

ENTREVISTA CLÍNICA E PSICOTERAPIA DE APOIO

ISABEL LEAL

CS3

ISABEL LEAL

**ENTREVISTA CLÍNICA E
PSICOTERAPIA DE APOIO**

Titulo: *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. 2ª Edição. Outubro de 2010.

ISBN: 978-989-8463-07-4

Capa: Ricardo Romão

Lisboa: Placebo, Editora LDA

ÍNDICE

PREFÁCIO À 3ª EDIÇÃO	1
PREFÁCIO À 2ª EDIÇÃO	2
INTRODUÇÃO	3
1ºCAPÍTULO: A ENTREVISTA	6
Generalidades e definições	6
Breve história da entrevista	8
Técnicas de entrevista	11
<i>O questionamento</i>	<i>12</i>
<i>A reflexão</i>	<i>13</i>
<i>A reformulação</i>	<i>13</i>
<i>A clarificação</i>	<i>14</i>
<i>A confrontação</i>	<i>15</i>
<i>A auto-revelação</i>	<i>16</i>
<i>O silêncio</i>	<i>17</i>
<i>A exploração</i>	<i>18</i>
<i>A reestruturação</i>	<i>19</i>
<i>A interpretação</i>	<i>19</i>
<i>O humor</i>	<i>20</i>
<i>A generalização</i>	<i>21</i>
<i>A focagem</i>	<i>21</i>
<i>O ecoar</i>	<i>22</i>
<i>A provocação</i>	<i>22</i>
<i>A racionalização</i>	<i>23</i>
<i>A informação à medida ou esclarecimento</i>	<i>24</i>

2ºCAPÍTULO: A ENTREVISTA PSICOLÓGICA	25
Generalidades	25
Classificações das entrevistas psicológicas	26
<i>A Entrevista de recolha de dados</i>	28
<i>A Entrevista de estudo de caso</i>	30
<i>A Entrevista de avaliação do estado mental</i>	33
<i>A Entrevista de pré e pós teste</i>	37
<i>A Entrevista breve de avaliação</i>	38
<i>A Entrevista de conclusão</i>	39
<i>A Entrevista de investigação</i>	39
Quadros teóricos de referência	40
<i>A psicanálise</i>	41
<i>O existencial-humanismo</i>	44
<i>As teorias sistémicas</i>	46
<i>Teorias comportamentais-cognitivas</i>	47
3º CAPÍTULO: A ENTREVISTA CLÍNICA	51
A Psicologia Clínica	51
<i>A medição</i>	53
<i>Definições</i>	54
<i>O método clínico</i>	55
<i>O raciocínio clínico</i>	58
Questões actuais da Psicologia Clínica	58
<i>A relação cuidada</i>	59
<i>Psicologia Clínica versus Psicologia da Saúde</i>	60
<i>Psicologia Clínica, Psiquiatria e Psicoterapia</i>	61
<i>A Psicologia Clínica em Portugal</i>	61
Pragmática da Entrevista Clínica	62
<i>Condições externas facilitadoras da relação</i>	64
<i>Atitudes e Comportamentos do Psicólogo Clínico</i>	71

Contextos de intervenção	80
<i>A Clínica privada e intervencionada</i>	80
<i>Os serviços de saúde</i>	81
<i>Os serviços jurídico-legais</i>	82
<i>Os serviços educativo-pedagógicos</i>	83
<i>As instituições privadas de solidariedade social</i>	84
<i>Outros contextos emergentes de intervenção</i>	84
4º CAPÍTULO: PSICOTERAPIAS, O QUE SÃO?	85
Fundamentos antropológicos das psicoterapias	85
Psicoterapia e função terapêutica	87
Psicoterapia e psicopatologia ou os primórdios do que se faz hoje	90
Percursos da psicoterapia	94
O estatuto científico das psicoterapias	97
Definições de psicoterapia	99
Investigação e factores comuns em psicoterapia	103
Caracterização das psicoterapias	107
<i>Os objectivos</i>	108
<i>Os objectos</i>	109
<i>Os contextos</i>	110
5º CAPÍTULO: A PSICOTERAPIA DE APOIO	112
Os comos, os quandos e os porquês?	112
Modalidades práticas das psicoterapias de apoio	116
<i>As psicoterapias de apoio longa duração</i>	116
<i>As psicoterapias de apoio curta duração</i>	117
<i>As psicoterapias de apoio média duração</i>	118
Objectivos das P.A.	119
Técnicas das P.A	120

Indicações e limites	124
Questões éticas e deontológicas	126
<i>A competência</i>	127
<i>A responsabilidade</i>	127
<i>Respeito e desenvolvimento do direito das pessoas e da sua dignidade</i>	127
O estabelecimento da relação	127
<i>O início da entrevista</i>	128
<i>O contrato terapêutico</i>	129
<i>A aliança terapêutica</i>	130
<i>A escuta terapêutica</i>	131
<i>O padrão terapêutico</i>	132
<i>A supervisão</i>	132
Desenvolvimento da psicoterapia	133
<i>As crises</i>	134
<i>As solicitações dos clientes</i>	135
<i>As solicitações de familiares e amigos</i>	135
<i>Relações com outros técnicos</i>	136
<i>“Timing” de intervenção</i>	137
<i>Tipo de intervenção</i>	137
<i>Avaliação do efeito de uma intervenção</i>	137
Questões da relação	138
<i>As transferências</i>	138
<i>As resistências</i>	143
<i>A Perlaboração</i>	144
<i>A Contra-transferência</i>	145
<i>O Acting-out</i>	145
BIBLIOGRAFIA	147

PREFÁCIO À 3ª EDIÇÃO

A 1ª edição deste livro apareceu em 1999, destinado especificamente aos alunos de Psicologia dos anos clínicos.

O lançamento em 2008 de um outro livro: “A Entrevista Psicológica – Técnica, Teoria e Clínica”, um trabalho mais aprofundado sobre a entrevista clínica, pareceu, durante algum tempo, tirar actualidade à “Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio”, razão pela qual, a 2ª edição esgotou e não houve, entretanto, reimpressões ou uma nova reedição.

Os pedidos que continuaram a chegar para esta obra de iniciação à entrevista clínica na sua ligação com a psicoterapia de apoio, implicaram-nos a repensar o interesse de uma nova edição.

Aproveitando o surgimento da Placebo Editora, fica pois disponível este livro, que mais uma vez foi revisto e apresenta algumas novidades em relação a edições anteriores.

Esperemos que continue a ser útil.

PREFÁCIO À 2ª EDIÇÃO

Mais de quatro anos passados sobre a primeira edição, e diversas reimpressões, deste trabalho introdutório à Entrevista Clínica e à Psicoterapia de Apoio, considerámos útil fazer algumas alterações de conteúdo.

De facto, gostaríamos de poder reescrever e aprofundar muito do que então ficou impresso e é, manifestamente insuficiente, para a formação, nesta área, dos alunos de Psicologia em geral e dos nossos em particular.

Ainda assim, o objectivo então expresso, e que permanece, é meramente o de oferecer um pequeno guia orientador de um conjunto de conceitos fundamentais para a intervenção psicológica.

Introduzimos assim um novo capítulo em que se discute, de uma forma mais aprofundada, o que são hoje as psicoterapias, embora à luz do seu passado histórico, e se apresenta percursos, definições e caracterizações mas, sobretudo, alguns aspectos da actual discussão e investigação sobre factores comuns.

No capítulo específico sobre Psicoterapia de Apoio, achámos igualmente conveniente ir um pouco mais longe e sistematizar, por um lado, as razões porque a Psicoterapia de apoio é cada vez mais um instrumento de trabalho vital nos contextos em que actualmente os psicólogos clínicos trabalham, e por outro, as diferentes modalidades que cabem nesta designação.

Como verificarão, as referências bibliográficas, sobretudo as que se referem a livros, têm duas datas: a da edição citada, de acordo com as regras APA, mas também a da edição original, já que, muitas vezes, os autores e os seus trabalhos são referidos em contextos históricos e dando conta de uma evolução de ideias e conceitos.

Optou-se igualmente por manter as citações que nos pareceram relevantes fazer, na língua da edição que nos foi acessível, pelo que, o estímulo ao conhecimento de várias línguas estrangeiras fica, implicitamente, feito.

INTRODUÇÃO

Este livro foi escrito a pensar nos alunos de Psicologia dos diversos anos mas é especialmente dedicado aos dos ramos e anos clínicos.

Muitos anos de docência e mais ainda de prática profissional como psicóloga, permitem-me a convicção que muito há ainda a dizer e a fazer sobre o instrumento privilegiado de relação e de trabalho que é para nós psicólogos, a Entrevista.

Mas a entrevista, se no âmbito do nosso trabalho merece uma atenção particular, está de tal forma ligada a uma habilidade social treinada desde sempre e tão arreigada nos nossos costumes e na nossa possibilidade de relação com os outros que, fatalmente se deixa contaminar pelos procedimentos e maneirismos adquiridos ao longo de toda a vida em que sempre conversámos com muita gente.

Entrevistar não deve ser conversar, ainda que pareça ser, ainda que os melhores entrevistadores sejam exactamente os que não deixam transparecer na postura, na voz, na forma e no conteúdo do que vai sendo dito que, o que se está a fazer é, trabalho. Um trabalho difícil que requer competências técnicas e também, e sobretudo no nosso caso, competências teóricas.

Entrevistar é como toda a gente sabe colectar informações. Mas a recolha dessa informação tem que ser organizada e discriminada em função de categorias pertinentes em algum sentido.

São exactamente essas categorias pertinentes que, estabelecidas à partida e legitimadas por um corpo de conhecimentos disciplinarmente estruturado, nos permitem assegurar que o que fazemos é Entrevista Psicológica.

As entrevistas psicológicas não são entretanto todas iguais, do mesmo tipo, com a mesma finalidade ou cumprindo um mesmo objectivo. Se, se pode dizer que em todas os campos de aplicação da psicologia se usa a entrevista psicológica, não é preciso grande esforço para perceber que psicologias aplicadas tão diferentes como são as que se praticam hoje em dia, exigem diferentes tipos de entrevista.

A recolha de informação a que se procede inevitavelmente quando se faz uma entrevista psicológica obviamente que não é para gozo e satisfação da curiosidade do psicólogo. É sempre para uma finalidade que, mais clara ou mais implicitamente, é do conhecimento do entrevistado.

Fazem-se entrevistas psicológicas em inúmeros contextos como forma de avaliação de competências, recursos, características pessoais, personalidade ou factores desta, ajustamento social, escolar ou profissional. Fazem-se entrevistas psicológicas para determinar se um indivíduo tem um determinado perfil para ocupar um emprego, se tem psicopatologia que o torne socialmente perigoso ou inimputável numa situação crime, se possui valores e características de personalidade que o torne fiável como testemunha ou como júri. Fazem-se entrevistas psicológicas para tentar perceber as razões e motivações que levam a que miúdos inteligentes não aprendam, doentes crónicos não adiram a um tratamento, empregados modelos se transformem de repente em empregados problemas.

Ou seja, faz-se entrevistas psicológicas em primeiro lugar para perceber. Perceber o funcionamento do entrevistado, as suas razões e motivações. É a partir dessa compreensão que se pode estabelecer comparações com modelos previamente estabelecidos e proceder às avaliações e diagnósticos que determinaram a própria existência da entrevista.

Em qualquer caso, a entrevista psicológica é sempre um instrumento avaliativo poderoso e de importantes repercussões na vida dos entrevistados.

Não dá por isso para ser considerada levianamente, sem apuro técnico nem suporte teórico. Se isto é assim para qualquer entrevista psicológica, no caso das entrevistas psicológicas consideradas como clínicas a situação torna-se ainda mais grave e complexa. É que a entrevista clínica, diferentemente de outras entrevistas psicológicas, deve, por definição, servir o entrevistado.

Se noutras entrevistas psicológicas o vínculo, o elo, a relação estabelecida entre psicólogo e entrevistado pode ser frágil, nas entrevistas habitualmente designadas por clínicas o suporte de sustentação de toda a comunicação é a relação de confiança que se estabelece. Daí que as entrevistas clínicas exijam da parte do psicólogo um trabalho cuidado, muito mais em termos da própria relação do que em termos da quantidade de informação colectada ou da avaliação conseguida.

Se a entrevista clínica correr bem, se a relação fluir nesse clima de confiança então é possível que a proposta de mudança consubstanciada num trabalho psicoterapêutico seja possível.

Se alguns psicólogos clínicos fizeram uma formação complementar no âmbito de uma sociedade científica que os habilita como psicoterapeutas a grande maioria, no entanto, não a possui. A sua experiência do manejo da relação num sentido terapêutico decorre quase exclusivamente de um estágio académico com menos de um ano de duração e, nos casos mais felizes, de estágios profissionais que sentiram necessidade de realizar e puderam conseguir. Estes estágios, realizados quase sempre em contextos institucionais, apelam directamente para a capacidade do psicólogo ser o técnico da relação por excelência e o agente promotor da mudança em situações de sofrimento humano tão complexas quanto variadas. Daí que nos pareça fazer sentido e ser oportuno sistematizar uma parte importante da intervenção dos psicólogos clínicos, que decorre directamente do uso cuidado da entrevista clínica: a psicoterapia de apoio.

1ºCAPÍTULO

A ENTREVISTA

Generalidades e definições

O termo entrevista é tão corrente e tão quotidiano que alguns bons dicionários e enciclopédias o esquecem.

Aparece definida como “*Conferência marcada por pessoas em lugar determinado*”, como “*Encontro combinado*” e, também, na sua acepção mais mediática “*Prestação de informações ou de opiniões a um repórter de jornal, televisão, etc., feita oralmente para publicação*” (Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse, 1979, p. 326).

O senso comum consagrou, portanto, a entrevista como um encontro previamente definido a fim de se trocar impressões ou obter informações e em que a posição relativa dos intervenientes é dada à partida.

Sabe-se quem entrevista e quem é entrevistado, sabe-se igualmente que a entrevista tem um objectivo determinado, manifesta ou tacitamente assumido pelos intervenientes. Sabe-se ainda que, embora assente directamente numa técnica de questionamento que o entrevistador deverá promover, a entrevista não é um mero interrogatório. Nesse sentido, espera-se que a entrevista decorra num tom em tudo semelhante a uma conversa, em que os participantes tenham espaço de expressão das suas personalidades e dos pontos de vista que defendem ainda que limitados pelos objectivos do encontro.

Fala-se de entrevista quando um jornalista interpela uma ou várias pessoas sobre um tema. Fala-se com igual propriedade de entrevista quando num contexto organizacional um empregado pede para falar com um responsável sobre condições de trabalho, aumento de ordenado ou qualquer problema existente. Quando um vendedor marca uma reunião com um potencial cliente diz que tem uma entrevista. Quando se pretende admitir um novo empregado marca-se uma entrevista com os candidatos.

Em qualquer das situações, fica claro que se trata de um encontro **formal**, entre desconhecidos ou que, mesmo no caso de serem conhecidos, a relação deverá manter as características formais de um encontro de trabalho.

É exactamente neste sentido que Wiens (1976) se refere ao sentido histórico de entrevista “ um encontro face a face entre indivíduos para uma conferência formal, num determinado tempo” de acordo, de resto, com a definição do *The Shorter Oxford English Dictionary*.

A entrevista é assim, um instrumento preliminar de relação social.

Pretende-se através dela conhecer melhor uma pessoa um tema ou um assunto. Nesse sentido pode dizer-se que a entrevista é um processo de obtenção de informação. Deve-se no entanto acrescentar que sucessivas e sistemáticas entrevistas entre os mesmos participantes perderão a legitimidade de usar a designação, uma vez que ao evoluírem e ao implicarem um aprofundamento da relação, transformar-se-ão em qualquer outra coisa a que fará mais sentido designar por um outro nome.

Passarão a ser, frequentemente, reuniões de trabalho no caso de se manterem a níveis essencialmente formais, ou encontros de amigos se o registo que se instalar for o de vínculos afectivos e informais.

Algumas entrevistas, merecem desde o primeiro momento outras designações.

Ninguém diz que marcou uma entrevista com um médico, por exemplo. Diz-se e pensa-se que se marcou uma *consulta* querendo significar com isso, para ambas as partes: entrevistado e entrevistador, que se assume que o entrevistador deverá, desde logo, prestar serviço ao entrevistado.

Enquanto muitas das entrevistas realizadas em diferentes contextos não supõe à partida nenhum tipo de contrato, as entrevistas que entre nós têm a designação de *consulta* (médica, legal, psicológica, financeira etc.) implicam desde logo que a assimetria relacional se estabeleça sob o primado de um saber específico ou de uma competência técnica que deve ser usada “a favor “do indivíduo agora designado por cliente.

Espantosamente, a bibliografia disponível internacionalmente sobre a entrevista não é tão extensa nem tão original quanto a relevância do tema sugeriria. Se as referências à importância da entrevista e do saber entrevistar são permanentes, a escassez de material técnico, e a repetição das mesmas observações de carácter genérico são o mais frequente.

Dir-se-ia que se aprende a fazer entrevistas, entrevistando, que se trata pois de uma prática que, para alguns, mais dotados, é relativamente fácil de adquirir no quadro das suas próprias habilidades sociais e, para outros, se padroniza em fórmulas inquisitivas. Ou seja, dir-se-ia que entrevistar estaria mais próximo da arte do que da ciência e que “*typically, it has been*

assumed that if interviewing skills were learned, it would probably be the observation and imitation of a more experienced interviewer” (Wiens & Matarazzo, 1983, p. 314).

Parece -nos entretanto, que se a observação e a imitação são importantes, para as profissões que usam como instrumento de trabalho quotidiano e preferencial a entrevista, esta deve ser aprofundada tanto quanto possível, investigada e treinada nas suas dimensões técnicas e teóricas.

Parece-nos definitivamente importante que, pelo menos nas profissões que se pretendem científicas, o uso da entrevista não corresponda a um mero saber fazer mas se inscreva numa zona de conhecimento em que, não só se faz, como se sabe os porquês, os quando e os como.

Convêm começar por ter presente que existem técnicas de entrevista e teorias da entrevista.

Designamos por **técnica de entrevista** os processos utilizados para a obtenção de informação pertinente para os objectivos da entrevista.

Chamamos **teoria da entrevista** aos modelos conceptuais que sustentam as direcções, interpretações e também o privilégio de algumas técnicas de entrevista.

Breve história da entrevista

Quando se tenta refazer a história da entrevista, percebe-se que existem duas direcções distintas: uma que prefigura o senso comum e a técnica do interrogatório usada indiscriminadamente por jornalistas, polícias, juizes ou magistrados e outra, muito menos centrada no questionamento e próxima das profissões de saúde e educação.

Nesta segunda direcção, autores que de alguma forma tentaram uma historiografia recente da entrevista, como sejam Shea (1990), Thoma e Kachele (1992), Nunes (1993) regressam a Kraepelin (1904) e à fórmula, tão em moda na época, de entrevistar com o intuito de detalhar tão minuciosamente quanto possível comportamentos para chegar a classificações e, eventualmente, a diagnósticos diferenciais. Estamos pois no território inaugural da medicina psiquiátrica, que marca definitivamente os modelos de entrevista.

Nas primeiras décadas do século, a referência expressa a Freud e ao seu contributo para a entrevista, parece-nos óbvia, uma vez que, mais implícita

que directamente, toda a proposta psicanalítica estrutura uma teoria de interpretação dos comportamentos e das expressões verbais em que se valoriza tanto o que é dito como o que se omite. Nesse sentido, a psicanálise, proposta por Freud e desenvolvida em diversos aspectos e em diferentes direcções pelos seus discípulos, oferece um conjunto de categorias relacionais que, deslocam o processo da entrevista, da indexação de factos de um certo tipo permitindo uma categorização, para uma relação específica que permite no encontro de subjectividades o acesso ao próprio funcionamento psicológico. Ainda que por referência a quadros psicopatológicos, a herança psicanalítica oferece à entrevista um corpo teórico do qual decorre um conjunto de técnicas que, de resto, perdura até hoje.

Nos anos quarenta, um trabalho sobre entrevista “A entrevista, seus princípios e métodos” de Annette Garrett (1942) tem o mérito maior de, com inúmeros exemplos, fornecer aos assistentes sociais, público primeiro a quem a obra se destina, um guia prático de diferentes tipos de entrevista. Também na mesma década Rogers (1942) começa a delinear e sistematizar um pensamento que fornece, não só teórica mas também tecnicamente, contributos importantes para a entrevista em contextos de saúde e de educação.

Nos anos cinquenta, os trabalhos de Sullivan (1954) sobre “A entrevista psiquiátrica” e de Gill, Newman e Redlich (1954) sobre “A entrevista inicial na prática psiquiátrica”, bem como o “Como entrevistar” (1959) de Bingham e Moore transformaram-se em referências obrigatórias da entrevista em geral e da entrevista psiquiátrica em particular.

Na mesma década e abrindo perspectivas em direcção a um estilo de entrevista essencialmente terapêutica é justo citar Erickson (1950) e o seu trabalho “*A entrevista de aconselhamento*”.

A partir dos anos sessenta, e do rápido crescimento que diferentes propostas terapêuticas alcançam, a entrevista passa a fazer parte integrante do modelo em que se trabalha.

Convém entretanto não esquecer que se a história da entrevista se presta a confusões entre disciplinas, práticas profissionais e mesmo objectivos e métodos das entrevistas, parece que estamos hoje em condições de estabelecer algumas destrições fundamentais.

Assim, podemos num primeiro momento falar de uma tecnologia da entrevista. Esta é o conjunto de técnicas possíveis de ser utilizadas para colectar informação e estabelecer relação em inúmeras circunstâncias As

técnicas de entrevista são usadas indiscriminadamente por diferentes profissões a maioria delas sem nenhuma relação directa com a Psicologia.

A maioria das entrevistas que se realizam, e dos entrevistadores que as fazem, recorrem a técnicas que nem mesmo conhecem enquanto categorias. Sabem apenas que funcionam daquela maneira, da mesma forma que a maioria de nós guia um carro sem perceber nada de mecânica.

As técnicas existem, funcionam, podem ser categorizadas e enunciadas nas suas características e especificidades sem por isso pertencerem a um saber e a uma profissão.

Assim as entrevistas psicológicas diferem de outras entrevistas não pelas técnicas utilizadas, já que são exactamente as mesmas que se usam em entrevistas que não podem ser consideradas desta forma, mas pela recorrência a teorias e modelos psicológicos que organizam não só as interacções que se estabelecem como a própria informação adquirida por este meio.

As **entrevistas clínicas** são, por seu turno, uma categoria específica dentro das entrevistas psicológicas. Chiland (1983) define-as, com alguma graça, como sendo aquelas em que o entrevistado pretende que não só lhe ponham questões como também lhe dêem respostas.

O epíteto de clínico advém do facto de se utilizar uma metodologia assente num conjunto de pressupostos teóricos e de ser, como já assinalámos, uma prestação de serviços **em favor** do entrevistado. Daí decorre, de resto a designação de consultas psicológicas que muitas vezes substituem a expressão entrevista clínica. Se preferimos entrevista clínica a consulta psicológica é, essencialmente e como teremos oportunidade de discutir com mais detalhe, devido à conotação com uma escola teórica que o termo de consulta psicológica entretanto ganhou.

Diferente ainda desta entrevista psicológica é a prática de qualquer **psicoterapia**.

Entre nós, a prática da psicoterapia pode corresponder a dois formatos nitidamente diferentes.

O primeiro, praticado por psicólogos clínicos de qualquer orientação teórica em clínica privada e sobretudo em contextos institucionais a que chamaremos genericamente de psicoterapia de apoio. Neste caso, a psicoterapia de apoio decorre directamente da existência de entrevistas psicológicas do tipo clínico.

O segundo, que designaremos também genericamente como de psicoterapias de *setting* e que corresponde à situação habitualmente

praticada em regime liberal de procura deliberada de um psicoterapeuta. Neste segundo caso, em que se incluí psicoterapeutas de diferentes formações verifica-se que depende da filiação teórica deste, o facto de poder haver ou não um período inicial de entrevistas clínicas. Em muitos casos elas não chegam a ter lugar. Há apenas uma entrevista preliminar próxima daquilo a que designaremos como uma entrevista breve de avaliação, no intuito de verificar se o sujeito tem ou não indicações para aquela dada psicoterapia.

Técnicas da entrevista

Seja qual for a entrevista realizada, existem um conjunto de técnicas facilitadoras da obtenção de informação.

Muito longe da ideia de que para obter uma resposta basta perguntar, todos os entrevistadores sabem que uma entrevista tem ritmos próprios, fases de desenvolvimento, paragens e retrocessos. Sabem, ainda que empiricamente, que às vezes um silêncio é mais indicado que uma nova pergunta, que, para continuarem de forma produtiva têm de reformular ou clarificar o que para trás ficou dito de uma forma atabalhoada, que, às vezes é útil sugerir um segundo sentido que foi aflorado ou implícito, que, outras vezes é preciso desbloquear a tensão dizendo uma graça.

Craig (1989) propôs designações e conteúdos para as técnicas de entrevista mais comumente utilizadas:

- O questionamento
- A reflexão
- A reformulação
- A clarificação
- A confrontação
- A auto-revelação
- O silêncio
- A exploração
- A reestruturação
- A interpretação
- O humor,

a que achamos útil juntar:

- A generalização
- A focagem
- O Ecoar
- A provocação
- A racionalização
- A informação à medida ou esclarecimento.

Convém esclarecer que estas categorias, entre outras possíveis, não são fechadas nem mutuamente exclusivas. Pelo contrário, a grande maioria das vezes surgem interligadas e interdependentes nas intervenções dos entrevistadores.

O interesse de as separarmos e estudarmos de forma individualizada é essencialmente pedagógico, destinando-se por isso a um reconhecimento e aprofundamento da habilidade de entrevistar.

O questionamento

Questionar é no essencial fazer perguntas. Nem todas as perguntas podem e devem ser feitas e, nem todas as perguntas podem e devem ser feitas da mesma maneira.

Num contexto de entrevista, que, como dissemos é sempre um encontro formal, é pouco razoável perguntar ao candidato a emprego se é competente, como é absurdo perguntar numa entrevista televisiva a um jogador de futebol que acabou de marcar um golo se está contente. A resposta, que já se conhece à partida, não comporta nenhuma mais-valia de informação, nem tem utilidade em termos relacionais já que o encontro é temporalmente limitado, quer dizer, termina imediatamente.

As perguntas para as quais já se sabe a resposta só são pertinentes em contextos comunicacionais informais, sendo nesse caso, um apoio verbal para uma relação que se pretende estabelecer.

Na situação de entrevista, as perguntas devem por isso mesmo cumprir a função proposta ou seja, aumentar a informação do entrevistador sobre o entrevistado ou, pelo menos, reduzir os seus níveis de incerteza.

Há assim uma extensa lista de questões que se podem colocar e se podem colocar directamente: Como se chama? Que idade tem? Porque é que se decidiu a vir?

Nem todas as perguntas podem no entanto ser feitas de uma forma tão directa. Em primeiro lugar porque a sucessão de perguntas deste tipo, gera uma atitude passiva da parte do respondente que, uma vez tendo dado algumas respostas sucessivas, fica à espera de novas questões. Em segundo lugar porque qualquer entrevista pretende ser mais que um questionário, pretende que pela interacção estabelecida se tenha acesso a dimensões da personalidade do sujeito. Ora, para que essa possibilidade se verifique, é preciso que o entrevistador dê espaço ao entrevistado. É nesse espaço interactivo, que se torna perceptível se o interlocutor é ansioso ou tranquilo, introvertido ou extrovertido, humilde ou arrogante, simpático ou agressivo, etc., etc.

Mas, há igualmente uma extensa lista de perguntas, que, embora devam e possam ser feitas, devem ser indirectas com uma formulação aberta permitindo que o próprio sujeito escolha a direcção que mais lhe interessa e convêm. Estas, além de darem uma indicação preciosa sobre o funcionamento do sujeito, os conteúdos em que se sente seguro e os que evita, o que valoriza e o que escamoteia, permitem exactamente pela sua forma aberta, o retorno ao assunto. Perguntas que colocam a tónica na dimensão afectiva ou cognitiva “o que é que sentiu?”, “o que é que achou disso?”, “o que é que pensa a respeito?”, são habitualmente uma boa fórmula de fazer perguntas abertas.

A reflexão

A ideia central da utilização da técnica de reflexão é a de fazer compreender ao entrevistado que não só se percebe o que ele comunica como se está a pensar no assunto.

A fórmula mais simples de reflexão é o proverbial “hum-hum!”. Pode-se entretanto e sempre de acordo com o conteúdo verbalizado, produzir uma reflexão mais substancial. Por exemplo se alguém nos diz que quer mudar de emprego por um conjunto de razões absolutamente plausíveis será adequado dizer “É natural que queira mudar, aparentemente o seu actual trabalho não corresponde às suas expectativas”. É ainda uma reflexão uma afirmação genérica do género “As pessoas tendem de facto a mudar quando as suas expectativas sobre uma situação não se cumprem”.

Craig (1989) chama a atenção para o facto de que o uso desta técnica implica da parte do entrevistador a habilidade para reproduzir o material cognitivo ou emocional do entrevistado, o que além de nem sempre ser fácil, implicar uma já razoável experiência de entrevistas.

A reformulação

Reformular, como o próprio nome indica é formular de novo, ou seja dizer de outra maneira o que acabou de se ouvir.

Supõe-se que uma reformulação seja mais clara e mais articulada do que a formulação original. Por isso mesmo a técnica de reformulação presta-se a algumas confusões, por um lado com a técnica da reflexão e também com a técnica da clarificação, de que falaremos a seguir.

No essencial a reformulação distingue-se da reflexão pelo objectivo que visa. Enquanto a reformulação serve para esclarecer e para facilitar a compreensão, a reflexão destina-se a devolver ao entrevistado uma dinâmica compreensiva da parte do entrevistador. Usando o mesmo exemplo da pessoa que diz que quer mudar de emprego por inúmeras razões uma reformulação seria “Tem pois uma série de razões para querer mudar de emprego”.

A clarificação

A clarificação, como o nome também indica, é a técnica de entrevista que se usa para tornar mais claro o que foi dito anteriormente.

Deve-se a Rogers (1942) a introdução do termo bem como uma extensa e importante discussão sobre o valor da técnica da clarificação obviamente no contexto da sua proposta terapêutica. Rapidamente a importância da clarificação alastrou. Bibring (1953, 1954) foi um dos autores de orientação psicanalítica que provavelmente mais importância deu ao conceito. Brown (1995) escreve a propósito da clarificação na clínica psicanalítica: “*The concept is so commonly used in clinical discussions today that it is hard to believe much of the technical literature was written without it*” (p. 237).

Enquanto técnica de entrevista geralmente a clarificação faz-se utilizando algumas das técnicas já anteriormente descritas (questionamento, reformulação, por exemplo).

Como dissemos, a propósito da reformulação, é suposto que ela própria seja já de alguma forma clarificadora. Daí a confusão a que aludimos e que se estabelece entre as duas técnicas. Mas enquanto uma reformulação pode ter como objectivo possível num dado momento apenas o esclarecimento do que foi dito para o próprio entrevistador, a clarificação destina-se a

ajudar o entrevistado a compreender o que está a ser dito. Nem sempre o próprio percebe e se apercebe do que vai dizendo.

Continuando com o anterior exemplo, da pessoa que fala das razões para mudar de emprego uma clarificação poderia ser “ou seja, o seu actual emprego tornou-se insuportável”.

A confrontação

Mais uma vez, o nome da técnica indica o seu conteúdo. Confrontar é comparar, cotejar, pôr lado a lado ou frente a frente diferentes conteúdos sobre o mesmo tema ou conteúdos verbais discrepantes dos conteúdos não-verbais.

A evitação que muitos entrevistadores fazem desta técnica deve-se sobretudo ao facto de ser necessário um grande treino para uma técnica deste tipo não resultar agressiva.

Craig (1989) fala da confrontação como podendo ser construtiva ou destrutiva. Embora seja possível um entrevistador, usar a técnica de confronto de uma forma agressiva, destrutiva ou conflitualizante o facto é que também o pode fazer mantendo-se no questionamento utilizando exclusivamente o silêncio ou fazendo interpretações. Ou seja não é técnica em si mesma que é especialmente difícil, mas o tom de voz utilizado, a atitude geral e a própria relação que se foi estabelecendo no decurso da entrevista. O confronto em si mesmo é uma técnica tão neutral como todas as outras, que têm como objectivos esclarecer dúvidas do próprio entrevistador, e clarificar dimensões específicas dos conteúdos ou da personalidade do entrevistado e também devolver-lhe incongruências ou inconsistências verbais ou comportamentais. Num sentido mais psicanalítico a confrontação é vista por alguns autores como uma chamada de atenção deliberada ao cliente e parte integrante do processo interpretativo (Garner, 1970; Greenson, 1967; Nichols, 1995).

Seria possível que o nosso sujeito que quer mudar de emprego, falasse disso de tal forma que nos permitisse usar uma técnica de confronto “Curioso, por um lado mostra-se desejoso de abandonar esse emprego, mas por outro fala, com tanto entusiasmo e envolvimento daquilo que faz “. Ou, supondo que as contradições expressas existiam “Provavelmente não percebi bem. Está mesmo farto desse trabalho ou está com medo que o despeçam?”.

Mesmo que uma técnica de confronto, como aquela que habitualmente é usada pelos jornalistas quando interrogam políticos sobre mudanças radicais de posição, suscite um momento de fechamento e de retracção ou de negação maciça de um dos termos da proposição, habitualmente a sequência que se segue é bastante produtiva e esclarecedora, pelo que nos parece não haver melhores razões para evitar a confrontação de que qualquer das outras técnicas.

A auto-revelação

Tal como já dissemos, a entrevista é um encontro formal em que entrevistador e entrevistado assumem papéis à partida. Nesse sentido é implícito que o entrevistador deverá centrar a sua atenção no entrevistado não falando de si mesmo e que a entrevista estará sempre focada nos assuntos do entrevistado.

A auto-revelação é entretanto uma técnica que implica o falar de si mesmo o que num primeiro momento parece contrariar o princípio geral de que o entrevistador não o deve fazer. Enquanto técnica de entrevista a auto-revelação deve ser entendida como uma técnica que ao implicar a exposição do entrevistador visa entretanto, **exclusivamente**, facilitar a exposição do entrevistado.

Algumas vezes parece útil o entrevistador utilizar parcimoniosamente dados da sua experiência, até porque, de acordo com investigação realizada sobre o assunto, é uma técnica útil que consegue bons resultados ao nível a que se pretende: a exposição do entrevistado (Cozby, 1973).

Uma auto-revelação que não cumpra o objectivo aqui expresso é um erro técnico já que significa que o entrevistador se distraiu, está centrado em si mesmo, pouco atento ou pura e simplesmente não assumiu o papel a que se propôs. Ou seja, é sempre despropositado o facto de um entrevistador passar a falar de si mesmo, das suas problemáticas, dos seus gostos ou valores, esquecendo a centralidade do entrevistado e aproveitando o espaço de entrevista como tempo e lugar de expressão de si mesmo.

É sempre preferível que as auto-revelações consideradas oportunas se exprimam num registo afectivo e abstracto ou invés de usarem exemplos vividos de factos concretos.

Seria um mau exemplo do uso da técnica de auto-revelação o nosso entrevistador do indivíduo a querer mudar de emprego dizer “Olhe que eu

também estou farto disto”. Seria um bom exemplo se disse-se: “Percebo o seu desconforto por experiência própria”.

O silêncio

O silêncio é, ou pode ser, uma técnica de entrevista de grande eficácia. Precisa no entanto de ser encarada na amplitude da sua subtilidade já que, mais do que outras técnicas de entrevista faz apelo à sensibilidade do entrevistador. É provavelmente por isso mesmo que a grande maioria das entrevistas que não sejam especificamente psicológicas, evitam os momentos de silêncio e enchem as pausas entre diferentes sequências comunicacionais com palavras, ainda que despidas de sentido. É também provavelmente por isso que entrevistadores pouco experientes encaram os silêncios como experiências extremamente desagradáveis.

É pois necessário esclarecer que os silêncios são plurais e bem diferenciados. Existe o silêncio que transmite sobretudo **a inibição** do entrevistado. Por diversas razões de personalidade situacionais e frequentemente numa combinação de ambos os factores a entrevista pode resultar numa circunstância inibitória em que ao sentir-se avaliado o sujeito acaba por salientar as próprias dificuldades de contacto, de expressão verbal, de afirmação de crenças ou de opiniões. Cabe neste caso ao entrevistador criar o clima relacional que permita ultrapassar esta circunstância que é relativamente frequente, sobretudo no início de entrevistas.

Algo diferente do silêncio inibido é o silêncio que indicia **passividade** ou **regressão**.

Enquanto a inibição é relativamente ultrapassável dependendo mais da atitude do entrevistador, a passividade ou a regressão são mais difíceis de contornar. A passividade pode ser inerente ao próprio sujeito enquanto atitude habitual do seu comportamento sendo por isso mesmo o silêncio quando não directamente questionado, o seu comportamento de base. Pode ainda, como vimos, ser estimulada por uma sequência de perguntas directas logo no início da entrevista.

O silêncio a que chamamos regressivo está intimamente relacionado com a tal sequência de perguntas directas que demitem o indivíduo de qualquer responsabilidade na entrevista e o situam num registo infantilizado em que apenas sente que deve responder ao que lhe perguntam para não desagradar nem causar má impressão. Em qualquer dos casos uma vez instalado este tipo de silêncio é muito difícil de interromper.

Existem silêncios verdadeiramente **defensivos**, sinais de resistência ao próprio processo de entrevista, típicos de quem está contrariado, se sente a perder tempo, não simpatiza com o entrevistador, ou teme ser questionado sobre temas de que não quer ou não sabe falar. É conveniente neste caso que o entrevistador possa, não só reconhecer a especificidade deste tipo de silêncio, como exprimir o que julga ser a não-aceitação, pelo entrevistado, da situação.

Bem diferentes são os silêncios que consistem apenas em **pausas** entre sequências de alocações. Uma vez terminado um conteúdo, ou sempre que o entrevistado sente que esgotou o assunto e nada mais há a acrescentar, estabelece-se um silêncio cujo significado mudo é “este já está, e agora?”. Habitualmente, estes silêncios têm uma baixa carga ansiogénica quer para o entrevistado, quer para o entrevistador e a sequência lógica é a tomada de iniciativa de interrupção do silêncio por parte do entrevistador.

Alguns silêncios, às vezes longos, são silêncios **reflexivos** e traduzem apenas a fluência da relação que está a decorrer. Pensar em silêncio sobre qualquer coisa que foi dito, procurar na memória a recordação ou a associação adequada, perscrutar os próprios sentimentos ou emoções no espaço de uma entrevista, são momentos importantes que nenhum entrevistador ansioso deverá interromper.

A exploração

A técnica da exploração que se apoia frequentemente numa forma interrogativa, destina-se a investigar áreas da vida, do pensamento ou dos sentimentos do entrevistado que são relevantes e devem ser aprofundadas em função dos objectivos da própria entrevista.

No nosso exemplo do sujeito que pretende mudar de emprego, provavelmente seria importante o entrevistador direccionar a entrevista no sentido de perceber as razões que estão na base do desejo de mudança. Insatisfação económica, incompatibilidades relacionais, cansaço com a tarefa, ambições de carreira mais alargadas, etc. A exploração de cada um destas áreas ou de uma delas que entretanto emergisse, poderia, por exemplo ajudar a clarificar sobre a compatibilidade do sujeito com uma outra ou nova tarefa.

Deve-se distinguir a técnica de exploração da técnica de questionamento, porque existe no primeiro caso uma intencionalidade deliberada de compreender causas e consequências, processos de funcionamento e estratégias habitualmente utilizadas, quando o questionar pode, como vimos, manter-se a um nível superficial e literal.

A reestruturação

A ideia de reestruturação ficará mais preciso se se acrescentar cognitiva, que é de resto o nome de uma técnica de cariz psicoterapêutico de ampla difusão nos modelos cognitivistas.

Reestruturar é voltar a estruturar, quer dizer reorganizar o material e os conteúdos expressos, de uma outra forma que permita uma mudança de perspectiva sobre o mesmo tema.

O exemplo absolutamente claro do que é a reestruturação cognitiva é o clássico caso da garrafa que está meia. Meia cheia ou meia vazia consoante o ponto de vista do observador.

Em muitas entrevistas, de diferentes tipos é útil a propósito de uma queixa, de uma expressão de desconforto ou de arbitrariedade introduzir a reestruturação. Para lá de permitir perceber a facilidade e plasticidade com que o sujeito adere ou não a outro ponto de vista sobre a mesma situação, é muitas vezes interessante e útil perceber a polaridade emocional mais constante num dado sujeito. Algumas pessoas parecem ter uma visão predominantemente negativa dos acontecimentos e outras, pelo contrário, descobrem com facilidade o que pode ser significado de forma positiva.

No nosso exemplo recorrente, uma hipótese de reestruturação poderia ser “o que é que acha que poderia acontecer que o levasse a decidir permanecer no seu actual emprego?”

