida surge então, como um processo de narração negociada, uma negociação que tem lugar entre as diversas perspectivas apresentadas como relevantes para o fenómeno em causa – num ciclo de contar, apropriar e recontar (ou de posicionamento, contraposicionamento e reposicionamento). Neste sentido, os significados não pré-existem, mas emergem de um campo dinâmico de forças e de contraforças (e.g., tensões, oposições, conflitos, integrações, criações) geradas pelo – e que actuam sobre o – diálogo entre as posições do Eu, que, simultaneamente, mantém o sentido de identidade pessoal tanto na estabilidade relativa como na mudança (Hermans & Kempen, 1993; Valsiner, 2002).

Perante uma existência humana dividida por entre diferentes contextos (socioculturais e temporais) e multiplicada pela pluralidade de experiências vivenciadas em cada um deles, a presença constante de diferentes e pertinentes perspectivas sobre cada instante de vida leva inevitavelmente à pergunta: como é que os indivíduos orquestram a “multidão” de vozes – provenientes dos seus mundos pessoais e sociais – de forma a gerarem a todo o momento novos e funcionais significados, mantendo um sentido de continuidade pessoal? A resposta parece residir no facto de a identidade

dialógica operar não só pela construção de relações dialógicas entre as diferentes posições do Eu, mas também através da contínua organização (i.e., construção e reconstrução) da própria estrutura do repertório de posições como um todo (Hermans & Kempen, 1993; Valsiner, 2002, 2004). Ou dito de um outro modo, a identidade dialógica não envolve apenas a coexistência de diferentes perspectivas, mas também a construção de hierarquias entre estas que, dada a flexibilidade do sistema, se encontram em permanente reconstrução (Valsiner, 2007).

A equipa liderada por Hermans (Hermans, 1996, 2001d, 2004; Hermans & Kempen, 1993) defende que as trocas dialógicas entre as diferentes posições e, conseqüentemente a emergência de significado, é viabilizada pela auto-organização das posições do Eu numa estrutura de poder, na qual algumas posições possuem temporariamente um estatuto de maior influência sobre as restantes. O domínio (ou poder), enquanto característica intrínseca do diálogo (i.e., quando uma voz tem a palavra, as outras vozes são temporariamente silenciadas), funciona como organizador da pluralidade de significados gerados perante uma mesma experiência, dado que a prevalência de um significado implica necessariamente a negligência ou a supressão de outros alternativos.

Valsiner (2004, 2007) complementa esta perspectiva ao teorizar que as posições do Eu que em cada momento prevalecem sobre as outras personificam perspectivas ou vozes que comunicam meta-significados (i.e., significados de um nível elevado de generalização), ou seja, que o domínio temporário das vozes destas posições sobre as das restantes resulta afinal do poder dos seus argumentos. Do seu ponto de vista (ibidem), é o processo de síntese e de hierarquização de significados (mediado por signos e orientado por meta-significados) que regula a fluidez da estrutura vertical das posições do Eu (i.e., os posicionamentos e reposicionamentos) e confere integridade à identidade.

Por conseguinte, estabelece-se que a flexibilidade estrutural da pluralidade de vozes identitárias é regulada pela existência de relações dialógicas de domínio, fundamentadas no grau de abstracção dos significados que estas mesmas vozes comunicam entre si.

3.4.1. Troca e domínio

De acordo com Hermans (2001c, 2004) e Hermans e Kempen (1993), todas as narrativas pessoais são construídas sobre relações dialógicas nas quais as vozes envolvidas usufruem de graus desiguais de poder, que, naturalmente, acabam por definir os limites do que pode ser e não ser ouvido, compreendido e não compreendido. Ainda que a estrutura de poder não determine por si só o sistema de significados, esta organiza e, frequentemente, constrange o espaço dialógico das múltiplas narrativas. A possibilidade de ser ouvido – e logo de dominar o pensamento e a acção – aparece, assim, como um privilégio que não é partilhado de igual forma por todas as posições identitárias. Neste sentido, as diferentes posições da identidade não são apenas relacionais no sentido da troca dialógica (simetria), mas também se organizam de acordo com relações de domínio (assimetria) que dinamicamente estruturam a multiplicidade de vozes.

De forma a fundamentarem a sua perspectiva, Hermans e Kempen (1993) citam o trabalho de Per Linell (1990; cit. Hermans & Kempen, 1993) sobre padrões de assimetria/simetria no diálogo intersubjectivo, com base no grau diferencial de poder de cada um dos interlocutores. Linell argumenta que em todas as interacções dialógicas entre dois interlocutores está presente uma certa assimetria. Em cada momento, o participante activo – ou seja, aquele que possui a palavra – encontra-se numa posição de vantagem que lhe permite expressar a sua perspectiva pessoal e influenciar a interpretação do outro. Consoante o tipo de interacção dialógica (e.g., uma conversa entre amigos, um interrogatório policial, uma palestra), o poder pode estar repartido de forma mais ou menos equitativa entre os interlocutores, podendo os diálogos ser mais simétricos (i.e., aqueles que procedem de forma cooperativa pela alternância da palavra entre os dois interlocutores) ou mais assimétricos (i.e., quando uma das partes detém o controlo da comunicação por meio de diversas estratégias, como por exemplo: quantidade de discurso produzida, maior número de movimentos de iniciação do discurso, introdução e manutenção dos tópicos e das perspectivas sobre o tópico da comunicação e intervenções estratégicas para a prossecução do diálogo).

Tomando por referência o trabalho de Linell, Hermans e Kempen (1993) sugerem que – à semelhança do que acontece em termos interpessoais e por força das intensas transacções entre o domínio interno e externo do Eu – a dinâmica intra-subjectiva se auto-organiza em torno de questões de poder diferencial entre as várias

posições discursivas. À imagem do que sucede nas situações sociais nas quais o poder, o prestígio e a autoridade não se encontram equitativamente distribuídos pelos indivíduos e pelos grupos, também na identidade – e em função da situação – as vozes são investidas de diferentes tipos e graus de autoridade. Neste âmbito, algumas posições identitárias podem ter uma voz mais autoritária e hegemónica, capaz de dominar e até de silenciar as potenciais vozes de outras posições. Não obstante, e como em qualquer outra sociedade, também na comunidade de vozes identitárias existem contra-vozes que se esforçam por enfraquecer ou silenciar as vozes mais autoritárias (Skinner, Valsiner & Holland, 2001).

A inevitável ligação entre os domínios social e pessoal, implica que estes se criem e constituam mutuamente. Desde muito cedo na vida, que a visão que as pessoas detêm do mundo e o modo como organizam as suas experiências se encontram sujeitos à apreciação e validação social. Ainda que a perspectiva dos outros possa não determinar o sentido pessoal de identidade, certamente que a interacção com as suas grelhas valorativas e de constituição da realidade terá influência no mesmo. Nas trocas sociais, haverá posições pessoais mais e menos apreciadas, mais e menos desejáveis, mais e menos consensuais, consoante as comunidades de pertença. Por conseguinte, as interacções sociais organizam o repertório de posições e constroem a construção das estruturas de significado pessoal, tornando algumas posições dominantes (as aprovadas), enquanto outras podem ser suprimidas ou até excluídas (as desaprovadas ou rejeitadas) do campo relacional (Hermans & Kempen, 1993).

Hermans (1996) sugere que o processo de significação é, precisamente, viabilizado pela estruturação hierárquica temporária das múltiplas posições discursivas (i.e., pelo domínio temporário de uma voz que assume autoridade para regular o discurso intrapsíquico), que periodicamente e espontaneamente se reajustam, podendo as posições mais dominantes passar para um segundo plano e as posições anteriormente não dominantes assumir um papel de maior controlo. Deste modo, o diálogo – enquanto processo de co-construção da realidade – implica sempre o domínio de uma das partes sobre a outra. Todas as posições da identidade estão inter-relacionadas e todas se encontram localizadas num campo de tensões entre a troca (simetria) e o domínio (assimetria). Quanto mais simétrico for o diálogo maior o equilíbrio na influência de cada uma das partes no significado construído e quanto mais assimétrico mais este constribe as trocas de perspectivas e de experiências entre as partes envolvidas.

3.4.2. Auto-regulação semiótica

A abordagem semiótica do processo de construção de significado proposta por Valsiner, vem complementar a teoria do *self* dialógico desenvolvida pela equipa de Hermans, no que respeita à concepção de significado como um movimento dialógico entre posições discursivas (Hermans & Kempen, 1993). Por certo, ao acentuar o carácter comunicacional e contextual das relações entre os elementos dinâmicos da identidade (i.e., as posições vocalizadas do Eu), a teoria dialógica de Hermans tem em consideração o papel “[d]os sistemas semióticos humanos e [d]as suas ferramentas linguísticas” (d’Alte *et al.*, 2007, p. 25) na elaboração dos significados pessoais. Numa leitura dialógica, é dentro e por entre relacionamentos que os seres humanos se constituem e atribuem significado à sua existência, assumindo este relacionamento um carácter dialógico/comunicacional que, por sua vez, é possibilitado pelos recursos linguísticos/semióticos culturalmente disponíveis. Deste modo, mesmo desta óptica, se presume que todas as actividades humanas (as intrapessoais e as interpessoais) são mediadas pela construção e uso de signos (especialmente de símbolos como a linguagem), ou seja, são actividades semióticas (Valsiner, 2002, 2004, 2007). Ainda assim, fica a faltar no modelo do *self* dialógico a compreensão analítica de como a mediação semiótica é constitutiva da subjectividade humana – análise esta, proposta por Valsiner e de seguida sumariamente apresentada.

Na concepção de Valsiner (2002, 2007) a identidade dialógica funciona como auto-regulador do fluxo experiencial, na medida que gera continuamente significados pessoais do tipo “o que é isto que está a acontecer” (p. 262), por processos de mediação semiótica. A criação de significado – que na perspectiva deste autor constitui a principal tarefa adaptativa dos seres humanos (i.e., é por seu intermédio que estes regulam as suas trocas com o mundo e reduzem a incerteza face ao futuro imediato) – é possibilitada pelo uso de sistemas semióticos, de entre os quais se destaca a linguagem (i.e., um sistema de signos historicamente constituído e socioculturalmente partilhado)¹⁸.

Perante a diversidade e a indeterminação da informação experiencial recebida, a comunidade dialógica de vozes identitárias gera uma multiplicidade de significados abstractos (i.e., criação de signos), que se organizam em estruturas hierárquicas de acordo com o seu nível de generalização. Assim, os significados que ocupam os níveis

¹⁸ A ênfase concedida à linguagem, enquanto sistema semiótico constitutivo da vida psicológica dos seres humanos, é claramente expresso por Josephs e Valsiner (1998) na afirmação de que é “através da linguagem [que] nós criamos as nossas preocupações e os nossos sentimentos de terror, bem como as nossas esperanças e os nossos sentimentos ilusórios de segurança” (p. 68).

superiores da hierarquia – os meta-significados – funcionam como reguladores dos que se situam em níveis inferiores – significados mais específicos –, que, por sua vez, tornam a experiência imediata significativa. A co-emergência de reguladores semióticos e de significados generalizados garante a auto-regulação da hierarquia semiótica ao longo do tempo e por entre contextos distintos (Valsiner, 2002, 2007). A principal função do sistema de auto-regulação semiótica é garantir a sua suficiência para atribuir significado à experiência imediata, “bloqueando a proliferação desnecessária da evocação de signos em qualquer contexto aqui-e-agora” (Valsiner, 2002, p. 262).

A construção semiótica é um fenómeno permanente e abundante, pelo que muitos significados gerados são abandonados, alguns antes mesmo do seu uso e outros depois de usados, sempre que estes se revelam desnecessários para posteriores utilizações (Valsiner, 2007). É precisamente função do processo de mediação semiótica impedir que, em cada momento, os seres humanos atendam a um sem número de interpretações imediatamente possíveis, mas menos verosímeis para a experiência corrente e que por questões práticas podem (e devem) ser ignoradas. Por exemplo, é possível ter um acidente fatal numa viagem de avião pelo que viajar de avião pode significar perigo de vida, mas tal possibilidade não é de todo expectável dada a baixa probabilidade que o avião em que viajamos tem de se despenhar. Ora, ao bloquear a emergência de um grande número de perspectivas alternativas sobre uma dada situação ou acontecimento, os reguladores semióticos evitam uma eventual síntese disfuncional de significados e viabilizam a acção imediata do sujeito (Valsiner, 2007).

Desta perspectiva, o processo de construção de significado é simultâneo ao de auto-regulação, na medida em que são as dinâmicas superestruturas hierárquicas de significados mediadas por signos que regulam a fluidez estrutural das posições do Eu (Valsiner, 2004). Quer isto dizer, que uma hierarquia de significados pessoais, sobreposta à estrutura vertical das posições do Eu, parece gerir os diálogos que se estabelecem entre estas posições. Em cada momento, o entendimento no diálogo entre as posições é conseguida pela activação de um meta-significado – pertença de uma posição com um nível superior de autoridade e poder – que se impõe sobre os restantes resolvendo eventuais tensões entre significados diferentes (e, por vezes, até divergentes e conflituosos). Deste modo, as posições que personificam os significados mais abstractos (ou meta-significados) são as que, em cada momento, se encontram nos níveis superiores da estrutura de poder e as que dominam sobre as outras, devido, precisamente, aos seus poderosos argumentos. O poder de um significado, emitido a

partir de uma perspectiva particular, sobre os demais é temporário e a reorganização vertical da estrutura dinâmica de posições é possível a todo o instante através da síntese de novas ferramentas semióticas, quer pelo estabelecimento de novas relações entre as posições do Eu, quer pela integração de novas posições no sistema (Duarte, Rosa & Gonçalves, 2006; Valsiner, 2002, 2004).

O espaço para o diálogo – delimitado pelas diversas posições discursivas e possibilitado pelas suas propriedades vocais e dialógicas – parece então, funcionar como um poderoso catalizador do processo de síntese e estruturação de significados (Valsiner, 2002). As constantes tensões, conflitos, oposições e divergências entre significados, associados a duas ou mais posições discursivas distintas, são a base para a transformação das relações entre as posições e, conseqüentemente, do próprio sistema de organização – num processo nunca finalizado. Deste modo, a estabilidade do processo identitário não é dada, mas emerge das relações e negociações dinâmicas entre o indivíduo e a sua “semiosfera” (Valsiner, 2007).

Em suma, a identidade dialógica, continuamente envolta numa actividade de (re)actualização da estrutura dinâmica das suas posições, é narrativamente estruturada e semioticamente regulada (Valsiner, 2002, 2004).

4. Identidade dialógica, alteridade e afectividade

“Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim para o Outro.”

(Mário de Sá-Carneiro, 2000, p. 94)

“Continuamente sinto que fui outro, que senti outro, que pensei outro.
Aquilo a que assisto é um espectáculo com outro cenário.
E aquilo a que assisto sou eu.
Encontro às vezes, na confusão vulgar das minhas gavetas literárias,
papéis escritos por mim [...].
E muitos deles me parecem de um estranho; desconheço-me deles.
Houve quem os escrevesse, e fui eu.
Senti-os eu, mas foi como em outra vida,
de que houvesse agora despertado como de um sono alheio.”

(Bernardo Soares, 2007, p. 210)

Na base de uma abordagem dialógica encontra-se o pressuposto ontológico de que os seres humanos, e conseqüentemente os seus processos psicológicos, têm uma natureza relacional e comunicacional (Salgado, 2005). Desta perspectiva, a criação de significado para a existência e experiência humanas envolve um jogo relacional, discursivamente sustentado, entre um Eu e um Outro (ou múltiplos outros) – presente ou ausente, real ou imaginário¹⁹. Em todo e qualquer acto comunicacional quem “fala” (faz, pensa ou escreve) dirige-se sempre para algo ou alguém, pelo que qualquer actividade de conhecimento (nomeadamente, o autoconhecimento) é uma prática interactiva na qual a pessoa se posiciona face ao(s) Outro(s). Equivale isto a afirmar, que o desenvolvimento da identidade pessoal é uma realização relacional, ou seja, que só existe no diálogo com os Outros (e com o próprio) sem os quais não se poderá definir (Hermans, 2004). Porém a noção de diálogo requer não apenas uma orientação para o Outro mas também uma separação do Outro. Nas palavras de Hermans e Kempen (1993, p. 65): “Alguém diz algo a um outro da sua própria perspectiva”. Assim, Eu e Outro são os dois pólos da existência humana e o significado de cada um deriva, precisamente, da coexistência do outro.

Nesta reflexão, partimos do princípio de que os processos humanos de significação e de conhecimento se consubstanciam e desenvolvem em interdependência com os outros, para abordarmos a identidade pessoal como um espaço dialógico entre um Eu e um Outro (uma pessoa, um grupo, uma comunidade, uma sociedade) dinamicamente regulado por afectos.

Uma das premissas da teoria dialógica da identidade (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Hermans & Kempen, 1993; Hermans, Kempen & van Loon, 1992) é que quando uma pessoa conta uma história acerca de si mesma ou do mundo, para além da posição particular que ocupa no espaço e no tempo a partir da qual narra a sua versão dos acontecimentos, se dirige sempre a outra ou outras posições situadas no seu mundo subjectivo ou no ambiente externo. Isto será o mesmo que dizer, que a identidade pessoal – ao invés de uma narrativa acabada que alguém conta a um Outro – é uma história continuamente elaborada e reelaborada por duas ou mais vozes através de intersecções e trocas dialógicas. Falante e ouvinte são, desta perspectiva, co-construtores da história. Eventualmente, todos teremos já tido a oportunidade de observar alguém a contar diferentes histórias acerca de si ou do mundo, ou diferentes

¹⁹ O reconhecimento da importância do Outro na constituição da subjectividade humana rompe com a tradição filosófica moderna, que perspectiva “o ‘eu’ como uma unidade autoconstituída, independente da existência de um ‘outro’, e de ‘outros’ que são singulares e independentes” (Coelho & Figueiredo, 2003, p. 194).

versões de uma mesma história, em função da sua audiência. Isto revela, que cada unidade da narrativa (i.e., cada significado construído) resulta de um encontro entre vozes: entre a voz do autor e a voz antecipada do destinatário. Assim, quem ouve a história – o Outro – influencia o que é dito e como é dito, ou seja, é já parte integrante do autor ou, nas palavras de Hermans (2004), é um *outro eu*. De igual modo, a pessoa funciona como audiência de si mesma em qualquer construção narrativa. Mesmo quando se dirige a um outro real, a pessoa ouve (lê ou vê) simultaneamente o que está a dizer (a escrever ou fazer), tomando parte de um processo de autodiálogo.

Ao narrar uma história a partir de uma posição particular, para além de um conjunto de significados, a pessoa expressa afectos nos significados comunicados que, por sua vez, traduzem a qualidade do seu envolvimento com a audiência (i.e., outras posições pessoais, pessoas ou objectos a quem a história se dirige) e/ou com o referente (i.e., outras posições pessoais, pessoas ou objectos que fazem parte do conteúdo da história). Cada voz é estruturalmente constituída por um conjunto diferenciado de cargas afectivas que se encontram endereçadas para pessoas, acontecimentos, objectos, o próprio ou o seu corpo (Hermans, 2001c; Hermans, Ricks & Kempen, 1993). Quer isto dizer, que cada significado pessoal encerra um determinado valor, um valor de cariz emocional – e por esta razão na terminologia de Hermans os significados são também designados de valorações. Deste modo, os afectos, enquanto partes integrantes das valorações, correspondem aos aspectos volitivos da identidade, ou seja, representam as dimensões motivacionais, proactivas e intencionais da capacidade auto-organizadora da identidade pessoal nas suas transacções com o exterior, expressando uma orientação ou movimento na acção da pessoa no mundo. Daí Hermans, Ricks e Kempen (1993, p. 219) considerarem o afecto “o movimento metafórico implícito numa valoração”.

A relação entre identidade, alteridade – i.e., a presença do Outro no Eu – e afectividade foi metodologicamente operacionalizada por Hermans (1987a, 1987b, 1991, 1999) e Hermans e Hermans-Jansen (1995) no método da autoconfrontação (cf. ponto 2.4 deste capítulo), através do qual a pessoa associa um conjunto de valorações (construídas a partir de posições internas e/ou externas significativas da sua identidade pessoal) a um conjunto de afectos. Teoricamente, a articulação destes conceitos – nomeadamente, o papel da afectividade no desenvolvimento de uma identidade dialógica – não tem sido objecto de grande atenção por parte dos teóricos da área. Neste ponto, pretendemos contribuir para o colmatar desta lacuna, abordando a inerência

dialógica da vida psicológica – i.e., o papel dos outros na constituição da subjectividade humana – e particularmente as dimensões afectivas e motivacionais deste processo.

4.1. O primado da relação e da alteridade

Começamos por recuperar a afirmação de que, no modelo do *self* dialógico, a subjectividade humana é perspectivada como uma construção relacional entre um Eu e um Outro – ou entre um centro e uma periferia (Holquist, 1990), ou ainda entre um ego e um alter (Marková, 2003). E prosseguimos pela decomposição analítica dos conceitos sobre a qual esta se constitui.

A *pessoa* (ou para usarmos a mesma terminologia, o *Eu*) é, no seio deste modelo, tomada como o ponto de partida de qualquer processo dialógico de construção de significado: é o centro processador da experiência no aqui-e-agora e o agente que activamente torna a acção no mundo possível. Sem uma construção reflexiva sobre a localização do Eu no momento (em termos de tempo e de espaço) de vida, não seria possível definir qualquer outra posição complementar. Por isso, Valsiner (2007) defende que “qualquer relação dialógica está centrada no eu” (p. 131).

Por seu lado, e desta perspectiva, o *Outro* (cf. ponto 3.3.3 deste capítulo), com quem a pessoa interage dialogicamente na construção de significado, não é apenas tido como um personagem do mundo exterior, mas é, simultaneamente, uma voz que habita o espaço social da pessoa. Quer isto dizer que o Outro, proveniente do “exterior”, só adquire existência psicológica quando internalizado pela pessoa como uma posição subjectiva – o que acontece através da experiência de se relacionar intersubjectivamente com ele. Esta dupla localização do Outro no reino objectivo e subjectivo – geradora de tensões e conflitos – cria a alteridade em cada vivência psicológica, através da qual o Outro é sentido como uma experiência pessoal. Neste âmbito, Hermans (2003, 2004) refere-se ao Outro como uma posição externa do repertório de posições da pessoa – ou seja, um *outro eu* – que, como uma outra pessoa (ou como um objecto personificado), ocupa uma posição no espaço dialógico. Como uma outra posição do Eu, este Outro tem uma versão dos acontecimentos com um conteúdo e uma estrutura diferente da versão contada a partir da perspectiva actual do Eu (i.e., da posição que o Eu ocupa no aqui e agora).

A consideração do Outro como parte intrínseca do espaço subjectivo (para além da sua eventual existência no mundo externo), implica que este não possa ser abordado

apenas como um objecto de relação ou conhecimento. O Outro só pode ser conhecido através do diálogo relacionalmente sustentado, no qual lhe é dada a oportunidade de se revelar a partir da sua própria posição (Hermans, 2003). Além disso, pressupõe que o autoconhecimento depende também do que se conhece do Outro (ou, por outras palavras, da relação com este Outro) que habita o espaço social da identidade pessoal. Por conseguinte, Hermans (2003) concebe o autoconhecimento como o conhecimento de uma identidade projecto, que vai sendo construída num diálogo contínuo e inacabado com o Outro. Nas suas palavras: “o-self-em-relação-com-o-outro é uma forma de exploração e descoberta social como parte de um diálogo inacabado, tanto externo, com o outro real, como interno, com o outro imaginado” (Hermans, 2003, p. 104). Deste modo, conhecimento e autoconhecimento procedem de forma inter-relacionada: o autoconhecimento pressupõe o conhecimento do próprio (i.e., das posições que integram o domínio interno do repertório), mas também do Outro como um *outro eu* (i.e., enquanto posição do domínio externo do repertório de posições pessoais) (Hermans, 2003). E assim, “o autoconhecimento é então a descoberta da alteridade do outro, e como consequência, o meu autoconhecimento aumenta quando a alteridade do outro é admitida e explorada como parte do domínio externo do meu self” (Hermans, 2003, p. 104).

Em conformidade, é agora possível afirmar que todos os processos humanos e todas as funções psicológicas têm a sua génese nas relações sociais com os outros (significativos e culturalmente generalizados). As pessoas desenvolvem-se de forma interdependente, ou seja, só existem em si e para si, quando e pelo facto de existirem para outros. Sem o reconhecimento dos outros “a nossa subjectividade, a nossa autonomia, a nossa liberdade autoconsciente não têm sentido” (Auerbach & Blatt, 2001, p. 430). Um exemplo paradoxal do quanto a nossa existência se encontra dependente de um Outro independente, é o de que, mesmo quando alguém pretende afirmar a sua independência, esta depende do seu reconhecimento pelos outros. Assim, o Eu emerge por referência a um Outro: não há subjectividade sem intersubjectividade, não há Eu sem Outro (Auerbach & Blatt, 2001; Coelho & Figueiredo, 2003; Góes, 2000; Salgado & Hermans, 2005; Valsiner, 1994). São as relações de partilha entre diferentes subjectividades que conduzem à emergência de diferenciação no mundo subjectivo dos processos psicológicos individuais.

É um facto que desde o início da vida as relações interpessoais são parte integrante do Eu e os Outros significativos personagens das autonarrativas. Como

descreve Bertau (2004), desde muito cedo os seres humanos relacionam-se com o mundo, respondendo de forma contingente às estimulações sociais por meio de gestos difusos e indiferenciados (e.g., sorrindo perante o sorriso dos outros, chorando perante o choro dos outros, experienciando as propriedades internas dos gestos e expressões que percebem nos gestos e expressões exibidos pelos outros). Progressivamente, começam a perceber os outros como tendo uma existência separada da sua, um corpo distinto do seu. Os actos sociais difusos e as rotinas ritmadas entre crianças e adultos evoluem, então, para trocas mútuas entre parceiros que se entendem como intencionais e se posicionam perante uma certa perspectiva do outro e do mundo. A precoce distinção entre *eu* e *tu*, e a capacidade para assumir a perspectiva do outro marcam o início de um processo de desdobramento pessoal em que surgem novas vozes e se multiplicam as possibilidades de diálogo entre diferentes posições (Bertau, 2004). Daqui se depreende que a alteridade é uma experiência virtualmente omnipresente na existência humana.

Da perspectiva dialógica, a *subjectividade humana* compreende um Eu e um Outro – enquanto elementos distintos mas funcionalmente interdependentes de um mesmo sistema – e emerge da tensão dinâmica entre os dois: a necessidade de relacionamento e a necessidade de diferenciação (Auerbach & Blatt, 2001). Os seres humanos são seres relacionais nos aspectos sociais e comunicacionais da sua existência, mas têm igualmente existências independentes – princípio da “separação inclusiva” de Valsiner (2007). A separação dos parceiros de uma comunicação é, deste ponto de vista, um aspecto crucial para que estes possam manter um diálogo significativo e sensível à perspectiva do outro, ou seja, para que sejam seres verdadeiramente sociais (Bertau, 2004).

Para o dialogismo, nenhuma forma de vida humana é possível senão através do relacionamento dialógico com o Outro e com o mundo. Porém, a noção de diálogo implica não apenas uma orientação para o Outro, mas também uma separação do Outro. Qualquer interacção dialógica envolve dois movimentos complementares: um, em que o Eu se dirige para o Outro, num movimento centrífugo de entrar em contacto com o espaço subjectivo do Outro de forma a reconhecer e a assumir a sua perspectiva; e um movimento centrípeto de contração em si, na medida em que a interpretação deste distinto ponto de vista e a resposta ao mesmo se fazem sempre através dos termos do próprio Eu – o que requer simultaneamente uma separação do Outro (Hermans & Kempen, 1993). Se a pessoa assumisse por completo a perspectiva do Outro, deixaria de

ser capaz de reflectir por si e sobre si; mas, por outro lado, se se afastasse totalmente da posição do Outro nunca seria capaz de compreender a sua perspectiva (Valsiner, 2007).

É do paradoxo de sermos simultaneamente semelhantes e diferentes dos outros que resulta o diálogo inovador. As comunicações (tanto com os outros como com o próprio) só são significativas em termos de progresso na forma de pensar ou sentir dos seus participantes, se estas, para além de serem viáveis – pela partilha de algum património linguístico e cultural comum –, envolverem posições diferentes. De contrário, se os participantes tiverem a mesma perspectiva do mundo e partilharem a mesma informação não será de esperar muito progresso desta negociação (Hermans, 2004).

No final, Eu e Outro permanecerão como perspectivas distintas, irreduzíveis e assimétricas, capazes apenas de se encontrarem no espaço e no tempo da autonarrativa. Sem a perspectiva do Outro nunca nos conheceremos de facto, mas, por outro lado, nunca teremos um conhecimento completo da perspectiva deste Outro (Barresi, 2002; Hermans, 2001c, 2003, 2004). Assim, o Eu nunca se poderá fechar ao exterior ou identificar-se completamente com o Outro. Como sugere Barresi (2002, p. 249) “mesmo que o self pudesse juntar o seu próprio passado e futuro no presente, este nunca poderia incluir a perspectiva ou actividade do outro. O outro é sempre um permanente desconhecido”. Por esta razão, a tensão entre o Eu e o Outro nunca se consuma, e a autonarrativa nunca tem um final unificador.

4.2. Afectividade e motivação

Nas suas interacções dialógicas o Eu e o Outro não comunicam apenas significados mas, juntamente com estes, afectos e sentimentos²⁰. Segundo Stiles, Osatuke, Glick e McKay (2004), qualquer encontro com o Outro evoca uma reacção afectiva (ou avaliativa) no sujeito que reflecte a valência positiva ou negativa do acontecimento relacional. Pelo que “sentir é relacionar-se” (Salgado, 2006).

Comungando desta mesma perspectiva – mas partindo de uma abordagem semiótica –, Valsiner (2007) afirma que “a vida psicológica humana, nas suas formas

²⁰ Stiles, Osatuke, Glick e McKay (2004) distinguem, com base em António Damásio, diferentes níveis no processo emocional, utilizando para este propósito os termos afecto e sentimento. De acordo com estes autores, o *afecto* (emoção, em Damásio) corresponde a uma resposta automática e muito rápida do organismo perante novas experiências. Enquanto, por sua vez, o *sentimento* corresponde ao reconhecimento do afecto (i.e., mapear as alterações no estado do organismo associadas ao evento activador). O sentimento é um processo mais lento e duradouro, através do qual o centro actual processador da experiência (i.e., a voz que detém a palavra no momento) valora a experiência.

mediada por signos, é afectiva na sua natureza” (p. 265). Do seu ponto de vista, os significados não são mais do que instrumentos semióticos que permitem organizar os afectos emergentes nas interacções da pessoa com o mundo e com os outros. Ou seja, as pessoas atribuem significado ao fluxo constante de experiências através dos afectos que, por sua vez, se encontram culturalmente organizados pelo uso e criação de signos. Assim, todos os encontros com o mundo envolvem afectos e, eventualmente, interpretações sobre estes afectos – i.e., sentimentos.

Mikael Leiman (2002) partilha da noção de que o sentimento é um fenómeno semiótico que une a pessoa aos que a rodeiam. Leiman (2004) postula que em cada elocução o autor expressa uma posição (i.e., uma atitude, uma avaliação) perante o destinatário (voz interna ou entidade do mundo à qual a elocução é dirigida) e o referente (voz interna ou entidade do mundo acerca da qual a elocução é construída) da mesma. Partindo desta leitura, Stiles, Osatuke, Glick e Mckay (2004) sugerem que o conceito de posição se aproxima do de expressão emocional. Do seu ponto de vista, a expressão emocional é “uma (forte) posição [que] o autor toma relativamente à expressão do destinatário ou [do] seu referente” (Stiles, Osatuke, Glick & Mckay, 2004, p. 98).

