



O que faz com  
que alguns terapeutas  
sejam mais bem-sucedidos,  
embora apliquem o mesmo  
tratamento baseado em  
evidências que outros  
profissionais?

# Psicoterapeutas eficazes

*habilidades clínicas que melhoram  
os desfechos dos tratamentos*

**William R. Miller**  
**Theresa B. Moyers**

artmed

# PSICOTERAPEUTAS EFICAZES

---

*Habilidades clínicas que melhoram os desfechos dos tratamentos*

---

**William R Miller**  
**Theresa B. Moyers**

William R Miller, PhD, é Professor Emérito de Psicologia e Psiquiatria pela University of New México. Interessado sobretudo na psicologia da mudança, é cocriador da entrevista motivacional (EM) e tem se concentrado especial' mente em desenvolver e testar tratamentos mais eficazes para pessoas com transtornos por uso de álcool e outras substâncias. Publicou mais de 400 artigos científicos e capítulos de livro, além de 60 livros. Estes incluem a inovadora obra para profissionais, Entrevista motivacional, e o recurso para pacientes Controlling Your Drinking. Recebeu o prêmio internacional Jellinek Memorial, dois prêmios por desempenho profissional da American Psychological Association e o prêmio Innovators in Combating Substance Abuse da Roben Wood Johnson Foundation, entre muitas outras honrarias. O Institute for Scientific Information o listou como um dos pesquisadores mais citados do mundo.

Theresa B Moyers, PhD, é Professora Associada de Psicologia da University of New México, onde realiza pesquisas sobre tratamentos para comportamentos dependentes e transtorno por uso de substâncias, com foco na EM. Seus principais interesses são identificar os aspectos ativos da EM, bem como os métodos ideais para disseminá-la em contextos de dependência química. Publicou mais de 35 artigos revisados por pares e proferiu palestras sobre EM e tratamento da dependência química em 16 países. É membro da Motivational Interviewing Network of Trainers. Além de suas atividades acadêmicas, treina e compete com seu border collie em competições de agilidade canina.

Em Psicoterapeutas eficazes: habilidades clínicas que melhoram os desfechos dos tratamentos, Miller e Moyers abordam os diferenciais daqueles terapeutas que impactam de forma significativa a vida de seus clientes,

demonstrando que atitudes como empatia, aceitação, calor humano e foco são características não apenas qualitativas, mas mensuráveis e ensináveis.

Repleto de diálogos que ilustram como as habilidades clínicas se manifestam na prática, este livro apresenta modelos que ajudam a aprender, praticar e automonitorar competências essenciais, percorrendo várias fases do trabalho terapêutico — desde a formação de vínculo e a compreensão empática até o desenvolvimento de confiança.

Leitura fundamental para psicoterapeutas, supervisores e estudantes que desejam não só conhecer técnicas, mas incorporar práticas que transformarão suas sessões em experiências terapêuticas mais eficazes.

*Para minha esposa, Kathy Jackson, que está sempre me ensinando sobre relacionamentos amorosos. —WRM*

*Para minha mãe, RuthAiken Ellett, que foi minha primeira e melhor professora ao me ensinar o valor da genuinidade. —TBM*

# SUMÁRIO

## SUMÁRIO

### PREFÁCIO

*Acerca Da Linguagem*

### PARTE 1. A RELAÇÃO DE AJUDA

#### 1. UM CONVITE

*Habilidades Terapêuticas*

*Mente E Coração: Atitudes Terapêuticas*

#### 2. IMPACTOS DO DESEMPENHO DO TERAPEUTA

*Pesquisas Acerca Dos Efeitos Do Terapeuta*

*Terapias E Terapeutas*

### PARTE 2. HABILIDADES TERAPÊUTICAS

#### 3. EMPATIA PRECISA

*Atributo Da Empatia*

*A Habilidade De Empatia Precisa*

*A Atitude De Empatia Precisa*

*Como Comunicar Uma Empatia Precisa*

*Pesquisas Acerca Da Empatia Precisa*

#### 4. ACEITAÇÃO

*A Atitude De Aceitação*

*Como Comunicar Aceitação*

*Pesquisas Acerca Da Aceitação Terapêutica*

#### 5. CONSIDERAÇÃO POSITIVA

*A Atitude De Consideração Positiva*

*Como Comunicar Consideração Positiva*

*Pesquisas Acerca Da Consideração Positiva E Da Afirmação*

#### 6. GENUINIDADE

*Congruência: A Experiência Interior Da Genuinidade*

*Autenticidade: Como Comunicar A Genuinidade*

*Pesquisas Acerca Da Genuinidade*

#### 7. FOCO

*A Atitude De Foco*

*Como Focar*

*Quando As Metas São Conflitantes*

*Pesquisas Acerca Do Foco*

#### 8. ESPERANÇA

*A Atitude De Esperança*

*Como Promover A Esperança*

*Pesquisas Acerca Da Esperança*

#### 9. EVOCAÇÃO

*A Atitude De Evocação*

*Como Evocar*

*Dois Exemplos De Evocação Terapêutica*

*Restrições Ao Terapeuta*

*Outras Modalidades De Evocação*

*Pesquisas Acerca Da Evocação*

#### 10. OFERECER INFORMAÇÕES E CONSELHOS

*Reatância Psicológica*

*A Atitude De Informar E Aconselhar*

*Como Oferecer Informações E Conselhos*

*Pesquisas Acerca De Como Oferecer Informações E Conselhos*

#### 11. O OUTRO LADO DA COMPLEXIDADE

### **PARTE 3. APRENDIZAGEM, TREINAMENTO E CIÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA**

#### 12. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS

*Prática Deliberada*

*Pesquisas Acerca Da Prática Deliberada*

#### 13. ENSINANDO HABILIDADES TERAPÊUTICAS

*Papéis Metaprofissionais: Qual É O Meu?*

*Ensinando Habilidades Terapêuticas*

#### 14. RUMO A UMA CIÊNCIA MAIS AMPLA NA PRÁTICA CLÍNICA

*Tratamentos Específicos Ou Relação Terapêutica?*

*Rumo À Integração Da Ciência Na Prática Clínica*

*Treinamento Integrativo*

### **REFERÊNCIAS**

# PREFÁCIO

Talvez a melhor maneira de começar seja com a história de como este livro surgiu. As sementes foram plantadas há muito tempo, no decorrer de uma série de eventos casuais, vários dos quais ocorreram durante o meu treinamento pré-doutorado em Psicologia na University of Oregon. O programa clínico em Oregon tinha grande ênfase comportamental, e até mesmo "cognitivo-comportamental" era um conceito novo e controverso no início dos anos 1970. Os alunos da universidade em geral não começavam a atender clientes até o terceiro ano de treinamento, depois de termos feito a parte pesada do curso e escrito a dissertação de mestrado. Durante o segundo ano, houve um seminário obrigatório de dois semestres para nos preparar para conversar com o cliente e, aparentemente, nenhum dos behavioristas queria ministrá-lo. Então, encontraram um membro do corpo docente do Counseling Psychology Department para nos preparar para o trabalho clínico. Orientada por Leona Tyler e, portanto, neta acadêmica de Carl Rogers, Sue Gilmore nos apresentou uma maneira centrada na pessoa de ouvir e estar com os clientes antes mesmo de entrarmos na prática da terapia comportamental.

A prática clínica começou em nosso terceiro ano; a prática em que ingressei era focada na terapia familiar, supervisionada por Steve Johnson. O mentor de Steve, Gerald Patterson, foi um precursor da terapia familiar comportamental. Inicialmente estava na clínica da universidade, mas se transferiu para o Oregon Research Institute (ORI), do outro lado da cidade. Eu estava trabalhando com famílias na clínica de psicologia da universidade, tentando seguir as diretrizes de Patterson, ensinando aos pais sobre reforço positivo e monitoramento de comportamento, mas sem muito sucesso.

Então, fizemos uma excursão até o ORI para observar (através de um espelho unidirecional) Patterson trabalhando com uma família. Ele estava de fato usando as técnicas que havia descrito, mas estava fazendo muito mais do que o mencionado em seus escritos. Ele era um ser humano afetuoso, empático, paciente, engraçado e envolvente. "Então é assim que se faz", pensei. De volta à clínica, comecei a seguir seu exemplo e a integrar o que aprendemos sobre uma abordagem centrada no cliente. Percebi que os pais

estavam se engajando mais no processo de tratamento, mais dispostos a tentar as tarefas de casa que eu sugeria e mais bem-sucedidos com as mudanças de comportamento que esperavam<sup>1</sup>. Só décadas depois me deparei com esta citação: “Deve-se enfatizar uma vez mais que, apesar da linguagem fria e mecanicista usada para descrever as técnicas [de terapia comportamental], a prática real em geral envolve um terapeuta afetuoso, autêntico e muito compreensivo”<sup>2</sup>.

Pouco antes de começar meu terceiro ano de pós-graduação, fiz um estágio nas férias de verão na ala de alcoolismo do hospital da Veterans Administration em Milwaukee, Wisconsin. Felizmente, eu nada sabia sobre alcoolismo; então, sendo novato, passei a maior parte do tempo ouvindo com as mesmas habilidades rogerianas que havia aprendido. Os clientes me ensinaram sobre alcoolismo, e eles e eu apreciamos nossas conversas. Também comecei a aprender algumas terapias comportamentais e decidi focar minha dissertação no tratamento de pessoas com alcoolismo<sup>3</sup>. Os desfechos foram bons, com uma reviravolta inesperada. Ao fim do tratamento, alguns dos clientes (escolhidos aleatoriamente) receberam um livreto de autoajuda que descrevia os mesmos métodos que nossos terapeutas estavam usando. Durante a consulta de acompanhamento seguinte, os clientes que receberam o livreto mostraram uma diminuição significativa no consumo de álcool, enquanto os outros não. Esse achado inesperado sugeriu que era necessário um segundo estudo, no qual aqueles com alcoolismo fossem aleatoriamente designados para receber a terapia comportamental ambulatorial de 10 sessões que desenvolvemos ou, em vez disso, apenas uma sessão de terapia, bem como o livreto de autoajuda e o incentivo para usá-lo. Para nossa surpresa, ambos os grupos apresentaram uma grande redução no consumo de álcool, sem diferença entre eles<sup>4</sup>. Com ou sem o apoio contínuo do terapeuta, os dois grupos mudaram seus padrões de longa data de consumo de álcool.

Ingressei no corpo docente de Psicologia Clínica da University of New México em 1976 e prossegui nessa linha de pesquisa, treinando conselheiros em terapias comportamentais e centradas no cliente. Replicamos três vezes em ensaios clínicos randomizados a constatação de que os clientes, em média, se saíam tão bem trabalhando sozinhos com nosso guia de autoajuda<sup>5</sup> quanto quando tratados por um terapeuta usando os mesmos métodos. Em um desses estudos<sup>6</sup>, três supervisores observaram as sessões de terapia (de novo através de espelhos unidirecionais; isso foi antes de podermos comprar equipamentos

de vídeo) tanto em relação à adesão às técnicas de terapia comportamental quanto à qualidade das habilidades de escuta empática<sup>7</sup>. Classificamos de forma independente os terapeutas de acordo com suas habilidades de empatia precisa, com excelente concordância entre avaliadores. Quando os dados de seguimento chegaram, examinamos as diferenças nos desfechos dos clientes entre os terapeutas. Novamente, para nossa surpresa, descobrimos que podíamos prever com confiança o consumo subsequente de álcool pelos clientes a partir de quão bem o seu terapeuta comportamental os tinha escutado! No seguimento de seis meses, o conselheiro mais empático teve uma taxa de sucesso de 100%, e o menos empático dos nove terapeutas teve uma taxa de sucesso de 25%. Em média, a taxa de sucesso dos conselheiros foi de 61%, em comparação com 60% entre aqueles clientes que trabalharam sozinhos com materiais de autoajuda. Isso pode levar à conclusão de que os terapeutas não são diferentes da autoajuda; contudo, na verdade, cinco terapeutas tiveram taxas de sucesso de 75% ou mais, enquanto, no caso de outros três conselheiros, talvez tivesse sido melhor para os clientes terem ido para casa com um bom livro. Mesmo dois anos depois da conclusão do tratamento, a empatia do conselheiro ainda predizia de maneira significativa os desfechos em relação ao consumo de álcool dos clientes<sup>8</sup>. A relação terapêutica era importante, embora não houvesse diferenças de desfecho entre as técnicas comportamentais específicas que estávamos comparando. Em um estudo posterior<sup>9</sup>, fomos capazes de prever o consumo de álcool pelos clientes 12 meses depois do tratamento a partir do oposto da escuta empática: quanto mais os terapeutas confrontavam seus clientes, mais eles bebiam.

