

Weslem Martins Santos¹
Renata Ferrarez Fernandes Lopes²
Carmem Beatriz Neufeld³

Relação Terapêutica e Terapia Narrativa: Entrevista com Miguel Gonçalves

Therapeutic Relationship and Narrative Therapy: interview with Miguel Gonçalves

RESUMO

Em diferentes modelos de psicoterapia tem-se defendido consistentemente a importância da relação terapêutica para o sucesso do tratamento. Apesar da diversidade conceitual empregada para se referir ao construto de relação terapêutica, não há dúvidas sobre sua influência nos resultados terapêuticos e seu papel como variável central do processo terapêutico. Neste artigo, temos como objetivos: 1) apresentar conceitos centrais da terapia narrativa de re-autoria, que permitem compreender as peculiaridades desse modelo 2) situar brevemente a relação terapêutica como um elemento essencial na psicoterapia; e 3) descrever o papel da relação terapêutica no modelo narrativo de re-autoria. Esses três objetivos permitem contextualizar a entrevista realizada durante o IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (CBTC) com Miguel Gonçalves, psicólogo e pesquisador reconhecido internacionalmente por suas produções no domínio da intervenção narrativa e dos processos narrativos envolvidos na mudança terapêutica. Na entrevista, são abordados temas como: o papel da relação terapêutica na adesão e no sucesso do tratamento; o avanço no campo da pesquisa; as habilidades terapêuticas relevantes; o efeito de intervenções diretivas, entre outros.

Palavras-chave: fatores comuns, relação terapêutica, terapia narrativa de re-autoria.

ABSTRACT

Different models of psychotherapy have consistently advocated the importance of therapeutic relationship to a successful treatment. Despite the conceptual diversity used to refer to the therapeutic relationship construct, there are no doubts about its influence on the therapeutic process. In this article we aimed to: 1) present central concepts of narrative therapy; 2) situate the therapeutic relationship as an essential element in psychotherapy; and, 3) describe the role of the therapeutic relationship in narrative therapy. These three goals allow to contextualize the interview with Dr. Miguel Gonçalves, psychologist and researcher recognized internationally for his productions in the field of narrative action and processes involved in therapeutic change. This interview was performed during the IX Brazilian Congress of Cognitive Therapy, and Dr. Gonçalves approached the role of therapeutic relationship in the adherence and the success of the treatment; advances in the research field; relevant therapeutic skills; effect of directive interventions, among others.

Keywords: Therapeutic relationship; Narrative therapy; Common factors

¹ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

² Doutora (Pós-doutorado) - (Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia).

³ Doutora - (Professora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP).

Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Correspondência:

Renata Ferrarez Fernandes Lopes.
Avenida Pará, 1720. Bairro Umuarama.
Uberlândia - MG.
CEP 38400-902.
E-mail: rferrarez@fapsi.ufu.br
Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais- FAPEMIG

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 01 de julho de 2014. cod. 273.

Artigo aceito em 04 de agosto de 2014.

DOI: 10.5935/1808-5687.20130009

O MODELO NARRATIVO DE RE-AUTORIA: ALGUNS CONCEITOS-CHAVE

A terapia narrativa de re-autoria, também designada na literatura como terapia narrativa, desenvolveu-se a partir da década de 1980 e é um produto da colaboração entre Michael White e David Epston. White foi um terapeuta familiar australiano com formação em serviço social, e Epston, um neozelandês, também terapeuta familiar, com formação inicial em antropologia (Gonçalves, 2008). Essa forma de psicoterapia repercutiu significativamente no campo da terapia familiar e apresentou uma nova maneira de compreender os problemas e seus efeitos na vida das pessoas e das famílias, construindo uma forma peculiar de explicar e trabalhar a relação terapêutica (Palma, 2008).

No modelo narrativo de re-autoria, defende-se que os processos psicológicos são organizados de modo narrativo e que a construção de sentido sobre o mundo e sobre nós se processa a partir da construção e da desconstrução de histórias (Gonçalves & Henriques, 2002). As narrativas, nessa perspectiva, têm a função de orientar os processos cognitivos mais complexos (memória, expectativas, autopercepção), os processos emocionais (emoções mais salientes, temas emocionais predominantes), as relações interpessoais e a organização do plano para o futuro (projetos). Por essa razão, a matéria-prima dessa forma de psicoterapia é a narrativa, estando o foco do processo terapêutico na construção e na desconstrução de histórias (Gonçalves & Henriques, 2002).

Uma narrativa pode ser definida como uma linha que entrelaça eventos e forma uma história, a qual se constrói a partir das experiências diárias, às quais atribuímos significados. Essas experiências, por sua vez, se entrelaçam de modo particular ao longo do tempo, culminando na produção de enredos: uma narrativa é como um fio que tece os eventos, formando uma história (Morgan, 2007). Por isso as histórias são centrais para a compreensão das formas de trabalho narrativo. Nessa direção, podemos concluir que “.. as histórias não são produções individuais, dado que há pressupostos (verdades tomadas como adquiridas) que as organizam e que são o resultado da nossa história e da nossa cultura.” (Gonçalves, 2008, p. 15). Dois tipos de histórias são particularmente importantes para a terapia narrativa de re-autoria: a história totalitária e a história alternativa.