Assumir uma posição é, então, ocupar uma estância específica perante o Outro, da qual se avalia, simultaneamente, o Outro e o mundo em redor. Cada voz (i.e., cada gesto, elocução ou acção) é estruturalmente constituída por um conjunto diferenciado de cargas afectivas que se encontram endereçadas ao(s) seu(s) destinatário(s) e/ou referente(s) (Hermans, 2001c; Hermans, Ricks & Kempen, 1993). Assim, todos os actos comunicacionais veiculam não apenas significados, mas também, intrinsecamente, elementos avaliativos de natureza emocional²¹ – transformando o espaço relacional num campo de valores energético (Salgado, 2005, 2006).

O valor positivo ou negativo que um determinado encontro adquire para a pessoa não surge por acaso, antes reflecte o grau de gratificação do motivo que rege, naquele instante, a actividade do sujeito e as suas transacções com o exterior. Os afectos são os representantes das dimensões motivacionais e intencionais que organizam as permutas das pessoas com o exterior e expressam a orientação da acção imediata da pessoa no mundo. E, neste sentido, são “o combustível e o guia (e outras vezes a

²¹ A teoria da valoração de Hermans assenta precisamente no pressuposto de que todos os significados pessoais têm uma componente afectiva ou avaliativa o que explicará provavelmente que, na sua terminologia, os significados sejam designados como “valorações”.

âncora) do self motivado, direccionando a cognição para resolver o que interessa ao self” (Whelton & Greenberg, 2004, p. 112).

Por regularem as relações da pessoa consigo, com os outros e com o mundo, os afectos e os sentimentos são considerados os componentes dinâmicos da *pessoa-em-relação* (Salgado, 2005, 2006). Porém, enquanto “estados relacionais” (Trevarthen, 2001; cit. Salgado 2006) os sentimentos não só têm potencial para aproximar os parceiros de uma comunicação, como também para os afastar. Quer isto dizer, que os sentimentos reflectem não apenas concórdia e coordenação, mas também tensão, oposição e conflito. Assim, sentimentos agradáveis (tais como: alegria, prazer, felicidade e tranquilidade) encontram-se presentes em momentos de sintonia com o Outro, transmitindo a sensação de gratificação e de entendimento perfeito; enquanto que, por seu lado, sentimentos desprazerosos (tais como preocupação, infelicidade, desânimo e desapontamento) assinalam encontros em que há perda ou oposição entre o Eu e o Outro e em que as intenções são frustradas (Salgado 2005).

Nas relações humanas – e partindo do pressuposto de que os afectos se encontram sempre dirigidos para (ou sobre) alguém –, para além de ser possível identificar a presença de afectos positivos e negativos, é também possível distinguir afectos dirigidos para o próprio (através dos quais o Eu é experienciado como uma entidade autónoma e autocompetente; dos quais são exemplo, os afectos de: auto-estima, força, autoconfiança e orgulho) de afectos endereçados para os Outros (sinalizadores de experiências de cooperação e de reciprocidade com os outros ou de proximidade a algo ou alguém, como são exemplo os afectos de: carinho, amor, ternura e intimidade) (Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Por sua vez, estas duas categorias afectivas caracterizam a tendência subjacente nas interacções humanas: os afectos dirigidos para o próprio assinalam relações em que o Eu procura manter ou aumentar a sua separação, autonomia e independência face ao Outro e ao mundo (i.e., movimento centrípeto); e quando, por outro lado, o Eu procura interdependência e abertura ao mundo e aos outros (i.e., o movimento centrífugo) os afectos tendem a ser dirigidos mais para o Outro do que para o próprio. De acordo com Hermans e Kempen (1993), apesar de estes dois movimentos serem simultâneos, em determinados momentos um pode dominar sobre o outro (cf. Tavares, Salgado & Gonçalves, 2006).

Dentro desta perspectiva, estes dois tipos de posicionamento – característicos das interacções humanas – podem ser conceptualizados como dois sistemas motivacionais distintos (ainda que complementares). Seguindo a proposta de Hermans e

Hermans-Jansen (1995), em toda a actividade de construção de significado podem distinguir-se duas orientações ou motivações complementares: o motivo de autovalorização ou motivo S (que se refere à procura de reconhecimento, sucesso e poder) e o motivo de contacto e de união com os outros ou motivo O (que se refere às necessidades de amor, intimidade e carinho com o outro). Quando as forças centrípetas dominam sobre as centrífugas e o sujeito se dirige afectivamente para si, as preocupações pessoais surgem como o motivo principal; na situação inversa, as preocupações com os outros tornam-se preponderantes. Estas duas orientações ou motivações não são mutuamente exclusivas, mas uma pode dominar sobre a outra. Diferentes acontecimentos e interacções podem activar os dois motivos ou activar mais um do que outro, sendo que os afectos resultam da satisfação, ou não, destes motivos (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

Em suma, a natureza relacional da existência humana tem como principal característica o endereçamento (i.e., o que é dito é sempre endereçado a alguém). Dirigir-se a alguém é uma particularidade constitutiva da existência humana, sem a qual não há (nem poderia haver) vida. Tudo o que fazemos ou pensamos e dizemos ou escrevemos, fazemo-lo ou pensamo-lo e dizemo-lo ou escrevemo-lo para uma outra pessoa, presente ou ausente (Salgado & Gonçalves, 2007). O endereçamento comunicacional ao Outro tem sempre dois lados: o da aproximação ao Outro, das comunalidades e da identificação; e o da separação, da independência, das diferenças e da autodefinição (Auerbach & Blatt, 2001; Hermans, 2001d; Linell, 2005). O posicionamento dinâmico da pessoa entre estes dois pólos, presentes em todas as interacções humanas, é regulado por afectos. Ou seja, em qualquer relação de construção de significado as pessoas aproximam-se e/ou afastam-se, em função do que sentem e que, por sua vez, encontra correspondência na satisfação ou não das necessidades que orientam, naquele momento, a sua acção no mundo. Quando os afectos dominantes se voltam para os outros e para as necessidades de aprovação e de aceitação por parte daqueles com quem se relaciona, a pessoa move-se no sentido da comunhão e da identificação com o Outro; pelo contrário, quando prevalecem as autopreocupações em torno da eficácia e da competência pessoal, os afectos centram-se no próprio, que assim se afasta mais do Outro.

5. Contribuição da abordagem dialógica da identidade para o estudo do psicoterapeuta

“Nós criamos a necessidade de ‘ser alguém’ (mãe, pai, presidente, celebridade, etc....) e depois dedicamos as actividades da nossa vida a tornarmo-nos neste ‘alguém’. Nós inventamos a necessidade de ser ajudados neste esforço por ser – e criamos ‘profissões de ajuda’ de empregados de mesa, cozinheiros, guardas de segurança e – a último mas não a menos importante – psicólogos”.

(Salvatore & Valsiner, 2006, p. 127)

Após a análise dos fundamentos e pressupostos centrais do modelo do *self* dialógico, é chegado o momento de reflectir sobre a eventual contribuição desta concepção teórica para o estudo científico do psicoterapeuta.

No primeiro capítulo deste trabalho (cf. capítulo I), revimos a literatura empírica devotada ao psicoterapeuta enquanto objecto de um considerável número de estudos no campo da psicoterapia e concluímos que esta se encontra maioritariamente organizada em duas grandes linhas: uma que procura compreender o efeito do terapeuta nos resultados e no processo terapêutico, e uma outra que se centra na exploração das consequências pessoais do exercício da actividade psicoterapêutica. Os resultados destas áreas de pesquisa parecem apoiar duas conclusões principais: (1) que as dimensões pessoais do terapeuta influenciam de algum modo a capacidade para desempenhar eficazmente a actividade terapêutica; e (2) que as dimensões pessoais da vida do psicoterapeuta são afectadas (sendo este impacto nalguns casos positivo e noutros negativo) pelo trabalho psicoterapêutico. Por fim, esta análise suscitou em nós uma reflexão: a de que – não obstante o facto de a pesquisa abordar as relações entre o papel e a pessoa do psicoterapeuta de uma perspectiva unidireccional – na maioria das situações, muito provavelmente, as características específicas da prática psicoterapêutica e as dinâmicas pessoais do psicoterapeuta exercem os seus efeitos de forma mútua e interactiva. Ora, é precisamente na sequência desta consideração que nos parece que o modelo dialógico pode contribuir de forma inovadora e frutuosa para um estudo mais compreensivo e aprofundado do psicoterapeuta.

A enorme quantidade de estudos revistos, ao centrarem-se na dicotómica relação de influência da “pessoa” do terapeuta na psicoterapia e da prática psicoterapêutica continuada na “pessoa” do terapeuta, sugere que a visão Cartesiana do mundo é ainda o paradigma prevalecente em muita da investigação contemporânea realizada em

psicologia²². Porém, de uma perspectiva dialógica, não faz sentido que se continue a abordar a “pessoa” e o “papel social” como se de duas “variáveis” distintas se tratasse. Deste ponto de vista, o *psicoterapeuta* é alguém que tem uma relação pessoal com o próprio papel social. Ou, por outras palavras, *ser psicoterapeuta* é matéria de organização pessoal através do papel.

A possibilidade de estudar o mundo subjectivo de cada pessoa de um modo que congrega (sem fundir) os seus aspectos individuais e socioculturais, enquanto, simultaneamente, respeita a natureza inacabada do ser humano, é – em nosso entender – uma das maiores potencialidades que a visão dialógica da natureza humana terá para oferecer ao estudo do psicoterapeuta. Nas palavras de Valsiner (1994, p. 1), esta visão “preserva o papel central da subjectividade socialmente constituída no processo de contínua criação de intersubjectividade, no tempo irreversível do curso de vida da pessoa”. E é precisamente partindo desta postura epistémica, que tentaremos contribuir para o campo de estudo do psicoterapeuta, pela exploração de uma visão alternativa no que concerne à relação entre o papel de psicoterapeuta e a pessoa que se encontra por detrás (ou melhor, que vive por dentro) deste mesmo papel.

Ao analisarmos o significado do que é *ser psicoterapeuta*, concluímos, com relativa facilidade, a artificialidade presente na separação entre as “variáveis” pessoa e papel. Se não vejamos. Ser psicoterapeuta vincula sempre uma pessoa ao desempenho de um papel social – neste caso, ao papel social de psicoterapeuta (cf. ponto 3.3.3 deste capítulo).

Os papéis sociais são, por definição, “*sugestões sociais*” (Valsiner, 2004) que têm por função orientar, organizar e, também, constranger as actividades intra e interpessoais dos indivíduos em contextos específicos de acção (em termos do que é, ou não, socialmente aceitável e desejável). Contudo, estas mensagens – estruturadas em torno de normas, expectativas e prescrições sociais – são por natureza heterogéneas, múltiplas, ambíguas e, muitas vezes, contraditórias, cabendo ao indivíduo responder ao que é socialmente sugerido, transformando-o em algo pessoalmente relevante.

A transformação do património colectivo em “culturas pessoais” (Valsiner, 2007) requer contudo, mais do que a internalização passiva da mensagem social: requer a sua reconstrução subjectiva. Isto compromete cada pessoa com uma procura activa de

²² Entenda-se que o dualismo psicológico de Descartes não se dirige apenas à separação entre mente e corpo, mas também à dissociação entre eu e outro, entre pessoa e sociedade (Hermans, 2003).

sentido para o mundo heteroglota em que todos vivemos, onde a diversidade de perspectivas dá lugar a equívocos, dúvidas, conflitos, disputas e argumentações, com consequências emocionais e sociais. Assim, quando alguém começa a actuar sob o papel social de psicoterapeuta inicia um processo de organização activa das suas experiências ocupacionais (e necessariamente pessoais), com base na resposta às múltiplas e ambíguas prescrições socioculturais relativas a esta actividade. A forma de actuação de um qualquer psicoterapeuta (i.e., a externalização idiossincrática da mensagem social) reflecte, por sua vez, a (re)construção que a pessoa operou no seu mundo, pela articulação dialógica das práticas e discursos sociais sobre os psicoterapeutas com as suas próprias concepções, baseadas em experiências pessoais passadas bem como em possibilidades futuras. Simultaneamente, ao expor publicamente (através da prática e do discurso) a sua (re)construção, cada psicoterapeuta está a (re)produzir e a (re)definir o próprio papel social – o que reflecte a natureza mutuamente constitutiva e dialógica da pessoa e da cultura (Skinner, Valsiner & Holland, 2001).

Esta formulação ajuda-nos a perceber como a pessoa e o papel social se desenvolvem de modo interdependente e complementar e como a novidade nas culturas pessoais e colectivas (Valsiner, 2007) emerge da sua ligação e co-construção sistemáticas. É a bidireccionalidade do processo de transmissão cultural, que faz com que não entendamos o *psicoterapeuta* como matéria de influência das dimensões pessoais no papel (ou o inverso), mas como fruto de uma relação recíproca entre os níveis individual e sociocultural da vida humana. Em suma, é através do diálogo situado entre a pessoa e a cultura que os papéis sociais resultam em significados pessoais.

De acordo com isto, a perspectiva dialógica vê como permeáveis as fronteiras do domínio subjectivo às vozes ou posições colectivas representantes das categorias sociais de pertença do indivíduo (e.g., voz do grupo profissional de psicoterapeutas). Na terminologia de Hermans, supõe-se que as posições sociais²³ – governadas e organizadas em torno das prescrições e expectativas de um determinado grupo, comunidade ou sociedade – sejam partes relativamente autónomas da identidade individual com as quais as posições pessoais mantêm relações dialógicas de concordância ou discordância (e.g., “Enquanto psicoterapeutas nós habitualmente

²³ Hermans (1996) afirma a sua preferência pelos termos “posição”, “posicionamento” e “reposicionamento” em alternativa ao termo “papel” devido ao carácter mais dinâmico e flexível dos primeiros. Nas suas próprias palavras: “O uso dos verbos posicionamento e reposicionamento permite ao self dialógico tomar iniciativas para se posicionar ele próprio de novas formas, como se pode ver nas vidas dos artistas, cientistas, e pessoas que de tempos a tempos se renovam a si mesmos pela transgressão dos costumes e convenções” (Hermans, 1996, p. 43). O termo “posicionamento” apela, deste modo, para a capacidade da pessoa construir uma posição que não existia no início do processo.

fazemos..., mas eu entendo que este não será o procedimento mais correcto neste caso”), de questionamento e respostas (e.g., “Bem sei que nós os psicoterapeutas costumamos afirmar que... Mas porque hei-de eu dizer o mesmo se não considero que seja o mais adequado nesta situação?”). Hermans (2001c, d) atribui às posições sociais a capacidade de regular e coagir os sistemas de significado que emergem das interacções dialógicas. Porém, nem sempre as pessoas organizam as suas vidas em concordância ou conformidade com o socialmente disposto mas, por vezes, até em oposição. Assim, as posições pessoais recebem o seu formato do modo particular segundo o qual cada pessoa dá significado às suas experiências.

As posições sociais encontram-se acopladas a um determinado conjunto de outras posições pessoais. Por exemplo, um psicoterapeuta (posição social) é visto como um “bom psicoterapeuta” se for uma pessoa empática (posição pessoal), aceitante (posição pessoal) e genuína (posição pessoal) na relação com os seus clientes. Deste modo, as expectativas de uma comunidade relativamente ao comportamento de uma pessoa que ocupa uma determinada posição social são baseadas na coloração e estruturação que a posição social adquire através das suas associações com as posições pessoais circunvizinhas (Hermans, 2001c).

À luz desta abordagem – em que o primado da relação, da alteridade, do diálogo e da contextualidade (cf. Salgado & Gonçalves, 2007) imperam –, a identidade do psicoterapeuta emerge como um processo de natureza comunicacional, em que o significado pessoal se co-constroi por intermédio das relações que a pessoa vai estabelecendo com os outros (e.g., os clientes, colegas, supervisores) e com o contexto. De acordo com a visão agora exposta, não faz sentido considerar o papel ou a faceta de psicoterapeuta como uma posição autónoma e encerrada no indivíduo. Ser psicoterapeuta passa a ser aquilo que acontece, ou que se é, quando esta dimensão pessoal sobe ao palco das interacções dinâmicas com os outros (presentes ou ausentes). Por esta razão, faz-nos sentido que se desenvolvam projectos de investigação que permitam algum movimento conceptual entre os níveis de análise individual e cultural da actividade do psicoterapeuta. Com base no modelo do *self* dialógico é possível expandir ainda mais a reflexão sobre o estudo empírico do psicoterapeuta.

No trabalho de revisão e compilação das investigações em torno do psicoterapeuta, tivemos, também a oportunidade de verificar que uma parte das pesquisas publicadas se dedica à procura de relações entre uma entidade causal discreta (situada na pessoa do terapeuta) e os seus resultados observáveis. Ou, de forma mais

precisa, que a tradicional análise das diferenças individuais dos terapeutas se tem centrado na manifestação linear de uma variável personológica ou comportamental (ou num número de factores mutuamente independentes de um destes tipos), mais do que num sistema de mecanismos funcionais.

Por contraposição, a teoria do *self* dialógico, promotora de uma visão holística da experiência e existência humanas, dirige a sua atenção para a procura de interacções e para o significado. É importante sublinhar que esta visão não rejeita a análise do comportamento e das características individuais, mas defende que estes devem ser lidos em termos do seu significado pessoal e social. Neste sentido, o desempenho profissional de um psicoterapeuta não nos parece redutível à “correcta aplicação” de um repertório de conhecimentos e técnicas ou à posse de determinados atributos. Ser psicoterapeuta surge-nos, antes e fundamentalmente, como um modo de se fazer a si mesmo, de criar a realidade pessoal por concordância e/ou oposição às prescrições sociais, com base numa rede de relações intrapessoais, interpessoais e intergrupais. O comportamento e os atributos individuais são permeados por significados não decifráveis a partir da sua mera mensuração (e.g., magnitude do efeito, proporção de variância no resultado) e na compreensão dos quais reside o entendimento da experiência humana. Assim, parece-nos de sobremaneira importante que o estudo do psicoterapeuta contemple a construção de significado pessoal para as experiências profissionais ou, de um modo mais abrangente, para a própria identidade profissional. O que pode ser alcançado – como sugere Valsiner (2004) ou Gonçalves e Salgado (2001) –, através da suscitação de narrativas pessoais. Este método permite lidar com a multiplicidade identitária (de posições ou facetas) e relacioná-la com a influência social que lhe dá forma.

Por fim, merece a pena referir, que apesar da sofisticação teórica que caracteriza actualmente o modelo do *self* dialógico, é ainda difícil encontrar correspondência entre os seus axiomas e o complexo fenómeno empírico.

Um dos problemas metodológicos parece estar relacionado com a operacionalização das metáforas dialógicas (e.g., voz, posição do Eu, relação dialógica). As características polissémicas e o nível de abstracção destes conceitos têm gerado, muitas vezes, a ilusão entre os investigadores de que se estão a referir a um mesmo segmento da experiência humana quando, de facto, estão a falar de segmentos próximos mas diferentes da realidade (Ferreira, Salgado, Cunha, Meira & Konopka, 2005; Salgado, 2004). Salgado (2004) exemplifica esta dificuldade ao ilustrar como diferentes

investigadores desenvolveram diferentes noções de voz (i.e., metáfora central no estudo da multiplicidade do *self* dialógico): voz como equivalente de pensamento automático ou representação interna (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003; cit. Salgado, 2004); e voz como instrumento relacional (i.e., relaciona um Eu com Outros, enquanto se refere a diferentes objectos do mundo) e semiótico (Salgado, 2004).

Outra das limitações existentes nos procedimentos empíricos derivados da teoria do *self* dialógico (e.g., repertório de posições pessoais do próprio Hermans) parece residir no seu baixo poder de captação da fluidez dinâmica dos processos identitários (cf. Gonçalves & Salgado, 2001; Salgado, 2004; Tavares, Gonçalves & Salgado, 2006; Valsiner, 2004). Muitas vezes, estes instrumentos acedem às posições que naquele momento específico são mais dominantes na identidade da pessoa, mas perdem-se os diálogos que as constituem. O risco é tomarem-se estas posições como se reflectissem o que a pessoa de facto é e não como uma constelação particular de posições em constante mudança no espaço pessoal. Isto sugere que, de algum modo, tem sido difícil ultrapassar empiricamente a ainda dominante perspectiva estática, centrada nas diferenças interindividuais (Gonçalves & Salgado, 2001; Salgado & Gonçalves, 2007).

Nos últimos anos, temo-nos esforçado por desenvolver metodologias mais dinâmicas para estudar a organização da identidade dialógica (e.g., a tarefa de articulação dialógica – Gonçalves, Duarte, Rosa & Tavares, 2004; Duarte, Rosa & Gonçalves, 2007; Gonçalves, Salgado, Matos, Rosa, Duarte, Tavares, Cunha, Meira & Santos, 2004). Apesar de promissores, estes artefactos metodológicos apresentaram outras limitações que têm dificultado a sua utilização. Deste modo, a criação de instrumentos metodológicos tem-se revelado um processo contínuo de tentativa e erro edificado sobre o diálogo dentro e entre diferentes investigadores, dentro e entre diferentes grupos de investigação.

Uma palavra final para a nossa investigação – que apresentamos no capítulo seguinte – conduzida com psicoterapeutas. Foram estas asserções (e limitações) que nortearam as nossas opções e escolhas metodológicas, onde o nosso objectivo passa por explorar uma concepção de psicoterapeuta na qual as suas dimensões subjectivas e intersubjectivas são sublinhadas. Em vez de perguntar como é que o papel de psicoterapeuta pode influenciar a pessoa (ou vice-versa), assumimos que ser psicoterapeuta é necessariamente ser uma pessoa singular através deste papel.

6. Conclusão

De forma resumida, a perspectiva dialógica concebe a identidade pessoal como um processo de natureza de negociação social e linguística. Esta abordagem específica, desenvolvida dentro da teoria do *self* dialógico, parte precisamente do pressuposto de que os seres humanos são, sobretudo, criaturas linguísticas que se geram, constituem e agem por entre as múltiplas conversas que mantêm com as outras pessoas significativas da sua vida. A visão dialógica do ser humano considera ainda que os processos psicológicos acontecem por entre o diálogo internalizado das diferentes vozes subjectivas. As vozes das outras pessoas, investidas de afecto (e.g., de amor, desapontamento, preocupação, prazer ou confiança) passam a fazer parte do diálogo interno e externo, criando uma sociedade de vozes, que nas suas oposições, conflitos, contradições, domínios, integrações, concordâncias e discordâncias não diferem, na sua essência, das comunicações travadas no mundo externo – sendo esta uma subclasse do processo dialógico geral. Os significados das experiências pessoais emergem precisamente destes diálogos dentro do indivíduo e entre indivíduos, nos quais as emoções são expressas através de entoações e gestos virtuais.

A coerência no auto-reconhecimento não deriva de uma única voz ou de um mesmo ponto de vista, mas emerge da negociação contínua entre o conjunto de vozes ou posições pessoais. Mais, a identidade não consiste na mera consciência destas vozes ou das histórias contadas por estas, mas na actividade e experiência de movimento entre as várias perspectivas dentro desta colectividade.

A ênfase deste modelo na interdependência (e não na fusão) das dimensões individuais e sociais da vida subjectiva de cada pessoa, enquanto, simultaneamente, salienta o papel central da pessoa no sentido da sua contínua reconstrução é, em nosso entender, uma das maiores potencialidades do modelo.

No que concerne ao estudo do psicoterapeuta, esta abordagem sugere que as suas experiências profissionais têm uma natureza dinâmica e multifacetada e que a identidade profissional é um processo inerentemente dialógico, que procede das conversas contínuas dentro do indivíduo e entre indivíduos. Deste ponto de vista, a designação socialmente veiculada de *psicoterapeuta* não esgota os significados pessoais que este papel tem para os inúmeros actores do mesmo. Dito de outra forma, quando alguém diz “sou psicoterapeuta” diz-nos ainda pouco sobre aquilo que de facto é. Em

nosso entender, o que significa para cada um “ser terapeuta”, depende do diálogo situado entre a pessoa – as suas características – e as sugestões sociais. Mais ainda, a posição de terapeuta (como qualquer outra), emergirá de um processo subjectivo e intersubjectivo de co-relação com a posição de um outro.

Capítulo III – Contribuição empírica: Estudo da auto-organização dos significados pessoais do papel de psicoterapeuta

1. Introdução

Neste capítulo são descritos os estudos empíricos. Foram realizados dois estudos que, conjuntamente, pretendem explorar o modo como os psicoterapeutas organizam os significados pessoais construídos em torno do seu papel social.

No primeiro estudo, os significados pessoais associados ao exercício profissional da função de psicoterapeuta foram analisados de acordo com uma grelha de leitura que organiza a construção de significado em duas formas distintas: uma centrada na autovalorização e uma outra mais centrada no contacto com o mundo e/ou com os outros.

Numa abordagem dialógica, em todas as actividades de construção de significado e em todas as interacções humanas podem distinguir-se duas dimensões complementares da existência humana – o Eu e os Outros – que, segundo Hermans e Hermans-Jansen (1995), se traduzem em duas orientações diferentes da acção: para si (motivo S) ou para os outros (motivo O). Estas duas dimensões afectivo-motivacionais não são mutuamente exclusivas, mas, em determinadas situações, uma pode assumir preponderância sobre a outra, orientando a acção de modo a privilegiar a satisfação de necessidades mais egocentradas (do próprio) ou mais heterocentradas (do outro com quem se relaciona). O objectivo deste primeiro estudo consistiu, precisamente, na exploração destas diferentes orientações motivacionais através dos afectos (S e O) associados pelos terapeutas às suas experiências profissionais.

O estudo dos psicoterapeutas segundo esta distinção parece constituir um interessante tópico de análise, uma vez que levanta a questão de como estas duas orientações podem estar presentes nas posições assumidas perante os clientes. Por um lado, o papel profissional é um campo potencial para a auto-afirmação e, assim, espera-se que alguns terapeutas possam organizar esta actividade direccionando-a para a autovalorização. Por outro lado, a psicoterapia é um encontro no qual as preocupações centrais são as necessidades do cliente e em que se espera que o terapeuta estabeleça uma forte aliança com este, o que poderá conduzir alguns destes profissionais a

organizarem preferencialmente a sua actividade em torno do contacto com os outros. Além disso, não sendo estas orientações mutuamente exclusivas, também se espera que as duas possam coexistir simultaneamente.

O segundo estudo foi elaborado com o propósito de examinar como é que os terapeutas – nomeadamente, terapeutas com diferentes orientações para os clientes (mais autocentrados e mais centrados nos outros) – elaboram discursivamente as suas experiências profissionais. Para tal, pediu-se aos terapeutas que relatassem as suas experiências com dois clientes específicos: o “mais positivo” e o “mais negativo”. O discurso produzido por cada terapeuta foi entendido como uma expressão dos significados subjectivamente construídos para o papel profissional que desempenha. Dito de outro modo, perante o conjunto múltiplo, heterogéneo e ambíguo de significados culturalmente associados ao papel social de psicoterapeuta, cada terapeuta edifica o seu próprio discurso por entre a selecção, transformação e reconstrução activa destes significados em função das suas vivências, valores, atitudes e características pessoais. O resultado deste processo de organização e (re)construção activa é uma mensagem única, uma externalização da interpretação idiossincrática deste papel, simultaneamente, comum – todos são psicoterapeutas – e distinto – todos são psicoterapeutas diferentes.

Resumidamente, esta investigação, conduzida com psicoterapeutas, compreende dois estudos que tiveram como objectivos principais:

- (1) Explorar as propriedades afectivas do sistema de significados pessoais associado ao papel de psicoterapeuta e às experiências profissionais;
- (2) Analisar o conteúdo dos significados construídos para as experiências profissionais.

2. Amostra

Nesta investigação participaram 34 psicólogos clínicos (6 homens e 28 mulheres), que exercem a sua actividade profissional na área geográfica de Lisboa e Évora.

A idade dos participantes varia entre os 24 e os 52 anos, sendo a média igual a 30 anos (DP=6.83). Estes psicólogos têm uma média de 6 anos de prática terapêutica

(DP=5.52) e diferentes orientações teóricas: 9 são cognitivo-comportamentais, 19 são dinâmicos e 6 são sistémicos.

Quadro 7 – Dados demográficos da amostra

Psicólogos Clínicos	<i>N</i>	Sexo (m/f)	Média idades	Média anos prática clínica
Cognitivo-comportamentais	9	3/6	31.6	9.1
Dinâmicos	19	2/17	30.1	4.5
Sistémicos	6	1/5	29.3	4.5
Totais	34	6/28	30.4	5.7

3. Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo foram²⁴: a tarefa de autocomplexidade de Linville (1987), a tarefa de evocação de clientes com impacto positivo e negativo e a grelha de afectos de Hermans (1987a, 1987b, 1991, 1999; Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Estes instrumentos foram aplicados individual e sequencialmente, numa única sessão com a duração média de 90 minutos. Antes de se proceder à aplicação das medidas de recolha de dados, foi entregue a cada participante uma ficha de identificação demográfica, bem como uma ficha a declarar o seu consentimento informado de participação nesta investigação (cf. Anexos).

3.1. Ficha de identificação demográfica

Com o objectivo específico de catalogar um conjunto de variáveis importantes para a caracterização dos participantes no estudo, foi elaborada uma ficha de identificação. Através desta, os psicoterapeutas forneceram dados relativos à sua identificação pessoal e profissional, como sejam: a idade, o sexo, os anos de prática psicoterapêutica e a sua orientação teórica.

²⁴ Na verdade, os procedimentos de recolha de dados compreenderam a utilização de uma outra tarefa: a tarefa de articulação dialógica (Gonçalves, Duarte, Rosa & Tavares, 2004), através da qual foi solicitado aos participantes que evocassem e descrevessem as relações existentes entre os auto-aspectos gerados a partir da tarefa de autocomplexidade de Linville (1987). Contudo, esta tarefa veio a revelar-se pouco produtiva do ponto de vista metodológico e os dados obtidos por seu intermédio pouco relevantes para os propósitos deste estudo. Deste modo, tais dados foram excluídos deste trabalho tendo sido, posteriormente, a aplicação instrumental desta tarefa reformulada, desenvolvida e melhorada (cf. Duarte, Rosa & Gonçalves, 2005; Duarte & Gonçalves, 2007).

3.2. Tarefa de autocomplexidade de Linville

Na tarefa de autocomplexidade de Linville (1987) é fornecido aos participantes um conjunto de 33 cartões manuseáveis, cada um contendo o nome de uma característica pessoal e um número, 10 cartões brancos onde podem ser inseridos os termos dos cartões anteriores se os pretenderem utilizar mais do que uma vez e duas folhas de registo cada uma com 14 colunas nas quais as pessoas são convidadas a escrever o número das características que definem os diferentes auto-aspectos, quando pensam acerca de si próprias.

O instrumento desenvolvido por Linville (1987) foi por nós utilizado como uma medida de diferenciação da identidade. A nossa opção por esta metodologia, deve-se ao facto de esta se referir directamente ao modo como cada pessoa organiza o conhecimento que tem de si própria, quer em termos do número de facetas que identifica, como do grau de diferenciação entre estas. A nossa escolha teve ainda em consideração o facto de esta tarefa permitir homogeneizar o processo de avaliação para os diferentes participantes, estimulando-os – através de um mesmo procedimento – a reflectir sobre si e sobre as suas vidas e a descrever os aspectos que consideram ser os mais relevantes.

Linville (1987) parte do pressuposto de que as auto-representações são compostas por múltiplas estruturas cognitivas, que designa de auto-aspectos. Segundo a autora (ibidem), estes auto-aspectos são domínios significativos da vida das pessoas e podem referir-se a: papéis sociais (e.g., eu enquanto esposa), relacionamentos (e.g., amizade), actividades (e.g., *hobbies*), características pessoais (e.g., o meu lado infantil), objectivos (e.g., o que eu pretendo vir a ser), ou a qualquer outro aspecto descrito como importante pela pessoa. Por sua vez, cada uma destas categorias descritivas ou facetas, possuirá o seu próprio conjunto de atributos ou traços (e.g., maduro, organizado, ansioso, ponderado, inconsequente).