A mensagem que eu estava claramente recebendo de nossos dados é que a maneira como você aconselha é muito importante. A abordagem centrada na pessoa — de Carl Rogers — estabeleceu as bases para o método de entrevista motivacional (EM) que descrevi pela primeira vez em 1983, por meio de discussões e prática experiencial com um grupo de psicólogos noruegueses, e vem sendo aprimorada desde então. Em nosso programa clínico de pré-doutorado, durante três décadas ministrei o curso do primeiro semestre sobre como conversar com o cliente, focando de início as habilidades de aconselhamento centradas na pessoa (método de Rogers) e, depois, de forma mais ampla, na EM.

Avancemos alguns anos: ao me aposentar, decidi revisitar o clássico livro escrito por dois aprendizes de Rogers<sup>10</sup>. Foi uma surpresa para mim descobrir

que eles não estavam de fato promovendo outro método concorrente de psicoterapia. A teoria explicativa de Rogers praticamente não foi mencionada. Eles não estavam interessados em criar uma nova escola de terapia, mas sim em desenvolver terapeutas melhores, explorando, de maneira explícita, como os insights relacionais de Rogers poderiam ser integrados às terapias comportamentais. Isso já tinha passado despercebido por mim antes. Passei boa parte da minha carreira defendendo o uso preferencial de métodos de tratamento baseados em evidências para transtornos por uso de álcool. Como Rogers, ainda acredito que devemos prestar atenção ao que nos dizem as pesquisas científicas em relação ao que funciona ou não. Aliás, foi Rogers quem desempenhou um papel fundamental ao levar a psicologia clínica para a American Psychological Association e para a tendência da psicologia científica<sup>11</sup>. "Acredite em seus dados" é uma das poucas coisas sobre as quais Carl Rogers e B. F. Skinner concordaram. O que tinha me passado despercebido foi a ênfase em como a qualidade dos conselheiros e terapeutas melhora os desfechos dos clientes, independentemente do método de tratamento usado.

Acreditar em nossos dados foi o que nos levou a este livro, e estou muito feliz que Terri Moyers tenha concordado em me acompanhar nessa jornada. Suas pesquisas seguiram, de maneira fiel, os passos de Rogers e seus aprendizes, usando pacientemente metodologias meticulosas para compreender processos importantes na relação terapêutica e como eles afetam o desfecho do tratamento. Entendemos que esses processos interpessoais se aplicam muito além do aconselhamento e da psicoterapia, afetando a qualidade e os desfechos do ensino, dos cuidados de saúde, da mentoria e de muitos outros relacionamentos de ajuda. Estudamos esses processos interpessoais no contexto do tratamento psicológico, que é o foco principal deste livro.

Nossas pesquisas clínicas focaram mais especificamente o tratamento de comportamentos dependentes e transtornos por uso de substâncias, um campo de vida ou morte que sempre me fascinou, nunca me entediou, desde que comecei a trabalhar na área em 1973, em Milwaukee. Uma vantagem científica definitiva de trabalhar no tratamento da dependência química é que existe um grau óbvio de desfechos comportamentais. Com certeza há outras dimensões importantes na recuperação, mas, se você não teve impacto no uso de substâncias ou em outro comportamento dependente de seu cliente,

provavelmente não fez muita diferença. Ao tratar a esquizofrenia, o grupo de Rogers teve que confiar em medidas globais de desfecho (como o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota [MMPI] e avaliações clínicas funcionais) para avaliar seus esforços. Uma medida de desfecho mais específica (como o uso de substâncias) possibilita um estudo mais detalhado das relações processo-desfecho. Os atributos do terapeuta que são o foco deste livro não se originaram do tratamento da dependência química e de maneira alguma se limitam a isso. Acontece que a dependência química é uma lente muito nítida através da qual se pode estudar e compreender a psicologia da mudança<sup>12</sup>.

Em essência, o que estamos tentando fazer neste livro é uma atualização, mais de meio século depois, do clássico livro *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*, de Truax e Carkhuff. Nas décadas seguintes, muita coisa mudou nas profissões envolvidas na ajuda psicológica. Apesar das sólidas evidências científicas e das advertências em seus dois livros<sup>13</sup>, a psicologia clínica, em particular, parece presa a técnicas de tratamento específicas, enquanto Truax e Carkhuff (1967) afirmaram: "A pergunta central a ser feita em aconselhamento e psicoterapia é 'Quais são as características ou comportamentos essenciais do terapeuta ou conselheiro que levam a uma mudança comportamental construtiva no cliente?'"\*.

Em ensaios clínicos, os efeitos do terapeuta com frequência são considerados ruídos incômodos que comprometem o tamanho do efeito terapêutico, e não como um componente importante no tratamento eficaz. Acreditamos que Rogers e seus aprendizes estavam no caminho certo em suas pesquisas. Fatores relacionais do terapeuta têm sido frequentemente negligenciados nas pesquisas clínicas e no treinamento convencionais. Não descartamos a potencial importância de procedimentos de tratamento particulares em transtornos específicos. Ao mesmo tempo, os tratamentos baseados em evidências não podem ser isolados dos terapeutas que os aplicam. Para aqueles que procuram temas importantes para pesquisas clínicas, os capítulos deste livro podem sugerir uma grande variedade de opções.

## **Acerca Da Linguagem**

Como as dimensões relacionais que discutimos se aplicam a muitas profissões envolvidas na ajuda psicológica, foi um desafio decidir quais termos usar para descrever os prestadores de serviços. Ao final, optamos essencialmente por termos genéricos como "conselheiro", "clínico" e "terapeuta", embora eles não se apliquem tão bem a profissionais como professores e treinadores. Da mesma forma, foi preciso decidir como descrever aqueles que recebem os serviços de ajuda. De novo, não fomos capazes de melhorar o termo genérico "cliente" (ou, em contextos explicitamente clínicos, "paciente") e, às vezes, apenas "pessoas". Assim, mantivemo-nos próximos à terminologia usada por Rogers, Truax e Carkhuff.

Acreditamos que muitos leitores deste livro sejam profissionais da área da saúde comportamental, e aí reside outra questão linguística. Enquanto "comportamental" antes se referia a terapias derivadas da teoria da aprendizagem com conotações filosóficas do behaviorismo, agora se aplica de forma mais ampla como "ciência comportamental". O aconselhamento e a psicoterapia são descritos genericamente como "comportamentais" (distintos, p. ex., de farmacológicos). De forma mais geral, os esforços para apoiar o bem-estar psicológico são denominados "saúde comportamental", substituindo o termo anterior "saúde mental". Essa é nossa intenção genérica ao usar o termo "comportamental" neste livro, enquanto usamos "terapia comportamental" quando pretendemos nos referir especificamente a intervenções mais focadas no comportamento e baseadas na teoria da aprendizagem.

Dito isso, esperamos que nosso trabalho também seja útil para ajudar os relacionamentos, muito além do aconselhamento e da psicoterapia. A dinâmica interpessoal afeta o curso e os desfechos das interações humanas. Tivemos a sorte de estudá-los e usá-los na disciplina de psicologia, mas descobrimos que o que aprendemos se aplica à vida e aos relacionamentos de forma mais ampla, sendo vital para a cura e para as profissões de assistência.

*WILLIAM R. MILLER - Albuquerque, Novo México*

# PARTE 1.

## A RELAÇÃO DE AJUDA



O que é relevante para o tratamento? São as técnicas específicas que estão sendo utilizadas ou é a qualidade da relação terapêutica? Não há razão para acreditar que deva ser apenas um ou outro. Em uma cirurgia, por exemplo, os desfechos variam de acordo com os procedimentos específicos usados e também com a habilidade do cirurgião em usá-los.

Neste livro, foca-se no que se sabe sobre as habilidades do terapeuta que influenciam os desfechos para o cliente. O Capítulo 1 o convida a considerar como as habilidades e as atitudes do terapeuta afetam os desfechos (para melhor ou para pior) em uma ampla gama de métodos de tratamento e orientações teóricas. Em que medida as qualidades do conselheiro afetam os desfechos do tratamento oferecido ao cliente? No Capítulo 2, resumimos e discutimos a vasta literatura de pesquisa clínica sobre essa questão.

# 1.

## UM CONVITE

Aconselhamento e psicoterapia são inseparáveis das pessoas que nos aplicam. Em quase todos os tratamentos psicológicos, os resultados obtidos pelo cliente variam muito dependendo da pessoa que os trata. O que torna alguns terapeutas muito mais eficazes do que outros, mesmo quando estão oferecendo um mesmo e altamente estruturado tratamento? Essa é a questão central deste livro.

Temos o compromisso de melhorar os resultados obtidos pelo cliente, além de ajudar os profissionais da saúde comportamental a continuar desfrutando e crescendo profissionalmente em seu trabalho. Para os terapeutas, isso não acontece de maneira automática no contexto da prática contínua. Um achado angustiante e bem replicado nas pesquisas em psicoterapia é que os terapeutas (ao contrário dos cirurgiões) em geral não melhoram com a prática<sup>14</sup>. Por que isso acontece? No Capítulo 12, exploraremos como isso pode depender das condições normais da prática clínica<sup>15</sup>. A boa notícia é que há algo que se pode fazer para continuar desenvolvendo conhecimentos terapêuticos depois do treinamento inicial.

### Habilidades Terapêuticas

Se há um consenso entre as principais teorias da psicoterapia, este diz respeito à importância de uma boa “aliança de trabalho”, uma relação terapêutica sólida<sup>16</sup>. Afirma-se que terapeutas mais eficazes (aqueles cujos clientes tendem a melhorar) têm em comum certas características interpessoais, independentemente de sua orientação teórica ou abordagem de tratamento específica<sup>17</sup>. Essa não é uma ideia nova. Em 1967, Charles Truax e Robert Carkhuff publicaram seu inovador livro *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Eles não estavam procurando promover uma escola específica de psicoterapia. Em vez disso, buscavam entender o que os conselheiros mais eficazes de fato fazem, a fim de que o treinamento pudesse focar em desenvolver terapeutas melhores. Eles reuniram um já grande corpo

de pesquisas, pioneiros na mensuração e no treinamento de ingredientes ativos da psicoterapia — como empatia, cordialidade e aceitação —, que às vezes são chamados de fatores “comuns” ou “não específicos”.

Pode ser enganoso chamar esses fatores de “comuns”, pois sugere que eles estão presentes em todas as terapias aplicadas. Na verdade, os profissionais apresentam ampla variação em suas características relacionais, como empatia e cordialidade adequadas. Há muito se sabe que fatores terapêuticos como aceitação, cordialidade e empatia não são, de fato, “comuns”, no sentido de frequentes ou generalizados. Hans Strupp (1960) descobriu que menos de 5% das 2.474 respostas de 126 psiquiatras em cinco cidades refletiam uma, ainda que leve, cordialidade interpessoal. Seis décadas depois, um estudo sobre a prática do serviço social também descobriu que era raro encontrar um nível elevado de empatia (Lynch, Newlands, & Forrester, 2019). Além disso, referir-se a esses fatores como “não específicos” é confessar que não fizemos a lição de casa, pois, como Truax e Carkhuff demonstraram claramente há meio século, esses aspectos podem ser especificados, medidos, estudados e ensinados de maneira confiável. Eles também documentaram que fatores relacionados com o terapeuta, como empatia precisa, são importantes; eles predizem os desfechos do cliente. Na psicologia, as raízes da ciência na prática clínica moderna estão nesse trabalho inicial de Carl Rogers e seus aprendizes sobre mecanismos e desfechos terapêuticos<sup>18</sup>. Preferimos a convenção de nos referirmos a elas como habilidades, fatores ou condições terapêuticas<sup>19</sup>.