A interpretação

A interpretação é a técnica de entrevista que busca dar ou acrescentar sentido a algo que foi expresso despido desse sentido. A qualquer interpretação subjaz evidentemente o próprio quadro de referência teórico, cultural, estético, moral, etc., do entrevistador. Quando a partir do material obtido durante uma entrevista, o entrevistador conclui que aquele sujeito específico é adequado ou inadequado para um qualquer fim, se enquadra ou não numa dada categoria psicológica, psicopatológica ou do senso comum, é ainda e sempre em função de si mesmo que a interpretação é possível. Convém por isso que mais do que a mera subjectividade e impressão causada pelo breve contacto que, o entrevistador tenha claro para si mesmo o conjunto de critérios e parâmetros que privilegia. Dito de outro modo, que o entrevistador saiba qual o quadro interpretativo que usa.

Enquanto técnica de entrevista, a interpretação suplanta em dificuldade a já referida técnica de reflexão, tanto mais que qualquer interpretação oferecida durante uma entrevista deve proporcionar alguma mais-valia ao entrevistado, acrescentando sentido de uma forma que lhe seja acessível e compreensível.

No nosso exemplo recorrente uma interpretação do género “O senhor é um insatisfeito” é obviamente inútil, agressiva e despropositada.

Pode no entanto ser adequado interpretar dizendo “o seu actual trabalho parece-lhe incompatível com as suas ambições”.

O termo interpretação é, provavelmente, dentro de todos os que designam técnicas de entrevista o que mais é conotado com um quadro teórico, o psicanalítico, e o que mais se presta a confusões. É frequente ouvir jovens psicólogos sem nenhum treino psicanalítico dizer que interpretaram o que lhes foi dito por um entrevistado num qualquer contexto de entrevista, ainda que clínica, julgando estar-se a referir à interpretação no sentido psicanalítico. Além de pueril, já que a maioria das vezes se trata de facto de técnicas de confrontação, clarificação ou de reflexão, é absolutamente anti-ético usar técnicas psicoterapêuticas de grande potência (como é o caso da interpretação psicanalítica) sem treino especializado e em contextos de entrevista psicológica.

O humor

O humor, enquanto técnica de entrevista, é do nosso ponto de vista, o que há de mais sofisticado e complexo. No essencial o uso do humor destina-se a desdramatizar uma situação, a criar distanciamento em relação ao problema enunciado e a tornar menos ansiogénico um assunto de difícil abordagem. O risco da excessiva ou má utilização da técnica é o de o entrevistado se sentir gozado ou considerar que não está a ser levado a sério.

Desdramatizar significa tirar carga emocional a uma narrativa que está saturada de emoções e não propriamente banalizar. A banalização é um processo de anulação de sentido, já que ao afirmar aquele especial sentido como igual a todos se lhe retira importância, relevância e qualidade. Ora para cada indivíduo o seu processo próprio é único. Se, em muitos casos é-lhe vantajoso ganhar a distância que lhe permita um menor grau de sofrimento ou desconforto é raro que tenha algum benefício em experimentar a sensação de que não é importante.

A utilização do humor deve assim, ser pesada como uma técnica de recurso raro em situações bem controladas e por entrevistadores experientes.

A generalização

Generalizar consiste no essencial em enunciar a dominância de um conteúdo ou de uma problemática a partir da proximidade e/ou semelhança de materiais expressos.

Baseia-se directamente nas leis da aprendizagem e, enquanto técnica de entrevista, a generalização pode ser feita quer através do questionamento quer através da reflexão.

Do ponto de vista dos objectivos poder-se-á dizer que a generalização se aproxima da clarificação no sentido em que pretende ajudar o entrevistado a compreender melhor o que está a ser dito. Ou seja, pretende através da enunciação de diferentes aspectos formulados mostrar ao entrevistado como tende a avaliar situações ou pessoas de uma mesma forma ou como reproduz a diferentes níveis o mesmo tipo de situações, problemas ou sentimentos.

Para que uma generalização seja entretanto possível é necessário que haja um acumular de informação que o permita e que facilite a constatação de pontos comuns ou semelhanças de funcionamento.

No nosso exemplo do homem que quer mudar de emprego, poderia acontecer uma generalização no caso de a informação disponível permitir dizer qualquer coisa do género: “Já reparou que as razões que alega para querer deixar o seu trabalho são as mesmas que invoca para ter deixado todos os outros anteriores?”, ou “Curioso! Tem dois anos nesse emprego. Sensivelmente o mesmo tempo que esteve nos outros empregos porque passou”.

A focagem

Focar é particularizar. De alguma forma poder-se-á considerar a focalização como a técnica oposta da generalização.

Focar é escolher de entre todo o material enunciado aquele que parece mais relevante ou mais prometedora de ulteriores desenvolvimentos.

É frequente, em situação de entrevista que o sujeito entrevistado aluda vagamente a qualquer coisa que o perturba, preocupa, ou que sabendo que deve ser referida, não se sente suficientemente à vontade para o fazer. Por diversas razões e dependendo da natureza da entrevista é frequente que o

sujeito omita deliberadamente ou não, factos ou situações que criam zonas de incongruência ou inverosimilhança no seu próprio discurso.

Através da técnica de exploração, procura-se muitas vezes focar estas zonas. Imaginemos que no nosso exemplo recorrente tínhamos ficado vagamente com a impressão que o nosso homem tinha dificuldades especiais com a sua chefia directa. Provavelmente iríamos tentar explorar a relação com outras chefias anteriores ou mesmo com figuras familiares ou publicas investidas de poder ou de autoridade.

Mas, é possível igualmente, que o foco se estabeleça a partir de uma generalização prévia. Por exemplo, a partir do facto de tudo o que foi dito até àquele momento da entrevista sobre diversos assuntos ter que ver com um sentimento ou uma preocupação constante. No nosso exemplo, e a partir das generalizações anteriormente feitas, poderíamos focar no sentido de claramente perguntar: “O que é que acha que se passa para que ao fim de dois anos queira sempre deixar os empregos?”.

O ecoar

O ecoar não é como às vezes se brinca a mera repetição em eco de qualquer coisa que foi dita pelo entrevistado.

A técnica do ecoar pretende, antes de mais, assinalar ao entrevistado o reconhecimento emocional, sintonia e atenção do entrevistador.

É uma técnica que se dirige basicamente à relação e que se traduz numa forma muito simples de repetição de uma palavra ou de interrogação sobre qualquer coisa que acaba de ser dita, que pode ser quase imperceptível para o entrevistado.

O ecoar pretende, além do estabelecimento do vínculo relacional, permitir ao entrevistado, no momento em que se vai a desviar de um tema problemático ou demasiado ansiogénico, o retorno ao assunto, pela gratificação atenta e subtil ecoada pelo entrevistador.

A provocação

Embora a palavra provocar seja sinónima de incitar, estimular, promover, ocasionar e, nesse sentido neutro e pacífico, todas as intervenções de um entrevistador possam ser consideradas como formas de estímulo a qualquer coisa: persecução do discurso, reflexão mais aprofundada do que se disse,

clarificação do que o não está, etc., este termo conota uma qualidade de incitamento forte, confrontativo e mesmo agressivo.

No campo psicoterapêutico o movimento da terapia familiar sistémica foi, provavelmente, o que mais atenção prestou à provocação enquanto técnica deliberadamente usada para desencadear nos entrevistados (não considerados individualmente mas enquanto grupo familiar) reacções homeostáticas (Ruffiot, 2001).

Mas também Coleman (1962) num quadro teórico psicanalítico se refere ao interesse da provocação. Segundo ele, trata-se de uma forma de ironia feita de forma amigável e necessitando de ser colocada de forma calorosa que se dirige à agressividade do sujeito mesmo que exposta de forma auto-depreciativa.

A utilização da provocação como técnica de entrevista exige um imenso cuidado, já que se dirige directamente às defesas habituais do sujeito e, por essa razão pode num contacto inicial liquidar qualquer hipótese de relação futura.

Alguns entrevistadores anunciam que vão fazer uma provocação, tentando desde logo diminuir o impacto da técnica.

O nosso exemplo recorrente uma provocação, anunciada ou não, poderia ser “Bom, então agora que calcula que vai ser despedido é que conclui que afinal não gosta do seu trabalho”.

A racionalização

A racionalização é o processo através do qual se dá um sentido aparentemente coerente, social ou moralmente valorizado a um sentimento, pensamento ou comportamento.

Sendo um mecanismo de funcionamento psicológico vulgar e habitual, a maioria dos sujeitos, racionaliza facilmente as suas razões, motivações e problemáticas (Thinés & Lempereur, 1984). Algumas vezes, a qualidade destas racionalizações é frágil e facilmente compreensíveis enquanto mecanismo defensivo de uma confrontação com aspectos próprios que, por qualquer razão, se pretende evitar. No extremo oposto, encontram-se sujeitos que produzem narrativas complexas e detalhadas sobre as razões que os guiam em quase tudo mesmo que se tenham transformado em situações problemáticas. Mas, em determinadas circunstâncias e para algumas personalidades este acesso à racionalização como organizador íntimo de sentidos e acções parece bloqueado, surgindo afirmações

sucessivas de “não sei”, “não percebo como fiz ou pensei aquilo”, ajudando a aumentar um quadro de confusão, dificuldade de pensar, auto-desvalorização ou desresponsabilização.

Enquanto técnica de entrevista a racionalização é a cedência, mesmo que provisória, de um sentido organizador a uma qualidade de material expresso que não o tem.

Muitas vezes esta oferta do entrevistador é feita através de uma forma interrogativa, do género: “acha que isso que não percebe pode ter que ver com...” seguindo-se, a partir do que anteriormente foi dito pelo entrevistado, uma explicação verosímil.

Esta técnica é usada sempre que a fragilidade do sujeito ou os seus níveis de confusão exigem uma atitude tranquilizadora ou um desvio provisório de uma temática excessivamente ansiogénica.

Deve-se no entanto cuidar de modo a que uma intervenção racionalizante não seja uma intelectualização, quer dizer, não seja uma forma de refúgio para o entrevistado em pensamentos abstractos tentando neutralizar as emoções (Laplanche & Pontalis, 1967).

A informação à medida ou esclarecimento

Alguns autores têm designado por intelectualização a informação à medida das angústias do entrevistado que se relacionam com crenças erróneas ou informação insuficiente.

Se é possível que uma resposta do entrevistado vá no sentido da intelectualização, quer dizer no refúgio em abstracções, tentando como já dissemos, a neutralização das emoções, como é óbvio, o mesmo mecanismo não pode ser usado pelo entrevistador. Small (1974) dá múltiplos exemplos de prestações de informação e esclarecimento em diferentes circunstâncias que do seu ponto de vista são intelectualizações.

Consideramos que não pode haver confusão entre este mecanismo e a dádiva de informação pertinente, útil, à medida das necessidades e dúvidas do entrevistado e que funcionem como esclarecimento.

Esta prestação de informação ou esclarecimento deve inscrever-se rigorosamente nos limites estreitos dos conhecimentos do entrevistador e dentro do contexto da entrevista de modo a não resultar como uma “lição” ou um solilóquio explicativo.

2º CAPÍTULO

A ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Generalidades

Em abono da verdade, todas as entrevistas, como de resto, todas as formas de interação social comportam o recurso a técnicas psicológicas ainda que rudimentarmente apreendidas. Bajular, persuadir, acalmar, são, entre muitas outras, técnicas que, ainda que ingénuas, cumprem objectivos de cariz psicológico. Neste sentido, e de forma mais ou menos intencional, todas as situações que implicam o uso da entrevista ou que têm como objectivo a recolha de informação sobre um sujeito para qualquer fim, apelam para um qualquer nível de conhecimentos psicológicos.

Acreditamos que seja neste sentido genérico e pouco rigoroso que se tenha estabelecido, ao longo dos anos, a convicção de que existem entrevistadores natos.

Pensamos entretanto que, em rigor, se deveriam designar por entrevistas psicológicas apenas as entrevistas que recorrem de forma deliberada e sistemática a técnicas e teorias psicológicas. Juntamos numa mesma definição teoria e técnica já que só a teoria pode conceder à técnica um quadro referencial que opere a mudança do fazer para o saber fazer.

Em princípio aquilo que deveria ser necessário e suficiente para considerar que uma entrevista é psicológica deveria ser o facto de ser realizada por um psicólogo, quer dizer, por alguém cuja formação técnica e profissional assegura-se o conhecimento das potencialidades e recursos de uma certa forma de entrevistar.

Verifica-se entretanto que muitos técnicos e muitas profissões se apropriaram de fórmulas, guiões e estilos de entrevistar muito semelhantes àqueles que são apanágio da psicologia e dos psicólogos. Resultou daqui alguma dificuldade de apreensão, pelo menos num primeiro olhar, do que são e do que não são entrevistas psicológicas.

Sucessivas classificações têm tentado sistematizar por um lado o que são as entrevistas psicológicas e por outro os seus diferentes tipos.

Temos assim uma pluralidade de entrevistas psicológicas, cujo ponto de encontro e de comunhão é quase exclusivamente o do conhecimento de um certo domínio disciplinar.

Fazem-se entrevistas psicológicas para seleccionar sujeitos para emprego ou para progressão nas carreiras profissionais, para fins de investigação em todo o espectro das especialidades psicológicas, para avaliar um aspecto particular e focal, da personalidade, da inteligência ou de qualquer conceito mensurável do ponto de vista psicológico (ansiedade, depressão, auto-estima, auto-eficácia etc.).

Fazem-se entrevistas psicológicas para averiguar de qualquer quadro psicopatológico existente, para avaliar dos níveis de adaptação de um indivíduo a qualquer acontecimento de vida, para aprofundar aspectos globais da sua personalidade e do seu funcionamento psicológico.

Todas estas e outras possíveis entrevistas são psicológicas e, por isso mesmo, alvo de classificações. Estamos de acordo com Wiens e Matarazzo (1983) quando relembram que o acto de classificar *“is basic to all science and to every other aspect of living”* e serve *“... essentially no more or and no less than the process of introducing order into one’s observations, with an attendant increase in meaningfulness and ultimately control”* (p. 309).

Classificações das entrevistas psicológicas

Como método privilegiado que é, a entrevista psicológica tem sido objecto de inúmeros trabalhos, reflexões e discussões. Concluiu-se que não havia uma única entrevista psicológica mas múltiplas formas de entrevistar classificáveis de acordo com o nível de estruturação da entrevista, com o meio ambiente emocional, com os objectivos, com a fase da relação, com a finalidade e com o quadro de referência teórico (Ribeiro & Leal, 1997).

Assim, temos autores como por exemplo Hetherington (1977) que considera as entrevistas psicológicas classificáveis em:

- Entrevistas de recolha de dados
- Entrevistas diagnosticas e de avaliação psicológica
- Entrevistas terapêuticas

Poch e Talarn (1991), consideram, por seu turno, que as entrevistas psicológicas podem ser classificáveis em termos de:

- Níveis de estruturação (estruturadas, semi-estruturadas, abertas)

- Ambiente emocional (frio, caloroso)
- Objectivos (investigação, clínica, selecção)
- Fase da relação (diagnostica, terapêutica)

Craig (1989) afirma igualmente a diferença entre entrevistas psicológicas, tendo em atenção os objectivos pretendidos. Considera assim, também algumas das anteriores categorias e acrescenta outras. Do seu ponto de vista, devem-se considerar:

- Entrevistas de recolha de dados
- Entrevistas de estudo de caso
- Entrevistas de avaliação de estado mental
- Entrevistas de pré e pós-teste
- Entrevistas breves de avaliação
- Entrevistas de conclusão
- Entrevistas de investigação

Destas 3 classificações, entre as muitas possíveis, a mais abrangente e minuciosa parece-nos de facto esta última já que cobre as diferentes possibilidades de diagnóstico e avaliação a que quer Hetherington quer Poch e Talarn aludem. Os níveis de estruturação de um entrevista, bem como o clima emocional em que ela decorre são muito mais dependentes quer dos objectivos, quer dos quadros teóricos que regem os entrevistadores do que referenciais objectivos e deliberadamente estabelecidos para a generalidade das entrevistas psicológicas. Se pode ser indiferente que uma entrevista médica se passe num clima emocional neutro ou mesmo frio ou se é possível que uma entrevista de avaliação de estado mental, uma entrevista breve de avaliação ou uma entrevista de investigação sejam estruturadas ou semi-estruturadas, não me parece que qualquer psicólogo e independentemente do seu quadro teórico busque um ambiente emocional frio ou que estruture por princípio toda e qualquer entrevista que possa fazer. Daí que considere que este tipo de classificação embora comum é muito mais descritivo da situação de entrevista no geral do que das entrevistas psicológicas em particular.

Quanto aquilo a que estes autores designam como entrevistas terapêuticas é nossa opinião que não é útil, uma vez estabelecido um contrato terapêutico, continuar a usar a designação de entrevista. Este assunto não é, entretanto, pacífico e está muito longe de merecer a unanimidade dos autores. Se alguns (Bleger, 1971; Etchegoyen, 1987; Liberman, 1972) insistem no facto de se diferenciar a situação de entrevista da situação psicoterapêutica, muitos outros, não estabelecem qualquer distinção e usam a mesma palavra

– entrevista – para designar quer as fases preliminares da relação quer os encontros submetidos às dimensões contratuais de uma psicoterapia.

É nossa opinião que quando um sujeito está em psicoterapia: de apoio, psicanalítica, cognitiva, familiar, etc., está de facto, de acordo com os princípios e técnicas que regem cada uma dessas psicoterapias e já não em situação de entrevista, pelo que valerá a pena distinguir a situação de entrevista da de psicoterapia. De resto, na linguagem de gíria psicológica, cada encontro de cariz psicoterapêutico é designado por sessão e nunca por entrevista.

Vejam, portanto em detalhe, e a partir da proposta classificativa que nos parece mais interessante, aspectos importantes de diferentes tipos de entrevista psicológica:

A entrevista de recolha de dados

A entrevista de recolha de dados que entre nós, se designa habitualmente de **rastreio psicológico**, caracteriza-se em primeiro lugar pelo *setting* em que é realizada. Habitualmente é feita em contexto institucional, o que significa que em vez de um cliente em perspectiva, temos um utente, de facto, da instituição. Esta entrevista destina-se, de resto, a averiguar do interesse e possibilidade de uma intervenção de cariz marcadamente psicológico em relação a um utente que não fez nenhum pedido directo ao psicólogo, mas se dirigiu ou foi dirigido a uma instituição (Leal & Ferreira, 1993). Estão neste caso, por exemplo os utentes do sistema de saúde ou do sistema jurídico-legal. O facto de um sujeito ter uma doença crónica ou ter sido vítima de maus-tratos, justifica uma entrevista deste tipo que, genericamente e de acordo com Craig (1989) tem como objectivos:

– Obter informação suficiente para apresentar o caso em reunião

Supõe-se que uma prática corrente em instituição é a reunião periódica. Esta, pode revestir a forma de supervisão de casos ou de discussão livre dos mesmos, pode ser designada por reunião de equipa, reunião clínica ou reunião de estudo de casos. Uma excelente forma de treino dos psicólogos é exactamente a participação nestas reuniões. A apresentação de uma entrevista de recolha de dados fornece um bom *feedback* do que correu melhor ou pior nesse primeiro contacto. Supõe-se que seja possível a partir do relato feito, obter-se uma história significativa do ponto de vista psicológico que permita:

– ***Clarificar a natureza dos serviços que a instituição pode oferecer naquele caso específico***

As instituições existentes onde os psicólogos exercem a sua actividade profissional são habitualmente especializadas e focais. Quer dizer, não têm como objectivo responder a todas as questões que eventualmente possam ser significativas, de um ponto de vista psicológico, para um dado sujeito mas, apenas às que são relevantes no momento, de acordo com a abordagem que a própria instituição oferece. Nesse sentido, é preciso não perder de vista o que é que o psicólogo no contexto de uma prisão, de uma maternidade, de um hospital oncológico, de um serviço tutelar de menores, de uma clínica de toxicodependência etc., pode, efectivamente, propor.

– ***Comunicar as regras e normas da instituição ao utente***

As instituições, exactamente porque o são, têm um quadro de regras de funcionamento, nem sempre óbvias. Um hospital, uma prisão, uma comunidade terapêutica são instituições de limites e estilos diferentes que importa que o utente perceba. Mesmo dentro de cada uma dessas instituições, a acessibilidade ao psicólogo e a relação com os outros técnicos existentes que, eventualmente, também têm responsabilidade no mesmo caso, estabelecem-se de acordo com critérios e normas de funcionamento que devem ser esclarecidas.

– ***Determinar o tipo de tratamento e o terapeuta mais adequado àquele utente***

Concluindo-se que o utente tem indicações para uma qualquer abordagem psicológica, torna-se importante definir o projecto terapêutico, em função não só das necessidades do utente mas também da formação e disponibilidade dos técnicos. Habitualmente numa mesma equipa, existem psicólogos de formações teóricas diferentes, de interesses específicos bem orientados e com graus diversos de experiência.

– ***Obter informações gerais para os registos da instituição***

Todas as instituições possuem um qualquer tipo de registos. Muitas vezes destinam-se a efeitos meramente estatísticos, mas também muitas vezes são elementos essenciais de investigação a médio e longo prazo. Acresce que, o número de casos trabalhados, habitualmente muito elevado, bem como a própria dinâmica institucional implicam que exista mudanças de sector de técnicos e mesmo de equipas. Torna-se por isso fundamental a manutenção de um banco de informações actualizadas sobre a história do sujeito e das eventuais recorrências à instituição.

– *Determinar a indicação de outros recursos, caso se justifique*

Na maioria das vezes o trabalho psicológico realizado em instituição é paralelo a intervenções de outros técnicos: médicos, juristas, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros, professores, educadores, fisioterapeutas, terapeutas da fala, etc. Da mesma forma que muitas vezes a situação de uma primeira entrevista de recolha de dados é despoletada ou sugerida por outro técnico, é adequado proceder aos encaminhamentos julgados convenientes que apelem a outro tipo de recursos que não os trabalháveis de um ponto de vista estritamente psicológico.

A entrevista de recolha de dados é muitas vezes uma entrevista clínica já que além de usar este tipo de metodologia se inscreve num objectivo primário de consulta em que é assumido à partida que o psicólogo está ali para prestar serviço ao utente.

No entanto, psicólogos em empresas, escolas e com fins de investigação podem realizar e realizam de facto, entrevistas de recolha de dados. Nesse caso não se deverá falar de entrevistas clínicas uma vez que o objectivo dos psicólogos, ainda que use uma metodologia clínica não é o de prestar serviço directo ao utente mas apenas à instituição para que trabalha ou que é responsável pela investigação.

A entrevista de estudo de caso

O estudo de caso é se quisermos o aprofundamento de uma entrevista de recolha de dados. Aprofundamento não só no sentido de se poder dispor de mais tempo, mais entrevistas e nesse sentido ter acesso a mais e mais significativo material, mas também no sentido de, no contexto da própria entrevista poder utilizar outros instrumentos de avaliação psicológica que complementem, esclareçam ou clarifiquem, aspectos considerados relevantes.

O estudo de caso é justamente considerado como a metodologia nobre da clínica psicológica. Para que o seja de facto, é necessário que, além da excelência da entrevista, a escolha de outros instrumentos avaliativos, projectivos, psicométricos, ou outros, seja absolutamente criteriosa.

O estudo de caso deverá permitir a elucidação da problemática do sujeito e a decisão por parte do psicólogo do encaminhamento psicoterapêutico mais vantajoso.

Se, em contexto institucional, o estudo de caso é na prática quotidiana cada vez mais uma raridade pelos próprios constrangimentos a que já aludimos a

propósito da entrevista de recolha de dados, na clínica privada continua no entanto a ser um procedimento frequente e desejável.

Um estudo de caso deve contemplar um conjunto de procedimentos que começa logo na:

– *Escolha do caso*

Se, em princípio, qualquer caso pode, e merece, ser estudado aprofundadamente, na prática, verifica-se a dificuldade de tal procedimento quer pelas limitações temporais do psicólogo, quer pela natureza das próprias situações. A escolha de um estudo de caso é assim habitualmente determinada por diversas circunstâncias: o facto de o psicólogo se sentir pouco à vontade ou sentir que há qualquer coisa que lhe está a escapar, a apresentação em supervisão de material estruturado com vista a uma discussão sobre o tema, a necessidade de produzir um relatório sobre a situação, o interesse especial na problemática apresentada e o conseqüente desejo de acumular dados sobre aquela particular temática, para estudo posterior.

– *Apresentação do caso*

Aqui o sentido de apresentação, ainda não é o de discussão do caso. É antes de formatação do modelo a utilizar, para que a partir de uma amálgama de dados de entrevista e de momentos de realização de provas e resultado das mesmas se possa chegar a uma história narrável e compreensível. Tem assim de se decidir se, se recorre a notas durante as entrevistas se, se gravam as entrevistas depois de obtido o consentimento expresso do cliente se, se tenta reproduzir de memória e literalmente depois da entrevista o que durante ela aconteceu e foi dito se, se anota apenas aquilo que se recorda como material relevante se, se tenta preencher durante ou de pois da entrevista um guião previamente estabelecido, etc.

Em qualquer dos casos, que se prende muito mais com a orientação teórica e o objectivo do estudo de caso é conveniente registar:

– *O contexto e o setting da entrevista*

Embora a tradução da palavra “*setting*” possa ser “situação” e, nesse sentido, pareça ser apenas um sinónimo de contexto, propomos que se fala de **contexto** quando nós queremos referir ao quadro institucional em que a entrevista decorre (contextos hospitalares, jurídico – legais, comunidades terapêuticas, centros de saúde, educativo – pedagógicos, clínica privada etc.) e, reservar o termo “*setting*”(que, em rigor, deve ser traduzido por

colocação, fixação, estabelecimento) para o ambiente físico no qual decorre a entrevista.

Langs (1982) diz: “*via de regra, o aspecto mais estável do ambiente terapêutico é o “setting” físico*”(p.191). O *setting* refere-se assim à especificidade do ambiente em que a entrevista decorre. Se é feita frente a frente, se o entrevistador está do lado de lá da secretária ou da mesa de reuniões, se é utilizado um divã ou uma posição de três quartos, se o entrevistado está acamado ou separado fisicamente do entrevistador por um vidro, grades, uma campânula de ambiente asséptico etc. A relevância desta destriça prende-se essencialmente com o facto, que desenvolveremos adiante, de que cada *setting* preferencial do entrevistador decorrer de um quadro teórico de referência que pela importância que têm, no estabelecimento da relação, o entrevistador, procurará que seja constante.

– *A orientação teórica*

Em principio qualquer entrevista psicológica, é-o exactamente porque se inscreve num quadro teórico de referência que é psicológico. É, em função desse referencial, quer se trate de um modelo ou de uma teoria, que o psicólogo está em condições de conduzir uma entrevista de estudo de caso. É, em função desse referencial que ele escolherá o *setting* da entrevista, o número de entrevistas que fará, o tempo de duração de cada uma delas e o intervalo de tempo que deverá decorrer entre cada. É ainda por referência ao seu quadro teórico que ele escolherá as técnicas de entrevista que usa, definirá a sua atitude e o clima emocional em que a entrevista decorrerá, considerará a importância das dimensões verbais e não verbais a própria forma de recolha de dados e a escolha de instrumentos de avaliação.

Seja qual for a orientação teórica do psicólogo, deve entretanto numa entrevista de estudo de caso poder, à posterior, narrar ou registar:

– *O decurso da entrevista*

A forma como as entrevistas decorrem, ainda que realizadas por um mesmo psicólogo, são naturalmente diferentes pela natureza e especificidade dos clientes e das relações e interacções que se estabelecem. Daí que seja importante tomar nota não só da evolução geral da entrevista em termos de maior ou menor dificuldade no estabelecimento da relação, do clima emocional vivido, dos detalhes não verbais expressos como também dos conteúdos revelados nomeadamente as problemáticas surgidas, a situação pessoal do cliente, os núcleos de conflito emergentes, as próprias fases da entrevista. Deve ainda poder saber justificar a pertinência da escolha dos

instrumentos de avaliação utilizados, do momento dessa aplicação e do impacto obtido junto do cliente.

– *Discussão e conclusões*

O momento da discussão e das conclusões é o momento de síntese de todo o material recolhido. Nesta fase supõe-se que se possa realizar uma integração da informação obtida, não só em termos da história concreta daquele indivíduo mas também em termos do que a experiência acumulada, as sínteses pessoais do psicólogo, o seu quadro teórico de referência e a literatura sobre o assunto têm a dizer.

Se, como dissemos, as entrevistas de estudo de caso são o instrumento nobre da clínica, é obvio que se podem fazer entrevistas deste tipo com fins não clínicos. O melhor exemplo desta possibilidade talvez seja mesmo as entrevistas de estudo de caso para fins de investigação. Aqui, a finalidade última não é a prestação de serviço à pessoa entrevistada mas o estudo de uma problemática específica, psicológica ou situacional, do qual a pessoa é apenas amostra. Convém manter isto presente pelas consequências deontológicas e éticas implicadas.

A entrevista de avaliação do estado mental

De todas as entrevistas psicológicas aqui citadas, a entrevista de avaliação do estado mental é, provavelmente, a que pode ser mais estruturada e dirigida. Destina-se, sobretudo a avaliar graus de deterioração ou disfunção em situações cujos sintomas sugerem doença psiquiátrica grave, estados demenciais ou de comprometimento neurológico, estados confusionais de causa orgânica ou por abuso de droga.

Schwartz (1989) explica criteriosamente como desde Kraepelin (1856 – 1926) o diagnóstico da doença mental atingiu uma posição de credibilidade mercê da observação e classificação minuciosas. A clássica nosologia psiquiátrica instalou-se assim numa fórmula descritiva de sinais (comportamentos observáveis) e sintomas (experiências subjectivas relatadas pelo paciente) com uma história particular e identificável (idade de início, evolução ao longo da vida, complicações e prognóstico) prefigurando as entidades clínicas (Spitzer, 1976).

Durante alguns anos este modelo, claramente psiquiátrico, foi o usado por psiquiatras e psicólogos na avaliação do estado mental. A ênfase em tópicos pré-seleccionados, implicava que a entrevista fosse conduzida activa e directamente pelo psicólogo ou pelo psiquiatra sem considerar

qualquer iniciativa do cliente (Pope, 1979), sendo mesmo esta, no caso de existir considerada disruptiva e irrelevante (Schwartz, 1991).

Entre as décadas de 40 e 80, esta perspectiva perdeu força, mercê das abordagens compreensíveis nascidas com, e pela, psicologia

Em 1980, foi introduzida a terceira nomenclatura psiquiátrica oficial nos Estados Unidos: o DSM-III, vindo de algum modo revigorar a velha tradição Krepeliana. Curiosamente um dos muitos factores que possibilitaram este recrudescimento foi: “*o surgimento de especialidades que integravam e aproximavam os processos médicos e psicológico (como a psicologia da saúde e a neuropsicologia... consequentemente, os psicólogos aprenderam a utilizar o DSM-III-R e puderam apreciar o valor que os comportamentos e as queixas apresentadas pelos pacientes na situação de entrevista possuem em relação ao conteúdo latente das suas verbalizações*” (Schwartz, 1991, pp. 344-345).

Muitas foram as propostas de orientação e sistematização da entrevista de avaliação do estado mental (Freedman et al., 1975; Maxmen, 1986; Noyes & Kolb, 1963; Rosenthal & Akiskal, 1985; Slater & Roth, 1969; Taylor, 1981; Wing et al., 1974).

Escolhemos aqui, de uma forma aproximada à proposta clássica de Lemperière e Fèline (1977) que, esta avaliação, tenha em conta um conjunto de dimensões relativamente extensas. Nomeadamente:

– *A apresentação e a expressão*

Inclui-se neste item a **aparência física**: vestuário, penteado, cuidados corporais, e a adaptação, de acordo com critérios culturais destes aspectos à idade, sexo, grupo de pertença e de referência.

Inclui-se igualmente a **mímica** (hipermimicas, hipomimicas, dismimicas), os aspectos psicomotores (a agitação, o impulso, o estupor, a catalepsia, as paraquinesias, os tiques), **a linguagem** (afasias, logorreia, verbigeração, mutismo, gagez, palilalia, solilóquio, agramatismos, paralogismos, neologismos, lapsos).

– *Os comportamentos ditos instintivos*

Nos comportamentos ditos instintivos agrupa-se as possibilidades de alterações em relação ao **sono** (insónia, hipersono, sonolência diurna, perturbações da actividade onírica), aos **comportamentos alimentares** (recusas, restrições ou excessos), ao controle de **esfíncteres** (de defecação e

de micção) e ao **comportamento sexual** (masturbação, disfunção sexual, perversão).

– *O comportamento social*

Neste item de comportamento social, para lá do **aspecto geral de adaptação** ao sexo, idade e grupo de pertença podem ser investigados aspectos que se relacionem com a frequência e intensidade de **passagens ao acto**, de **tentativas de suicídio** ou **equivalentes suicidários**, de **fugas e comportamentos errantes**. Mais raros, mas ainda assim a investigar, sobretudo em contextos prisionais, são as **cleptomanias** e os **roubos amnésicos**, as situações de **exibicionismo**, **abuso sexual**, **violação** e mesmo **homicídio**.

– *Os níveis de consciência*

Embora seja um item complexo e que encerre em si categorias de difícil apreensão pensamos que nele se podem incluir as diferentes qualidades da **atenção**, da **orientação espaço-temporal**, bem como as alterações qualitativas e quantitativas da **vigilância** (hipovigilâncias e hipervigilâncias, retraimento do campo de consciência, estados crepusculares e estados oníricos e oniróides).

Deve ainda ser investigada a **consciência de si mesmo** (alterações do esquema corporal, despersonalização).

– *O humor*

O humor, e as alterações tímicas são, unanimemente, consideradas como fundamentais na avaliação do estado mental de qualquer sujeito. Se bem que as variações do humor se inscrevam num quadro de grande flutuação, esta, está habitualmente relacionada com a satisfação ou insatisfação das necessidades do sujeito. Mesmo assim, não é especialmente difícil avaliar, as alterações excessivas do humor no sentido de classificá-las em **humor depressivo**, **expansivo** ou na **indiferença tímica**.

– *A percepção*

A percepção sensorial de um objecto e a representação mental desse mesmo objecto são um processo complexo. Considera-se como alterações da percepção a **desrealização**, as **sinestésias**, as **hiperpercepções** e as **hipopercepções** e as **falsas percepções** (ilusões e alucinações).

– *A memória*

Memorizar é um processo complexo que implica não só reter informação como conservá-las e ser capaz depois de rememorar. Fala-se de memórias auditivas, visuais, verbais e até olfactivas, fala-se de memórias de curto, médio e longo prazo. Sabe-se que há factores que facilitam a integração mnésica e outros que a dificultam. Considera-se que o esquecimento corresponde a uma triagem selectiva do que pode ser retido mas, aceita-se que a memória possa sofrer processos dinâmicos de inibição relacionados com contextos afectivos.

Considera-se como alterações significativas da memória os **deficits mnésicos** (as amnésias de fixação, evocação, antero-retrogradadas e também as amnésias psicogéneas ou afectivas) as **libertações mnésicas** (ecmnesias e hiperamnias) e as **paramnésias** ou ilusões da memória (*déjà vu, déjà vécu*).

– **O pensamento**

As alterações do **curso do pensamento** (taquipsíquico, bradipsíquico, ou descontinuidades) e as alterações do **conteúdo do pensamento** (ideias fixas, obsessões, fobias, ideias delirantes) são os aspectos mais relevantes e também mais facilmente observáveis numa entrevista de avaliação do estado mental.

– **O juízo**

A noção de juízo remete para a capacidade de estabelecer julgamentos. Os julgamentos permitem reconhecer relações existentes entre crenças elementares, sendo, por um lado, elemento diferenciador da inteligência e, por outro, função da adaptabilidade social. Ter juízo, dir-se-ia na linguagem comum, é ter bom senso.

A capacidade de julgar pode estar **facilitada, diminuída** de forma passageira e reversível ou pelo contrário de forma progressiva, definitiva e global ou **distorcida** (O racionalismo mórbido, o erro de julgamento, a interpretação delirante).

Também neste caso a entrevista de avaliação do estado mental pode ou não ser clínica. É-o se, o que estiver em jogo, for o delineamento de uma estratégia de intervenção capaz de minorar o sofrimento ou o desconforto do indivíduo. Não deve ser considerada clínica se o objectivo for a investigação dirigida ou a feitura de um relatório ou de um parecer a ser usado por terceiras pessoas ou em quadros institucionais (será preferível designá-la como perícia, por exemplo).

As entrevistas de pré e pós-teste

A utilização de instrumentos de avaliação psicológica é uma realidade que não se esgota no estudo de caso, e que não têm, a maioria das vezes, uma leitura integrativa do tipo que a clínica psicológica defende. Os muitos problemas existentes, expressos em dificuldades de aprendizagem; de dúvida em relação a uma orientação profissional; de selecção de candidatos para os mais diversos empregos e funções; de perícias psicológicas para os mais variados fins, generalizou os testes e a sua aplicação.

Acresce a esta situação, a infeliz circunstância de os últimos anos do século XX terem assistido ao desenvolvimento galopante daquela que foi já considerada a pandemia desse século: a SIDA. Também neste caso, embora o teste em causa não seja de índole psicológica mas física, uma banal análise ao sangue, ter-se consensualmente chegado à conclusão que, pelas consequências possíveis, deveria haver uma entrevista de pré e pós testagem, preferencialmente conduzida por um psicólogo.

Também, noutras circunstâncias, especialmente em contextos de Saúde, testes ou intervenções físicas devem ser precedidos e subsequentemente acompanhados por entrevistas deste tipo. Estamos a pensar em muito diferentes situações como sejam, a utilização de técnicas de reprodução medicamente assistidas, de cirurgias de elevado risco, de interrupções voluntárias de gravidez em casos específicos, de transplante de órgãos, por exemplo.

Mas, a autonomia relativa que os diferentes processos de testagem, em diferentes contextos têm implicado, se por um lado significa o sucesso da psicologia aplicada, em geral, e da avaliação psicológica em particular, por outro desvirtuam ou podem desvirtuar aquilo que é apanágio da intervenção psicológica enquanto prática profissional: a não manipulação de indivíduos.

Como se sabe, muitas vezes uma avaliação psicológica não é solicitada pelo próprio indivíduo, mas por familiares, empresas, instituições assistências ou de regulação social. Ou seja, o cliente do psicólogo que manuseia os instrumentos de medida e diagnóstico, não é o sujeito que realiza a avaliação. Pode acontecer, e acontece com frequência sobretudo em contextos jurídico-legais e empresariais, que a avaliação psicológica não só não sirva para benefício do sujeito como até lhe seja prejudicial.

Nesse sentido é fundamental e, ética e deontologicamente requerido, que uma entrevista de pré-teste seja o momento de explicação detalhada dos objectivos da testagem, dos procedimentos técnicos e processuais, dos

limites do método e também das consequências e uso posterior das informações obtidas por esse meio.

A entrevista de pós-teste é o momento de devolução da informação recolhida, do esclarecimento de dúvidas suscitadas e de eventuais propostas de encaminhamento.

A entrevista breve de avaliação

Em rigor a maioria das entrevistas psicológicas realizadas em diferentes contextos são entrevistas breves de avaliação. Ou seja têm um tempo limitado e relativamente curto em que se pretende avaliar um dado aspecto particular do entrevistado ou dimensões genéricas da sua personalidade que o tornem elegível para uma qualquer função. São deste tipo as entrevistas de recrutamento e selecção de pessoal (Fear & Chiron, 1990) habitualmente utilizadas em contextos organizacionais, como o são de resto muitas das entrevistas psicológicas realizadas em contextos educativo-pedagógicos em que se pretende avaliar as indicações de um dado aluno para apoios pedagógicos ou psicológicos.

Do ponto de vista de Craig (1989) e, numa perspectiva mais clínica, ou pelo menos mais centrada nos contextos de saúde, a entrevista breve de avaliação caracteriza-se, igualmente, pelo formato focal e de tempo limitado. Possui, do seu ponto de vista, e entre outros, os seguintes objectivos:

- Avaliar o risco imediato de suicídio, num sujeito depressivo em crise
- Avaliar a necessidade de internamento compulsivo
- Avaliar se há necessidade de tratamento médico
- Avaliar se o sujeito pode ser tratado em ambulatório
- Avaliar se um sujeito está apto a prestar testemunho

A ideia subjacente a este tipo de entrevista é de que se trata de um momento preliminar a qualquer tipo de intervenção que, se está em presença de uma situação de crise, ou de uma situação que precisa de uma avaliação estritamente focal, pelo que são deliberadamente negligenciadas muitas das informações facultadas na entrevista.

Consideramos que se podem integrar nesta categoria as entrevistas iniciais da maioria das psicoterapias em que tudo o que se pretende avaliar é se o sujeito tem ou não indicações para a fazer.

A entrevista de conclusão

A entrevista de conclusão é, como o próprio nome indica, a que encerra uma relação contratualmente estabelecida.

Pode referir-se ao final de um processo longo de cariz psicoterapêutico; pode corresponder a uma situação de alta de internamento ou de ambulatório; pode tratar-se de uma entrevista de pós teste; ou, pode mesmo, tratar-se de uma entrevista de conclusão determinada por impedimentos do psicólogo (transferência de serviço ou de sector, doença grave, etc.). Supõe que nela se realize:

- O balanço do trabalho desenvolvido.
- A análise prospectiva do que ficou insuficientemente trabalhado e se pode constituir como vulnerabilidades do sujeito.
- A análise prospectiva dos recursos adquiridos e das vantagens que podem ser proporcionadas.