A história totalitária, também chamada de saturada, problemática ou dominante, contribui para o desenvolvimento de narrativas problemáticas, nas quais um problema domina a totalidade da identidade de uma pessoa (White, 1994). As narrativas problemáticas perdem a flexibilidade e a capacidade de adaptação a novos contextos, o que implica a possibilidade de se estruturarem de forma disfuncional (Parry & Doan, 1994 apud Gonçalves & Henriques, 2002). Em virtude dessas características, tais narrativas se constituem em protótipos que se impõem invariavelmente no processo de significação, o qual se torna insensível à diversidade da experiência (Gonçalves et al., 1996 apud Gonçalves & Henriques, 2002).

Devido às narrativas disfuncionais, certos eventos são escolhidos e privilegiados em detrimento de outros e, uma vez privilegiados, ligam-se a cada vez mais eventos ao longo do tempo para, assim, formar a história dominante (Morgan, 2007). Uma espécie de filtro narrativo é feito em relação às novas experiências, sendo selecionados apenas aspectos ou eventos de tais experiências que sustentam a história saturada do problema. Essa filtragem gera problemas para a pessoa e não permite que ela esteja sensível às riquezas das novas experiências. Vivemos muitas histórias (individual, familiar, comunitária, contexto social mais amplo) ao mesmo tempo, as quais se compõem de múltiplos eventos que envolvem as interpretações de outras pessoas e nossas próprias interpretações. Dessa maneira, há ambiguidade e contradição em muitas das experiências que vivenciamos, que se perdem no processo de significação influenciado por uma história problemática (Morgan, 2007).

O predomínio da história dominante, marcada por narrativas problemáticas, pode gerar inúmeros problemas para uma pessoa. É objetivo da psicoterapia operar na desconstrução dessas narrativas e elaborar com a pessoa que procura ajuda terapêutica narrativas mais adaptativas e flexíveis, que lhe permitam a realização de seus objetivos (Gonçalves & Henriques, 2002). Narrativas mais adaptativas possibilitam a construção de uma história alternativa que se distancia da história saturada. Nesse contexto, é importante evidenciar que, assim como a história saturada e as narrativas disfuncionais podem apoiar e sustentar os problemas apresentados pelo indivíduo, histórias alternativas e narrativas adaptativas, quando desenvolvidas, têm o poder de reduzir a influência dos problemas e criar novas possibilidades de vida (Morgan, 2007).

Narrativas mais funcionais influenciam o processo de significação, facilitam a identificação de aspectos ou eventos das novas experiências que contrariem a história problemática e favorecem a construção de narrativas que permitam ao indivíduo experimentar a riqueza de possibilidades da vida, a ambiguidade e a contradição presentes nas novas experiências. A mudança clínica na terapia narrativa de re-autoria se processa via elaboração de histórias alternativas, as quais somente serão possíveis com o desenvolvimento de novas narrativas que sejam contrárias às narrativas problemáticas ou saturadas (White & Epston, 1990). Esse percurso terapêutico permitirá que o cliente entre em contato com outros aspectos de sua experiência, antes encobertos pelos efeitos das histórias problemáticas.

Dessa maneira, na prática clínica, o terapeuta certamente se defrontará com histórias totalitárias, nas quais o problema de algum modo estará moldando a identidade da pessoa que o procura, o que a impede de identificar a diversidade da vida e a conduz a uma definição patologizadora de si. Como um primeiro passo no processo de terapia, caberá ao terapeuta ajudar o cliente a desconstruir o problema (White, 1994). Um dos objetivos desse primeiro passo é levar a pessoa que procura

ajuda a experienciar sua identidade separada do problema; o problema se torna o problema, e não a pessoa (White, 2012). A respeito disso, White aponta que:

Muitas pessoas que buscam a terapia acreditam que os problemas de suas vidas são um reflexo de sua própria identidade, ou da identidade de outros, ou um reflexo da identidade de seus relacionamentos. Esse tipo de entendimento molda seus esforços na tentativa de resolver problemas e, infelizmente, esses esforços têm, invariavelmente, o efeito de exacerbar os problemas. Por sua vez, isso leva as pessoas a acreditar ainda mais firmemente que os problemas de sua vida são um reflexo de certas “verdades” em relação a sua natureza e caráter, em relação à natureza e ao caráter dos outros ou de seus relacionamentos. Em suma, as pessoas acabam por acreditar que seus problemas são internos aos seus *selves* ou aos dos outros - que elas ou os outros são, na verdade, o problema. E essa crença apenas submerge ainda mais nos problemas que estão tentando resolver (White, 2012, p. 19).

No modelo de re-autoria, o processo terapêutico apresenta três dimensões essenciais para que o cliente desenvolva condições de reescrever narrativamente histórias alternativas ou preferenciais, que são linguagem externalizadora, enquadramento discursivo do problema e identificação de resultados únicos (Gonçalves & Henriques, 2002). O terapeuta buscará, orientado por essas dimensões, conduzir na interação terapêutica conversações de externalização, permitindo ao cliente entrar em contato com a riqueza e a pluralidade de suas experiências, as quais serão necessárias para que narrativas mais adaptativas sejam construídas (White, 2012).