O modelo de autocomplexidade (Linville, 1987) considera, ainda, que as pessoas diferem no grau de complexidade das suas auto-representações. De acordo com este modelo, as pessoas possuem uma maior autocomplexidade, na medida em que, na sua descrição, utilizam um maior número de auto-aspectos com um grau elevado de distinção entre si.

3.3. Tarefa de evocação de clientes com impacto positivo e negativo

Após a realização da tarefa de autocomplexidade e antes de iniciarem o preenchimento da grelha de afectos, foi introduzida uma tarefa intermédia. Esta consistiu em solicitar aos terapeutas que identificassem e descrevessem, de entre as suas múltiplas experiências profissionais, os dois clientes que tiveram um maior impacto em si: um cujo impacto se tenha feito sentir de forma especialmente positiva e outro de um modo particularmente negativo²⁵. Estas duas posições internalizadas foram posteriormente integradas e classificadas na grelha de afectos, juntamente com a posição de psicoterapeuta.

3.4. Grelha de afectos de Hermans

Este instrumento é parte de um método mais vasto, o método de autoconfrontação (MAC) de Hermans (1987a, 1987b, 1991, 1999; Hermans & Hermans-Jansen, 1995) que se baseia na teoria da valoração do mesmo autor (cf. ponto 2 do capítulo II).

A versatilidade desta metodologia permite uma utilização muito diversificada da mesma (cf. Hermans & Hermans-Jansen, 1995), pelo que, no presente estudo, se optou apenas pela realização de uma parte do MAC, isto é, pela composição da grelha de afectos. A grelha de afectos consiste na classificação de um conjunto de aspectos particulares e relevantes elaborados pela (e sugeridos à) pessoa em torno de si e da sua vida, usando uma lista padronizada de termos afectivos. Por se focar nas qualidades afectivas dos significados pessoais, este tem sido considerado um instrumento útil na compreensão de padrões emocionais e de temas associados a diferentes experiências da vida das pessoas (Lyddon, Yowell & Hermans, 2006).

Para a realização da tarefa foi entregue a cada participante uma lista de 16 afectos (cf. quadro 8) e estes foram instruídos no sentido de discriminarem numa escala de 0 a 5 (correspondendo 0 a *nada* e 5 a *mesmo muito*) a intensidade com que cada um destes afectos se encontra associado: (1) às suas posições pessoais (geradas pelos sujeitos através da tarefa de autocomplexidade de Linville), (2) às posições internalizadas de *cliente positivo* e de *cliente negativo* (cuja evocação foi por nós

²⁵ Ao longo desta investigação, estes dois clientes são referidos sob as designações abreviadas de “cliente positivo” e “cliente negativo”, respectivamente.

sugerida), (3) bem como à posição de *psicoterapeuta* (sugerida sempre que não surgiu como uma das posições pessoais suscitadas pela tarefa de autocomplexidade de Linville). Os participantes foram também informados que deviam proceder da mesma forma na classificação afectiva de dois estados, descritos pelas frases: “Geralmente, tenho-me sentido...” e “Idealmente, gostaria de me sentir...”.

Quadro 8 – Lista de termos afectivos (Hermans & Hermans-Jansen, 1995)

1. Alegria (P)	9. Infelicidade (N)
2. Auto-estima (S)	10. Ternura (O)
3. Felicidade (P)	11. Autoconfiança (S)
4. Preocupação (N)	12. Intimidade (O)
5. Força (S)	13. Desânimo (N)
6. Prazer (P)	14. Orgulho (S)
7. Carinho (O)	15. Desapontamento (N)
8. Amor (O)	16. Calma interior (P)

Note: Entre parêntesis encontra-se a designação da escala a que cada afecto corresponde, sendo: S, afecto relacionado com a necessidade de autovalorização; O, afecto relacionado com o desejo de contacto e união com os outros; P, afecto positivo; e N, afecto negativo.

O resultado deste processo foi uma matriz em que para cada posição ou faceta²⁶ se obteve um determinado perfil afectivo. A partir da informação assim recolhida foi possível calcular uma série de índices quantitativos, de entre os quais se destacam (cf. Hermans & Hermans-Jansen, 1995):

- (1) o índice S, que corresponde ao somatório dos afectos que expressam a necessidade de autovalorização e que são: auto-estima (1), força (5), autoconfiança (11) e orgulho (14).
- (2) o índice O, que corresponde ao somatório dos afectos que referem o desejo de contacto e união com os outros, e que são: carinho (7), amor (8), ternura (10) e intimidade (12).

Através da diferença entre S e O, para cada posição, é possível avaliar se a pessoa desta perspectiva está mais voltada para si e para a sua autovalorização ($S > O$), se está mais orientada para os outros e descentrada de si ($O > S$), ou se

²⁶ Para efeitos deste estudo, os conceitos “auto-aspecto”, “faceta” e “posição (interna) do Eu” são aproximados empiricamente – ainda que teoricamente se apresentem como constructos distintos. Linville (1987) propõe uma tarefa através da qual as pessoas acedem pela reflexão aos seus auto-aspectos (ou facetas), ou seja, aos domínios mais significativos de si e das suas vidas naquele momento. A noção de “posição (interna) do Eu” corresponde, por sua vez, a uma perspectiva sobre a pessoa que durante um determinado período de tempo regula parte das suas interações com o exterior (Hermans, 1996). Assim, quando uma pessoa se autodescreve a partir dos aspectos da sua experiência que naquele momento se apresentam como os mais relevantes, podemos dizer que, o que ela identifica são auto-aspectos ou posições (internas) do Eu.

ambos os motivos estão igualmente representados naquela posição particular ($S=O$).

- (3) o índice P, que corresponde ao somatório dos afectos positivos: alegria (1), felicidade (3), prazer (6) e calma interior (16).
- (4) o índice N, que corresponde ao somatório dos afectos negativos: preocupação (4), infelicidade (9), desânimo (13) e desapontamento (15).
- (5) o índice de bem-estar, que é o resultado da diferença entre P e N calculado ao nível de uma dada posição e que representa o bem-estar que a pessoa sente ao posicionar-se nessa perspectiva. O bem-estar pode assim ser positivo ($P>N$), negativo ($P<N$) ou ambivalente ($P=N$).
- (6) o índice de generalização (ig), que consiste na correlação entre o padrão de afectos do sentimento geral e o padrão de afectos de qualquer outra posição. Este indicador é assumido por Hermans e Hermans-Jansen (1995) como uma indicação do impacto ou do poder que uma dada posição tem no sentimento geral do sistema, ou seja, quanto maior for o valor desta correlação estima-se que maior será a influência dessa mesma faceta na globalidade do sistema. O padrão de afectos do sentimento geral permite-nos avaliar também o bem-estar do sistema. A diferença entre P e N corresponde, a este nível, a uma medida simples de bem-estar geral.
- (7) o índice r , indica o grau de proximidade dos perfis afectivos de duas posições e consiste no coeficiente de correlação entre as duas linhas da matriz (i.e., os perfis afectivos) relativas às posições sob estudo. Com esta medida as posições podem ser comparadas, com correlações positivas elevadas a corresponderem a elevada similaridade e correlações negativas elevadas a indicarem contraste afectivo entre duas posições.

No procedimento designado por Hermans e Hermans-Jansen (1995) por “análise de modalidade”, uma posição de particular interesse é seleccionada e o seu perfil afectivo correlacionado consecutivamente com cada um dos perfis afectivos das restantes posições do sistema.

4. Procedimentos gerais

Os participantes foram contactados uma primeira vez via telefone tendo-lhes sido apresentado resumidamente o objectivo da investigação e solicitada a sua colaboração na mesma. Neste telefonema foi-lhes comunicado ainda que a metodologia utilizada compreendia a realização de três tarefas aplicadas num só momento (numa única sessão), que requeriam a presença do investigador e que demoravam aproximadamente hora e meia a executar. O telefonema bem sucedido terminava com a marcação de uma sessão, em Évora ou em Lisboa, para a aplicação dos instrumentos do estudo.

Antes de se iniciar a aplicação dos instrumentos, foi realizada uma pré-sessão com cada participante, onde se (re)apresentaram os propósitos do estudo. Foi-lhes dito, a este respeito, que pretendíamos com o mesmo produzir conhecimento sobre a forma como os psicoterapeutas representam e organizam as suas experiências profissionais, face a outros aspectos importantes da sua identidade pessoal. Posteriormente, foram informados dos procedimentos utilizados e das condições de divulgação dos resultados, tendo-lhes sido assegurado o anonimato dos dados.

No final, e depois de esclarecidas eventuais dúvidas ou questões levantadas pelos participantes, estes assinaram uma declaração de consentimento da sua participação na investigação.

A realização das entrevistas decorreu entre os meses de Setembro e Dezembro do ano de 2004.

5. Estudo A: Organização afectiva dos significados pessoais do papel de psicoterapeuta

Neste primeiro estudo – de natureza quantitativa –, pretende-se caracterizar a amostra de psicoterapeutas com base na organização afectiva dos significados pessoais associados por estes ao seu papel profissional.

Partindo dos afectos associados à faceta de psicoterapeuta e às restantes posições do sistema pessoal dos terapeutas, bem como dos afectos associados às posições internalizadas do cliente com mais impacto positivo (i.e., “cliente positivo”) e do cliente

com mais impacto negativo (i.e., “cliente negativo”), serão analisadas diversas questões, nomeadamente:

- (1) a integração da faceta de psicoterapeuta no sistema pessoal;
- (2) os afectos associados à faceta de psicoterapeuta e o seu significado;
- (3) as diferenças entre terapeutas mais centrados em si (S), nos outros (O) ou que equilibram a centração em si e nos outros (HH), quanto à integração da faceta de psicoterapeuta nos seus sistemas pessoais.

5.1. Descrição dos procedimentos

5.1.1. Recolha dos dados

Os dados analisados neste estudo provêm da grelha de afectos (1987a, 1987b, 1991, 1999; Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Através deste instrumento, os 34 psicoterapeutas da amostra caracterizaram aspectos centrais de si e das suas vidas segundo um conjunto de afectos pré-definido. Dos dados assim recolhidos, resultou o cálculo de uma série de índices quantitativos cuja análise e contrastação se faz neste estudo.

É importante salientar que os dados da grelha de afectos – amplamente utilizados ao longo da nossa investigação – não são aqui entendidos como características fixas ou estáveis dos participantes mas, antes, como produto de um exercício através do qual se pediu aos participantes que reflectissem sobre si e sobre as suas vidas, e perante o qual as pessoas se organizaram afectivamente. Dito de outro modo, entendemos estes dados como resultado de uma organização afectiva que a pessoa assumiu ao reflectir sobre determinados aspectos de si, num certo momento. No entanto, iremos assumir que esta organização momentânea reflecte, de algum modo, o tipo de padrão afectivo mais habitual da pessoa.

5.1.2. Análise dos dados

Globalmente, a nossa investigação incide na análise dos processos de construção de significado, tendo por base um modelo que distingue duas orientações ou motivações complementares nesta actividade: uma orientação mais centrada na auto-realização e uma outra orientação mais centrada no contacto com o mundo e com os outros. Neste

primeiro estudo, estas duas tendências motivacionais foram analisadas através dos afectos, segundo a grelha interpretativa oriunda dos trabalhos de Hermans (1987a, 1987b, 1991, 1999) e Hermans e Hermans-Jansen (1995).

Para se poder discriminar uma tendência motivacional dominante na posição de psicoterapeuta de cada participante (i.e., S ou O), convencionou-se utilizar uma diferença mínima de pelo menos três pontos entre os índices S e O. Na classificação afectiva das valorações do MAC, Hermans e Hermans-Jansen (1995) propõem que se utilize um intervalo de diferença entre os dois índices de, pelo menos, cinco pontos²⁷. A utilização deste critério implica, contudo, que uma grande parte dos padrões afectivos seja excluída de potenciais análises por não corresponderem a um tipo “puro” de valoração, perdendo-se uma quantidade considerável de informação (van Geel & De Mey, 2004). Quando se aplica integralmente o MAC e se trabalha com valorações este problema é ainda minorado, já que cada valoração tenderá a corresponder a uma experiência/narrativa mais homogénea e coesa. Quando assim é, fruto do próprio processo de entrevista e de construção das valorações, as valorações elaboradas apresentam um perfil afectivo mais típico. Porém, na presente investigação, os participantes cotaram não propriamente valorações mas, antes, “posições” ou “facetadas”²⁸, cada uma potencialmente mais heterogénea e abstracta do que uma valoração.

Por definição, cada posição centraliza e organiza um conjunto de unidades de significado – ou valorações – acerca de um determinado segmento da experiência, sendo que, por sua vez, cada unidade de significado contém o seu próprio padrão de afectos. Deste modo, as posições correspondem a um nível superior de organização (Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Como tal, a opção de diminuir o intervalo de diferença entre os índices S e O para três pontos fez-se por se considerar que perante tal heterogeneidade esta diferença já seria relevante. Um outro aspecto tido em consideração no estabelecimento deste critério, foi o facto de ser habitual no trabalho clínico com o MAC classificarem-se as valorações a partir da “tendência” motivacional demonstrada, mesmo quando a diferença entre as escalas afectivas não atinge os cinco pontos (Hermans & Hermans-Jansen, 1995)²⁹.

²⁷ Note-se que os autores se referem a este critério como um guia heurístico de classificação dos perfis afectivos e não como um valor fixo em si mesmo (cf. Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

²⁸ Nos últimos anos, a utilização do MAC tem registado importantes variações. Uma destas consiste precisamente na realização de auto-investigação a partir de uma série de posições “internas” e “externas” do Eu (Lyddon, Yowell & Hermans, 2006).

²⁹ Pode-se ainda acrescentar, que têm também sido propostos e utilizados outros critérios de diferenciação consoante os propósitos em causa (e.g., van Geel & De Mey, 2003, 2004; van Geel, De Mey, Thissen-Pennings & Bendermacher, 2000).

Deste processo resultaram quatro categorias afectivas: a S [quando a soma dos afectos de autovalorização é superior em pelo menos três pontos à soma dos afectos de contacto e união aos outros ($S>O$)], a O [quando o somatório dos afectos de contacto e união com os outros é superior em pelo menos três pontos ao somatório dos afectos dirigidos à realização pessoal ($O>S$)], a HH [quando os valores das escalas O e S são elevados (i.e., iguais ou superiores a 12 dos 20 valores medidos pela escala) e não têm entre si uma diferença de 3 ou mais pontos], e a dos inclassificáveis [quando os valores das escalas O e/ou S são inferiores a 12 e apresentam entre si uma diferença inferior a 3 pontos].

5.2. Resultados

Foram calculados, para todos os terapeutas da amostra, um conjunto de índices afectivos gerais – relativos ao sentimento geral do sistema de posições pessoais como um todo (e.g., bem-estar geral) – e específicos – ao nível do perfil afectivo de cada uma das posições que o compõem (e.g., bem-estar, *ig*, *r*, S, O, P e N). Estes índices permitiram sumariar as propriedades afectivas das posições de psicoterapeuta, cliente positivo e cliente negativo, bem como analisar o modo como a posição de psicoterapeuta (central neste estudo) se encontra integrada nos repertórios de posições pessoais dos terapeutas estudados (quadro 9).

5.2.1. Posição de psicoterapeuta e sua integração no sistema de posições pessoais

Um dos aspectos que se procurou compreender foi o modo como a posição de psicoterapeuta se encontra afectivamente integrada nos sistemas identitários dos terapeutas. Para tal, comparou-se o bem-estar sentido pelos terapeutas nas suas vidas, de um modo geral e na sua área de actuação profissional. Foram ainda analisados outros indicadores afectivos (i.e., *ig* e *r*) que forneceram informações acerca do posicionamento da faceta de psicoterapeuta no sistema identitário.

Quadro 9 – Sumário dos principais índices afetivos para os 34 terapeutas da amostra

Sujeitos	Bem-estar geral				Psicoterapeuta				Cliente positivo				Cliente negativo				
	S	O	P	N	ig	% posições associadas	r cliente positivo	r cliente negativo	S	O	P	N	S	O	P	N	
1	10	15	9	14	4	0.81**	75	0.76**	0.03	19	17	19	7	6	0	5	10
2	9	15	14	14	5	0.95**	75	0.93**	0.47	16	14	16	4	13	2	7	4
3	7	6	13	9	8	0.61*	40	0.56*	0.38	12	16	13	2	5	7	7	11
4	12	11	6	11	1	0.85**	80	0.72**	-0.50*	13	1	5	0	2	3	0	10
5	3	16	15	14	5	0.67**	60	0.95**	-0.24	15	12	13	0	5	7	0	9
6	12	15	16	16	4	0.98**	80	0.74**	-0.09	13	15	13	9	10	11	10	11
7	12	14	13	16	5	0.99**	60	0.86**	-0.56*	19	13	18	3	8	0	0	14
8	12	16	15	17	4	0.76**	80	0.73**	0.64**	20	12	19	5	10	4	6	4
9	5	18	14	18	8	0.77**	83	0.70**	0.00	16	11	17	6	14	7	3	13
10	13	16	16	16	4	0.85**	100	0.95**	0.56*	19	15	17	4	12	16	9	9
11	9	16	15	17	7	0.92**	83	0.89**	0.84**	14	15	14	7	13	15	13	8
12	1	14	12	15	11	0.49	50	0.85**	-0.25	14	15	14	11	5	2	4	15
13	5	11	6	15	3	0.70**	50	0.90**	-0.35	14	7	17	3	3	0	3	16
14	11	18	16	18	6	0.91**	83	0.87**	0.33	16	16	17	8	11	9	12	11
15	5	12	8	12	11	0.22	29	0.51*	0.19	15	8	12	8	7	1	7	12
16	9	18	12	17	5	0.72**	83	0.92**	0.28	18	9	11	2	11	7	4	10
17	4	16	11	16	4	0.63**	71	0.72**	-0.79**	15	9	12	6	2	3	1	19
18	9	13	12	17	1	0.74**	57	0.46	-0.57*	11	11	8	6	8	0	0	16
19	8	16	12	17	4	0.62**	86	0.91**	-0.23	17	11	17	2	15	18	12	17
20	5	19	19	20	2	0.68**	43	0.96**	0.04	19	16	19	1	6	8	2	6
21	6	12	6	12	6	0.24	33	0.29	-0.46	12	14	10	5	4	9	5	17
22	-3	14	16	12	9	0.16	29	0.63**	-0.35	12	14	10	9	0	11	0	19
23	-6	8	7	11	7	0.25	33	0.79**	0.16	14	9	15	6	1	9	3	14
24	3	12	3	8	9	0.47	71	0.80**	0.85**	11	4	8	5	11	3	7	6
25	4	10	10	11	5	0.80**	57	0.90**	-0.49	10	10	10	2	2	1	0	12
26	3	12	14	15	17	0.27	57	0.52*	0.50*	15	19	18	17	9	18	11	20
27	14	14	11	15	4	0.86**	71	-0.07	-0.27	8	12	9	12	7	0	2	12
28	14	15	14	16	5	0.90**	75	0.91**	-0.82**	19	15	18	4	3	2	1	18
29	-3	8	11	10	11	0.35	0	0.29	0.18	7	16	6	11	0	7	0	20
30	8	12	10	16	9	0.52*	43	0.51*	-0.25	14	10	12	7	8	11	7	14
31	11	18	15	18	5	0.66**	44	0.90**	0.04	18	15	19	5	14	5	9	13
32	-4	6	16	14	11	0.71**	11	0.61*	0.31	10	14	16	5	0	13	3	20
33	11	13	16	17	6	0.89**	60	0.41	0.01	10	13	11	8	13	12	7	11
34	6	15	9	15	4	0.66**	60	0.83**	0.39	14	9	12	5	12	7	9	10

Legenda: Bem-estar geral – diferença entre P e N calculada ao nível do sentimento geral; S – afecto relacionado com a necessidade de autovalorização; O – afecto relacionado com o desejo de contacto e união com os outros; P – afecto positivo; N – afecto negativo; ig – índice de generalização da posição de psicoterapeuta; % posições associadas – proporção de posições correlacionadas de forma positiva e estatisticamente significativa com a posição de psicoterapeuta; r cliente positivo – coeficiente de correlação calculado entre os perfis afetivos das posições de psicoterapeuta e de cliente positivo; r cliente negativo – coeficiente de correlação calculado entre os perfis afetivos das posições de psicoterapeuta e de cliente negativo; ** – $p \leq 0.01$; * – $p \leq 0.05$

5.2.1.1. Bem-estar e posição de psicoterapeuta

Do cálculo dos valores de bem-estar (P-N) geral e profissional, para a globalidade da amostra (quadro 10), resultou um valor médio de bem-estar geral de 6.6 (DP=5.26 e Md=7.5) e um valor médio de bem-estar na faceta de psicoterapeuta de 8.6 (DP=5.09 e Md=10.0).

Quadro 10 – Valores de bem-estar geral e profissional (média, desvio-padrão e mediana) e sua associação

Bem-estar	<i>n</i>	M	DP	Md	Min.	Máx.	Coefficiente de correlação de Spearman
Geral	34	6.6	5.26	7.5	-6	14	0.62 (**)
Profissional	34	8.6	5.09	10	-2	18	

Legenda: ** $\rho \leq 0.01$

Foi ainda possível determinar a existência de um grau de associação significativo entre os índices de bem-estar geral e de bem-estar profissional, variando os dois em proporção directa ($r=0.62$, $\rho \leq 0.01$). Este resultado indica que os terapeutas mais satisfeitos com a sua vida profissional tendem a ser os que desfrutam de um maior bem-estar na sua vida em geral (e vice-versa).

5.2.1.2. Relação entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições do sistema pessoal

a. Grau de generalização da posição de psicoterapeuta

O índice de generalização (ig) da posição de psicoterapeuta é uma medida do seu impacto afectivo no sistema identitário. Neste estudo, os índices de generalização da posição de psicoterapeuta foram agrupados em função do seu significado estatístico (sem significado estatístico e com significado estatístico).

Em todos os terapeutas (i.e., nos 34) o índice de generalização da posição de psicoterapeuta obteve valores positivos (cf. quadro 9). Como se pode ver através do quadro 11, num número superior a 3/4 dos participantes (i.e., 26 em 34 ou 76.5%) a posição de psicoterapeuta estava positivamente associada, de modo estatisticamente significativo, com o sentimento geral.

Quadro 11 – Distribuição (frequência e percentagem), por categorias de significado estatístico, dos índices de generalização da posição de psicoterapeuta

Categorias de íg da posição de psicoterapeuta	<i>n</i>	%
Com significado estatístico ($\rho \leq 0.05$)	26	76.5
Sem significado estatístico ($\rho > 0.05$)	8	23.5
Total	34	100.0

b. Afinidade afectiva entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições pessoais

Um outro aspecto analisado foi o grau de afinidade da posição de psicoterapeuta com as restantes, partindo do pressuposto que quanto mais semelhantes forem os padrões afectivos de duas posições, maior é a probabilidade destas se assemelharem do ponto de vista experiencial.

Para isso, calculou-se a correlação entre o perfil afectivo da posição de psicoterapeuta e o perfil afectivo de cada uma das outras posições do sistema identitário (ou seja, foi realizada uma análise de modalidade tomando a posição de psicoterapeuta como posição central). Posteriormente, foi calculada a proporção de posições que, em cada participante, se encontravam correlacionadas de forma positiva e estatisticamente significativa (i.e., $\rho \leq 0.05$) com a posição de psicoterapeuta, face à totalidade das posições presentes no sistema pessoal em análise (i.e., a afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta).

Os dados obtidos com este procedimento foram depois distribuídos por três categorias discriminativas do grau de afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta: baixa afinidade (i.e., quando o número total de posições correlacionadas de forma positiva e estatisticamente significativa com a posição de psicoterapeuta é igual ou inferior a 25% da totalidade de posições que compõem o sistema identitário), afinidade moderada (i.e., quando um número superior a 25% e inferior a 75% da totalidade das posições de um dado sistema mantém uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a posição de psicoterapeuta) e uma elevada afinidade (i.e., quando uma proporção igual ou superior a 75% da totalidade das posições de um sistema mantém para com a posição de psicoterapeuta uma correlação positiva e estatisticamente significativa).

Quadro 12 – Distribuição dos terapeutas (frequências e percentagens) em função da afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta às restantes posições pessoais

Categorias de afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta	<i>n</i>	%	% Acumulada
Elevada afinidade (75%-100%)	12	35.3	35.3
Afinidade moderada (26%-74%)	20	58.8	94.1
Baixa afinidade (0%-25%)	2	5.9	100.0
Total	34	100.0	

De acordo com os resultados expostos no quadro 12, foi muito baixo o número de terapeutas encontrados (i.e., 2 em 34 ou 5.9%) nos quais a posição de psicoterapeuta revelou uma baixa afinidade às restantes. Em mais de 1/3 dos terapeutas estudados (i.e., em 12 dos 34 ou 35.3%), pelo contrário, a posição de psicoterapeuta demonstrou estar correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com um número elevado de outras posições dos sistemas. Contudo, na maioria dos participantes (i.e., em 20 ou 58.8%), o padrão afectivo da posição de psicoterapeuta exibiu uma moderada afinidade ao padrão afectivo das outras posições.

Nestes resultados salienta-se a tendência geral para a posição de psicoterapeuta se encontrar próxima das outras posições dos sistemas. Raramente esta posição surge de modo isolado, o que indicia a existência de proximidade entre identidade em geral e identidade profissional.

c. Associação entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo

Depois de analisada a afinidade afectiva da posição de psicoterapeuta à generalidade das posições que compõem os sistemas pessoais, testou-se – numa discriminação da análise anterior – o seu grau de associação a duas posições externas específicas do domínio profissional e de conteúdo afectivo distinto: o cliente com mais impacto positivo e o cliente com mais impacto negativo. Para tal, calcularam-se os coeficientes de correlação entre os perfis afectivos destas posições.

Quadro 13 – Distribuição (frequência e percentagem), por categorias de significado estatístico, das correlações entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo

		Categorias de correlação entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo			
		Negativa e com significado estatístico ($\rho \leq 0.05$)	Sem significado estatístico ($\rho > 0.05$)	Positiva e com significado estatístico ($\rho \leq 0.05$)	Total
Cliente Positivo	<i>n</i>	0	5	29	34
	%	0.0	14.7	85.3	100
Cliente Negativo	<i>n</i>	5	24	5	34
	%	14.7	70.6	14.7	100

Da distribuição dos valores assim obtidos (quadro 13), por categorias de significado estatístico, resultou que, para um número superior a 85% dos participantes (i.e., 29 em 34 ou 85.3%) a posição de psicoterapeuta está correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com a posição de cliente positivo. No caso do cliente negativo, para uma percentagem superior a 70% dos participantes (i.e., 24 em 34 ou 70.6%), a posição de psicoterapeuta não se encontra significativamente correlacionada com esta posição ($\rho > 0.05$). Em 5 terapeutas os afectos da posição de cliente negativo encontram-se correlacionados negativamente e de forma estatisticamente significativa ($\rho \leq 0.05$) com o perfil afectivo da posição de psicoterapeuta; enquanto outros 5 terapeutas apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($\rho \leq 0.05$) entre os perfis afectivos das posições de psicoterapeuta e de cliente negativo³⁰.

A tendência geral encontrada nesta análise aponta para uma maior afinidade dos afectos da posição de psicoterapeuta com os afectos da posição de cliente positivo, enquanto, tendencialmente, se diferencia dos afectos que caracterizam a posição de cliente negativo.

³⁰ Poder-se-ia pensar que os 5 casos divergentes da tendência geral apresentada para as correlações entre os afectos da posição de cliente positivo e os afectos da posição de psicoterapeuta, poderiam ser os mesmos 5 sistemas nos quais os afectos da posição de psicoterapeuta se apresentaram positivamente associados, e de forma estatisticamente significativa ($\rho \leq 0.05$), com os afectos do perfil da posição de cliente negativo. No entanto, nenhum destes casos coincide, correspondendo os mesmos a 10 participantes diferentes (aliás, como se pode comprovar através do quadro 9).

5.2.2. Posição de psicoterapeuta e orientação para si e para os outros

Neste ponto, procurou estudar-se a tendência motivacional subjacente à posição de psicoterapeuta e como se encontra esta posição integrada nos sistemas identitários de terapeutas com diferentes orientações motivacionais (neste domínio de actuação): mais centrados em si (S), nos outros (O) ou que equilibram a centração em si e nos outros (HH).

5.2.2.1. Intercorrelações entre S, O, P e N na posição de psicoterapeuta

Correspondendo a este objectivo, compararam-se os índices afectivos S, O, P e N da posição de psicoterapeuta para todos os terapeutas da amostra (quadro 14). Os valores médios dos afectos S, O e P não se revelaram muito distintos, apresentando os três índices valores médios elevados (i.e., valores superiores a 12 num máximo de 20 pontos). Apenas o valor de N (i.e., dos afectos negativos) se diferenciou dos restantes, tendo sido a sua média a mais baixa (M=6.2; DP=3.35). Estes resultados sugerem que, de uma forma geral, os terapeutas se sentem satisfeitos com a sua actividade profissional (P>N) e que, por seu intermédio, conseguem gratificar as suas necessidades básicas de autovalorização e de contacto e união com os outros (S≅O).

Quadro 14 – Valores médios dos índices S, O, P e N na posição de psicoterapeuta e intercorrelações

Índices afectivos	M	DP	Coeficientes de correlação de Spearman			
			S	O	P	N
S	13.7	3.35	-	-	-	-
O	12.1	3.72	0.50 (**)	-	-	-
P	14.7	2.85	0.78 (**)	0.55 (**)	-	-
N	6.2	3.35	-0.37 (*)	0.03	-0.33	-

Legenda: ** $\rho \leq 0.01$; * $\rho \leq 0.05$

Pela correlação dos valores afectivos (S, O, P e N) da posição de psicoterapeuta, foi possível aferir que os afectos orientados para o próprio (ou afectos S) se encontram positivamente associados aos afectos positivos ($r=0.78$, $\rho \leq 0.01$) e negativamente associados aos afectos negativos ($r=-0.37$, $\rho \leq 0.05$), de modo estatisticamente

significativo em ambos os casos. Para além disso, os afectos orientados para os outros (ou afectos O) também se encontram positivamente associados aos afectos positivos ($r=0.55$, $\rho\leq 0.01$), de modo estatisticamente significativo – sem que esta relação atinja valores tão elevados como entre os afectos S e P. Esta análise encontrou, ainda, uma associação positiva e estatisticamente significativa entre afectos O e afectos S ($r=0.50$, $\rho\leq 0.05$).

Um resultado que se destaca nesta análise é a correlação negativa e estatisticamente significativa ($\rho\leq 0.05$) encontrada entre afectos S e afectos N, ao nível da posição de psicoterapeuta – relação que não se verifica entre O e N. Assim, de um modo global, a orientação para si na vertente profissional parece mais claramente associada a afectos positivos do que a orientação mais centrada no contacto positivo com outros.

5.2.2.2. Categorização dos psicoterapeutas consoante os afectos S e O ao nível da posição de psicoterapeuta

A comparação dos valores compósitos dos afectos S e O da posição de psicoterapeuta, permitiu efectuar uma divisão da amostra de terapeutas em categorias (quadro 15).

De acordo com os critérios de classificação atrás mencionados (cf. ponto 5.1.2. deste capítulo), ao distribuir-se os 34 terapeutas da amostra pelas 4 categorias afectivas (quadro 16) verificou-se que a maioria dos participantes pertencia à categoria HH: 15 no seu total. De acordo com a grelha de leitura de Hermans e Hermans-Jansen (1995), os psicoterapeutas que integram esta categoria serão os que organizam a sua actividade profissional em torno dos dois motivos principais que orientam a actividade humana no mundo: a necessidade de auto-realização e o desejo de estabelecer relações de proximidade com os outros. Na significação das suas experiências enquanto terapeutas, estes indivíduos apresentam uma equilibrada dualidade de forças, para si e para os outros.