Há vastas evidências que indicam que esses fatores terapêuticos facilitam melhores desfechos nos tratamentos oferecidos para os clientes em uma ampla gama de métodos e contextos de tratamento. São maneiras de fazer o que você faz além do básico na prática. Não são traços de personalidade, mas sim habilidades interpessoais que podem ser aprimoradas com o tempo.

Além disso, esses fatores estão diretamente relacionados com o que o terapeuta em geral considera mais gratificante em seu trabalho<sup>20</sup>. As profissões de saúde comportamental tendem a atrair aqueles que gostam de conversar e conhecer uma ampla variedade de pessoas. Com frequência, o que engaja o terapeuta não é o domínio de técnicas específicas, mas o privilégio de se relacionar com pessoas em um nível de profundidade e intimidade muito além do discurso social comum. No entanto, o treinamento clínico muitas vezes está voltado ao aprendizado de conhecimentos e técnicas específicos, dando relativamente pouca atenção às habilidades terapêuticas que têm pelo

menos tanto impacto nos desfechos do cliente quanto os métodos de tratamento em si.

## **Mente E Coração: Atitudes Terapêuticas**

Ao longo deste livro, descreveremos como as habilidades terapêuticas interpessoais envolvem tanto um componente experiencial interno quanto um componente expressivo externo. Rogers (1980a) se referiu aos elementos experienciais como “atitudes” do terapeuta; e Truax e Carkhuff (1967, 1976) avançaram na mensuração do comportamento e na prática dos componentes expressivos. A prática influencia a atitude, e vice-versa.

Há muitas descrições de atitudes terapêuticas importantes subjacentes ao aconselhamento e à psicoterapia<sup>21</sup>. Talvez o mais fundamental para melhorar os relacionamentos seja o compromisso com a compaixão. Isso não tem a ver apenas com “sentir algo” (simpatia), mas com ter o desejo e a intenção de aliviar o sofrimento e facilitar o bem-estar e o crescimento de outras pessoas<sup>22</sup>. Uma relação terapêutica não visa a beneficiar quem ajuda; o alvo principal é o bem-estar do cliente. Desse modo, relacionamentos terapêuticos diferem de amizades e relacionamentos íntimos, em que, de modo ideal, ambos os parceiros têm um compromisso mútuo de promover a saúde e o bem-estar um do outro. A beneficência compassiva está na base de todas as habilidades terapêuticas a serem discutidas na Parte II deste livro e está codificada nos padrões éticos profissionais de profissões de assistência, como a medicina, a assistência social e a psicologia.

Uma segunda atitude terapêutica subjacente às habilidades terapêuticas é a noção de ver o aconselhamento e a psicoterapia como uma parceria. Alguns tipos de intervenções são administrados não por um colaborador, mas por um especialista, a um cliente passivo. Por exemplo, um cirurgião opera uma pessoa anestesiada para extirpar um tumor. Um dentista remove e substitui o tecido dentário cariado. Um paramédico realiza uma reanimação cardiopulmonar e interrompe uma hemorragia no local em que houve um acidente. Um salva-vidas resgata um nadador em dificuldades. Um médico prescreve o antibiótico correto para uma infecção. No máximo, o que se exige do destinatário desses serviços é a cooperação “paciente”.

A maioria das relações de assistência não é assim. O trabalho de professores, treinadores, educadores de saúde, mentores, conselheiros e

terapeutas com frequência se concentra no comportamento, em termos gerais: no que as pessoas fazem, como pensam e se relacionam com os outros. Comportamentos dependentes, doenças crônicas e comportamento criminoso têm muito a ver com estilo de vida. Se o objetivo da assistência é mudar o comportamento ou o estilo de vida das pessoas, você não pode simplesmente fazer elas mudarem do mesmo modo como um dentista extrai um dente cariado ou um cirurgião retira um tumor maligno. Os seres humanos fazem suas próprias escolhas em relação ao que farão e como viverão, e os esforços para persuadir ou coagir a mudança podem ter um efeito oposto não intencional<sup>23</sup>. Até mesmo o sucesso de uma intervenção aguda heroica em geral depende, por fim, do comportamento subsequente da pessoa. Cirurgiões lamentam que muitos pacientes não fazem o necessário (como cuidados com feridas e reabilitação física). Em se tratando de comportamento, por mais impressionantes que sejam as habilidades técnicas de um profissional, a participação ativa de quem recebe os cuidados é quase sempre necessária para que se obtenham os melhores desfechos.

Para ajudar as pessoas a mudarem um comportamento ou estilo de vida, você precisa da experiência e da parceria delas. Ninguém sabe mais sobre seus clientes do que eles mesmos. Eles têm uma vida inteira de experiências que podem aproveitar. Você traz uma experiência profissional que pode ser útil, mas não é um especialista na vida da outra pessoa. Uma relação terapêutica não é uma questão de um especialista fazer algo ou usar técnicas no cliente. Trata-se de trabalhar com ele, ao lado dele e para ele. Não se trata de uma luta, mas de uma dança<sup>24</sup>.

Na Parte II, convidaremos você a considerar oito habilidades terapêuticas que podem melhorar os desfechos obtidos nos tratamentos oferecidos aos clientes. Provavelmente é mais fácil focar no desenvolvimento de uma dessas habilidades terapêuticas por vez. Benjamin Franklin (2012/1785) descreveu um conjunto de 13 virtudes pessoais, incluindo alguns descritores comportamentais e um método de automonitoramento<sup>25</sup>. Em vez de tentar fortalecê-los todos de uma vez, ele decidiu se concentrar de maneira intencional em um deles a cada semana. Isso criou um ciclo de 13 semanas que ele podia repetir quatro vezes ao ano. Ele também recomendou escolher uma ordem de prática de modo que as virtudes sucessivas se desenvolvessem umas sobre as outras. Até certo ponto, organizamos os capítulos da Parte II dessa forma, com a empatia precisa (Capítulo 3), estabelecendo uma base

sobre a qual outras habilidades, como aceitação e afirmação, pudessem ser construídas.

Por fim, na Parte III, discutiremos o aprendizado (Capítulo 12) e o ensino de habilidades terapêuticas (Capítulo 13) e refletiremos sobre algumas implicações para uma ciência na prática clínica mais ampla (Capítulo 14). Antes de prosseguir, no entanto, dedicamos o Capítulo 2 a uma questão subjacente a tudo isso: qual é a real importância do terapeuta no tratamento? A resposta pode surpreender você.

### **PONTOS-CHAVE**

- Aconselhamento e psicoterapia são inseparáveis das pessoas que os aplicam.
- Os psicoterapeutas não melhoram automaticamente com a prática.
- Terapeutas mais eficazes (independentemente de sua abordagem de tratamento) compartilham certas características interpessoais que podem ser especificadas, mensuradas, aprendidas e praticadas.
- As habilidades terapêuticas têm um componente experiencial interno e um componente expressivo externo.
- Compaixão e parceria são importantes atitudes terapêuticas subjacentes às habilidades terapêuticas.
- Para ajudar alguém a mudar seu comportamento ou estilo de vida, você precisa da experiência e do engajamento ativo dessa pessoa.

## 2. IMPACTOS DO DESEMPENHO DO TERAPEUTA

Com frequência, são realizadas pesquisas de desfechos de tratamentos comportamentais como se os terapeutas não fizessem diferença e fossem intercambiáveis entre si. Em geral, presume-se que terapias específicas que seguem um manual sejam as mesmas, independentemente de quem as aplique. Mas... é assim mesmo que acontece na prática?

### **Pesquisas Acerca Dos Efeitos Do Terapeuta**

Os efeitos do terapeuta têm sido objeto de pesquisas em psicologia desde a década de 1940, e os desfechos têm sido tranquilizadamente consistentes ao longo do tempo. Estudos mais modernos e mais bem elaborados contam exatamente a mesma história que estudos mais antigos: diferenças importantes entre os terapeutas influenciam nos resultados obtidos por seus clientes. para o bem ou para o mal. e essas diferenças têm a ver com habilidades terapêuticas interpessoais.

Um estudo sobre o impacto das habilidades do terapeuta ao longo do tempo em um contexto clínico descobriu que estagiários de pós-graduação com melhores habilidades interpessoais no início do estudo também tiveram clientes com tratamentos com melhores desfechos ao longo de cinco anos<sup>26</sup>. A diferença permaneceu depois de se controlar variáveis como o impacto da orientação teórica, das características do cliente e do terapeuta, e da quantidade de supervisão. Outros estudos também descobriram que as habilidades terapêuticas de um conselheiro predizem os desfechos do tratamento, enquanto outras características (como anos de experiência e orientação teórica) não fazem diferença<sup>27</sup>. Thomas Haug e colaboradores (2016) descobriram que tanto as habilidades interpessoais quanto as técnicas contribuíram, de forma independente, para os resultados obtidos pelos clientes com ansiedade social. Da mesma maneira, descobrimos que tanto a empatia do terapeuta quanto o conteúdo da terapia comportamental em si estiveram

associados a melhores resultados para o cliente com transtorno por uso de álcool<sup>28</sup>.

Um estudo que ampliou os limites do que significa ser terapeuta<sup>29</sup> avaliou as habilidades interpessoais de 23 estudantes de pós-graduação, 11 dos quais estavam em um programa de psicologia clínica e outros 12 não tinham qualquer treinamento clínico prévio, provenientes de outras disciplinas como química, biologia e história. Todos os estudantes foram avaliados quanto às habilidades terapêuticas interpessoais (incluindo empatia, sociabilidade e habilidades sociais) e, em seguida, designados de maneira aleatória para atender um cliente (que eram estudantes em sofrimento, mas não necessariamente em busca de terapia). Eles descobriram que os “terapeutas” com maior nível de habilidades interpessoais de base levaram a uma melhora mais ampla do cliente em todas as medidas de desfecho, independentemente de sua disciplina acadêmica. Em outras palavras, as habilidades interpessoais foram um melhor preditor do resultado obtido pelo cliente do que o terapeuta estar ou não cursando psicologia.

### **Terapeutas versus outros fatores**

No panorama geral, os terapeutas fazem, enfim, alguma diferença? Uma abordagem consiste em questionar a importância do terapeuta em comparação com todos os outros elementos importantes em um curso de tratamento. (Isso é chamado de “modelo de efeitos aleatórios”.) Usando uma analogia culinária: em que medida a qualidade das refeições depende do chef, em comparação com os ingredientes utilizados, as receitas, as condições da cozinha, o ripo de restaurante, os clientes e a estação do ano? Nas pesquisas de desfechos de tratamento, esses outros fatores incluem atributos do cliente que está sendo tratado (como idade, sexo, gravidade do problema, personalidade), do tratamento em si (como duração, estrutura, guiado por um manual, supervisão e garantia de qualidade), do ambiente (como residencial ou ambulatorial, correccional, baseado na fé, estrutura de custos) e dos profissionais envolvidos (como formação, experiência, personalidade, habilidades interpessoais).

Em geral, estudos desse tipo encontram pouca ou nenhuma diferença nos desfechos de acordo com os tratamentos em si comparados, mas uma diferença significativa atribuível aos terapeutas que aplicam os tratamentos. Isso vale para dois dos diagnósticos comportamentais mais comuns: transtornos depressivos<sup>30</sup> e transtornos por uso de substâncias<sup>31</sup>. Da mesma

maneira, um dos maiores estudos de terapia naturalista já realizados examinou os resultados obtidos por 6.146 clientes que haviam sido designados para 581 terapeutas devido a problemas variados em um contexto de atendimento gerenciado<sup>32</sup>. Diferenças significativas no desfecho foram atribuíveis aos terapeutas, e essa variabilidade não foi explicada por idade, sexo, experiência profissional ou formação dos profissionais. Nesse mesmo estudo, o tipo específico de tratamento recebido foi irrelevante.