Gonçalves e Henriques (2002, p. 11) argumentam que “.. ao contrário das perspectivas tradicionais em psicoterapia, que veem o problema como estando ‘dentro’ do cliente, internalizando e fundindo o problema com este, a abordagem de re-autoria procura situar o problema fora das pessoas”. Nessa perspectiva, o processo de externalização do problema ocorrerá mediante o uso, no contexto da psicoterapia, de uma linguagem externalizadora, que guiará o terapeuta na formulação de perguntas que possibilitem distinguir o problema e a pessoa, como: “O que o pessimismo faz para convencê-lo?”; “Quando o pessimismo consegue que faça o que ele quer, como você se sente?” e “Qual é o projeto do pessimismo para a sua vida?”. É importante destacar, todavia, que externalizar o problema não é internalizá-lo em outras pessoas, mas colocá-lo em um espaço discursivo no qual ele poderá ser desafiado.

Conversas de externalização, nas quais o problema é separado da pessoa, são muito úteis no rompimento com práticas de objetificação de identidades, que fortalecem a perspectiva de que os problemas que as pessoas encontram na vida representam uma verdade de sua identidade (White, 2012). No contexto das disciplinas científicas e profissionais,

destaca esse autor, não é raro os terapeutas se referirem a uma pessoa como “perturbada” ou “disfuncional”, assim como na cultura mais ampla, na qual é comum as pessoas considerarem a si mesmas ou outras pessoas “incompetentes” ou “inadequadas” por natureza.

Assim, é fácil concluir que conversações de externalização são um recurso essencial para a terapia narrativa de re-autoria, visto que:

Quando o problema se torna uma entidade que é separada da pessoa, e quando as pessoas não ficam atadas às “verdades” restritivas em relação a sua identidade e “certezas” negativas sobre sua vida, novas opções de ação para lidar com as dificuldades de suas vidas tornam-se disponíveis. Essa separação entre a identidade de uma pessoa e a do problema não exime as pessoas da responsabilidade de enfrentar os problemas que encontram. Em vez disso, possibilita que assumam essa responsabilidade. Mas se a relação da pessoa com o problema se torna mais claramente definida, como nas conversações de externalização, uma gama de possibilidades para rever essa relação torna-se disponível (White, 2012, p. 36).

No que se refere ao enquadramento discursivo, é defendido que, no processo de externalização, a construção de significados opera discursivamente, vivendo os problemas não “dentro” das pessoas, mas em um espaço discursivo que lhes dá legitimação e certos contornos (Gonçalves & Henriques, 2002). No entendimento desses autores, os problemas, bem como os demais fenômenos psicológicos, como a cognição e a emoção, resultam de processos linguísticos, sendo construídos pelas nossas formas de falar - sem palavras para descrever a depressão ou a ansiedade, seria difícil nos referirmos a esses estados e experienciar os acontecimentos associados a eles.

Uma vez que a construção de significados opera discursivamente, é importante analisar os dispositivos que alimentam as narrativas sobre o problema, por exemplo: é possível que encontremos subjacentes às perturbações alimentares os efeitos discursivos da indústria da moda, ou, no caso dos problemas de humor de alguns adolescentes, as exigências criadas em um contexto escolar marcado por muita competitividade (Gonçalves & Henriques, 2002). Por essa razão, a análise das especificações culturais e discursivas é imprescindível, pois permite ao terapeuta situar o problema no contexto de vida do cliente, em vez de atribuí-lo a um defeito interno deste. Além disso, facilita a conscientização dos fatores sociais e culturais que reforçam o problema (Gonçalves & Henriques, 2002).

Os terapeutas, enquanto ouvem as histórias descritas pelos clientes, no contexto da terapia, poderão identificar eventos que se encaixam com a história problemática, que a influenciam e eventos que parecem contradizer ou ficar fora dessa história (Morgan, 2007). Nesse processo, “.. à medida que o problema vai sendo externalizado, vão surgindo situações em

que o cliente resistiu (ainda que parcialmente) a sua influência.” (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 20). Esses momentos ou situações em que o cliente resiste à influência do problema são considerados momentos excepcionais, nos quais o domínio do problema não prevaleceu, e, por essa razão, são denominados de resultados únicos (White & Epston, 1990).

Os resultados únicos, ou acontecimentos singulares (White, 2012), podem ser pouco frequentes em histórias mais saturadas pelo problema, e, nesse caso, sua identificação pelo terapeuta poderá ser difícil, levando-o muitas vezes a sentir que não há qualquer possibilidade de ajudar o cliente a enfrentar seu problema (Gonçalves & Henriques, 2002). Mesmo nessa condição, existem situações em que, embora não possa ser identificadas explicitamente, a resistência ativa pode ter ocorrido de forma coberta, na forma de pensamentos ou intenções, e esses momentos são a porta de acesso a novas narrativas, que sejam mais adaptativas e estejam em congruência com a vontade do cliente (Gonçalves & Henriques, 2002).

As conversas de re-autoria e o desenvolvimento de narrativas mais adaptativas apenas serão possíveis se o terapeuta estiver sensível à ocorrência dos resultados únicos na interação com o cliente. A sensibilidade a tal ocorrência é essencial para o início das conversas de re-autoria, as quais “.. convidam as pessoas a continuar a desenvolver e contar histórias sobre suas vidas, mas também as ajudam a incluir alguns dos eventos e das experiências mais negligenciados, porém potencialmente significativos, que ‘estão em desvantagem’ em relação às histórias dominantes.” (White, 2012, p. 75). A esse respeito é importante destacar que:

A identificação de resultados únicos não pode ser confundida com a negação dos problemas ou com qualquer espécie de pensamento positivo. Não se trata de negar o poder do problema, mas de identificar momentos em que há exceções à narrativa-problemática. Esses momentos únicos só ganham poder se tiverem como objetivo re-historiar a identidade do cliente, o que apenas é possível se forem identificadas regularidades nesses acontecimentos - aspectos comuns aos diferentes resultados únicos. (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 24).