A entrevista de investigação

A entrevista de investigação pode revestir diversas formas, praticamente todas aquelas que aqui foram abordadas.

A especificidade da entrevista de investigação é o seu objectivo último que é a recolha de dados para fins de pesquisa. Nesse sentido, e embora continue a ser uma entrevista psicológica, é necessário que o psicólogo esclareça, previamente, com detalhe, e assegurando-se que obtêm o consentimento informado do sujeito e não apenas a sua aquiescência passiva. No caso das entrevistas deste tipo é importante que o psicólogo não alimente expectativas de uma continuidade que não pode efectivamente oferecer, nem deixe resvalar os conteúdos para problemáticas do sujeito importantes e significativas para ele mas longe dos objectivos da investigação.

É pois aconselhável que as entrevistas de investigação sejam minimamente estruturadas e não provoquem no sujeito, sobretudo se houver uma qualquer dimensão de sofrimento actual, uma intensificação da frustração.

Todas as entrevistas que acabamos de enunciar são, ou podem ser consideradas entrevistas psicológicas na medida em que as técnicas psicológicas se unem às teorias psicológicas para obter informação que auxilie o encontrar de respostas úteis ao cliente quer considerado enquanto

indivíduo, quer enquanto pertencente a um grupo de sujeitos que desejamos investigar. Seja entretanto qual for o tipo e objectivo da entrevista psicológica, ela deve assentar em pressupostos teóricos que a fundamentem e a alicercem enquanto prática psicológica.

Quadros teóricos de referência

Temos vindo a referir constantemente os quadros teóricos de referência que devem presidir do ponto de vista conceptual à realização de entrevistas psicológicas.

De facto, o que faz com que uma entrevista seja psicológica é exactamente o facto de se referenciar a um conjunto de conhecimentos organizados disciplinarmente. A mera utilização da tecnologia da entrevista, por si só, não pode fornecer os elementos de análise e desconstrução do discurso do entrevistado que permitam considerar uma entrevista como psicológica em vez de uma fórmula de recolha de informação mesmo que habilidosa e firmada no mais terreno reino do senso comum.

Habitualmente, designa-se por quadros teóricos de referência, as teorias, hipóteses e modelos que sustentam as práticas e intervenções de qualquer disciplina científica.

Uma **Teoria** pode apresentar-se sob três aspectos principais:

Como **sistema hipotético-dedutivo**, quer dizer como sistema de conjecturas que permita, pela sua formulação e articulação com “a realidade” uma possibilidade de a falsificar.

Pode ainda apresentar-se como um **sistema explicativo coerente**, apresentando níveis de implicação e deductabilidade que assegurem as suas capacidades explicativas.

Pode, finalmente, ser um conjunto significativo pertinente, quer dizer encontrar validade em função da problemática a que se aplica (Thinés & Lempereur, 1984).

Uma **Hipótese** é um enunciado antecipado sobre a natureza das relações entre dois ou mais fenómenos. Constitui-se como uma explicação provisória e também como uma definição do conceito implicado na percepção do fenómeno (Thinés & Lempereur, 1984).

A forma mais simples de definir o que é um **Modelo** talvez seja uma das propostas na Moderna Enciclopédia Universal (1987) segundo a qual um

modelo é a descrição de um processo, através de fórmulas que apenas consideram as propriedades essenciais.

No caso da Psicologia, e mais especificamente das entrevistas psicológicas, existem um certo número de quadros de referência que, sob a forma de teorias, hipóteses ou modelos, nas suas formas mais clássicas ou combinados e recombinações entre si servem de sustentáculo a esta prática. A saber:

A psicanálise

Como explicavam Hartmann, Kris e Loewenstein (1975), aquilo a que habitualmente se designa como Psicanálise pode cobrir três sentidos:

Um, é de uma técnica terapêutica (psicoterapêutica) a que talvez seja melhor chamar de “psicoterapia psicanalítica”; outro, é um método de observação habitualmente designado como de “entrevista psicanalítica” e, o último, é um conjunto de hipóteses para o qual se deve reservar o nome de “psicanálise”.

Aquilo a que se pode chamar, de entrevista psicanalítica é, qualquer dos anteriormente descritos tipos de entrevista psicológicas em que, no entanto, o que se pretende avaliar se inscreve num quadro conceptual que considera sempre a existência de dimensões inconscientes e privilegia ou o funcionamento psicológico através das configurações e processos intrapsíquicos (incluindo psicodinâmica, funções do ego e organização estrutural) ou avalia principalmente os padrões e transacções interpessoais (relações pessoais, narcisismo, transferência) ao examinar o funcionamento psicológico global (Iennarella & Frick, 1989).

A grande maioria dos autores psicanalíticos preocupou-se especialmente com questões particulares da teoria ou da metodologia clínica, não tendo directamente contribuído para a discussão do que é ou do que é que pode ser um entrevista psicanalítica. Em qualquer caso é preciso considerar que a Psicanálise está muito longe de ser una. Se a definição que propomos é suficientemente genérica para caberem lá muitos aspectos das teorias que se reclamam da psicanálise convém ter presente que de Freud aos nossos dias, passando por Adler, Jung, Fenichel, Rank, Klein, Anna Freud, Winnicott, Fromm, Erickson, Lacan, Kris, Balint, Kohut, Bion e seus respectivos sucessores e continuadores fica difícil estabelecer o que é e o que não é psicanalítico.

Têm sido vários os autores que, ao longo dos anos, têm proposto modelos de entrevista psicanalítica. Se o consenso nunca foi possível na medida em que o privilégio de diferentes vectores de avaliação decorre, necessá-

mente, da importância dada, à partida, a diferentes constructos, existem hoje, no entanto, algumas formulações consistentes.

Sullivan (1954) um dos autores já citados que se preocupou em explicar o seu sistema de entrevista, defendia que esta se devia centrar na análise das relações interpessoais.

O processo de entrevista do seu ponto de vista devia consistir num diálogo centrado na tentativa de compreensão do entrevistado através da narração e da consciência emergente dos sentimentos e pensamentos havidos ao longo da vida a propósito das diferentes relações interpessoais.

Defendia que uma entrevista deveria possuir quatro fases diferentes e características:

- Uma primeira, designada de inicial, em que habitualmente se discutia as razões que conduziram o entrevistado em busca da entrevista.
- Uma segunda fase, descrita como de reconhecimento em que ambos, entrevistador e entrevistado tentariam aprofundar a vida deste último. A ideia subjacente era a de se chegar a uma compreensão básica do entrevistado como indivíduo. Perceber as experiências e as formas de sentir que teriam moldado a sua personalidade e o teriam guiado nos seus comportamentos e especialmente nas suas relações.
- A fase seguinte seria a de uma investigação detalhada daquilo que constituiria a vida e as zonas problemáticas do entrevistado. Esta fase era considerada por Sullivan como já próxima da psicoterapia na medida em que se pretendia estabelecer os elos e as ligações entre aquilo que seriam os problemas actuais e as suas origens nomeadamente nos padrões relacionais, eventualmente desajustados, estabelecidos ao longo do tempo e provocando sofrimento.
- A fase final de uma entrevista deveria, no entender de Sullivan, consistir numa síntese do que foi feito ao longo da entrevista. Do seu ponto de vista era importante que a entrevista não se concluísse sem que o entrevistado tivesse algum tipo de devolução que pudesse sentir como benéfica.

Uma outra perspectiva, algo diferente e que marca as décadas de sessenta e de setenta é de Bellak e colaboradores.

Nesta proposta o destaque vai para as funções do Eu e para a avaliação diferencial do tipo e grau de psicopatologia. É preciso dizer que Bellak se dedicou especialmente ao estudo das funções do Eu, à especificação dos seus factores componentes e ao desenvolvimento de critérios para avaliar a sua adequação adaptativa (Iennarella & Frick, 1989).

As 12 funções do Eu em análise pois numa entrevista deveriam ser: o teste de realidade; a capacidade de julgamento; o sentido de realidade; a regulação e controle dos impulsos, afectos e instintos; as relações objectais; os processos de pensamento; a regressão adaptativa, o funcionamento das defesas, a barreira de estímulos, o funcionamento autónomo, a função sintético-integradora e o domínio competência.

A possibilidade de avaliar todas estas funções deveria ocorrer durante a anamnese em que se daria especial atenção à clarificação das queixas principais, factores desencadeantes e situação actual de vida (Bellak & Faithorn, 1981).

Por seu turno Kernberg (1975, 1976) de acordo com a sua proposta de uma organização estrutural da personalidade classificável em neurótica, *borderline* ou psicótica desenvolveu uma abordagem estrutural da entrevista funcionando essencialmente em termos diagnósticos (Kernberg, 1984). Os principais critérios estruturais são: a integração da identidade, os processos defensivos e o teste de realidade.

A integração da realidade refere-se à qualidade de representações do self e dos objectos. Primeiro no sentido da diferenciação das representações do próprio self das representações dos objectos, depois, no sentido da construção de um conceito abrangente de self e também dos objectos permitindo a manutenção das fronteiras do ego e permitindo a separação entre o Ego e os outros.

Os processos defensivos tentam discriminar o uso de mecanismos de defesa arcaicos como sejam a idealização, a identificação projectiva, a negação de outros mais maduros como sejam o recalçamento, a formação reactiva, o deslocamento ou a racionalização.

O teste da realidade é no essencial a capacidade de diferenciar o self do não-self, de distinguir as origens internas ou externas dos estímulos e de avaliar os conteúdos dos próprios afectos, pensamentos e comportamentos. Do ponto de vista de Kernberg, a situação de entrevista destina-se a fazer emergir a organização estrutural do funcionamento mental através de uma situação em que se combina a clássica entrevista de avaliação de funções mentais com uma avaliação de orientação analítica focada na interacção dos intervenientes.

A proposta de Langs (1973, 1983, 1985) para a entrevista inicial vai no sentido de valorizar a importância da comunicação inconsciente. Considera que o conflito inconsciente, base de todos os problemas emocionais é de tal forma bloqueante (Lubin, 1984) que não pode ser expresso directamente no processo de entrevista. Daí que considere que os objectivos da entrevista

devam ser tanto relacionais como diagnósticos. Considera assim que numa entrevista inicial se deve: estabelecer a natureza do problema emocional do cliente; comunicar o sentimento de competência do entrevistador (terapeuta), trabalhar as resistências iniciais; estabelecer o contrato terapêutico; avaliar o estilo de comunicação do cliente e a sua capacidade de envolvimento num projecto terapêutico.

Langs descreve duas fases básicas na entrevista inicial. Uma primeira em que o cliente é convidado a exprimir os problemas que experimenta e que não deve ser estruturada e deve obedecer ao ritmo do próprio entrevistado, mantendo o entrevistador uma atitude receptiva e de escuta atenta sem fazer perguntas e apenas facilitando a livre associação. Uma segunda fase da entrevista (sensivelmente o terço final) em que à uma devolução da problemática levantada, um conjunto de indicações baseadas na avaliação até aí realizada, uma clarificação das competências do próprio entrevistador na resolução dos problemas e um esclarecimento sobre o que há a esperar das próximas entrevistas ou do projecto terapêutico.

O existencial-humanismo

As teorias existenciais humanistas encontram a sua maior dificuldade de explicitação no facto de serem plurais e radicarem em posições filosóficas tão velhas quanto o mundo. No século passado à filosofia juntaram-se produções e discursos artísticos, literários psiquiátricos, psicológicos e até teológicos. A argamassa unificadora de um movimento que para uns radica mais numa concepção de privilégio da existência (existencialismo) e para outros na centração das questões no homem concreto (humanismo) é ,um mesmo olhar, sobre o homem a sua existência e a sua própria condição humana.

Regressa-se habitualmente a Kierkegaard (1813-1855) como pai do existencialismo mas não pode deixar de se citar os escritos de Sartre, Camus, Ricoeur, Merleau-Ponty, Heidegger, Jaspers, Laing, Husserl, Tillich, May e, claro, Binswanger e Boss.

Por seu turno as múltiplas teorias aplicadas à psicologia e à psicoterapia recobrem nomes e projectos como sejam os da psicoterapia existencial, a análise existencial, a terapia centrada na pessoa, a logoterapia, a gestalt.

Em comum há as temáticas do sentido da vida e dos seus valores: a liberdade, a responsabilidade a consciência. *“The existential approach considers human nature to be open-minded, flexible and capable of na enormous range of experience. The person is a constant process of becoming. I create myself as I exist and have to reinvent myself daily.*

There is no essential self, as I define my personality and abilities in action. (Van Deurzen-Smith, 1996, p. 169). Assim, a perspectiva dominante é a de que o individuo tem a capacidade de experimentar conscientemente os factores da sua inadaptação psicológica, isto é, as incongruências entre si mesmo e a totalidade das suas experiências. Que existe um natural movimento no sentido da maturação (growth) que, por um lado implica uma tendência actualizante do organismo que supõe que este tenda a perseguir fins que lhe são próprios, e, por outro, uma capacidade de regulação do organismo por ele próprio que o coloca em condições de modificar a sua própria estrutura interna para atingir esses fins.

Há, apesar desta perspectiva, o reconhecimento que o devir humano e o potencial de cada individuo são muitas vezes, se não mesmo a maioria das vezes, coarctados por acidentes de percurso que não promovem nem sentidos de vida e de existência nem crescimento e maturidade (Maslow, 1955, 1962; Rogers, 1959, 1961).

A entrevista existencial, de acordo com Maddi (1991) foca à semelhança de qualquer entrevista de avaliação (de estado mental) a psicopatologia, a pré-morbidez, os stressores e a maturidade. Aqui a noção de psicopatologia é subsidiária da noção de sentido. O que se procura determinar é a qualidade e o grau de falta de significado que o entrevistado atribui a si mesmo, à sua vida, ou ao problema que o aflige. A noção de pré-morbidez por seu turno está relacionada com as características de um estilo de vida conformista que expressam: “(1) a confiança na sociedade convencional e na biologia do organismo como o que define o viver, (2) um sentimento de incapacidade e ameaça ao lidar com a complexidade e a mudança, (3) sentimentos de aborrecimento e tristeza em relação a oportunidades perdidas” (Maddi, 1991, p. 94).

Os stressores são essencialmente os acontecimentos de vida considerados como causas desencadeadoras da psicopatologia ou do mau estar.

A avaliação da maturidade obtêm-se, obviamente, na razão inversa do diagnóstico de psicopatologia e de pré-morbidez.

Ainda do ponto de vista de Maddi (1991) a entrevista humanística tem como objectivo principal determinar a partir do material expresso pelo cliente o grau de ajustamento deficiente ou pelo contrário auto-realizado. Podem ser considerados indicadores de ajustamento deficiente: As condições de valoração, a incongruência entre o eu e o potencial, o viver na defensiva, os planos rígidos e pré-concebidos, a desconsideração pelo organismo, os sentimentos de manipulação, o conformismo. Podem ser considerados indicadores de auto-realização: A abertura à experiência, o

viver existencial, a confiança no organismo, a liberdade experiencial, a criatividade, a orientação realística, a aceitação do eu, dos outros e do mundo, a espontaneidade, a orientação na tarefa, o sentido de privacidade, a independência, a capacidade de apreciar, a espiritualidade, a intimidade, os valores democráticos, a diferença entre os meios e os fins, o humor filosófico, o não-conformismo.

As teorias sistémicas

A designação de teorias sistémicas é a mais comum entre nós para referir uma perspectiva holística que, nascida no pós-guerra, acabou por ancorar nas ciências humanas e na psicologia aplicada em especial.

Como pioneiros referem-se habitualmente Wiener (1948), e sua proposta cibernética destinada a explicar os problemas de controle e comunicação na máquina, no homem e na sociedade e Bertalanffy (1971), na sua tentativa de encontrar uma doutrina universal de integração e organização (whollness) através da análise do que as várias ciências têm em comum a fim de encontrar os princípios gerais aplicáveis a todas.

O conceito que emerge destes trabalhos, como dos mais importantes e de maior valor operacional é, o de sistema. Sistema definido como um todo complexo e organizado que, agrupando diferentes funções e actividades, mesmo assim, pode ser reconhecido como uma unidade ainda que dinamicamente relacionado com outros sistemas. A ideia de sistema conota: plano, método, ordem em oposição antinómica a caos. Uma das ideias chaves na noção de sistema é a que se refere à relação entre partes, já que se estabelece que o todo reúne características próprias não existentes em cada parte isoladamente, permitindo que o todo seja visto como uma entidade nova (principio da totalidade).

A tónica colocada na noção de sistema ao ser transposta para a psicologia aplicada, e em especial para a saúde mental, revelou-se profícua *“surge a tendência do investigador em deslocar a sua atenção dos factores intrapsíquicos para os fenómenos interpessoais e para os contextos onde têm lugar, com a conseqüente individualização de novas unidades de diagnóstico e de intervenção”* (Giacometti, 1981).

Num trabalho intitulado *“Comunicação. A matriz social da psiquiatria”* (1951), Ruesch e Bateson deslocam definitivamente do individual para o inter-relacional o nó górdio da psicopatologia e defendem o conceito de Comunicação como o mais relevante para a compreensão e tratamento da clássica patologia mental.

A partir daqui vai-se estabelecendo, cada vez com mais adeptos e práticos, uma abordagem psicológica e psicoterapêutica que toma como referente a relação, a interacção e a comunicação entre indivíduos e já não o indivíduo em si mesmo na sua expressão mais intrapsíquica ou mais existencial. Surge em força, um pouco por todo o lado, aquilo que se designa ainda hoje por terapia familiar.

A terapia familiar toma como sistema de intervenção a família, mas também o casal, a pequena ou maior comunidade e vai-se conceptualizando, umas vezes aproximando-se da psicanálise (Bowen, Boszormeny-Nagy, Whitaker), outras, afastando-se o mais possível em direcção a modelos comportamentais (Haley, Selvini-Palazzoli, Grupo de Paolo Alto), outras ainda, mantendo a primazia de um paradigma sistémico com alianças estratégicas a perspectivas estruturalistas (Minuchin, Andolfi).

A questão da entrevista nas teorias sistémicas é um pouco mais complexa que nas outras teorias abordadas. Basicamente porque pela tónica dada à relação e à comunicação, o entrevistador pretende, habitualmente, que seja a família alargada ou o núcleo de coabitação que estejam presentes. Pretende assim averiguar da rigidez ou da flexibilidade de um determinado grupo, dos mitos e segredos familiares, das interacções entre diferentes elementos da família, dos tipos de comunicação que se estabelecem. Quase tudo é importante e importantizado, desde uma hipótese inicial que o terapeuta estabelece antes mesmo de ver a família e constrói a partir dos dados previamente recolhidos, até à disposição física das pessoas na sala, passando por quem fala mais, quem faz o pedido e como o faz. *“Embora todas as pessoas tenham a oportunidade, nesta sessão inicial, de identificar o problema e apresentar suas soluções, o terapeuta deve reservar algum tempo antes do final da sessão, para falar da sua própria opinião sobre o problema e para apresentar uma direcção geral de futuras sessões. Uma orientação em relação às expectativas do terapeuta, bem como às da família é aconselhável”* (Goodman, 1991).

Teorias comportamentais-cognitivas

“According to the traditional behavioural model all human behaviour, both normal and abnormal, is determined by learning, i.e. classical and operant conditioning. Symptoms are viewed as discrete pieces of behaviour which have arisen through faulty learning” (O’Sullivan, 1996, p. 285).

A tradição comportamental remonta aos trabalhos de Pavlov (1927) mas, tornou-se popular a partir de finais da década de cinquenta e de autores

como Lazarus, Wolpe e Eysenck. Um extenso rol de técnicas, decorrentes dos modelos da aprendizagem (exposição, imersão, técnicas aversivas, dessensibilização sistemática, treino da assertividade, modelagem, etc.), foram, durante alguns anos, o suporte das chamadas terapias comportamentais. Aqui o destaque ia para o comportamento, a forma de agir e actuar dos indivíduos sendo o mundo interno das crenças, das ideias, dos pensamentos e dos sentimentos deliberadamente desvalorizado. Alguns autores, entretanto, começaram a prestar mais atenção às dimensões não visíveis. Kelly (1955), por exemplo enfatizou o modo com cada pessoa significava o mundo e sugeriu que cada um constituía a sua própria realidade através de um processo de experimentação. Ellis (1962) prestou uma especial atenção ao papel das crenças irracionais nas perturbações neuróticas e propôs mesmo uma terapia racional-emocional.

No entanto só nos anos setenta, e em especial através dos trabalhos de Bandura (1977) e Rosenthal e Bandura (1978), se começou a falar de uma psicologia cognitiva e a haver um interesse generalizado da comunidade científica em geral, e dos comportamentalistas em especial, pelos processos mediadores entre os estímulos e as respostas (Moorey, 1996).

O estudo sistemático dos processos de pensamento, percepção, memória e também das atitudes, valores e crenças por exemplo conduziu a maioria dos psicólogos comportamentalistas a um deslocamento do interesse sobre o comportamento propriamente dito para as cognições. Passou assim a conceber-se em muitos casos a necessidade de mudanças de estratégias cognitivas para lidar com diferentes situações, em vez da clássica mudança de comportamento. Este deslocamento de objecto de intervenção permitiu que, muitos psicólogos de outras origens que não as comportamentais aderissem com facilidade às muitas técnicas e modelos que entretanto surgiram.

Mahoney (1987) listou 17 terapias cognitivas entre as quais se incluíam a terapia racional-emocional de Ellis, o modelo de modificação cognitivo-comportamental de Meichenbaum e a terapia cognitiva de Beck.

O papel da entrevista, quer na abordagem comportamental quer na cognitiva, é de grande relevo.

Muitos foram, de resto, os modelos de entrevista propostos. Kanfer e Saslow (1969) sugerem uma avaliação dos padrões de comportamento passados e presentes bem como das influências ambientais. Na proposta deles dever-se-á proceder: à análise do problema; à clarificação do mesmo e das causas do comportamento; à análise motivacional; à análise do

desenvolvimento; à análise do auto-controlo; à análise das relações sociais; à análise do ambiente social, cultural e físico.

Wolpe (1973) recomenda que na entrevista se obtenha um máximo de informação e que se investigue particularmente: a história familiar pregressa; a educação; a história profissional; a história sexual; as relações actuais.

Lazarus (1973,1976), por seu turno, propõe que a avaliação das facetas mais importantes do entrevistado passem por: identificação de comportamentos (por defeito ou excesso); respostas afectivas que necessitem modificação; alterações sensoriais (hiper-sensibilidade, dor); fantasias recorrentes; crenças irracionais; padrões de relacionamento interpessoal; adequação e bem-estar geral em que também se avalia o consumo de produtos.

Beach (1991) propõe um modelo em 6 etapas. A definição do problema actual do cliente. A aquisição, tão ampla quanto possível, de informações que se relacionem com o problema. A aquisição de informação específica e detalhada de algumas áreas que emergem como mais importantes. O estabelecimento de uma hipótese de trabalho. A testagem dessa hipótese através de mais perguntas sobre a percepção das contingências que controlam o seu comportamento, ou através de técnicas de dramatização ou exposição ou ainda entrevistas com outras pessoas significativas. A última etapa da entrevista deve consistir no planeamento da proposta terapêutica.

Se as grandes teorias e modelos da psicologia e por consequência da entrevista são ainda estes quatro enunciados é importante frisar que a leitura destas linhas não dá sequer uma ideia aproximada da riqueza e complexidade de cada uma delas. Como tentámos frisar cada uma das teorias é plural, desdobra-se infinitamente sobre si mesma, acentua em cada autor um aspecto particular e recombina-se muitas vezes com elementos de outras teorias e de outros modelos. Natural portanto que estejamos num tempo em que alguns autores proponham já abordagens integradoras de todas as teorias (Ivey, Ivey, & Simek-Morgan, 1980).

Natural igualmente que por vezes as linguagens se confundam ou se torne indiscernível à observação a olho nu das referências teóricas a que cada entrevistador se reporta.

Embora, e felizmente do nosso ponto de vista, seja cada vez mais o que nos une do que o que nos separa, continuamos a defender que na formação de um psicólogo é imprescindível ainda a solidez de **um** quadro teórico. Se fosse possível cada um de nós saber aprofundadamente de todos os quadros teóricos, esta questão não se colocaria. Também seria óptimo falarmos

igualmente bem todas as línguas ou pelo menos quatro ou cinco delas. Mas, de facto, isso não é possível. Do mesmo modo que todos temos uma língua materna em que nos sentimos mais à vontade, na qual pensamos habitualmente e na qual até sonhamos, possuir um sólido quadro de referência teórico é o garante da possibilidade de descodificar o que nos é dito e interagir com os nossos entrevistados de uma forma rica, aprofundada, segura, espontânea e equilibrada. O privilégio de um quadro teórico em desfavor de outros não é sempre um acto deliberado. Muitas vezes não é possível escolher porque a orientação para uma dada preferência é feita por razões fortuitas como sejam a orientação da escola em que nos formámos, da área a que fomos parar por qualquer razão habitualmente pouco amadurecida e informada. Ainda assim e ficando sempre em aberto a possibilidade de nos mudarmos de armas e bagagens para qualquer outra orientação teórica, é uma regra de bom senso e de qualidade de trabalho não construirmos puzzles conceptuais em que se misturam elementos de diferentes origens. Não só por razões éticas que nos advertem à partida que não podemos ser bons em tudo mas também por razões estéticas que nos asseguram que mobilar as diferentes divisões de uma casa com estilos diferentes ou fazer “salganhada” de objectos só por milagre ou grande dom resulta de forma equilibrada.

A questão não é pois de haverem teorias melhores que outras. Não é o caso. Todas as terapias funcionam do mesmo modo que todas as pontes diferentes entre si servem para atravessar os rios. Todas as formas de entrevistar resultam se soubermos o que perguntar, quando e como. Mas convêm que saibamos igualmente o porquê. E os porquês das coisas, aquilo que nos dá acesso ao sentido, só é possível se o nosso próprio pensamento se organizar em categorias em vez de se enrodilhar em palavras.

A psicanálise concebe uma entidade a que chama inconsciente e radica nessa parte de nós que não conhecemos o essencial do nosso estar. As teorias existenciais-humanistas não acreditam em nenhum inconsciente e vêem naquilo em que nos vamos transformando o que somos de facto. As teorias sistémicas privilegiam as relações e a comunicação. As teorias comportamentais-cognitivas dão destaque ao comportamento e à cognição. Este sumário de diferenças significa que mesmo quando se encontram e cruzam as teorias são diferentes. No fundo o que está em causa são diferentes concepções essencialmente filosóficas da vida e do homem. É preciso não esquecer. E escolher.

3ºCAPÍTULO

A ENTREVISTA CLÍNICA

De acordo com Chiland (1983) o termo entrevista definido como “acção de trocar palavras com uma ou várias pessoas “ tal como aparece no Petit Robert diz pouco das circunstâncias e das formas que essa troca de palavras pode revestir, o que a faz questionar “*Quelles spécifications apporte l'épithète clinique?*” (p. 9).

Vimos até agora que **a entrevista** é uma relação formal, face-a-face, em que através sobretudo da dimensão verbal, se utiliza um conjunto de técnicas com vista a obtenção de uma certa qualidade e quantidade de informação.

Chamamos **entrevistas psicológicas** às entrevistas que, realizadas por psicólogos, têm objectivos precisos defensáveis à luz das teorias ou das práticas da Psicologia enquanto ciência e enquanto profissão.

Reservamos a designação de **entrevistas clínicas** para as entrevistas psicológicas, rigorosamente assentes num quadro teórico de referências que, privilegiando as técnicas que dele decorrem, produzem uma avaliação do sujeito com o único objectivo de proporem um trabalho que sirva as necessidades do sujeito e que se traduz habitualmente em propostas terapêuticas ou psicoterapêuticas. Nesse sentido algumas das entrevistas psicológicas que aqui revimos são clínicas e outras não o são. O que as deve caracterizar como clínicas é, além do quadro teórico que as sustenta, o método e os objectivos em vista.

Mas, o que é, e o que não é clínico, levanta em si mesmo algumas dúvidas e dificuldades. A longa e sobretudo arreigada tradição de, dentro da psicologia, designar simplesmente por clínico um extenso campo de práticas e intervenções, implica-nos a uma discussão mais alargada dos possíveis significados que esta palavra reveste.

A psicologia clínica

A criação da expressão “ Psicologia Clínica “ é atribuída a Lightner Witmer doutorado pela Universidade de Leipzig em 1892, que sucedeu a

Cattell como director do laboratório de Psicologia na Universidade da Pensilvânia.

Em 1896, Witmer apresentou na reunião anual da APA, um novo método de investigação e instrução que intitulou de “*o método clínico em psicologia e o método diagnóstico no ensino*” (Garfield, 1965). Aqui a expressão Clínico pretende sublinhar, em oposição ao trabalho desenvolvido em laboratório, a função prática do psicólogo e o seu empenhamento numa função social útil.

Na prática, esta perspectiva da Psicologia Clínica assentava nos procedimentos de avaliação que eram utilizados com crianças com debilidades mentais e físicas.

Na época, de resto, a preocupação dos pioneiros da Psicologia Clínica com as crianças deficientes era grande. Disso mesmo dá testemunho a criação, em 1906, do Vineland Institute para a investigação do atraso mental, e da Chicago Child Guidance Clinic, em 1909.

Em 1916, Poppelreuther, inaugura aquilo que se poderia chamar de “readaptação psicológica” de indivíduos com ferimentos cerebrais. A partir do exame das funções mentais, ele estudou as possibilidades de retorno ao mundo laboral destes doentes, e promoveu-a efectivamente. Se a extensão desta proposta não se pode considerar típica da época é, no entanto, relevante como exemplo daquilo que se pretendia que fosse a Psicologia Clínica: uma actividade prática e útil.

O primeiro comité de certificação em Psicologia Clínica foi estabelecido pela American Psychological Association (APA) em 1920 e interrompido sete anos depois devido ao pouco interesse que pareceu despertar (Shakow, 1975).

Em 1935, finalmente, estabelecia-se uma divisão de Psicologia Clínica da APA e declarava-se que “*a Psicologia Clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição análise e observação e, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo*” (MacKay, 1975, p. 75).

É entretanto importante constatar que, e apesar desta definição preocupada com as questões do ajustamento, nessa época, a psicologia clínica se alicerçava como actividade, em torno da medição.

A medição

De facto, no período entre as duas grandes guerras a psicologia clínica foi, essencialmente, um acantonamento de “medidores de funções” ao serviço das psiquiatrias e neurologias da época.

É interessante verificar que a psicotecnia como profissão acaba por ser anterior à da Psicologia. Grace Artur na Enciclopédia de Harriman escrevia que o psicólogo clínico observa o mesmo fenómeno que o psiquiatra mas o seu fim é de “ *substitui as normas subjectivas por normas objectivas para acumulação de dados quantificados obtidos sob o controlo de condições experimentais*”.

Nomes maiores da psicotécnica como Binet, Simon, Zazzo, Thordike ou Spearman, propuseram instrumentos de medida para conceitos que entretanto construíram, como fundamentais ou definidores do funcionamento psicológico. A inteligência, a memória, a atenção, a percepção, mas também a personalidade passaram a ser avaliados em praticamente todos os contextos.

Muitos, se não mesmo a maioria desses instrumentos de medida, revistos, reinterpretados exaustivamente, anexados a modelos teóricos ou reformulados à sua luz, bem como aferidos e estatisticamente tratados para diversas populações, são ainda hoje utilizados.

A título de exemplo, a primeira escala do “Binet-Simon” data de 1905 e a última, a terceira, de 1911, a revisão de Stanford que originou a “Stanford-Binet” é de 1916. O “Rorschach” é de 1917, o “Teste de Cubos”, de Kohs é de 1920, o “Bender”, ou melhor, o “Teste Gestáltico Visomotor”, de Loretta Bender têm a sua primeira versão em data anterior a 1938, altura em que é publicado pela primeira vez pela American Orthopsychiatric Association. A “Wechsler-Bellevue Scale” é de 1939, o “Desenho da Figura Humana” ou “Teste de Goodenough” de Florence Goodenough data de 1926, e os seus congéneres o “HTP” (teste da casa-árvore-pessoa) de John Buck e o “Desenho da Figura Humana” de Karen Machover aparecem respectivamente em 1948 e 1949. Em 1949 surge igualmente o. “C.A.T” (Children apperception test), proposto por Leopold Bellack na mesma linha de pensamento que tinham conduzido Henry Murray a lançar o “T.A.T” (thematic apperception test) em 1942. O PMK (Psicodiagnóstico Miocinético) de Mira y López é de 1940, “O Teste de Frustração”, de Rosenzweig é de 1944, o “M.M.P.I.” (Multiphasique Minesota Personality Inventory) é de 1943, as “Matrizes Progressivas”, de Raven de 1936. O “Teste de Benton” (Benton visual retention test) de 1955, e a “Columbia” (Escala de maturidade mental) de 1947.

Embora a psicotécnia não seja pertença da clínica, entendeu-se frequentemente que o sucesso do desenvolvimento científico dos testes psicológicos contribuiu para o entendimento que a Psicologia Clínica se baseava na aplicação destes. (Fox, 1982; Garfield, 1965; Shillitoe, Bhagat, & Lewis, 1986; Zazzo, 1968; Shakov, 1975).

Se a perspectiva contemporânea sobre a utilização de testes é, algo diferente e, muitas vezes, a aplicação de um teste ou de uma bateria de testes não é mais do que um momento breve na intervenção do psicólogo ou, como explica Zazzo (1968), “*a estatística rigorosa implícita na noção de um teste não passa de um controlo, de uma verificação da estatística implícita das nossas observações clínicas*” (p. 139), é forçoso constatar que a Psicologia Clínica foi, durante muito tempo uma Psicologia Diagnostica no interior do domínio Clínico. Vem a propósito referir que este termo, Psicologia Diagnostica foi mesmo um termo proposto pela Escola de Fribourg-en-Brisgau, pretendendo designar uma combinação de Psicologia da personalidade e de tentativa diagnostica de exploração da personalidade (Heiss, 1948, citado por Schraml, 1973).

Definições

Após a II Guerra Mundial, a Psicologia Clínica desenvolveu-se e adquiriu notoriedade na contribuição para a resolução dos problemas das vítimas da guerra, tanto na Europa (Zazzo, 1968), como nos Estados Unidos da América (Garfield, 1965) focando sobretudo as perturbações mentais (Belar, Deardoff, & Kelly, 1978; Fox, 1994).

As definições mais marcantes do que era a Psicologia Clínica, desde os seus primórdios até aos anos setenta colocaram a tónica na análise, observação e medição dos comportamentos dos indivíduos tendo como pano de fundo e objectivo “o ajustamento”.

Pierón (1968) esclarecia que a Psicologia Clínica se referia à ciência da conduta humana baseada, principalmente, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos.

Garfield (1965), sensivelmente na mesma época, definia Psicologia Clínica como o ramo da Psicologia que se interessava pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade.

Shakow (1975) defini-a como “*área de conhecimento, e de competências que visa ajudar pessoas com desajustamentos comportamentais ou*

perturbações mentais a alcançar modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de auto-expressão” (p. 2376).

Esta questão do “ajustamento”, que diríamos discutível e necessitando de referências claras, decorre das próprias condições de emergência da Psicologia Clínica, nomeadamente a do trabalho com deficientes num primeiro momento e da relação privilegiada com a medicina e especificamente com a psiquiatria numa segunda fase.

O método clínico

Etimologicamente, **Clínico**, tem origem no latim *clinicus*, emprestado do grego *Klinicos* e que significa “o que visita o doente na cama”, por sua vez, com origem na palavra *klineien* que significa “estar deitado”. Segundo Mucchielli e Mucchieli (1969) o termo tem origem na medicina onde significa estar à cabeceira do doente, e salienta, simultaneamente, um atendimento personalizado e prático.

Pode-se remontar à Antiguidade Clássica para defender o interesse e prevalência de um método Clínico alternativo a um método experimental.

A tradição médica assentou nele e relevou-o como “O Método” a utilizar nas ciências aplicadas ao comportamento humano.

A expressão Psicologia Clínica tem sido utilizada pelos profissionais de Psicologia desde os finais do século passado, conferindo, ao termo clínico um sentido próximo do que lhe é dado na medicina. Ou seja, o psicólogo clínico entendido como aquele que presta um serviço directo, personalizado e de “cabeceira” a um seu “doente”.

Esta similaridade de sentido derivou do facto do psicólogo profissional trabalhar muitas vezes em ambientes médicos. Nos seus primórdios aliás estes médicos eram quase exclusivamente psiquiatras e as actividades desenvolvidas acabavam por ser semelhantes ou complementares.

A confusão ao nível do senso comum e, muito mais grave ao nível de estudantes, alguns profissionais e dos próprios serviços de saúde que frequentemente relacionam Psicologia Clínica e Psiquiatria assenta, por um lado, naquilo que são as raízes históricas e condições de emergência da Psicologia e, por outro lado, à própria circunstância da medicina psiquiátrica que naturalizou num dado momento do seu percurso as teorias e os modelos psicopatológicos.

A Psicologia Clínica aparece associada ao modelo médico a que num primeiro momento recorre para se afirmar como ciência. O inverso, entretanto, também é verdade, já que a Psiquiatria, aproveita a proximidade existente e recorre igualmente ao modelo psicológico para se afirmar, só que, dentro da própria área médica em fases e momentos em que os saberes psiquiátricos parecem estagnar.

Daí que Psicologia Clínica e a Psiquiatria tomassem, em comum, teorias da personalidade e de comportamentos que, autores nas franjas destes saberes mas, também, da neurologia, da filosofia, da antropologia ou da psicopatologia, propunham.

Mas, também é inegável que aquilo que a psicologia Clínica definiu como seu território, acabou por englobar todas as instituições e consultas nas quais se trabalha a título terapêutico ou profilático com sujeitos doentes, frágeis ou inadaptados (Wolman, 1965).

Desta forma, a Psicologia Clínica acabou por ser a aplicação ao domínio do clínico – pré-estabelecido e pré-existente – dos resultados e métodos de todas as disciplinas psicológicas fundamentais. Disciplinas que, por seu turno, se ofereceram como resultados de trabalhos experimentais ou, mais amiúde, como teorias de autor ou de escola, sobre o indivíduo, os comportamentos, o funcionamento psicológico ou a dinâmica inter-relacional, a partir da própria experiência Clínica ou decorrente da própria teoria.

Num primeiro momento, e para lá desta assimilação pragmática de territórios entendeu-se que a Psicologia Clínica decorria da utilização do mesmo método clínico que era vulgar na medicina.

“O Método Clínico tem seu objectivo na colheita de dados precisos a respeito de todas as doenças que afectam os seres humanos, a saber, todas as afecções que limitam a vida em seus poderes, satisfações e duração (...).O método clínico prossegue sempre numa série de etapas lógicas. O estudante observador notará algumas semelhanças entre o Método Clínico e o Método Científico. Cada um deles começa com dados de observação que sugerem uma série de hipóteses. Estas são depois examinadas à luz de novas observações, algumas das quais são feitas na clínica e outras no laboratório. Finalmente, chega-se a uma conclusão que, em ciência, denomina-se teoria e em medicina, diagnóstico operacional” (Isselbacher et al., 1980, p. 4).

Mas, se o método clínico se encontrava razoavelmente estabelecido na medicina, na psicologia ainda precisava de fazer e ganhar escola.

Na Europa Lagache e Piaget, são dois dos nomes maiores de um esforço de dotação de critérios para a constituição daquilo que deveria ser uma Psicologia Clínica (Schraml, 1973).

Em particular Piaget, foi um dos arquitectos da proposta de uma psicologia assente no método clínico.

Contudo, no sentido de Piaget o termo “Clínico” surge para expressar um método de investigação. Piaget fala de método clínico para se referir a um tipo de experimentação que faz emergir o facto psicológico em que o sujeito observado participa na medida mais ou menos idêntica à do investigador, se bem que essa participação seja uma participação natural (CERI, 1977).

Neste sentido, o método clínico acaba por ser uma interacção participada igualmente por investigador e investigado, na qual o primeiro precisa de ir construindo estrategicamente a dinâmica interactiva, suportada teoricamente mas à medida do segundo.

É ainda neste sentido que vai a definição de método clínico em psicologia proposto por Thinés e Lempereur (1984) como “*conjunto de métodos que visam a aquisição de conhecimentos pela observação de fenómenos, mórbidos ou não, apresentados pelo indivíduo no quadro da sua situação, sem o recurso às técnicas de laboratório ou de psicometria (testes)*” (p. 170).

Mas, lado a lado com esta defesa de um método clínico, definido sobretudo pela qualidade da interacção estabelecida surge, uma outra bem prefigurada pela afirmação de Schraml:

“*o termo método clínico cobre todos os procedimentos de observação directa minuciosa, quer na entrevista, quer nas situações experimentais definidas*” (situação de teste) (1973, p. 9.) o que de resto vai no sentido da especificação que Thinés e Lempereur (1984) acrescentam à já citada definição: “*O método clínico que, implica essencialmente o enfrentamento do clínico com o indivíduo paciente, cliente, estudante), supõe, para além do material fornecido pela anamnese e os diversos exames, a interpretação pelo sentido clínico (síntese da observação, conhecimentos, intuição e experiências anteriores) das condutas assumidas, no decurso desse encontro e desses exames*” (ibid.p.170).