Também é possível que tanto os terapeutas quanto as intervenções em si tenham efeitos independentes sobre os resultados obtidos pelos clientes. Um estudo com 38 terapeutas e 700 participantes examinou as contribuições dos profissionais e suas habilidades, bem como os efeitos de módulos específicos de terapia cognitivo-comportamental, sobre os desfechos no tratamento de transtornos por uso de álcool<sup>33</sup>. Três componentes específicos da intervenção comportamental estiveram associados a melhores resultados obtidos pelos clientes: controle do humor, enfrentamento da fissura e impulsos, e aconselhamento social e recreativo. Os terapeutas também contribuíram substancialmente para os desfechos, sendo que uma maior expressão de empatia por parte do terapeuta (Capítulo 3) foi preditor de uma maior redução no consumo de álcool. “Aumentos relativamente pequenos no nível normal de empatia do terapeuta estiveram associados a grandes reduções no consumo de álcool ao final do tratamento”<sup>34</sup>. Esse achado é relevante, pois todos os terapeutas foram pré-selecionados quanto a ter pelo menos uma habilidade empática moderada, e suas sessões de tratamento foram monitoradas com atenção (incluindo a expressão de empatia) durante todo o estudo. Não houve interação significativa entre os profissionais e os tratamentos. Em outras palavras, tanto os terapeutas quanto os procedimentos de tratamento eram importantes, independentemente um do outro.

### **Diferenças entre terapeutas**

E se compararmos os terapeutas entre si, enquanto os clientes estudados estão recebendo o mesmo tipo de tratamento ou, como em um ambiente natural, estão recebendo tratamento normalmente? (Isso é chamado de "modelo de efeitos fixos".) O cliente se beneficia de ser tratado por um terapeuta em vez de outro, ou todos os clínicos são praticamente iguais? Quando dois chefs trabalham com os mesmos ingredientes, quão diferentes serão seus pratos?

A resposta aqui é surpreendentemente clara. Com frequência existem grandes diferenças entre terapeutas que aplicam tratamentos iguais ou semelhantes, e elas predizem os desfechos do tratamento para os clientes e são consistentes ao longo do tempo<sup>35</sup>. Quando esses estudos são conduzidos em ambientes naturais, como em uma organização de cuidados gerenciados (em vez de laboratórios de pesquisa em psicoterapia), os efeitos são ainda mais evidentes, talvez porque haja maior variabilidade nos tipos de terapeuta na prática clínica real. As diferenças na eficácia do terapeuta podem ser detectadas logo na primeira sessão, predizendo os desfechos do tratamento<sup>36</sup>.

Por exemplo, em um estudo realizado em um grande centro de aconselhamento universitário, foram examinados os desfechos dos tratamentos de 1.841 indivíduos ao longo de 30 meses<sup>37</sup>. Os clientes foram designados para o terapeuta com base em quem tinha disponibilidade de agenda (ou seja, do modo mais aleatório possível na prática clínica real). Não houve diferenças significativas entre os terapeutas no nível inicial de gravidade de seus clientes. Os participantes preencheram questionários semanalmente para acompanhar sua melhora. Em seguida, 91 terapeutas foram classificados de acordo com os desfechos de seus clientes. Os três melhores terapeutas atenderam pessoas por uma média de 2,4 sessões, com uma taxa de melhora oito vezes maior que a média nesse centro de aconselhamento. Os três terapeutas com classificação mais baixa atenderam pessoas por três vezes mais tempo (7,9 sessões em média), com os sintomas em média piorando. Grandes diferenças entre os terapeutas foram comuns em outros estudos<sup>38</sup> e são abundantes em pesquisas sobre o tratamento da dependência química<sup>39</sup>.

Um achado preocupante dos estudos que comparam terapeutas entre si é que alguns profissionais, em vez de simplesmente serem ineficazes, podem na verdade estar prejudicando seus clientes. Com frequência, presume-se que a psicoterapia é um processo benigno no qual o pior desfecho possível seria que os clientes não se beneficiassem. Na verdade, o terapeuta (e a terapia) pode causar danos. Em um ensaio clínico, um único profissional foi responsável pela maior parte dos impactos gerais do desempenho do terapeuta; no seguimento, quase todos os clientes desse terapeuta bebiam diariamente<sup>40</sup>. Em uma série de estudos com pessoas com esquizofrenia<sup>41</sup>, terapeutas com baixa empatia e afeto positivo incondicional tinham maior probabilidade de ter clientes que estavam piorando do que melhorando — de novo um achado

comum<sup>42</sup>. Charles Truax e Robert Carkhuff (1967) insistiram que “as diversas profissões relacionadas deveriam participar de maneira ativa na eliminação ou reciclagem de terapeutas, educadores, conselheiros, etc., que são incapazes de fornecer altos níveis de ingredientes eficazes e que, portanto, provavelmente proporcionarão encontros humanos que mudam as pessoas para pior’. Mais de meio século depois, os danos causados pela psicoterapia permanecem relativamente inexplorados na pesquisa clínica<sup>43</sup>; além disso, aqueles que treinam, supervisionam e estudam profissionais da saúde comportamental quase nunca lidam de forma eficaz com terapeutas tóxicos<sup>44</sup>. É improvável que conselheiros que estão prejudicando seus clientes percebam isso sozinhos; as instituições nas quais trabalham tampouco detectarão os danos, a menos que os desfechos dos tratamentos oferecidos por estes profissionais sejam monitorados. A remoção de alguns terapeutas com os piores desfechos pode melhorar, de maneira substancial, os desfechos gerais de uma instituição ou sistema, ao mesmo tempo que diminui a probabilidade de danos aos clientes<sup>45</sup>.

### **Diferenças internas entre os terapeutas**

Considerando a força das evidências que apoiam os impactos do desempenho do terapeuta, seria fácil concluir que cada profissional tem consistentemente um efeito benéfico (ou prejudicial), independentemente de quais clientes estejam atendendo. Isso não é verdade. Os terapeutas diferem em sua eficácia geral (ou seja, podem ser classificados em sua utilidade quando comparados entre si) e também variam em suas habilidades e eficácia dependendo de quem estão tratando. Mesmo os melhores terapeutas não são eficazes com todas as pessoas, e inclusive os piores podem ser úteis para algumas delas. Parte do que explica o sucesso dos terapeutas está na interação com diferentes indivíduos.

Por exemplo, o nível global de empatia medido nas sessões de tratamento em geral difere entre os terapeutas (ver Capítulo 3), e os clientes têm maior probabilidade, em média, de melhorar quando são atendidos por terapeutas com habilidades empáticas mais fortes. No entanto, há também uma variabilidade significativa na qualidade da empatia entre as sessões de tratamento de um terapeuta entre diferentes clientes, e isso também prediz o desfecho. Não é apenas o nível médio de empatia que um terapeuta mostra que é importante, mas também a quantidade de empatia evidente em uma dada sessão específica. Aliás, essa variabilidade dentro do conjunto de casos com

frequência é responsável por mais variância nos desfechos do que as diferenças entre os terapeutas. Isso sugere que há uma importante troca entre o terapeuta e o cliente no modo como sua interação é responsável por desfechos melhores (ou piores). Os terapeutas (e seus supervisores) devem se interessar não apenas em quão boas são suas habilidades terapêuticas, em média, mas também em como e por que eles variam na expressão dessas habilidades com diferentes indivíduos. As habilidades gerais do terapeuta são importantes, assim como sua capacidade de adaptar o modo como ele as usa com clientes que variam das mais diversas maneiras.

### **Parceria cliente-terapeuta**

Isso levanta uma questão a ser lembrada ao considerarmos habilidades terapêuticas específicas nos capítulos da Parte II. Como terapeutas sérios podem identificar e responder às características do cliente que afetam seus próprios talentos e habilidades? Alguns dos atributos relevantes do cliente podem ser semelhantes entre a maioria dos terapeutas. Uma máxima famosa diz que os terapeutas tendem a preferir clientes jovens, atraentes, comunicativos, inteligentes e bem-sucedidos (YAVIS, do inglês young, attractive, verbal, intelligent, successful) em vez daqueles de mais idade, simplórios, quietos, comuns e em dificuldades<sup>46</sup>. Haverá outros vieses que os terapeutas nutrem ao trabalhar com clientes diversos, e características demográficas, como idade, etnia e sexo, não contam toda a história. Terapeutas experientes sabem que é mais fácil estabelecer uma colaboração com alguns indivíduos do que com outros, por motivos que nem sempre são claros.

Pesquisas indicam que pode ser importante adequar as características do cliente com as habilidades do terapeuta. Por exemplo, pessoas com mais sintomas externalizantes (como uso abusivo de substâncias) parecem responder melhor quando os tratamentos se concentram em seus sintomas, enquanto aquelas com sintomas internalizantes (como ansiedade e depressão) são mais receptivas à busca por insights<sup>47</sup>. Da mesma maneira, terapeutas (e terapias) mais objetivos podem dar mais certo com clientes com menor nível de raiva e reatância<sup>48</sup>. É possível, no entanto, que os terapeutas variem em sua expressão de habilidades terapêuticas entre os clientes, e até mesmo entre as sessões com um mesmo indivíduo ao longo do tempo, respondendo a uma série de variáveis das quais eles podem estar apenas parcialmente cientes.

## Terapias E Terapeutas

O que faz a diferença em termos de aconselhamento e psicoterapia? São as técnicas de tratamento específicas usadas ou os terapeutas que as aplicam?<sup>49</sup> Voltando à analogia culinária: o que torna boa uma refeição? É o chef ou são os ingredientes utilizados? A ilusão está na palavra “ou” — que dá a entender que devemos optar por um ou outro. Ambos são relevantes. Os métodos de tratamento em si apresentam diferentes forças de evidência científica de sua eficácia<sup>50</sup>, e as pessoas esperam que os profissionais da saúde estejam atualizados em relação às evidências científicas sobre o que funciona<sup>51</sup>. “Ingredientes específicos e fatores comuns não são mutuamente exclusivos, mas trabalham juntos para tomar a psicoterapia eficaz”<sup>52</sup>.

Neste livro, focamos sobretudo na contribuição dos profissionais para o aconselhamento e a psicoterapia. Escolhemos esse foco porque muitas vezes ele é esquecido e porque há algo que se pode fazer a respeito. É possível de fato aprimorar suas próprias competências terapêuticas no relacionamento com seus clientes (ver Capítulo 12). No mínimo, você pode evitar causar danos, mas as oportunidades positivas de ajudar as pessoas a mudarem são muito maiores. O peso das evidências é claro: tanto o que você faz quanto a maneira como o faz como terapeuta fazem a diferença — às vezes uma grande diferença — no bem-estar de seus clientes.

Então, o que os terapeutas mais eficazes fazem? Esse é o foco da Parte 2.

### PONTOS-CHAVE

- Sete décadas de pesquisa mostram diferenças importantes, e muitas vezes amplas, entre os terapeutas nos desfechos dos tratamentos oferecidos aos clientes, mesmo quando eles aplicam um mesmo tratamento, ainda que altamente estruturado.
- Essas diferenças do terapeuta estão consistentemente relacionadas com habilidades interpessoais terapêuticas, e não com idade, tempo de experiência, personalidade ou orientação teórica.
- Alguns terapeutas com baixos níveis de habilidades terapêuticas na verdade prejudicam seus clientes, em vez de serem simplesmente ineficazes.

- As profissões de assistência têm a responsabilidade de eliminar ou re-treinar aqueles que provavelmente prestarão um serviço que mudará as pessoas para pior.
- A expressão das habilidades terapêuticas varia entre os casos do terapeuta, e também em um mesmo caso.
- Não apenas as habilidades terapêuticas gerais são importantes, mas também a capacidade de adaptar o modo como são usadas com clientes que variam de maneiras diversas.
- Tanto o que você faz quanto como o faz são relevantes.

## PARTE 2.

# HABILIDADES TERAPÊUTICAS



Neste livro, nos concentramos no que torna um prestador de serviços melhor; ou seja, no impacto dos próprios profissionais nos tratamentos oferecidos. Se fatores relacionados com o terapeuta contribuem mais para o desfecho dos tratamentos do que os procedimentos de tratamento específicos usados, o que explica essas diferenças? Por que os profissionais influenciam de maneira tão ampla os desfechos dos tratamentos oferecidos aos seus clientes, mesmo quando aparentemente estão oferecendo o mesmo tratamento guiado por um manual e baseado em evidências? Embora reconheçamos a utilidade de receitas e ingredientes, estamos interessados em desenvolver chefs melhores. Quaisquer que sejam os métodos de tratamento específicos utilizados, estamos falando de como você faz o que faz.