No contexto terapêutico, à medida que os terapeutas identificam os resultados únicos, eles se interessam em explorá-los e, além disso, em traçar sua história e entender o que eles significam para o cliente, visto que são a abertura para o desenvolvimento de novas e diferentes histórias (Morgan, 2007). Essa exploração é essencial para o desenvolvimento de narrativas mais adaptativas que sustentem a elaboração de uma história alternativa. Entretanto, “.. é necessário ser cuidadoso na identificação dos resultados únicos, analisando primeiro o impacto do problema, dado que ignorá-lo, enfatizando prematuramente momentos excepcionais, pode ser sentido como pouco empático pelo cliente.” (Gonçalves & Henriques, 2002, p. 24).

O conceito de momentos de inovação (MIs), em detrimento de resultados únicos (RUs), tem sido preferível para se referir ao processo terapêutico narrativo de re-autoria (Santos, 2008). Algumas justificativas para essa preferência foram enumeradas por essa autora: 1) não parece existir algo de “único” nos RUs, visto que a teoria descreve e a prática clínica reitera que eles ocorrem frequentemente na psicoterapia; e 2) a noção de “resultado” se contradiz com o que é apresentado na literatura, uma vez que as ocorrências dos RUs são parte do processo de construção de uma narrativa nova. Em face dessas considerações, Gonçalves, Matos e Santos (2006 apud Santos, 2008), baseados na terapia narrativa e em uma investigação desenvolvida por Matos (2006), desenvolveram um *Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação - versão 1* (SCMI), por meio do qual foi possível a identificação de diferentes tipos de MIs que ocorrem na situação terapêutica.

De acordo com Gonçalves e colaboradores (2006 apud Santos, 2008), os MIs dividem-se em cinco tipos, a saber: 1) ação; 2) reflexão; 3) protesto; 4) reconceitualização; e 5) novas experiências. Os *MIs de ação* compreendem ações específicas em relação à problemática e as suas consequências, ou seja, são ações ou comportamentos que desafiam o problema. A resolução de problemas anteriormente não resolvidos, a exploração ativa de soluções específicas, a procura de informação sobre o problema, entre outros, são exemplos de MIs de ação.

Os *MIs de reflexão* se caracterizam pela emergência de novas compreensões ou pensamentos diferentes da narrativa dominante. Dizem respeito a produtos cognitivos, visto que são exceções cognitivas na forma de pensamentos, intenções, interrogações e dúvidas, que encaminham o indivíduo para a compreensão de algo novo e que não legitima o problema apresentado por ele. Novas formulações do problema e a consciência dos seus efeitos, reconsiderações sobre as causas do problema e a articulação de dilemas cognitivos e afetivos são alguns exemplos de MIs de reflexão.

Os *MIs de protesto* também envolvem ações e pensamentos, mas requerem mais do que meras ações ou pensamentos, pois implicam um reposicionamento do indivíduo em relação a si mesmo. É marcado por um processo no qual o cliente é mais proativo, protestando contra a história saturada pelo problema e suas especificações. Configuram-se, assim, em momentos de atitude concretizada, planejada e projetada. Manifestações assertivas genéricas na interação com outras pessoas e o reposicionamento em relação às prescrições culturais, sociais, religiosas e educacionais são exemplos de MIs de protesto.

Os *MIs de reconceitualização* apresentam maior complexidade por envolver uma compreensão em um nível metacognitivo. Nesse caso, o cliente, ao olhar para si mesmo, consegue perceber descontinuidades em relação ao passado, sendo capaz de descrever quais os caminhos percorridos na produção da mudança. Envolve um olhar para o presente em contraste com o passado, identificando os processos que possibilitaram

as transformações observadas em seu momento atual. Os momentos de reconceitualização não são marcados apenas por pensamentos e formas de agir que contrariam a narrativa dominante, mas têm como característica a mudança seguida de uma descrição processual dos fatores que a produziu. Releitura da relação estabelecida com os outros, a reapropriação de experiências que estiveram na base do desenvolvimento do problema e a redefinição do olhar construído sobre os outros são exemplos de MIs de reconceitualização.

Por fim, os *MIs de novas experiências* envolvem o planejamento ou a experiência de novos projetos pelo cliente e incluem atividades ou relacionamentos interpessoais que antes não eram possíveis em função da narrativa problemática. O desenvolvimento desses MIs contribui para a elaboração de novos projetos e investimentos, frutos das mudanças clínicas já parcialmente conquistadas. As narrativas alternativas construídas pelo cliente o fortalecem e, por conseguinte, ele se sente em condições de se expor a situações que talvez antes temesse ou presumia não ter potencialidade suficiente para agir adequadamente em relação a elas. Generalizar os ganhos terapêuticos de uma para outras dimensões da vida; iniciar um investimento em projetos, posturas, imagem pessoal no espaço público e privado; e investir em relacionamentos interpessoais são exemplos de MIs de novas experiências.