A categoria S foi composta por 12 participantes que organizam a sua actividade profissional em torno do motivo de autovalorização. De acordo com a teoria da valoração de Hermans, isto significará que nas suas experiências profissionais estes

terapeutas se encontram mais orientados para si do que para os outros, procurando sobretudo, através da sua actividade profissional, realizar-se pessoalmente.

Quadro 15 – Valores de S e O da posição de psicoterapeuta dos 34 terapeutas da amostra

Sujeitos	S	O	Categorias	Sujeitos	S	O	Categorias
1	15	9	S	18	13	12	HH
2	15	14	HH	19	16	12	S
3	6	13	O	20	19	19	HH
4	11	6	S	21	12	6	S
5	16	15	HH	22	14	16	HH
6	15	16	HH	23	8	7	Inclassificável
7	14	13	HH	24	12	3	S
8	16	15	HH	25	10	10	Inclassificável
9	18	14	S	26	12	14	HH
10	16	16	HH	27	14	11	S
11	16	15	HH	28	15	14	HH
12	14	12	HH	29	8	11	O
13	11	6	S	30	12	10	Inclassificável
14	18	16	HH	31	18	15	HH
15	12	8	S	32	6	16	O
16	18	12	S	33	13	16	O
17	16	11	S	34	15	9	S

Quadro 16 – Frequência e percentagem de participantes por categorias de terapeutas

	Categorias de terapeutas				Total
	S	HH	O	Inclassificáveis	
Frequência	12	15	4	3	34
Percentagem	35.3	44.1	11.8	8.8	100

A categoria O foi constituída pelos 4 participantes que organizam a sua actividade, enquanto psicoterapeutas, em torno do motivo de contacto e união com os outros, mais do que em função da sua realização pessoal.

Depois de constituídas as categorias, interessava perceber se terapeutas com diferentes orientações motivacionais na posição de psicoterapeuta diferem noutros aspectos da organização dos seus sistemas identitários, nomeadamente na forma como integram no seu seio esta posição. Neste sentido, foram repetidas algumas das análises anteriormente efectuadas para a generalidade da amostra, tendo agora em consideração as categorias de terapeutas formadas. Nestas análises, não foi incluído o grupo dos “inclassificáveis”, uma vez que os seus resultados nos índices afectivos S e O não permitiram discriminar claramente uma tendência motivacional organizadora das experiências do domínio da sua actividade enquanto psicoterapeutas.

a. Níveis de bem-estar e categorias de terapeutas

Compararam-se então as diferentes categorias de terapeutas (S, HH e O) quanto aos valores médios: de afecto positivo e negativo do sentimento geral, de afecto positivo e negativo da posição de psicoterapeuta, de bem-estar geral e de bem-estar profissional.

Quadro 17 – Valores médios de afecto positivo e negativo do sentimento geral, de afecto positivo e negativo da posição de psicoterapeuta, de bem-estar geral e de bem-estar profissional, por categorias de terapeutas

	Categorias de terapeutas	n	Afectos Positivos		Afectos Negativos		Bem-estar (P-N)	
			M	DP	M	DP	M	DP
Sentimento geral	S	12	12.3	1.78	5.1	3.15	7.3	3.39
	HH	15	13.7	2.87	5.7	3.11	8.1	5.06
	O	4	11.3	3.77	8.5	4.36	2.8	7.41
	Total	31	12.9	2.69	5.8	3.35	7.1	4.97
Diferenças	χ^2 a)		3.435		1.762		2.301	
	ρ		0.180		0.414		0.316	
Posição psicoterapeuta	S	12	14.2	2.92	5.3	2.80	8.9	4.54
	HH	15	16.1	1.94	6.0	3.91	10.2	5.14
	O	4	12.5	3.70	9.0	2.45	3.5	5.26
	Total	31	14.9	2.81	6.1	3.47	8.8	5.24
Diferenças	χ^2 a)		4.827		5.164		4.583	
	ρ		0.089*		0.076*		0.101	

Legenda: a) Teste de Kruskal-Wallis; * $\rho \leq 0.10$

As análises efectuadas não revelaram a existência de diferenças de médias estatisticamente significativas entre as três categorias de terapeutas no que respeita ao valor de bem-estar geral (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=2.301$, $gl=2$, $\rho>0.10$), aos afectos positivos (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=3.435$, $gl=2$, $\rho>0.10$) e aos afectos negativos (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=1.762$, $gl=2$, $\rho>0.10$) do sentimento geral.

Relativamente à posição de psicoterapeuta, os grupos apresentaram entre si diferenças de médias marginalmente significativas, quer ao nível dos afectos positivos, quer ao nível dos afectos negativos (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=4.827$, $gl=2$, $\rho\leq 0.10$; e $\chi^2=5.164$, $gl=2$, $\rho\leq 0.10$ – respectivamente). Assim, e ainda que as diferenças médias no bem-estar profissional não se tenham revelado estatisticamente significativas (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=4.583$, $gl=2$, $\rho>0.10$), podemos afirmar que os grupos tendem a divergir entre si face a este índice (na medida em que o seu cálculo resulta precisamente da diferença entre afectos positivos e afectos negativos). Neste caso, os terapeutas HH foram os que apresentaram, em média, um estado afectivo profissional mais positivo e os terapeutas O os que apresentaram, em média, um estado afectivo profissional menos positivo e mais negativo.

b. Relação entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições do sistema pessoal dos terapeutas das diferentes categorias

Na exploração do posicionamento da posição de psicoterapeuta dentro dos sistemas identitários dos terapeutas das diferentes categorias, foram analisados dois aspectos: o seu grau de afinidade afectiva às outras posições do sistema (de forma indiferenciada) e às posições de cliente positivo e de cliente negativo (de um modo específico).

i. Afinidade afectiva entre a posição de psicoterapeuta e as restantes posições pessoais dos terapeutas das diferentes categorias

Da leitura do quadro 18, parece salientar-se o facto de o grupo O ter sido o único com participantes nos quais a posição de psicoterapeuta surgiu claramente diferenciada das restantes (i.e., em que 2 em 4 terapeutas apresentam uma “baixa afinidade”). O

grupo O foi também, o único em que não se registou um único de caso de elevada afinidade afectiva à posição de psicoterapeuta.

Quadro 18 – Frequências e percentagens dos terapeutas que, por categorias, apresentam diferentes proporções de posições associadas à posição de psicoterapeuta

Categorias de terapeutas		Categorias de proporção de posições associadas à posição de psicoterapeuta		
		Baixa afinidade (0%-25%)	Afinidade moderada (26%-74%)	Elevada afinidade (75%-100%)
S	<i>n</i>	0	7	5
	%	0.0	58.3	41.7
HH	<i>n</i>	0	8	7
	%	0.0	53.3	46.7
O	<i>n</i>	2	2	0
	%	50.0	50.0	0.0
Total	<i>n</i>	2	17	12
	%	6.5	54.8	38.7

Em virtude do reduzido número de terapeutas do grupo O, estes resultados devem ser entendidos com reserva³¹. Ainda assim, os dados parecem indicar que, nos sistemas identitários destes terapeutas a posição de psicoterapeuta se encontra menos próxima, afectivamente e experiencialmente, das restantes (quando comparado com o verificado nos outros dois grupos). Os grupos S e HH apresentam um padrão de afinidade moderada (S: 7/12; HH: 8/15) e de afinidade elevada (S: 5/12; HH: 7/15).

ii. Associação entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo nas diferentes categorias de psicoterapeutas

Para contrastar os grupos de terapeutas, quanto ao grau de associação da posição de psicoterapeuta às posições de cliente positivo e de cliente negativo, distribuíram-se os coeficientes de correlação dos perfis afectivos destas posições por categorias de significado estatístico (tal como havíamos feito para a generalidade da amostra). Os resultados encontram-se no quadro 19.

³¹ De referir que não foi possível aplicar a estes dados o Teste Estatístico do Qui-Quadrado pelo facto de haver mais de 20% das células com frequência esperada inferior a 5 e células com zero elementos.

Quadro 19 – Distribuição (frequência e percentagens), por categorias de significado estatístico, das correlações entre a posição de psicoterapeuta e as posições de cliente positivo e de cliente negativo, em função das categorias de terapeutas

Categorias de terapeutas		Categorias de correlação da posição de psicoterapeuta com as posições de clientes positivo e de cliente negativo					
		Negativa e com significado estatístico ($\rho \leq 0.05$)		Sem significado estatístico ($\rho > 0.05$)		Positiva e com significado estatístico ($\rho \leq 0.05$)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cliente positivo	S	0	0.0	2	16.7	10	83.3
	HH	0	0.0	1	6.7	14	93.3
	O	0	0.0	2	50.0	2	50.0
Cliente negativo	S	2	16.7	9	75.0	1	8.3
	HH	3	20.0	8	53.3	4	26.7
	O	0	0.0	4	100.0	0	0

O grupo de terapeutas O é o que apresenta uma menor proporção de casos de associação positiva e estatisticamente significativa entre a posição de psicoterapeuta e a de cliente positivo (2 em 4), enquanto numa grande maioria dos terapeutas dos grupos S (83.3%) e HH (93.3%) a posição de psicoterapeuta está correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com a posição de cliente positivo³².

Em relação ao cliente negativo, as diferenças entre os três grupos de terapeutas não são tão claras. A maioria dos terapeutas dos três grupos não associou de forma significativa os afectos da posição de psicoterapeuta aos da posição de cliente negativo. Três dos quatro terapeutas HH e o terapeuta S que apresentaram uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a posição de psicoterapeuta e a de cliente negativo avaliaram este cliente de forma ambivalente ($P-N \leq 3$). Apenas um destes terapeutas (um terapeuta HH) classificou o cliente negativo com afectos claramente negativos (cf. quadro 9 e 15).

³² Tal como na análise anterior, os resultados encontrados devem ser lidos com cuidado, dado o reduzido número de terapeutas do grupo O e porque, mais uma vez, não foi possível aplicar o Teste do Qui-Quadrado a estes dados.

5.2.3. Características demográficas dos terapeutas e variáveis estudadas

Procurámos, finalmente, verificar se algumas das variáveis mais relevantes do nosso estudo (nomeadamente, bem-estar e os valores médios de S e O ao nível da posição de psicoterapeuta) poderiam, de algum modo, estar associadas a diferenças entre os psicoterapeutas ao nível das suas características demográficas (e.g., idade, anos de prática psicoterapêutica, sexo e orientação teórica).

5.2.3.1. Relação entre bem-estar (geral e profissional) e as características demográficas dos terapeutas

Os resultados do conjunto de operações e de testes estatísticos empreendidos para averiguar a natureza da associação entre os dois índices de bem-estar e as características demográficas dos terapeutas encontram-se expostos nos quadros 20, 21 e 22.

Quadro 20 – Valores (média e desvio-padrão) das variáveis demográficas idade e anos de prática dos terapeutas e sua correlação com os valores de bem-estar geral e profissional

Variáveis demográficas	n	M	DP	Coeficientes de correlação de Spearman	
				Bem-estar geral	Bem-estar profissional
Idade	34	30.4	6.83	0.19	0.24
Anos de prática	34	5.7	5.52	-0.04	0.03

Quadro 21 – Distribuição dos valores médios de bem-estar (geral e profissional) em função do sexo dos terapeutas

Bem-estar	Sexo	n	M	DP	Diferenças	
					<i>u</i> a)	ρ
Geral	Masculino	6	8.8	6.52	49.000	0.113
	Feminino	28	6.1	4.96		
	Total	34	6.6	5.26		
Profissional	Masculino	6	9.5	3.39	81.000	0.892
	Feminino	28	8.4	5.41		
	Total	34	8.6	5.09		

Legenda: a) Teste de Mann-Whitney

Quadro 22 – Distribuição dos valores médios de bem-estar (geral e profissional) em função da orientação teórica dos terapeutas

Bem-estar	Orientação teórica	n	M	DP	Diferenças	
					$\chi^2_{a)}$	ρ
Geral	cognitivo-comportamental	9	8.1	3.55	2.520	0.284
	dinâmico	19	5.4	5.44		
	sistémico	6	8.2	6.62		
	total	34	6.6	5.26		
Psicoterapeuta	cognitivo-comportamental	9	7.2	5.61	2.392	0.302
	dinâmico	19	8.4	5.04		
	sistémico	6	11.0	4.34		
	total	34	8.6	5.09		

Legenda: a) Teste de Kruskal-Wallis

Como se pode constatar, não há diferenças significativas entre os terapeutas ao nível do bem-estar geral e profissional consoante as variáveis sexo ($U=49.00$, $\rho>0.05$; e $U=84.00$, $\rho>0.05$; respectivamente) e orientação teórica (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=2.52$, $gl=2$, $\rho>0.05$; e Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=2.37$, $gl=2$, $\rho>0.05$; respectivamente). Também não existem correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar geral e profissional com a idade ($r=0.19$, $\rho>0.05$; e $r=0.22$, $\rho>0.05$; respectivamente) ou com os anos de prática ($r=-0.04$, $\rho>0.05$; e $r=0.01$, $\rho>0.05$; respectivamente)

5.2.3.2. Relação entre os valores médios de S e O para a posição de psicoterapeuta e as características demográficas dos terapeutas

Repetiram-se os mesmos procedimentos estatísticos, para testar uma eventual associação entre os valores dos índices S e O da posição de psicoterapeuta (particularmente relevantes para o nosso estudo) e as características demográficas dos participantes.

Os resultados obtidos (quadros 23 e 24) indicam que os níveis de afecto S e O na posição de psicoterapeuta se encontram igualmente distribuídos entre indivíduos com diferentes orientações teóricas (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=0.08$, $gl=2$, $\rho>0.05$; e Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=0.96$, $gl=2$, $\rho>0.05$; respectivamente) e sexos ($U=76.50$, $\rho>0.05$; e $U=68.50$, $\rho>0.05$; respectivamente). Não foram ainda encontradas correlações estatisticamente significativas entre os níveis de afecto S e O na posição de psicoterapeuta e a idade ($r=0.08$, $\rho>0.05$; e $r=0.06$, $\rho>0.05$; respectivamente) ou os

anos de prática ($r=-0.24$, $\rho>0.05$; e $r=0.03$, $\rho>0.05$; respectivamente) dos psicoterapeutas (Quadro 25).

Quadro 23 – Correlações entre as variáveis demográficas idade e anos de prática e os afectos S e O ao nível da posição de psicoterapeuta

Variáveis demográficas	<i>n</i>	Coeficientes de correlação de Spearman	
		S	O
Idade	34	0.08	0.06
Anos de prática	34	-0.24	0.03

Quadro 24 – Distribuição dos valores médios dos afectos S e O da posição de psicoterapeuta em função do sexo dos terapeutas

Afectos da posição de psicoterapeuta	Sexo	<i>n</i>	M	DP	Diferenças	
					<i>u</i> a)	ρ
S	masculino	6	13.2	3.54	76.500	0.733
	feminino	28	13.8	3.36		
	total	34	13.7	3.35		
O	masculino	6	13.2	2.79	68.500	0.481
	feminino	28	11.9	3.90		
	total	34	12.1	3.72		

Legenda: a) Teste de Mann-Whitney

Quadro 25 – Distribuição dos valores médios dos afectos S e O da posição de psicoterapeuta em função da orientação teórica dos terapeutas

Afectos da posição de psicoterapeuta	Orientação teórica	<i>n</i>	M	DP	Diferenças	
					χ^2 a)	ρ
S	cognitivo-comportamental	9	13.7	3.43	0.081	0.961
	dinâmico	19	13.6	3.25		
	sistémico	6	13.7	4.13		
	total	34	13.7	3.35		
O	cognitivo-comportamental	9	12.3	2.29	0.958	0.619
	dinâmico	19	11.6	4.44		
	sistémico	6	13.3	3.08		
	total	34	12.1	3.72		

Legenda: a) Teste de Kruskal-Wallis

5.3. Discussão dos resultados

Retomando o principal objectivo deste estudo – a caracterização dos terapeutas com base na organização afectiva dos significados pessoais associados por estes à sua posição profissional –, a discussão dos resultados será organizada tendo em consideração os dados obtidos para a generalidade da amostra, por um lado, e em função das categorias de terapeutas formadas, por outro.

5.3.1. Bem-estar

Verificou-se que, na sua globalidade, os terapeutas do nosso estudo se sentem bem em geral e na sua profissão. Este dado é congruente com os resultados dos estudos revistos (cf. ponto 4.3.2. do capítulo I), segundo os quais a grande maioria dos terapeutas se sente gratificada e realizada com a sua carreira, gozam de boa saúde, valorizam e respeitam o seu trabalho.

5.3.2. Integração da posição profissional no repertório de posições pessoais dos psicoterapeutas

Os dados revelam também que ser psicoterapeuta envolve uma estreita relação entre o papel ocupacional e a vida pessoal.

Um primeiro indicador desta interligação resulta do elevado grau de associação encontrado entre os índices de bem-estar experienciados pelos terapeutas na vida, de modo geral, e na área profissional, em particular. Este resultado parece sugerir que uma maior satisfação dos terapeutas com a sua actividade profissional acompanha, e é acompanhada de, uma maior satisfação nas outras áreas das suas vidas.

Um outro dado empírico que nos permite argumentar a favor desta associação (entre vida profissional e vida pessoal), advém da constatação de que, na grande parte dos terapeutas estudados, o padrão afectivo da posição de psicoterapeuta está positivamente associado ao padrão afectivo do sentimento geral. Este resultado apoia a ideia de que existe uma relação próxima entre a vida profissional e a vida pessoal.

Podemos, ainda, adicionar outro dado a esta discussão: foram poucos os participantes (apenas 2) nos quais a posição de psicoterapeuta mantém um baixo grau de afinidade afectiva com as restantes posições. Isto permite-nos supor que a qualidade

afectiva das experiências da posição de psicoterapeuta não é muito distinta da qualidade afectiva das experiências de outras posições de domínios distintos da identidade.

No entanto, há que colocar algumas reservas na interpretação destes resultados. Antes de mais, não sabemos se esta interacção também se verifica na identidade de outros profissionais ou se há variações na forma como esta se manifesta, tão pouco temos dados que nos permitam fazer comparações a este nível – o que poderá resultar num futuro estudo. Ainda assim, desempenhando a profissão um papel central na identidade pessoal, é expectável que a interiorização de uma série de aspectos sócio-simbólicos associados ao papel profissional possa influenciar uma determinada maneira de estar na vida. No caso concreto dos psicoterapeutas, a especificidade do próprio trabalho psicoterapêutico – no qual as competências profissionais são tão úteis aos clientes como a familiares e amigos –, torna provavelmente permeável a fronteira entre a vida pessoal e a vida profissional, permitindo com facilidade a adopção de um estilo de vida único (cf. capítulo I).

Além disso, a constatação empírica de uma intensa ligação entre a parte profissional e a parte mais privada da vida destes terapeutas pode ser um reflexo do próprio processo de avaliação implementado nesta investigação, pela centralidade que esta confere ao papel de psicoterapeuta.

A apreciação da importância que a posição de psicoterapeuta tem nos sistemas identitários destes profissionais, reforça, em todo o caso, a importância de se explorar a organização afectiva dos significados (e os significados em si mesmos) que lhes estão associados.

5.3.3. Características afectivas da posição de psicoterapeuta e seu significado

O estudo dos afectos – enquanto indicadores de aspectos relevantes das experiências – da posição de psicoterapeuta indica que, de um modo geral, os terapeutas se sentem satisfeitos com a sua actividade profissional e conseguem por seu intermédio gratificar as suas necessidades de autovalorização e de contacto positivo com os outros (um resultado amplamente apoiado pela investigação; cf. ponto 4.3.2. do capítulo I). Esta consideração parece ser ainda reforçada pelos dados que apresentam os afectos da posição de psicoterapeuta, da generalidade dos terapeutas da amostra, mais semelhantes aos experienciados com o cliente “positivo” do que com o cliente “negativo”. Isto leva-

nos a pensar que os clientes “mais positivos” são, na sua generalidade, aqueles com os quais os terapeutas mais se “identificam”.

Um resultado que se destacou na análise dos afectos da posição de psicoterapeuta dá conta de uma relação inversamente proporcional entre afectos de autovalorização e afectos negativos. Esta mesma relação foi encontrada no estudo de Saragovi, Aubé, Koestner e Zuroff (2002), através do qual os autores examinaram as relações empíricas entre traços, motivos e estilos depressivos relacionados com as dimensões de personalidade “actividade pessoal” (*agency*) e “comunhão”. Neste estudo, para além de ambas as dimensões (“actividade pessoal” – comparável ao motivo S ou de autovalorização – e “comunhão” – equiparável ao motivo O ou de contacto com os outros) se terem apresentado associadas de forma positiva e estatisticamente significativa com afecto positivo e ajustamento social (*social adjustment*); a dimensão “actividade pessoal” estava ainda relacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com satisfação na vida (*life satisfaction*), e de forma negativa e estatisticamente significativa com afecto negativo (estas relações foram confirmadas através de auto-relatos, bem como através do relato de pares).

5.3.4. Categorização dos terapeutas: Terapeutas mais centrados em si, mais centrados nos outros e terapeutas centrados simultaneamente em si e nos outros

A distribuição dos participantes pelas três categorias afectivo-motivacionais, conduziu a maior parte dos terapeutas da nossa amostra para o grupo HH. A presença em número elevado de afectos S e O ao nível das suas posições profissionais, leva-nos a conceptualizá-los como terapeutas que organizam as suas actividades psicoterapêuticas tendo em vista a satisfação, simultânea, de necessidades de auto-afirmação e individualização, bem como de necessidades de cooperação e conexão aos outros. Hermans e Hermans-Jansen (1995) defendem que, habitualmente, a integração afectiva dos dois motivos básicos se encontra associada a níveis elevados de bem-estar ($P > N$), mas que nem sempre assim é. A proximidade entre afectos S e O também nos permite pensá-los como terapeutas que não conseguem diferenciar a satisfação dos dois motivos – ao nível da sua actividade profissional – ou que têm razões emocionais para evitar esta diferenciação. Neste caso, a proximidade entre afectos S e O seria sinónimo de uma reduzida flexibilidade nestes profissionais para se moverem dinamicamente de um

motivo para o outro (i.e., salientando um motivo em detrimento do outro) consoante os acontecimentos, comprometendo, assim, o seu funcionamento (cf. Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

O processo de divisão dos terapeutas resultou ainda na constituição da categoria S com um número de terapeutas três vezes superior ao da categoria O. Este facto parece sugerir que, entre os participantes da nossa amostra, a procura de realização pessoal, por intermédio do exercício da actividade psicoterapêutica, se sobrepõe ao desejo de estabelecer relações positivas com os outros. Contudo, em termos médios, os valores dos afectos S ($M=13.7$; $DP=3.35$) e O ($M=12.1$; $DP=3.72$) da posição de psicoterapeuta são, na generalidade da amostra, elevados (i.e., valores médios superiores a 12 dos 20 medidos pela escala) e não muito distintos. Assim, o resultado que mais se destaca é a coexistência de níveis elevados de afectos S e O na posição de psicoterapeuta (na generalidade da amostra), o que – não sendo surpreendente – poderá ser uma característica desta profissão. Ou seja, os psicoterapeutas através da sua actividade profissional poderão procurar não só satisfazer necessidades de valorização e afirmação pessoal, mas também, necessidades de cariz interpessoal.

5.3.4.1. Bem-estar

No que concerne ao bem-estar, pode constatar-se que os terapeutas O apresentam em termos profissionais um estado afectivo mais negativo (i.e., com um nível superior de afectos negativos) do que os terapeutas S – concordante com a relação inversa encontrada entre afectos S e afectos N.

Verificou-se também que os terapeutas HH são, dos três principais grupos formados, os que gozam de um estado afectivo profissional mais positivo e os terapeutas O os que retiram uma menor satisfação da sua profissão (i.e., com níveis superiores de afecto negativo e níveis inferiores de afecto positivo).

Bieling, Beck e Brown (2000) defendem a existência de uma associação entre a orientação personológica e a predisposição para o sofrimento psicológico. Segundo estes autores (ibidem), os sujeitos mais orientados para a procura de relações de proximidade com os outros (neste caso equiparáveis aos terapeutas O) têm uma maior predisposição personológica para a psicopatologia, ou seja, para um estado afectivo mais desfavorável. No seu estudo (ibidem), que apresenta uma solução de dois factores para a sociotropia (“preferência pela afiliação” e “medo da crítica e da rejeição”) e para

a autonomia (“sensibilidade ao controlo dos outros” e a “concretização independente de objectivos”), concluem que, de um modo global, os dois factores da sociotropia estão mais forte e positivamente relacionados com a psicopatologia do que os factores da autonomia.

Estes resultados permitem, de algum modo, uma aproximação aos resultados por nós encontrados. Em ambos os estudos, os indivíduos que nas suas actividades procuram sobretudo o contacto com os outros, apresentam uma maior vulnerabilidade emocional (no nosso estudo: apresentam níveis superiores de afecto negativo e níveis inferiores de afecto positivo).

É possível que a indicação de uma maior vulnerabilidade associada à posição profissional dos terapeutas O se deva à baixa valorização pessoal (nível de afecto S) que estes terapeutas retiram da sua profissão. No fundo, os terapeutas O distinguem-se dos terapeutas dos outros grupos, na medida em que concedem uma menor importância a este aspecto da sua identidade.

No entanto, temos que ter em consideração que o nosso grupo de terapeutas O é composto por um número muito reduzido de sujeitos o que torna muito frágil o significado deste resultado.

5.3.4.2. Integração afectiva da posição de terapeuta nos sistemas pessoais e bem-estar

Os sistemas identitários dos terapeutas O, para além de serem os que experienciam níveis superiores de afecto negativo, são, também, os que exibem uma menor afinidade afectiva com a posição profissional. Os dados parecem indicar estes sistemas – ainda que com algumas reservas – como aqueles onde o conteúdo afectivo da posição de psicoterapeuta tende a assemelhar-se menos ao das outras dimensões identitárias. Será que existe alguma relação entre afinidade afectiva e bem-estar?

Hermans e Hermans-Jansen (1995) defendem que nas situações em que as forças centrífugas (i.e., os afectos dirigidos para os outros ou afectos O) dominam o processo de construção de significado pessoal, pode surgir uma fragmentação da identidade – que no nosso caso, se poderá traduzir numa menor afinidade afectiva entre as diversas posições identitárias. Quando este movimento não é contrabalançado por forças centrípetas, promotoras de uma maior autonomia e independência face ao outro, “o self é rasgado em pedaços” (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; p. 242) e o indivíduo deixa de ser capaz de retirar benefícios da permuta da diversidade de experiências entre as

suas diferentes áreas de vida. De acordo com estes autores (ibidem), é a capacidade dos indivíduos para se moverem de forma flexível e dinâmica entre diferentes orientações (para si e para os outros) a característica essencial do bem-estar psicológico, na medida em que é este movimento entre forças contrastantes, mas complementares, o promotor de um pleno funcionamento.

Outros investigadores dedicados ao estudo da organização do autoconhecimento (e.g., Donahue, Robins, Roberts & John, 1993; Campbell, 1990), têm encontrado resultados que mostram que a redundância ou a baixa diferenciação semântica entre os diferentes auto-aspectos é benéfica para o bem-estar emocional. Donahue, Robins, Roberts e John (1993) propuseram o termo “diferenciação do autoconceito” para referir situações em que os papéis sociais não se sobrepõem ou não se correlacionam e que, segundo os autores (ibidem), estariam associadas a um pobre bem-estar psicológico (incluindo baixa auto-estima, níveis elevados de sintomatologia depressiva e elevado neuroticismo). Campbell (1990) partiu de um termo conceptualmente oposto a este: o de “clareza do autoconceito”, que corresponde à existência de consistência no conteúdo de diferentes auto-aspectos. A clareza do autoconceito tem sido relacionada com uma elevada auto-estima. Muitos estudos têm sido desenvolvidos nesta área, mas nem todos os resultados vão neste sentido. Por exemplo, Linville (1987) nos seus estudos sobre a autocomplexidade, defende que a sobreposição semântica dos auto-aspectos é um factor de risco na presença de acontecimentos adversos.

Ainda que os resultados do nosso estudo não nos permitam inferir uma relação de causalidade, estes parecem apontar para uma associação entre a proximidade afectiva nos domínios profissionais e privados da vida e um estado afectivo mais positivo. Ou, dito de outro modo, uma maior diferenciação entre os afectos da área profissional e os das outras dimensões da vida parece estar relacionada com um sentimento de maior insatisfação nesta área de actividade.

Os grupos de terapeutas parecem distinguir-se também, no que respeita à associação entre os afectos da posição de psicoterapeuta e os afectos da posição internalizada de cliente positivo. De um modo geral, os terapeutas revelam uma maior proximidade à posição de cliente positivo do que à de cliente negativo. Contudo, de entre estes, os terapeutas O parecem ser aqueles em que as posições de psicoterapeuta revelam graus inferiores de associação com as posições dos seus clientes positivos. Os resultados indicam, ainda que com alguma fragilidade – na medida em que o baixo número de elementos que compõe o grupo O impossibilitou que estas diferenças

tivessem sido comprovadas estatisticamente –, que os terapeutas O não “integram” as suas experiências positivas do mesmo modo que os terapeutas dos outros grupos o fazem. Perante este dado, é possível que os terapeutas O não se identifiquem tanto com os sucessos e, por isso, não desenvolvam um sentido de poder e mestria pessoal, importante para aumentar os níveis de autoconfiança e bem-estar.

Em síntese, os resultados deste estudo sugerem que:

- (1) de um modo geral, os terapeutas se sentem satisfeitos com a sua actividade e papel profissional;
- (2) o desempenho da função de psicoterapeuta tende a ter um impacto considerável na identidade, estando, em geral, positivamente associado com o sentimento geral dos indivíduos;
- (3) “ser psicoterapeuta” não tem o mesmo significado afectivo para todos os indivíduos, variando o mesmo em função das motivações subjacentes a este papel e dos diferentes objectivos que se pretendem ver satisfeitos por seu intermédio;
- (4) os diferentes significados da posição de psicoterapeuta estão associados a outros aspectos distintivos dos terapeutas ao nível da sua identidade profissional. Assim, os psicoterapeutas em que a dimensão de contacto positivo com os outros se encontra mais investida (terapeutas O) serão: (a) os que evidenciam um estado afectivo menos favorável, (b) aqueles em que a posição de psicoterapeuta se apresenta mais diferenciada dos outros domínios da identidade e (c) aqueles em que a posição de psicoterapeuta menos se identifica com experiências profissionais positivas. Os psicoterapeutas que investem de forma simultânea nas trocas positivas com os outros e na realização de objectivos egocentrados, por intermédio das suas actividades (terapeutas HH), serão os que experienciam níveis superiores de afecto positivo na área profissional. Quanto aos psicoterapeutas mais autocentrados (terapeutas S), estes apresentam valores intermédios face aos dos outros dois grupos em termos de satisfação profissional (i.e., quanto ao nível de afecto positivo) e próximos do grupo HH no modo como se processa a integração da posição de psicoterapeuta nos seus sistemas identitários.
- (5) os terapeutas O diferem dos terapeutas S e HH por apresentarem, face a estes, um menor nível de valorização pessoal (afectos S), sendo que a orientação para

si na vertente profissional parece estar mais associada a afectos positivos do que a orientação para os outros.

- (6) o estado afectivo menos favorável dos terapeutas O parece ainda estar associado: a uma menor integração afectiva da posição de psicoterapeuta nos sistemas pessoais destes terapeutas e a uma auto-imagem profissional menos associada ao sucesso.

6. Estudo B: Organização discursiva dos psicoterapeutas em torno do seu papel social

Neste segundo estudo, pretendemos examinar os significados subjectivamente construídos pelos psicoterapeutas para o papel profissional que desempenham.