Os Capítulos 3 a 10 descrevem oito habilidades terapêuticas dos terapeutas mais eficazes:

- Empatia precisa

- Aceitação
- Consideração positiva
- Genuinidade
- Foco
- Esperança e expectativa
- Evocação
- Oferecimento de informações e conselhos

Em cada capítulo, começamos com uma descrição e algumas informações sobre a habilidade em si. Em seguida, descrevemos a atitude terapêutica por trás da habilidade — seu aspecto experiencial interno. Depois, nós nos voltamos à sua expressão externa: como ela é na prática. Por fim, resumimos o que dizem as pesquisas sobre essa habilidade e sua relação com o desfecho do tratamento. O Capítulo 11 reúne as oito habilidades terapêuticas, examinando as semelhanças e se pode haver um “modo de ser” de ordem superior por trás delas.

### 3. EMPATIA PRECISA



"Empatia" é uma palavra que tem muitos significados. Começamos com uma breve consideração sobre a empatia como um atributo que faz parte do desenvolvimento humano normal. Em seguida, descrevemos a habilidade terapêutica da empatia precisa e exploramos sua atitude subjacente e sua expressão interpessoal. Por fim, resumimos um longo histórico de pesquisas que ligam a empatia do terapeuta a melhores resultados para o cliente em vários tipos de aconselhamento e psicoterapia.

#### Atributo Da Empatia

A experiência de empatia é uma característica altamente evoluída dos seres humanos<sup>53</sup> e inclui pelo menos dois componentes distintos, porém relacionados, com bases neuroanatômicas distintas. O primeiro deles é analisar a perspectiva cognitiva: ler a experiência interior aparente e a intenção dos outros em meio a sinais complexos e, às vezes, conflitantes<sup>54</sup>. É fácil imaginar como essa habilidade poderia transmitir uma vantagem a pequenos grupos de seres humanos em evolução que precisavam cooperar e se entender para sobreviver. Essa capacidade de antecipar as intenções dos outros pode conferir uma vantagem competitiva em esportes, debates, jogos ou conflitos.

Um segundo componente do atributo da empatia é a resposta afetiva compartilhada: reconhecer e vivenciar, pelo menos em parte, a emoção do

outro. Tipos específicos de neurônios "espelham" ações e emoções alheias<sup>55</sup>, observáveis em mudanças na frequência cardíaca e na condutância elétrica da pele<sup>56</sup>. Um exemplo é sentir tristeza ou medo durante um filme. Particularmente relevantes aos propósitos atuais, essas mudanças podem ser concordantes entre quem fala e quem ouve. As respostas fisiológicas de uma diáde terapêutica podem ser empaticamente incorporadas durante as sessões de tratamento<sup>57</sup>. O sentimento concomitante pode ocorrer no aconselhamento c na psicoterapia, com o terapeuta não apenas reconhecendo, mas experimentando parcialmente sentimentos como a tristeza ou a alegria expressados pelo cliente.

Compartilhar a resposta afetiva pode inspirar ações compassivas, mas também pode evocar respostas que não são do melhor interesse dos indivíduos envolvidos ou da sociedade. Paul Bloom (2016) advertiu contra a resposta impulsiva à empatia afetiva e, em vez disso, defendeu a "compaixão racional" — a tomada de decisão humana objetiva — para evitar vieses produzidos pela simpatia. Um exemplo clássico é a decisão de colocar uma criança em particular no topo da lista de espera para doação de órgãos, por causa da empatia emocional<sup>58</sup>.

O atributo da empatia é parcialmente hereditário<sup>59</sup> e é provável que siga uma distribuição normal na população<sup>60</sup>. Os indivíduos podem ter uma empatia anormalmente alta ou baixa, com a maioria estando em algum ponto entre esses extremos. Algumas pessoas parecem ter um grande talento natural para entender o que outras pessoas estão pensando, sentindo e querendo dizer. Outras podem aprimorar suas habilidades por meios diversos. Assim como acontece com outros talentos, como a habilidade musical ou a destreza atlética, a empatia pode ser incrementada pelas experiências de vida<sup>61</sup> ou pela prática intencional<sup>62</sup>. A prática da terapia em si pode aumentar a capacidade de empatia dos profissionais.

## **A Habilidade De Empatia Precisa**

No contexto de relações de assistência, “empatia” tem um significado específico. Mais do que apenas um atributo ou experiência interior, trata-se de uma habilidade. Não é o mesmo que simpatia, sentir pena de alguém. A habilidade de empatia precisa não exige que se sinta o mesmo que a pessoa,

concomitantemente. O sentimento concomitante pode acontecer, mas mesmo que aconteça, isso por si só não é particularmente útil para a outra pessoa.

Na verdade, o terapeuta em geral modera o afeto que expressa a fim de contrabalançar a excitação emocional do cliente<sup>63</sup>. Tampouco é necessário que você tenha tido uma experiência semelhante no passado. Na verdade, se sua própria experiência faz você se identificar com a pessoa, isso pode, inclusive, interferir na empatia precisa. Ter uma experiência semelhante agora ou no passado não é necessário nem suficiente para que você ofereça uma empatia precisa. Por fim, não se trata apenas de assumir uma perspectiva (a capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa e imaginar o que ela pode estar vivenciando), embora isso seja um pré-requisito para a empatia precisa.

Um aspecto central dessa habilidade é buscar entender a perspectiva e a experiência do cliente. Terapeutas com baixa habilidade parecem prestar pouca ou nenhuma atenção à perspectiva do cliente. Aqueles com alta habilidade de empatia precisa mostram uma compreensão profunda dos propósitos de um cliente, com frequência falando menos do que ele e refletindo sua compreensão de volta para ele<sup>64</sup>. A empatia precisa é tanto uma habilidade observável (conforme descrito a seguir) como uma experiência ou atitude interna.

## **A Atitude De Empatia Precisa**

Um ponto de partida inclui considerar que cada pessoa tem uma experiência que é, de certo modo, como a de todas as outras pessoas, como a de alguns outros e como a de ninguém mais<sup>65</sup>. Você tem o suficiente em comum com seus clientes para entender um pouco dos propósitos e das experiências deles, mas é sensato ter uma mente de iniciante e não presumir que entende tudo. Uma atitude fundamental na compreensão empática é a curiosidade, a abertura e o interesse pelas experiências do outro. Muitas vezes, a curiosidade em relação às experiências humanas é o que atrai as pessoas para profissões de assistência. Um aspecto maravilhoso de ser humano é que você não está limitado às suas próprias experiências e perspectivas. Quando se é aberto e flexível, você sabe que não parte de uma compreensão precisa da vida da outra pessoa, e quer entender<sup>66</sup>. Você está disposto a dedicar um tempo para entrar no quadro de referência dela, a fim de olhar através da lente com a qual ela percebe o mundo.

Em uma conversa normal, as pessoas tendem a ouvir por tempo suficiente apenas para responder. No caso da empatia precisa, você escuta com a intenção de entender. Deixa de lado, pelo menos por enquanto, a expressão de suas próprias perspectivas e sabedoria. Toda a sua atenção está focada em entender o que esta pessoa está vivenciando. A intensidade da concentração e da absorção é semelhante à disciplina da meditação mindfulness (atenção plena)<sup>67</sup>.

A escuta empática tem como característica se revelamos poucos. Começando com a mente de um iniciante, gradualmente se ganha níveis mais profundos de compreensão dos propósitos e das experiências da pessoa. Ouvir dessa maneira envolve uma abertura contínua que resiste ao encerramento prematuro de dizer a si mesmo (ou ao seu cliente): “Ok, já entendi”.

Sua experiência interna de empatia é de pouca utilidade para seu cliente, a menos que você a comunique. Como ficará claro a seguir, esse processo contínuo de refletir sobre sua compreensão também a torna mais profunda e precisa. Ao oferecer suas reflexões empáticas e ouvir com atenção seu cliente, você se aproxima cada vez mais de uma compreensão precisa.

## **Como Comunicar Uma Empatia Precisa**

Um relacionamento de ajuda envolve compreender e apreciar a experiência do outro, ser capaz de perceber a realidade da perspectiva dele, como se você fosse essa pessoa. No entanto, algo ainda está faltando se você tiver apenas essas experiências internas de empatia. A empatia precisa é uma habilidade terapêutica, um tipo particular de expressão externa de compreensão<sup>68</sup>. Envolve transmitir sua compreensão interna ao cliente.

É fácil entender de maneira errada os propósitos e as experiências de alguém. O que você imagina ou presume que o outro está pensando ou sentindo pode ser impreciso. Como, então, você pode desenvolver uma habilidade de empatia precisa? Esse é o foco do restante deste capítulo.

### **Três maneiras pelas quais a comunicação dá errado**

Por trás do que alguém lhe diz, há um significado implícito a ser transmitido, e há pelo menos três maneiras pelas quais você pode interpretar mal esse significado. Primeiro, as pessoas nem sempre dizem exatamente o que querem dizer. As palavras que um cliente fala transmitem apenas parte do

que ele quer dizer. O que é dito, e como é dito, pode ser influenciado pela motivação de agradar, causar uma boa impressão ou enganar. Além disso, as mesmas palavras podem ter significados muito variados para diferentes pessoas ou em cada contexto. O significado também é transmitido pela "musicalidade" da fala: tom de voz, ritmo, volume e pausas que fornecem mais informações além das palavras que apareceriam registradas em uma transcrição.

Uma segunda ocasião em que a comunicação pode falhar (além de as pessoas não dizerem o que querem dizer) é em caso de erros de audição. Você ouviu corretamente as palavras que foram ditas? Erros de audição podem ocorrer por causa de falta de atenção, ruídos de fundo, sotaques, deficiência auditiva ou por conversar em um idioma não nativo.

Mesmo que você entenda as palavras de maneira correta, há uma terceira potencial fonte de mal-entendidos, que é sua própria interpretação do que elas significam. Quando você ouve uma palavra, basicamente a procura em seu dicionário mental e considera os possíveis significados, talvez escolhendo aquele que tem maior probabilidade de ser o correto. Tudo isso acontece de forma instantânea, automática e, muitas vezes, inconsciente. O perigo está em presumir que o modo como você interpretou as palavras que acha que ouviu é o que a pessoa de fato quis dizer.

### **Silêncio**

Uma maneira de ouvir é ficar em silêncio, não dizendo nada em resposta ao que ouviu. De fato, é importante dar um tempo às pessoas para que elas processem o que estão dizendo. O conselheiro está correto ao desenvolver uma tolerância ao silêncio, resistindo à tentação de dizer algo logo depois de uma pausa de alguns segundos na conversa. No entanto, silêncio demais pode fazer o orador se perguntar o que o ouvinte está pensando e convida as pessoas a projetarem sua imaginação no ouvinte. Essa era uma estratégia intencional na psicanálise clássica, que usava o silêncio do terapeuta para obter e estudar as projeções dos clientes. No entanto, a menos que você queira incitar projeções, é melhor não ficar sem responder nada por longos períodos. Em uma conversa normal, as pessoas se revezam inserindo suas perspectivas e reações individuais. No entanto, nas relações de ajuda, o foco está no bem-estar do cliente, e em geral é inútil que o conselheiro insira regularmente suas próprias perspectivas, opiniões, conselhos e concordâncias ou discordâncias,

como pode ocorrer em uma conversa normal. Quando há empatia precisa, as respostas do terapeuta transmitem uma compreensão emergente do que o cliente quer dizer e está vivenciando.