O caminho percorrido pela terapia narrativa de re-autoria inicia em sua maneira peculiar de conduzir a interação terapêutica com o uso das conversações de externalização, as quais viabilizam um enquadramento discursivo que possibilita compreender e intervir nos processos de construção de significado. Os resultados únicos, ou, como se mostrou preferível, os momentos de inovação, serão o foco do processo terapêutico e, por essa razão, devem ser cuidadosamente identificados e trabalhados durante a terapia. Outras diferentes formas de intervenções próprias dessa forma de psicoterapia podem contribuir significativamente para a sua efetividade, e maiores informações a respeito delas podem ser encontradas em Gonçalves e Henriques (2002), Morgan (2007), Gonçalves (2008) ou White (2012).

Tema central da entrevista: A relação terapêutica como variável fundamental do processo terapêutico.

Na pesquisa em psicoterapia, o interesse em compreender os fatores comuns compartilhados por diferentes abordagens psicoterápicas e seus efeitos sobre os resultados terapêuticos promoveu um grande entusiasmo na investigação dos fatores relacionais (Ribeiro, 2009). Diferentes nomenclaturas foram empregadas por psicoterapias distintas para se referir a esses fatores relacionais, sendo algumas delas Aliança de Trabalho (Bordin, 1979); Relação Terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 1991); Aliança Terapêutica (Freud, 1913/1996); Interação Terapêutica (Zamignani, 2007); Relação de Ajuda (Miranda & Miranda, 1999; Rogers, 1961); e Interação Terapeuta-Cliente (Brandão, 2000; Silveira & Kerbauy, 2000).

A despeito dessas diferenças terminológicas, observa-se certo consenso no reconhecimento de que a relação estabelecida

entre o terapeuta e o cliente é um dos determinantes das mudanças clínicas. Bordin (1976 apud Krupnick et al., 2006) destacou que, em todas as psicoterapias, a aliança terapêutica tem sido descrita como o mais promissor dos elementos comuns para a investigação futura. Wolfe e Goldfried (1988) consideram a aliança terapêutica como a variável de integração por excelência, que pode influenciar os resultados de uma gama de psicoterapias a despeito de suas diferenças terapêuticas e técnicas.

A materialização dos pressupostos defendidos pelos autores recém-citados veio com a inserção de discussões e pesquisas sobre aliança terapêutica na agenda de diferentes psicoterapias. Até mesmo modelos de psicoterapia que historicamente foram acusados de negligenciar variáveis relacionais do processo terapêutico reviram seus próprios conceitos e inseriram a temática da aliança terapêutica em sua agenda de pesquisa e intervenção. Um exemplo emblemático disso é a psicoterapia analítica funcional, forma de psicoterapia sustentada no behaviorismo radical, que tem como principal mecanismo de mudança a relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A inquestionável natureza interpessoal do encontro psicoterapêutico requer que a análise dos fatores que contribuem para a formação da aliança terapêutica leve em consideração as características do cliente e do terapeuta, o resultado da interação entre elas e as características do tipo de relação que a cada momento se estabelece entre ambos (Coutinho & Ribeiro, 2009). Dessa maneira, observamos que o estudo da aliança terapêutica não se resume à análise da qualidade da relação interpessoal que se estabelece durante o tratamento, mas pressupõe a identificação dos fatores peculiares do terapeuta e do cliente que influenciam a qualidade da relação estabelecida entre eles. Pressupõe, ainda, que diferentes tipos de relação podem ser estabelecidos ao longo da psicoterapia.

A complexidade dos processos envolvidos no estabelecimento e na manutenção da qualidade da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico sinaliza as possíveis dificuldades nesse campo de pesquisa. Embora se observe, conforme foi sugerido até aqui, que a aliança terapêutica tem sido apresentada na literatura científica como um fator comum às diferentes psicoterapias e como fortemente associado à mudança do cliente, seu estudo apresenta diferentes desafios (Sousa & Ribeiro, 2009). Um dos desafios atuais, na perspectiva dessas autoras, “.. é compreender o que contribui para a aliança enquanto fator transteórico e, desse modo, saber como melhorar o que se faz na psicoterapia.” (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 89). O tema “relação terapêutica” norteou a entrevista realizada com Miguel Gonçalves.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TERAPIA NARRATIVA DE RE-AUTORIA

O objetivo primordial dessa psicoterapia é a construção de um vínculo terapêutico que promova o desenvolvimento de uma conversa diferenciada com o cliente, ajudando-o a

produzir sentido diante de tantas realidades de entendimentos sem sentido que o levaram a procurar ajuda (Santos, 2008). Nessa relação, enfatiza Santos (2008), a prioridade é o olhar do cliente sobre suas próprias histórias e, nessa perspectiva, a maneira de abordar o problema será diferente, pois o terapeuta deverá se centrar não só no que impede o cliente de aderir ao tratamento proposto, mas, sobretudo, naquilo que favoreceu sua iniciativa de procurar ajuda.

De acordo com White (2002), as perspectivas tradicionais em psicoterapia sustentam uma visão unidirecional da relação entre terapeuta e cliente, na qual, de um lado, está o primeiro, com seu saber terapêutico que é aplicado na vida do segundo, sendo este definido como o outro, cujas mudanças pessoais são produto dos procedimentos terapêuticos empregados em sua terapia. Em contrapartida, defende-se no modelo narrativo de re-autoria uma concepção recíproca da relação estabelecida em terapia, na qual a interação terapêutica se constitui a partir de todas as partes envolvidas nessa interação (White, 2002). Reconhece-se, a partir desse pressuposto, que o que muda a vida das pessoas que solicitam ajuda do terapeuta também molda o trabalho terapêutico e, por conseguinte, muda também a vida desse profissional.