Neste outro sentido, mais amplo, e em que o recurso a situações de teste se faz à medida das necessidades de encontrar respostas a partir da interacção estabelecida entre o investigador e o investigado, o método clínico em Psicologia, passa a ter uma enorme semelhança ao método clínico que vem

da medicina. Integra, eventualmente, uma parte do que Piaget propunha como método clínico mas, recorre igualmente, às tais situações experimentais, que se pretendem tão objectivas quanto possível.

O raciocínio clínico

Um outro conceito habitualmente referido como comum às disciplinas que recorrem ao procedimento clínico, é o raciocínio clínico.

Goldman (1991) explica que o raciocínio clínico é pouco conhecido mas que se baseia em aspectos tais como a experiência e a aprendizagem, o raciocínio indutivo e dedutivo, interpretações da evidência que, ela própria varia em aspectos tais como reprodutibilidade e validade, e intuição que, frequentemente é difícil de definir. A investigação sobre o raciocínio clínico forneceu alguns dados sobre a forma como este processo ocorre.

Ainda Goldman, numa abordagem compreensiva, sugere um fluxograma das diversas fases do raciocínio clínico:

Primeiro consiste numa investigação das queixas através da análise da história e da observação. Num segundo momento recolhe dados a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas, ou seja, adequadas em termos de utilidade, validade e fidelidade, que serão em medicina as designadas como técnicas complementares de diagnóstico e em psicologia os testes psicológicos.

Em terceiro lugar integra os dados recolhidos nas duas fases anteriores de modo a conhecer adequadamente o estado do cliente ou do doente.

Em quarto lugar estima os custos e os benefícios da necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo terapêutico.

Finalmente as várias opções são discutidas com o cliente (ou doente) e dá-se início ao projecto terapêutico.

Questões actuais da psicologia clínica

Desai em 1967 num artigo intitulado *The concept of Clinical Psychology* referia que, a Psicologia Clínica “em termos de um corpo de conhecimentos e habilidades será respondida de acordo com a escola ou escolas de pensamento psicológico que cada uma aceite. Com efeito seria

difícil dizer se a Psicologia Clínica é uma ciência, uma tentativa de ciência ou ainda qualquer outra coisa” (p. 38).

MacKay (1975), comentava anos depois a afirmação de Desai e dizia “*o quadro não está certamente mais claro hoje em dia*” (p. 78) e acrescentava com humor “*o que tanto pode ser um inconveniente como uma bênção disfarçada*” (p. 78).

A relação cuidada

Muitos anos volvidos, as discussões em torno da Psicologia Clínica, do seu estatuto epistemológico e da abrangência das suas práticas mantêm-se.

De facto, o que parece caracterizar as práticas que agrupam todas as psicologias que se reivindicam Clínicas ainda é a metodologia de privilégio da relação cuidada entre o psicólogo e o seu cliente. Mesmo aí, os tempos estão difíceis. De facto, a partir dos anos setenta começaram a emergir e a ganhar peso um conjunto de Psicologias temáticas (Psicologia da Saúde, Psicologia Legal, Psicologia Desportiva, Psicologia Ambiental etc.), em que o trabalho clínico era apenas uma das possibilidades de intervenção, lado a lado com muitos outros. Estas psicologias temáticas vieram, de algum modo, obrigar à redefinição da função social do psicólogo. No modelo da Psicologia Clínica mais clássica, presumia-se que a relação estabelecida entre psicólogo e cliente se alicerçava em torno de um pedido que o segundo fazia ao primeiro. Presumia-se que esse pedido tinha que ver com um sintoma ou uma queixa que podia ser entendido no decorrer da relação a partir dos meios avaliativos e diagnósticos entre os quais a própria entrevista clínica.

Com a emergência de Psicologias adstritas a grandes sistemas de resposta social, o sujeito da intervenção psicológica deixou de ser, na grande maioria dos casos, um cliente. Não é cliente porque não solicita nem adquire directamente nenhum tipo de serviço. O indivíduo que se dirige a um hospital, que está preso ou que pede qualquer tipo de apoio comunitário é utente de serviços ou equipamentos sociais e não é ele que decide quais os técnicos que lhe vão prestar serviço. O pedido é feito a um sistema existente que, protocolarmente ou caso a caso, decide quais as respostas e os recursos mais convenientes. Muitas vezes, este sujeito, também não pode ser considerado como paciente ou doente, pelo simples facto de não ter, efectivamente, nenhuma patologia física ou psicológica. Estar grávida, ter praticado um delito ou estar desempregado não se inscreve em nenhuma

categoria que transforme os utentes de serviços disponíveis em doentes ou pacientes de qualquer tipo.

Psicologia clínica versus psicologia da saúde

A tradição da psicologia clínica muito próxima da psiquiatria e da psicopatologia conduziu a uma situação que pode ser descrita como de pertença a uma área habitualmente designada como de saúde mental. Durante a década de setenta, emergiu entretanto uma crítica feroz aos modelos dominantes da saúde num movimento que passou a ser conhecido como de “Segunda Revolução da Saúde”(Michael, 1982; Ribeiro, 1994). Marcos importantes e formais desta perspectiva são o Relatório Lalonde (Lalonde, 1974), o Programa Saúde para Todos no ano 2000 definido em 1977 (OMS, 1986) e o Relatório Richmond (Richmond, 1979).

A existência de uma psicologia clínica pertença da saúde mental, foi-se transformando à medida que os anos foram passando numa situação obsoleta. De um lado porque os médicos não-psiquiatras pediam ajuda para trabalhar com os seus utentes ao reconhecerem que uma parte importante dos problemas com que lidavam eram de origem psicológica (Ribeiro & Leal, 1996), do outro porque o desenvolvimento dos serviços de saúde implicava o confronto com situações de alteração ou perturbação na saúde que, comportando necessariamente respostas concomitantes num registo psicológico, nem por isso são enquadráveis em categorias psicopatológicas e, não podem por isso, ser tomadas como objecto de intervenção à parte. Bem pelo contrário, respostas depressivas ou de ansiedade, inscrevem-se habitualmente num quadro adaptativo fundamental à situação posterior do indivíduo em situação de doença.

Este movimento geral, que vai no sentido de esbater a distinção entre saúde mental e saúde física, se é consensual no papel é muito mais difícil de implementar na prática. Ainda hoje se assiste em alguns países a uma divisão clara entre os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde mental e os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde. Para os primeiros a ligação à saúde mental, à psicopatologia e à doença mental permanece, tentando transpor os quadros clássicos da avaliação, investigação e intervenção para os novos contextos de intervenção. Para os segundos a doença mental é apenas uma entre outras e o esforço vai no sentido da descoberta de novas fórmulas de avaliação, investigação e intervenção adaptadas aos múltiplos contextos com que se deparam.

Psicologia clínica, psiquiatria e psicoterapia

A questão da Psicologia Clínica como pertença da saúde mental tem ajudado a alimentar uma desagradável confusão entre competências e limites de intervenção de diferentes técnicos. Tradicionalmente o problema colocava-se entre psicólogos clínicos e psiquiatras. Depois passou também a tocar a uma outra categoria: os psicoterapeutas.

Talvez não seja demais reforçar que os psicólogos clínicos são os licenciados em psicologia com estágio realizado no Sistema Público de Saúde e na carreira de psicologia Clínica. Que os psiquiatras são os licenciados em medicina com internato na especialidade de Psiquiatria concluído igualmente no Sistema de Saúde Público. Os psicoterapeutas são, por seu turno, indivíduos credenciados por uma Sociedade científica que lhes outorga uma formação e um título. Mesmo sendo verdade que a maioria das sociedades científicas reservam o acesso à sua formação a Psicólogos Clínicos e a Psiquiatras o facto é que em quase todas as sociedades científicas em todos os países existem psicoterapeutas devidamente credenciados pelas respectivas sociedades a que pertencem que são: psicólogos não clínicos, médicos não psiquiatras quando não mesmo sociólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais ou da fala ou até licenciados e bacharéis em outros domínios que as sociedades científicas consideraram por bem formar.

No Sistema de Saúde público português não existe tal designação uma vez que não define nenhuma qualificação académica mas apenas uma titularidade profissional reconhecida entre pares. Claro que, muitos dos psicólogos clínicos e psiquiatras que trabalham no Sistema de Saúde aproveitam essa formação específica para o desempenho da sua tarefa. Mas isso é uma opção pessoal e não uma obrigação institucional.

Posto isto, convém esclarecer que a indiscutível importância e contributo de indivíduos de outras formações para a Psicologia em geral e para a Psicologia Clínica em particular, não têm habitualmente que ver com o facto de serem psiquiatras mas com o facto de, serem quem são, e terem conhecimentos úteis nos domínios da psicopatologia, da investigação, da filosofia das ciências ou da psicoterapia.

A psicologia clínica em Portugal

A Psicologia Clínica em Portugal pode ser pensada de duas formas. Uma, mais antiga e referida ao início do funcionamento de cursos superiores

nesta área e, outra, muito mais recente, referida à sua consagração profissional.

Em 1963 as Congregações Religiosas criaram em Lisboa o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, primeira escola portuguesa de ensino da Psicologia com o ramo específico de Clínica. Até meados da década de setenta, altura em que foram inauguradas as Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Lisboa, Porto e Coimbra, os programas de intervenção em Psicologia Clínica eram basicamente conduzidos pelos poucos psicólogos diplomados pelo I.S.P.A., por alguns outros que regressavam com formações realizadas no estrangeiro e também por alguns licenciados em filosofia com especialização em Psicologia.

Os anos oitenta e noventa assistem a uma extensa proliferação de cursos de Psicologia, muitos deles com o ramo de Clínica.

Este início da Psicologia Clínica em Portugal, feita sobretudo à custa de docentes universitários não psicólogos e de psicólogos das mais diversas proveniências e formações justifica as diferenças sensíveis de currículos académicos de escola para escola.

No caso específico do ensino da Psicologia Clínica, verifica-se que apenas é comum o tempo de especialidade: dois anos. Algumas escolas promovem o ensino da clínica sem destaque especial para o referencial teórico, enquanto outras, se repartem por modelos teóricos que se constituem com áreas ou departamentos relativamente autónomos. Assim, e neste último caso, os licenciados em Psicologia Clínica são-no desde logo de acordo com uma teoria.

Pragmática da entrevista clínica

Já exprimimos a ideia de que, por vezes, se confunde o trabalho da entrevista Clínica com a Psicoterapia, ela mesmo, o que, do nosso ponto de vista é erróneo já que os objectivos da entrevista são radicalmente diferentes dos da psicoterapia (Bleger, 1971; Etchegoyen, 1987; Liberman, 1972). De resto, em praticamente todas as psicoterapias se verifica a uma mudança de designação da fase preliminar de contacto para outra em que intervêm já uma dimensão contratual. Às entrevistas preliminares chamamos **consultas**, às situações estabelecidas de psicoterapia chamamos **sessões**.

As entrevistas clínicas exigem uma sólida formação teórica e técnica.

Teórica, porque tudo o que é dito, tudo o que expresso no espaço da entrevista deve ser interpretado pelo psicólogo à luz da teoria em que se baseia, não havendo lugar para o senso comum, para as crenças ou opiniões pessoais em diversos domínios do psicólogo.

Técnica, porque decorre de todas as teorias, protocolos do “saber fazer” que põem em jogo não só o conhecimento e manuseamento das técnicas de entrevista como das técnicas psicoterapêuticas decorrentes da sua teoria.

Como já foi dito, estes quadros teóricos de referência são variados e, por isso mesmo, têm aspectos francamente diferenciadores entre si. Têm no entanto aspectos comuns, que do nosso ponto de vista vale a pena sublinhar.

A entrevista clínica, seja qual for a teoria que a sustente, tem uma pragmática que decorre dessa comunhão de objectivos de todas as teorias psicológicas aplicadas à terapêutica: trabalhar no sentido em que o sujeito se sinta melhor.

Se, a maioria das entrevistas não clínicas, serve um objectivo qualquer que o entrevistado pode entender e não exige dele um envolvimento excepcional, as entrevistas clínicas pelo contrário não servem para nada diferente daquilo que acontece nesse espaço de relação e interacção. O valor acrescentado de uma entrevista clínica reside por isso e, exclusivamente, na qualidade da relação estabelecida, ou como dizia Bleger “*entre os participantes estrutura-se uma relação da qual depende tudo o que nela acontece*” (Bleger, 1971, p. 14).

Se estabelecemos claramente a distinção entre as situações de entrevista clínica e as de psicoterapia é basicamente porque muitas das entrevistas clínicas não têm como consequência uma psicoterapia feita pelo próprio psicólogo.

Muitas das entrevistas clínicas destinam-se a ser o suporte relacional de uma avaliação psicológica para qualquer fim. Algumas outras, esclarecem uma problemática que justifica um encaminhamento para um psicoterapeuta ou para qualquer colega ou instituição adequado à solução do caso. Finalmente há umas tantas entrevistas que, ainda que o pedido seja pouco claro ou necessite de posterior aprofundamento, têm como sequência lógica uma psicoterapia de apoio realizada pelo próprio psicólogo.

O conjunto de considerações que se seguem têm sobretudo em vista esta última situação, embora permaneçam válidas para todas as situações de entrevista clínica uma vez que põem a tónica na atenção que o psicólogo deve ter às condições externas à entrevista que podem funcionar como facilitadoras da relação.

Condições externas facilitadoras da relação

Por condições externas facilitadoras da relação entendemos os aspectos formais e informais que servem de pano de fundo ao desenvolvimento de uma entrevista clínica. Se, a qualidade intrínseca da entrevista se joga na interacção directamente estabelecida, o facto é que uma entrevista clínica decorre num lugar, num tempo e num espaço que, eles próprios, devem ser facilitadores da relação em vez de provocarem distração, desconforto ou repulsa pela situação.

O “setting”

Fizemos já a distinção entre contexto e “*setting*” e definimos “*setting*” como o ambiente físico no qual decorre a entrevista. Este ambiente é “onde se juntam as constantes de tempo e lugar, o papel de ambos os participantes e os objectivos que os perseguem” (Etchegoyen, 1987).

Se algumas escolas psicoterapêuticas insistem na importância da constância do “*setting*” desde a primeira entrevista (caso da Psicoterapia Psicanalítica) outras, não dão relevo especial a este assunto. Convém, no entanto esclarecer, que a não unanimidade prende-se mais com as questões de tempo e espaço do que com as dos papéis dos participantes e os objectivos que perseguem.

Na medida em que o *setting* é “*um conjunto de variáveis que foram fixadas... e são verdadeiramente o marco onde se situa o processo*” (Etchegoyen, 1987) não são de facto variáveis, mas antes, constantes. São o que, visivelmente, para lá da personalidade do psicólogo e do cliente e dos conteúdos objectivos da entrevista ou de um conjunto de sessões já de cariz psicoterapêutico, se constrói como matriz de enquadramento de cada proposta de intervenção.

A noção de “*setting*” vem sobretudo da prática psicoterapêutica e traduz aquilo que todos os terapeutas de uma certa escola partilham de regras básicas da sua actividade. Daí que se fale em “*psicoterapias de setting*”, para classificar as terapias que possuem um protocolo rigoroso de funcionamento.

No caso das entrevistas clínicas, habitualmente sabe-se, à partida, que há uma consulta mas, não se sabe, se ela se irá transformar numa psicoterapia de apoio ou se o pedido é exclusivamente no sentido de qualquer tipo de avaliação. Convém por isso que, nos casos em que tal é possível, a recepção do sujeito seja feita nos moldes mais facilitadores para posteriores desenvolvimentos nesse sentido. Por exemplo, a realização de provas é

habitualmente mais funcional de ser feita usando como suporte uma mesa e tendo como luz ambiente uma iluminação forte. Será no entanto preferível que o psicólogo receba o sujeito em face a face usando uma iluminação discreta, como é adequado para uma intervenção de cariz terapêutico, mudando a posição e a luz se verificar que isso é necessário do que o inverso.

O espaço

O espaço para a realização de um entrevista clínica (como de o resto de qualquer entrevista psicológica) deveria ser obviamente o espaço ideal.

O espaço ideal de acordo com praticamente todos os autores que se debruçaram sobre o assunto (Etchegoyen, 1987; Langs, 1984) pode ser descrito como uma sala insonorizada com mobiliário confortável, em cores neutras e não demasiado personalizado.

– A insonorização

A insonorização aparece como uma questão prioritária já que é suposto que numa entrevista clínica se abordem temas e problemas que o cliente não deseja que seja do conhecimento de mais ninguém. Não é pois conveniente que ele próprio, se tiver que esperar breves instantes pela sua entrevista oiça o que está a ser dito na sala em que vai entrar. Só isso, a suspeita ou receio de que esteja a ser ouvido por terceiros dificultará a relação e terá um efeito inibidor.

– Posição

Habitualmente uma entrevista clínica decorre em situação designada de face-a-face, com psicólogo e cliente sentados em sofás ou cadeiras cómodas numa posição sensivelmente de $\frac{3}{4}$. Face-a-face, não quer por isso dizer, de frente, já que não é nem cómodo nem estético essa distribuição de lugares a não ser por recurso a uma secretária ou a uma mesa de trabalho, o que não se recomenda. De facto, se em muitas circunstâncias sobretudo institucionais o único mobiliário disponível é este, não é facilitador para a relação a separação física mediada por um objecto claramente delimitador de território. Em contrapartida é facilitadora uma colocação de assentos que transmita de imediato a sensação de recepção e disponibilidade do psicólogo sem recurso a nenhum móvel protector e defensivo.

– Decoração

Para lá desta importante questão há a da própria decoração da sala que não deve ser subestimada. Um gabinete onde decorre uma entrevista clínica, é

um local de trabalho. Nesse sentido deverá ser algo formal no que concerne às cores, aos móveis e aos objectos presentes. O excesso de personalização com fotografias da família, colecções seja do que for., móveis ostensivos pelo estilo ou pelo preço, quadros impossíveis de evitar pelo apelo emocional etc., são, ou podem ser, elementos distractivos, intimidantes, quando não mesmo estimulantes de sentimentos de fascínio ou de repulsa. Se parece obvio que as paredes de um gabinete de entrevistas não devem estar pintadas de preto ou de vermelho por exemplo, nem sempre o cuidado de usar cores pastéis, pouco cansativas e mesmo tranquilizantes se verifica. Outros aspectos há, como sejam por exemplo o uso de uma iluminação baixa, constante e intimista, ou o recurso a aparelhos de aquecimento ou arrefecimento consoante a necessidade da estação do ano, que parecem menores mas, se verifica na prática, serem elementos muito importantes para a facilitação do estabelecimento de uma relação e do sucesso de uma entrevista clínica.

– *Partilha do gabinete*

Habitualmente as entrevistas clínicas decorrem ou em clínica privada ou em espaços institucionais. Em ambos os casos conviria que o gabinete de atendimento para fins de entrevista clínica não fosse partilhado com técnicos sobretudo de outros ramos de actividade. Acontece no entanto frequentemente a partilha de gabinetes quer com outros psicólogos quer por exemplo com médicos de diferentes especialidades. A questão aqui coloca-se em relação aos próprios colegas no caso de se dedicarem a actividades diferentes ou trabalharem com grupos etários diferentes. Um psicólogo que privilegie a avaliação psicológica provavelmente terá uma mesa de trabalho para o efeito de mesma forma que um psicólogo que trabalhe sobretudo com crianças deverá ter toda a decoração da sala, incluindo o tamanho do mobiliário, adequada à sua população. No caso de outros técnicos, nomeadamente médicos, Marquesas e instrumentos da respectiva especialidade à vista, não são seguramente pertinentes nem auxiliares na criação de um ambiente de trabalho útil do ponto de vista psicológico já que as suas necessidades são de outra natureza e obedecem por isso a outros critérios.

Claro que possuir as instalações ideais é um objectivo de qualquer psicólogo já que, ao facilitar o decurso das entrevistas facilita também o seu próprio trabalho. Existem no entanto situações em que a proximidade a um ambiente acolhedor é virtualmente impossível, pelo menos nos próximos anos. Estamos a pensar especificamente nas situações que acontecem no sistema da saúde com pessoas acamadas e em particular em serviços altamente tecnológicos (queimados, cuidados intensivos, etc.). Ainda que estes ambientes se afastem em muito do desejável espaço de

entrevista, é no entanto necessário em alguns casos realiza-las. Aqui, a atenção vai basicamente para dois ou três procedimentos:

Deve-se sempre que possível usar os separadores entre camas ou os biombos amovíveis durante o tempo da entrevista. Embora obviamente não isolem o som, ao diminuir o campo de visão criam a sensação psicológica de intimidade mínima para o decorrer da entrevista. A necessidade de falar muito baixo, implica que o psicólogo se mantenha de pé junto à cabeceira do entrevistado, no caso da cama ser uma cama alta ou, traga consigo uma cadeira em que se possa sentar, o mais próximo possível da cabeceira do doente.

O psicólogo não deve sentar-se na cama, falar alto, proceder à entrevista em presença de outros técnicos ou familiares do sujeito ou prolongar a entrevista para lá do tempo estritamente necessário.

O tempo

O tempo de duração de uma Entrevista Clínica é variável consoante se trate de uma primeira entrevista ou de outras subsequentes, consoante se recorra ou não a técnicas psicométricas consoante até o contexto em que decorre.

Habitualmente em contextos institucionais tende-se a fazer entrevistas mais breves que, por exemplo, em clínica privada.

Estima-se em 50 minutos o tempo médio de duração de uma entrevista como tempo óptimo de desenvolvimento faseado deste trabalho, permitindo quer ao psicólogo quer ao cliente a conservação de bons níveis de atenção e concentração. Pensa-se que abaixo de 30 minutos é difícil conseguir uma boa entrevista e que acima de uma hora e meia se torna demasiado cansativo.

Em contextos institucionais particulares como sejam por exemplo os que acontecem com pessoas acamadas, as entrevistas não deverão ultrapassar os 15 ou vinte minutos, tendo o psicólogo o cuidado de a interromper imediatamente se o sujeito der mostras de fadiga ou dificuldade de qualquer espécie.

Mesmo que uma primeira entrevista demore mais do que 50 minutos é conveniente antes de concluí-la indicar ao cliente o tempo exacto de duração de próximas entrevistas bem como combinar cuidadosamente dia e hora. Este cuidado justifica-se por várias ordens de razões.

Em primeiro lugar porque muitas das entrevistas clínicas transformar-se-ão a curto prazo em psicoterapias de apoio em que aspectos como sejam os

atrasos, as faltas, o prolongar ou encurtar de uma sessão são aspectos relevantes.

Depois porque o espaço da entrevista deve, ele próprio, ser organizador. Nesse sentido não pode ser “ pouco mais ou menos” mas deve ser tão rigoroso quanto possível.

Finalmente o tempo de uma entrevista dever corresponder a um tempo importante e significativo para o cliente, muitas vezes mesmo um tempo de condensação e de expressão de afectos que tem de ser interiorizado enquanto tal. Para que seja importante tem que ser valorizado através dos mecanismos disponíveis nomeadamente o da duração da entrevista.

As entrevistas clínicas têm habitualmente uma periodicidade semanal, contudo em contextos especiais nomeadamente institucionais elas podem mercê dos objectivos, das circunstâncias e do tempo que o entrevistado vai passar naquela dada instituição serem até diárias.

O pedido

A questão do pedido é uma questão central na Entrevista Clínica.

Na tradição que discutimos anteriormente do surgimento da clínica psicológica mantêm-se até hoje uma prevalência de opiniões que defendem que o pedido de uma entrevista clínica deve ser feito pelo próprio. Compreende-se porquê. A ideia de uma entrevista clínica como relação particular e significativa só pode acontecer com o desejo ou pelo menos com o acordo expresso do cliente já que as relações implicam no mínimo dois.

Verifica-se entretanto que esta situação, a da entrevista clínica a pedido do próprio corresponde apenas a uma pequena parte da possibilidade dos pedidos. Hoje em dia a maioria das entrevistas clínicas realizadas são -no provavelmente em contextos institucionais: hospitais, centros de saúde, prisões, escolas o que significa que: um dado sujeito *“Il n’a pas demandé un entretien psychologique ; il ne désire pas parler de lui, de son histoire ; il n’en voit pas l’intérêt par rapport à ce dont il se plaint”* (Chiland, 1985).

Nestes casos quem faz o pedido é a própria instituição, como é ela de resto que limita e esclarece não só as possibilidades de intervenção do psicólogo clínico como a própria entrevista clínica (Leal & Brito, 1993; Ribeiro, 1998; Ribeiro & Leal, 1996).

Mesmo em clínica privada, o pedido é muitas vezes feito pela família, um pai ou uma mãe preocupados, um marido ou uma mulher ansiosos, ou

então por indicação da escola, de outro técnico, de um amigo que sugere a ida a um psicólogo. Daí que o pedido seja um conceito ambíguo e escorregadio. Daí também que a entrevista clínica tenha que ser muitas vezes o espaço de relação que permita o ganho de consciência de que se está a pedir qualquer coisa.

Como vimos, a entrevista clínica não é ainda o tempo e o espaço da mudança, isso acontecerá ou não à posteriori se o pedido que for possível formular vá nesse sentido e se cumpra numa psicoterapia de apoio ou noutra qualquer proposta psicoterapêutica.

Muitas vezes, mesmo quando a iniciativa da entrevista é do próprio, o pedido feito é improvável, contraditório ou deslocado em relação aquilo que são as reais possibilidades de mudança. Também aqui é desejável que o tempo e o espaço de entrevista funcionem no sentido de organizar um pedido ou um objectivo de mudança realista.

A marcação de uma primeira entrevista

A marcação de uma primeira entrevista, ou seja o que acontece antes do primeiro encontro, é já relevante quer como manancial informativo quer como fonte de estabelecimento de hipóteses sobre a pessoa que se vai receber.

Seja em termos institucionais ou privados a maioria das marcações de entrevistas clínicas são mediadas por uma terceira pessoa: uma secretária ou uma recepcionista, que, telefónica ou pessoalmente, conversam com o cliente. Esta pessoa deve ser instruída no sentido de tomar nota de um conjunto de dados prévios: obviamente a identificação mas também outro tipo de dados como sejam o contacto, a idade, a profissão e quem envia. Deve -se ainda anotar se a entrevista foi marcada pelo próprio ou por outra pessoa.

– O contacto

O contacto solicita -se por várias razões. A primeira é pela eventual necessidade de uma reconfirmação posterior da entrevista uma vez que é bastante comum que os tempos disponíveis na agenda possam não corresponder exactamente ou às disponibilidades do psicólogo ou às sugestões de dispêndio de tempo que as outras informações prévias obtidas sugerem. Seria desde logo comprometedor da relação que a entrevista fosse desmarcada, por falta de contacto, no momento em que deveria ocorrer ou que se realiza – se de forma claramente apressada por outros compromissos

assumidos pelo psicólogo. Não raras vezes, as pessoas que desejam marcar uma entrevista, hesitam em dar o contacto ou informam desde logo que só deverá ser estabelecido em condições particulares o que, desde logo, funciona como informação sobre o carácter sigiloso e mesmo escondido da marcação.

– *A idade*

A idade da pessoa, se é uma criança, um adolescente, um adulto ou uma pessoa idosa é importante. A maioria dos psicólogos seniores recebe selectivamente, quer dizer, especializa-se numa determinada faixa etária e/ou prefere fazer entrevista clínicas direccionadas para futuras psicoterapias (de apoio ou de *setting*) ou centra-se no diagnóstico psicológico para qualquer fim. Só por isso, seria desde logo importante perceber se o cliente que pretende marcar consulta é elegível ou deve imediatamente ser encaminhado para outro colega mais indicado.

Os psicólogos mais jovens entretanto, aos quais interessa receber o maior número de clientes, têm também vantagem de conhecer a idade da pessoa que vão entrevistar quer para preparar material psicométrico adequado quer para terem tempo de reflexão sobre o grupo etário de pessoas com quem têm as maiores e as menores dificuldades.

– *A profissão*

A profissão ou actividade do entrevistado, embora seja apenas um dos parâmetros indicadores do grupo sócio-cultural a que o cliente pertence, serve conjuntamente com os outros dados para poder de algum modo antecipar a natureza do pedido.

– *Quem enviou*

De igual modo, saber porque via chega um novo cliente, ou seja quem o mandou ou quem recomendou o psicólogo, pode ajudar a ter uma ideia do pedido ou a tomar algumas precauções eticamente recomendáveis. Saber se o cliente é familiar de algum actual ou ex-cliente pode, por exemplo e dependendo das circunstâncias, implicar a resolução de não o recebermos ou de o recebermos num horário em que não haja possibilidade de encontrar, tanto quanto é possível saber, alguém conhecido. Se vem por recomendação de outro técnico, um clínico geral, um cardiologista, um advogado, um professor ou um psicólogo escolar podemos de alguma forma antecipar as grandes linhas da problemática que vem ser colocada.

Quanto mais inexperiente é o psicólogo, mais relevantes são este tipo de dados basicamente por razões de auto-securização. É adequado discutir em supervisão se se vai receber ou não alguém sobre quem, e apenas a partir dos dados prévios, se sente algum desconforto.

Claro que muitas destas questões não se põem se a entrevista clínica se realiza em situação institucional. Mas, também é verdade que a maioria das instituições recebe apenas pessoas de um certo grupo etário, de um único sexo, com uma patologia física ou mental dada à partida ou com circunstâncias de vida actuais que focam imediatamente o pedido (toxicodependentes, indivíduos com doença crónica, presos etc.).

A variabilidade de possibilidades não altera entretanto a vantagem de, seja qual for o contexto, podermos fazer do momento de marcação da consulta um tempo de aquisição de informação ou pelo menos de hipóteses que se venham a traduzir numa maior facilidade relacional.

Atitudes e comportamento do psicólogo clínico

O psicólogo clínico é, antes de mais um profissional que no exercício das suas funções se submete a um conjunto de normas que devem espelhar o seu posicionamento ético, o código deontológico do seu grupo profissional e as regras de procedimento técnico do quadro teórico que perfilha.

Se este último aspecto, a pertença a um dado quadro teórico pode fazer alguma diferença, acreditamos contudo que existem denominadores comuns à boa prática psicológica que decorrem muito mais dos aspectos éticos e deontológicos. Gostaríamos de sublinhar alguns deles.

Neutralidade e abstinência

Os conceitos de neutralidade e abstinência são tipicamente psicanalíticos.

Por neutralidade entende-se a não emissão de juízos de valor, pelo terapeuta.

Por abstinência procura significar-se a atitude que decorre da neutralidade e implica que o terapeuta “*se recuse a satisfazer os pedidos do paciente e a desempenhar efectivamente os papéis que este tende a impor-lhe*” (Laplanche & Pontalis, 1976).

As regras da neutralidade e da abstinência estão pois intimamente relacionadas.

No contexto de uma psicoterapia psicanalítica é de regra que, ao mesmo tempo que o psicanalista adota uma atitude neutral (em relação a padrões sociais, morais e religiosos), ou seja, não dirige a terapia em função de qualquer ideal do que deve ser, também se abstenha de dar conselhos, indicar direcções ou prestar -se ao desempenho de papéis que o cliente vai solicitando, conscientemente ou em função da transferência.

Freud, que até certa altura parecia não valorizar grandemente estas regras, pelo menos do que se deduz do que ficou registado num texto de 1895, “Estudos sobre a histeria”: *“Nós agimos, na medida em que isso é possível, como educadores onde a ignorância provocou algum temor, como professores, como representantes de uma concepção do mundo mais livre, superior, como confessores que, graças à persistência da sua simpatia e da sua estima, uma vez feita a confissão, dão uma espécie de absolvição”*, mudou ao longo do tempo, e francamente, de opinião.

Em *Caminhos da terapêutica psicanalítica*”, um texto de 1918, ou seja 23 anos depois do excerto citado é seguramente um outro Freud que escreve: *“Recusámo-nos categoricamente a considerar como nosso bem próprio o paciente que solicita o nosso auxílio e se entrega nas nossas mãos. Não procuramos nem formar por ele o seu destino, nem incutir-lhe os nossos ideais, nem modelá-lo à nossa imagem com o orgulho de um criador”*.

Se a recomendação técnica de neutralidade e abstinência obtêm junto da maioria dos psicanalistas um largo consenso, alguns entre os quais Laplanche e Pontalis (1976), reconhecem que nem sempre é possível uma neutralidade absoluta.

No caso que nos interessa, a entrevista clínica (e posteriormente a psicoterapia de apoio), as situações de neutralidade e abstinência têm necessariamente um sentido diferente. De resto, dependendo das técnicas utilizadas (nomeadamente a sugestão e a gratificação em psicoterapia de apoio), seria impossível conciliar uma expressão de encorajamento e de simpatia com a “neutralidade benevolente” dos psicanalistas.

Parece-nos entretanto que a noção de neutralidade como foi inicialmente expressa ou seja, não assumpção de juízo de valores e a abstinência no sentido de não colocação de problemáticas e opiniões pessoais, são regras mínimas não só da psicologia clínica como de qualquer actividade profissional. Não é suposto que, em nenhum exercício profissional, se exprima opiniões pessoais ou se desate a falar de si mesmo. Imagine-se por exemplo um tribunal em que o juiz em vez de se referir ao quadro legal começasse a ralar com o réu porque “isso não se faz” ou contasse como é que alguém da família tinha resolvido um problema idêntico. Se as

questões dos valores são em si mesmas complicadas, as situações com que lidam os psicólogos clínicos são habitualmente ainda mais complicadas.

Comportamentos e respostas a situações tipo

As questões fundamentais que se colocam quanto aos comportamentos dos psicólogos clínicos em geral e, aqueles que se dedicam à entrevista clínica num primeiro momento em direcção a uma psicoterapia de apoio em particular, prendem-se com dois níveis diferentes, mas articulados entre si, de pressupostos.

O primeiro tem que ver com a responsabilidade que o psicólogo assume na relação. Se sabemos que uma relação é sempre produto da interacção e nessa medida, nenhum dos elementos da relação é, por si só, responsável por ela, na situação de entrevista clínica (ou de psicoterapia de apoio) e mercê da assimetria imediatamente instalada é ao psicólogo que cabe a responsabilidade maior de garantir que o mínimo de factores externos influa negativamente no estabelecimento da relação e no desenvolvimento do processo.

O outro nível é ainda ético, já que se pressupõe que alguém que procura um psicólogo é porque está fragilizado ou em situação de crise. Assim, é ou está, em muitos casos diminuído e a recorrência que faz a um técnico vai no sentido de aligeirar carga e partilhar sofrimento.

Decorre daqui a necessidade de um conjunto de procedimentos de índole prática que visam num primeiro momento a facilitação da relação e o estabelecimento da aliança terapêutica.

Destaquemos alguns:

– Apresentação e expressão

Se avaliamos a apresentação e a expressão dos nossos clientes temos de saber que a nossa é igualmente avaliada.

Tratando-se a entrevista clínica de uma relação formal é esperado que a nossa apresentação (forma de vestir, penteado, maquilhagem se for caso disso, cuidados corporais) se mantenham dentro desse registo. Sem haver necessidade de “travestismos” e encenações especiais convêm que o estilo pessoal do psicólogo não seja de tal forma excessivo que possa ser interpretado como extravagante e, por essa via, dificultante da relação.

Nas instituições em que trabalham psicólogos existe uma cultura organizacional que, de algum modo, enquadra o que é, e o que não é, desejável. Se facilmente se percebe que ter o cabelo azul, “percings” no nariz ou ir de calções e chinelos fazer consultas é desadequado, algumas dimensões mais subtis, passam despercebidas. No entanto situações como sejam usar muito ouro num contexto de atendimento de indivíduos pertencentes a grupos sócio-económicos muito baixos ou insistir num ar muito jovem, de sapatilhas e “tee-shirts” com dizeres, para trabalhar com populações de meia-idade em meios conservadores, talvez não corresponda à estratégia de apresentação mais facilitadora da relação.

Especificamente em contextos de saúde existe o hábito de se usar bata. Se isso faz sentido e é necessário, quer por questões de identificação quer por muita da intervenção psicológica se realizar em enfermaria ou unidades de internamento, é desnecessário havendo a possibilidade de utilizar um gabinete individualizado. Isto porque exactamente por a bata ser um uniforme se prestar a impessoalizações, a uma utilização defensiva e a uma afirmação óbvia de estatuto e de pertença a um grupo e a uma instituição que outorgam segurança e autoridade, mas que, dificilmente se pode constituir como um indicador facilitante da personalização e da facilitação relacional.

Também a expressão verbal merece alguns comentários. Como se sabe diferentes grupos sociais e etários possuem maneirismos, “calões” e expressões típicas. Facilitar a relação não é, nem tem de ser, usar uma linguagem a que não se está habituado numa pseudo-sincronia com o interlocutor.

É entretanto da responsabilidade do psicólogo a adaptação a uma linguagem e vocabulário acessíveis e compreensíveis por cada um dos seus clientes. Nesse sentido, deve haver o cuidado de se evitar expressões técnicas ou linguagem de gíria “psi”, bem como se deve solicitar a explicação de termos, palavras ou frases que não se conheça ou não se perceba o sentido.

– *Tratamento e cumprimentos*

Se tivermos presente a natureza formal da relação poderemos facilmente orientar o nosso padrão de resposta em relação à forma como tratamos e somos tratados pelos nossos clientes. Em português existem pelo menos três formas de tratar alguém: por tu, por você e por senhor/senhora juntando eventualmente o título académico a que tem direito e que entre nós se trata de um efectivo e constante vocativo (doutor, engenheiro, arquitecto, etc.).

Entre adultos o tratamento por tu traduz sempre alguma familiaridade. Pela natureza formal da relação a que nos estamos a referir é, obviamente, uma forma de tratamento de excluir. Mesmo no caso de crianças, em que socialmente é adequado este tipo de tratamento, deve-se verificar se, no seu meio social, o tratamento é feito por tu ou por você.

O tratamento por você (em que de facto o você nunca aparece) utilizando o nome próprio da pessoa é o mais recomendado. Não tão formal como o senhor/a permite simultaneamente algum nível de intimidade sem no entanto se poder confundir com familiaridade.

Nalgumas situações os sujeitos, pela sua proximidade etária ou meramente pela dificuldade de compreender a especificidade da relação, ensaiam ou sugerem o uso do tu. Neste caso deve-lhes ser explicado que não é útil tal tratamento.

Também a forma como se cumprimenta as pessoas oferece diferentes possibilidades: desde a saudação verbal sem nenhum tipo de contacto físico (olá!), passando pelo aperto de mão, até ao beijinho na face. A fórmula correcta de cumprimentar não existe porque se inscreve no quadro de uma relação que se vai construindo e que parte quer do cliente quer do terapeuta. Além disso o cumprimento em uso muda com o grupo social, a idade dos intervenientes, até com o contexto em que a relação ocorre. Para um adolescente actual é improvável cumprimentar alguém de aperto de mão, como é improvável um homem ou mulher de meia-idade e de um meio sócio-cultural baixo cumprimentar alguém que vai consultar com um beijo.

Se a natureza formal da relação parece indicar o aperto de mão, verifica-se na prática que a continuidade do contacto dissolve a necessidade de qualquer tipo de cumprimento, havendo amiúde apenas uma saudação verbal.

– *Níveis de permissividade*

Por níveis de permissividade designamos as diferentes possibilidades de diferentes psicólogos de lidarem com as atitudes e os comportamentos dos seus clientes. Independentemente do quadro teórico em que se situam diferentes psicólogos, de acordo com a sua própria personalidade, lidam diferentemente com as atitudes dos seus clientes. Enquanto alguns ficam claramente irritados pelo facto de um cliente ir para uma sessão a comer, outros mal reparam no facto. Enquanto alguns, não fumadores, não se incomodam com o facto de os seus clientes fumarem, outros há que claramente preferem e dão indicações nesse sentido, de não se fumar em situação de consulta ou sessão de cariz terapêutico.

Se, se deve manter presente a ideia de que a entrevista clínica ou a psicoterapia de apoio nunca perdem o seu registo formal e portanto os limites devem ser sensivelmente os mesmos de qualquer outra consulta, a regra a usar é a de ser permissivo exclusivamente até ao ponto do próprio conforto do psicólogo.

Claro que o bom senso aconselha a que a permissividade concedida não seja muito diferente da utilizada pelo próprio psicólogo. Ou seja, não é adequado, não deixar que o outro coma, fume ou bebe e depois o próprio, mastigar rebuçados, fumar cachimbo ou beber potes de café.

– *Reacção a descargas emocionais*

É frequente que em entrevistas iniciais ou em sessões de P.A. ocorram descargas emocionais. Momentos em que, pela densidade do que está a ser dito ou lembrado, pela abordagem ou pela elaboração de material penoso ou intensamente significado pelo cliente ocorram situações de grande carga emocional, libertas depois por choros, silenciosos ou convulsivos.