### **Obstáculos à boa escuta**

A empatia precisa é, em parte, definida pelo que você deixa de fazer enquanto escuta. Thomas Gordon (1970) descreveu 12 tipos de respostas que as pessoas em geral oferecem em vez de uma boa escuta. Ele as caracterizou como obstáculos, pois quem fala é facilmente distraído por elas e precisa, em essência, contorná-las para continuar explorando sua linha de raciocínio e experiência originais. Essas respostas podem atrapalhar a escuta empática. Aqui, citando Gordon, estão os 12 obstáculos à escuta, começando com aqueles que os conselheiros podem estar mais propensos a usar:

1. Sondar consiste em fazer perguntas para reunir fatos ou obter mais informações.
2. Aconselhar inclui fazer sugestões e fornecer soluções.
3. Tranquilizar inclui confortar, simpatizar ou consolar.
4. Concordar consiste em dizer às pessoas que elas estão certas, talvez aprovando-as ou elogiando-as.
5. Direcionar é dizer a um cliente o que fazer, como se estivesse dando uma ordem ou um comando.
6. Persuadir pode incluir dar sermão, argumentar, discordar, dar razões ou tentar convencer usando a lógica.
7. Analisar inclui oferecer uma reinterpretação ou explicação do que alguém está dizendo ou fazendo.
8. Avisar envolve apontar os riscos ou perigos do que uma pessoa está fazendo.
9. Distrair tenta desviar a atenção das pessoas do que elas estão vivenciando, como ao fazer piadas ou mudar de assunto.
10. Moralizar é dizer às pessoas o que elas devem fazer e por que deveriam fazê-lo.
11. Julgar pode assumir a forma de culpar, criticar ou simplesmente discordar.

12. Envergonhar pode ter um tom de humilhar ou ridicularizar, ou aplicar um rótulo de desaprovação.

Apressamo-nos em acrescentar que há momentos em que algumas dessas respostas são apropriadas para ajudar nos relacionamentos. Acontece que todas elas são diferentes da escuta empática e tendem a desviar a pessoa do que ela está dizendo ou vivenciando. Concordar, por exemplo, pode comunicar que o ouvinte já ouviu o suficiente e que nada mais precisa ser dito. Isso pode ser útil se você quiser seguir em frente, mas pode não ser tão proveitoso quando o objetivo for aprofundar sua compreensão das experiências de um cliente. Fazer uma pergunta solicita informações sobre algum aspecto específico do que ela estava dizendo, potencialmente atrapalhando o sentido original de sua autoexploração. Não é errado concordar ou fazer uma pergunta. É apenas diferente de empatia precisa (e muitas vezes mais fácil).

### **Escuta empática**

O que é empatia precisa? É uma maneira de ouvir que o ajuda a evitar obstáculos e a entrar no mundo de outra pessoa. Não é uma escuta passiva, mas ativa<sup>69</sup>, uma espécie de espelhamento. Você dá toda a sua atenção ao que a pessoa está dizendo e também reflete sua compreensão. James Finley (2020) descreveu um psicoterapeuta como "alguém que continua convidando-o a desacelerar e a ouvir, no nível do sentimento, o que você acabou de dizer". Não é uma câmara de eco na qual basta você repetir o que ouviu. Em vez disso, você supõe o que isso significa. o que (ainda) não foi dito. Em vez de simplesmente reiterar as palavras de um cliente, você fala o que poderia ser a próxima frase dele. No início, você pode se aproximar mais das palavras da pessoa, mas, à medida que adquire compreensão, faz suposições graduais<sup>70</sup>.

*ORADOR: Foi uma semana muito difícil.*

*OUVINTE: Você está passando por um momento complicado.*

*ORADOR: Vou te dizer! Parece que nada está dando certo.*

*OUVINTE: Não do jeito que você esperava.*

*ORADOR: Acho que não estou surpreso, na verdade, mas nossa filha voltou a ver os amigos que dissemos que não deveria mais encontrar. Ela simplesmente não nos ouve.*

*OUVINTE: Você está muito preocupado com ela.*

*ORADOR: Preocupado? Ela acabou no pronto-atendimento anteontem à noite.*

*OUVINTE: Você está mais do que preocupado!*

ORADOR: *Nós não sabemos mais o que fazer. Acho que tentamos de tudo para colocá-la no caminho, mas ela não pensa no futuro. É como se ela não se importasse.*

OUVINTE: *Mas você se importa o não está disposto a desistir dela.*

ORADOR: *Às vezes me sinto tão impotente.*

Observe como, com pequenas mudanças, isso pode ser um parágrafo contínuo:

*"Foi uma semana muito difícil. Estou passando por um momento complicado. Parece que nada está dando certo, não do jeito que eu esperava. Acho que não estou surpreso, na verdade, mas nossa filha voltou a ver os amigos que dissemos que não deveria mais encontrar. Ela simplesmente não nos ouve, e estou muito preocupado com ela. Mais do que preocupado. Ela acabou no pronto-atendimento anteontem à noite. Nós não sabemos mais o que fazer. Acho que tentamos de tudo para colocá-la no caminho, mas ela não pensa no futuro. É como se ela não se importasse. Mas eu me importo e não estou disposto a desistir dela. Às vezes me sinto tão impotente."*

Esse espelhamento permite que as pessoas se concentrem e examinem mais de perto sua própria experiência. Também permite que você confirme (ou corrija) sua compreensão do que o cliente está tentando dizer e transmite que se importa com o que ele está dizendo.

Observe que as reflexões anteriores são afirmações, e não perguntas. Ciente de que você está supondo, pode haver uma tendência a usar uma entonação ascendente no final, o que transformaria a afirmação em uma pergunta. Isso tem um efeito não intencional de questionar (em vez de atestar compreensão) o que o cliente disse. O resultado disso pode ser que o cliente se afasta do que foi dito, em vez de continuar explorando a situação. Por exemplo, você consegue ver como esses pares de reflexões podem produzir respostas diferentes?

- "Você está se sentindo ansioso?" ou "Você está se sentindo ansioso."
- "Você está com raiva dela?" ou "Você está com raiva dela."
- "Você não vê nada de errado no que você fez?" ou "Você não vê nada de errado no que você fez."

A diferença pode ser sutil, mas reflexões fornecidas na forma de declarações tendem a fluir como uma conversa normal, enquanto as mesmas palavras colocadas na forma de pergunta podem estimular uma reação defensiva.

## **O que refletir?**

Como decidir quais aspectos das declarações dos clientes são importantes refletir? O ato de refletir concentra-se em facetas específicas do que alguém diz, enfatizando-as ou reforçando-as seletivamente. Ninguém reflete aleatoriamente; fazer isso seria bizarro. Ao ouvir o cliente, o terapeuta toma decisões implícitas e muitas vezes inconscientes sobre o que é importante destacar.

De tudo o que é dito, um conselheiro "deve ser capaz de separar o joio do trigo"<sup>71</sup>; mas o que é o trigo, o conteúdo mais importante a ser refletido? Essas são decisões tomadas a cada momento em uma dada conversa, e houve várias propostas:

- Uma crença comum diz que é particularmente importante refletir o sentimento ou a emoção subjacente de uma pessoa<sup>72</sup>.
- Charles Truax e Robert Carkhuff (1967) sugeriram que a pista "mais confiável" do que é terapeuticamente significativo consiste em "sinais externos de perturbação, ansiedade, atitude defensiva ou resistência" e recomendaram reforçar seletivamente três temas: (1) relacionamento humano, (2) autoexploração e (3) autoconceito positivo.
- Leslie Greenberg e Robert Elliott (1997) propuseram que os terapeutas devem refletir as experiências do cliente, particularmente aquelas de vulnerabilidade intensa, para que possam ser trazidas mais plenamente para o momento atual.

Alguns autores sugerem que o que é refletido (e, aliás, o nível de empatia que é expresso) deve estar alinhado às necessidades do cliente. Certos indivíduos podem ser menos tolerantes a expressões de empatia e preferir um terapeuta mais "profissional"<sup>73</sup>. Para eles, um terapeuta habilidoso pode, em razão da compreensão empática, de fato reduzir suas expressões de empatia.

De qualquer modo, o que você escolhe refletir é relevante. Uma resposta de escuta empática dá ênfase especial a algo que o cliente disse e tende a incentivar mais disso. O Capítulo 9 oferecerá alguns exemplos de como a reflexão diferencial pode afetar os desfechos do cliente.

### **Exagerar e atenuar**

Um aspecto sutil, mas importante, da escuta empática tem a ver com a intensidade de uma reflexão. Alguns autores enfatizaram a correspondência exata da intensidade do próprio cliente<sup>74</sup>, mas pode haver razões estratégicas

para “exagerar” ou “atenuar” discretamente a emoção ou opinião expressa<sup>75</sup>. Atenuar com frequência possibilita que as pessoas reafirmem e continuem explorando o que disseram, enquanto exagerar pode levá-las a se afastar do que expressaram. Considere três respostas possíveis do terapeuta (atenuar, igualar ou exagerar) a esta declaração de uma cliente: “Só estou chateada com a minha mãe. Ela às vezes me deixa com tanta raiva”.

1. “Você está um pouco irritada com sua mãe.”
2. “Você está com raiva da sua mãe.”
3. “Você está furiosa com sua mãe.”

Uma cliente pode responder de maneiras bem diferentes a essas três reflexões; talvez:

1. “Chateada? Não, estou mais do que chateada. Estou muito irritada com ela!”
2. “Bem, eu não sei. Ela só me frustra às vezes.”
3. “Acho que não é para tanto. Eu sei que ela também está muito estressada.”

Ou suponha que um cliente diga: “Meu filho continua fazendo escolhas erradas!”.

1. “Você está um pouco desanimado.”
2. “Ele não está fazendo boas escolhas.”
3. “Ele nunca toma boas decisões.”

O que você escolhe refletir é relevante. Se você quiser que as pessoas continuem explorando suas experiências por conta própria, em geral é melhor refletir no mesmo nível de intensidade ou um pouco abaixo dele. Em contrapartida, uma reflexão amplificada (como as respostas #3 anteriores) pode ajudar um cliente a reconsiderar uma posição extrema ou uma generalização excessiva, mas somente se dita sem nenhum indício de sarcasmo ou crítica no seu tom de voz<sup>76</sup>.

## **Pesquisas Acerca Da Empatia Precisa**

De todos os fatores terapêuticos que foram estudados, a empatia precisa tem a relação mais consistente com os resultados positivos obtidos pelo

cliente. Em uma metanálise de 82 amostras independentes representando mais de 6.000 participantes, a empatia mostrou uma relação moderadamente forte com os desfechos ( $d = 0,58$ ,  $p < 0,001$ ) em uma ampla gama de orientações teóricas e problemas apresentados<sup>77</sup>. Terapeutas com níveis mais altos de empatia precisaram obter resultados melhores obtidos no aconselhamento centrado no cliente<sup>78</sup>, na psicoterapia<sup>79</sup>, na terapia cognitivo-comportamental<sup>80</sup>, na terapia focada na emoção<sup>81</sup>, na promoção da saúde<sup>82</sup>, na entrevista motivacional<sup>83</sup> e até mesmo na intervenção breve fornecida por computador<sup>84</sup>. Terapeutas empáticos têm maior probabilidade de estabelecer o tipo de aliança terapêutica forte que prediz desfechos melhores<sup>85</sup>. Fora do campo da psicoterapia, a empatia está fortemente associada à satisfação do paciente com seu médico, independentemente de fatores como tempo de espera ou duração da consulta<sup>86</sup>. Mesmo pequenos aumentos no nível de empatia dos médicos do pronto-atendimento podem reduzir a tendência do paciente a pensar em litígio<sup>87</sup>.

Terapeutas com baixos níveis de empatia na prática clínica podem ser particularmente preocupantes<sup>88</sup>. As análises dos efeitos do terapeuta às vezes revelam alguns profissionais cujos clientes têm resultados excepcionalmente ruins<sup>89</sup>. Desfechos ruins, por sua vez, foram associados a terapeutas com baixos níveis de empatia precisa e de habilidades terapêuticas essenciais de Rogers de forma mais geral<sup>90</sup>. Truax e Carkhuff (1967) não encontraram diferenças de desfecho do tratamento entre clientes cujos terapeutas tinham níveis moderados ou elevados de habilidades essenciais, mas ambos os grupos tiveram desfechos muito melhores do que aqueles cujos terapeutas tinham baixos níveis de habilidades interpessoais.