O estabelecimento da relação terapêutica, na perspectiva da terapia narrativa de re-autoria, deve ter a pessoa como uma especialista em sua própria vida e, nesse sentido, uma concepção recíproca do processo terapêutico contribui para que se estructurem interações terapêuticas que desafiem a marginalização das pessoas que a procuram (White, 2002). Essa concepção do processo terapêutico promove a construção de significados, por parte do terapeuta, que contribuam para a generalização de descrições mais ricas de seu próprio trabalho e suas identidades de terapeuta. A importância da relação terapêutica é constatada, como em outras formas de psicoterapia, mas se observa uma ênfase na perspectiva recíproca que rompe com modelos de psicoterapia apoiados em uma concepção unidirecional da relação terapeuta-cliente.

A produção de narrativas alternativas à narrativa problemática, como se observou na descrição feita anteriormente a respeito das bases da abordagem narrativa para a mudança terapêutica, valorizará as posições de coconstrução discursiva. Disso implica dizer que as histórias alternativas se constroem em um contexto conversacional de colaboração mútua entre cliente e terapeuta, uma condição imprescindível para que as histórias alternativas sejam construídas (Matos, 2006). A relação colaborativa é considerada um fim em si mesmo e, por essa razão, a dimensão colaborativa é essencial, visto que é a partir dela que se evidencia a importância da realidade e do conhecimento do cliente (Gonçalves & Henriques, 2002), bem como seus sistemas de linguagem (Gonçalves, 2006) e sua intencionalidade (White, 2004).

A maior ênfase sobre o papel do cliente na psicoterapia se alinha à concepção de um processo terapêutico recíproco, conforme apontado anteriormente por White (2002), no qual

as conversações terapêuticas não serão encomendadas ou direcionadas, não tendo o terapeuta de se esforçar em determinar suas respostas aos relatos das pessoas antes que elas o façam (White, 2012). O terapeuta, dessa maneira, não usará a relação colaborativa como um mero meio de levar o cliente a admitir o que ele pretende, fará questões para saber, e não porque já sabe. Tais questões devem ser instrumentos de mudança terapêutica, dependendo do resultado final alcançado de ambos, terapeuta e cliente (Gonçalves & Henriques, 2002).

As narrativas novas somente serão construídas em um espaço de colaboração entre terapeuta e cliente, e serão terapêuticas apenas quando respeitarem os contornos do cliente e forem fortemente moldadas por suas necessidades (Omer, 1996). É imprescindível, na terapia narrativa de re-autoria, que os objetivos terapêuticos sejam construídos no contexto da própria conversação terapêutica, na qual terapeuta e cliente trabalham em conjunto na construção do sentido da vida do cliente, dos seus problemas, dos seus objetivos e das suas soluções (Gonçalves, 2006). Esse espaço é privilegiado, pois é nele que a coconstrução terapêutica se processará, sendo de suma importância o terapeuta perceber se o que se tem construído com o cliente tem de fato o ajudado e sido útil no enfrentamento de seus problemas (Gonçalves & Gonçalves, 2001).

A concepção recíproca de relação terapêutica de White (2002) está presente na defesa de um espaço terapêutico marcado pela coconstrução, permitindo uma maior horizontalidade na relação entre cliente e terapeuta (Gonçalves, 2003). O cliente é o especialista de sua própria vida, não o terapeuta. Este perde seu lugar de poder como especialista, tradicionalmente defendido. O poder na situação terapêutica é compartilhado com o cliente, maximizando a relação colaborativa entre ambos, tão importante na construção de narrativas mais adaptativas. Conclui-se, assim, que a postura do terapeuta narrativo é peculiar, pois sua tendência será acompanhar o cliente em vez de guiá-lo, ouvir em vez de afirmar, e aprender em vez de ensinar (Omer, 1996).

MARIO MIGUEL GONÇALVES

Mario Miguel Gonçalves é licenciado em Psicologia pela Universidade do Porto, especialista em Psicoterapia Cognitiva Narrativa pelo Colégio Universitário de Altos Estudos e Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho. É professor catedrático na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, autor de diversos livros no domínio da intervenção narrativa e pesquisador dos processos narrativos envolvidos na mudança psicoterapêutica.

Tem publicado trabalhos em revistas e livros internacionais, é diretor adjunto do Centro de Investigação em Psicologia e diretor do Programa de Doutoramento em Psicologia Aplicada da Universidade do Minho. É ainda editor associado da *Psychotherapy Research*, vice-presidente da *International Society for Dialogical Science*, e membro honorário da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas.

O professor Gonçalves participou como conferencista do IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (CBTC), realizado entre 10 e 13 de março de 2013. Nessa oportunidade, ele concedeu a entrevista transcrita a seguir, que ilustra bem o tema de sua conferência realizada em 12 de março de 2013: Momentos de inovação e mudança psicoterapêutica. Além disso, cabe destacar que a entrevista teve como eixo principal conhecer a opinião do entrevistado sobre “relação terapêutica” como fator comum compartilhado por diferentes abordagens psicoterápicas.