Não se deve tentar parar tal descarga, nem proferir palavras de acalmia ainda que simpáticas ou empáticas. Deve-se considerar as lágrimas pelo que são, uma expressão de afectos, que uma vez extintas podem ser interrogadas. Assim, quando o choro diminuir, é habitual, caso não se tenha compreendido completamente porque aconteceu questionar “ Quer-me explicar o que é que o emocionou?”. Na maioria das vezes, no entanto, tal pergunta, nem chega a ser necessária quer porque se tenha compreendido porque aconteceu e o cliente retoma o discurso interrompido, quer porque ele próprio sente necessidade de fornecer um sentido ou uma desculpa para o seu choro. Se a atitude do cliente for de incomodo ou vergonha pelas lágrimas vertidas ou pela falta de controlo mostrada é frequentemente útil explicar que chorar nesta circunstância é adequado já que corresponde a emoções que precisam de ser expressas. É sobretudo importante transmitir uma atitude global de acolhimento das manifestações emocionais do cliente sem incómodo pessoal nem crítica.

– *As ofertas*

Uma prática corrente não só em relação aos psicólogos mas em quase todas as profissões é a oferta de presentes a propósito de uma data ou de um acontecimento.

A regra que se deve ter presente é a de que não se deve aceitar presentes. Deve-se agradecer e explicar que não se pode aceitar uma vez que a relação não é simétrica e que o próprio psicólogo está impedido de reciprocitar.

Para lá da regra, existem as excepções.

De facto, o cumprimento estrito desta regra pode ser contraproducente. Não aceitar um presente a alguém que o escolheu com cuidado e afecto pode resultar como grosseiro e ser interpretado como rejeitante. O que obviamente não facilita a relação. Mesmo tendo de aceitar em função das circunstâncias deve o psicólogo depois de agradecer explicar que futuramente não deverão existir mais prendas.

A não existência desta recomendação, seria lida provavelmente como um incentivo a que a situação se repetisse, obrigando o sujeito noutras circunstâncias a manter o comportamento. Se este cuidado é recomendável em clínica privada ainda o é mais em situações institucionais em que, por não haver pagamento directo, as prendas acabam por ser consideradas como uma forma de pagamento supletivo quando não mesmo de suborno.

– *Cartas, telefonemas, mails e afins*

É razoavelmente frequente, sobretudo já em contexto de P.A., que o cliente leve para as sessões cartas, mails, ou outros documentos, que recebeu de alguém ou que ele próprio escreveu para o psicólogo. Às vezes, não são propriamente cartas mas apontamentos que tomou nota ou mesmo reflexões ou descrições de estados de espírito que escreveu ou gravou em cassette. O pedido ao psicólogo é de que leia, ou ouça depois, e as razões invocadas vão entre o “para que me possa conhecer melhor “ até ao “para perceber com eu me sinto, nessas alturas”.

Nestes casos, o psicólogo deve pedir expressamente ao seu cliente para ler na sessão o que escreveu, ou falar sobre isso. Não deve condescender com o pedido do cliente e ele próprio levar “trabalho de casa”. Em primeiro lugar para não fomentar a manutenção desta prática epistolar que, significa na prática, sessões de leitura com baixos níveis de interacção e espontaneidade. Depois para tornar claro ao cliente que o que é importante é o que se diz e joga na sessão e não o que acontece fora dela. Acresce que, se nem todos os clientes usam esta prática, três ou quatro são suficientes para implicar um longo “trabalho de casa” em leituras por parte do psicólogo o que, não produzindo, nenhum benefício para o cliente, a prazo, e caso as missivas se mantenham, pode desencadear reacções contra-transferenciais negativas.

Também a prática de telefonemas, entre sessões, não deve estimulada.

Sobretudo jovens psicólogos com excessiva facilidade fornecem números de telefone das próprias residências ou outras formas de contacto mais ou

menos permanente (telemóveis) numa oferta de disponibilidade romântica mas desadequada. Se alguns clientes usam apenas in extremis essa possibilidade, outros, mercê da própria ansiedade ou perturbação telefonam constantemente em horários inoportunos e sem capacidade de compreensão de que estão a incomodar. Resulta daqui, em bastantes casos, uma contra-transferência complicada e escusada, ou uma atitude de recuo em relação à disponibilidade inicialmente sugerida o que, por sua vez, pode ser interpretado pelo cliente como rejeitante ou abandonico.

É importante que desde sempre o cliente perceba que o vínculo contratual é de cariz profissional e que as interacções devem apenas decorrer nas sessões. Para que isso possa acontecer não deve haver nenhuma sugestão, por parte do psicólogo, de que se possui uma disponibilidade permanente ou que pode ocupar um espaço na realidade e no quotidiano do sujeito. Sobretudo os jovens psicólogos, ao experimentar a sensação de serem importantes ou necessários para alguém, tendem a deslumbrar-se e a esquecer que não estão naquele relação para serem gostados e apreciados mas para ajudar o seu cliente.

– *Apontamentos*

Uma das dúvidas constantes, dos jovens psicólogos é sobre a quantidade e tipo de apontamentos que devem tirar. Quer em situação de entrevista, quer em situação de P.A., a regra é não tirar qualquer tipo de apontamentos.

Se na situação de avaliação, para fins de relatório ou parecer, se pode justificar, durante a entrevista, qualquer tipo de anotações, a excepção termina aí.

O escrever durante as entrevistas ou sessões, implica necessariamente um distanciamento. Porque o psicólogo para olhar para o papel não olha para o seu cliente, porque no gesto de escrever, o psicólogo se entrega a uma outra tarefa diferente do escutar o seu cliente. Além de ser desagradável falar com alguém que escreve e pouco propiciador de intimidade, alguns clientes podem interrogar-se sobre o que está a ser escrito e para o que serve.

A questão do para que servem os apontamentos é de resto completamente pertinente. Eventuais apontamentos, sempre feitos depois da consulta ou sessão, servem ou para os registos pessoais do psicólogo, ou para discussão do caso em reunião clínica ou de supervisão. Significa isto que não há nenhum tipo de necessidade de um registo fidedigno e minucioso de todas as palavras pronunciadas (como acontece nos registos de tribunal) mas que se precisa do fio condutor da entrevista ou sessão, de comentários e

reflexões pessoais sobre a atitude geral do cliente e do próprio psicólogo, o que é possível à posteriori e praticamente impossível durante a sessão.

– ***Interrupções***

Diferentemente de outro tipo de consultas em que é habitual interrupções telefónicas ou mesmo pessoais, as entrevistas clínicas e as sessões de P.A. não devem ser interrompidas em nenhuma circunstância.

Se, por qualquer razão, o psicólogo tiver mesmo de atender uma chamada deve informar o cliente do facto no início da sessão e fazê-lo fora da sala em que está a trabalhar (“Peço desculpa, mas durante a nossa sessão vou ter de sair para atender uma chamada”).

Seria extremamente inconveniente que, a meio de uma crise emocional do cliente, o psicólogo atendesse uma chamada para dizer que o jantar está dentro do forno.

Se o psicólogo não tem que oferecer uma disponibilidade permanente fora das sessões deve entretanto oferecê-la completamente durante as sessões.

Se em clínica privada, esta regra é de fácil implementação em contextos institucionais verifica-se que é muito mais difícil, uma vez que outros técnicos e pessoal de apoio nem sempre compreendem com facilidade a necessidade de não interromper. Há que persistir em que mesmo que não compreendam, respeitem.

– ***Honorários***

A entrevista clínica realiza -se em diferentes contextos, nesse sentido verifica-se que, no que concerne aos honorários existem várias possibilidades:

- Realiza-se em instituições em que não existe pagamento directo (hospitais prisões).
- Realiza-se em instituições em que há directamente o pagamento de uma quantia que vai entre o simbólico (taxa moderadora) até a valores –, Misericórdias, IPPS, etc.).
- Realiza-se em consultório privada mas os honorários são pagos no todo ou em parte por convenção do psicólogo com um qualquer organismo (seguros, ministério da saúde, ministério da justiça etc.).
- Realiza-se em consultório privado e é pago pelo cliente ainda que *a posteriori* seja reembolsado em parte por qualquer organismo.

A questão dos honorários nos casos em que o pagamento é feito directamente ao psicólogo (ainda que por recurso a uma empregada de consultório) deve ser esclarecida durante a primeira entrevista ou no momento em que se estabelece um contrato terapêutico. Embora seja um assunto difícil, pela sua carga simbólica, o facto é que o dinheiro pode ser um importante aliado na situação terapêutica como, igualmente, pode ser, um obstáculo intransponível. Em clínica privada é suposto que os honorários dos psicólogos sejam não só fixos como afixados (de acordo com a lei) permitindo ao cliente ter informação prévia sobre os mesmos. Em alguns casos é possível negociar com o cliente uma diminuição de preço, ou fórmulas de pagamento especiais. Não deve entretanto o psicólogo ceder à tentação de “dar borlas” já que é exactamente por pagar que o cliente tem a compreensão de que se trata de uma relação profissional e de que está a realizar um trabalho terapêutico.

Contextos de intervenção

Uma das situações mais complexas de resolver em termos de formação de psicólogos clínicos decorre do facto de a entrevista clínica se realizar em múltiplos e diferentes contextos.

Cada um desses contextos privilegia objectivos diferentes pelo que a entrevista clínica que aí se realiza é necessariamente uma das possibilidades existentes e não esgota, de forma alguma e como vimos, os tipos de entrevista possíveis. A impossibilidade prática da realização de estágios em todos os contextos não deve entretanto impedir o reconhecimento que cada contexto possui as suas próprias especificidades.

A clínica privada e intervencionada

A Clínica privada corresponde ao exercício liberal da profissão.

Gostaríamos de esclarecer que a actual situação portuguesa de não controlo da profissão a não ser em termos fiscais, bem como a proliferação de escolas e cursos de Psicologia são, em nosso entender, um atentado grave à Saúde Pública, ao prestígio da profissão a médio prazo e também o testemunho de alguma menoridade quer das entidades responsáveis quer de muitos dos licenciados em Psicologia.

A actual situação de vazio quer legislativo quer de organismos respeitáveis e responsáveis permite que um recém-licenciado obtenha sem mais nenhum

esforço suplementar, sem nenhuma especialização e mesmo sem nenhum estágio profissional supervisionado uma carteira profissional. Pode por isso, dedicar-se à actividade liberal e exercer-la por direito.

Apesar desta crítica é ainda a situação liberal a referência mais constante, prevalente e tradicional da Psicologia Clínica não só pela sua própria história e pelo seu trajecto de afirmação profissional como, sobretudo, pelas possibilidades que a relação dual sem nenhum tipo de constrangimento institucional oferece.

Na situação de Clínica Privada a questão do pedido é muito mais fácil que noutros contextos, embora existam igualmente as situações de pedidos feitos por terceiros como de resto a clínica da infância e da adolescência evidenciam. Ainda assim, é provavelmente o contexto em que o pedido é mais vezes colocado directamente pelo próprio e em que as possibilidades de relação e de desenvolvimento da entrevista de acordo com as exclusivas necessidades e capacidades do cliente podem ter lugar.

Nesse sentido, a clínica privada obedece apenas aos critérios teóricos e técnicos que o próprio psicólogo implica e, diferentemente, de todos os outros contextos de intervenção, não sofre constrangimentos de tempo, objectivos ou metodologia.

Os serviços de saúde

A carreira de Psicologia Clínica existe em Portugal exclusivamente nos serviços de Saúde. Embora se trate de uma questão eminentemente profissional já que se trata de uma formação profissionalizante e destinada aos psicólogos que a ela tiverem acesso, em rigor o título de Psicólogo Clínico é concedido pela conclusão com êxito de um estágio de três anos realizado em Serviços do Sistema Nacional de Saúde. Por força do Dec./Lei 241/94, explicitado posteriormente pelas portarias 171/96 e 191/97, a formação em Psicologia Clínica e o seu exercício profissional ocorrem, até agora exclusivamente no sistema de saúde. Das competências exigidas ao Psicólogo Clínico fala o artigo 2º do citado Decreto/Lei:

Funções das categorias do ramo de Psicologia Clínica

- 1- Ao psicólogo clínico assistente e assistente principal são atribuídas as seguintes funções no domínio da saúde, tendo em conta os níveis de complexidade e responsabilidade em que se desenvolvem:
 - a) O estudo psicológico de indivíduos e elaboração do psico-diagnóstico.

- b) O estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento.
- c) A participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico.
- d) O aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo;
- e) A intervenção psicológica e psicoterapia;
- f) A responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia;
- g) A integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente;
- h) A participação em reuniões científicas;
- i) A participação em acções de formação na área de especialidade e afins;
- j) A participação em programas de investigação em aspectos relacionados com a sua área profissional;
- k) A responsabilização por sectores ou unidades de serviços;
- l) A participação em júris de concurso e de avaliação.

Os psicólogos clínicos no sistema de saúde prestam serviço essencialmente em centros de saúde, hospitais gerais e hospitais de especialidade.

Decorre da aplicação da lei a necessidade de utilização de diferentes tipos de entrevista para também diferentes situações.

Os serviços juridico-legais

Nos serviços jurídicos legais inclui-se diferentes categorias profissionais em que também têm lugar os psicólogos embora nomeados como técnicos de Reinserção Social no caso de pertencerem funcionalmente ao quadro do Instituto de Reinserção Social ou como Técnicos Superiores de Reeducação no caso de dependerem dos Serviços prisionais. A óptica assumida de interdisciplinaridade das equipas implica que, na prática, diferentes actividades como sejam as perícias sobre personalidade (art. 160 do Código do Processo Penal) ou as perícias médico-legais (art. 159, nº2 do C.P.P.), os relatórios pré-sentenciais, o acompanhamento de indivíduos com medidas alternativas à pena de prisão ou em cumprimento de medidas de segurança,

possam ser feitas quase indiferenciadamente por técnicos de reinserção social de diferentes formações.

Os serviços educativos-pedagógicos

Públicos ou privados, infantários, escolas básicas, ensino secundário, gabinetes de aconselhamento ou atendimento universitário, ensino especial são alguns dos contextos em que psicólogos clínicos trabalham.

Não se sobrepondo aos psicólogos educacionais, os psicólogos clínicos em contextos educativos podem desempenhar e desempenham de facto um conjunto de actividades razoavelmente extenso em que a entrevista clínica e a P.A., também têm o seu lugar.

De acordo com o Decreto-Lei nº 300/97 de 31 de Outubro que estabelece o regime jurídico da carreira de psicólogo no Ministério da Educação e aplicado aos serviços de psicologia e orientação dos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário (criado pelo Dec./Lei 190/91 de 17 de Maio) ao psicólogo que desenvolve as suas funções em contexto escolar Compete:

- a) Contribuir, através da sua intervenção especializada, para o desenvolvimento integral dos alunos e para a construção da sua identidade pessoal;
- b) Conceber e participar na definição de estratégias e na aplicação de procedimentos de orientação educativa que promovam o acompanhamento do aluno ao longo do seu percurso escolar;
- c) Intervir, a nível psicológico e psicopedagógico, na observação, orientação e apoio dos alunos, promovendo a cooperação de professores, pais e encarregados de educação em articulação com os recursos da comunidade;
- d) Participar nos processos de avaliação multidisciplinar e interdisciplinar, tendo em vista a elaboração de programas educativos individuais, e acompanhar a sua concretização;
- e) Desenvolver programas e acções de aconselhamento pessoal e vocacional a nível individual ou de grupo;
- f) Colaborar no levantamento de necessidades da comunidade educativa com o fim de propor a realização de acções de prevenção e medidas educativas adequadas, designadamente a situações específicas de alunos também escolarizados no estrangeiro ou cujos pais residam e trabalhem fora do país;

- g) Participar em experiências pedagógicas, bem como em projectos de investigação e em acções de formação do pessoal docente e não docente;
- h) Colaborar no estudo, concepção e planeamento de medidas que visem a melhoria do sistema educativo e acompanhar o desenvolvimento de projectos.

As instituições privadas de solidariedade social

Muitas das instituições que acolhem como empregadoras psicólogos clínicos são instituições privadas de solidariedade social que, sem fins lucrativos, tentam responder a reais necessidades das populações. Existem além das Misericórdias disseminadas pelo país, agrupamentos de familiares e amigos de pessoas em situação de risco bio-psico-social, colectividades preocupadas com as suas crianças, jovens ou velhos.

Outros contextos emergentes de intervenção

Mercê de algum esforço de muitos organismos mas sobretudo da pressão para o emprego de muitos psicólogos recém-licenciados, têm-se assistido sobretudo nos últimos anos à criação de novos locais de trabalho em diferentes contextos. As autarquias no seu esforço de construção de equipamentos sociais bem apetrechados do ponto de vista técnico e humano têm desempenhado o seu papel no emprego de muitos psicólogos apoiando a infância e a adolescência a terceira idade, grupos especiais como sejam os toxicodependentes ou os indivíduos em situação considerada de risco bio-psico-social.

Os últimos anos viram crescer um conjunto de serviços directos, de aconselhamento telefónico e de colaboração em projectos interdisciplinares que acolhem favoravelmente psicólogos.

4º CAPÍTULO

PSICOTERAPIAS. O QUE SÃO?

Fundamentos antropológicos das psicoterapias

Poder-se-á defender que a psicoterapia é uma prática humana cuja origem remonta aos primórdios da história ou até da existência humana ainda que não baptizada, sistematizada ou reconhecida como tal.

Poder-se-á dizer que o tratamento psicológico é tão ancestral como todas as formas de tentar aliviar o sofrimento humano e que, em todas as épocas e em todas as sociedades, se delegou em alguém o poder de curar através da palavra. Por conhecer o mundo dos espíritos, por ter acesso a qualquer magia ou relação com os deuses, por ser velho ou por ser sábio. Muitas vezes a palavra que curava associou-se a ritos mágicos, a penitências terríveis, a iniciações dolorosas. Muitas vezes a palavra que curava não era compreensível nem acessível. Quem tinha qualquer tipo de sofrimento nem sempre tinha oportunidade de o narrar extensamente por palavras e de vasculhar, nas entranhas ou na alma, as razões do seu mal. Ainda assim, a existência de alguém com o poder de curar, perdoar, fazer esquecer ou transferir para objectos, actividades ou outras dores o sofrimento inicial, parece ser uma constante da história do mundo.

Em tempos remotos, o entendimento do dom da cura articulou-se, sobretudo, com conceitos hoje periféricos à actividade terapêutica. Nomeadamente com o conceito de **sagrado** que como Callois (1950) dizia, é “*condição de vida*” e presença obrigatória em todas as sociedades e em todas as épocas. Nesse sagrado omnipresente, condensou-se múltiplas significações.

Parece misterioso e resulta obscuro, ainda hoje, que a palavra tenha uma capacidade mágica da cura e possa, por si só, operar mudanças sensíveis na forma de estar e de sentir das pessoas.

Não é pois estranho que, alguns autores, nomeadamente Szasz (1987), estabeleçam analogia entre psicoterapia e religião considerando que ambas pretendem fornecer respostas para as questões fundamentais da existência: quem somos, o que fazemos aqui, para onde vamos e sobretudo qual o

sentido de tudo isso, ou que Karl Jaspers tenha escrito: “*Les psychothérapeutes exercent aujourd’hui de façon laïque une actin fondée autrefois sur la foi, tel est un caractère de notre temps*” (1956, p. 35).

O advento de um mundo em que sagrado e profano se diferenciam, ou tentam claramente a diferenciação, é também o advento de poderes especializados, conceptualmente abertos à ideia do que é acessível e do que é inacessível. Ainda aí, observa-se uma prática social em que a divisão cartesiana do corpo, como invólucro material de uma mente, oferecida, ainda e sempre pelo criador, permanece.

Mesmo verificando que o conhecimento da complexidade da mente humana tenha sido testemunhado por filósofos, ensaístas, poetas, dramaturgos, e toda a casta de escritores que sobreviveram ao tempo e chegam até nós com testemunhos de argúcia e intuição insuperáveis, o modelo que atravessou os séculos, foi o do razoável mistério do pensamento humano e o do seu carácter apenas explicável pelo sagrado.

Ou seja, sempre houve, por um lado a intuição e o discernimento individuais de que os seres humanos possuíam razões que a própria razão desconhecia (Pascal, 1623-1662) e, por outro, funções consensualmente estabelecidas de apaziguamento e controle dessas razões desconhecidas.

Sempre houve até, técnicas dirigidas e bastante divulgadas de, através da palavra se procurar a mudança de comportamento ou de sentimento dos outros.

Rogers (1942), numa espécie de inventário destas fórmulas destinadas a obter comportamentos desejáveis falava da **ordenação** e da **proibição**. Dar ordens e proibir são métodos antigos de, a partir de um lugar de poder e ainda que implicitamente por recurso ao medo ou à ameaça, se conseguir, ainda que de forma temporalmente limitada, a adesão ao que se pretendia ou a evitação de um comportamento ou atitude.

Tão clássico como estes métodos é o da **exortação**. O discurso inflamado, o recurso à retórica do que deve ser, criavam como ainda hoje criam “*uma hipertensão emocional temporária, procurando fixar o indivíduo num nível alto de boas intenções*” (Rogers, 1942, p. 32). Como se diz, popularmente, de boas intenções está o inferno cheio, querendo com isto dizer que, fora do quadro de exortação directo, as boas intenções rapidamente se desvanecem.

O recurso à **sugestão**, no sentido do encorajamento e da tranquilização, a famosa e habitual formula do “*vais ver que não é nada*”, “*está descansado que tudo vai melhorar*” é, por si só, e alheia a qualquer realidade do sujeito,

uma forma apenas de negar o problema existente e o sentimento do sujeito sobre o assunto.

Ainda que a ideia da cura pela palavra através da **catarse** de sentimentos seja uma ideia antiga que já Aristóteles discutia (Browner & Pedder, 1991) e a figura cristã da confissão tenha dois mil anos e coexista, hoje e ainda, com todas as modernas práticas de psicoterapia, verifica-se que a técnica antiga de desabafo e alívio imediatos pela mera enunciação dos problemas que afligem o sujeito é, até hoje, um recurso não só das práticas confessionais de orientação religiosa mas de muitas outras, laicas, que ancoradas num qualquer princípio de poder perdoar ou tão só saber ouvir, sobrevivem. Ainda que não curem não tratem nem promovam a mudança.

Também o antigo procedimento de **Aconselhar**, quer dizer dar conselhos no sentido de ensinar como se faz, ou como se deve fazer ou ser, quer no sentido persuasivo de tentar convencer sobre o melhor método, a melhor opção ou o caminho indicado a seguir, têm, como se sabe, uma longa tradição. Ainda assim, os limites deste método tão comum e divulgado, dependem enormemente por um lado do estatuto do conselheiro e por outro do tema sobre o qual se pronuncia.

Ou seja, sempre existiu, fórmulas decorrentes de uma epistemologia ingênua, mas nem por isso menos eficaz, para apaziguar os males do corpo e do espírito; para estimular para a acção ou para a conformação; para dar sentido a acontecimentos fortuitos; para securizar ou para acalmar.

Mas é muito duvidoso que essas práticas ancestrais, possam merecer o nome de psicoterapia, tal como nós a entendemos hoje.

Psicoterapia e função terapêutica

É comum, nos diferentes compêndios e artigos que regularmente vêm a lume, encontrar algumas linhas introdutórias em que se traça a pré-história das intervenções psicoterapêuticas, por recurso ao conceito de sagrado; às práticas de estimulação ou de repressão que referimos; e também a dispositivos sociais tão variados quanto as próprias culturas em análise ou referência, para, em essência, assegurar que as Psicoterapias não são propriamente uma novidade, uma “modernice” entre outras, uma descoberta do século XIX.

Mais do que isso, alguns autores assumem mesmo que existe dois sentidos diferentes para a utilização do termo, um lato e outro restrito. E que apenas

o sentido mais restrito se refere às teorias e técnicas utilizadas por corpos profissionais nos últimos cem anos.

Chaplin (1968), por exemplo, num Dicionário de Psicologia dos anos sessenta considera que existe psicoterapia em sentido lato e em sentido restrito e que assim: *“De forma mais generalizada, a psicoterapia pode incluir conversas informais com padres, curandeiros e discussões pessoais com professores e amigos”* (p. 473), indo exactamente no sentido que a Psicoterapia é inerente quer, a um histórico mágico-religioso, quer, no limite, à vida em sociedade que permite, por exemplo, ter amigos e desabafar com eles ou procurar conselho de alguém que se respeita.

Claro que depois afirma que: *“No seu sentido mais restrito o termo inclui somente as técnicas – Psicanálise, Aconselhamento directivo ou não directivo, psicodrama, terapia do comportamento, etc. – utilizadas por especialistas”* (p. 473).

Também Sidney Bloch ao introduzir um capítulo da sua responsabilidade directa sobre psicoterapia de apoio, em 1996, na terceira edição do seu famoso manual *“Uma introdução às psicoterapias”* diz a certa altura: *“A terapia de apoio tem uma longa tradição. Há séculos que membros designados da sociedade têm ajudado aqueles que estão psicologicamente perturbados.*

As ordens religiosas em particular tiveram um papel, e continuam a ter, de ‘terapeuta’. Além disso, nas sociedades relativamente coesas, os parentes e amigos têm sido responsáveis pelo apoio de longa duração àqueles que dele precisam” (Bloch, 1999, pp. 299-300).

Embora a intenção do autor seja, clara e assumidamente, a de chamar a atenção da importância da psicoterapia de apoio para o tratamento de doentes psiquiátricos crónicos, sobretudo a partir dos anos cinquenta e do surgimento dos anti-psicóticos, inadvertidamente fica expressa a ideia de que, existe uma linha de semelhança e continuidade entre as múltiplas formas de tomar conta dos desvalidos – em nome de uma qualquer moral, sentido de obrigação ou honra, bondade ou compaixão – e as actuais práticas psicoterapêuticas, ainda que de apoio.

O apoio social e familiar sempre existiu e continua a existir em moldes, aliás, não muito diferentes das seculares práticas caritativas.

Só que, as psicoterapias, de apoio ou expressivas, inscrevem-se numa outra lógica e num outro formato que implica uma efectiva e produtiva ruptura epistemológica com os saberes e as práticas tradicionais.

Do nosso ponto de vista, esta função de escuta ou de aconselhamento, fortuita e pontual, tem todo o mérito, sempre existiu e existirá

provavelmente, e merece referência, na medida em que relembra o óbvio: que ninguém é bom juiz em causa própria e que, ser social é também recorrer àqueles em que se confia, e que sempre fez parte das necessidades humanas o recurso a outros para formar opinião, facilitar a escolha ou a decisão ou meramente ter a sensação de ser compreendido. Esta função que todos desempenhamos e que também todos procuramos de vez em quando, não nos torna a todos simultaneamente psicoterapeutas e sujeitos de psicoterapia.

Reservamos para esta função, de algum modo precursora da psicoterapia, mas não confundível com ela a designação de **função terapêutica**.

As famílias alargadas, de outros tempos, com o seu manancial de suporte social; a religião incluindo na vida quotidiana e subordinando quase tudo, como ainda hoje acontece em algumas partes do mundo; figuras tutelares e de autoridade de diferentes tipos de organização social, a que Bloch aludia, seguramente que cumpriram múltiplas funções e, em muitos casos, até esta função terapêutica, quer ao nível do sofrimento físico, quer ao nível do sofrimento psicológico.

A **função terapêutica** exerce-se, de forma pontual e particular, subsidiária a uma relação afectiva pré-estabelecida (um familiar ou um amigo) ou, de uma relação de qualquer outro tipo, investida num dado momento como suficiente para desempenhar um papel tranquilizante, catártico, clarificador, sugestivo etc...

Na **função terapêutica** aproveita-se o que há, de forma real ou imaginária, e usa-se no momento necessário para colmatar dificuldades ou ajudar a resolver problemas surgidos. Nesse sentido, pode dizer-se que um médico tranquilizante, um professor compreensivo, um amigo atento, uma família acolhedora, um padre disponível cumpre bem e, amiúde, esta função. Mas, exactamente no mesmo sentido cabem toda a espécie de crentes no insólito: videntes, feiticeiros, quiromantes, astrólogos. Cabem os grupos de amigos, os grupos de actividade e as próprias actividades que sublimam zangas e maus estar. E porque não incluir, cabeleireiros, massagistas, esteticistas e outros que melhoram fácil e rapidamente a auto-estima?

Ou seja, quase tudo e quase todos podem desempenhar em algum momento esta função terapêutica para alguém.

Sem, no entanto fazerem psicoterapia ou serem psicoterapeutas.

Uma psicoterapia é promovida por um psicoterapeuta obedecendo a critérios técnicos e teóricos estáveis. Ou seja, supõe-se que, para que mereça este nome, uma dada relação possa ser explicada e compreendida

entre pares que partilham uma mesma disciplina científica e um certo número de conhecimentos. Há pois uma intencionalidade deliberada e consciente do psicoterapeuta na construção de um projecto psicoterapêutico, alicerçada em saberes específicos e em regras de conduta técnica e deontológica.

Diferentemente de outras relações, de atenção ou amizade, a psicoterapia, é para além do que já foi dito, uma **relação formal e temporalmente limitada** já que decorre em tempos e espaços combinados e centra-se na problemática apresentada pelo cliente, donde é, e deve ser, uma relação fortemente unilateral (Kanfer & Goldstein, 1991; Kleinke, 1994).

Mas esta acepção, diferenciadora da ancestral função terapêutica, deve ser complementada com um extenso conjunto de outras informações e reflexões que permitam perceber a pluralidade de propostas terapêuticas hoje disponíveis e abertas aos mais diversos contextos.

Psicoterapia e psicopatologia ou os primórdios do que se faz hoje

Dissemos que, as psicoterapias se inscrevem em lógicas e formatos que implica uma efectiva e produtiva ruptura epistemológica com os saberes e as práticas tradicionais.

Quer isto dizer que, não decorrem linearmente do que acontecia anteriormente nem fluem com naturalidade do conhecimento anteriormente acumulado. Antes irrompem bruscamente no início do século XX, promovendo, concomitantemente, a Psicopatologia e a Psicologia como ciência autónoma tentando afastar-se da filosofia (Beauchesne, 1986).

Como constante da história do mundo para a compreensão da loucura e dos comportamentos desviantes temos as concepções mágicas-religiosas da saúde e da doença.

Convém sublinhar, entretanto, que estas concepções, não são apanágio das culturas primitivas, e que por isso mesmo convivem tranquilamente, e lado a lado, nas sociedades modernas com modelos científico-empíricos. Se foram, historicamente, as primeiras formas de explicitação e compreensão daquilo que muitos séculos depois viria a ser a doença mental, foram também, e são ainda, o lugar de eterno retorno, sempre que as comunidades se fecham sobre si mesmas, sempre que os impérios grandiosos entram em queda, sempre que as soluções que se procura não encontram respostas nos modelos considerados científicos.

As referências possíveis de uma história da loucura acabam por ser as mesmas da medicina, em particular da psiquiatria, e são por isso mesmo razoavelmente poucas e pobres até ao século XVIII.

Hipocrates, nascido a quase dois mil e quinhentos anos fez escola – a Escola de Cós – afirmando expressamente a necessidade de deixar os Deuses e o sobrenatural em paz para abordar as questões da doença. Considerava ele que, à semelhança da filosofia, a medicina devia ser considerada a partir do que era acessível à experiência sensorial directa do observador. Todo o sistema Hipocrático, sustentado na sua filosofia, é hoje uma curiosidade histórica mas, ainda prevalece o mérito da cultura grega de considerar a doença como uma ruptura do equilíbrio interno, ainda que inscrita numa visão cósmica.

Quando a influência grego-romana se esbate, emerge a medicina islâmica, considerada como muito avançada no domínio de algumas patologias físicas mas relativamente incipiente do ponto de vista das patologias mentais. Referencia-se habitualmente Ishaq ibn Amran, um médico de Bagdad que no século X (IV da Hégira), terá escrito um tratado da melancolia.

A idade Média é, em grande medida, um tempo de regresso à ancestral e permanente compreensão mágico-religiosa, embora o dever de caridade tenha ajudado a construir os primeiros hospitais para indigentes, e entre eles os loucos, ainda no século XII. Nos séculos seguintes outros se seguiram, dirigidos cada vez mais para a loucura, ainda que esta tivesse sentidos bem diferentes dos que hoje consideramos.

É assim, que aparece nos registos, a criação em 1375 em Hamburgo e em 1410 em Valência de hospitais de loucos.

A caça às bruxas que começa no fim da idade média, depois da queda de Bizâncio em 1453, é um período dramático da história do mundo em que tudo o que era estranho e diferente, toda a doença desconhecida e acrescentaríamos nós hoje, toda a histeria no feminino, não só era castigada como condenada à morte.

É, curiosamente, num contexto de cerrada demonologia que se começa a esboçar uma pré-psicopatologia através de obras como as de Jean Wier (1515-1588) ou Félix Plater (1536-1614) que, num quadro ainda do Bem e do Mal, se esforçam, o primeiro, por dizer que há confusão entre os que são loucos e os que são bruxos e o segundo, por classificar as doenças mentais (Beauchesne, 1986).

Até 1793, data em que se institui ser a do nascimento da Psiquiatria e em que ficou assinalado para a história, provavelmente mais como metáfora do

que como acontecimento de facto, a libertação dos alienados de Bicêtre por Pinel, a loucura, tal como muitas formas de desvios mereceu alguns discursos soltos e várias instituições de encarceramento: as Workhouses em Inglaterra, as Zuchthausen na Alemanha, L'Hopital Général em França.

Ainda assim, convém esclarecer que até esse tempo, *“la folie est pour l'essentiel éprouvée à l'état libre; elle circule, elle fait partie du décor et du langage commun; le fou lui-même n'a droit à aucune considération particulière: il est le simple porteur d'une énigme redoutable autant que fascinante”* (Jaccard, 1984, p. 17).

Com o advento da Psiquiatria, vieram também as novas classificações e explicações sobre a loucura e, inevitavelmente, novas terapêuticas.

Fréminville (1977) numa obra justamente intitulada “La raison du plus fort” diz expressamente que, nunca em nenhum lugar, o poder de um indivíduo sobre o corpo de outros foi tão desmesurado como nas instituições psiquiátricas. De facto, e diríamos hoje, paradoxalmente, as modificações que se pretendiam para a mente eram infligidas ao corpo: os purgativos, os evacuatórios, os vesicatórios, os antiespasmódicos, os banhos frios, as sangrias, mas também a castração, a cadeira giratória, as camisas de força, e já em pleno século vinte os electrochoques e, finalmente a merecer um prémio Nobel em 1949: a lobotomia.

Se diferentes alienistas aconselharam metodologias diferentes de acordo com as suas classificações, as suas teorias sobre as razões da doença e a sua própria sensibilidade, todos estavam de acordo com a necessidade do internamento. O século XIX foi assim o momento alto das instituições, umas públicas, outras privadas, de encarceramento. Mas, se a imagem do manicómio é a que perdura, convém lembrar que o grande movimento da Psiquiatria Biológica, que no essencial imputava a razões físicas as alterações comportamentais e humorais, se deu nas clínicas privadas. Shorter na sua História da Psiquiatria (2001) relembra que o manicómio particular do Dr. Adolf Erlenmeyer, na Alemanha se chamava em 1847 “Beneficência particular para insanos e idiotas” e que a mesma instituição, dez anos depois, mudaria o seu nome para “Beneficência particular para as Doenças do Cérebro e dos Nervos”.

Começou assim a estabelecer-se uma distinção entre diferentes tipos de loucura e a tentar estabelecer-se o que era tratável ou curável e o que não era.

O século XIX, que foi entre outras coisas, o século dos nervos pôs assim, lado a lado, e obviamente destinada a públicos de diferentes classes sociais, os manicómios e as clínicas. *“Evans Riadore, um médico da Harley Steet de Londres, considerava em 1835 que as perturbações nervosas eram*

especialmente comuns ‘entre as classes mais altas da sociedade’. Essas perturbações amarguram-lhes de tal maneira a vida que trazem a sua quota-parte do prazer de viver quase ao nível do dos pobres e laboriosos” (Shorter, 2001, p. 125). Nestas clínicas destinadas a ricos que padeciam dos nervos, emergiram terapêuticas que apenas tinham em comum com o manicómio o isolamento. Aí praticava-se o termalismo, a electroterapia, a fisioterapia, as massagens e similares.

As boas notícias, que sobram deste período, são do nosso ponto de vista e apesar de tudo, várias: as tentativas de classificação ao gosto quase obsessivo da época, implicaram uma nova atenção aos doentes, o reconhecimento implícito da importância da sugestão e de acções educativas, a utilização da hipnose para ouvir contar uma história na primeira pessoa e o nascimento da clínica psicológica.

O próprio Freud o diz na sua narrativa de 1914 da “História do movimento psicanalítico”: *“Adoptei a fisioterapia, e me senti completamente desanimado com os resultados desapontadores do meu estudo da Elektrotherapie de Erb (1882), que apresentava tantas indicações e recomendações. Se na época não cheguei por conta própria à conclusão que Moebius estabeleceu depois – de que os êxitos do tratamento eléctrico em doentes nervosos são efeito da sugestão –, foi, sem dúvida alguma, apenas por causa da total ausência desses prometidos êxitos. O tratamento pela sugestão durante a hipnose profunda, que aprendi através das impressionantes demonstrações de Liébeault e Bernheim, pareciam então oferecer um substituto satisfatório para o malogro do tratamento eléctrico. Mas a prática de investigar pacientes em estado hipnótico, com o qual me familiarizou Breuer – prática que combinava um modo de agir automático com a satisfação da curiosidade científica – era, sem dúvida, incomparavelmente mais atraente do que as proibições monótonas e forçadas usadas no tratamento pela sugestão, proibições que crivam um obstáculo a qualquer pesquisa”* (pp. 18-19).

Embora interessante, não tem aqui cabimento uma apresentação, mesmo que sumária, das classificações psicopatológicas que, sucessivamente, foram sendo admitidas e consideradas como as mais adequadas para efeitos diagnósticos e, muito menos, as teorias subjacentes e explicativas de um qualquer dado conjunto de sintomas, considerados num dado momento como psicopatológico, por diferentes autores.

Mas vale a pena sublinhar, dois ou três aspectos, que nos conduzem à actual situação de separação de facto (ainda não de divórcio) entre Psicopatologia e Psicoterapia.

A preocupação nosológica da Psicopatologia, claramente dentro de um quadro médico, foi avançando lentamente com sucessivas descrições de

quadros clínicos observáveis, sem que entretanto as etiologias e as terapêuticas pudessem acompanhar o movimento.

Mais do que isso, se as idiotias, as degenerescências e o grande grupo de sintomas a que hoje chamamos de psicóticos prefiguravam os limites da loucura, “o século dos nervos” tinha mostrado que havia um outro imenso território de distúrbios mentais com características, apesar de tudo, bem diferentes e muito mais acessíveis às terapêuticas em uso, ainda que de etiologia desconhecida.

A revolução psicanalítica trouxe para a ribalta a histeria (ainda que hoje duvidássemos da designação em alguns casos apresentados como tal) e acabou por transformar a neurose no seu objecto electivo de investigação e intervenção.

“Com o advento da psicoterapia “profissional, os psiquiatras voltaram o seu interesse para a aplicação de medidas psicológicas aos seus pacientes, mas confinaram-se às neuroses e mais tarde a algumas perturbações de personalidade. Os pacientes crónicos, no entanto, foram relegados para as enfermarias traseiras dos hospitais psiquiátricos, e aí limitados a um cuidado relativo à custódia” (Bloch, 1999, pp. 299-300).

De fora continuavam as psicoses e nem a descoberta dos anti-psicóticos nos anos cinquenta, conseguiu ultrapassar completamente essa barreira prefigurativa da loucura. Verifica-se assim que o objecto que inicialmente se tomou como cerne de investigação continuou lá. O que emergiu, o que veio à tona e promoveu outros e novos discursos e práticas foi o reconhecimento do “homo psychologicus”.

Percursos da psicoterapia

Parece mesmo que foi preciso chegar ao século XIX para o estudo e a investigação sistemática da psique humana, do seu funcionamento e das terapêuticas possíveis para combater o sofrimento psicológico, começarem a ser uma realidade e abrirem ao século XX as portas de um outro uso da palavra, com fins assumidamente terapêuticos e assentes em teorias e modelos que se explicavam a si mesmos.

O conceito moderno de psicoterapia nasce com Freud. Embora antes dele outros tenham realizado trabalho psicoterapêutico digno de registo, e que até se considere que os primórdios de uma psicoterapia científico-empírica (em oposição à mágico-religiosa) tenha sido antevista por Hipócrates e se

tenha começado a desenhar em meados do século XVIII com Mesmer (Frank, 1999), é inegável que a história da psicoterapia se reparte no antes e no depois de Freud.

É Freud que traz para a ribalta um extenso rol de conceitos, que permitem que a neurose em geral se transforme num universo acessível. Mais do que isso, reformulando a sua original e polémica teoria sobre a etiologia sexual da neurose, descobre que o fantasma, enquanto realidade psíquica, é capaz de provocar tantos sintomas e desconfortos como experiências factuais e vividas. A partir daí, assiste-se a um trabalho de construção e reformulação incansáveis em que se pretende entender a psicopatologia mas também a normalidade, os pequenos incidentes quotidianos expressos em lapsos e enganos, a arquitectura do sonho e sobretudo, e talvez o mais importante, o funcionamento daquilo que então se designou como aparelho psíquico.