Na sequência da análise empreendida no estudo A – centrada na organização afectiva dos significados pessoais –, pareceu-nos adequado procurar compreender como os terapeutas organizam discursivamente os significados construídos em torno da sua auto-imagem profissional. Neste sentido, foi conduzido um novo estudo que consiste na análise do discurso dos terapeutas sobre as suas experiências profissionais com dois clientes específicos: o “mais positivo” e o “mais negativo”, partindo do princípio dialógico de que a auto-imagem é o resultado de processos subjectivos e intersubjectivos de co-relação a outros.

É importante referir que nós não reduzimos arbitrariamente as posições identitárias, relevantes para a auto-imagem de psicoterapeuta, às relações com estes clientes; haverá certamente outras igualmente importantes (e.g., posições de outros significativos, como colegas ou supervisores; e de uma forma geral todas as posições que interagem com a posição de psicoterapeuta no espaço imaginário da identidade). Contudo, e atendendo à natureza da própria actividade terapêutica, consideramos que as posições internalizadas de clientes são particularmente interessantes para a análise da construção da imagem que o próprio tem de si enquanto psicoterapeuta e, neste sentido, optámos por estudar a influência de duas: a mais positiva e a mais negativa.

De um modo global, procurámos, então, através deste estudo, explorar no discurso dos terapeutas sobre os seus clientes diferentes formas destes profissionais se posicionarem perante o cenário terapêutico, ou seja, diferentes formas de ocupação do

próprio papel profissional enquanto psicoterapeutas. Um aspecto em que estamos particularmente interessados é o da contrastação de terapeutas com diferentes orientações em face dos clientes – mais autocentrados (S), mais centrados nos outros (O) e os que equilibram melhor estas duas orientações (HH) –, quanto à forma como elaboram discursivamente as experiências do domínio profissional.

Resumidamente, neste estudo, através da análise do discurso dos terapeutas sobre os seus clientes com mais impacto positivo e negativo, pretendemos explorar e contrastar os significados associados pelos terapeutas da amostra – de um modo global e em função dos grupos formados no estudo A³³ – a estas diferentes experiências.

Na condução deste estudo somos guiados pelas seguintes questões:

- (1) Como são caracterizados os clientes (em termos da *quantidade* de discurso produzido para caracterizar diferentes elementos, como por exemplo o resultado do processo terapêutico, a gratificação ou a insatisfação do terapeuta com o caso, a atitude do cliente perante a terapia ou o terapeuta)?
- (2) A quem é atribuída a responsabilidade do resultado terapêutico?

A primeira questão em estudo reenvia para a análise dos elementos a que os terapeutas recorrem na significação de clientes com diferentes significados afectivos (com impacto positivo e com impacto negativo). Pretende-se através da mesma obter não só os significados associados ao cliente “mais positivo” e ao cliente “mais negativo”, mas também averiguar a existência de eventuais diferenças entre os terapeutas na construção discursiva destas entidades (e.g., se o impacto diferencial destes clientes no terapeuta se encontra relacionado com o resultado do processo terapêutico ou não).

A dimensão da responsabilidade pelo sucesso ou insucesso da terapia aparece como um aspecto central na compreensão do papel que o próprio terapeuta reserva para si no seio do desempenho da sua actividade. Assim, a segunda questão remete para a análise descritiva dos factores terapêuticos, ou outros, de que o terapeuta faz depender o resultado da terapia.

³³ De relembrar que, estes grupos correspondem a diferentes orientações motivacionais (O, S e HH) dos terapeutas perante a sua actividade profissional.

6.1. Descrição dos procedimentos

6.1.1. Recolha das narrativas

Depois de os terapeutas terem realizado a tarefa de autocomplexidade de Linville (1987) e antes de procederem ao preenchimento da grelha de afectos (Hermans & Hermans-Jansen, 1995), solicitou-se aos participantes que evocassem e descrevessem os dois clientes que mais impacto tinham tido em si: um pela positiva e outro pela negativa (i.e., tarefa de evocação de clientes com impacto positivo e negativo). O material utilizado para suscitar os relatos dos terapeutas foi o seguinte:

“Ao longo da nossa vida as pessoas que vamos conhecendo vão ficando de algum modo representadas dentro de nós, de acordo com o significado que vamos atribuindo a esses encontros. De um certo modo, poder-se-ia até dizer que as pessoas vão ocupando um determinado espaço em nós.

Seguindo esta metáfora, gostaria que reflectisse um pouco e que identificasse, na sua vida profissional, os dois clientes que mais impacto tiveram em si: um cujo impacto se tenha feito sentir de forma especialmente positiva e outro, de um modo particularmente negativo [momento de reflexão]. Peço-lhe agora que me descreva cada um deles.”

Deste modo obtiveram-se 68 relatos: 34 sobre o designado “cliente positivo” e 34 sobre o “cliente negativo”.

6.1.2. Análise das narrativas

Os dados assim obtidos foram tratados, posteriormente, por dois juízes licenciados em Psicologia.

Num primeiro momento, os juízes efectuaram uma leitura preliminar dos relatos de modo a procederem à criação de categorias de análise de conteúdo. Num segundo momento, os juízes avaliaram e categorizaram de forma independente todos os relatos. No final, e para as categorias de codificação efectuadas, foi calculado um índice de fidelidade (F) pela divisão do número de acordos obtidos (antes de qualquer discussão) pelo número total de categorizações efectuadas por cada um dos juízes (Vala, 1986). Posteriormente, e nos casos em que não houve acordo, o consenso foi sempre alcançado pela discussão entre os codificadores. Contudo, tinha sido prevista a possibilidade de

não se encontrar acordo entre os dois juizes, pelo que um terceiro havia sido considerado para casos de desempate.

Para a análise dos relatos foram definidas categorias de análise, algumas *a priori*, outras após uma primeira leitura do material, que serviram de base à codificação empreendida. Contudo, a sua elaboração foi sempre conduzida pelas questões a que este estudo pretende responder.

Na caracterização do conteúdo dos relatos foram utilizadas, como unidades de registo, unidades de natureza semântica ou de informação (i.e., o número de palavras caracterizadas numa dada categoria). Sempre que possível as unidades de informação foram associadas a unidades formais (e.g., frase, parágrafo), resultando as mesmas numa proposição com os seguintes elementos: objecto, elementos que fazem a conexão entre o objecto e os respectivos termos de qualificação, e predicado (cf. Vala, 1986). Para cada categoria, o número de acordos entre codificadores, obtido antes de qualquer discussão, foi calculado a partir das unidades formais identificadas pelos juizes como pertencentes a uma dada subcategoria.

6.2. Resultados

Para responder às questões do estudo, através do exame do discurso dos terapeutas sobre os seus clientes, foram elaboradas categorias de análise que permitiram codificar os relatos destas experiências. Antes disso, foi contabilizada e contrastada a totalidade de palavras produzidas pelos terapeutas na descrição dos clientes positivos e negativos, em função da totalidade da amostra e dos três principais grupos de terapeutas (i.e., S, HH e O).

6.2.1. Palavras produzidas no relato dos clientes positivos e negativos

A comparação – através do Teste t-Student (quadro 26) – do número médio de palavras produzidas pelos 34 terapeutas da amostra nos relatos dos clientes positivos e nos relatos dos clientes negativos, permitiu concluir que os terapeutas diferiram significativamente na quantidade média de palavras que utilizaram para descrever estas duas experiências ($t=-2,113$, $gl=33$, $p\leq 0.05$).

Quadro 26 – Quantidade de palavras (média, desvio-padrão e somatório) produzidas pelos 34 terapeutas da amostra nos relatos dos clientes positivos e negativos

Tipo de relato	n	M	DP	N.º total de palavras	Diferenças	
					t	ρ
Cliente positivo	34	218.1	135.78	7416	-2.113	0.042*
Cliente negativo	34	279.9	189.20	9517		

Legenda: * $\rho \leq 0.05$

Os terapeutas na descrição da experiência do cliente negativo utilizaram um número médio de palavras superior ao que utilizaram na descrição da experiência do cliente positivo, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t=-2,113$, $\rho=0.042$). Por esta razão, na comparação dos relatos produzidos pela totalidade da amostra de terapeutas sobre os clientes positivos e negativos utilizaremos a proporção de discurso (em alternativa à quantidade de palavras).

Quadro 27 – Número de palavras produzidas pelos terapeutas das três principais categorias da amostra (S, HH e O) nos relatos dos clientes positivos e negativos

Categorias de terapeutas		Número de palavras					
		Relato cliente positivo			Relato cliente negativo		
		M	DP	Total	M	DP	Total
S	n=12	209.0	149.62	2508	268.5	196.12	3222
HH	n=15	237.4	148.25	3561	298.5	223.90	4477
O	n=4	188.0	95.13	752	250.0	118.55	1000
Total	n=31	220.0	140.38	6821	280.6	198.11	8699
Diferenças	χ^2 a)	0.436			0.270		
	ρ	0.804			0.874		

Legenda: a) Teste de Kruskal-Wallis

Foram também comparados os grupos de terapeutas (HH, S e O) quanto ao número médio de palavras produzidas nos relatos dos clientes positivos e nos relatos dos clientes negativos (quadro 27). A este nível, os valores do Teste de Kruskal-Wallis não se revelaram estatisticamente significativos (cliente positivo: $\chi^2=0.436$, $gl=2$, $\rho>0.05$; cliente negativo: $\chi^2=0.270$, $gl=2$, $\rho>0.05$). Concluiu-se, por isso, que os três grupos de terapeutas não diferiram entre si, de forma significativa, quanto ao número médio de palavras produzidas no relato do cliente positivo, bem como no relato do

cliente negativo. Ainda assim, nas comparações entre os grupos de terapeutas optámos também por utilizar como medida a proporção de palavras (i.e., percentagem de palavras codificada em cada categoria) – em alternativa à quantidade de palavras –, já que esta permite comparações mais claras entre os terapeutas quanto à quantidade de discurso produzida em cada subcategoria de análise e, também, por uma questão de coerência com a medida utilizada na análise das diferenças entre relatos sobre o cliente positivo e sobre o cliente negativo produzidos pela totalidade da amostra.

6.2.2. Caracterização dos clientes

Para analisar os elementos valorizados pelos terapeutas na significação de clientes com valências afectivas opostas (com impacto positivo e com impacto negativo), foi constituída a categoria de codificação *caracterização dos clientes*.

Interessava, com esta categoria, compreender quais os significados mais elaborados pelos terapeutas nos discursos sobre os clientes. Após uma leitura prévia dos relatos foram criadas 5 subcategorias de análise:

(1) *resultado do processo terapêutico*: quando o cliente é caracterizado com base no resultado do processo.

Indicadores de sucesso: ganhos terapêuticos, sucesso terapêutico, evolução, progressos/progressão, resultados positivos, avanços, melhoras, bom trabalho terapêutico, mudança positiva, crescimento saudável ou positivo, recuperação, “ultrapassou bem”...

Indicadores de insucesso: insucesso, sem resultados positivos, “a quem não se conseguiu chegar”, “quem não se conseguiu trabalhar”, abandonos, interrupções do processo...

(2) *lição/aprendizagem para o terapeuta*: casos que resultaram num acréscimo de conhecimento para o terapeuta, sobre si ou sobre aspectos da sua actividade.

Indicadores: generalizações feitas a partir do caso, comprovação/prova de algo, ensinamento, crescimento pessoal/profissional, enriquecimento, “fez-me pensar sobre”, “percebi que”...

(3) *gratificação/insatisfação do terapeuta*: situações nas quais o terapeuta expressou sentimentos ou sensações dominantes de satisfação ou frustração relacionados com aspectos específicos do processo, como sejam: o seu desenrolar, o seu desfecho ou a natureza da relação terapêutica.

Indicadores de gratificação: gratificação, motivação, satisfação, emoção positiva, “sentir que valeu a pena”, bem-estar, prazer...

Indicadores de insatisfação: culpabilidade, tristeza, angústia, frustração, desmotivação, desânimo, sofrimento, mágoa...

(4) *identificação/diferenciação do terapeuta relativamente ao cliente:* quando o terapeuta, na descrição do cliente, revelou aproximação ou afastamento face às características do mesmo.

Indicadores de identificação: empatia, “coisas que identifico como também tendo”, “com quem me identifiquei”, “de quem gosto imenso”...

Indicadores de diferenciação: sem empatia, “não tem nada a ver comigo”, “com características que me incomodam imenso”...

(5) *atitude do cliente perante a terapia ou o terapeuta:* situações em que o terapeuta associou a qualidade positiva ou negativa do cliente à atitude deste perante o terapeuta ou a terapia.

Indicadores de uma atitude positiva: assiduidade, confiança, “disponibilidade para a intervenção”, desejo de mudança, motivação, cooperação, “desafiou positivamente [o terapeuta]”, gratidão, reconhecimento...

Indicadores de uma atitude negativa: desconfiança, “colocou em causa”, abandono da terapia, não cooperação, não valorização, provocação, agressividade, indiferença...

Nesta categoria, a fidelidade de cotação interjuizes foi $F=0.83$. Os resultados, em termos de percentagem de palavras codificadas em cada uma das subcategorias, encontram-se nos gráficos 1 (para a totalidade dos terapeutas da amostra), 2 e 3 (para os grupos de terapeutas O, S e HH).

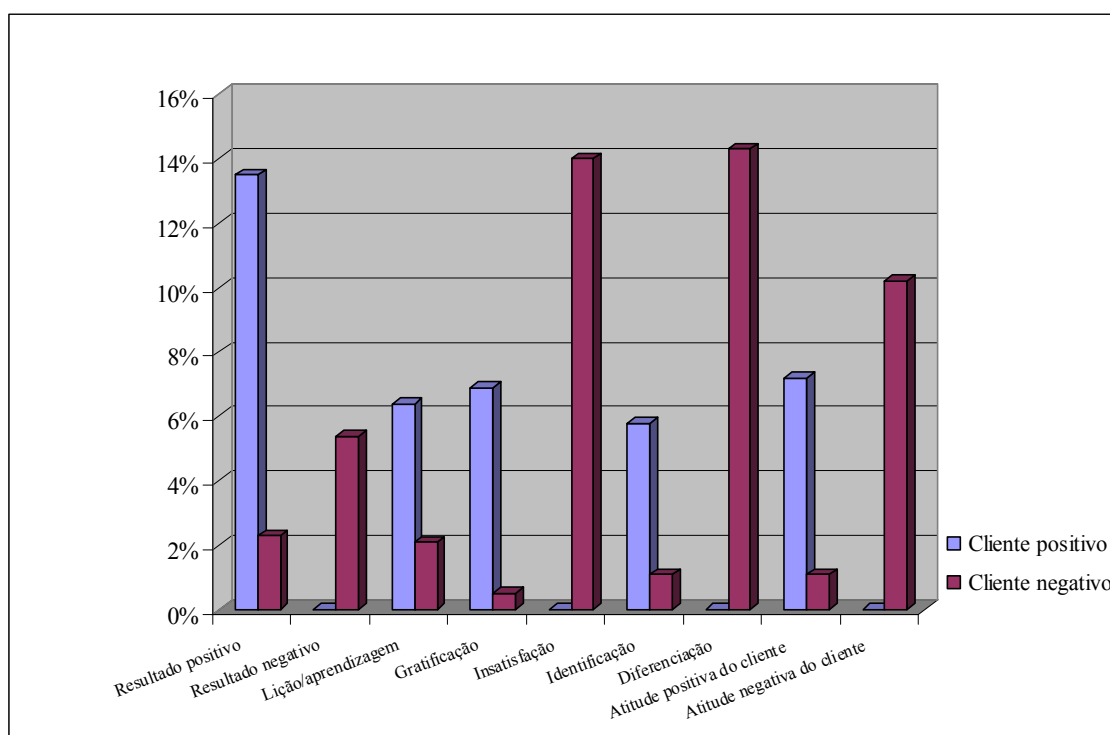
6.2.2.1. Totalidade da amostra

Na caracterização do cliente negativo, salientaram-se com proporções³⁴ superiores de discurso as subcategorias *diferenciação, insatisfação e atitude negativa do*

³⁴ Nas análises que envolvem a totalidade da amostra, a proporção de discurso refere-se à percentagem de palavras codificadas em cada subcategoria face ao número total de palavras produzidas pela totalidade da amostra de terapeutas na descrição dos clientes positivos ou dos clientes negativos (cf. quadro 26). Note-se que no universo do discurso dos terapeutas há partes que não foram susceptíveis de codificação.

cliente (14.3%, 14.0% e 10.2%, respectivamente), seguidas da dimensão *resultado negativo* (5.4%) – dimensões que não surgiram classificadas nos relatos sobre o cliente positivo. Contudo, e contrariamente ao relato sobre o cliente positivo (onde apenas surgiram classificadas subcategorias de tonalidade igualmente positiva), na caracterização do cliente negativo uma parte (ainda que diminuta) do discurso dos terapeutas foi classificada em subcategorias de cariz positivo, como sejam: *resultado positivo* (2.3%), *identificação* (1.1%), *atitude positiva do cliente* (1.1%) e *gratificação* (0.5%).

Gráfico 1 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” para a totalidade da amostra



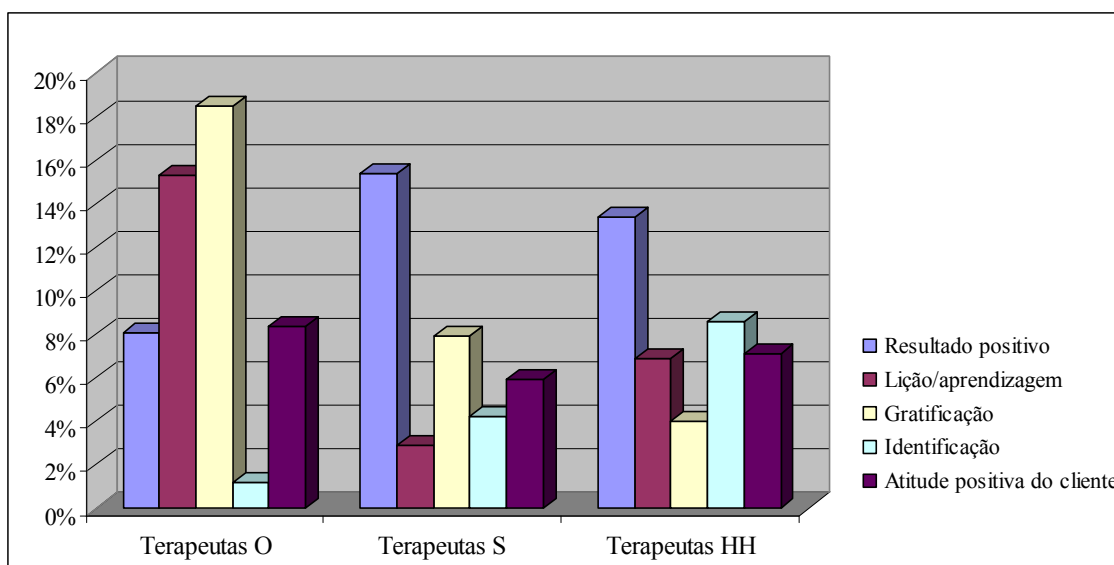
As análises estatísticas efectuadas comprovaram que, de facto, os terapeutas da amostra produziram relatos sobre os clientes positivos significativamente diferentes dos relatos sobre os clientes negativos, no que se refere à proporção de discurso, em todas as subcategorias da “caracterização do cliente”: *resultado positivo* ($\chi^2=792.425$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *resultado negativo* ($\chi^2=409.752$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *lição/aprendizagem* ($\chi^2=194.037$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *gratificação* ($\chi^2=543.190$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *insatisfação* ($\chi^2=1130.236$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *identificação* ($\chi^2=296.5264$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *diferenciação*

($\chi^2=1153.234$, $gl=1$, $\rho\leq 0.01$), *atitude positiva do cliente* ($\chi^2=430.248$, $gl=1$, $\rho\leq 0.01$) e *atitude negativa do cliente* ($\chi^2=806.176$, $gl=1$, $\rho\leq 0.01$).

6.2.2.2. Categorias de terapeutas

Numa leitura global do gráfico 2 é possível verificar que os terapeutas O, na caracterização do cliente positivo, produziram uma maior proporção de discurso³⁵ na descrição das subcategorias *gratificação* (18.5%) e *lição/aprendizagem* (15.3%), e uma menor quantidade na dimensão *identificação* (1.2%). No discurso dos terapeutas S destacaram-se com uma proporção superior de palavras a dimensão *resultado positivo* (15.4%) e com uma proporção inferior a dimensão *lição/aprendizagem* (2.9%). Por sua vez, no relato dos terapeutas HH destacou-se, com uma proporção superior de discurso, a dimensão *resultado positivo* (13.4%).

Gráfico 2 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os seus clientes positivos



A comparação dos diferentes grupos de terapeutas (através da aplicação do Teste do Qui-Quadrado), quanto à caracterização do cliente positivo, mostrou que estes diferem significativamente entre si nas dimensões: *resultado positivo* ($\chi^2=26.612$, $gl=2$,

³⁵ Nas comparações dos três grupos de terapeutas, a proporção de discurso corresponde à percentagem de palavras codificadas em cada subcategoria em função do número total de palavras produzidas por cada um dos três grupos de terapeutas na descrição dos clientes positivos ou dos clientes negativos (cf. quadro 27).

$\rho \leq 0.01$); *lição/aprendizagem* ($\chi^2=154.086$, $gl=2$, $\rho \leq 0.01$); *gratificação* ($\chi^2=203.01$, $gl=2$, $\rho \leq 0.01$); *identificação* ($\chi^2=83.930$, $gl=2$, $\rho \leq 0.01$) e *atitude positiva do cliente* ($\chi^2=6.973$, $gl=2$, $\rho \leq 0.05$). Analisando estas diferenças (quadro 28), verificou-se que na categoria *resultado positivo* os terapeutas S apresentaram frequências observadas (fo) acima das frequências esperadas (fe) e os terapeutas O e HH fo abaixo das fe; nas categorias *lição/aprendizagem* e *atitude positiva do cliente* os terapeutas O e HH apresentaram fo acima das fe e os terapeutas S fo abaixo das fe; na categoria *gratificação* os terapeutas O e S apresentaram fo acima das fe e os terapeutas HH fo abaixo das fe; e na categoria *identificação* os terapeutas HH apresentaram fo acima das fe e os terapeutas O e S fo abaixo das fe. Estas diferenças entre frequências obtidas e frequências esperadas (i.e., os valores residuais) foram todas estatisticamente significativas.

Quadro 28 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “caracterização do cliente” positivo

Subcategorias “caracterização do cliente” positivo	Categorias de terapeutas			Diferenças
	S	HH	O	
resultado positivo	+	-	-	↑ S / ↓ HH, O
lição/aprendizagem	-	+	+	↑ HH, O / ↓ S
gratificação	+	-	+	↑ S, O / ↓ HH
identificação	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O
atitude positiva do cliente	-	+	+	↑ HH, O / ↓ S

Legenda: +, quando as frequências observadas (fo) foram superiores às frequências esperadas (fe); -, quando as frequências observadas (fo) foram inferiores às frequências esperadas (fe); ↑, proporção superior de discurso; ↓ proporção inferior de discurso.

Deste modo, nos relatos sobre o cliente positivo:

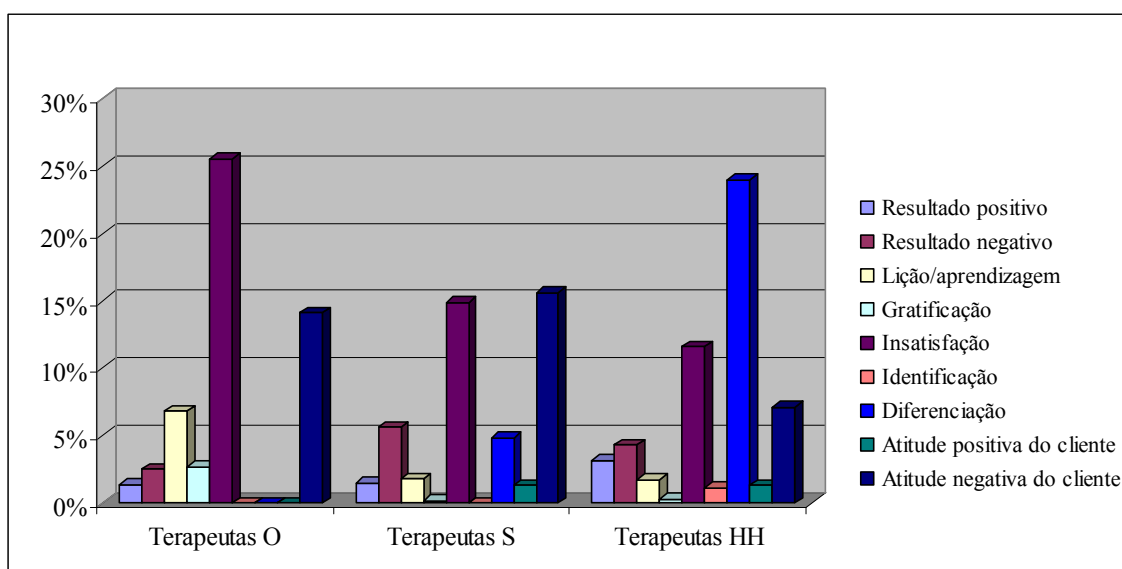
(1) os terapeutas S ocuparam mais discurso do que os terapeutas HH e O na dimensão *resultado positivo* e menos discurso do que os terapeutas dos outros dois grupos nas subcategorias *lição/aprendizagem* e *atitude positiva do cliente*. Os terapeutas S distinguiram-se ainda dos terapeutas HH por empregarem menos discurso do que estes na dimensão *identificação* e mais discurso na dimensão *gratificação*.

(2) os terapeutas HH ocuparam mais discurso do que os terapeutas S e O na dimensão *identificação* e menos discurso do que os terapeutas dos outros dois grupos na

dimensão *gratificação*. Os terapeutas HH diferiram ainda dos terapeutas S por ocuparem menos discurso do que estes na subcategoria *resultado positivo* e mais discurso nas subcategorias *lição/aprendizagem* e *atitude positiva do cliente*.

(3) os terapeutas O ocuparam mais discurso do que os terapeutas S nas dimensões *lição/aprendizagem* e *atitude positiva do cliente*, e menos discurso na dimensão *resultado positivo*. Os terapeutas O diferiram ainda dos terapeutas HH por ocuparem mais discurso do que estes na descrição da subcategoria *gratificação* e menos na subcategoria *identificação*.

Gráfico 3 – Percentagens das subcategorias “caracterização do cliente” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os seus clientes negativos



Na caracterização do cliente negativo (gráfico 3), os terapeutas O ocuparam uma percentagem superior de discurso com a dimensão *insatisfação* (25.5%), seguida da dimensão *atitude negativa do cliente* (14.1%). No discurso destes terapeutas destacou-se também a ausência de palavras (0.0%) nas dimensões *identificação*, *diferenciação* e *atitude positiva do cliente*. No discurso dos terapeutas S destacaram-se, com proporções superiores de palavras, as dimensões *atitude negativa do cliente* (15.6%) e *insatisfação* (14.9%), e, pela ausência de palavras, a dimensão *identificação* (0.0%). Por sua vez, no discurso dos terapeutas HH salientaram-se, com uma proporção superior de discurso, a dimensão *diferenciação* (24.0%) e, com proporções inferiores, as dimensões *gratificação* (0.3%), *identificação* (1.1%) e *atitude positiva do cliente* (1.3%).

A análise estatística dos dados revelou que a proporção de discurso que os diferentes grupos de terapeutas utilizaram na caracterização do cliente negativo diferiu

significativamente em todas as dimensões estudadas: *resultado positivo* ($\chi^2=28.449$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *resultado negativo* ($\chi^2=17.557$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *lição/aprendizagem* ($\chi^2=98.902$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *gratificação* ($\chi^2=101.649$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *insatisfação* ($\chi^2=129.113$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *identificação* ($\chi^2=48.379$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *diferenciação* ($\chi^2=749.849$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *atitude positiva do cliente* ($\chi^2=12.921$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$) e *atitude negativa do cliente* ($\chi^2=146.951$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$).

Quadro 29 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “caracterização do cliente” negativo

Subcategorias “caracterização do cliente” negativo	Categorias de terapeutas			Diferenças
	S	HH	O	
resultado positivo	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O
resultado negativo	+	-	-	↑ S / ↓ HH, O
lição/aprendizagem	-	-	+	↑ O / ↓ S, HH
gratificação	-	-	+	↑ O / ↓ HH, S
insatisfação	+	-	+	↑ S, O / ↓ HH
identificação	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O
diferenciação	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O
atitude positiva	+	+	-	↑ HH, S / ↓ O
atitude negativa	+	-	+	↑ S, O / ↓ HH

Legenda: +, quando as frequências observadas (fo) foram superiores às frequências esperadas (fe); -, quando as frequências observadas (fo) foram inferiores às frequências esperadas (fe); ↑, proporção superior de discurso; ↓ proporção inferior de discurso.

A análise das diferenças de frequências (quadro 29) permite afirmar que na categoria *resultado positivo*, *identificação* e *diferenciação* os terapeutas HH apresentaram fo acima das fe e os terapeutas O e S fo abaixo das fe; na categoria *resultado negativo* os terapeutas S apresentaram fo acima das fe e os terapeutas O e HH fo abaixo das fe; nas categorias *lição/aprendizagem* e *gratificação* os terapeutas O apresentaram fo acima das fe e os terapeutas S e HH fo abaixo das fe; nas categorias *insatisfação* e *atitude negativa do cliente* os terapeutas O e S apresentaram fo acima das fe e os terapeutas HH fo abaixo das fe; e na categoria *atitude positiva do cliente* os terapeutas S e HH apresentaram fo acima das fe e os terapeutas O fo abaixo das fe. Todas estas diferenças entre frequências observadas (fo) e esperadas (fe) se revelaram estatisticamente significativas.

Em síntese, nos discursos sobre os clientes negativos:

(1) os terapeutas S ocuparam mais discurso do que os terapeutas HH e O na dimensão *resultado negativo*. Os terapeutas S diferenciaram-se dos terapeutas HH por ocuparem, face a estes, uma proporção inferior de discurso nas dimensões *resultado positivo*, *identificação* e *diferenciação*, e uma proporção superior nas dimensões *insatisfação* e *atitude negativa do cliente*. Em relação aos terapeutas O, os terapeutas S diferenciaram-se por ocuparem uma proporção inferior de discurso nas dimensões *lição/aprendizagem* e *gratificação*, e superior na dimensão *atitude positiva do cliente*.

(2) os terapeutas HH ocuparam mais discurso do que os terapeutas S e O nas dimensões *resultado positivo*, *identificação* e *diferenciação*, e menos discurso do que os terapeuta dos outros dois grupos nas dimensões *insatisfação* e *atitude negativa do cliente*. Os terapeutas HH distinguiram-se ainda dos terapeutas S por ocuparem, em relação a estes, uma proporção inferior de discurso na dimensão *resultado negativo* e dos terapeutas O por ocuparem, face a estes, uma proporção superior de discurso na dimensão *atitude positiva do cliente* e inferior nas dimensões *lição/aprendizagem* e *gratificação*.

(3) os terapeutas O ocuparam mais discurso do que os terapeutas S e HH nas dimensões *lição/aprendizagem* e *gratificação*, e menos discurso do que os terapeutas dos outros dois grupos na dimensão *atitude positiva do cliente*. Os terapeutas O distinguiram-se dos terapeutas HH por empregarem, em relação a estes, uma proporção inferior de discurso nas dimensões *resultado positivo*, *identificação* e *diferenciação*, e superior nas dimensões *insatisfação* e *atitude negativa do cliente*. Os terapeutas O diferenciaram-se também dos terapeutas S por ocuparem, face a estes, uma proporção inferior de discurso na dimensão *resultado negativo*.

6.2.3. Atribuição da responsabilidade do resultado terapêutico

O estudo descritivo dos factores responsáveis pelo sucesso ou pelo insucesso da terapia foi conduzido por intermédio de uma categoria de análise do discurso designada de *atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo terapêutico*. Nesta categorização foram apenas considerados os factores que contribuíram para a obtenção de resultados positivos com os clientes positivos e de resultados negativos com os clientes negativos.