ENTREVISTA:

1. No campo da pesquisa em psicologia clínica, diversas abordagens psicoterápicas têm identificado historicamente a importância da relação terapêutica para a promoção de mudanças no cliente. Como, historicamente, sua abordagem tem lidado com o papel da relação terapêutica no processo de mudança do cliente?

A relação terapêutica tem sido um aspecto-chave dos modelos narrativos. Esses modelos assumem-se como não corretivos, vendo o cliente como alguém que tem dificuldades, mas que não tem défices que precisam ser corrigidos (cognitivos, emocionais, etc.). Ou seja, da perspectiva desses modelos, a mudança é resultado de um processo colaborativo e criativo em que terapeuta e cliente exploram as histórias de vida do cliente, procurando criar (por oposição a corrigir!) narrativas de vida mais criativas.

2. A pesquisa clínica, em sua abordagem, tem avançado no sentido de reconhecer e legitimar a importância da relação terapêutica? Como?

Que eu conheça, as investigações controladas sobre o modelo narrativo têm sido incipientes. Penso que isso se deve ao seu pendor fortemente “antipositivista”, que torna complicado fazer o “jogo” tradicional da investigação empírica. Estou profundamente convicto de que se fizéssemos uma investigação típica com terapia narrativa (por exemplo, usando o inventário da aliança terapêutica), os resultados seriam os mesmos que têm sido encontrados em outros estudos.

Penso que o desafio introduzido pelos modelos narrativos se prende com a ideia de colaboração terapêutica. Para tais modelos, o terapeuta não impõe uma nova realidade ao cliente, usando, para isso, modelos externos à perspectiva do cliente, mas procura negociar dentro do que é a perspectiva do mundo do cliente como pode ser conseguida a mudança. Assim, esse modelo aproxima-se de algo já proposto por Watzlawick há muito tempo: o terapeuta deve aprender

a falar a linguagem do cliente (tal como um antropólogo em uma tribo exótica) e, dentro da sua perspectiva do mundo, procurar produzir a mudança. A grande diferença é que *Watzlawick assumia-se como estratégico nesse processo, enquanto os terapeutas narrativos recusam esse pendor estratégico.*

3. Diferentes pesquisas têm indicado que a relação terapêutica é importante para diferentes aspectos do processo terapêutico. Em sua opinião, qual a importância do vínculo do cliente com o terapeuta para a adesão à psicoterapia? Como essa relação é trabalhada em sua abordagem?

Para a terapia narrativa, o slogan central é “o cliente não é o problema, o problema é o problema”. Há um conjunto de estratégias, entre as quais a mais conhecida é a externalização, em que o terapeuta se esforça ativamente por separar de algum modo o problema (concebido como um sistema de significações) da pessoa (que é concebida como muito mais multipotencial do que as suas narrativas problemáticas nos querem fazer crer). De qualquer modo, mesmo não usando externalização em uma sessão terapêutica específica, o terapeuta tem uma concepção externalizadora, no sentido de recusar que existam défices internos que sejam explicativos dos problemas que as pessoas enfrentam. Para os terapeutas narrativos, essa concepção internalizadora é uma tautologia explicativa que nos faz conceber o cliente como alguém com menos capacidades e menos recursos que o terapeuta. Ou seja, tais terapeutas recusam uma visão patologizadora dos clientes.

4. Em sua opinião, a qualidade da relação terapêutica é preditora de bons resultados na terapia?

Julgo que essa é uma daquelas coisas que a investigação mostra de um modo inequívoco!

5. Pesquisas atuais têm apontado a importância do resgate do processo vivencial no contexto da terapia, defendem ser a relação terapêutica um mecanismo de mudança em si mesmo, ou seja, essa relação seria um meio pelo qual as mudanças clínicas do cliente se processariam, em detrimento à utilização de técnicas. Em sua análise, há espaço para uma perspectiva equivalente a essa em sua abordagem?

Como disse anteriormente, julgo que essa natureza curativa em si mesma da relação terapêutica é completamente congruente com o modelo narrativo. Repare-se que o modelo narrativo recusa o modelo médico das dificuldades psicológicas, que tende a equacionar dificuldades psicológicas com perturbações que devem ser tratadas. Assim, se a

técnica central usada em psicoterapia é relacional, dificilmente o modelo médico se pode sustentar.

6. O desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica dependem, em grande parte, de habilidades do terapeuta. Sabe-se, nesse contexto, que as habilidades do clínico são de diferentes naturezas: 1) habilidades pessoais, desenvolvidas durante a sua própria história pessoal; e 2) habilidades técnicas e científicas, desenvolvidas durante sua formação acadêmica. Cada interação terapêutica é muito singular, uma vez que cada cliente, com sua história pessoal única, exigirá do terapeuta a apresentação de certas habilidades para desenvolver e manter a relação terapêutica. Em face dessas considerações, em sua análise, quais habilidades básicas o terapeuta precisa apresentar em sua abordagem, a despeito das diferenças entre clientes, para que possa conduzir o desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica?

Na verdade, julgo que o terapeuta tem de ter capacidade de construir mudança em uma zona de desenvolvimento proximal do cliente. Na Universidade do Minho, temos desenvolvido pesquisa sobre os processos de mudança centrados no modo como a emergência de novidades (designados por nós como momentos de inovação) conduz à mudança em qualquer modalidade de psicoterapia, mas também temos colaborado com outros colegas (Eugénia Ribeiro, António Ribeiro) que exploram de que modo o terapeuta gera a relação terapêutica, equilibrando o desafio da realidade do cliente com a sua aceitação (para que não deixe de ser empático).