Paralelamente a uma teoria geral da personalidade, Freud desenvolveu um método de investigação baseado na associação livre e na interpretação das diferentes produções humanas e, o que mais nos interessa de momento, *“um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo”* (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 495).

A sua proposta psicanalítica que, em muitos aspectos se espraia até hoje, à medida que se foi firmando e institucionalizando foi também encontrando dificuldades, algumas das quais o próprio Freud antecipou.

Muitas e novas questões se foram erigindo e impondo: as relativas à duração do processo terapêutico; as concernentes às indicações específicas em termos de patologias e personalidades; as que se referem aos novos contextos de intervenção e aos novos públicos das psicoterapias.

Em poucas décadas, as previsões futurísticas de Freud do dia em que a psicoterapia psicanalítica desceria à rua e aos hospitais gerais, concretizaram-se.

Logo no tempo de Freud e adentro daquilo que se designou como o movimento psicanalítico, desenharam-se tendências e interesses e efectivaram-se todo o tipo de dissidências e fracturas.

Os seus primeiros discípulos foram, na maioria dos casos, os seus melhores críticos o que significou, na prática, rupturas, por vezes abruptas com o mestre, mas também produções independentes extraordinariamente ricas.

Do edifício conceptual que Freud construiu ao longo de uma longa vida, muitos interessaram-se por aspectos específicos e traçaram os seus próprios

caminhos na pesquisa e na reflexão de aspectos que os outros não consideraram tão importantes. É assim que chefes de fila do movimento psicanalítico criaram as suas próprias escolas, os seus próprios discípulos, ensinamentos e técnicas de trabalho terapêutico. Se alguns, toda a vida se reclamaram da psicanálise, outros levaram mais longe as suas divergências e baptizaram com outros nomes as propostas terapêuticas que tinham para oferecer. Surgiu assim a Psicologia analítica de Jung, a Psicologia Individual de Adler e a Vegetoterapia de Reich.

Mas por essa ou outras vias o facto é que, indivíduos de enorme visão e capacidade de reflexão e inovação, foram chegando ao território agora demarcado como o do tratamento psicológico. Indivíduos que pela sua história, pela sua experiência, do mundo e dos outros, chegaram a diferentes perspectivas filosóficas sobre o sentido do homem, da vida, da morte, do adoecer em geral e da doença mental em particular, do comportamento, da aprendizagem, da cognição, da relação, da comunicação.

Diferentes experiências e diferentes filosofias teceram a multiplicidade de propostas terapêuticas de que hoje dispomos.

O percurso histórico das psicoterapias actuais pode, grosso modo, ser traçado em linhas genéricas até aos anos quarenta do século vinte em torno da Psicanálise. Depois da II Guerra Mundial e provavelmente em conexão com ela, um enorme movimento de psicoterapeutas, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa, dedicou-se a explorar outras vias conceptuais e pragmáticas, por associação a diferentes e importantes quadros teóricos e filosóficos. Emergiram assim as Psicologias e psicoterapias existenciais e humanistas, as comportamentais, depois as sistémicas e finalmente as cognitivas.

A partir dos finais dos anos sessenta, meados dos anos setenta, um novo e renovado élan promoveu novas sínteses e assistiu ao nascimento de muitas propostas psicoterapêuticas, que alastraram e se divulgaram nas décadas seguintes: misturando quadros teóricos, seleccionando técnicas adaptadas a novas populações, expandindo os anteriores limites das psicoterapias.

Os anos oitenta assistiram a uma preocupação crescente e alicerçada da compreensão, não só das teorias das psicoterapias e das práticas daí decorrentes, mas das razões porque funcionavam, iniciando-se, por um lado, uma prática de investigação sistemática e, por outro, uma atitude generalizada, eventualmente menos artística mas, seguramente mais científica.

Os anos noventa prosseguiram em direcção à fórmula que inaugura o novo milénio e que se tem vindo a tornar na questão central, senão das psicoterapias, pelo menos dos psicoterapeutas, e que Cordioli sintetiza:

“Até há bem pouco, era usual se tentar definir as características dos pacientes adequados para as diferentes psicoterapias: diagnóstico, condições pessoais, etc. No entanto, tem-se observado, no dia-a-dia da prática clínica, a necessidade de escolher o tratamento mais apropriado a cada paciente, invertendo-se a situação na qual o psicoterapeuta escolhia os candidatos que mais se adequavam ao seu modelo de tratamento, o que nem sempre era a alternativa mais eficiente e de melhor relação custo/benefício” (1998, p. 77).

O estatuto científico das psicoterapias

Uma das discussões mais pertinentes e actuais a propósito das psicoterapias é a do seu estatuto científico.

A vigilância das operações conceptuais e metodológicas das práticas que se proclamam ou se requerem científicas tem sido o objecto da epistemologia que, nalguns casos estabeleceu princípios genéricos de aceitação ou recusa de um dado campo disciplinar como científico ou não.

Em particular até aos anos sessenta e à célebre proposta de Kuhn (1962) sobre o conceito de paradigma enquanto quadro de referências estável, a partir do qual um grupo de cientistas se apoiava para produzir investigação ordenada num dado domínio de estudos específico, as epistemologias dominantes, nomeadamente a corrente empirista, consideravam com desconfiança a maioria das psicoterapias.

A psicanálise, em particular, foi durante muito tempo um alvo privilegiado de crítica, tanto mais que, do seu nascimento até à década de cinquenta, as múltiplas leituras a que foi sujeita a transformavam numa produção plural e polissémica.

O conceito de paradigma com o seu assento na existência de uma matriz e de exemplos veio, de algum modo ajudar a clarificar, a produção em tantos sentidos diferentes, de gerações de psicanalistas e teóricos da psicanálise, mas também de muitos autores que, na senda destes, ou confrontados com novos desafios terapêuticos lançados por populações e contextos muito diversificados, evoluíram para outras propostas terapêuticas.

Kuhn (1962) definiu a matriz de uma dada ciência como um conjunto de métodos, utensílios, critérios e valores dominantemente utilizados na investigação de um dado objecto e os exemplos, considerados como os

modelos, presentes ou invocados para a obtenção ou optimização da matriz disciplinar.

Esclareceu mesmo que, a actividade científica normal, diz respeito à exploração sistemática de um paradigma sobre o qual os cientistas trabalham na resolução dos problemas que enfrentam, e que em retorno, no conhecimento cada vez mais aprofundado do próprio paradigma se obtém novos exemplos.

Um novo paradigma ocorre, ou pode ocorrer, sempre que as respostas procuradas não são possíveis de ser encontradas à luz do paradigma em que se trabalha, o que é possível apenas pelo facto de algumas questões não serem mesmo pertinentes à luz desse paradigma.

Não significa por isso, que anteriores paradigmas entrem em falência ou se extingam. Bem pelo contrário, tem-se verificado uma pluralidade paradigmática que ainda que tendo como cerne um mesmo objecto permite interessantes e caleidoscópicas perspectivas.

Podemos assim, mais do que falar em quadros teóricos de referência, falar em grandes paradigmas a partir dos quais a investigação e prática psicoterapêutica têm evoluído.

Se para a maioria das psicoterapias conseguimos estabelecer um trajecto de proximidade em relação aos grandes paradigmas do nosso tempo, algumas entretanto, escapam a filiações ou esboçam o futuro de paradigmas ainda a emergir.

Na revisão da literatura especializada fica-se facilmente com a ideia, que as psicoterapias “sérias” são aquelas que, amplamente teorizadas ou estabelecidas como modelos, se institucionalizam em torno de grupos, escolas e mais frequentemente sociedades científicas que, por seu turno, promovem o ensino e a formação dessas teorias, modelos e práticas decorrentes.

A maioria das psicoterapias mais clássicas e “nobres” são-no exactamente pelo facto de decorrerem integralmente dos pressupostos teóricos nos quais assentam.

Até à década de sessenta e ao furor terapêutico (Prayer, 1986) que então eclodiu, com a provável excepção do Psicodrama que apenas funcionava, mal estabelecido que estava sobre teorias e modelos, pode-se dizer que a teoria era prevalecente sobre a prática. A partir daí, muita coisa mudou.

Bandler e Gringer (1975) por exemplo, fazem exactamente ao contrário do que era habitual e chegam à proposta da Programação Neuro-

Linguística a partir da observação sistemática do que fazem, de facto, alguns terapeutas independentemente do que eles dizem que fazem: *“Fora das categorias da psicoterapia moderna emergiram alguns super astros carismáticos. Essas pessoas aparentemente desempenham a tarefa da psicologia clínica com facilidade e o prodígio de um mago terapeuta. Chegam até ao sofrimento, a dor, e a morbidez de outros, transformando seu desespero em alegria, vida e esperança renovada. Embora as abordagens que trazem a esta tarefa pareçam variadas e tão diferentes como o dia da noite, todos parecem partilhar de magia e força únicas”* (Bandler & Gringer, p. 25).

Mas, ainda bastante frequentemente, se verifica que muitos psicoterapeutas insistem em chamar ao que fazem designações clássicas e correspondentes à sua formação inicial, ou de base, embora com tantas alterações de “*setting*” e contexto que, se não afirmassem um nome para o processo psicoterapêutico que desenvolvem, ninguém o descobriria. Do nosso ponto de vista, a legitimidade dada por uma formação específica esgota-se no cumprimento do protocolo dessa psicoterapia. Se, se muda tudo (os objectivos, as técnicas, o próprio *setting*) excepto o quadro compreensivo à luz do qual se trabalha, então não faz sentido manter o nome inaugural.

Esta mesma perspectiva é de resto partilhada por muitos psicoterapeutas que, tendo circunstancialmente deparado com contextos e populações muito diferentes daqueles com os quais tinham sido treinados a trabalhar, reformularam a sua própria forma de intervir propondo um outro modelo. Talvez por isso em 1977 existissem mais de quatrocentos modelos distintos de psicoterapia (Karasu, 1977), em 2000 mais de quinhentos (Vasco, 2001) e poucos anos depois se possam referenciar alguns mais, ainda que nem sempre muito bem sistematizados e com pequenas variações entre si.

Definições de psicoterapia

Como seria de esperar, se quisermos cotejar diferentes definições do que são, ou do que têm vindo a ser as psicoterapias, verificamos o próprio desenvolvimento das ciências humanas e da psicologia; a emergência e também o desaparecimento de diferentes pontos focais; a relevância das teorias; o destaque de diferentes aspectos, que, em diferentes momentos são, a propósito, produzidos.

É depois da II Guerra Mundial que as diferentes propostas terapêuticas deixam de ser quase regionalismos e passam a circular como informação útil num Universo mais alargado. Os grandes quadros teóricos das

Psicoterapias estão já estabelecidos. Ainda assim, consultando o Dicionário de Psicologia de Piéron dos anos cinquenta, tal não se diria. Escreve ele que a Psicoterapia era:

“Conjunto de técnicas que visam o tratamento de moléstias mentais por procedimentos psíquicos tais como os métodos pedagógicos, a persuasão, a sugestão, a psicanálise, etc. Distingue-se a psicoterapia individual e a psicoterapia colectiva; esta última ainda abrange os métodos de reeducação social, a terapêutica ocupacional e a terapêutica pelo trabalho” (H. Piéron, 1957, p. 355).

Nesta definição, curiosa e trapalhona pelos critérios actuais, a tónica vai para a doença mental e ilustra a associação da época em que a psicoterapia era ainda uma designação de actividades várias ao serviço da psicopatologia e da psiquiatria. Acresce, que as metodologias psicoterapêuticas referidas são praticamente as mesmas que se poderiam referir trinta anos antes.

Na década seguinte, uma das definições possíveis, é a contida noutro Dicionário de Psicologia, desta vez de Chaplin, segundo o qual a Psicoterapia é:

“Aplicação de técnicas especializadas no tratamento de distúrbios mentais ou de problemas de ajustamento à vida quotidiana...” (1968, p. 473).

As especificações que depois se seguem, algumas discutíveis, outras muito pertinentes, testemunham por um lado, a diluição do peso da doença mental, quer pela utilização da designação de distúrbio, quer pela inclusão dos problemas de ajustamento como objecto de psicoterapia e, por outro lado, a relevância concedida ao uso de técnicas especializadas.

Os anos setenta são, do nosso ponto de vista, os anos áureos da influência psicanalítica que fica bem ilustrada num conjunto de definições contidas em obras de referência da década. Do lado de cá do Atlântico um novo Dicionário de Psicologia, desta feita da responsabilidade de Michel e Françoise Gauquelin, considera que a psicoterapia é a:

“Acção psicológica sobre as perturbações fisiológicas e afectivas. O psicoterapeuta intervém na cura das perturbações caracteriais, neuróticas ou psicossomáticas.

A psicoterapia é, em primeiro lugar, um trabalho de relação de homem a homem. O psicoterapeuta compromete nele a sua personalidade e o seu saber: deve suscitar no doente a confiança e a receptividade” (1978, p. 440).

Neste caso, verifica-se o abandono da anterior ideia de relação directa da psicoterapia com a doença mental, passando esta, a ser considerada como

um tratamento ou um coadjuvante terapêutico de perturbações de diverso tipo entre as quais as fisiológicas e afectivas ganham destaque. Mais importante ainda, parece-nos ser a tónica colocada na importância da relação estabelecida que, pela primeira vez, ganha um destaque primordial.

É também desta década, e sensivelmente no mesmo sentido, a primeira definição que Laplanche e Pontalis (1976), no seu célebre Vocabulário de Psicanálise, dão de psicoterapia: “*No sentido lato, qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize meios psicológicos e, mais precisamente, a relação entre o terapeuta e o doente: a hipnose, a sugestão, a reeducação psicológica, a persuasão, etc.; neste sentido a psicanálise é uma forma de psicoterapia*” (p. 506).

Do outro lado do Oceano, Dewald numa obra de 1973 escreve: “*A Psicoterapia pode ser definida como um processo psicológico que ocorre entre dois ou mais indivíduos, no qual um deles (o terapeuta), em virtude de sua posição e capacidade, procura aplicar sistematicamente conhecimentos e intervenções psicológicas com a intenção de compreender, influenciar e, finalmente, modificar a experiência psíquica, a função mental e o comportamento do outro (o paciente). Essa forma de interacção se distingue de outros relacionamentos entre duas pessoas, pela formalidade do contrato terapêutico (seja explícito ou implícito), o treinamento específico, a habilidade e a experiência do terapeuta e o facto de que o paciente (quer voluntariamente quer por coerção) veio ao terapeuta à procura de auxílio profissional*” (p. 181).

Os anos oitenta por um lado repetem o já adquirido como acontece na definição da Moderna Enciclopédia Universal:

“*Tratamento por métodos psicológicos. A psicoterapia simples, baseada em explicações tranquilizadoras, na sugestão e na hipnose constitui uma ajuda na terapêutica de qualquer doença. A psicoterapia complexa utiliza todos os meios de tratamento psíquico seguindo um plano fixo, por exemplo através da psicanálise*” (p. 221, vol. 15, 1987).

Mas, assiste-se também, a um aprofundamento da importância da relação entre terapeuta e cliente, já no pressuposto do domínio da técnica, e da pertença clara a um quadro teórico. É nesse sentido que vai a definição proposta no Dicionário Geral das Ciências Humanas:

“*A psicoterapia é caracterizada, antes de mais, por uma atitude particular do terapeuta. Esta atitude pode ser definida como uma escuta, simultaneamente atenta, profunda e neutra do discurso do paciente. Esta escuta que transcende o sintoma, tem por objecto conduzir o paciente à elucidação e à tomada de consciência da responsabilidade na sua história*

peçoal. O sintoma aparece, no entanto, como uma posição de retirada ou de fuga da existência na sua negociação contínua com o real. O fim a que se destina a psicoterapia é permitir ao paciente tentar uma nova negociação, precisamente através da relação com o terapeuta, aparecendo então como protótipo singular e apurado de todas as relações inter-humanas.

Qualquer psicoterapia é largamente devedora ao contributo da psicanálise, mesmo se recusa algumas das suas extrapolações psicopatológicas e antropológicas” (Thinés & Lempereur, 1983, p. 765).

Os anos noventa são provavelmente os mais férteis em propostas de definição do que são as psicoterapias.

Logo no início da década, um novo Dicionário de Psicologia dá uma definição extensiva e cuidadosa do que é a Psicoterapia:

“Método de tratamento dos sofrimentos psíquicos por meios essencialmente psicológicos. Consoante a abordagem utilizada, a psicoterapia procura quer fazer desaparecer uma inibição ou um sintoma incómodo para o paciente quer manejar o conjunto do seu equilíbrio psíquico. Os critérios de cura variam igualmente segundo o processo psicoterápico e a teoria que o subentende...” (Doron & Parot, 1991, p. 627).

Neimeyer e Mahoney (1995), por seu turno, escrevem: *“psicoterapia pode ser definida como sendo uma subtil e multicolorida troca e negociação de significados (inter)peçoais. Isso é feito ao serviço da articulação, elaboração e revisão daquelas construções utilizadas pelo cliente para organizar a sua experiência e acção” (p. 6).*

A questão mais importante, surgida nos anos oitenta e desenvolvida convictamente na década seguinte, talvez seja a de que a psicoterapia não é um “tratamento” que os clientes recebem dos psicoterapeutas (Marlatt & Gordon, 1985) mas antes *“es una relación de trabajo entre terapeutas y clientes, encaminada a buscar soluciones a los problemas de los clientes, más ventajosas que las que están utilizando hasta esse momento” (Kleinke, 1994, p. 49).*

A psicoterapia, entendida como relação de trabalho entre terapeutas e clientes tem, obviamente, implicações importantes, nomeadamente a desnecessidade de constructos explicativos da esfera do patológico e consequentemente da noção de cura mas também a responsabilização dos clientes pelas mudanças que desejam que ocorram nas suas vidas (Kleinke, 1994).

A abundância de definições que, apesar de tudo, para cobrirem o extenso leque das práticas psicoterapêuticas emergentes, tendem a ser, ou muito

minuciosas ou muito genéricas, conduz-nos a uma definição ao gosto minimalista dos finais da década de noventa: “*uma psicoterapia é aquilo que os psicoterapeutas designam por esse nome*” (Leal, 1999).

De facto, num tempo em que, a proliferação de corpos profissionais, hiperinformação e centenas de modelos e teorias psicoterapêuticas deixaram de permitir colocar a tónica em objetivos, técnicas ou mesmo populações, parece fazer algum sentido a devolução, aos especialistas, da responsabilidade do que fazem, tanto mais que a multiplicidade de quadros teóricos e de propostas psicoterapêuticas avulsas, assim o parecem implicar.

INVESTIGAÇÃO E FACTORES COMUNS EM PSICOTERAPIA.

Mas, tão importante como o desenvolvimento de novas psicoterapias é o trabalho que paralelamente se tem realizado no campo da investigação.

Não interessa que surjam muitas novas psicoterapias ou que se mantenham os protocolos mais clássicos, interessa perceber se funcionam e como funcionam.

A partir dos anos setenta a investigação em psicoterapia cresceu enormemente sendo hoje um território bem estabelecido que, de acordo com Strupp e Howard: “*The history of the field has been influenced by an interplay between several factors. First, there is a continuing development of psychotherapeutic interventions and the scientific requirement to demonstrate the relative efficacy of different approaches. Next, there is the continuing development of new social science methodologies and statistical techniques that lend themselves more readily to the kinds of questions psychotherapy researchers seek to answer. There is a growing use of psychotherapeutic services on the public’s part and a growing political awareness of quality of life issues and provision of financial support for such services. Finally, there is a study attraction of talented individual researchers to the subtle and complex issues in the empirical investigation of psychotherapeutic phenomena*” (1992, pp. 309-310).

De facto, se num primeiro período o grande desafio lançado à investigação era o de perceber o que fazia funcionar as diferentes psicoterapias – questão que nos anos cinquenta, Eysenck, eventualmente de forma provocadora, colocava a propósito da (im)possibilidade de demonstração pela comunidade científica, do facto de as psicoterapias provocarem mudanças mais substantivas do que aquelas que ocorreriam na sua ausência

– num segundo período, que aliás ainda decorre, a questão parece ser, a de perceber se o que faz com que as diferentes psicoterapias funcionem é, o que têm em comum, ou o que as diferencia, já que a maioria dos resultados de estudos de comparação entre elas, vai no sentido de esclarecer que os resultados equivalentes.

Bibring nos anos cinquenta (1954) afirmava que existiam cinco grupos de intervenções comuns a todas as psicoterapias, a saber:

- A sugestão;
- A ab-reação, quer dizer o alívio emocional através da catarse;
- A manipulação, considerando aspectos tão variados como sejam a manipulação do meio físico ou do ambiente até à orientação ou aconselhamento;
- A clarificação, que não eliminando o conflito, produz “*insight*” sobre material consciente e pré-consciente,
- A interpretação, no sentido da produção de “*insight*” sobre materiais inconscientes.

Este último nível, o da interpretação, devia, do ponto de vista de Bibring ser evitado na psicoterapia de apoio e amplamente usado nas terapias exploratórias.

Também Rogers, nos anos sessenta, e com a sensibilidade particular que o caracterizava, defendeu que o que era necessário estar presente numa relação terapêutica era o mesmo que era preciso para uma relação humana de qualidade: empatia, autenticidade e calor humano, afirmando deste modo o predomínio da relação sobre a teoria ou sobre a técnica. O que sendo uma afirmação de um nível bastante diferente da de Bibring, abria a discussão daquilo que era comum a diferentes psicoterapias.

Depois deles, de uma forma mais discreta ou mais afirmativa, muitos foram os psicoterapeutas que, nem sempre de forma assumida ou inteiramente coerente, destacaram a importância da relação ou de aspectos que consideraram comuns a diferentes psicoterapias.

Na década de oitenta Golfried (1980) chamava a atenção para o facto de todas as terapias se tratarem de **experiências correctivas** e **proporcionarem “*feedback*”**, no sentido de os pacientes aprenderem sobre si mesmos e passarem a compreender os seus pensamentos e comportamentos a partir de diferentes pontos de vista.

Por seu turno, Frank (1985) assinalava como os factores comuns às diferentes psicoterapias:

- A importância da **relação de confiança** estabelecida.
- O **quadro terapêutico** que assinala a formalidade e alimenta as expectativas do cliente de um tipo particular de trabalho.
- A existência de um **racional teórico** que permita uma explicação aceitável dos sintomas do cliente e que prescreva um ritual destinado a resolvê-los, e em que ambos – cliente e paciente – acreditem.

Karasu (1986) considera que as diversas psicoterapias partilham:

- **Uma experiência afectiva**, facilitadora de mudanças,
- Um novo **domínio cognitivo**, capaz de proporcionar diferentes formas de perspectivar a vida e interpretar os acontecimentos,
- Uma **regulação comportamental**, traduzível pelo menos, nas novas maneiras de dar resposta a questões do quotidiano.

Stiles, Shapiro e Elliot (1986) por seu turno, consideraram que em comum, as psicoterapias **tinham factores relacionados com o terapeuta, o comportamento do cliente a aliança terapêutica**. Os factores relacionados com o terapeuta no sentido em que todas as psicoterapias e todos os psicoterapeutas oferecem aceitação, empatia e acolhimento aos seus clientes. O comportamento do cliente, no sentido em que em que em todas as psicoterapias o cliente participa activamente no processo e é estimulado a acreditar que pode mudar e que a psicoterapia é uma ajuda, trabalhando num importante vínculo emocional e na aliança terapêutica, que todas as psicoterapias promovem.

As questões levantadas por estas perspectivas e de todas as outras que privilegiam os factores comuns acabam por destacar elementos tão curiosos quanto difíceis. Nomeadamente:

- A indiferença do uso de técnicas específicas; uma vez que a investigação destaca que diferentes técnicas podem produzir resultados equivalentes.
- Capacidades específicas e pessoais dos terapeutas; uma vez que alguns terapeutas parecem possuir características pessoais ou atitudinais facilitadoras do processo de adesão e da aliança de trabalho;
- A psicoterapia como actividade “artística”. O que endossa a discussão para patamares ainda mais complexos.

O que se verifica pois, e actualmente, é mais uma interessante polémica em que, de um lado alinham os defensores das psicoterapias de “*setting*” –

preocupados em assinalar as diferenças do seu próprio modelo em relação aos outros e a insistir que os bons resultados que conseguem estão directamente relacionados quer com as teorias quer com as técnicas que usam – e, do outro lado, os que defendem que são os factores comuns, os grandes responsáveis pelas mudanças ocorridas, independentemente das teorias e das técnicas usadas.

Claro que fica em aberto o que são afinal os factores comuns e, se existem mesmo, mínimos denominadores comuns que, expressas ou implicitamente, façam parte da atitude e do protocolo de qualquer terapia.

Um extenso conjunto de autores está em crer que sim (Altshuler, 1989, Cordioli, 1998; Frank, 1971; Strupp & Hadley, 1979) e que, seja qual for a terapia, existe:

- Uma relação do cliente com o seu terapeuta muito significativa. Quer dizer, investida emocionalmente e de intensa confiança;
- Uma teoria explicativa dos problemas do cliente e na qual a técnica se fundamenta;
- Novas informações sobre a natureza dos problemas sentidos, e novas perspectivas sobre formas de os manejar;
- Esperança na ajuda que o terapeuta pode proporcionar em função das suas qualidades e capacidades;
- Novas experiências de vida sentidas como positivas e implicando maior autoconfiança;
- Oportunidade para expressar emoções.

Temos pois, novas e interessantes questões que têm em linha de conta: diferenças e semelhanças das teorias e das técnicas; características de personalidade e de comunicação dos terapeutas; contextos de intervenção, problemáticas apresentadas; regionalismos diversos, políticas sociais, valores em uso etc., etc., permitindo a afirmação de Cordioli (1998):

“Hoje em dia cresce cada vez mais a convicção de que cada modelo é mais adequado para a compreensão e abordagem de uma situação específica (por exemplo, a teoria comportamental para explicar as fobias, a cognitiva para explicar certas características do pensamento de pacientes depressivos ou com transtornos de ansiedade; a psicanalítica para explicar a origem de aspectos do carácter, dificuldades nas relações interpessoais, etc.)” (p. 37).

Caracterização das psicoterapias

O consenso de que uma psicoterapia é uma terapia por meios psicológicos esclarece que se trata de um tratamento, de uma forma de curar ou melhorar, o que, em si mesmo, pressupõe doença, deficit ou mau estar anterior. Não diz entretanto muito do que são estes “meios psicológicos”.

Palmade (1984), num clássico de divulgação sobre a psicoterapia, considerava que a partir da própria natureza da intervenção psicológica se podia distinguir diversos “meios psicológicos” que nem sempre possuíam fundamentos sistematizados (p.28) classificando-os em:

- **Terapêuticas pelo repouso e pelo isolamento**, caracterizadas, como o próprio nome indica pelo repouso, nalguns casos mesmo pela total imobilização, e no considerando que o repouso deva ser sobretudo de índole psicológica. Assim a terapêutica deste tipo inclui toda a gama de retiros e internamentos privando o sujeito dos seus estímulos habituais ou afastando-o, deliberadamente, das suas fontes de tensão.
- **Terapêuticas de encorajamento e de apoio** que podem ir das formas mais clássicas e exortivas (Pratt, 1906) até às actuais e sistematizadas psicoterapias de apoio.
- **Terapêuticas dirigidas**, serão aquelas que, fazendo apelo a processos mais conscientes ou mais inconscientes têm como objectivo o traçar de um percurso previamente reconhecido como desejável para o cliente.
- **Educação e a reeducação**, significam aqui, todas as metodologias destinadas a implicar a aquisição de novas competências ou a recuperação de competências perdidas por qualquer acontecimento acidental.
- **Sugestão e a hipnose**, enquanto fórmulas terapêuticas dirigidas, algumas vezes com intenção educativa ou reeducativa mas fazendo apelo a processos inconscientes.
- **Terapêuticas pela actividade** que, incluem: os grupos de actividade, múltiplas formas de terapia pela arte ou ludoterapêuticas, bem como as terapias ditas ocupacionais e ergoterapêuticas.
- **Psicoterapia compreensiva**, em que se incluem sobretudo as terapias existenciais e as metodologias não directivas.

Numa fase seguinte, as psicoterapias foram sobretudo caracterizadas em função das teorias, modelos e hipóteses que lhe estavam subjacentes, permitindo a afirmação básica de uma filiação teórica. Os psicoterapeutas ou aspirantes a tal, diziam-se psicanalíticos, existencialistas, sistémicos,

comportamentalistas ou cognitivistas, independentemente de possuírem ou não formação específica e dos contextos em que trabalhavam. Tratava-se pois de uma questão de gosto.

Ribeiro (1986) afirma que, sendo dado que está sempre presente a trilogia homem–relação–bem-estar, as propostas psicoterapêuticas devem ser consideradas em função do número e dos métodos, quer dizer, do facto de se tratarem de psicoterapias individuais ou de grupo e de os métodos que as orientam serem directivos ou não directivos. O que talvez seja uma forma excessivamente simplificada de considerar um universo de intervenções cada vez mais complexo.

Falar hoje de uma caracterização das psicoterapias quanto ao facto de serem dirigidas a um único indivíduo a um grupo restrito ou alargado, não é, de forma alguma, uma divisão satisfatória, já que praticamente todas as psicoterapias que inicialmente se destinaram ao tratamento caso a caso, em períodos subsequentes alargaram os seus horizontes, os seus objectos e objectivos de intervenção.

É hoje particularmente difícil assegurar que qualquer quadro teórico, qualquer técnica, qualquer relação psicoterapêutica seja apenas, individual ou grupal, tenha efeitos directos nos sintomas ou comprometa um indivíduo como um todo.

É hoje muito claro que as Psicoterapias actuais podem ser categorizadas em função de diferentes critérios.

Alguns compêndios são organizados por autores, outros por psicopatologias, outros preferem escolher os grandes quadros teóricos, alguns dirigem-se para objectos particulares, outros ainda destacam o que de mais recente vai acontecendo etc., etc.

Uma das formas de classificação possível e pedagogicamente interessante, parece-nos ser a que caracteriza as psicoterapias quanto aos objectivos, aos objectos, e aos contextos, simultaneamente, quer dizer, tomando cada uma destas categorias e todas no seu conjunto como definidores de diferentes tipos de práticas.

Os objectivos

No quadro das psicoterapias psicanalíticas, é habitual considerar que existe um espectro de objectivos psicoterapêuticos que, num extremo tem as psicoterapias de apoio, cuja função é essencialmente, como o próprio nome

indica, de apoio e de suporte e no outro as psicoterapias dirigidas ao “*insight*” (também referidas como exploratórias, interpretativa, dinâmica e expressiva), quer dizer, psicoterapias que pretendem um conhecimento profundo e aprofundado das problemáticas e do funcionamento dos sujeitos.

Entre uma e outra podem manter-se os mesmos princípios teóricos e ter-se o mesmo objecto de intervenção. O que muda e faz a diferença são pois as técnicas utilizadas em função da persecução dos objectivos terapêuticos.

Estes objectivos podem pois ir do mero reforço das defesas até àquilo que alguns autores consideram ser uma verdadeira reestruturação da personalidade, pelo acesso e elaboração de materiais inconscientes.

Fora do quadro psicanalítico o panorama é igualmente múltiplo. Existem terapias que assumem como objectivo primeiro a diminuição dos sintomas, a aprendizagem de novas formas de lidar com características próprias ou ambientais, a aquisição das mais diversas habilidades úteis ao indivíduo, a libertação catártica, etc., etc.

Os objectos

Se, como se verifica, os *objectivos* psicoterapêuticos podem ser e são, efectivamente, múltiplos consoante as próprias definições do que é uma psicoterapia, os *objectos* de psicoterapia são igualmente complexos.

De facto a ideia, eventualmente primeira, de que se toma o Homem, o sujeito, o indivíduo em sofrimento como objecto de intervenção é enganadora.

O sujeito de uma psicoterapia pode ser um indivíduo mas, pode igualmente ser uma família, um grupo, ou até uma pequena comunidade.

Pode dar-se o privilégio a uma parte do sujeito, como seja o que exprime sob a forma de queixa ou sintoma, mas pode igualmente desvalorizar-se isso em função de um pressuposto de organização mental que, pode ser considerada ainda em termos do que o indivíduo sabe conscientemente de si mesmo ou, pelo contrário, ignora em função de mecanismos inconscientes.

Pode pôr-se a tónica na forma com o sujeito comunica e se relaciona com os outros e pode tomar-se como objecto o comportamento, as cognições, as

representações que tem do mundo ou até o próprio corpo com as suas tensões, somatizações e conversões.

Em suma, pode dizer-se que o *objecto* de intervenção só em raros casos é que é o sujeito na sua especificidade e individualidade.

Habitualmente, este *objecto* é definido, *a priori*, pelo paradigma teórico em que o terapeuta assenta o seu conhecimento e os protocolos psicoterapêuticos inscrevem-se em modelos teóricos pré-estabelecidos

Os contextos

Durante alguns anos a prática psicoterapêutica restringiu-se a dois contextos específicos: a clínica privada e o hospital psiquiátrico.

Numa conferência pronunciada em Budapeste em 1918 dizia Freud, dirigindo-se aos seus colegas:

“Quería examinar com os senhores uma situação que pertence ao futuro e que talvez lhes pareça fantástica. Mas, a meu ver, merece que acostumemos a ela o nosso pensamento. Sabem muito bem que a nossa acção terapêutica é bastante restrita. Somos poucos, e cada um de nós não pode tratar mais do que um número limitado de doentes por ano, por maior que seja a nossa capacidade de trabalho. Frente à magnitude de miséria neurótica de que padece o mundo o nosso rendimento terapêutico é quantitativamente insignificante. Além disso, as nossas condições de existência humana, limitam a nossa acção às classes abastadas da sociedade” e acrescentava mais à frente *“Por outro lado é possível prever que algum dia chegará a vez de despertar a consciência da sociedade e adverti-la de que os pobres têm tanto direito ao auxílio do psicoterapeuta como ao do cirurgião e de que as neuroses ameaçam tão gravemente a saúde do povo como a tuberculose, não podendo o seu tratamento ser abandonado à iniciativa individual”* (Freud, 1919).

Este tempo, que genialmente Freud intuía há mais de oitenta anos, já chegou. Provavelmente os inimigos já não são só a tuberculose e a neurose, mas nem por isso o espírito da letra que nos convidava a confrontarmo-nos com o trabalho de adaptar a nossa técnica às novas condições, perdeu actualidade (Leal & Ferreira, 1992).

De facto, o evoluir das sociedades Ocidentais com as suas múltiplas contradições, foi gerando sucessivas ondas de preocupação e desajustamentos individuais e colectivos que se foram transformando em

questões genéricas de saúde pública: o desenraizamento das populações, o comportamento como factor primordial de morbidade e doença, a falência das famílias tradicionais, novos hábitos de consumo e de estilos de vida, de relação inter-individuais e mesmo profissionais.

Cada vez mais, e um pouco por todo o lado, a psicoterapia como recurso terapêutico para lidar com diferentes formas de dor, sofrimento, desadaptação, dificuldades e problemáticas humanas, em contextos muito variados, tem desafiado o engenho e a arte dos profissionais deste ofício.

Os contextos de intervenção actuais vão dos centros de saúde e dos hospitais gerais, às prisões e a toda a gama de estabelecimentos de reinserção social, às escolas de todos os graus de ensino, às empresas de média e grande dimensão, às actividades profissionais que necessitam de elevados patamares de auto-conhecimento e controle emocional, aos organismos regionais e nacionais que têm como tarefas implementar políticas de saúde, ambientais, de cidadania, etc., etc.

5º CAPÍTULO

A PSICOTERAPIA DE APOIO

Os comos, os quandos e os porquês?

Sendo, sem sombra de dúvida, a mais comum forma de psicoterapia, a psicoterapia de apoio esteve durante muito tempo mal estabelecida, pouco teorizada, insuficientemente documentada e, parecendo ser uma parente pobre das psicoterapias “nobres”, aquelas que obedeciam a protocolos rígidos ou que, pelo menos, fizeram escola mercê de um qualquer factor (Bloch, 1979; Cordioli, 1998).

De facto, desde que as diversas psicoterapias se começaram a estabelecer e que os psicoterapeutas começaram a obter formação de uma dada escola, a atitude destes, confrontados com clientes sem indicações para a psicoterapia com que habitualmente trabalhavam, podia, e ainda pode ser, bem diferenciada.

Assim, verifica-se que alguns insistem na psicoterapia em que estão formados, modificando técnicas e conceitos até ser praticamente irreconhecível por outros, aquilo que fazem, mas persistindo na designação inicial da sua psicoterapia de formação.

Outros psicoterapeutas, verificando que as transformações que foram levados a introduzir na sua técnica original, acabam a propor uma nova abordagem psicoterapêutica, ainda que circunscrita a uma dada patologia ou a conjunto específico de clientes partilhando um conjunto de sinais, sintomas, problemáticas ou características de personalidade.

Alguns outros psicoterapeutas optam à partida por não se encarregarem de situações e pacientes que assumem não ter indicações específicas para a psicoterapia com que trabalham e promovem o encaminhamento para colegas, de outra formação, ou com uma outra atitude psicoterapêutica.

Há ainda os que, independentemente do seu quadro teórico e da sua formação, decidem fazer psicoterapia de apoio, chamando-a exactamente por esse nome.

Desta última opção, muitíssimo comum, e defensável por razões muito diferentes: quer pelos quadros institucionais em que a maioria dos psicoterapeutas trabalha; quer pelo facto de não quererem perder clientes, sendo dado que o mercado psicoterapêutico não é infinito; quer por considerarem que não devem ser os clientes a adaptar-se às técnicas e teorias mas o inverso; resulta que, usando o quadro teórico com que habitualmente trabalham, e que obviamente não despem para compreender o que é dito pelo cliente e jogado por ele na relação, se disponibilizam a usar técnicas que referenciam claramente o que fazem.

Quer isto dizer que as psicoterapias de apoio podem e são, habitualmente, realizadas por terapeutas de diversas origens teóricas e, muitas vezes, com um treino aprofundado numa escola psicoterapêutica. O que determina portanto o que fazem, não é o não saberem fazer mais nada, mas sobretudo a necessidade do cliente e o contexto específico em que trabalham.

Provavelmente por isso mesmo a atitude generalizada durante muito tempo foi a de que não era preciso aprender a fazer psicoterapia de apoio já que qualquer pessoa com formação em terapias expressivas a poderia realizar sem necessidade de ensino específico (Pinsker, 1994).

Obviamente que esta questão e as discussões decorrentes se centraram numa primeira fase em torno da psicanálise e das psicoterapias inspiradas nela o que permitiu, no limite, que se pudesse afirmar de uma forma extremamente facciosa e reducionista que uma psicoterapia para merecer esse nome não podia ser de apoio e ter funções suportativas. Se tal acontecesse então não seria psicoterapia (Crown, 1988).

Além destas circunstâncias e discussões que explicam porque é que durante muito tempo não se falou de psicoterapia de apoio, a não ser de forma residual em relação a todas as outras, um outro aspecto merece destaque: o tipo de pacientes submetidos a esta psicoterapia.

De facto, o que se verificou durante demasiado tempo, e é facilmente demonstrado pelas duas ou três linhas sobre a psicoterapia de apoio nos compêndios de psicologia, psiquiatria, psicopatologia e afins, foi que, quando não se sabia o que se havia de fazer, por os clientes não corresponderem ao “boneco” que ficava bem à psicoterapia com que se trabalhava ou em que se tinha formação específica então fazia-se: psicoterapia de apoio.

Daí que a afirmação de que: *“As psicoterapias de apoio em geral têm sido tratadas com certo menosprezo, sendo consideradas menos eficazes, mais superficiais e de menor valor que as voltadas para o insight. Deve-se lembrar ainda que os pacientes submetidos às psicoterapias de apoio são,*

via de regra, mais comprometidos e com patologias mais severas” (Cordioli, Wagner, & Cechin, 1993), significa, na prática, não tanto o menosprezo pela psicoterapia de apoio mas pelos clientes dela.

Bloch, na primeira edição de “Uma introdução às Psicoterapias” (1979) dizia que: *“the most illdefined and nebulos of all psychotherapies and tends to be recommended when no other more specific form of treatment is avaiable”* (p. 197). Dezassete anos depois, já numa terceira edição da mesma obra, Bloch assumia que tinha concedido pouca atenção à psicoterapia de apoio e que muitos trabalhos dos anos oitenta e noventa iam exactamente no sentido de valorizar este tipo de intervenção psicoterapêutica sobretudo nos casos de sujeitos com doenças crónicas e naqueles que têm perturbações graves de personalidade.

Ainda assim, define-a como *“uma forma de tratamento psicológico realizado a um paciente num período longo de tempo, muitas vezes anos, de modo a mantê-lo psicologicamente, uma vez que ele é incapaz de gerir a sua vida adequadamente sem ajuda a longo prazo”* (Bloch, 1999, p. 298) e considera que é uma psicoterapia indicada *“para pacientes psiquiátricos que estão gravemente diminuídos, tanto emocionalmente como nas suas relações interpessoais, e para quem não existe perspectivas de melhoria básica”* (p. 301), estando nestes casos os sujeitos com diagnósticos ditos “pesados”: as psicoses incluindo as esquizofrenias, as perturbações delirantes e esquizoaffectivas, e affectivas de qualquer tipo, as perturbações graves de personalidade, as perturbações neuróticas e somatoformes de longa data.