Com esta categoria pretendeu-se explorar, nos relatos dos terapeutas, a quem foi atribuída a responsabilidade pelo resultado da terapia. A leitura preliminar dos discursos, permitiu a elaboração de 5 unidades de análise:

(1) *cliente*: quando o resultado da terapia foi associado à natureza do problema do cliente, às suas características pessoais ou à atitude deste perante a terapia ou o terapeuta.

Indicadores de sucesso: “sem faltas absolutamente nenhuma dela”, “leva o trabalho a sério”, “valoriza o terapeuta”, “tinha várias características que ajudaram a que isto funcionasse”, “desejo de mudança”...

Indicadores de insucesso: “não havia nada de positivo por onde pegar”, “não fez esforço nenhum”, “mostrava total desinteresse”, “não cooperou”...

(2) *competências instrumentais do terapeuta*: quando o sucesso/insucesso da terapia foi associado à competência profissional do terapeuta para avaliar, diagnosticar e intervir, pela aplicação de técnicas e estratégias terapêuticas.

Indicadores de sucesso: “consegui criar as condições necessárias para”, “eu fiz”, “eu consegui”, “[as minhas estratégias] tiveram o efeito esperado”...

Indicadores de insucesso: “acertei ao lado”, “não tive em conta a rigidez do obsessivo”, “fiz uma afirmação e tenho a noção de que o mandei embora”, dificuldade em intervir, impotência para ajudar, incapacidade/falta de conhecimento para acompanhar e/ou reencaminhar uma determinada situação...

(3) *competências relacionais do terapeuta*: situações em que o terapeuta atribuiu o sucesso/insucesso da intervenção às suas capacidades humanas de aproximação ao outro, de aceitação incondicional, de compreensão e de ajuda.

Indicadores de sucesso: “se aceitarmos as pessoas elas mudam enormemente”, “[eu tenho uma] empatia muito grande”, “eu já não a consigo ver [com o defeito], eu vejo-a como uma só”, capacidade de se dar, “investi muito nela”, “percebia-a perfeitamente”, “a quem me liguei muito”, “peguei nela”...

Indicadores de insucesso: “contratransferência muito negativa”, falta de empatia, incompatibilidade, “era difícil compreendê-la”, “para mim aquilo era intolerável de ouvir”...

(4) *relação terapêutica:* casos em que o terapeuta considerou a qualidade da relação terapêutica um factor determinante no resultado do processo.

Indicadores de sucesso: “na relação que conseguimos”, relação de suporte e apoio, “encontro total”, “trabalhámos imenso juntas”, boa relação, relação muito importante, empatia mútua, relação positiva...

Indicadores de insucesso: “da não relação”, “relação muito difícil”, ausência de relação terapêutica, “relação que não funcionou”, problemas na relação...

(5) *aspectos exteriores ao processo:* sempre que o resultado terapêutico foi atribuído pelo terapeuta, pelo menos em parte, a condições que não se encontravam directamente relacionadas com a terapia mas que condicionaram a mesma.

Indicadores de sucesso: supervisão, ajuda de colegas, equipa de trabalho, psiquiatra/médico, familiares do cliente...

Indicadores de insucesso: “manipulação dos pais”, inexistência de condições de trabalho, falta de suporte superior, falta de supervisão, mau funcionamento do serviço, final do contrato de trabalho, mudança de consultório, falta de apoio da família...

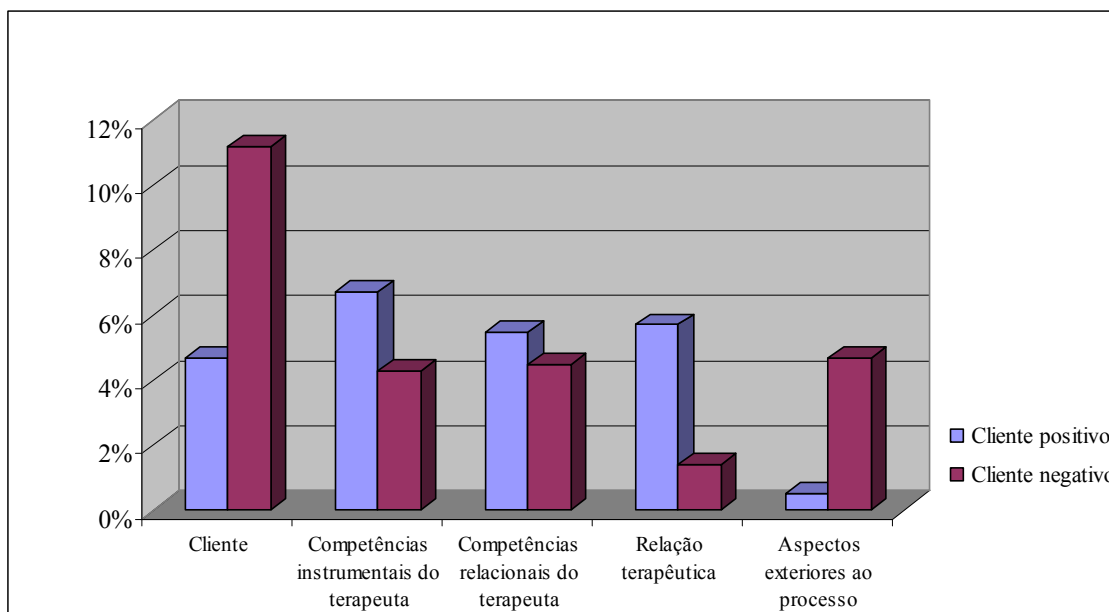
Nesta categoria o acordo interjuízes foi $F=0.85$. Os resultados obtidos em termos de percentagem de discurso encontram-se representados nos gráficos 4 (para os terapeutas da totalidade da amostra), 5 e 6 (para os grupos de terapeutas O, S e HH).

6.2.3.1. Totalidade da amostra

Como se pode verificar pelo gráfico 4, nos discursos sobre o cliente positivo o factor *competências instrumentais do terapeuta* foi o que mais se destacou (com 6.7% do discurso total dos terapeutas sobre o cliente positivo a ser classificado nesta subcategoria), seguido dos factores *relação terapêutica e competências relacionais do terapeuta* (que obtiveram proporções de aparecimento de 5.7% e 5.5%, respectivamente), enquanto principais factores explicativos dos resultados positivos

obtidos com estes clientes. Contrariamente, no relato do cliente negativo foram os factores *cliente* e *aspectos exteriores ao processo* que atingiram proporções mais elevadas (11.2% e 4.7%, respectivamente), enquanto factores preponderantes nos resultados negativos obtidos com este tipo de clientes.

Gráfico 4 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” para a totalidade da amostra



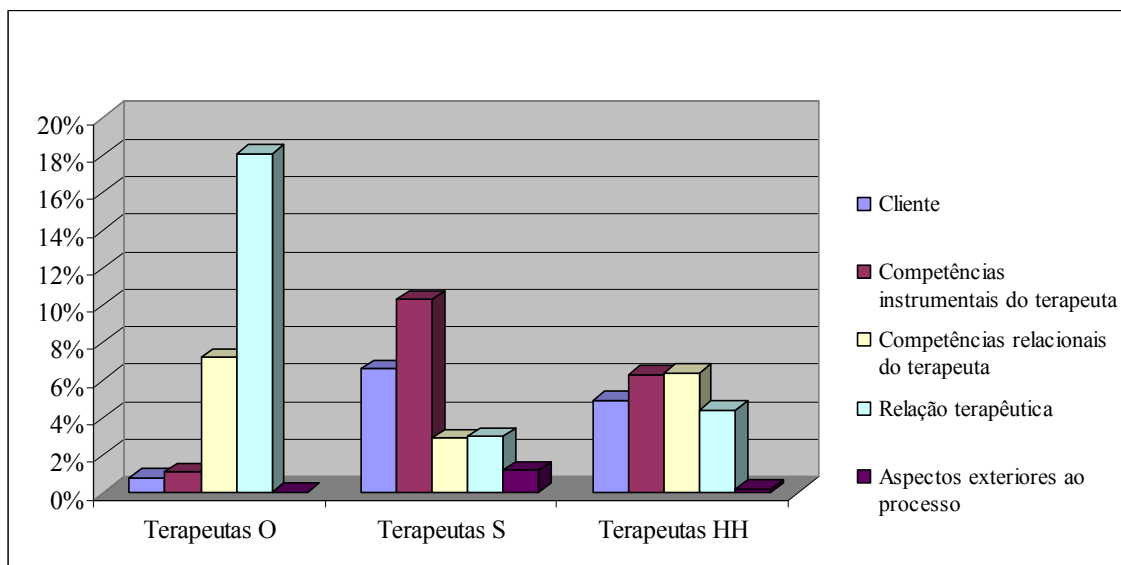
Os valores do Teste do Qui-Quadrado comprovaram que a amostra de terapeutas produziu relatos sobre os clientes positivos distintos dos relatos sobre os clientes negativos, quanto à proporção de discurso em todas as subcategorias analisadas: *cliente* ($\chi^2=226.217$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *competências instrumentais do terapeuta* ($\chi^2=45.712$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *competências relacionais do terapeuta* ($\chi^2=8.124$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$), *relação terapêutica* ($\chi^2=249.381$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$) e *aspectos exteriores ao processo* ($\chi^2=272.216$, $gl=1$, $\rho \leq 0.01$).

6.2.3.2. Categorias de terapeutas

Quanto à responsabilidade pelos resultados positivos obtidos com os clientes positivos (gráfico 5), os terapeutas O destacaram, com proporções superiores de discurso, o factor *relação terapêutica* (18.1%). Foi também notada, no discurso destes terapeutas, a inexistência de discurso classificado na subcategoria *aspectos exteriores ao processo* (0.0%). Os terapeutas S ocuparam uma maior percentagem do seu discurso

na descrição do factor *competências instrumentais do terapeuta* (10.3%), seguido do factor *cliente* (6.6%). No discurso dos terapeutas HH os factores *do terapeuta*, *competências relacionais* (6.4%) e *competências instrumentais* (6.3%), obtiveram as mais elevadas percentagens de aparecimento (nesta categoria), seguidos de perto pelos factores *cliente* (4.9%) e *relação terapêutica* (4.4%).

Gráfico 5 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os clientes positivos



Pela aplicação do Teste do Qui-Quadrado se concluiu que os três grupos de terapeutas usaram proporções de palavras significativamente distintas na descrição dos factores responsáveis pelos resultados obtidos com os clientes positivos: *cliente* ($\chi^2=41.060$, $gl=2$, $p\leq 0.01$), *competências instrumentais do terapeuta* ($\chi^2=83.938$, $gl=2$, $p\leq 0.01$), *competências relacionais do terapeuta* ($\chi^2=44.492$, $gl=2$, $p\leq 0.01$), *relação terapêutica* ($\chi^2=273.552$, $gl=2$, $p\leq 0.01$) e *aspectos exteriores ao processo* ($\chi^2=32.487$, $gl=2$, $p\leq 0.01$). Nas categorias *cliente*, *competências instrumentais do terapeuta* e *aspectos exteriores ao processo* (quadro 30) as fo apresentadas pelos terapeutas S superaram as fe e as fo dos terapeutas O e HH foram inferiores às fe; na categoria *competências relacionais do terapeuta* as fo dos grupos O e HH superaram as fe e as fo dos terapeutas S foram inferiores às fe; e na categoria *relação terapêutica* as fo dos terapeutas O foram superiores às fe e as fo dos terapeutas S e HH foram inferiores às fe.

Quadro 30 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” do cliente positivo

Subcategorias	Categorias de terapeutas			Diferenças
	S	HH	O	
Cliente	+	-	-	↑ S / ↓ HH, O
competências instrumentais terapeuta	+	-	-	↑ S / ↓ HH, O
competências relacionais terapeuta	-	+	+	↑ HH, O / ↓ S
relação terapêutica	-	-	+	↑ O / ↓ S, HH
aspectos exteriores ao processo	+	-	-	↑ S / ↓ HH, O

Legenda: +, quando as frequências observadas (fo) foram superiores às frequências esperadas (fe); -, quando as frequências observadas (fo) foram inferiores às frequências esperadas (fe); ↑, proporção superior de discurso; ↓ proporção inferior de discurso.

Deste modo, nos discursos sobre os clientes positivos:

(1) os terapeutas S ocuparam mais discurso do que os terapeutas HH e O nos factores *cliente*, *competências instrumentais do terapeuta* e *aspectos exteriores ao processo*, e menos discurso do que os terapeutas dos outros dois grupos no factor *competências relacionais do terapeuta*. Os terapeutas S diferenciaram-se ainda dos terapeutas O por ocuparem, em relação a estes, uma proporção inferior de discurso no factor *relação terapêutica*.

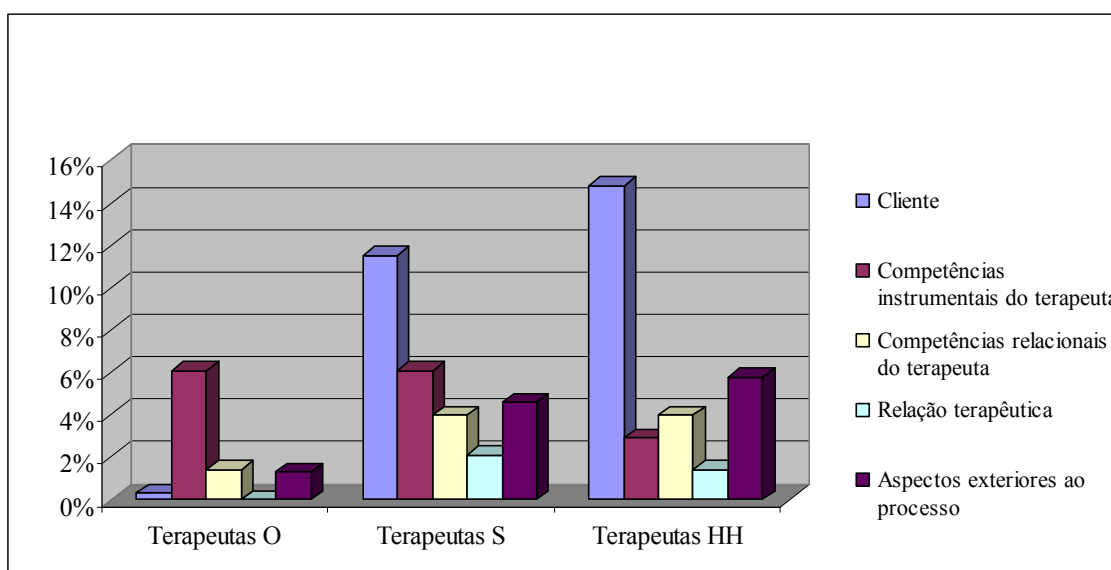
(2) os terapeutas HH ocuparam menos discurso do que os terapeutas S nos factores *cliente*, *competências instrumentais do terapeuta* e *aspectos exteriores ao processo*, e mais discurso do que estes no factor *competências relacionais do terapeuta*. Os terapeutas HH diferenciaram-se ainda dos terapeutas O por ocuparem, em relação a estes, uma proporção inferior de discurso no factor *relação terapêutica*.

(3) os terapeutas O ocuparam mais discurso do que os terapeutas S e HH no factor *relação terapêutica*. Os terapeutas O distinguiram-se também dos terapeutas S por empregarem, em relação a estes, uma proporção inferior de discurso nos factores *cliente*, *competências instrumentais do terapeuta* e *aspectos exteriores ao processo*, e superior no factor *competências relacionais do terapeuta*.

Como o gráfico 6 ilustra, no relato do cliente negativo, os terapeutas O atribuíram ao factor *competências instrumentais do terapeuta* (6.1%) a maior parcela de responsabilidade pelos resultados negativos obtidos com os clientes negativos,

excluindo, simultaneamente, qualquer contribuição do factor *relação terapêutica* (0.0%) para os mesmos. Nos terapeutas S, o factor *cliente* (11.5%) foi o que obteve a maior proporção de discurso, surgindo como o principal responsável pelos resultados negativos obtidos. De forma ainda mais expressiva, no discurso dos terapeutas HH, o factor *cliente* (14.8%) destacou-se como o grande responsável pelos resultados negativos obtidos com o cliente negativo, ao apresentar a mais elevada proporção de aparecimento, seguido do factor *aspectos exteriores ao processo* (5.8%).

Gráfico 6 – Percentagens das subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” nos relatos dos terapeutas O, S e HH sobre os clientes negativos



Tendo em consideração a proporção de discurso, nos relatos sobre o cliente negativo os grupos de terapeutas diferiram significativamente em todas as dimensões da categoria “factores responsáveis pelo resultado terapêutico”: *cliente* ($\chi^2=164.710$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *competências instrumentais do terapeuta* ($\chi^2=52.883$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *competências relacionais do terapeuta* ($\chi^2=17.035$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$), *relação terapêutica* ($\chi^2=22.016$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$) e *aspectos exteriores ao processo* ($\chi^2=36.219$, $gl=2$, $\rho\leq 0.01$). Nas subcategorias *cliente* e *aspectos exteriores ao processo* os terapeutas HH obtiveram fo acima das fe e os terapeutas O e S fo abaixo das fe; na categoria *competências instrumentais* os terapeutas O e S apresentaram fo superiores às fe e os terapeutas HH fo inferiores às fe; na categoria *competências relacionais* os terapeutas S e HH obtiveram fo superiores às fe e os terapeutas O fo inferiores às fe; e na categoria *relação terapêutica* os terapeutas S apresentaram fo superiores às fe e os terapeutas O e HH fo inferiores às fe (quadro 31).

Quadro 31 – Síntese das diferenças entre os grupos de terapeutas S, HH e O nas subcategorias “atribuição da responsabilidade pelo resultado do processo” do cliente negativo

Subcategorias	Categorias de terapeutas			Diferenças
	S	HH	O	
Cliente	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O
competências instrumentais terapeuta	+	-	+	↑ S, O / ↓ HH
competências relacionais terapeuta	+	+	-	↑ S, HH / ↓ O
relação terapêutica	+	-	-	↑ S / ↓ O, HH
aspectos exteriores ao processo	-	+	-	↑ HH / ↓ S, O

Legenda: +, quando as frequências observadas (fo) foram superiores às frequências esperadas (fe); -, quando as frequências observadas (fo) foram inferiores às frequências esperadas (fe); ↑, proporção superior de discurso; ↓ proporção inferior de discurso.

Assim, nos discursos sobre os clientes negativos:

(1) os terapeutas S ocuparam mais discurso do que os terapeutas HH e O no factor *relação terapêutica*. Os terapeutas S diferiram também dos terapeutas HH por ocuparem, face a estes, uma proporção inferior de discurso nos factores *cliente* e *aspectos exteriores ao processo*, e superior no factor *competências instrumentais do terapeuta*. Em relação aos terapeutas O, os terapeutas S distinguiram-se por empregarem uma percentagem superior de palavras no factor *competências relacionais do terapeuta*.

(2) os terapeutas HH ocuparam mais discurso do que os terapeutas S e O nos factores *cliente* e *aspectos exteriores ao processo*, e menos discurso do que os terapeutas dos outros dois grupos no factor *competências instrumentais do terapeuta*. Os terapeutas HH diferenciaram-se ainda dos terapeutas O por ocuparem, em relação a estes, uma proporção superior de discurso no factor *competências relacionais do terapeuta*, e dos terapeutas S por ocuparem, face a estes, uma menor percentagem de discurso no factor *relação terapêutica*.

(3) os terapeutas O ocuparam menos discurso do que os terapeutas S e HH no factor *competências relacionais do terapeuta*. Em relação aos terapeutas HH, os terapeutas O distinguiram-se por empregarem uma proporção inferior de discurso nos factores *cliente* e *aspectos exteriores ao processo*, e superior no factor *competências instrumentais do terapeuta*. Os terapeutas HH diferiram ainda dos terapeutas S por

ocuparem, face a estes, uma proporção inferior de discurso no factor *relação terapêutica*.

6.3. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados encontra-se organizada em torno das questões a que este estudo se propõe responder, partindo dos dados obtidos para generalidade da amostra e para os três grupos de terapeutas.

6.3.1. Significados associados pelos terapeutas aos clientes “mais positivos” e “mais negativos”

Voltemos a atenção para o primeiro objectivo do nosso trabalho, ou seja, examinar como significam os terapeutas a sua experiência com clientes vistos positivamente e negativamente.

De um modo geral, os resultados mostram que os psicoterapeutas no relato do cliente “negativo” empregam um número superior de palavras ao utilizado na descrição da experiência do cliente “positivo”. Para além disso, podemos ver que – tomando a proporção de palavras como uma indicação do relevo dado a diferentes elementos de construção da experiência – os elementos tidos como mais significativos na experiência do cliente “positivo” são diferentes dos encontrados na experiência do cliente “negativo”. Como se verificou, na construção discursiva dos clientes “positivos” os terapeutas destacam sobretudo os resultados de sucesso obtidos nestes casos, enquanto na caracterização dos clientes “negativos” salientam a insatisfação sentida com o caso, o seu afastamento/diferenciação das características destes clientes e a atitude negativa destes perante a terapia e/ou o próprio terapeuta. Assim, as narrativas sobre os clientes “positivos” aparecem como mais favoráveis, estruturadas em torno de dimensões associadas a afectos positivos (como sejam: *resultado positivo, atitude positiva do cliente, gratificação, identificação e lição/aprendizagem*) e nas quais se destacam os resultados terapêuticos de sucesso. Por sua vez, no relato do cliente “negativo” os terapeutas da amostra investem mais palavras na elaboração discursiva desta experiência, mas fazem-no por meio de outras dimensões do discurso que não os resultados terapêuticos. Estas narrativas, desenvolvidas em torno do cliente “negativo”, apresentam uma matriz afectiva e discursiva mais complexa, na medida em que

envolvem um maior número de categorias de discurso, com valências afectivas e conteúdos distintos (e até mesmo opostos). Ambas as tendências discursivas parecem permitir aos terapeutas construir – perante o próprio e os outros – uma imagem mais positiva (ou menos negativa) enquanto profissionais.

Apesar da tendência geral verificada, os dados obtidos apontam para a existência de diferenças entre terapeutas mais centrados em si (S), mais centrados nos outros (O) e que equilibram melhor a centração em si e nos outros (HH), no que concerne ao modo como significam as experiências com os clientes “mais positivo” e “mais negativo”.

Os terapeutas S diferenciam-se dos restantes por serem os que utilizam uma proporção superior de palavras na descrição dos resultados terapêuticos positivos obtidos com os clientes “positivos” e dos resultados terapêuticos negativos alcançados com os clientes “negativos”. Deste modo, na evocação e relato das suas experiências profissionais – e independentemente da qualidade das mesmas – os terapeutas S diferem dos terapeutas O e HH em termos da importância que concedem aos resultados terapêuticos, ou seja, às questões de sucesso ou insucesso da terapia. Para além disso, os terapeutas S são os que menos valorizam a experiência de cliente positivo como um acréscimo de conhecimento sobre si ou sobre aspectos da sua actividade (i.e., dimensão lição e/ou aprendizagem), bem como a atitude positiva do cliente positivo ao longo da terapia ou para com o próprio terapeuta. Parece assim, que estes indivíduos estão sobretudo centrados no efeito que, enquanto terapeutas, tiveram nos seus clientes.

No que respeita aos terapeutas HH, estes são os que despendem uma proporção superior de discurso a descrever os aspectos dos seus clientes (“positivos” e “negativos”) com os quais se identificam. Nos relatos dos clientes “negativos”, os terapeutas HH são não só os que expressam uma maior identificação para com estes clientes, mas também, simultaneamente, os que empregam uma proporção superior de palavras a descrever as características que os afastam (i.e., diferenciam) destes clientes. Assim, na narração das suas experiências profissionais, os terapeutas HH diferenciam-se dos terapeutas dos outros grupos, por serem capazes de, simultaneamente, salientar as características que os aproximam (“positivos” e “negativos”) e distanciam (no caso do cliente “negativo”) dos seus clientes. Uma outra característica distintiva do discurso dos terapeutas HH prende-se com a capacidade destes para descreverem aspectos positivos das experiências com os clientes negativos (e.g., mais resultados positivos, maior

identificação), enquanto, simultaneamente, são os que menos valorizam a atitude negativa dos clientes negativos e a sua insatisfação com estes casos.

Já os terapeutas O diferenciam-se dos restantes, sobretudo, no relato do cliente “negativo”. Na caracterização destas experiências profissionais, os terapeutas O foram os que mais enfatizaram o impacto que o cliente “negativo” teve em si em termos de lição/aprendizagem e os que retiraram uma maior gratificação pessoal deste caso. Simultaneamente, os terapeutas O foram os únicos que não descreveram aspectos positivos na atitude do cliente “negativo” ao longo da terapia ou para com o próprio terapeuta. No que respeita ao cliente “positivo”, os terapeutas O diferenciam-se dos terapeutas S ao caracterizarem estes clientes (através de uma proporção superior de palavras) como uma lição/aprendizagem e por concederem maior destaque à atitude positiva dos mesmos perante a terapia e/ou o próprio terapeuta. Face aos terapeutas HH, os terapeutas O despendem uma proporção superior de palavras a narrar os seus sentimentos de satisfação em torno de aspectos ligados a estes processos. Estes dados parecem indicar que os terapeutas O – relativamente aos outros dois grupos de terapeutas e de forma mais clara no relato do cliente “negativo” – estão mais centrados no impacto que o cliente teve em si. Isto é, para estes profissionais “o que eu ganhei” parece ser mais valorizado do que “o que eu fiz ganhar”, quer em termos emocionais – a satisfação pessoal com o caso – quer em termos cognitivos – a aprendizagem realizada. Isto sugere que a elaboração narrativa destes terapeutas dedica pouco espaço ao seu poder pessoal enquanto profissionais, emergindo formas narrativas, também elas, heterocentradas.

Perante este conjunto de resultados, parece que os terapeutas que têm associado à sua faceta profissional baixos níveis de afecto de autovalorização (terapeutas O) fazem uma construção narrativa da sua prática muito centrada nos clientes e na gratificação que este contacto humano providencia: no centro do palco estará o cliente. De forma, complementar, estes terapeutas experimentam uma sensação de menor autonomia, competência pessoal e poder. Porém, a maior necessidade de proximidade e de contacto positivo com os clientes dos terapeutas O não parece estar, necessariamente, associada a uma maior identificação com estes. Os dados sugerem, que são os terapeutas HH, aqueles que mais se “identificam” com os clientes em geral, mas também aqueles que mais se “diferenciam” das características dos clientes “negativos”. Para além disso, são ainda os terapeutas HH, os que mais salientam a presença de aspectos positivos nos clientes “negativos” e os que, simultaneamente, menos se detêm a descrever o eventual

efeito negativo destes clientes em si. Ou seja, parece que um maior equilíbrio entre níveis elevados de valorização pessoal e de contacto positivo com os outros, se encontra associado a discursos nos quais as experiências profissionais surgem descritas de forma dinâmica e flexível (visível pelo relato simultâneo de aspectos positivos e negativos nos clientes), indicadora de uma maior confiança e segurança por parte destes profissionais sobre o seu desempenho.

6.3.2. Responsabilidade pelo resultado terapêutico

A outra questão que orientou este estudo procurava saber a quem atribuem os terapeutas a responsabilidade pelos resultados terapêuticos. De acordo com os dados deste estudo, de um modo geral, os terapeutas tendem a associar os sucessos às suas próprias competências profissionais (ou seja, a aspectos de algum modo dependentes do seu controlo ou acção) e os “insucessos” a aspectos externos a si, nomeadamente ao cliente.

Parece assim, que os terapeutas assumem a responsabilidade pelo comportamento dos clientes sobre os quais exerceram influência, quando estes evidenciam melhoras ou progressos; porém, perante situações em que as melhoras ou os progressos não são evidentes, a responsabilidade tende a ser atribuída a factores exteriores, tais como a factores do cliente ou extrínsecos ao próprio processo.

Para além da propensão geral verificada na totalidade da amostra, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos de terapeutas em termos da atribuição do sucesso e do insucesso terapêutico.

Os terapeutas S, nos relatos sobre os clientes “positivos”, diferenciam-se dos restantes, sobretudo, pela ênfase colocada nas suas competências instrumentais e técnicas como principal factor de sucesso e por serem os que menos valorizam a influência das suas competências relacionais no mesmo âmbito. Estes terapeutas são, também, os que mais enfatizam a contribuição do cliente e de factores externos ao processo para o sucesso obtido com os clientes “positivos”. Porém, nos insucessos, estes terapeutas são os que atribuem maior responsabilidade à relação terapêutica na obtenção destes resultados.

Os terapeutas HH distinguem-se dos restantes, sobretudo na atribuição de responsabilidade pelo insucesso. A este nível são os que mais responsabilizam o cliente

e aspectos exteriores ao processo terapêutico pelos resultados negativos e, simultaneamente, os que menos valorizam o papel das suas competências instrumentais nestas situações. Em termos de atribuição dos resultados positivos obtidos com o cliente “positivo”, os terapeutas HH diferenciam-se, sobretudo, dos terapeutas S pela maior importância que concedem às suas competências relacionais.

Os terapeutas O, por sua vez, são os que mais enfatizam a importância da relação terapêutica na obtenção de resultados positivos. Nos casos de insucesso, estes terapeutas são os que menos responsabilidade atribuem às suas competências relacionais na obtenção destes resultados. Os terapeutas O distinguem-se também dos terapeutas HH por concederem às suas competências instrumentais uma maior contribuição nos casos de insucesso terapêutico.

Conjuntamente, estes dados levam-nos a ponderar a presença de diferentes estratégias discursivas de atribuição da responsabilidade pelos resultados obtidos com clientes “positivos” e “negativos”, enquanto dispositivos de construção e afirmação da identidade profissional.

De forma mais clara, é possível verificar que os terapeutas HH diferem dos demais por fazerem, tendencialmente, hetero-atribuições de insucesso. Ou seja, por imputarem o insucesso a factores externos às suas competências profissionais (nomeadamente, ao cliente e a aspectos exteriores ao processo terapêutico mas com influência no mesmo).

Os terapeutas S, por sua vez, distinguem-se dos outros por partilharem, de algum modo, a responsabilidade pelo insucesso com o cliente “negativo”, através da ênfase que colocam no factor “relação terapêutica”. Nos casos de sucesso, estes terapeutas fazem uso de estratégias de auto e hetero-atribuição dos resultados positivos, sendo os que mais destacam o papel das suas competências instrumentais, mas também os que mais salientam a contribuição do cliente e de aspectos exteriores ao processo para o sucesso obtido. Porém, nessas situações de sucesso, tendem a dar pouco relevo à componente relacional (competências relacionais ou relação terapêutica). Tudo isto parece demonstrativo de uma narrativa mais instrumentalizada por parte destes terapeutas.

Os terapeutas O diferenciam-se dos terapeutas S e HH, sobretudo, pela tendência para partilharem a responsabilidade do sucesso com o cliente – através da importância concedida à dimensão “relação terapêutica”.

A tendência atribucional do insucesso, implícita no discurso dos terapeutas HH e em parte dos terapeutas S – responsabilizam factores externos a si (ou que não se encontram sob o seu completo domínio, no caso dos terapeutas S) pelas situações de insucesso –, parece funcionar como uma estratégia de autodefesa, na medida em que, lhes permitem preservar a sua imagem de “bom profissional” perante acontecimentos aparentemente desfavoráveis para a mesma. De forma idêntica, a tendência atribucional do sucesso presente nos discursos dos terapeutas S – que se percebem como responsáveis pelos sucessos –, parece ser uma forma de valorização pessoal dependendo-se daqui uma imagem de profissional competente e eficaz.

Sucintamente, e de acordo com os resultados deste estudo, parece ser possível afirmar que, terapeutas com diferentes orientações motivacionais ao nível da sua posição de psicoterapeuta, elaboram discursivamente as suas experiências profissionais por recurso a diferentes significados. Parece ser ainda possível hipotetizar que, perante a evocação de experiências profissionais de insucesso, os terapeutas com níveis elevados de afecto de valorização (dos quais se destacam os do grupo HH) fazem uso de estratégias discursivas que lhes permitem proteger a auto-imagem de informações, eventualmente, ameaçadoras da mesma.