7. Alguns autores têm inserido a relação terapêutica nos fatores inespecíficos, ou ainda não especificados, que promovem as mudanças no quadro clínico do cliente, por ser comum a diferentes formas de psicoterapia. Qual a posição de sua abordagem a esse respeito? Como você entende o papel dos “fatores inespecíficos ou não especificados” da relação terapêutica?

Julgo que não há uma “posição oficial” da terapia narrativa sobre essa questão, mas inclino-me a ser um defensor dos fatores comuns em psicoterapia. Na verdade, acho que o modelo proposto por Frank há muito tempo é uma boa explicação para o que acontece em psicoterapia e o que é curativo: um setting terapêutico, um “mito” sobre as dificuldades do cliente, uma relação terapêutica e um “ritual” que facilite a mudança. É claro que é preciso que o cliente adira ao mito e ao rito proposto. Por exemplo, a externalização pode ser mui-

to potente na produção da mudança com alguns clientes, mas pode ser vista como um disparate para outros clientes. Na verdade, qualquer rito, isto é, qualquer técnica pode ser alvo de aceitação ou rejeição por parte do cliente. É aqui que entra o que Bill Stiles designou por responsividade. Um bom terapeuta é responsivo às necessidades do cliente.

8. Observa-se, na literatura de pesquisa clínica, um debate a respeito do estilo de intervenção terapêutica e seus efeitos na promoção da mudança clínica. Entre os estilos possíveis, encontram-se as intervenções prescritivas e reflexivas. Pesquisadores de diferentes abordagens psicológicas apresentam evidências de que a diretividade do terapeuta seja um determinante da resistência do cliente, o que leva à defesa de intervenções de cunho mais reflexivo. Nesse contexto, considerando sua abordagem, as intervenções são mais prescritivas/diretivas ou reflexivas?

Como referi anteriormente, a terapia narrativa recusa de todo uma postura diretiva e coloca-se claramente no polo reflexivo. Embora eu julgue que provavelmente a dimensão enfatizada não é tanto reflexiva, mas não diretiva ou colaborativa. White diz que essa colaboração é guiada pela curiosidade terapêutica. Ou seja, se o terapeuta assumir que não sabe mais do cliente do que ele mesmo e que precisa compreender o quadro de referência do seu próprio ponto de vista, é levado a colocar questões que podem ser transformadoras. White dizia (e vou citar de memória) que não se trata somente de curiosidade, mas de uma curiosidade acerca de como as coisas poderiam ser diferentes na vida do cliente. Uma curiosidade transformativa em si mesma.

9. Em sua opinião, uma maior diretividade da terapia geraria maior resistência do cliente? Ela teria impactos negativos sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica e, por conseguinte, sobre a mudança clínica?

Para os terapeutas narrativos, a diretividade terapêutica é uma violência epistemológica.

REFERÊNCIAS

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para análise clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (vol. 5, pp. 217-223). Santo André: Esetec.

- Coutinho, J., & Ribeiro, E. (2009). O outro lado da aliança: As características do terapeuta. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 68-86). Braga: Psiquilíbrios.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.12, pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago.
- Gonçalves, M. M., & Gonçalves, O. F. (Eds.) (2001). *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M., & Henriques, M. R. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade: Manual terapêutico para crianças e adolescentes* (2. ed.). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2006). Relação terapêutica nos modelos narrativos: Potencialidades e limitações, *Psychologica*, 41, 281-295.
- Gonçalves, M. M. (2008). *Terapia narrativa de re-autoria: O encontro de Bateson, Bruner e Foucault* (Vol. 2, Coleção Cadernos de Psicoterapia). Braga: Psiquilíbrios.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações intensas e curativas*. Santo André: Esetec.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (2006). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Focus the Journal of Life Long Learning Psychotherapy*, 4(2), 269-277. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/foc.4.2.269>
- Matos, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher* (Tese de doutorado). Universidade do Minho, Braga.
- Miranda, C. F., & Miranda, M. L. (1999). *Construindo a relação de ajuda* (11. ed.). Belo Horizonte: Crescer.
- Morgan, A. (2007). *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas.
- Omer, H. (1996). Three styles of constructive therapy. In M. F. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies II* (pp. 319-333). New York: The Guilford Press.
- Palma, F. G. (2008). *Terapia narrativa*. In *Ideias Sistêmicas - Caderno do CEFAI*, V(5).
- Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica: Quando o encontro se torna terapêutico. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 14-41). Braga: Psiquilíbrios.
- Rogers, C. R. (1961). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Santos, M. A. C. (2008). *A mudança narrativa no processo terapêutico de re-autoria* (Tese de doutorado). Universidade do Minho, Braga.
- Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapeuta-cliente: Uma investigação com base na queixa clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 209-216). Santo André: Esetec.
- Sousa, Z., & Ribeiro, E. (2009). Responsividade terapêutica como micro-processo da aliança. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 87-118). Braga: Psiquilíbrios.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Narrative practices and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (1999). Deconstruction and therapy. In D. Epston, & M. White (Eds.), *Experience, contradiction, narrative and imagination* (2nd ed., pp. 109-152). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. Porto Alegre: Pacartes.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 448-451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.448>