A curiosidade maior deste comentário de Bloch reside, do nosso ponto de vista, na afirmação da não existência de perspectiva de melhorias básicas, o que sendo um comentário, quase ligeiro e absolutamente trivial entre psicoterapeutas de *setting*, implica uma assumpção clara que merece atenção.

De facto, deverá resultar espantoso e paradoxal a declaração de um especialista de que as situações mais graves da psicopatologia não são encaradas como as mais interessantes para os psicoterapeutas de *setting* e não se espera que tenham grandes melhoras, mesmo depois da descoberta e utilização dos fármacos anti psicóticos (Cordioli, Wagner, & Cechin, 1998; Novalis et al., 1993).

Creio que, para os mais desavisados, deverá parecer que se afirma qualquer coisa do género de que para as gripes há muitos e bons tratamentos e técnicos e que para os cancros do pulmão, sendo dado que a esperança é pouca, qualquer cuidado paliativo serve.

Embora não seja rigorosamente assim, a atitude ainda frequente de muitos técnicos ditos de saúde mental vai, bastante mais do que seria desejável, neste sentido.

Curiosamente é o próprio Bloch que afirma que estas psicoterapias estão recomendadas para pacientes com doença crónica. Ficamos sem perceber se o que tinha em mente eram apenas as doenças crónicas de foro psiquiátrico ou todas as doenças crónicas.

De facto, uma das circunstâncias impulsionadoras do estudo mais aprofundado, sistemático e dirigido das psicoterapias de apoio, foi a evolução dos sistemas de saúde, a “des-ghetização” da psicoterapia ao serviço da saúde mental, e o entendimento, preconizado pelos organismos internacionais, que a saúde mental era apenas uma parte de um conceito mais abrangente e interessante que era o de saúde.

O facto de a Psicoterapia de apoio ter os meios para ajudar os indivíduos a adaptarem-se melhor às suas circunstâncias, implicou que pudessem ser as usadas em contextos de saúde geral, onde as outras psicoterapias não tinham cabimento.

É aliás curioso constatar como por vezes os sistemas de pensamento e as suas produções de saber e sobretudo de poder, resultam tautológicos e até perversos.

Por um lado temos as psicoterapias a nascer e crescer no âmbito das doenças mentais, por outro temos o abandono e desinteresse dessas mesmas psicoterapias das mais importantes e graves doenças mentais. Por um lado temos psicoterapias aplicáveis em múltiplas circunstâncias de saúde e doença incluindo as doenças mentais mais graves, por outro temos o desinteresse, alheamento e até menosprezo dessas formas de psicoterapia.

Mas, de facto, e independentemente de críticas, preconceitos, escolas, autores e sistemas de moda é seguro afirmar que os tempos correm a seu favor e que a Psicoterapia de apoio veio, como nenhuma outra, para ficar.

De facto a Psicoterapia de Apoio é a única que se mostra eficaz em contextos institucionais, a única que serve praticamente todas as populações e sujeitos mesmo que *a posteriori* haja indicação para outro tipo de trabalho psicoterapêutico.

A psicoterapia de apoio tem como primeira característica definidora o facto de não decorrer directamente de nenhuma escola, mas antes usar e ser usada. Usa técnicas de diferentes origens e é usada por terapeutas de diferentes escolas e formações, o que sendo a sua enorme vantagem é

também o seu maior problema já que: “*A habilidade em usar tais elementos supõe um conhecimento bastante amplo das diferentes teorias, o que não é usual entre os psicoterapeutas, que geralmente adoptam um modelo preferencial ao qual se afiliam e à luz do qual procuram compreender e tratar os seus pacientes*” (Cordioli, Wagner, & Cechin, 1998, p. 159).

Esta questão, que era especialmente pertinente e complexa nos tempos em que os psicoterapeutas provinham predominantemente duma formação médica, começou a diluir-se nas subsequentes formações muito mais de índole psicológica.

A Psicoterapia de Apoio transformou-se assim, na psicoterapia inerente ao desempenho de um psicólogo clínico independentemente da sua orientação teórica, da sua formação complementar e dos contextos em que trabalha.

Por isso mesmo é, e pretende ser, uma terapia pragmática virada para aquilo que é enunciado como queixa, sintoma ou sofrimento.

Por isso mesmo, alguns autores consideram que a psicoterapia de apoio deve ser indicada como a psicoterapia genérica para todas as situações que não tenham indicação específica para uma dada terapia (Hellerstein et al., 1994).

Modalidades práticas das psicoterapias de apoio

A Psicoterapia de apoio, em rigor, é plural e não singular. Nesse sentido desdobra-se em três grandes modalidades de acordo por um lado, com as características do paciente e, por outro, com as características do contexto. Daqui decorrem consequências, sobretudo ao nível da duração das psicoterapias de apoio, que conduzem a um tipo de classificação que considera que existem psicoterapias de apoio de longa duração e psicoterapias de apoio de curta duração (Cordioli, Wagner e Cechin (1998). Acrescentaremos a estas, as terapias de média duração, que são talvez as mais frequentes.

As psicoterapias de apoio longa duração

São as que mereceram tantos considerandos a Bloch (1999) e que, podem durar toda uma vida, com uma periodicidade semanal ou quinzenal. O factor tempo extremamente alongado decorre da circunstância desta

modalidade da psicoterapia de apoio se dirigirem a pacientes com transtornos severos de personalidade, doentes psiquiátricas medicadas, doenças crônicas exigentes, debilidades mentais e toda a gama de pacientes em situações instáveis, baixo sentido de realidade, ou com forte necessidade de um suporte constante para poderem manter um razoável nível de qualidade de vida.

De acordo com as possibilidades do paciente, e tendo sempre em atenção a criação de uma aliança terapêutica ou de trabalho positiva, pretende-se construir um ambiente “holding” (no sentido de Winnicott) que facilite uma adaptação ao real tão satisfatória quanto possível.

São necessariamente psicoterapias em que a atitude do terapeuta deverá ser simultaneamente estimulante e gratificante e em que o estancamento de material psíquico inconsciente, eminentemente conflitual, deverá ser um objectivo.

As psicoterapias de apoio curta duração

São também, algumas vezes chamadas de “intervenção na crise”, embora esta designação genérica abarque um sem número de conceitos. Neste sentido, queremos dizer que são as psicoterapias que se praticam com sujeitos normalmente bem adaptados, que mercê de circunstâncias inabituais se encontram, temporariamente, impossibilitados de usar os recursos internos e externos que lhes são familiares, em situações próximas do estado de choque (Bancroft & Graham, 1996)

Hobbs (1984) considera que existem dois grandes tipos de situação de crise: um desenvolvimental e outro accidental.

As crises desenvolvimentais são as que se referem a inevitáveis períodos de transição psicossocial que mesmo que consideradas prováveis ou esperadas acarretam grande sofrimento. Estão neste caso situações de doença, do próprio, ou de um familiar próximo, ou de perda por separação ou morte. Todas as fases de desenvolvimento consideradas como potencialmente críticas (nascimento, adolescência, mudanças ou perdas de relações ou emprego, gravidez, menopausa, reforma, etc.) podem, em determinadas circunstâncias, interromper o normal funcionamento dos sujeitos.

As situações accidentais, incluem desastres, naturais ou não, doenças imprevistas (com conotações especiais como seja o caso da sida, ou de diagnóstico incapacitante), vítimas de acidentes (Joseph e col., 1992) ou de abusos sexuais (Ellis, 1983), por exemplo.

Waldron (1984) identificou aspectos comuns à maioria das intervenções na crise, que dadas as enormes diferenças situacionais, não se prestam a grandes esquematizações. Ainda assim, parece importante:

- Uma avaliação inicial rápida;
- Uma intervenção intensiva focada e relacionada com objectivos específicos do “aqui e agora”;
- E um estilo activo e flexível por parte do terapeuta.

A intervenção na crise é habitualmente feita nas horas subsequentes ao episódio traumático, em contextos de internamento ou de relativo isolamento.

A avaliação inicial, deve em si mesma, ser desde logo terapêutica, instalando um clima de confiança e facilitando a expressão emocional, ao mesmo tempo que se mapeia, através da narrativa do sujeito e dos sentimentos expressos, os recursos afectados e os ainda disponíveis.

A fase seguinte, que pode corresponder a uma ou duas sessões diárias, durante alguns dias (habitualmente os correspondentes à situação de isolamento ou internamento), deve focar a problemática mais relevante do sujeito (incluindo os seus principais medos) e a partir daí ajudar a construir estratégias de resolução de problemas (Haaga & Davidson, 1986; Hawton & Kirk, 1989) ou aceder a sentimentos latentes (culpa, agressividade, revolta etc.) de forma a torná-los conscientes e permitir a sua naturalização através da perlaboração.

Qualquer intervenção na crise deve permitir um encontro, ainda que final, de reavaliação em que o paciente, consoante as suas circunstâncias, terá alta, será enviado para psicoterapia de *setting* e, mais frequentemente, continuará a ser visto em Psicoterapia de Apoio de média duração.

As psicoterapias de apoio de média duração

Esta modalidade de psicoterapia de apoio não trabalha necessariamente com situações de crise nem se destinam a pacientes com limitações graves. Ainda assim é frequente que a procura de uma psicoterapia de apoio, ou a aceitação da sua oferta (quando isso é proposto em contextos institucionais) estejam relacionadas com situações dolorosas, acidentais ou desenvolvimentais, em que apesar de haver um funcionamento adaptado do sujeito, a sua vivência subjectiva continua a ser penosa.

Aqui a designação relacionada com a temporalidade surge apenas por um critério de diferenciação em relação às modalidades de apoio psicológico já

referidas, embora tenham um tempo médio de variação entre alguns meses e um ou dois anos, à razão de uma sessão semanal. Centram-se habitualmente sobre uma problemática apresentada e actual e, seja qual for o quadro teórico utilizado, devem centrar-se no restabelecimento das defesas do cliente e na eliminação dos sintomas, se for caso disso.

As Psicoterapias de apoio de média duração são, provavelmente as mais vulgares formas de psicoterapia e são elas que Hellerstein (1994) recomenda como a psicoterapia genérica para todas as situações que não tenham, à partida, indicação específica para uma terapia de *setting*.

São praticadas indiferentemente em instituição ou em clínica privada e fazem parte das competências do psicólogo clínico.

Objectivos das P.A.

Os objectivos mais correntemente expressos como sendo os da P.A., devem ser compreendidos por um lado em função do tipo de clientes a que se destinam (indicações) e por outro tendo em consideração as possíveis ou desejadas mudanças que os mesmos clientes almejam.

Os seus **objectivos** expressos são (Lemperière & Féline, 1977):

- Restabelecer rapidamente o equilíbrio psicológico do indivíduo.
- Obter a máxima melhoria sintomática.
- Reforçar as defesas.
- Melhorar a adaptação ao meio.

Também Wolberg (1965) defende como objectivo das terapias de apoio o fortalecimento das defesas existentes e a elaboração de novos e melhores mecanismos de defesa bem como a recuperação dos mecanismos homeostáticos.

Cordioli, Wagner e Cechin (1993) por seu turno consideram que os **objectivos** da psicoterapia de apoio são essencialmente os de manter ou restabelecer o nível de funcionamento prévio do indivíduo, mediante:

- Reforço de mecanismos de defesa adaptativos.
- O afastamento de pressões ambientais demasiado intensas.
- A adopção de medidas que visam o alívio dos sintomas.

Consideram ainda que podem procurar:

- Promover o crescimento emocional, estimulando activamente a ultrapassagem das etapas evolutivas.
- A aquisição de maturidade emocional mediante a promoção da autonomia, a consolidação de uma identidade própria, o estabelecimento de uma auto – imagem estável e integrada do self e a melhorar a capacidade de julgamento da realidade.

As psicoterapias de apoio destinam-se a ser utilizadas:

- Isoladamente como abordagem terapêutica essencial ou única praticável
- Como abordagem terapêutica anterior a qualquer outra de maior profundidade especialmente em situações em que os sujeitos estão demasiado frágeis ou pouco motivados.

Técnica das P.A.

As P. A do ponto de vista da **técnica** são subsidiárias não só da formação e do quadro teórico do terapeuta como também da própria situação e circunstância do utente. As atitudes mais habituais da parte do terapeuta em psicoterapia de apoio são:

- Uma certa **directividade**, no sentido em que aspectos dos recursos externos do indivíduo podem ser directa ou indirectamente intervencionados.
- **A sugestão**, no sentido duplo de sugerir e suggestionar.
- **A persuasão**, como forma combinada de análise e avaliação objectiva da situação.
- **A securização**, como fórmula espontânea de desdramatizar genericamente ou em situações de crise.

Também Cordioli, Wagner e Cechin (1993) estabelecem que as P.A. se destinam basicamente a reforçar determinadas funções do ego, utilizando a influência que o terapeuta exerce sobre o seu cliente através da **sugestão** e do aumento do **auto-conhecimento**:

Como técnicas baseadas na sugestão propõem:

- A sugestão,
- O controle activo,

- A securização,
- O aconselhamento,
- A catarse.

Como intervenções de apoio destinadas a ampliar os aspectos cognitivos e de auto-conhecimento falam de:

- A educação,
- A clarificação,
- A confrontação.

A **sugestão** tem como objectivo induzir uma ideia ou um sentimento e no caso da P.A. de produzir modificações na vontade expressa pelo cliente. Pode ser considerada como um recurso utilizado e utilizável quando se verifica uma situação da parte do cliente de não vislumbre de realidades alternativas. O terapeuta utiliza a sua própria capacidade de avaliação do real para sugerir cenários alternativos. Os riscos de utilização desta técnica são vários:

- A sugestão ser tomada como indicação,
- A instalação no cliente de um clima de demissão em relação aos seus próprios problemas,
- O aumento da dependência em relação à situação psicoterapêutica.

Para minimizar estes riscos deve o terapeuta oferecer não uma mas várias sugestões, discutindo com o cliente vantagens e inconvenientes de cada uma delas e deixando ao paciente a responsabilidade da decisão.

O **controle activo** é por vezes entendido como a “intervenção na qual o terapeuta assume funções de ego-auxiliar, decidindo, executando (ele mesmo ou auxiliares por ele designados) funções que o paciente momentaneamente é incapaz de desempenhar” (Cordioli, Waner, & Cechin, 1993)

Pensamos que e, atendendo ao padrão cultural em que estamos inseridos, o controle activo só de forma absolutamente excepcional pode ser entendido como a tomada de decisão por parte do terapeuta de decisões que competem ao cliente. Consideramos que o controle activo se deve referir a aspectos concretos e parcelares dos recursos externos do cliente na circunstância da sua impossibilidade. Estamos a pensar por exemplo no contacto directo com outros técnicos, familiares ou entidades relevantes

para a resolução de uma problemática difícil ou complexa. Por exemplo a entrada numa comunidade terapêutica para um toxicodependente, uma conversa com uma família maltratante, a discussão com um professor de uma estratégia adequada de aprendizagem ou com um assistente social a propósito de uma situação de alguém que ficou sem nenhum tipo de recurso social.

A securização, é a técnica pela qual o terapeuta simultaneamente tranquiliza o seu cliente e reforçando a sua auto-estima através da expressão de concordância com uma ideia, pensamento atitude ou decisão. Muitas vezes esta securização faz-se através de elogios (Winston, 1968) que devem sempre ser genuínos e não-sistemáticos. Por exemplo o facto de um cliente ser desmazelado com a sua apresentação pode justificar num dado dia em que aparece mais cuidado a exclamação do “que bonito!” ou do “que bem que fica”. Outras vezes a gratificação é proporcionada exclusivamente pelo assentimento do terapeuta com uma ideia ou uma decisão expressas pelo cliente, ou através da rememoração de circunstâncias idênticas em que o cliente teve sucesso nas suas iniciativas.

O aconselhamento consiste na explicitação, sugestão ou recomendação por parte do psicólogo de atitudes ou decisões do cliente com vista a reforçar o paciente ou aspectos saudáveis da sua personalidade, a reduzir sintomas ou a evitar crises. Esta técnica não deve ser confundida com a já apresentada técnica de controlo activo já que apenas diz respeito a aspectos de recursos internos eventualmente actualizáveis em acções e iniciativas do paciente.

De algum modo esta técnica é herdeira do aconselhamento usado em sentido restrito e referido à orientação educacional e profissional tal como foi estabelecida nos seus primórdios e desenvolvida na década de sessenta. Nessa altura e no seguimento da “febre” psicotécnica das décadas anteriores procurava -se através do aconselhamento que o indivíduo se dirigisse tanto quanto possível na direcção apontada pelos seus recursos patenteados ou expressos e que desenvolvesse todo o seu potencial através de tomadas de decisão que lhe fossem satisfatórias.

A catarse que já Aristóteles explicava que era a libertação das paixões humanas através de métodos específicos, nomeadamente pela representação dos seus sentimentos é, no essencial, uma purgação (catharsis). Breuer retomou o termo para designar o tipo de tratamento pelo qual o histérico, se libertava dos seus sintomas representando, sob hipnose, a cena que estava na sua origem.

Ligado ao conceito de catarse está um outro, o de ab-reacção. A ab-reacção é, se quisermos, “*o caminho normal que permite ao indivíduo reagir a um acontecimento e evitar que ele conserve um quantum de afecto demasiado importante. No entanto, é preciso que essa reacção seja “adequada” para que possa ter um efeito catártico*”. (Laplanche & Pontalis, 1976).

A ab-reacção pode surgir de forma espontânea, separada até do traumatismo inicial por um intervalo de tempo mais ou menos longo ou, pode ser provocada no decorrer de uma psicoterapia.

Na catarse ocorre uma reacção de libertação, originada pela rememoração de uma emoção recalçada ou de um conflito não resolvido (Moderna Enciclopédia Universal, p. 27, vol. 5, 1985).

Assim a catarse é uma técnica usada com o fim de conduzir o cliente a exprimir emoções ou sentimentos. Uma crítica clássica ao uso sistemático desta técnica em qualquer proposta psicoterapêutica e também em P.A. é de que o uso e abuso da expressão emocional transforma o contexto terapêutico num local de “despejo” de afectos exacerbados e desconfortos afectivos não proporcionando em si mesma nenhuma capacidade transformadora ou de elaboração dos próprios conflitos. Embora nos pareça uma crítica aceitável é indesmentível a importância desta técnica quer pela importância que acaba por ter na aliança terapêutica quer por abrir espaço ao uso de outras técnicas que aprofundem e signifiquem a necessidade e o valor do desabafo.

A **educação** é um nome possível para as intervenções do terapeuta que possuem um carácter pedagógico e informativo sobre assuntos ou situações que são relevantes para o cliente. Inclui-se aqui, por exemplo, o ensino de uma técnica de relaxação ou de controlo respiratório. Inclui-se todo o tipo de informação “por medida”, como por exemplo a que é fornecida numa consulta de planeamento familiar sobre anti-concepção, numa consulta de sexologia sobre anatomia e técnicas específicas para controlo de uma dada disfunção sexual, numa consulta de diabetes sobre a evolução previsível da doença e os cuidados a ter etc., etc.

A **clarificação** destina-se a reforçar as defesas egóicas tendo como objectivo o alívio de sintomas através da melhoria da capacidade de controlo. Aproveita o que atrás foi dito sobre a técnica de entrevista com o mesmo nome mas agora com o fim terapêutico de permitir ao cliente perceber melhor os seus sintomas, afectos, atitudes e aspectos da realidade e a relação entre isso tudo. Visa por tanto aumentar a compreensão geral

das estruturas cognitivas, proporcionando a integração de processos mentais e nessa medida um maior controlo e uma redução da ansiedade.

A **confrontação** aproveita igualmente tudo o que anteriormente foi dito com a técnica de entrevista com o mesmo nome mas destina-se agora enquanto técnica terapêutica a aumentar a capacidade de discriminação das realidades externas e internas e a promover o auto conhecimento e o juízo da realidade. Nesse sentido o psicólogo chama a atenção do cliente para semelhanças e diferenças no material apresentado a fim de promover a compreensão sobre processos mentais dissociados. Por exemplo, é habitual que a técnica de confrontação se centre sobre a avaliação da congruência ou incongruência entre aquilo que o paciente diz que pensa diz que sente e diz que faz.

Indicações e limites

O grande problema de muitas psicoterapias é o facto de as suas indicações serem muito precisas da mesma forma que são as suas contra-indicações. Quanto mais sistematizada e protocolar é uma psicoterapia mais restrito é o seu campo de aplicação. O número crescente de propostas terapêuticas e modelos de intervenção para patologias e problemas do nosso tempo se, por um lado dá conta do dinamismo e da vivacidade da psicologia actual, por outro exprime bem o facto de os modelos mais clássicos serem inaplicáveis aos contextos em que os psicólogos clínicos trabalham ou às populações a que se dirigem.

As P.A., são por definição as psicoterapias indicadas para todas as situações e clientes que procuram respostas em clínica institucional, e também para muitas que as buscam em clínica privada e não têm as condições necessárias para outro tipo de encaminhamento. Estão neste caso:

- Os indivíduos que sofrem de patologia psicológica ou psiquiátrica grave.
- Os indivíduos em situação reactiva que normalmente são bem adaptados.
- Os indivíduos em situações de grande ansiedade e possuindo Egos muito frágeis e por isso incapazes de assumir sem risco de descompensação uma intervenção mais aprofundada.
- Os indivíduos imaturos, depressivos crónicos ou psicasténicos em que a terapia de apoio pode facilitar a assumpção da existência quotidiana.

- Os indivíduos com esquizofrenias ou estados delirantes crónicos, com acompanhamento farmacológico prolongado, que precisam de especial atenção de forma continuada às suas questões afectivas, às diferentes etapas da sua vida e da sua inserção social, profissional e familiar.

Como indicações para as psicoterapias de apoio Cordioli, Wagner e Cechin (1993) apontam, de resto, a semelhança do que o fazem Ursano e Silberman (1988)

- Teste de realidade comprometido, ou seja dificuldade em separar realidade e fantasia e para reconhecer limites entre si mesmos e os outros.
- Baixo controle dos impulsos com necessidade frequentar de exteriorizar afectos de forma destrutiva para si próprios ou para os outros e implicando dificuldades de conter e reflectir sobre os próprios sentimentos.
- Relações interpessoais pobres nomeadamente a incapacidade de estabelecer e manter relacionamento estáveis com níveis mínimos de confiança, intimidade e trocas.
- Dificuldades emocionais, sendo os afectos experimentados de forma ou exagerada ou inibida em relação à situação que os desencadeia.
- Baixa capacidade de sublimação e conseqüente dificuldade de canalizar energias para actividades criativas.
- Baixa capacidade de introspecção com pouco interesse e pouca curiosidade em compreender-se
- Dificuldade em comunicar os próprios sentimentos.
- Nível intelectual baixo.

Como contra-indicações consideram:

- Indivíduos com incapacidade de estabelecer a aliança terapêutica ou uma relação honesta com o terapeuta.
- Indivíduos sem motivação para a mudança.
- Indivíduos com sintomas com ganhos secundários difíceis de ser abandonados por serem agradáveis.

Estimam ainda que a P.A. não deve ser a opção preferencial para indivíduos que tenham indicações específicas para outras psicoterapias.

Questões éticas e deontológicas

Qualquer profissão abriga-se de eventuais acusações de má prática sob a capa de códigos deontológicos que regulamentam o seu exercício. Na maioria dos países em que a profissão de psicólogo existe, existem igualmente associações de cariz profissional que de alguma forma garantem a qualidade do exercício profissional dos seus associados. Em Portugal, existem várias associações com este fim, algumas de cariz eminentemente científico e outras mais viradas para dimensões profissionais. Não existe entretanto, até à data, um organismo centralizador e controlador do exercício profissional do género “Ordem” ou “Câmara” como acontece para muitas outras profissões que podem ser exercidas liberalmente.

Algumas destas sociedades e associações têm proposto quer códigos de conduta genéricos, quer códigos de conduta em situações específicas, um pouco à semelhança do que se faz em todo o mundo. Estão neste caso, o Regulamento Deontológico dos Psicólogos promovido pelo Sindicato Nacional dos Profissionais de Psicologia e a Sociedade Portuguesa de Psicologia, os Princípios deontológicos no uso dos testes e na avaliação psicológica, e os Princípios Éticos, promovidos pela Associação dos Psicólogos Portugueses (APPort).

O Regulamento deontológico dos psicólogos (1985) distribui-se por 3 capítulos. O 1º referido aos Princípios Fundamentais da actividade profissional, o 2º que regulamenta um conjunto de aspectos do Exercício profissional (âmbito de competências, responsabilidade, sigilo profissional, relações com os tribunais, relações com os clientes, honorários, relações com entidades patronais, técnicas utilizadas, relações com os colegas, publicidade profissional, declarações públicas e comunicações científicas e publicações) e, um 3º de Disposições finais.

Por seu turno os Princípios Éticos (APPort) depois de um extenso preâmbulo apresentam ao quatro princípios básicos a serem considerados num processo de tomada de decisão ética, a saber: Competência, responsabilidade, respeito pelos direitos e dignidade humanas e integridade. Num outro momento apresentam os princípios específicos derivados destes princípios básicos: Responsabilidade, competência, respeito pelos outros, confidencialidade, avaliação e intervenção, afirmações públicas, relações profissionais, investigação e responsabilidades éticas.

Com mais ou menos detalhe existe em Portugal como no resto da Europa um implícito respeitoso em relação àquilo que está contido na Carta Ética dos Psicólogos no que se refere aos seus princípios fundamentais:

A competência

As competências do psicólogo são resultantes de uma formação teórica e prática de alto nível, sempre reactualizadas. Obrigam-se a garantir as suas qualificações através dos seus estudos, da sua formação e da sua experiência específica a partir dos quais fixam os seus próprios limites.

A responsabilidade

No quadro da sua competência o psicólogo assume a responsabilidade de escolha da aplicação, das consequências, dos métodos e técnicas que usa e dos pareceres profissionais que emite em relação a pessoas, grupos e à sociedade.

Recusa toda a intervenção, toda a função teórica ou técnica que entre em contradição com estes princípios éticos.

Respeito e desenvolvimento do direito das pessoas e da sua dignidade

O psicólogo respeita e promove os direitos fundamentais das pessoas, da sua liberdade, da sua dignidade, da perseveração da sua intimidade e da sua autonomia, do seu bem-estar psicológico.

O psicólogo não pode cometer actos (psicológicos) a não ser com o consentimento informado das pessoas visadas, salvo disposições legais imperativas. Reciprocamente, qualquer pessoa deve poder de acordo com a sua escolha dirigir-se directa e livremente a um psicólogo.

O psicólogo garante a confidencialidade da intervenção psicológica e respeita o segredo profissional e a perseveração da vida privada mesmo quando tem de fornecer dados da sua intervenção.

O estabelecimento da relação

A possibilidade de realizar uma P.A. acontece, e só acontece, se a partir de um conjunto de entrevista se consegue estabelecer uma relação suficiente para que ambos, psicólogo e cliente, a desejem continuar e aprofundar no sentido de produzir algum tipo de mudança no cliente.

Uma das particularidades da intervenção psicológica e psicoterapêutica em geral e das P.A. em particular é o facto de assentar directamente na qualidade da relação que se vai estabelecendo. A mudança, a possibilidade de mudança ocorre **na** e **pela** relação o que implica que esta mereça uma consideração muito particular. Diferentemente do que se passa por exemplo numa consulta médica ou jurídica em que o que se assume que o que trata, no primeiro caso é o medicamento ou a terapêutica que o paciente seguirá, ou que, no segundo caso o que resolverá o problema será as negociações, petições, requerimentos ou processos em tribunal subsequentes, na P.A. fica implícito que o que o indivíduo for capaz de mudar decorrerá directamente do trabalho que conseguir realizar naquela específica relação com o terapeuta.

O início da P.A.

Existe hoje em dia uma já vasta literatura que confirma a importância da fase inicial de qualquer processo terapêutico. Sabe-se que é na fase inicial de uma terapia que se joga a permanência ou não dos sujeitos no processo (Bosch, 1980; Langs, 1973; Nash, 1965; Ryan, 1985; Saltzman, 1976). Sabe-se igualmente que a maioria dos “drop-out” acontecem nesta fase por razões variadas que vão da incongruência de objectivos entre terapeuta e cliente (Bosch, 1980; Frances, 1984; Frank, 1978) da impossibilidade de explicitar um foco (Langs, 1973; Sifneos, 1979) ou da dificuldade de estabelecer uma boa relação com o terapeuta (Allen, 1984; Luborsky, 1976, 1983; Marziali, 1981, 1984).

O início de uma psicoterapia tem dois objectivos fundamentais:

- O estabelecimento da relação,
- A determinação da tarefa psicoterapêutica.

O estabelecimento da relação refere-se ao período em que psicólogo e cliente buscam o vínculo que sirva de suporte à comunicação. Trata-se de um tempo de conhecimento mútuo em que se aconselha que o psicólogo ofereça: uma disponibilidade de tempo suficiente para o cliente poder falar dos seus problemas o mais livremente possível; uma atitude atenta em relação relato (sem muitas interrupções nem perguntas periféricas); cuidado em não emitir nenhum tipo de juízos de valor; capacidade de entender o pedido; cordialidade para responder às dúvidas e temores demonstrados pelo cliente neste período, de uma forma genérica e também referidas ao trabalho terapêutico (Ceitlin & Cordioli, 1993).

A determinação da tarefa terapêutica refere-se no essencial ao projecto terapêutico que se pode estabelecer de acordo com um conjunto de factores. Em primeiro lugar as necessidades e expectativas do cliente (Kerneberg, 1984). A questão da avaliação dessas expectativas é, por isso mesmo, um trabalho que o psicólogo deve realizar. Nem sempre as entrevistas iniciais são suficientes para que o psicólogo perceba a qualidade e profundidade do desejo de mudança do seu cliente, até porque as queixas iniciais se referem habitualmente a situações problemas concretas que acarretam sintomas subjectivos. Daí que a determinação da tarefa terapêutica seja uma construção plural do psicólogo e do seu cliente. Psicólogo que a partir do seu quadro teórico de referência tentará situar e perceber a problemática que lhe é narrada e cliente que, muitas vezes, tem expectativas desadequadas em relação ao trabalho terapêutico ou investe neste, capacidades mágicas. Importante na determinação da tarefa terapêutica é igualmente a avaliação que o psicólogo faz dos recursos do seu cliente e o estabelecimento de um foco. Uma zona focal é ou uma área central, ou pelo menos acessível, na problemática do cliente que se toma como primeiro objectivo de intervenção. A explicitação do foco deve, sempre que possível, ser feita.

O contrato terapêutico

Em rigor uma P.A. tal como qualquer outra psicoterapia só tem início uma vez estabelecido um contrato que, por maior de razões, se designa por contrato terapêutico. Qualquer contrato pretende “*ab inicio*” definir as regras de funcionamento e enunciar os fins em vista. Também aqui o contrato terapêutico pretende estabelecer os objectivos da terapia e as regras em que ela deverá decorrer.

Os objectivos só podem ser estabelecidos uma vez compreendida a problemática do cliente. As entrevistas clínicas que precedem a proposta de um contrato servem exactamente para o cumprimento deste objectivo. Casos há em que o contrato não pode ser fechado por não se conseguir estabelecer acordo entre psicólogo clínico e cliente. Algumas vezes o pedido enunciado pelo cliente é desrazoável, pouco realista e a negociação empreendida pelo psicólogo para o tornar mais adequado não têm sucesso.

Faz igualmente parte do contrato o acordo das modalidades práticas de funcionamento, ou seja a periodicidade das sessões, o tempo de duração de cada uma delas e caso seja possível o tempo previsto para a duração da P.A. Esta última questão é talvez a mais complicada, porque como vimos uma P.A., tanto pode ser realizada em meia dúzia de sessões no espaço de

um único mês, como em décadas de sessões periódicas. Caso a caso, de acordo com a própria experiência do psicólogo ou depois de devidamente supervisionado deve este propor um tempo ou pelo menos marcar uma data para se fazer o balanço dos progressos obtidos.

Vale a pena recordar que uma vez estabelecido um objectivo pragmático para a P.A., esta se torna previsível. Acontece entretanto muitas vezes que, uma vez conseguido esse objectivo, se estabelece um outro diferente do primeiro. Sempre que isto acontece, ou seja, sempre que um objectivo terapêutico previamente contratado é atingido deve-se proceder ao estabelecimento de um novo contrato ou à reformulação do pedido inicial. Esta renegociação permitirá ao cliente dar conta do seu próprio progresso.

A aliança terapêutica

A aliança terapêutica é uma forma particular de colaboração activa entre o terapeuta e o cliente que assenta num contrato em que as responsabilidades e os papéis de ambos estão bem definidos. É necessário que se estabeleça entre os dois uma relação de confiança *“baseada no interesse e na competência do terapeuta para que o paciente se anime a expor seus problemas e acredite na efectiva ajuda do tratamento”* (Ceitlin & Cordioli, p. 59).

Seja qual for a orientação teórica do terapeuta a questão da importância de um elo significativo que ligue terapeuta e cliente é hoje consensualmente aceite. A questão da aliança terapêutica, anteriormente um conceito dos psicólogos e psicoterapeutas de formação analítica, é hoje de todos. Dizem Beck e Freeman (1993):

“Um dos principios norteadores da terapia cognitiva consiste em instilar no paciente um senso de cooperação e confiança” (p. 48). E acrescentam:

“Com a maioria dos pacientes com transtornos de personalidade necessita-se de uma relação terapêutica mais íntima e calorosa do que em transtornos agudos.” (Beck & Freeman, 1993, p.49).

A aliança terapêutica vai-se fortalecendo na medida em que cliente e terapeuta consigam um entendimento comum sobre o que constitui o problema do cliente, a sua natureza e a estratégia a ser adoptada para removê-lo ou modificá-lo (Ceitlin & Cordioli, 1993; Luborsky, 1976).

Luborsky (1976) considera que existem um conjunto de comportamentos e atitudes do terapeuta que são muito importantes para a construção da aliança terapêutica:

- Ser receptivo aos problemas e objectivos do paciente;
- Demonstrar entender e aceitar o paciente;
- Ser capaz de reconhecer quando o paciente faz progressos;
- Acreditar e demonstrar que o paciente é capaz de entender-se;
- Considerar o trabalho terapêutico como uma tarefa conjunta (em consequência usar o nós);
- Ressaltar as experiências positivas da relação terapêutica (do nós);
- Apoiar o paciente na manutenção de defesas úteis e de actividades construtivas.

A escuta terapêutica

Em qualquer terapia escutar não é ouvir.

Pretende-se com esta designação de escuta assinalar um trabalho activo de atenção, selecção e elaboração do material trazido pelo cliente em qualquer situação de terapia e também em P.A.

A Psicanálise fala de **atenção flutuante** como o tipo de atitude que o analista deve adoptar não privilegiando *a priori* qualquer elemento do discurso do analisando. Para que isso seja possível deve “*deixar funcionar o mais livremente possível a sua própria actividade inconsciente e suspender as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Esta recomendação técnica constitui o correspondente da regra da associação livre proposta ao analisando*” (Laplanche & Pontalis, 1976, p. 74).

Na P.A. se é possível em alguns casos e situações específicas o recurso à atenção flutuante é muito mais comum a utilização de uma **atenção selectiva**, que corresponde exactamente ao oposto. De facto, a atenção selectiva procura estabelecer conexões entre todo o material que o cliente traz e o conflito focal previamente delimitado. Nesse sentido, ocorre uma “negligência selectiva” de materiais ainda que interessantes mas não relacionáveis com o foco estabelecido (Lemgruber, 1987).

Ainda assim, prevalece o conceito de escuta, não só porque ocorre um finíssimo trabalho de selecção e elaboração do material trazido pelo cliente mas também porque esse trabalho não se centra exclusivamente nos conteúdos manifestos, antes assume, de acordo com a orientação teórica do psicólogo, uma relação de significância com a teoria de que dispõe.

O padrão terapêutico

Designamos por padrão terapêutico o conjunto de atitudes do terapeuta e regras expressas por ele e referentes à psicoterapia que ajudam o cliente a qualificá-la como um tempo e um espaço com potencialidades transformadoras.

A noção de padrão aparece sobretudo na psicoterapia grupal tal como a propôs Eduardo Cortesão (1989) e em contraponto ao conceito de matriz grupal.

Do nosso ponto de vista entretanto, o padrão psicoterapêutico é um conceito relevante para qualquer psicoterapia. Na P.A. em particular, ainda que se realizem várias entrevistas prévias que de alguma forma encaminhem quer a relação quer o projecto terapêutico, a especificidade da maioria dos clientes, do contexto e dos próprios objectivos expressos não facilitam a enumeração de um conjunto de regras que regem o próprio desenvolvimento da P.A. Seria absurdo e catastrófico para a relação que o momento de fechar o contrato terapêutico fosse igualmente o momento de informar o cliente da importância de faltas e atrasos, de questões ligadas aos honorários ou às ofertas, da atitude que o cliente deve adoptar em relação a outros clientes que, eventualmente conheça ou venha a conhecer, da atitude que o terapeuta adoptará se familiares do paciente o pretenderem contactar etc., etc.

Todas as regras de procedimento acabarão entretanto por surgir na relação mercê quer da atitude do terapeuta quer de comentários a situações pertinentes que entretanto vão acontecendo. Tudo isso tenderá a organizar-se como um padrão consistente e congruente que permitirá a breve prazo que o cliente compreenda a situação terapêutica como diferente de outras, centrada sobre si mesmo e potenciadora de transformações que deseja.

A supervisão

Qualquer prática profissional é supervisionada durante algum tempo. Este tempo, bastante variado consoante a responsabilidade e dificuldade da tarefa pretende assegurar um controlo de qualidade do próprio desempenho.

No caso dos psicólogos clínicos que se dedicam à P.A. a supervisão é um trabalho constante, nunca acabado e paralelo aos casos que seguem. A supervisão, que no essencial é a discussão de casos, projectos terapêuticos, estratégias de intervenção e também a análise dos processos contra-transferenciais, é habitualmente feita de uma das seguintes formas:

- Em meio institucional, por um colega sênior que trabalha na mesma área.
- Em privado, por um colega sênior com experiência na área.
- No âmbito de sociedades científicas como momento privilegiado da formação.

É prática corrente entre nós a existência de dois supervisores. Um de cariz mais institucional ou mais ligado ao tipo de casos com que o psicólogo clínico costuma trabalhar e outro mais próximo de uma sociedade científica ou do modelo teórico da opção do psicólogo.

Desenvolvimento da psicoterapia de apoio

Uma P.A., tanto pode ser uma psicoterapia de curta duração com meia dúzia de sessões previamente marcadas e em dias contíguos, como pode durar vários meses ou anos num ritmo de uma sessão semanal. Pode inclusive atravessar várias décadas de vida do terapeuta e do cliente.

É relativamente frequente em contexto institucional mas também em clínica privada que um sujeito que vá ser submetido a uma intervenção cirúrgica que teme, uma mulher que vá ter um bebé e que se sinta com medos, alguém que tenha um familiar próximo em situação de crise e não saiba como lidar, procurem ou aceitem uma psicoterapia de apoio centrada num problema que sabem enunciar. Nestes casos é possível estabelecer um contrato terapêutico que se traduz por umas tantas sessões mesmo que se estabeleça a necessidade de um *follow-up* posterior.

Muitos dos pedidos que entretanto surgem em clínica privada e também em contexto institucional têm que ver com lutos por fazer, situações relacionais e afectivas complexas, questões de autonomia e de dependência a vários níveis que justificam intervenções temporalmente mais demoradas.

Em situações de patologia física ou psíquica graves a psicoterapia de apoio instala-se na vida do cliente exactamente como o seu nome indica como apoio. Nestes casos as psicoterapias são a possibilidade de um relativo conforto emocional e de um razoável desempenho social às vezes por muitos anos.

Nestes diferentes processos ocorrem entretanto situações tipificadas que convêm ter presentes.

As crises

O conceito de crise é um conceito fundamental em termos genéricos e, é-o ainda mais, para as P.A. Lindemann (1944), um dos primeiros autores a debruçar-se sobre as situações de crise considerou que estas eram distúrbios agudos, frequentemente prolongados, que podem ocorrer como resultado de um risco emocional. A situação de risco emocional ou potencialmente crítica (Lemgruber, 1987) foi definida por Lent (1971) como qualquer situação difícil na qual o indivíduo não pode utilizar o seu repertório habitual de respostas para lidar ou resolver a situação.

Também Caplan e col. se interessaram por construir uma teoria da crise. Caplan (1963) definiu crise como sendo um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema para adaptar-se interna e externamente. Por seu turno Rapoport (1965) falou de crise no sentido de uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio. Também Erickson (1959) usou o mesmo termo mas, desta vez, para designar as várias etapas do desenvolvimento normal. Caplan (1963) nesta senda propõe a distinção entre crises acidentais, aquelas que ocorrem em função de situações inesperadas das crises evolutivas que são aquelas que fazem parte do ciclo de vida do indivíduo.

Temos assim que o termo crise pode referir -se tanto aos períodos de transição inesperados quanto aos inerentes ao desenvolvimento (Maldonado, 1986).