### **Os clientes levam um terapeuta a ter empatia?**

Uma explicação concorrente é que clientes com melhor prognóstico (p. ex., aqueles que estão mais “motivados”) inspiram os conselheiros a serem mais empáticos, e é por isso que a empatia do profissional prediz melhores desfechos. A resposta empática varia em um mesmo terapeuta e entre os terapeutas. De certa maneira, isso faz sentido intuitivamente: clientes capazes e dispostos a expressar mais o que estão vivenciando oferecem aos terapeutas oportunidades muito maiores de expressar empatia<sup>91</sup>. Os terapeutas, em média, tendem a mostrar níveis mais elevados de empatia com indivíduos que são mais inteligentes e apresentam menos patologia<sup>92</sup>. A atitude negativa do

terapeuta em relação a um cliente tem sido associada a julgamentos de maior perturbação e pior prognóstico, com um impacto potencialmente deletério no curso da terapia<sup>93</sup>. Há também evidências de que os níveis de empatia são maiores dependendo das similaridades entre o cliente e o terapeuta<sup>94</sup>. Em contrapartida, Truax e Carkhuff (1967) descobriram que as principais habilidades terapêuticas dos profissionais (incluindo a empatia) eram relativamente independentes dos clientes. Além disso, eles demonstraram experimentalmente que quando os terapeutas alternavam entre níveis altos e baixos de habilidade terapêutica nas sessões, os níveis de autoexploração dos clientes acompanhavam as respostas dos terapeutas conforme predito<sup>95</sup>.

É provável que ambas as afirmações sejam verdadeiras: os terapeutas diferem em suas habilidades de empatia precisa, e os clientes também influenciam o processo. Em suma, a empatia terapêutica depende de ambos, sendo que o terapeuta tem maior responsabilidade por sua própria contribuição.

### **PONTOS-CHAVE**

- A empatia precisa é uma habilidade do terapeuta, mensurável e aprendida ou treinada, que está associada a melhores resultados obtidos pelos clientes em múltiplas intervenções e áreas de problema.
- A escuta empática (reflexiva, ativa) é uma maneira específica de responder, que reflete as experiências do cliente, evitando "obstáculos".
- Uma reflexão hábil não se limita a repetir o que o cliente diz, mas sim a fazer uma suposição sutil sobre o que pode não ter sido dito.
- Metanálises indicam que a escuta empática está associada a uma maior autoexploração por parte do cliente e a melhores desfechos no tratamento.
- A autoexploração por parte do cliente pode ser afetada pela intensidade das reflexões oferecidas (atenuada, correspondente, exagerada).

## 4. ACEITAÇÃO

Há bastante tempo a aceitação sem julgamento é reconhecida como uma importante habilidade terapêutica no aconselhamento e na psicoterapia; alguns até a consideram como a mais importante delas<sup>96</sup>. Segue-se uma descrição antiga<sup>97</sup>:

*Envolve sentimentos de aceitação tanto pela expressão de sentimentos sociais negativos, "ruins", dolorosos, temerosos, defensivos e anormais como pela expressão de sentimentos sociais "bons", positivos, maduros, confiantes; envolve ainda a aceitação das maneiras pelas quais se é inconsistente ou consistente.*

Nesse sentido, a aceitação do conselheiro é “incondicional”. Os clientes não precisam atender a determinados critérios para serem aceitos ou respeitados por ele. Aceitação é “a capacidade de ouvir sem preconceito, pré-julgamento ou condenação”<sup>98</sup>. Isso pode ser um grande desvio do discurso social cotidiano, no qual as pessoas podem argumentar, desaprovar, advertir, julgar, analisar, moralizar, criticar, culpar ou expressar sarcasmo — praticamente todos os obstáculos descritos no Capítulo 3. Esse mesmo contraste com as comunicações comuns pode ser o que torna a aceitação tão terapêutica.

Neste capítulo, focamos em particular nessa qualidade interpessoal de aceitação sem julgamentos. Reconhecemos que o termo “aceitação” também foi aplicado a outras condições terapêuticas, incluindo a cordialidade, a consideração positiva e a afirmação<sup>99</sup>. No Capítulo 5, voltaremos nossa atenção a esses atributos terapêuticos relacionados.

### A Atitude De Aceitação

A aceitação sem julgamento é um elemento-chave na prática de mindfulness (atenção plena), que ganhou destaque nas pesquisas em psicoterapia no início do século XXI, particularmente em terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração<sup>100</sup>, controle do estresse<sup>101</sup> e tratamento da dependência química<sup>102</sup>. Com base em práticas contemplativas antigas<sup>103</sup>, a

atenção plena envolve a observação atenta da experiência imediata de uma pessoa sem a necessidade de julgar ou avaliar, aprovar ou desaprovar. É uma apreciação receptiva do que é, sem crítica ou exigência do que deveria ser.

Implícita nessa atitude terapêutica está a crença de que os seres humanos têm um valor inerente e merecem respeito sem precisar conquistá-lo. Essa crença não é apenas uma ampla reverência pela humanidade, mas sim um respeito e a aceitação desse indivíduo particular e único: o cliente à sua frente. Os terapeutas buscam comunicar a aceitação dos clientes como eles são, afirmando seu senso de valor inerente<sup>104</sup>.

Como a manifestação da aceitação é terapêutica? A perspectiva de Carl Rogers (1951) era que, quando as pessoas se sentem inaceitáveis, ficam imobilizadas e são incapazes de mudar. Assim como a punição, uma sensação de inaceitabilidade pode reprimir um comportamento, mas não promove uma nova forma de ser. Paradoxalmente, quando as pessoas experimentam a aceitação incondicional de si mesmas como elas são — seja por parte dos pais, de um ente querido, de um terapeuta ou de Deus —, elas se tomam capazes de mudar. Isso é contrário à crença de que as pessoas mudarão se conseguirem se sentir mal o suficiente consigo mesmas. Na visão de Rogers, é a própria experiência de inaceitabilidade, de valor condicional, que faz os indivíduos rejeitarem experiências que não estão de acordo com suas condições de valor. Por sua vez, é a experiência de aceitação sem julgamento que cura, mesmo quando fornecida de maneira breve, como por um terapeuta<sup>105</sup>. (Um benefício adicional de desenvolver essa habilidade é que, ao praticar a aceitação incondicional dos outros, você também poderá aceitar e integrar mais plenamente sua própria experiência.) O conselheiro busca entender, de maneira clara, as experiências do cliente e refletir sobre esse entendimento, respondendo sem julgamento, aceitando o que ele oferece. Por meio dessa modelagem, os clientes podem aceitar e respeitar sua própria experiência.

Você se pega questionando: "Isso não dá às pessoas a permissão de fazer o que bem entenderem?". Na verdade, elas já têm essa liberdade de escolha, e é improvável que mais rejeição ou desaprovação faça algum bem. Implícito na aceitação sem julgamento está o reconhecimento "de seu direito, como indivíduo autodeterminado, de não mudar, não ser 'curado' ou não crescer"<sup>106</sup>. A aceitação oferece a possibilidade de mudança.

### **Crenças subjacentes acerca da natureza humana**

Além de um respeito geral ao valor de cada indivíduo, existem crenças mais amplas sobre a natureza humana. Considere essas três visões contrastantes sobre a natureza inerente das pessoas<sup>107</sup>:

- **Teoria A:** as pessoas são fundamentalmente egoístas: sem controladores sociais, elas voltariam a uma natureza instintiva que é egocêntrica, hostil, antissocial e destrutiva.
- **Teoria B:** as pessoas não têm uma natureza fundamental, mas são um produto casual de seus genes e experiências: elas são essencialmente uma folha em branco escrita pela natureza e pela criação.
- **Teoria C:** a predisposição natural das pessoas é que elas sejam colaborativas, construtivas e confiáveis; pelo menos quando dadas as condições favoráveis à mudança, as pessoas com frequência se movem em uma direção positiva e prossocial.

Não se pode provar conclusivamente a verdade de nenhuma dessas três visões da natureza humana, mas há evidências sobre as consequências de adotar uma ou outra dessas visões. Na teoria da administração, Douglas McGregor (2006) diferenciou o que chamou de “teorias X e Y”. A teoria X diz que os trabalhadores são inerentemente preguiçosos e desmotivados, não gostam de trabalhar e se safam fazendo o mínimo possível. Portanto, os gerentes que aceitam a teoria X tendem a ser vigilantes e céticos e a desconfiar de seus funcionários e dependem fortemente de ameaças, coerção, supervisão restritiva, recompensas e punições para fazer com que os trabalhadores façam o que, de outra maneira, evitariam fazer. A teoria Y, em contrapartida, consiste na visão de que os trabalhadores têm talentos e criatividade inexplorados, em geral gostam de seu trabalho e têm capacidade de autocontrole e auto- direção. Então, o trabalho do gerente que segue a teoria Y é fornecer a esses trabalhadores o ambiente adequado para expressar sua responsabilidade, motivação e engajamento criativo no local de trabalho. Ambas as visões, ao que parece, tendem a ser profecias autorrealizáveis<sup>108</sup>. Empresas bem-sucedidas descobriram há muito tempo as vantagens da teoria Y para inspirar produtividade colaborativa, criatividade e comprometimento<sup>109</sup>. Afinal, qual gerente você preferiria ter?

Existem paralelos óbvios no aconselhamento e na psicoterapia. A descoberta de diferenças significativas entre os terapeutas está longe de ser nova. Em um dos primeiros estudos sobre psicoterapeutas, Hans Strupp

(1960) distinguiu dois tipos de profissionais. Aqueles do Grupo 1 eram mais afetuosos, receptivos, humanos, permissivos e democráticos, enquanto os do Grupo 11 eram mais diretivos, disciplinadores, moralistas, frios e severos. Os terapeutas do Grupo 1 viam o prognóstico do cliente de maneira mais otimista; os do Grupo II eram mais pessimistas. Como discutiremos no Capítulo 5, o prognóstico percebido é importante e tende a produzir desfechos consistentes com as expectativas. Em outro estudo antigo, John Whitehorn e Barbara Betz (1954) descobriram que as taxas de melhora de clientes com esquizofrenia variavam de 0 a 100%, dependendo do terapeuta que os tratou, em uma população em que a taxa média de melhora era de 50,6%. Analisando os desfechos do tratamento, eles compararam as características de sete psiquiatras que tiveram as maiores taxas de melhora sintomática (média de 75%) com as de outros sete que tiveram as menores taxas de sucesso (média de 26,9%), embora as características dos clientes diferissem apenas ligeiramente. Uma diferença fundamental entre esses dois grupos de terapeutas foi que os primeiros foram classificados como mais receptivos — “respeitosos, simpáticos e ativos” —, enquanto os últimos foram caracterizados como “superficiais, impessoais e passivos”. Evidências mais recentes sobre o impacto específico da aceitação do terapeuta são revisadas a seguir.

## **Resistência**

O fenômeno da “resistência” é outra maneira pela qual a atitude de alguém em relação à natureza humana pode se tornar autoconfirmadora. Antigamente, havia uma crença generalizada entre os médicos que trabalhavam no tratamento da dependência química de que os indivíduos com transtornos por uso de substâncias (na época chamados de “alcoólatras” e “viciados”) eram mentirosos patológicos, bastante resistentes ao tratamento e caracteristicamente dependentes de mecanismos de defesa imaturos, como a negação. Aliás, antes da 3ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-III)<sup>110</sup>, a dependência química era classificada como um transtorno da personalidade. Essa descrição nos intrigou porque não correspondia ao modo como víamos as pessoas que estávamos tratando. Numa houve evidências científicas de que pessoas com transtornos por uso de substâncias tivessem uma estrutura de personalidade definidora ou fizessem uso excessivo de mecanismos de defesa específicos. A dependência química não se limita a grupos demográficos ou tipos de personalidade específicos.

Então, como essa visão das semelhanças características dos clientes se tomou tão difundida entre os profissionais envolvidos no tratamento? Era, em essência, uma profecia autorrealizável. O estilo de comunicação diretivo, de não aceitação e confrontador, predominante no tratamento da dependência química na época, naturalmente evoca uma atitude defensiva em vez de honestidade e, portanto, é contraterapêutico, fomentando uma visão pessimista do prognóstico<sup>111</sup>. O próprio conceito de “resistência” atribui à patologia, algo que é inerentemente um fenômeno interpessoal bastante responsivo ao comportamento do terapeuta<sup>112</sup>.