Assim, os terapeutas que nas suas actividades estão mais centrados na satisfação de necessidades dos outros (terapeutas O), são os que, ao relatarem as suas experiências: (1) se centram mais no que os clientes “negativos” lhes proporcionam em termos de aprendizagem e gratificação; (2) têm mais dificuldade em ver aspectos positivos na atitude dos clientes “negativos”; (3) enfatizam a importância dos aspectos relacionais da terapia nos casos de sucesso. Os terapeutas mais centrados na satisfação das suas necessidades (terapeutas S), são os que: (1) dão mais ênfase aos resultados terapêuticos obtidos com os clientes “positivos” e “negativos”; (2) menos valor concedem à atitude do cliente nos sucessos e menos percebem estes casos como situações de aprendizagem; (3) salientam a importância das suas competências técnicas como terapeutas nos casos bem sucedidos e os aspectos relacionais do processo nos casos de insucesso. Por sua vez, os terapeutas HH são os que, através dos seus discursos: (1) evidenciam uma maior proximidade às características dos clientes “positivos” e “negativos” e, simultaneamente, um maior afastamento das características dos clientes “negativos”; (2) nos relatos dos clientes “negativos” descrevem mais aspectos positivos

e menos aspectos negativos; (3) fazem atribuições externas de responsabilidade pelo insucesso terapêutico.

7. Síntese geral

O objectivo do nosso estudo foi o de investigar o conteúdo e a organização dos sistemas de significados pessoais construídos pelos psicoterapeutas em torno do seu papel social. Tínhamos subjacente uma visão dialógica da relação entre o papel de psicoterapeuta (i.e., o sistema múltiplo e heterogéneo de significados culturalmente associados a esta profissão) e a pessoa que vive dentro deste mesmo papel (com o seu conjunto de vivências, valores, atitudes e atributos pessoais) que defendemos no segundo capítulo. Supúnhamos que, enquanto realização relacional, a identidade de psicoterapeuta se organizaria pela influência combinada dos dois motivos psicológicos básicos que estarão presumivelmente presentes em todas as interacções humanas e em todas as actividades de construção de significado: o desejo de autovalorização e a necessidade de estabelecer com os outros relações de proximidade. Deste modo, analisámos a relação entre estas diferentes orientações motivacionais subjacentes à actividade de psicoterapeuta, os afectos (no primeiro estudo) e os significados (no segundo estudo) comunicados pelos indivíduos em relação a aspectos da sua identidade profissional.

Nesta síntese salientamos os principais resultados que emergem do nosso estudo e, posteriormente, analisaremos as suas limitações, futuras direcções e anotaremos algumas implicações destes resultados para a prática.

7.1. Discussão geral dos estudos

De um modo geral, através do estudo dos afectos, verificamos que os terapeutas se sentem satisfeitos com a sua actividade profissional e que a mesma tende a ter um impacto considerável na sua identidade, estando positivamente relacionada com o sentimento geral. Propusemos – de acordo com vários estudos revistos no capítulo I – que as características específicas do trabalho psicoterapêutico tornam eventualmente permeáveis as fronteiras entre a vida pessoal e a vida profissional, permitindo com

facilidade a adopção de um estilo de vida dotado de especificidade. Os resultados sugerem, também, que os terapeutas encontram mais similaridades nos clientes “positivos” e que a presença de afectos de autovalorização ao nível da posição de psicoterapeuta está associada a uma maior satisfação nesta área de vida e a níveis baixos de afecto negativo.

Num plano discursivo, os psicoterapeutas constroem as experiências profissionais por recurso a diferentes elementos de significação, verificando-se que a tonalidade “positiva” ou “negativa” das mesmas faz variar o tipo de narrativas elaboradas. Assim, de um modo geral, na descrição dos clientes “positivos” destacam sobretudo os resultados de sucesso obtidos nestes casos, enquanto na caracterização dos clientes “negativos” revelam preferencialmente a insatisfação sentida com o caso, o seu afastamento e diferenciação relativamente às características destes clientes e a atitude negativa destes perante a terapia e/ou o próprio terapeuta. Mais ainda, tendem a associar os sucessos às suas competências profissionais (ou seja, a aspectos que de algum modo dependem do seu controlo ou acção) e os “insucessos” a aspectos externos a si, nomeadamente ao cliente. Como tal, esta estrutura discursiva global sugere que os psicoterapeutas tendem a construir uma imagem positiva e coerente de si próprios enquanto, simultaneamente, suportam a sua auto-estima e o seu bem-estar.

O estudo dos afectos associados à posição de psicoterapeuta permitiu ainda a constituição de três grupos de terapeutas (i.e., terapeutas S, O e HH), consoante o domínio de afectos dirigidos para o próprio, para os outros, ou de um maior equilíbrio entre afectos endereçados para o próprio e para os outros, respectivamente. De acordo com Hermans e Hermans-Jansen (1995), estas categorias afectivas assinalam, por sua vez, a tendência motivacional que subjaz à existência humana no seu todo, pelo que também estarão presentes na actividade dos psicoterapeutas. Assim, os terapeutas S organizam a sua actividade profissional em torno do motivo de autovalorização, os terapeutas O em torno do motivo de contacto e união com os outros, e os terapeutas HH em função dos dois motivos (i.e., da necessidade de auto-realização e do desejo de estabelecer com os outros relações de proximidade).

Na caracterização dos terapeutas em função da sua orientação motivacional, os terapeutas O são os que denotam um menor bem-estar (i.e., um estado afectivo menos favorável) associado à sua posição profissional, que parece estar relacionado com a menor valorização pessoal (i.e., défice em afectos S, como sejam: a auto-estima,

orgulho, autoconfiança e força) que estes terapeutas retiram da sua actividade profissional.

Para além de um nível inferior de afectos S, os terapeutas O são também os que menos se “identificam” com os clientes “positivos”. Parece que, apesar de manterem boas relações com estes clientes (fundadas em afectos como a intimidade, o amor, a ternura e o carinho), nem por isso se sentem melhor ou mais bem sucedidos. No caso dos terapeutas O, uma menor “identificação” com os sucessos (face aos terapeutas S e HH), não corresponde a uma maior “identificação” com os insucessos. Deste modo, não parece que estes terapeutas tenham de si uma imagem de profissionais mal sucedidos e incompetentes, mas antes, que estes terapeutas não possuem uma auto-imagem profissional associada ao sucesso e ao poder pessoal. Daqui se depreende que, para que os terapeutas se sintam bem e satisfeitos, não basta que mantenham com os clientes relações positivas (elevados níveis de afectos O), é necessário que estes sintam que têm um papel activo, que têm impacto nos outros, que os influenciam com as suas intervenções, no fundo, que são promotores do sucesso; para daí poderem derivar sensações de poder, mestria, estima e confiança pessoal, importantes para a satisfação e o bem-estar na dimensão profissional das suas vidas – o que não parece suceder com os terapeutas O ou, dito de outro modo, parece suceder em menor grau. A indicação de que os terapeutas O são também aqueles em que se verifica uma pior integração da posição de psicoterapeuta nos seus sistemas pessoais, sugere uma maior fragmentação na identidade destes profissionais, que segundo Hermans e Hermans-Jansen (1995) está associada a uma menor partilha de experiências (diversas e até divergentes) entre as diferentes áreas de vida e a um menor bem-estar (quando comparado com o bem-estar resultante de um maior e mais flexível equilíbrio entre forças de integração e de diferenciação).

Nos discursos dos terapeutas O, a maior importância concedida por estes ao impacto que os clientes (sobretudo os “negativos”) tiveram em si e a atribuição de responsabilidade pelo sucesso aos aspectos relacionais do processo terapêutico, parecem sugerir que estes terapeutas são, de facto, mais dependentes dos clientes e se sentem menos confiantes sobre o eventual efeito que tiveram nestes.

De um ponto de vista dialógico, diríamos que os terapeutas O estão excessivamente centrados nos outros (neste caso, nos clientes), no contacto estabelecido com um outro ser humano e uma outra perspectiva. Se é verdade que a identidade pessoal é uma realização relacional que só existe no diálogo com o Outro (sem o qual

não se poderá definir), é igualmente verdade que esta construção implica, não apenas uma orientação para o Outro, mas também uma separação do Outro. E é precisamente esta dimensão que parece menos investida nos terapeutas O: a da separação, da independência e da sua autonomia face ao Outro. De certa forma, podemos especular que nestes terapeutas o movimento dialógico fica incompleto. Estes dirigem-se para o cliente num movimento centrífugo de entrar em contacto com a sua subjectividade, de forma a reconhecerem e assumirem a sua perspectiva, mas não desenvolvem o movimento centrípeto e complementar de afastamento do cliente (i.e., de retorno a si) que lhes permitiria interpretar e responder a este distinto ponto de vista através dos seus próprios termos. Por outras palavras, os terapeutas O ficam demasiado focados na perspectiva do cliente, no impacto que este teve em si e deixam de ser capazes de reflectir sobre si mesmos, isto é, sobre o efeito que tiveram (ou podem ter tido) no cliente. Ora, numa área de vida associada por excelência à actividade e realização pessoal, as dúvidas e inseguranças sobre a eficácia das suas intervenções na promoção da mudança positiva nos clientes podem conduzir a sentimentos de desvalorização pessoal e, conseqüentemente, a níveis inferiores de bem-estar.

Os terapeutas HH, que investem de forma equilibrada na satisfação das necessidades dos outros e na realização de objectivos autocentrados, são os que exibem níveis superiores de afecto positivo na área profissional. A auto-imagem discursivamente construída por estes terapeutas encontra elementos de identificação nas características dos clientes “positivos” e “negativos”, enquanto se diferencia das características dos clientes “negativos”. Para além disso, estes terapeutas encontram e descrevem aspectos positivos nos casos de insucesso e evidenciam menores sentimentos de insatisfação com estes casos. Em termos de atribuição da responsabilidade pelos resultados terapêuticos alcançados nas experiências descritas, o discurso dos terapeutas HH caracteriza-se por uma responsabilização externa dos insucessos. Como se pode ver através dos dados, os terapeutas HH são, de entre os três grupos de terapeutas estudados, os que apresentam uma imagem profissional mais dinâmica e flexível, construída em torno de uma diversidade de experiências contrastantes (e.g., de identificação e diferenciação, de aspectos positivos e negativos), bem como uma imagem profissional dissociada de situações de insucesso e por isso mais positiva. Globalmente, os terapeutas HH revelam-se capazes de se confrontarem e de se moverem flexivelmente entre diferentes tipos de acontecimentos, não apenas os relativos à sua valorização pessoal (e.g., atribuição externa do insucesso) e os relativos

ao contacto com os outros (e.g., identificação e diferenciação aos clientes), mas também entre os aspectos positivos e negativos das suas experiências profissionais. Nestes terapeutas, o movimento centrífugo de identificação com os outros (mesmo com alguns aspectos de clientes com quem tiveram insucesso) vive numa relação de complementaridade com o movimento centrípeto de diferenciação. Isto permite, assim, uma identificação com as pessoas que atendem, mas, também uma separação das mesmas (visível pelo menos nas situações de insucesso). De acordo com Hermans e Hermans-Jansen (1995) esta flexibilidade, ou seja, o equilíbrio dinâmico entre os dois movimentos dialógicos opostos, mas complementares, de diferenciação (dominados por forças centrípetas ou afectos S) e de integração (conduzidos por forças centrífugas ou afectos O), é a principal condição para a saúde psicológica, e logo para o bem-estar emocional.

Os terapeutas mais centrados em si (terapeutas S), por sua vez, apresentam níveis intermédios de afecto positivo na posição profissional quando comparados com os terapeutas dos outros dois grupos. Quando comparados com os terapeutas O, os terapeutas S denotam um estado afectivo mais positivo que parece estar associado ao nível superior de afectos de autovalorização presentes na posição de psicoterapeuta e que, no caso da faceta profissional, parecem estar mais claramente associados a afectos positivos do que os afectos de contacto positivo com os outros. Nos seus discursos, os terapeutas S parecem preocupar-se sobretudo com o efeito que enquanto terapeutas tiveram nos clientes, num movimento centrípeto de maior distanciamento e independência face aos clientes e ao eventual impacto destes em si. Deste modo, os seus discursos sobre as experiências com clientes “positivos” e “negativos” são construídos, sobretudo, em torno dos resultados terapêuticos. Neste âmbito, é ainda notória a concessão de uma maior saliência discursiva às suas competências técnicas nos casos bem sucedidos e aos aspectos relacionais do processo nos casos de insucesso.

Globalmente, os resultados sugerem que a organização dos sistemas de significados pessoais construídos pelos psicoterapeutas em torno do seu papel social é constrangida pelos motivos que pretendem ver satisfeitos por intermédio desta actividade. A investigação parece confirmar o pressuposto teórico de que as múltiplas e diferentes experiências humanas são seleccionadas e organizadas num sistema de significados pessoais, não de forma arbitrária, mas de acordo com os motivos psicológicos básicos que operam num nível latente do auto-funcionamento (Hermans &

Hermans-Jansen, 1995). Neste caso, os terapeutas atribuem significados diferentes ao modo como compreendem a sua actividade profissional e a interacção com os seus clientes, dependendo de como satisfazem o motivo O (caracterizado por afectos dirigidos para o contacto e união com os outros) ou o motivo S (dominado por forças centrípetas que procuram valorização pessoal) – estando estes associados a diferentes consequências pessoais. Os terapeutas mais orientados para os outros (i.e., terapeutas O) experienciam níveis inferiores de afecto positivo e superiores de afecto negativo no plano profissional (com impacto no sentimento geral), enquanto os terapeutas HH – que com maior flexibilidade e dinamismo se movem entre os pólos Eu e o Outro, e que simultaneamente procuram satisfazer necessidades de relacionamento e de diferenciação – experimentam níveis mais elevados de afecto positivo. Os terapeutas S, mais afastados da perspectiva dos clientes e mais focados na satisfação de necessidades autocentradas, experienciam um nível intermédio de afecto positivo (face aos terapeutas O e HH) na dimensão profissional das suas vidas. Eventualmente, porque na vertente profissional, a orientação para si se encontra mais associada a afectos positivos do que o movimento para os outros. Em todo caso, é a mútua interacção entre forças centrípetas e centrífugas, contrastantes mas complementares ao nível da posição de psicoterapeuta – mais característica dos terapeutas HH –, a dinâmica dialógica associada a um maior bem-estar.

Ainda que este estudo deva ser entendido como o primeiro passo de uma análise que se requer mais cuidada e aprofundada sobre o tópico, as tendências relacionais de autovalorização (ou motivo S) e de união com o mundo e/ou com os outros (ou motivo O) parecem funcionar como possíveis indicadores das trajectórias genéricas de adaptação pessoal ao papel de psicoterapeuta.

7.2. Limitações e futuras direcções

Na interpretação dos resultados deste estudo, devem ser tidas em consideração algumas limitações metodológicas, que em nosso entender se situam ao nível da amostra, dos instrumentos de recolha de dados e do *design* da própria investigação.

A nossa amostra é constituída por um número reduzido de sujeitos, tendo em consideração a quantidade e o tipo de análises estatísticas efectuadas, nomeadamente a sua divisão em grupos. Uma outra limitação prende-se com o próprio processo de amostragem. Neste caso, o recurso a uma amostra de conveniência (ou seja, não

probabilística e logo não representativa da população teórica) restringe o alcance dos resultados obtidos – ainda que, não fosse um objectivo inicial generalizar as nossas conclusões para a população de psicoterapeutas.

Um outro conjunto de limitações diz respeito aos procedimentos empíricos de recolha e análise de dados. Conjuntamente, a tarefa de autocomplexidade de Linville e a grelha de afectos de Hermans permitem-nos aceder e caracterizar as posições dos terapeutas que no momento específico da avaliação são mais dominantes na identidade da pessoa, mas perde-se com estes a fluidez dinâmica do processo, ou seja, os diálogos que as constituem. Este problema foi equacionado na fase de planificação da investigação e poderia ter sido ultrapassado se a aplicação da tarefa de articulação dialógica (Gonçalves, Duarte, Rosa & Tavares, 2004; cf. ponto 3 deste capítulo) tivesse sido bem sucedida.

Em relação à grelha de afectos, um outro conjunto de problemas específicos se levanta. Por um lado, a lista de afectos fornecida aos participantes é estática e limitativa do fenómeno em estudo (i.e., os significados pessoais construídos para o papel profissional), este sim altamente dinâmico. Por outro lado, a natureza correlacional das análises realizadas a partir dos dados obtidos por seu intermédio, não permitem afirmar que outros factores não poderão ter estado presentes nas relações estudadas, sem que a sua influência tivesse sido medida. Há ainda que considerar – dado o nível de significância de 0.10 adoptado em algumas das análises estatísticas efectuadas – a probabilidade de ocorrência de erros de tipo I, ou seja, de situações em que se conclui erradamente que existem diferenças estatisticamente significativas. Porém, e apesar de todas as suas limitações, a grelha de afectos (enquanto parte integrante do Método de Autoconfrontação) é, eventualmente, dos instrumentos de recolha e análise de dados mais usados no âmbito dos estudos empíricos sobre o *self* dialógico.

A tarefa de evocação dos relatos dos terapeutas sobre as suas experiências profissionais mais positivas e mais negativas e a análise empreendida sobre estes discursos merecem também uma reflexão em termos das suas limitações. Se atendermos à análise implementada (i.e., uma análise descritiva do conteúdo), o material discursivo poderia ter sido evocado de forma mais sistemática e específica, nomeadamente através da utilização de um guião de entrevista estruturado em torno das questões a que nos propusemos responder com a mesma. Ao suscitarmos estes relatos de forma aberta, foi nossa intenção introduzir o mínimo de constrangimentos na reflexão pessoal do participante. O enunciado da tarefa serviu apenas como um estímulo amplo, permitindo

ao participante seleccionar os tópicos mais relevantes da sua experiência e formulá-los de forma pessoal. Porém, a utilização deste procedimento (altamente recomendável num estudo de caso) produziu 68 relatos de grande heterogeneidade e diversidade entre si, impossibilitando o estudo comparativo dos mesmos através de uma análise mais condicente com os pressupostos dialógicos (e.g., a descrição das vozes pessoais e sociais que ressoam, atravessam e constituem os discursos dos terapeutas).

Na senda desta investigação exploratória, e de forma a ultrapassar algumas das suas limitações, consideramos a possibilidade de no futuro vir a estudar a organização do sistema de significados pessoais de terapeutas ao longo de períodos de tempo delimitados em torno de acontecimentos específicos, como sejam a transição para a vida profissional ou o desenrolar de processos terapêuticos. A transição para a vida profissional implica a construção de uma nova posição identitária, mas parece também envolver a reorganização e acomodação das posições identitárias prévias do repertório pessoal. Assumindo que esta transição assenta numa troca constante entre diferentes posições identitárias (por vezes com exigências diferentes e conflitantes), seria interessante explorar os significados construídos de forma a elaborar esta experiência, focando o modo como esta nova identidade é negociada. Para além disso, estamos também interessados no desenvolvimento de estudos longitudinais com terapeutas (e.g., ao longo de dois processos terapêuticos, com avaliações regulares de x em x sessões terapêuticas), de modo a examinar como evolui o sistema de significados pessoais dos terapeutas no tempo e se transforma ao longo de diferentes situações e interações terapêuticas. Em termos instrumentais, seria interessante desenvolver um questionário, complementar à grelha de afectos para melhor explorar e compreender a orientação motivacional dos psicoterapeutas para a prática.

De um modo global e dentro de uma perspectiva sócio-constructivista, o futuro da investigação sobre os processos de construção de significado pessoal parece residir em estudos de carácter longitudinal e qualitativos – estudos que não apenas explicitem possíveis auto-imagens dos psicoterapeutas construídas no plano discursivo, mas que as ancorem sócio-historicamente. Para além disso, a superação de um certo desfasamento que se verifica hoje entre o dinamismo das teorias dialógicas e o carácter mais estático dos seus métodos de investigação (e de que este trabalho é também exemplo), afigura-se como o grande desafio de futuro nesta área de estudo.

7.3. Implicações para a prática

Tendo por base as principais conclusões do nosso estudo – e apesar das suas limitações –, parece possível delinear alguns procedimentos que a implementar no campo da psicoterapia poderiam, eventualmente, ajudar os terapeutas a lidar com as exigências do trabalho terapêutico.

Algumas das nossas propostas situam-se ao nível da formação dos futuros terapeutas. Dada a função organizadora que os motivos psicológicos básicos parecem desempenhar ao nível da identidade dos terapeutas, sugerimos a sensibilização dos formandos para a necessidade de reflectirem e atenderem aos propósitos que os movem para esta (ou nesta) profissão, sob pena de estes poderem condicionar (para além da sua consciência) o seu desempenho. A necessidade de reflectir sobre o significado das experiências subjectivas e sobre a importância das mesmas para o seu trabalho terapêutico deve ser não só estimulada como prática desejável numa fase de aprendizagem e treino, mas recomendada como um procedimento a manter ao longo da vida profissional enquanto terapeuta. Alguns programas de treino (e.g., de orientação psicodinâmica) recomendam expressamente que o próprio terapeuta se submeta pelo menos uma vez na vida a um processo terapêutico de modo a dispor de um conhecimento mais aprofundado sobre si. Em todo o caso, será aconselhável que os terapeutas disponham, pelo menos no início da sua prática clínica, de supervisão, podendo estas sessões constituir uma oportunidade para os terapeutas reflectirem não só sobre os seus casos clínicos, mas sobre si como pessoas e sobre as suas experiências subjectivas (possibilitando a evolução não só do cliente, mas a do próprio terapeuta). Uma recomendação que sai reforçada dada a aparente proximidade entre as dimensões pessoais e profissionais da identidade dos psicoterapeutas.

Para além disso, a associação encontrada – ao nível da posição profissional de alguns psicoterapeutas – entre níveis elevados afecto O e baixos de afecto S com níveis superiores de afecto negativo (afecto N) e inferiores de afecto positivo (afecto P), deve alertar-nos para o facto haver terapeutas que correm maiores riscos dentro da sua profissão por falta de valorização pessoal. Eventualmente, a actual estrutura adoptada pela maioria das escolas de formação de terapeutas – fortemente centradas nas “ilimitadas” possibilidades de ajuda que um terapeuta pode proporcionar a um cliente perturbado – enfatiza o lado altruísta da motivação dos candidatos descurando, não os alertando, ou tão pouco preparando-os, para gerirem o potencial impacto que esta

actividade de ajuda e proximidade aos outros pode ter no próprio terapeuta. Por outro lado, a ênfase nos problemas dos clientes deveria ser contrabalançada com a consideração da profissão (mesmo a de terapeuta) como uma área de realização pessoal, da qual fazem também parte necessidades mais autocentradas (e.g., independência, auto-afirmação e experiências de mestria).

Neste sentido, como uma das implicações do nosso estudo para a psicoterapia, propomos uma formação dos psicoterapeutas que: (1) tenha em consideração a bidireccionalidade dos efeitos terapêuticos; (2) atenda aos aspectos subjectivos do terapeuta e da sua experiência pessoal; (3) se preocupe com as dimensões sociais e humanos do processo terapêutico; (4) alerte para as fragilidades, dificuldades e problemas intrínsecos ao trabalho terapêutico; e (5) promova a auto-exploração como uma prática que deve acompanhar toda a vida profissional do psicoterapeuta.

IV - Conclusão

“Ernest adorava fazer psicoterapia. Dia após dia, os seus pacientes convidavam-no a entrar nos recantos mais íntimos das suas vidas. Dia após dia, confortava-os, preocupava-se com eles, aliviava o seu desespero. E, em troca, era admirado e acarinhado. E também pago, apesar de pensar com frequência que, se não precisasse do dinheiro, faria psicoterapia de graça.

Feliz aquele que ama o seu trabalho. E Ernest sentia-se realmente afortunado. Mais do que afortunado. Abençoado. Era um homem que encontrara a sua vocação, um homem que poderia dizer: estou precisamente onde pertença, no vórtice dos meus talentos, dos meus interesses e das minhas paixões.”

(Yalom, 2007, p. 13)

O papel social de psicoterapeuta surge como uma criação das instituições sociais do século XX – que estabeleceram normas, expectativas e condições económicas para o exercício desta profissão – e da sociedade em geral: das pessoas que começaram a crer que necessitavam de ajuda profissional para solucionarem os seus problemas particulares e das que, na procura de um lugar na sociedade, assumiram como sua função a ajuda ao outro por intermédio da psicoterapia. Ainda assim, o significado pessoal do que é *ser psicoterapeuta* não está inscrito no papel social, pronto a ser assumido pelas pessoas; é antes o resultado da relação dialógica entre cada sujeito que ocupa o papel e o sistema sociocultural que disponibiliza os recursos simbólicos através dos quais as pessoas desenvolvem e atribuem significado às suas acções (Salvatore & Valsiner, 2006).

Provavelmente devido à peculiar proximidade entre as dimensões pessoais e profissionais na vida do psicoterapeuta (e.g., a pessoa do terapeuta é simultaneamente o seu principal instrumento de trabalho; trata-se de uma profissão de ajuda a outras pessoas relativamente a problemas que afectam a vida de todos os seres humanos), desde a sua invenção social, muitos praticantes e investigadores do campo da psicoterapia têm – como vimos – procurado compreender a relação entre a “pessoa” e o “papel” do psicoterapeuta.

Os resultados acumulados ao longo dos anos de pesquisa em torno da crença de que a pessoa do psicoterapeuta (i.e., os seus atributos pessoais) influencia a capacidade para desempenhar eficazmente o papel de terapeuta, têm, de um modo geral, corroborado a mesma. Os dados parecem confirmar que os terapeutas diferem no grau

de eficiência e que as suas dimensões pessoais têm um impacto importante nos efeitos obtidos por intermédio da terapia: alguns terapeutas promovem sistematicamente efeitos terapêuticos mais positivos do que outros, que promovem efeitos mais moderados, havendo ainda terapeutas que prejudicam o nível de funcionamento psicológico da pessoa (Garfield, 1995b; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997).

Uma outra área de estudo tem-se dedicado à análise desta relação de uma perspectiva inversa, ou seja, pela exploração das consequências pessoais do exercício da actividade terapêutica. Os resultados sugerem, mais uma vez, que o desempenho da actividade profissional de psicoterapeuta tem repercussões, positivas e negativas, na vida pessoal do psicoterapeuta, no seu bem-estar e nas suas relações interpessoais.

Como foi possível verificar, qualquer uma destas linhas de pesquisa tem subjacente uma lógica unidireccional, no sentido em que, ou versa a influência dos atributos pessoais do terapeuta nos resultados da terapia ou o impacto do trabalho terapêutico na vida pessoal do terapeuta. Assim, qualquer uma delas negligencia o contexto sociocultural e os sistemas idiossincráticos de significado que envolvem a relação entre a “pessoa” e o “papel”.

Nesta dissertação, partindo de uma revisão crítica da literatura empírica dedicada ao terapeuta e com base nos pressupostos teóricos de uma identidade dialógica – centrados precisamente no processo de significação da experiência pessoal e nas interacções sociais, interpessoais e intrapessoais implicadas neste processo –, formulámos uma proposta de reconceptualização da tradicional relação entre a “pessoa” e o “papel” do psicoterapeuta.

De forma sucinta, da nossa perspectiva, as características pessoais do terapeuta e os aspectos específicos da sua prática profissional exercem os seus efeitos de forma mútua e interactiva. No limite, o *psicoterapeuta* é uma *pessoa* que desempenha o *papel social* de psicoterapeuta; uma pessoa que constrói a sua identidade enquanto psicoterapeuta ao longo das posições e escolhas pessoais que, de forma mais ou menos implícita, vai fazendo por entre a multiplicidade de discursos e práticas existentes acerca da profissão. Para além disso, quando alguém começa a actuar sob este papel profissional, essa pessoa inicia um processo de organização activa das experiências ocupacionais (e necessariamente pessoais), perante o que lhe é socialmente sugerido, enquanto, simultaneamente, modela o próprio papel social. Por conseguinte, neste trabalho, não procurámos estudar o *ser psicoterapeuta* como matéria de influência

pessoal sobre o papel ou o contrário, em vez disso, assumimos como recíproca a relação existente entre a pessoa e o nível sociocultural (i.e., ser psicoterapeuta é ser necessariamente uma pessoa diferente através deste papel), e focámo-nos no processo de auto-organização da pessoa que adopta a identidade social de psicoterapeuta.

Os resultados do nosso estudo parecem apoiar empiricamente os pressupostos que temos vindo a defender, no âmbito de uma concepção dialógica da identidade profissional do psicoterapeuta. Os dados sugerem que ser psicoterapeuta envolve uma estreita interacção entre o papel ocupacional e as dimensões pessoais da identidade. Sugerem ainda, que os psicoterapeutas organizam os significados pessoais construídos em torno do seu papel social, consoante o posicionamento idiossincrático que assumem dentro do seu próprio contexto de (inter)acção: mais centrados na satisfação de necessidades subjectivas (do próprio) ou de necessidades mais intersubjectivas (do cliente com quem se relaciona). Isto permitiu-nos concluir que as tendências relacionais de autovalorização e de união aos outros podem funcionar como potenciais trajectórias genéricas de adaptação pessoal ao papel de psicoterapeuta – ou, talvez mais apropriadamente, que tais trajectórias poderão ser lidas deste modo.

De um modo geral, a orientação para si – caracterizada por níveis elevados de afecto de autovalorização (terapeutas S e HH) – revelou-se associada a níveis superiores de afecto positivo na área profissional dos psicoterapeutas, quando comparada com a orientação para os clientes. Um nível inferior de afectos de autovalorização na dimensão profissional (terapeutas O) parece estar associado, não só a um estado afectivo mais negativo, mas a uma menor capacidade para beneficiar dos aspectos positivos da partilha de experiências entre diferentes áreas de vida e a uma maior dificuldade em conciliar o sucesso com a imagem profissional. Estes terapeutas, mais orientados para o contacto com os clientes, sobrevalorizam o impacto dos seus clientes em si – como se a confirmação (ou infirmação) da sua imagem profissional dependesse da contra-reacção do cliente às suas intervenções – e denotam uma menor confiança no efeito que eventualmente produziram naqueles. Concluimos, assim, que não basta aos psicoterapeutas manterem relações positivas com os seus clientes para que se sintam bem nesta profissão. Nesta – como eventualmente em qualquer outra actividade profissional –, a sensação de eficácia pessoal, ou seja, a convicção pessoal de que as suas acções produzem efeito, parece ser uma dimensão importante para a satisfação e bem-estar dos indivíduos que as exercem.

Por seu lado, um investimento desproporcional na gratificação de necessidades autocentradas na faceta de psicoterapeuta, com concomitantes níveis elevados de afecto de autovalorização e níveis inferiores de afecto de contacto com os outros (característico dos terapeutas S), parece estar associado a uma preocupação acrescida com o efeito que enquanto terapeutas produziram nos clientes e, também, a uma maior satisfação profissional – quando comparado com a tendência anterior. Como tal, provavelmente, correm mais riscos pessoais os terapeutas mais orientados para os outros do que os mais centrados em si – sem que qualquer uma destas atitudes possa ser directamente relacionada com a competência individual dos terapeutas para desempenharem eficazmente a sua actividade.

Em todo o caso, os dados apontam a mútua interacção entre os dois movimentos relacionais (para si e para os outros) – acompanhada de níveis elevados de afecto de autovalorização e de contacto positivo com os outros (como se verifica nos terapeutas HH) – como a atitude promotora de uma maior satisfação profissional e de uma auto-imagem mais segura, flexível e positiva enquanto psicoterapeuta. A este respeito não será indiferente o facto de a actividade de psicoterapeuta, para além de ser uma área de afirmação e realização pessoal, se exercer no contexto de uma relação de ajuda.