Pensamos tal com Lemgruber (1987) que se deve ser cuidadoso com a utilização desta designação. De facto, vale a pena diferenciar as situações potencialmente críticas, em que há um deslocamento de equilíbrio, das situações de crise em que existe de facto uma ruptura do equilíbrio anterior. As situações potencialmente críticas são todas aquelas em que, mercê de alterações significativas provocadas por estímulos, quer internos quer externos, o indivíduo é colocado em situação de maior vulnerabilidade. Estão neste caso as chamadas “crises normativas do desenvolvimento” de que fala Erickson que, de facto, na maioria das vezes não chegam a ser crises já que não implicam ruptura do equilíbrio anterior.

A situação de crise se é dolorosa para o indivíduo é também um momento privilegiado já que na crise o indivíduo está em condições de mobilizar toda a gama de recursos internos e externos para a superar. De acordo com a personalidade do cliente, do pedido e do contexto institucional assim se pode optar por uma estratégia de alívio dos sintomas e retorno ao estado de equilíbrio anterior (através do uso de técnicas de controle activo,

securização, aconselhamento, etc.) quer por uma estratégia mais agressiva e desencadeadora de outras ansiedades com o objectivo de atingir um equilíbrio mais estável que o anterior.

Solicitações dos clientes

Existe um conjunto relativamente clássico de pedidos que directa ou indirectamente o cliente pode fazer durante a fase inicial e às vezes mais do que isso de um a P.A.

O cliente pode, por exemplo, pedir ao terapeuta que este o substitua numa conversa difícil com alguém que teme. Que intervenha directamente em qualquer situação que o beneficie. Que leve para casa cartas, cassetes ou documentos que o paciente considera importantes. Que esteja disponível telefónica ou pessoalmente sempre que o paciente o necessitar. Que passe qualquer tipo de documento para legitimar uma situação existente. Que lhe dê indicações precisas sobre o que fazer ou o que decidir.

Embora as P.A. contemplem a possibilidade de uma atitude activa por parte do terapeuta, esta deve ser sempre decidida por este e não resultar de pedidos do cliente. O risco óbvio de o terapeuta aceder ao que o cliente quer é acabar a ser manipulado por este, não sendo capaz nem de se constituir como elemento facilitador de um reequilíbrio nem como elemento facilitador de qualquer mudança.

Qualquer solicitação do cliente deve por isso ser cuidadosamente analisada pelo psicólogo e discutida durante as sessões. Deve-se não só tentar perceber o sentido do pedido como clarificá-lo perante o cliente.

Solicitações de familiares e amigos

Como dissemos na maioria das vezes o pedido de uma P.A. não é assumido num primeiro momento pelo indivíduo com que desenvolvemos a relação face-a-face. Ou porque se realiza em contexto institucional e portanto a intervenção do psicólogo faz parte do protocolo organizacional ou porque é solicitada por outros técnicos familiares ou amigos.

Nestes últimos casos acresce o facto de que muitas das intervenções realizadas sobretudo as que decorrem com crianças, adolescentes e jovens são pagas pelos pais. Daí que se coloque a questão da qualidade e tipo de relação a ter com os familiares do indivíduo que assumimos como cliente.

Se a clínica infantil se rege por regras próprias já que muitas vezes é feita em articulação com a família e implicando reuniões regulares, toda a clínica com outros grupos etários deve decorrer sob a égide da importância da aliança terapêutica estável e funcionante. Nesse sentido devem todos os contactos pessoais ou telefónicos feitos com familiares e/ou amigos do cliente serem previamente discutidos com ele ou, no caso de tal não ser possível, devem-lhe ser comunicados. As famílias devem entretanto ser esclarecidas que qualquer contacto será comunicado ao cliente exactamente com o objectivo de perseverar a confiança e a relação estabelecidas.

Relações com outros técnicos

Uma das questões que actualmente se coloca aos psicólogos clínicos é exactamente a da relação com outros técnicos que, de várias origens e por várias razões, estabeleceram também uma relação com o mesmo cliente. Se parece óbvio e está inscrito em todos os códigos deontológicos que um psicólogo clínico não pode propor uma intervenção de cariz psicoterapêutico a alguém que esteja já submetida a uma intervenção similar, existem zonas de ambiguidade que importa esclarecer. Nomeadamente as situações em que a intervenção psicológica é feita de acordo com uma linha teórica que não nos parece a mais adequada ou em que a intervenção é feita por outro técnico não-psicólogo (por exemplo um psiquiatra ou um assistente social) criando dúvidas sobre o que de facto está a ser feito.

Seja qual for a situação, é regra e procedimento ético, por um lado a não multiplicação de intervenções paralelas e, por outro, a devolução das questões eventualmente levantadas para o técnico com quem já há uma relação estabelecida.

Também a relação com outros técnicos desta vez em termos de pedidos desencadeados por eles deve ser cuidadosa. Deve poder haver uma devolução atempada do contrato terapêutico estabelecido com o conhecimento do cliente sem contudo haver uma resposta excessiva e detalhada quer da problemática investigada quer de características de personalidade do cliente. No caso em que o cliente seja de uma instituição em que o psicólogo seja um dos elementos da equipe supõe-se que toda a informação relevante poderá ser partilhada uma vez que toda a equipe está submetida às mesmas regras de sigilo e responsabilidade. Ainda assim, toda a informação relevante não é toda a informação disponível mas apenas e só aquela que do ponto de vista institucional ganha sentido.

“Timing” de intervenção

Uma das questões mais difíceis para jovens psicólogos é a de saber quando intervir. Saber qual o momento exacto em que deve dizer alguma coisa e qual o momento em que deve permanecer calado.

É evidente que não pode haver regras para uma situação que se estabelece caso a caso. Tudo o que pode ser indicado numa situação, pode ser desaconselhado noutra até relativamente semelhante. Convém entretanto ter presente que uma relação terapêutica é uma relação como qualquer outra e que o diálogo terapêutico deve decorrer como qualquer outro diálogo: de uma forma calorosa, fluida, respeitando o ritmo do outro, não falando nem demais nem de menos, não mostrando sinais de cansaço ou distração, não interrompendo constantemente, não mudando permanentemente de assunto.

Só o interesse e o cuidado com a relação nos permitirão saber qual o “timing” de intervenção. Na psicoterapia como na vida em geral.

Tipo de intervenção

A outra grande questão que se coloca sobretudo aos psicólogos mais jovens é do que dizer. Este que dizer reveste duas dimensões: Em primeiro lugar que técnica de P.A. utilizar em segundo lugar que forma deve revestir essa intervenção.

Apenas a experiência permite por um lado escolher de forma espontânea a técnica mais adequada à situação e por outro, usar o maior número de técnicas disponíveis. Convém entretanto não partir para uma primeira experiência excessivamente preocupado com as técnicas a usar. Quando se compreendem os pressupostos teóricos e técnicos implicados numa terapia é, bem mais fácil do que parece, recorrer aos utensílios disponíveis.

Por seu turno a forma que reveste a utilização de qualquer técnica assenta sempre no material veiculado pelo cliente. É a partir do que ele diz, de como o diz e quando o diz que se percebe o que utilizar de acordo com um foco escolhido. De qualquer forma é sempre em resposta ao cliente que uma intervenção surge.

Avaliação do efeito de uma intervenção

Uma outra questão que costuma preocupar os jovens terapeutas é a de saberem se a intervenção feita foi a mais correcta. Como facilmente se

compreenderá as possibilidades técnicas e formais são múltiplas. Diferentes terapeutas num dado momento intervirão de formas diferentes não se podendo no entanto afirmar que uma é melhor que as outras. Um bom critério de verificação do efeito de uma intervenção é perceber se ela foi suficientemente estimulante para o cliente e o conduziu em qualquer direcção útil.

Aqui a questão não é de saber se a intervenção foi a melhor, se foi a verdadeira ou se foi a mais adequada. Basta através da reacção do cliente perceber se ela foi suficientemente estimulante para introduzir mais material, ocasionar uma nova reflexão, desencadear novas pistas referidas às zonas consideradas como problemáticas ou focais.

Questões da relação

Para lá da técnica de entrevista que configura a forma como os diálogos se passam em cada sessão e que portanto auxiliam no fluir da relação existem as técnicas próprias da P.A. Estas técnicas, como vimos são a própria característica deste tipo de psicoterapia e podem ser referidas a qualquer quadro teórico. Quando ocorre uma relação psicoterapêutica, ocorre igualmente um conjunto de fenómenos que algumas escolas valorizam enormemente e outras muito pouco. Está neste caso por exemplo a transferência e a contra-transferência. Designámos aqui como questões da relação nas P.A., um conjunto de fenómenos e conceitos que do nosso ponto de vista merecem uma atenção especial e que são habitualmente referidos em diferentes quadros teóricos.

As transferências

Embora a utilização da designação do termo transferência se associe de imediato aos quadros teóricos psicanalíticos, o facto é que possui um sentido muito mais geral que, como anotavam Laplanche e Pontalis, designa “*um deslocamento de valores, de direitos, de entidades, mais do que um deslocamento material de objectos*” (1976, p. 669).

Nesse sentido o conceito de transferência, deve ser encarado como um fenómeno inerente às relações interpessoais que acontece em todos os contextos, mas é mais facilitado nuns que noutros.

Faz parte da experiência corrente de toda a gente o investimento particular em determinadas figuras que, por associação a outras importantes ou marcantes da própria história e a partir de semelhanças físicas,

características de temperamento ou mercê do lugar que ocupam, se tratam ou consideram num claro deslocamento afectivo. São, se assim se lhe quisermos chamar figuras transferenciais privilegiadas. Habitualmente os professores, os chefes, as pessoas que prestam cuidados, mercê da assimetria relacional, estão neste caso.

Diferentemente, no sentido psicanalítico mais dominante, o trabalho psicoterapêutico realiza-se por apoio da transferência, enquanto técnica destinada a reproduzir em condições específicas, dimensões inconscientes que se actualizam na figura do analista. Nesse sentido a psicanálise pode ser descrita como o processo de instalação de uma neurose de transferências, nas suas modalidades particulares, na sua interpretação e na sua resolução.

Entre transferências inerentes a qualquer processo de relacionamento humano e neurose de transferência vai uma enorme distância que convém manter.

Em P.A., mesmo que o terapeuta que a realize se inscreva teoricamente num quadro de inspiração psicanalítica, não deve, em nenhuma circunstância, promover a neurose de transferência. Por um conjunto de razões das quais sublinharíamos o facto de trabalho com a neurose de transferência ser tipicamente uma técnica da psicoterapia psicanalítica e não uma técnica de P.A.

Obviamente que nos contextos de P.A. surgem, ainda que não cultivadas transferências de diferentes tipos. Podem manifestar-se de formas ténues ou pouco sistemáticas não impedindo o desenrolar do trabalho terapêutico ou podem invadir pela persistência e conteúdos o espaço da relação constituindo-se como verdadeiras resistências ao trabalho terapêutico.

No primeiro caso devem ser ignoradas no segundo trabalhadas com o cliente de molde a serem desmontadas e naturalizadas.

Dos diferentes tipos de transferências que podem surgir, vale a pena destacar: o psicólogo como figura de autoridade, o psicólogo como modelo, o psicólogo como figura afectiva, o psicólogo como rival, o psicólogo como adversário, o psicólogo como figura de condescendência, o psicólogo como amigo incondicional.

– O psicólogo como autoridade

A assimetria relacional concede em todas as situações uma inegável autoridade. Perceber que esta autoridade é apenas técnica nem sempre é fácil. Em P.A., espera-se que a autoridade do psicólogo funcione de molde

a ser ouvido de forma suficiente a que as suas interrogações, sugestões ou questões sejam pensadas pelo cliente e discutidas em conjunto.

Acontece algumas vezes que o cliente coloca o psicólogo na situação de figura de autoridade plena em que espera e solicita directamente que este lhe diga o que fazer, como agir e até como pensar. Se esta atitude for ocasional e os pedidos sobre “o que é que acha?” esmorecerem com uma resposta do psicólogo do género “Não sou eu que tenho que achar, mas você. O que é que lhe parece a si?” Não há razão para questionar directamente e trabalhar na sessão este tipo de transferência.

Se, entretanto a atitude do cliente for sistemática e os sucessivos “diga-me o que devo fazer?”, “o que é que pensa do assunto” prosseguirem e se transformarem em zanga ou irritação quando o psicólogo não responde ou endossa a resposta para o cliente, então deve considerar-se que a qualidade da transferência se erige em resistência. Dito de outro modo, deve considerar-se que o cliente em vez de tentar encontrar o seu próprio caminho e as conclusões que lhe são possíveis a propósito, está a transferir para o psicólogo não só a capacidade de pensar como a responsabilidade da situação. Neste caso, o psicólogo deve, muito claramente trabalhar a resistência, quer dizer num primeiro momento esclarecer a transferência e num segundo discutir com o cliente as razões e a necessidade que este tem de delegar em alguém tal poder e autoridade.

– O psicólogo como modelo

Um modelo é alguém que se copia ou se imita. Em P.A. é relativamente frequente que os clientes perguntem “o que é que faria no meu lugar?” como é frequente aderirem ao tipo de vocabulário quando não mesmo de postura do psicólogo que os assiste. Afirmações do género “se eu tivesse a sua calma, ou lucidez” são dizeres que na maioria das vezes significam admiração pela postura do psicólogo. Pode no entanto acontecer que esta necessidade de modelos adquira contornos de verdadeira resistência à intervenção terapêutica. São as situações de aquiescência quase total, de imitação óbvia de gestos quando não mesmo de formas de imitação da forma de vestir ou de estar. Quando o psicólogo se aperceber que tal situação está a acontecer, quer dizer que o cliente se defende da relação ou se esconde das queixas que o conduziram a terapia atrás da imitação de um modelo que lhe parece securizante e próximo deve, como no caso anterior discutir a transferência.

– O psicólogo como figura afectiva

É razoavelmente comum que clientes sem relações afectivas significativas ou insatisfeitos com as relações que vivem, transfiram para a figura do

psicólogo a imagem idealizada de alguém que é amável e por quem estão apaixonados. Se os comentários neste sentido forem ocasionais ou se revestirem fórmulas de sedução que não atrapalhem o bom andamento da psicoterapia a regra é ignorar. Se entretanto o psicólogo se aperceber que as queixas originais desaparecem atrás de movimentos de sedução durante as sessões ou aparecem “histórias” com o fim de suscitar interesse ou, mais obviamente ainda, o cliente assumir o seu interesse pelo psicólogo a regra é explicar que é fácil gostar de pessoas que não se conhece e que no entanto oferecem disponibilidade e atenção. Deve-se tentar explicar ao cliente a natureza da idealização e a qualidade da transferência. Habitualmente o trabalho da resistência é satisfatório permitindo a boa continuação do trabalho terapêutico.

– O psicólogo como amigo

Alguns clientes verbalizam mesmo que o psicólogo “é o seu melhor amigo”, outros sem o verbalizar adoptam uma atitude de narrativa sistemática do que aconteceu ou do que pensam ignorando tudo o que lhes é dito que não vá no sentido estrito do seu próprio desejo e valorizando excepcionalmente o que vai de encontro à necessidade de cumplicidade. Algumas das formulas clássicas de expressão desta fantasia do melhor amigo traduzem-se em telefonemas entre sessões para dizer coisas banais, de prendinhas do género cartões “best friend is”, quando não mesmo de aparecimentos bruscos em locais que nada têm a ver com o lugar das sessões e de uma tentativa clara de conhecer o psicólogo, a sua família e a sua vida privada.

Diferentemente da transferência descrita anteriormente como de “figura afectiva”, não há nenhuma confusão com um vínculo de enamoramento ou erótico, podendo no entanto tudo o resto ser semelhante e até mais carregado. O procedimento por parte do psicólogo deve ser o já descrito nas outras situações.

– O psicólogo como rival

Embora pareça estranho o rivalizar com a figura que oferece disponibilidade e atenção não é uma situação rara. Alguns clientes transformam as sessões de P.A. em desagradáveis confrontos em que qualquer intervenção é linearmente rejeitada com um não rotundo ou um “não é nada disso”. Variantes disto mesmo e de uma transferência deste tipo podem ser igualmente comentários do tipo “não está com boa cara”, “essa roupa fica-lhe mal”, “está a ficar muito gordo (ou muito careca ou outra coisa qualquer socialmente tida como antipática). A tónica, do ponto

de vista do aspecto físico, das ideias ou dos comentários é de uma sistemática desvalorização e desconsideração do psicólogo sem que entretanto o cliente assuma qualquer incompatibilidade, desejo de terminar ou desistir da psicoterapia e sem mesmo dar lugar a comentários sobre esse desejo uma vez que, também habitualmente comparece a horas às sessões e não falta. Se esta postura for sistemática é importante que o psicólogo arranje espaço para discutir a transferência. Habitualmente começa-se por confrontar o cliente com o seu tipo de funcionamento conduzindo-o a perceber qual o sentido e o significado de uma resistência que compromete o desenvolvimento da psicoterapia.

– O psicólogo como adversário

Com alguns pontos em comum com a situação anterior, pelo menos no que toca ao clima geral de falta de cumplicidade e funcionamento negativo da aliança terapêutica, mas apesar de tudo distinto é a transferência que se organiza “contra” o psicólogo.

Mais do que respostas negativas e rejeitantes instala-se um clima de ressentimento em que aparentemente tudo o que acontece de mau e desagradável ao cliente é por causa do psicólogo ou da terapia. Queixas do género “quando ele soube que eu andava num psicólogo deixou de me falar”, “tudo o que me tem dito tem dado errado”, “se não me tivesse dito para ter calma, a minha vida seria muito melhor”, “e quejandos numa clara assumpção de prejuízo causado pela relação terapêutica ou pelo próprio psicólogo sem contudo haver sinais de desejo de interrupção da relação.

O confronto e o trabalho deste tipo de resistência é uma inevitabilidade.

– O psicólogo como figura de condescendência

Alguns clientes adoptam uma atitude de simpática condescendência como se fossem à terapia fazendo um favor ao psicólogo.

A atitude deste tipo pode manifestar-se de fórmulas diferentes. Uma vez assumindo o cliente uma postura protectora em relação ao psicólogo, dando-lhe conselhos e fazendo perguntas sobre a sua vida privada. Outras, por comentários do género “hoje não me dava jeito nenhum vir mas como sei que lhe fazia diferença” à mistura com sorrisos condescendentes quando o psicólogo intervém, querendo significar que não deu muita importância ao que ouviu mas que isso não o incomoda. No cômputo geral, dá-se conta que uma relação transferencial deste tipo está em fase de instalação quando as sessões parecem não evoluir continuando no entanto o cliente a afirmar

coisas do tipo “gosto tanto de o ouvir”, “fico sempre perplexo com as coisas inteligentes de que se lembra”, como se, o discurso do terapeuta estivesse descolado daquele que é o do cliente e merecesse admiração e simpatia em vez de reflexão e ponderação.

Embora esta situação ocorra com clientes e psicólogos de todos os grupos etários é frequente que se estabeleça de clientes mais velhos em relação a psicólogos mais jovens.

As resistências

“A não-cooperação do paciente com o regime terapêutico foi denominada resistência pelos autores psicanalíticos, implicando que o paciente, por razões conscientes ou inconscientes, opta por manter o status quo... Em vista do uso histórico do termo e das implicações do fenómeno, optamos por usar o termo não-cooperação, em oposição à terminologia mais familiar” (Beck & Freeman, 1993, p. 50).

Resistência ou não-cooperação o sentido global desta designação é o da existência de reportórios de resposta por parte do cliente que, de forma consciente ou inconsciente (como os que descrevemos nas situações referidas ao tipo de transferência) não deixam que a P.A. decorra.

Embora, a uma primeira vista, pareça contraproducente que alguém vá fazer uma terapia que entretanto boicota activamente, é comum tal situação.

Muitas vezes as razões desta não adesão encontram-se na dominante transferencial entretanto surgida que, na maioria dos casos, e uma vez trabalhada permite um bom desenvolvimento da P.A.

Outras vezes entretanto, a natureza das resistências incrustasse no próprio funcionamento psicológico e em traços de personalidade que, se não invalidam o funcionamento de uma P.A. obrigam em alguns casos a uma reavaliação do projecto terapêutico.

As resistências com que o psicólogo se debate são as defesas habituais do paciente, aquelas que ele usa quotidianamente não só na relação com o psicólogo mas também com as outras pessoas e com o mundo. Algumas sessões são suficientes para o psicólogo Ter uma ideia dessas defesas não só na sua relação estrutural com a personalidade mas também na sua forma de expressão mais directa.

No contexto de uma P.A. (diferentemente do que acontece noutras terapias) o trabalho com as resistências não se centraliza sobre as defesas habituais do sujeito, mas apenas nas que emergem no contexto da relação. Nesse sentido, as faltas os atrasos, as mudanças bruscas na forma e no estilo de discurso costumam ser bons indicadores das resistências surgidas.

Em síntese designamos por resistência tudo o que no contexto de uma relação terapêutica dificulta ou impede o seu estabelecimento ou desenvolvimento.

A perlaboração

No seu sentido clássico “*A perlaboração é justamente uma repetição, mas modificada pela interpretação, e por esse facto susceptível de favorecer a libertação do indivíduo dos seus mecanismos repetitivos.*” (Laplanche & Pontalis, 1976, p.431).

O termo perlaboração foi introduzido por Freud nos “Estudos sobre a histeria” (1895), mas só a partir de “Rememoração, repetição e perlaboração” um texto Freudiano de 1914, é que se pode deduzir um conjunto de características que no sentido psicanalítico definem esta designação. A saber:

- A perlaboração incide sobre as resistências.
- A perlaboração sucede geralmente à interpretação de uma resistência, que parece não produzir efeito.
- A perlaboração permite passar da recusa ou da aceitação intelectual para uma convicção fundada na vivência. Neste sentido é mergulhando na resistência que o indivíduo realiza a perlaboração.

No contexto de uma P.A., obviamente que não há lugar para interpretações. Há no entanto lugar para a rememoração e a repetição não só sobre as resistências mas sobre todo o material que de uma forma consciente provoca angústia e mau estar.

Tomemos como exemplo o caso de uma mulher de 30 anos que durante a P.A. diga que uma das razões da sua dificuldade relacional com o pai, que actualmente vive com ela, é o facto de achar que ele não gostava dela durante toda a sua adolescência.

Provavelmente o psicólogo perguntará “Porque é que diz isso?” (usando como técnica de P.A. a clarificação) a que se seguirão um conjunto de argumentos de ordem prática (ele fez, ele disse, ele não fez, ele não disse)

que se constituem como momentos de rememoração. Sucessivos momentos de rememoração e repetição assim como sucessivas clarificações e confrontações conduzirão a uma perlaboração em que o dogma de “o meu pai não gostava de mim” se transformará numa elaboração de um outro tipo que tanto pode ser “o meu pai não gostava de mim porque...”, como “o meu pai afinal gostava de mim porque...”.

A contra-transferência

A contra-transferência deve aqui ser entendida como o conjunto de reacções emocionais do terapeuta ao cliente. Deve ser diferenciada do conceito psicanalítico com o mesmo nome já que nele a tónica é colocada nas reacções inconscientes do terapeuta (Kernberg, 1989).

Do mesmo modo que podemos falar de transferências podemos também falar de contra-transferências no seu sentido plural. De facto, a atitude atenta e disponível é muitas vezes comprometida por transferências do cliente que suscitam irritação, zanga, desencorajamento, auto-questionamento ou inversamente exacerbam a auto-estima e o amor-próprio.

É frequente os psicólogos desenvolverem sentimentos de protecção excessiva em relação aos seus clientes, de usarem uma enorme tolerância emocional, ou de valorizarem acontecimentos de vida ou sentimentos dos seus clientes de forma pouco defensável.

Em qualquer psicoterapia um dos aspectos mais relevantes da relação e do seu funcionamento é exactamente as emoções e as reacções emocionais que o terapeuta experimenta. Se o treino e a experiência ajudam no sentido de atenuar o impacto de reactividades em relação aos diversos clientes é frequente em supervisão e em discussões de casos ser facilmente compreensível a natureza e qualidade dos sentimentos e das emoções que ocorrem no psicólogo numa sessão ou num conjunto de sessões. A função maior da supervisão continua a ser o esclarecimento da contra-transferência e o trabalho daí decorrente.

O acting-out

O “acting-out” é, no essencial aquilo que a clínico psicológica e psiquiátrica designam por “passagem ao acto” ou seja comportamentos

que apresentam um carácter impulsivo e que entra em ruptura com os comportamentos de base habituais do indivíduo.

No sentido psicanalítico o “*acting*” (“*out*” ou “*in*”, de acordo com o facto de ocorrerem fora ou dentro das sessões) é sempre visto como uma emergência do recalcado na relação directa com a transferência.

Se, nestas questões da técnica incluímos o *acting-out* é por considerarmos que alguns dos comportamentos dos clientes em P.A., podem efectivamente decorrer neste registo, quer dizer por relação directa com o tipo e qualidade de transferência dominante num certo momento. Não é raro uma decisão de um cliente em P.A. ser tomada impulsivamente mercê de um sentimento de auto-confiança suportado na relação terapêutica.

A ocorrência destes fenómenos pode ser diminuída por um lado pelo trabalho atento com as transferências emergentes e por outro com a delimitação estrita da relação psicoterapêutica e a sua não invasão do espaço de realidade do cliente.

REFERÊNCIAS

- Addler, E. (1982). Supportive psychotherapy revised. *Clinical Psychology*, 4, 3-13.
- Alexander, F. (1957). *Psychoanalysis and psychotherapy*. Londres: George Allen & Unwin.
- Alexander, F., & French, T. (1965). *Terapêutica psicanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Allen, J., Newsom, G., Gabbard, G., & Coyne, L. (1988). Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic.*, 48, 383-400.
- Almeida, L. S. (1993). *Princípios deontológicos no uso dos testes e na avaliação psicológica*, Braga: APPORT-Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Altshuler, K. Z. (1989). Will the psychotherapies yield differential results? A look at assumptions in therapy trials. *American Journal of Psychotherapies*, 43(3), 310-320.
- Ballint, M., Omstein, P. R., & Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy: An example of applied psychoanalysis*. Londres: Tavistoc Publications.
- Bancroft, J., & Graham, C. (1999). Intervenção na crise. In Sydney Bloch (Coord.). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi (de acordo com o original da terceira edição de 1996).
- Bandler, R., & Gringer, J. (1977). *A estrutura da magia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores (de acordo com o original de 1975).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beauchesne, H. (1986). *Histoire de la psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beck, A., Freeman, A., e col. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Kelly, K. E. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamo Press.
- Bellack, L., & Faithorn, P. (1981). Crises and special problems in *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Brunner Mazel
- Bertalanfy, L. Von (1971). *Teoria Generale dei sistemi*. Milano: iLi.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders*. New York: International Universities Press.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770
- Bingham, W. V. D., & Moore, B. V. (1959). *How to interview*. New York: Harper and Brothers.
- Bleger, J. (1971). La entrevista psicológica: Su empleo en el diagnóstico y la investigación. *Temas de Psicología. Entrevistas y grupo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bloch, S. (1979). Supportive psychotherapy. In Sidney Bloch (Ed.), *An introduction to the psychotherapies*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloch, S. (Cord.). (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi (de acordo com a 3ª edição de 1996).
- Bosch, M. F. (1980). *Doing psychotherapy*. New York: Basic Books Inc.
- Brown, D., & Pedder, J. (1997). *Princípios e práticas das Psicoterapias*, Lisboa: Climepsi Editores (tradução de acordo com a versão original em 2ª edição de 1991).
- Brown, H. N. (1995). Clarification: History and theory. In Michael Nichols & Thomas Paolino, Jr. (Eds.), *Basic techniques of psychodynamic psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Caillois, R. (1950). *L'homme et le sacré*. Paris: Gallimard.
- Campos, B.P.C. (1988). Consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Cadernos de Consulta Psicológica Família e Desenvolvimento Humano*, 4, 5-12.
- Caplan, G. (1963). Emotional crisis. In A. Deutsch & H. Fishbein (Eds.), *The Encyclopaedia of Mental Health* (vol. 2). New York: Basic Books.

- Caplan, G. (1966). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós (de acordo com o original de 1964).
- Ceitlin, L. H. F., & Cordioli, A. V. (1993). Iniciando a Psicoterapia. In Aristides Volpato Cordioli (Org.), *Psicoterapias, abordagens atuais* (pp. 59-69). Porto Alegre: Artes Médicas.
- CERI (1977) *Inventaires piagétiens*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cordiolo, A. V., Wagner, C. J. P., & Cechin, E. M. (1993). Psicoterapia de apoio. In Aristides Volpato Cordiolo (Org.) *Psicoterapias, abordagens atuais* (pp. 104-117). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cortesão, E. L. (1989). *Grupanálise teoria e técnica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cozby, P. C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin* 79, 73-91.
- Craig, R. J. (1989). *Clinical and diagnostic interviewing*. New York: Jason Aronson Inc.
- Crown, S. (1988). Supportive psychotherapy: A contradiction in terms? *British Journal of Psych.*, 152, 266-269.
- Desai, M. M. (1967). The concept of clinical psychogy. *Bulletin of the British Psychological Society*, 20, 29-39.
- Dewald, P. (1988). *Psicoterapia uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas (traduzido do original inglês de 1973).
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi (de acordo com o original de 1991).
- Dryden, W. (Ed.). (1996). *Handbook of individual therapy*. London: Sage Publications.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research. Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 473-490.

- Erickson, C. E. (1951). *The counseling interview*. New York: Prentice Hall.
- Etchegoyen, R. O. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas (traduzido do espanhol do original de 1985).
- Fear, R. A., & Chiron, R. J. (1990). *The evaluation interview* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Publishing Company.
- Fox, R. (1982). The need for a reorientation of clinical psychology. *American Psychologist*, 37(9), 1051-1057.
- Fox, R. (1994). Training professional psychologists for the twenty-first century. *American Psychologist*, 49(3), 200-206.
- Frances, A., Clarkin, J., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in Psychiatry*. New York: Brunner/Mazel Publ.
- Frank, J. D. (1961) *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapies*, 25, 350-361.
- Frank, J. D. (1978). Expectation and therapeutic outcome – The placebo effect and the role induction interview. In J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. L. Lieberman, & A. R. Sone (Eds.), *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel Publ.
- Frank, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1975). *Comprehensive textbook of psychiatry* (vol. 1). Baltimore: Williams & Willins.
- Fréminville (1977). *La raison du plus fort*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1914). *História do Movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.
- Freud, S. (1919). Os caminhos da psicanálise. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.

- Garfield, S. L. (1965). Historical Introduction. In B.B. Wolman (Ed.) *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140) New York: McGraw-Hill Book Company.
- Garret, A. (1988). *A entrevista seus princípios e métodos* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Livraria Agir editora (traduzido do original inglês de 1942).
- Giacometti, K. (1981). Terapia familiar: Um modelo de desenvolvimento e uma proposta de classificação. In *Psicologia, Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, II(1)*, 75-89.
- Gill, M., Newman, R., & Redlich, F.C. (1954). *The initial interview in psychiatric*. New York: International University Press.
- Golfried, M. R. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy Research, 4(3)*.
- Golfried, M. R. (1980). Toward a delineation of therapeutic change principais. *American Psychologist, 35*, 991-999.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 372-378.
- Haaga, D. A., & Davidson, G. C. (1986). Cognitive change methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergamo.
- Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein (1975). *Éléments de psychologie psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France. L'actualité psychanalytique (traduzido do original inglês, de 1964).
- Hawton, K., & Kirk, J. (1989). Problem-solving. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clarck (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford University Press.
- Held, R. R. (1968). *Psychothérapie et psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Hellerstein, D. J., Pinsker, H., Rosenthal, R. N., & Klee, S. (1994). Supportive therapy as the treatment model of choice. *Journal of Psychoth. Pract. and Res., 3(4)*, 300-307.
- Hetherington, R. (1978). *Clinical interview*. London: Methuen.

- Hobbs, M. (1984). Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 23-34.
- Isselbacher, K. Adams, R. Braunwald, E., Petersdorf, R., & Wilson, J. (1980). *Harrison's principals of internal medicine* (9th ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Ivey, A. E, Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (1997). *Counselling and psychotherapy. A multicultural perspective* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Jaccard, R. (1984). *La folie* (3ème ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jaspers, K. (1956). *Les psychothérapies*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Joseph, S., Andrews, B., Wilhams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 63-73.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1969). Behavioural diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behaviour Therapy: Appraisal and status* (pp. 417-444). New York. McGraw-Hill.
- Karasu, B.T. (1977). Psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134(8), 851-863.
- Karasu, B.T. (1986). The specificity *versus* non specificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143(6), 687-695.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline condition and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1982). Supportive psychotherapy with borderline conditions. In J.O. Cavenar & H.K.H. Brodie (Eds.), *Critical problems in psychiatry* (cha. 8). Philadelphia: J. B. Lippincott C°.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.

- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas (de acordo com o original de 1989).
- Kleinke, C. L. (1997). *Principios comunes en psicoterapia* (2ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer (de acordo com o original de 1994).
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Langs, R. (1982). *As bases da psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1976). *Vocabulário de psicanálise* (3ª ed.). Lisboa: Moraes Editores (tradução do original de 1967).
- Lazarus, A.(1973). Multimodal behaviour therapy: Treting de “Basic-Id”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404-411.
- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behaviour therapy*. New York: Springer.
- Leal, I., & Ferreira, L. (1993). Psicoterapia em instituição – Reflexões e propostas para uma intervenção em instituições assistenciais em saúde geral. *Actas de Psicologia Clínica/1992*. Lisboa: Especial Forum, Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.
- Leal, I. P. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Lemgruber, V. B.(1987). *Psicoterapia breve: A técnica focal* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lemperière, T., & Féline, A. (1977). *Abrégé de psychiatrie de l'adulte*. Paris: Masson.
- Lent, C. (1971). Avaliação da primeira entrevista em intervenção em crise. *Revista da APPIA*, 1.
- Liberman, D. (1972). Evaluacion de las entrevistas diadnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Critérios diagnósticos y esquemas referenciales. Comentado por Isidoro Berenstein, Héctor Garbarino, Adalberto L. A. Perrota, & Raúl J. Usandivaras. *Revista de Psicoanálisis*, 29, 461-509.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101.

- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principals of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive – Expressive treatment*. New York: Basic Books Inc. Publ.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping Alliance Methods for predicting outcomes of psychoterapy – A counting signs as a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, *V*, 480-491.
- MacKay, D. (1975). Clinical psychology: Theory and therapy. In Peter Herriot (Dir.) *Essential psychology*. London: Ed. Methuen & C° Ltd.
- Maddi, S. R. (1991). A entrevista existencial-humanista. In Robert J. Craig (Ed.), *Entrevista clínica e diagnóstica*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Mahoney, M. J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: an evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *1*, 39-59.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.
- Marziali, E. (1984). Three view points on the therapeutic alliance – Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, *V*, 417-423.
- Marziali, E., Marmor, C., & Krupnivk, J. (1981). Therapeutic alliance scales development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, *V*, 361-364.
- Maxmen, J. S. (1986). *Essential psychopathology*. New York: W.W. Norton.
- Mucchielli, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique de la psychologie*. Paris: Editions Sociales Françaises.
- Neimeyer, A., & Mahoney, J. M. (Orgs.). (1995). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Novalis, P. N., Rojcewicz, S. J., & Peele, R. (1993). *Clinical manual of supportive psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press Inc.

- Noyes, A. P., & Kolb, L. C. (1963). *Modern clinical psychiatry* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nunes, M. L. T. (1993). Entrevista Psicológica. In Jurema Alcides Cunha e col. (Eds.), *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- O'Sullivan (1996). Behaviour therapy. In Windy Dryden (Ed.), *Handbook of Individual Therapy*. London: Sage Publications.
- Palmade, G. (1984). *La psychothérapie* (8ème ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pine, F. (1986). Supportive psychotherapy: A psychoanalytic perspective. *Psychiatric Annals*, 16, 526-534.
- Pinsker, H. (1994). The role of theory in teaching supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48(4), 530-542.
- Poch J., & Talam, A. (1991). *Entrevista psicológica e história clínica*: Salvat: Barcelona.
- Pope, B. (1979). *The mental health interview: Research and Application*. New York: Pergamo.
- Prayez, P. (1986). *La fureur thérapeutique*. Paris: Editions Retz.
- Rank, O. (1976). *Volonté et psychothérapie analyse du processus thérapeutique dans son rapport avec la relation analytique*. Paris: Collection Science de L'homme, Payot.
- Rapoport, L. (1965). The state of crisis: Some theoretical considerations. In H. J. Parad (Ed.), *Crisis intervention: Selected readings*. New York: Family service association of America.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P.(1996). Psicologia Clínica da saúde. *Análise Psicológica*, XIV(4), 589-599.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. (1997). Avaliação e Psicodiagnóstico em Psicologia da saúde. *Psicologia, teoria, investigação e prática*, 2(2), 357-370.
- Ribeiro, J. P. (1986). *Teorias e técnicas psicoterápicas*. Petrópolis: Vozes.

- Ribeiro, P. L. (1997). *Psicoterapia breve: Um modelo integrado*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Breve.
- Rogers, C. R. (1973). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Col. Psicologia e pedagogia, Moraes editores (de acordo com o original de 1942, Counseling and Psychotherapy).
- Rosenthal, R. H., & Akiskal, H. S. (1985). Mental status examination. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Diagnostic interviewing*. New York: Plenum.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2000). *Dicionário de psicanálise*. Lisboa: Editorial Inquérito (de acordo com o original de 1997).
- Scheefer, R. (1989). *Aconselhamento psicológico* (7ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Schraml, J. W. (1973). *Précis de psychologie clinique*. Paris: Presses Universitaires de France (Tradução do original alemão de 1972).
- Schwartz, E. (1991). O exame do estado mental. In Robert J. Craig (Ed.), *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Shakow, D. (1975). Clinical psychology. In A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry / II* (vol. I, pp. 2376-2386). Baltimore: The Wilkins Company.
- Shea, S. C. (1990). Contemporary psychiatric interviewing: Integration of DSM-III-R, psychodynamic concerns, and mental states. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamo.
- Shillitoe, R., Bhagat, M., & Lewis, A. (1986). Clinical psychology in general practice. In M. Christie & P. Mellet (Eds.), *the psychosomatic approach: Contemporary practice of whole-person care* (pp. 299-322). New York: John Wiley & Sons Limited.
- Shorter, E. (2001). *Uma história da psiquiatria. Da era do manicómio à idade do prozac*. Lisboa: Climepsi (de acordo com o original de 1977).
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1979). *The current status of individual short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum Publ. Co.

- Slater, E., & Roth, M (1969). *Clinical Psychiatry* (3rd ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Small, L. (1974). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (de acordo com o original de 1971).
- Spitzer, R. L. (1976). More on pseudoscience in science and the case for psychiatric diagnosis: a critique of D. L. Rosenhan's "Onbeing sane in insane places" and "The contextual nature of psychiatric diagnosis". *Archives of General Psychiatry*, 33, 359-470.
- Stekel, W. (1950). *Technique of analytical psychotherapy*. London: Bodley Head.
- Stewart, R. L. (1985). Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In A. M. Friedman, B. J. Sadock, & H. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Ch. 29.1.). Baltimore: Williams & Wikins.
- Stiles, W. G., Shapiro, D. A., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strupp, & Howard (1992). A brief history of psychotherapy researche. In Donald K. Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy, a century of change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). Specific *versus* non-specific factors in psychotherapy. *Arch. Gen. Psych.*, 36, 1125-1136.
- Sullivan, H.S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Szasz, T. S. (1987). *Insanity: The idea and its consequences*. New York: Wiley.
- Taylor, M. A. (1981). *The Neuropsychiatric mental status examination*. New York: Spectrum.
- Thinés, G., & Lempereur (Ed.). (1984). *Dicionário Geral das Ciências Humanas*. Lisboa: Edições 70.
- Thoma, H., & Kachele, H. (1992). *Teoria e prática da psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ursano, J., & Silberman, E. K.(1988). Supportive Psychotherapy. In J. A. Talbot, R. R. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Psychiatry* (ch. 25). Washington: The American Psychiatry Press, Inc.

- Van Deurzen-Smith (1996). Existential therapy. In Windy Dryden (Ed.), *Handbook of individual Therapy*. London: Sage Publicatins.
- Vasco, B. (2001). Apresentação de Contributos para a integração em psicoterapia. *Psicologia, XV*(2), 215-217.
- Waldron, G. (1984). Crisis intervention: Is it effective? *British Journal of Hospital Medicine, April*, 283-287.
- Wiens, A. N. (1976). The assessment interview. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley & Sons.
- Wiens, A. N., & Matarazzo, J. D. (1983). Diagnostic interviewing. In Michel Hersen, Alan E. Kazdin, & Alan S. Bellack (Eds.), *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Pergamon Press.
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winston, A., Pinsker, H., & McCullogh, L.A. (1986). A review of supportive psychotherapy. *Hosp. And Comm. Psych.*, 37, 1105-1113.
- Wolbergl L. (1965). *Short-term psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Wolman, B. B. (Ed.). (1965). *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Zazzo, R. (1968). *Conduites et conscience*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.