Por fim, queremos salientar que a interacção entre a “pessoa” e o “papel” na constituição da identidade do psicoterapeuta nos parece uma inerência da própria actividade terapêutica. Em nosso entender, o consultório é um campo diário de criação e de negociação de significações. Logo, o sentido pessoal do que é *ser psicoterapeuta* não nos parece possível de ser gerado fora do permanente diálogo em que terapeuta e clientes cooperam, a partir das suas perspectivas particulares, para um processo conjunto de construção de novos significados. À semelhança do *self*, a psicoterapia surge-nos como um espaço imaginário onde a multiplicidade de vozes do terapeuta e do cliente se encontram e juntas constroem as suas existências. Para além do encontro e da partilha dos mundos subjectivos do terapeuta e do cliente, a (re)construção das suas identidades compreende, de forma mais alargada, uma troca simbólica entre o sistema social e o próprio sistema terapêutico. E será neste nível de dinâmica cultural que os modelos de significado activados na interacção específica terapeuta-cliente são construídos. Por conseguinte, o trabalho profissional no campo psicoterapêutico é, em nosso ver, uma actividade culturalmente mediada – mais do que a aplicação de um mero repertório de procedimentos técnicos baseado num determinado modelo teórico. Nesta

profissão, os psicoterapeutas criam a sua realidade pessoal com base na mesma rede de significados e recursos simbólicos sobre a qual co-constroem com os seus clientes uma realidade na qual estes se sentem mais confortáveis.

Bibliografia

- Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), 251-257.
- Arkowitz, H. (1995). Common factors or processes of change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 94-100.
- Auerbach, J. S. & Blatt, S. J. (2001). Self-reflectivity, intersubjectivity, and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (3), 427-450.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 155-164.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogical imagination: Four essays*. Austin, Texas: University of Texas Press (originalmente publicado em Russo em 1975).
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. & Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 229-240.
- Barresi, J. (2002). From “the thought is the thinker” to “the voice is the speaker”: William James and the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12 (2), 237-250.
- Barrett, M. S. & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 597-603.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1st ed., pp. 217-270). New York: John Wiley.
- Bergin, A. E. (1997). Neglect of the therapist and the human dimensions of change: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 83-89.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley.
- Berman, J. S. & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98 (2), 401-407.

- Bertau, M. (2004). Developmental origins of the dialogical self: Some significant moments. *In* H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 29-42). New York: Brunner-Routledge .
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 44-52.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. G. (2006). The task force on empirically based principles of therapeutic change. *In* L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-10). New York: University Press.
- Beutler, L. E. & Machado, P. P. (1992). Research on psychotherapy. *In* M. Rosenzweig (Ed.), *International psychological science: Progress, problems and prospects* (pp. 227-252). Washington DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. *In* A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: John Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. *In* M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: John Wiley.
- Bieling, P., Beck, A. & Brown, G. (2000). The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy & Research*, 24 (6), 763-780.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1276-1284.
- Bloomfield, I. (1989). Through therapy to self. *In* W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 33-52). London: Tavistock/Routledge.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtiva. *In* M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 91-124). Coimbra: Quarteto Editora.

- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M. & McKendress-Smith, N. (2001). Psychotherapy length of stay and outcome: A meta-analysis of the effect of therapist sex. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (2), 142-148.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (4), 386-393.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R. & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in managed care environment. *The American Journal of Managed Care*, 11 (8), 513-520.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. London: Harvard University Press.
- Brunink, S. A. & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 567-574.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 538-549.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15 (1), 91-102.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006a). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: University Press.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006b). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 631-638.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006c). *Principles of therapeutic change that work*. New York: University Press.
- Castonguay, L. G. & Holtforth, M. G. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more “nonspecific” and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (2), 198-201.

- Chaplin, J. (1989). Rhythm and blues. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 169-190). London: Tavistock/Routledge.
- Coelho, N. E. & Figueiredo, C. (2003). Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: Dimensions of otherness. *Culture & Psychology*, 9 (3), 193-208.
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (3), 232-241.
- Craighead, W. E., Sheets, E. S., Bjornsson, A. S. & Arnarson, E. O. (2005). Specificity and nonspecificity in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (2), 189-193.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carrol, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D. & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1 (2), 81-91.
- Crits-Christoph, P. & Gallop, R. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 178-181.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 20-26.
- Cushway, D. & Tyler, P. (1996). Stress in clinical psychologists. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42 (2), 141-149.
- d'Alte, I., Petracchi, P., Ferreira, T., Cunha, C. & Salgado, J. (2007). Self dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interacções*, 6, 8-31. Disponível em: <http://www.eses.pt/interaccoes>.
- Day, J. M. (1994). Obligation and motivation: Obstacles and resources for counselor well-being and effectiveness. *Journal of Counseling & Development*, 73 (1), 108-110.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (2), 174-183.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15 (6), 833-845.

- Donahue, E., Robins, R., Roberts, B. & John, O. (1993). The divided self: Concurrent and longitudinal effects of psychological adjustment and social roles of the self-concept differentiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (5), 834-846.
- Dryden, W. & Spurling, L. (1989). *On becoming a psychotherapist*. London: Tavistock/Routledge.
- Duarte, F. & Gonçalves, M. (2007). Negotiating motherhood: a dialogical approach. *International Journal for Dialogical Science*, 2 (1), 249-275. Disponível em: http://ijds.lemoyne.edu/journal/2_1/IJDS.2.1.16.Duarte_Goncalves.html.
- Duarte, F., Rosa, C. & Gonçalves, M. (2006). Self and dialogical articulation of multivocality: Proposal of an analyse model. *Journal of Idiographic Science*, 2. Disponível em: <http://www.valsiner.com/articles/duarte.htm>.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (1), 10-35.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z. & Mahoney, C. (2006a). Rejoinder to commentaries by Stephen Soldz and Paul Crits-Christoph on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 182-183.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z. & Mahoney, C. (2006b). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 144-160.
- Eysenck, H. J. (1952/1992). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60 (5), 659-664.
- Fagan, T. J., Ax, R. K., Liss, M. Resnick, R. J. & Moody, S. (2007). Professional education and training: How satisfied are we? An exploratory study. *Training and Education in Professional Psychology*, 1 (1), 13-25.
- Farber, B. A. (1983a). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14 (5), 697-705.
- Farber, B. A. (1983b). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (2), 174-182.
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist*, 38 (1), 10-13.

- Farber, B. A. & Heifetz, L. J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12 (5), 621-630.
- Farber, B. A. & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13 (2), 293-301.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy*, 38 (4), 390-395.
- Ferreira, T., Salgado, J., Cunha, C., Meira, L. & Konopka, A. (2005). Talking about voices: A critical reflection about levels of analysis on the dialogical self. In P. Olés & H. Hermans (Eds.), *The dialogical self: Theory and research* (pp. 121-130). Lublin: Wydawnictwo.
- Frank, J. D. (1995). Psychotherapy as rhetoric: Some implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 90-93.
- Fransella, F. (1989). A fight for freedom. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 17-32). London: Tavistock/Routledge.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 273-280.
- Garfield, S. L. (1995a). Major issues in psychotherapy research. In Donald K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 335-359). Washington DC: American Psychological Association.
- Garfield, S. L. (1995b). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach* (2nd ed.). New York: John Wiley.
- Garfield, S. L. (1997a). Brief psychotherapy: The role of common and specific factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4 (4), 217-225.
- Garfield, S. L. (1997b). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 40-43.
- Garfield, S. L. (1998). Some comments on empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 121-125.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (1), 1-11.
- Gelso, C. J. (2005). Introduction to special issue. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 42 (4), 419-420.

- Gergen, K. J. & Gergen, M. M. (1988). Narrative and self as a relationship. *In* L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 21). San Diego: Academic Press.
- Góes, M. C. (2000). The microgenetic analysis in the historic-cultural approach: A perspective for the study of the constitution of subjectivity. *Cadernos Cedes*, 20 (50), 9-25.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist*. New York: Gardener Press.
- Golden, V. & Farber, B. A. (1998). Therapists as parents: Is it good for the children? *Professional Psychology: Research & Practice*, 29 (2), 135-140.
- Goldfried, M. R. (2001a). *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldfried, M. R. (2001b). Introduction: The evolution of therapist. *In* Marvin Goldfried (Ed.), *How therapists change: Personal and professional reflections* (pp. 3-16). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 9, 193-212.
- Gonçalves, M. M. (1995). *Autoconhecimento e acesso introspectivo: Do self reificado ao self introspectivo*. Braga: Serviço de Publicações do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. , Duarte, F., Rosa, C. & Tavares, S. (2004). *Tarefa de articulação dialógica*. Manuscrito não publicado.
- Gonçalves, M. M. & Gonçalves, O. F. (2001). *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, M. M. & Salgado, J. (2001). Mapping the multiplicity of the self. *Culture & Psychology*, 7 (3), 367-377.
- Gonçalves, M. M., Salgado, J., Matos, M., Rosa, C. Duarte, F., Tavares, S., Cunha, C., Meira, L. & Santos, A. (2004, November). *Narratives and dialogical processes: From the dialogization of totalitarian narratives to the dialogical articulation of voice diversity (A research program)*. Paper presented at the conference on Methods for Studying Human Development in Culturally Diverse Contexts, Serrambi, Brasil.

- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. S. (1992). Task analysis: Identifying components of interpersonal conflict resolution. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 22-50). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Grosch, W. N. & Olsen, D. C. (1994). *When helping starts to hurt: A new look at burnout among psychotherapists*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Guest, K. E. (2000). Career development of school psychologists. *Journal of School Psychology, 38* (3), 237-257.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of psychotherapists*. New York: Wiley.
- Guy, J. D. & Liaboe, G. P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 17* (2), 111-114.
- Hannigan, B., Edwards, D. & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health, 13* (3), 235-245.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Castillo, S. & Karno, M. (2006). Common and specific effects of couple treatment for alcoholism: A test of the generic model of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79* (3), 365-384.
- Hellman, I. D., Morrison, T. L. & Abramowitz, S. I. (1986). The stresses of psychotherapeutic work: A replication and extension. *Journal of Clinical Psychology, 42* (1), 197-205.
- Henry, W., Schacht, T. & Strupp, H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (1), 27-31.
- Heppner, P. P. (1989). Changes and choices in becoming a therapist. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 69-86). London: Tavistock/Routledge.
- Hermans, H. J. M. (1987a). Self as organized system of valuations: Toward a dialogue with person. *Journal of Counseling Psychology, 34* (1), 10-19.
- Hermans, H. J. M. (1987b). The dream in the process of valuation: A method of interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology, 53* (1), 163-175.

- Hermans, H. J. M. (1988). On the integration of nomothetic and idiographic methods in the study of personal meaning. *Journal of Personality*, 56 (4), 785-812.
- Hermans, H. J. M. (1991). The person as co-investigator in self-research: Valuation theory. *European Journal of Personality*, 5 (3), 217-234.
- Hermans, H. J. M. (1993). Moving opposites in the self: A hieraclitean approach. *Journal of Analytical Psychology*, 38, 437-462.
- Hermans, H. J. M. (1995). From assessment to change: The personal meaning of clinical problems in the context of self-narratives. In Robert A. Neimeyer & Michael J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 247-272). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 31-50.
- Hermans, H. J. M. (1999). Self-narratives as meaning construction: The dynamics of self-investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1193-1211.
- Hermans, H. J. M. (2001a). A pessoa como narrador motivado de histórias: Teorias da valoração e o método da auto-confrontação. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 157-206). Coimbra: Quarteto Editora.
- Hermans, H. J. M. (2001b). Conceptions of the self and identity: Toward a dialogical view. *International Journal of Education & Religion*, 2 (1), 43-62.
- Hermans, H. J. M. (2001c). The construction of a personal position repertoire: Method and Practice. *Culture & Psychology*, 7 (3), 323-366.
- Hermans, H. J. M. (2001d). The dialogical self: Toward a theory of personal and culture positioning. *Culture & Psychology*, 7 (3), 243-281.
- Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.
- Hermans, H. J. M. (2004). The dialogical self: between exchange and power. In H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 13-28). New York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J. M., Fiddelaers, R., Groot, R. & Nauta, J. F. (1990). Self-confrontation as a method for assessment and intervention in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 156-162.
- Hermans, H. J. M. & Gonçalves, M. (1999). Self-knowledge and self-complexity: A dialogical view. *Constructivism in the Human Sciences*, 4 (2), 178-197.

- Hermans, H. J. M. & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J. H. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. California: Academic Press.
- Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G. & van Loon, R. J. P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47 (1), 23-33.
- Hermans, H. J. M., Rijks, T. I. & Kempen, H. J. G. (1993). Imaginal dialogues in the self: Theory and method. *Journal of Personality*, 61 (2), 207-236.
- Hershey, J. M., Kopplin, D. A. & Cornell, J. E. (1991). Doctors of psychology: Their career experiences and attitudes toward degree and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22 (5), 351-356.
- Hill, C. E. (1992a). An overview of four measures developed to test the Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions, and client behaviors. *Journal of Counseling & Development*, 70 (6), 728-739.
- Hill, C. E. (1992b). Research on therapist techniques in brief individual therapy: Implications for practitioners. *The Counseling Psychologist*, 20 (4), 689-711.
- Hill, C. E. (1995). What are the mechanisms of change in the common factors? A reaction to Weinberger. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 87-89.
- Hill, C. E. & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (1), 3-24.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and research outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: Wiley.
- Hill, M. (1997). Changes: The personal consequences of the practice of psychotherapy. *Women & Therapy*, 20 (1), 137-140.
- Ho, D., Chan, S., Peng, S. & Ng, A. (2001). The dialogical self: Converging east-west constructions. *Culture & Psychology*, 7, 3, 393-408.
- Holquist, M. (1990). *Dialogism: Bakhtin and his world*. London: Routledge.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.

- Huppert, J., Bufka, L., Barlow, D., Gorman, J., Shear, M. & Woods, S. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (5), 747-755.
- Josephs, I. (2002). 'The hopi in me': The construction of a voice in the dialogical self from cultural psychological perspective. *Theory & Psychology, 12* (2), 161-173.
- Josephs, I. & Valsiner, J. (1998). How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. *Social Psychology Quarterly, 61* (1), 68-83.
- Joyce, A. S., Wolfaardt, U., Sribney, C. & Aylwin, A. S. (2006). Psychotherapy research at the start of the 21st century: The persistence of the art versus science controversy. *Canadian Journal of Psychiatry, 51* (13), 797-809.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7* (2), 189-202.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglected of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12* (2), 184-188.
- Keijsers, G., Schaap, C. & Hoogduin, C. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification, 24* (2), 264-297.
- Kim, D., Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16* (2), 161-172.
- Kopta, S., Lueger, R., Saunders, S. & Howard, K. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology, 50* (1), 441-469.
- Kottler, J. A. (2003). *On being a therapist* (3rd ed.). San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- Kramen-Kahn, B. & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 29* (2), 130-134.

- Kuyken, W., Peters, E., Power, M., Lavender, T. & Rabe-Hesketh, S. (2000). A longitudinal study of the psychological adaptation of trainee clinical psychologists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7 (5), 394-400.
- Lafferty, P., Beutler, L. & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 76-80.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9 (4), 469-485.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61 (7), 855-869.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1-14.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357-361.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1995). Achievements and limitations of psychotherapy research. In Donald K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 360-390). Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J.; DeJulio, S. S. & Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85 (3), 467-489.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L. & Hawkins, E. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 165-174.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and process. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 72-113). New York: John Wiley.

- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 66-75.
- Lehman, A. & Salovey, P. (1990). Psychotherapist orientation and expectations for liked and disliked patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), 385-391.
- Leiman, M. (2002). Toward semiotic dialogism: The role of sign mediation in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12 (2), 221-235.
- Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. In H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 255-269). New York: Brunner-Routledge.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W. & Lyons, J. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12 (6), 417-426.
- Linell, P. (2005). *Essentials of Dialogism: Aspects and elements of a dialogical approach to language, communication and cognition*. Manuscripto não publicado, disponível em: http://www.liu.se/isk/research/per_li/linell_essentials-of-dialogism_050625.pdf.
- Linville, P. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4), 663-676.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181-1209.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S. & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (4), 501-512.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 53-65.

- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G., O'Brien, C. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T., Berman, J., Levitt, J., Seligman, D. & Krause, E. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 32-39.
- Lyddon, W. J., Yowell, D. R. & Hermans, H. J. M. (2006). The self-confrontation method: Theory, research, and practical utility. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (1), 27-43.
- Machado, P. P. (1996). Investigação em psicoterapia: Respostas para algumas questões e algumas questões sem resposta. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1 (1), 97-115.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), 14-16.
- Mahoney, M. J. & Eiseman, S. C. (1989). The object of the dance. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 17-32). London: Tavistock/Routledge.
- Marková, I. (2003). Constitution of the self: Intersubjectivity and dialogicality. *Culture and Psychology*, 9 (3), 249-259.
- Márquez, G. G. (2002). *Viver para contá-la*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450.
- Martin, P., Sterne, A. & Karwisch, G. (1976). Affection for patients as a factor in therapist's outcome judgments. *Journal of Clinical Psychology*, 32 (4), 867-871.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16 (5), 607-613.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 189-192.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 397-423.

- McAdams, D. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McConaughy, E. A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24 (3), 303-314.
- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 21-25.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 1-27.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31 (1), 114-123.
- Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89 (6), 679-688.
- Nolan, S. A., Strassle, C. G., Roback, H. B. & Binder, J. L. (2004). Negative treatment effects in dyadic psychotherapy: A focus on prevention and intervention strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (4), 311-330.
- Norcross, J. C. & Guy, J. D. (1989). Ten therapists: The process of becoming and being. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 215-239). London: Tavistock/Routledge.
- Norcross, J. C., Karg, R. & Prochaska, J. O. (1997). Clinical psychologists in the 1990's: II. *The Clinical Psychologist*, 50 (3), 4-11.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O. & Farber, J. A. (1993). Psychologists conducting psychotherapy: New findings and historical comparisons on the psychotherapy division membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30 (4), 692-697.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O. & Gallagher, K. M. (1989). Clinical psychologists in the 1980s: I. Demographics, affiliations, and satisfactions. *The Clinical Psychologist*, 42 (2), 29-39.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157-1172.

- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10 (6), 361-373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 257-310). New York: John Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: John Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Gerin, P., Davis, J. D., Ambühl, H., Davis, M.L., Dazord, A., Willutzki, U., Aapro, N., Botermans, J. F. & Schröder, T. A. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36 (3), 203-215.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifth years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-389). New York: John Wiley.
- Pessoa, F. (1986). *Obra poética e em prosa* (Vol. I, II e III). Porto: Lello & Irmão.
- Pessoa, F. (2007). *Prosa íntima e de autoconhecimento*. Obra essencial de Fernando Pessoa (vol. V). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Peterson, Z. (2002). More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (1), 21-31.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Velicer, W. F. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12 (5), 399-405.
- Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8 (4), 455-474.
- Radeke J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of therapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (1), 82-84.

- Randolph, J. J. & Edmondson, R. S. (2005). Using the binomial effect size display (BESD) to present the magnitude of effect sizes to the evaluation audience. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10 (14). Disponível em: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=14>.
- Raquepaw, J. & Miller, R. (1989). Psychotherapists burnout: A componential analysis. *Professional psychology: Research and Practice*, 20 (1), 32-36.
- Rice, L. N. (1992). Micro theories of change. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 1-21). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Richardson, F., Rogers, A. & McCarroll, J. (1998). Toward a dialogical self. *The American Behavioral Scientist*, 41 (4), 496-515.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 30-49.
- Rogers, C. R. (1970). *Tornar-se pessoa* (7^a ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2001). Learning areas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and practice*, 32 (2), 181-187.
- Rosenberg, T. & Pace, A. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (1), 87-99.
- Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 5-9.
- Rounsaville, B. J., O'Malley, S., Foley, S. & Weissman, M. M. (1988). Role of manual-guided training in the conduct and efficacy of interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 681-688.
- Rowan, J. (1989). A late developer. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 148-168). London: Tavistock/Routledge.
- Russell, R. L. & Orlinsky, D. E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective: Implications for mental health care policy. *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 708-715.
- Sá-Carneiro, M. (2000). *Poesias* (1^a ed.). Lisboa: Editora Ulisseia.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (4), 557-564.

- Salgado, J. (2003). *Psicologia narrativa e identidade: Um estudo sobre auto-engano e organização pessoal*. Maia: Publismai.
- Salgado, J. (2004, August). *Methodology and the dialogical self: Different ways of killing metaphor*. Paper presented at the Third International Conference on the Dialogical Self, Warsaw, Poland.
- Salgado, J. (2005, September). *Between you and I: Affectivity and motivation in a dialogical self*. Paper presented at the symposium Self Development from a Sociocultural Perspective, ISCAR, Sevilla, Spain.
- Salgado, J. (2006). The feeling of a dialogical self: Affectivity, agency and otherness. In L. M. Simão & J. Valsiner (Eds.), *For otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 53-71). Charlotte, North Carolina: IAP.
- Salgado, J. & Gonçalves, M. (2007). The dialogical self: Social, personal and (un)conscious. In Rosa, A. & Valsiner, J. (Eds.), *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salgado, J. & Hermans, H. J. M. (2005). The return of subjectivity: From a multiplicity of selves to the dialogical self. *Electronic-Journal of Applied Psychology*, 1, 3-13. Disponível em: <http://www.swin.edu.au/lib/r/onlinejournals/ejap/>.
- Salvatore, S. & Valsiner, J. (2006). "Am I really a psychologist?" Making sense of a super-human social role. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 127-149.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes: III. A latent class analysis of therapists. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 79 (4), 629-647.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17 (2), 201-211.
- Saragovi, C., Aubé, J., Koestner, R. & Zuroff, D. (2002). Traits, motives, and depressive styles as reflections of agency and communion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (5), 563-577.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.

- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D. & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (4), 494-511.
- Skinner, D. Valsiner, J. & Holland, D. (2001). Discerning the dialogical self: A theoretical and methodological examination of a Nepali adolescent's narratives. *Qualitative Social Research* (On-line Journal), 2 (3). Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/fqs>.
- Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling and Development*, 70 (4), 505-515.
- Skovholt, T. M. & Ronnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester, UK: Wiley.
- Soares, B. (2007). *Livro do Desassossego* (7^a ed.). Obras de Fernando Pessoa. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Soldz, S. (2006). Models and meanings: Therapist effects and the stories we tell. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 173-177.
- Spurling, L. & Dryden, W. (1989). The self and the therapeutic domain. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 191-214). London: Tavistock/Routledge.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 182-196.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (3), 273-290.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62 (5), 942-949.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *The American Psychologist*, 41 (2), 165-180.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. (1988). Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 727-733.

- Strupp, H. H. (1995). Overview: Psychotherapy research. In Donald K. Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy* (pp. 307-308). Washington DC: American Psychological Association.
- Strupp, H. H. & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 76-82.
- Strupp, H. H. & Howard, K. I. (1995). A brief history of psychotherapy research. In Donald K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 309-334). Washington DC: American Psychological Association.
- Svartberg, M. & Stiles, T. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 704-714.
- Tavares, S., Gonçalves, M. & Salgado, J. (2006). Commentary on commentaries: A space for dialogue among different perspectives. *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 437-441.
- Tavares, S., Salgado, J. & Gonçalves, M. (2006). The psychotherapist's social role under a dialogical perspective: A study of the personal construction of "I as psychotherapist". *European Journal of School Psychology*, 4 (2), 349-372.
- Thoreson, R. W., Miller, M. & Krauskopf, C. J. (1989). The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20 (3), 153-158.
- Thorn, B. E. (2006). Principles of therapeutic change: The continuing evolution of evidence-based practice. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 685-685.
- Thorne, B. (1989). The blessing and the curse of empathy. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 53-68). London: Tavistock/Routledge.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A. Hardy, G. E. & Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (2), 143-157.
- Truax, C. B. & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1st ed., pp. 299-344). New York: John Wiley.
- Vala, J. (1986). Análise de conteúdo. In A. Silva & J. M. Pinheiro (Eds.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.

- Valsiner, J. (1994, March). *Subjective construction of intersubjectivity: Semiotic mediation as a process of pre-adaptation*. Paper presented at the conference Social Practices and Symbolic Mediation, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, Switzerland.
- Valsiner, J. (2002). Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self. *Theory & Psychology*, 12 (2), 251-265.
- Valsiner, J. (2004, July). *The promoter sign: Developmental transformation within the structure of dialogical self*. Paper presented at the symposium Developmental Aspects of the Dialogical Self, ISSBD, Ghent, Belgium.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundations of cultural psychology*. London: Sage Publications.
- van Geel, R. & De Mey, H. (2003). Self, other, positive, and negative affect scales of the self-confrontation method: Factorial structure and unidimensionality. *Personality and Individual Differences*, 35, 1833-1845.
- van Geel, R. & De Mey, H. (2004). A theory-guided hexagonal representation of single valuation systems for use with Herman's self-confrontation method. *Journal of Constructivist Psychology*, 17 (2), 85-104.
- van Geel, R., De Mey, H., Thissen-Pennings, M. & Bendermacher, N. (2000). Picturing valuations in affect space: Comparison of two methods of ordination in Hermans' Self-Confrontation Method. *Journal of Constructivist Psychology*, 13 (1), 27-45.
- Vocisano, C., Klein, D., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J., Kocsis, J., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A., Borian, F., Mccullough, J., Kornstein, S., Riso, L. & Thase, M. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 255-265.
- Walfish, S., Moritz, J. L. & Stenmark, D. E. (1991). A longitudinal study of the career satisfaction of clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22 (3), 253-255.
- Walfish, S., Polifka, J. A. & Stenmark, D. E. (1985). Career satisfaction in clinical psychology: A survey of recent graduates. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (4), 576-580.

- Walfish, S. & Walraven, S. E. (2005). Career satisfaction of psychologists in independent practice. *Counseling & Clinical Psychology Journal*, 2 (3), 124-133.
- Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (2), 194-197.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 184-187.
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 914-923.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-216.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- Weisz, J., Weiss, B., Alicke, M. & Klotz, M. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 542-549.
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. (2004). From discord to dialogue: Internal voices and the reorganization of the self in process-experiential therapy. In H. J. M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 108-123). New York: Brunner-Routledge.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114 (2), 248-265.
- Will, O. A. (1979). Comments on the professional life of psychotherapist. *Contemporary Psychoanalysis*, 15 (4), 560-577.
- Wiseman, H. (1992). Conceptually-based interpersonal process recall (IPR) of change events: What clients tell us about micro theory of change. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 51-76). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Yalom, I. D. (1989). *Love's executioner and other tales of psychotherapy*. London: Penguin Books.
- Yalom, I. D. (2007). *Mentiras no divã*. Parede: Edições Saída de Emergência.

Anexos

Declaração de consentimento

Declaro autorizar a gravação áudio das minhas declarações e a utilização de todo o material no âmbito do projecto de doutoramento intitulado “Uma perspectiva dialógica do papel social do psicoterapeuta”.

(data)

(assinatura do psicoterapeuta participante)

Ficha de Identificação Biográfica

I. Identificação pessoal

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Local de residência: _____

II. Identificação profissional

Formação académica: _____

Grau académico: _____

Orientação teórica: _____

Anos de prática psicoterapêutica: _____

N.º aprox. de horas de
psicoterapia por semana: _____

Local onde exerce a actividade terapêutica: _____

Materiais da Tarefa de Autocomplexidade de Linville (adaptados por S. Tavares)

Instruções de realização da Tarefa de Autocomplexidade

Neste estudo estamos interessados na forma como se descreve a si próprio. Na sua frente tem uma folha de registo e 33 cartões. Cada cartão contém um adjectivo ou uma característica. A sua tarefa é formar grupos de características, sendo que cada grupo descreve um aspecto de si ou da sua vida. Pode agrupar as características a partir de qualquer critério significativo e lembre-se que deve estar a pensar em si enquanto o faz. Cada grupo de características deve representar um aspecto diferente de si. Pode formar o número de grupos que quiser. Continue a formar grupos até sentir que formou os grupos importantes da sua vida. Quando sentir que está com dificuldade em formar mais grupos é provavelmente uma boa altura para parar.

Cada grupo pode conter tantas características quantas quiser. Não tem que usar todos as características, mas só aquelas que achar que são descritivas de si. Além disso, cada característica pode ser usada em mais do que um grupo, ou seja, pode usar a mesma característica as vezes que quiser. Por exemplo, pode achar que quer usar a característica "relaxado" em vários grupos. Se desejar usar uma característica em mais do que um grupo, pode usar um desses cartões brancos que estão em cima da mesa. Para tal, escreva simplesmente a característica e o número correspondente no cartão branco e continue a tarefa como se estivesse a usar um dos outros cartões.

A folha com as colunas é a sua folha de registo. Use-a para indicar que características colocou juntas. Cada coluna irá corresponder a um dos seus grupos. Repare no número correspondente a cada característica. Em cada coluna coloque as características que formam o grupo, indicando só o número da característica na coluna e não o seu nome. Gostaríamos que desse uma designação a cada grupo, pois é essencial para a fase seguinte da tarefa.

As suas respostas são anónimas e confidenciais, portanto seja o mais honesto possível.

Enquanto estiver a realizar a tarefa não se esqueça de que:

1. se está a descrever a si e não às pessoas em geral.
2. não tem que usar todas as características e pode usar uma característica mais que uma vez, em diferentes grupos.

Tem alguma questão sobre esta tarefa?

Agora pode olhar para cada uma das características e diga se precisar de alguma clarificação sobre o significado das características.

Termos listados nos cartões da Tarefa de Autocomplexidade

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Maduro(a) | 18 - Emotivo(a) |
| 2 - Divertido(a) | 19 - Antipático(a) |
| 3 - Desorganizado(a) | 20 - Cômico(a) |
| 4 - Criativo(a) | 21 - Relaxado(a) |
| 5 - Preguiçoso(a) | 22 - Inconsequente |
| 6 - Organizado(a) | 23 - Superficial |
| 7 - Competitivo(a) | 24 - Inseguro(a) |
| 8 - Conformista | 25 - Ansioso(a) |
| 9 - Empreendedor(a) | 26 - Ponderado(a) |
| 10 - Rude | 27 - Não convencional |
| 11 - Generoso(a) | 28 - Irresponsável |
| 12 - Rebelde | 29 - Sofisticado(a) |
| 13 - Individualista | 30 - Estudioso(a) |
| 14 - Caloroso(a) | 31 - Reservado(a) |
| 15 - Afirmativo(a) | 32 - Sossegado(a) |
| 16 - Expansivo(a) | 33 - Não estudioso(a) |
| 17 - Impulsivo(a) | |

Folha de Registo da Tarefa de Autocomplexidade

Materiais da Grelha de Afectos de Hermans

(adaptados por S. Tavares)

Instruções de preenchimento da Grelha de Afectos

De seguida vai encontrar uma lista de 16 afectos:

- 1 – Alegria
- 2 – Auto-estima
- 3 – Felicidade
- 4 – Preocupação
- 5 – Força
- 6 – Prazer
- 7 – Carinho
- 8 – Amor
- 9 – Infelicidade
- 10 – Ternura
- 11 – Autoconfiança
- 12 – Intimidade
- 13 – Desânimo
- 14 – Orgulho
- 15 – Desapontamento
- 16 – Calma interior

A tarefa que lhe pedimos agora, é que analise os aspectos significativos da sua vida patentes em cada uma das facetas anteriormente citadas, avaliando até que ponto cada um destes afectos se encontra na faceta descrita, de acordo com a seguinte escala:

- 0 – Nada
- 1 – Um pouco
- 2 – De alguma forma
- 3 – Bastante
- 4 – Muito
- 5 – Mesmo muito

Na página seguinte encontrará um quadro que lhe pedimos para completar de acordo com esta instrução.

Nota: as últimas (quatro) linhas do quadro apresentam frases que gostaríamos que avaliasse afectivamente. Para preencher os espaços do quadro correspondentes às mesmas, deverá classificar cada afecto, segundo a anterior escala, completando as frases de acordo com a forma como se sente ou sentiu nessa(s) situação(ões).