Em contrapartida, um estilo de comunicação receptivo em geral abrande a atitude defensiva. A “resistência” do cliente pode ser aumentada ou diminuída, como o controle de volume de um rádio, por mudanças no estilo de resposta dos terapeutas<sup>113</sup>; por sua vez, as respostas de defesa ou resistência do cliente predizem desfechos de tratamento mais desfavoráveis. Aconselhar de modo a eliciar resistência dificilmente trará benefícios; aconselhar de maneira a reduzir a atitude defensiva tem maior probabilidade de produzir mudanças positivas.

Esse fenômeno pode ter raízes evolutivas antigas na dinâmica da comunicação interpessoal. A “reatância psicológica” se refere a uma bem documentada tendência das pessoas a agirem de forma contrária à persuasão e a conselhos indesejados, mesmo que concordem com eles<sup>114</sup>. Hierarquias de dominância são claramente observáveis em mamíferos superiores e são controladas por um comportamento social complexo que possibilita que o perdedor em um conflito escape sinalizando aquiescência<sup>115</sup>. Em humanos, a dinâmica de dominância é codificada na linguagem (com frequência, crítica) e pode atuar de maneira inconsciente. Nessa perspectiva, obedecer à persuasão ou aos conselhos é aceitar uma posição de “subordinação”. O aconselhamento comportamental é um contexto ideal para desencadear a reatância e a não adesão, pois as pessoas, em última análise, têm poder de decisão sobre seu próprio comportamento<sup>116</sup>. Considere este diálogo sobre ativação comportamental com um cliente que tem depressão:

*TERAPEUTA: Acho que o que você precisa é sair de casa e fazer coisas de que gosta, com outras pessoas.*

*CLIENTE: Eu simplesmente não tenho energia.*

*TERAPEUTA: Sua falta de energia é apenas parte de sua depressão, e ela não vai melhorar se você ficar em casa com as cortinas fechadas. Você deveria estar fazendo coisas de que gosta.*

*CLIENTE: Mas eu nem gosto mais das coisas que eu gostava.*

*TERAPEUTA: Isso também faz parte da depressão. Isso se chama anedonia, falta de prazer. Se você simplesmente sair de casa e tentar fazer coisas de que costumava gostar, pode descobrir que ainda há algum prazer nelas.*

*CLIENTE: Duvido.*

*TERAPEUTA: Bem, é isso que vou te dar como tarefa de casa esta semana. Em pelo menos três dias desta semana, planeje sair de casa e fazer algo de que você possa gostar. Você não é obrigado a gostar — apenas faça!*

*CLIENTE: Acho que posso tentar.*

A intenção do terapeuta é boa. O conselho é sólido e baseado em evidências. No processo desse diálogo, no entanto, ele assume uma postura de especialista, persuadindo, aconselhando, educando e orientando, o que pode parecer perfeitamente natural para um profissional da psicologia. No entanto, a dinâmica de ensino/orientação dessa conversa com frequência evoca respostas defensivas que, por sua vez, prenunciam a não adesão e a ausência de mudança<sup>117</sup>. O terapeuta não está ouvindo bem (Capítulo 3) e não está comunicando aceitação.

## Como Comunicar Aceitação

Então, como manifestar uma condição terapêutica de aceitação? Em grande medida, a aceitação é comunicada pelo que você deixa de fazer. Envolve abster-se de respostas julgadoras, como desaprovar, criticar, discordar, rotular, advertir ou envergonhar. Muitos dos obstáculos à comunicação descritos no Capítulo 3 têm o efeito de colocar o cliente em uma posição de inferioridade. Até mesmo a aprovação pode ser julgadora, na medida em que implica uma avaliação (neste caso, positiva) da experiência do cliente.

"Confrontar" é um tipo de resposta do terapeuta com especial potencial de comunicar julgamento e desencadear reatância ou resistência. A essência do confronto pode ser direcionar, persuadir, discordar, corrigir, desaprovar, julgar ou envergonhar — todos obstáculos à comunicação. Um sistema observacional do comportamento do terapeuta descreve a resposta de confrontação como "discordar, argumentar, corrigir, envergonhar, culpar, criticar, rotular, advertir, moralizar, ridicularizar ou questionar a honestidade do cliente, de maneira direta e inequívoca"<sup>118</sup>. Apenas algumas respostas de confrontação já são suficientes para prejudicar uma sessão de aconselhamento que, de outra forma, seria produtiva.

Como o diálogo anterior poderia ser diferente se o terapeuta começasse com escuta e aceitação?

|            |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TERAPEUTA: | Tenho uma ideia que funcionou com outras pessoas que atendi. Não sei se fará sentido para você, mas será que posso compartilhá-la?                                                              | O terapeuta comunica aceitação imediatamente, dando permissão ao cliente para discordar (Não sei se fará sentido para você') e pedindo permissão primeiro, em vez de se precipitar em dar conselhos. |
| CLIENTE:   | Claro.                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| TERAPEUTA: | Parte da armadilha da depressão é se isolar de pessoas, lugares e coisas com as quais você se importa. Entende o que quero dizer?                                                               | Verifica respeitosamente se o cliente está acompanhando.                                                                                                                                             |
| CLIENTE:   | Sim, eu fico em casa a maior parte do tempo, e sei que isso não é bom.                                                                                                                          | Muda a fala (ver Capítulo 9) em vez de resistir.                                                                                                                                                     |
| TERAPEUTA: | E uma maneira de escapar da armadilha é sair e fazer algumas coisas de que você costumava gostar, mesmo e sobretudo quando não está com vontade. Agora, isso pode parecer impossível para você. | Reconhece uma potencial relutância.                                                                                                                                                                  |
| CLIENTE:   | Não, eu entendo o que você quer dizer, mas me sinto muito cansado na maior parte do tempo.                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |
| TERAPEUTA: | Claro que sim; eu entendo. Quando você se sente tão cansado, é difícil imaginar sair para fazer qualquer coisa que possa ser divertida. É realmente como uma armadilha.                         | Há um tom compassivo e acolhedor aqui. A escuta reflexiva por si só comunica aceitação.                                                                                                              |
| CLIENTE:   | Isso mesmo. Sinto que estou preso e que preciso me soltar.                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |
| TERAPEUTA: | Não sei o que está disposto a fazer, mas isso depende de você. Gostaria de saber, no entanto, se estaria disposto a tentar algo novo esta semana.                                               | Reconhece e honra a autonomia do cliente. Pergunta de um modo que enfatiza a escolha dele.                                                                                                           |

Observe que ainda há alguma psicoeducação acontecendo, mas de maneira mais colaborativa do que diretiva, reconhecendo a verdade: que os clientes podem decidir o que aceitarão e farão.

A etimologia da confrontação é “ficar cara a cara” e, nesse sentido, poderia ser entendido não como um comportamento do terapeuta (“confrontar alguém”), mas como um objetivo do aconselhamento: ajudar os clientes a se autoavaliarem em um ambiente seguro e acolhedor. Um pouco de confrontação gentil pode promover a autoexploração e a mudança, mas apenas no contexto de uma relação terapêutica de confiança, empatia e aceitação<sup>119</sup>.

Comunicar aceitação diminui a atitude defensiva e torna mais seguro considerar o que é potencialmente ameaçador ou difícil.

A ausência de julgamento pode surpreender os clientes, sobretudo em contextos em que eles foram coagidos a se submeter a um tratamento e esperam severidade, como alunos convocados à sala do diretor. Os clientes podem ser particularmente sensíveis à percepção de culpa ou desaprovação. Casais que procuram terapia de casal podem esperar ou temer que o terapeuta decida qual deles tem mais culpa. Sentir-se culpado ou envergonhado é uma receita para a atitude defensiva e o status quo. Quando os clientes oferecem conteúdo vulnerável sem receber julgamento, desaprovação ou orientação imediata, muitas vezes ficam surpresos e aliviados.

Uma maneira de evitar julgamentos explícitos é manter o silêncio, embora ele não seja inerentemente isento de julgamento. O problema, como mencionado no Capítulo 3, é que as pessoas podem projetar em seu silêncio seus piores medos e imaginações. Em vez de permanecer distante e em silêncio, comunique ativamente a aceitação de uma maneira que tranquilize os clientes e evite julgamentos imaginários.

Uma boa maneira de comunicar aceitação é por meio da habilidade de empatia precisa, conforme descrito no Capítulo 3. Esforçar-se para entender o que alguém quer dizer implica respeito e é bem diferente do estilo de conversa comum de ouvir apenas por tempo suficiente para responder (muitas vezes, um obstáculo). Nesse caso, a atitude subjacente de aceitação é importante, porque a desaprovação pode se infiltrar nas reflexões apenas pelo tom de voz. Uma atitude consciente de curiosidade sem julgamento sintoniza a música por trás da escuta reflexiva. A aceitação é um contexto no qual a compreensão empática pode ser comunicada.

As práticas de atenção plena são antigas e foram incorporadas a uma ampla gama de métodos terapêuticos modernos<sup>120</sup>. Diversos tipos de meditação envolvem focar a atenção (p. ex., na respiração, em um objeto estacionário ou em um mantra) enquanto se observa e aceita a experiência sem julgamento. Se você quiser ajudar o cliente a aprender práticas como habilidades de enfrentamento, é aconselhável que você mesmo pratique o método. Além da integridade de “praticar o que você ensina”, desenvolver a disciplina da meditação consciente também pode ser benéfico para você. Praticar a aceitação consciente como um estado pode generalizar e promover a atenção plena<sup>121</sup>. O aconselhamento em si pode ser feito dentro de um estado de

aceitação consciente, e a disciplina da prática pode ajudar a promover a aceitação como uma resposta normal ao que você experimenta. Dessa maneira, a aceitação pode se tornar um modo de ser padrão, em vez de uma habilidade a ser exercida conforme necessário.

Além da escuta empática e da atenção plena, outra maneira concreta de comunicar aceitação é por meio da prática da afirmação, à qual retornaremos no Capítulo 5. Afirmações são declarações diretas de consideração e apreço pelos atributos e pelas ações positivas de uma pessoa. Neste capítulo, concentramo-nos sobretudo na postura terapêutica mais geral de aceitação sem julgamento, embora, é claro, o mais importante seja a comunicação dessa atitude pelo terapeuta<sup>122</sup>.

## **Pesquisas Acerca Da Aceitação Terapêutica**

Existe uma vasta literatura científica sobre os efeitos benéficos das práticas de meditação e atenção plena<sup>123</sup>. Nosso foco aqui está nos efeitos da aceitação do terapeuta nos desfechos dos tratamentos oferecidos ao cliente.

Em extensas revisões da relação entre a aceitação do terapeuta e os resultados obtidos pelo cliente, David Orlinsky, Klaus Grawe e Barbara Parks (1994) evidenciaram que 56% dos 154 efeitos foram positivos; a porcentagem foi ainda maior (65%) quando os atributos do terapeuta foram julgados a partir da perspectiva do cliente. Quando a aceitação do terapeuta foi avaliada de maneira independente dos registros de observadores não participantes e o resultado obtido pelo cliente foi avaliado a partir de medidas objetivas, 62% dos achados mostraram uma relação positiva<sup>124</sup>. Os desfechos positivos também foram altos quando o terapeuta e o cliente se aceitaram mutuamente (79% dos desfechos).

Uma observação interessante foi a tendência de o impacto positivo da aceitação aumentar de maneira proporcional à porcentagem de minorias raciais/étnicas da amostra<sup>125</sup>. Isso se assemelha a um achado metanalítico de que o tamanho do efeito da entrevista motivacional, um estilo terapêutico centrado na pessoa, triplicou ( $d = 0,79$  versus  $0,26$ ) em amostras predominantemente compostas por minorias raciais-étnicas em relação a amostras não minoritárias<sup>126</sup>. Em ambas as revisões, os terapeutas dos estudos eram majoritariamente não pertencentes a minorias. Pode ser que um estilo empático e receptivo seja ainda mais importante com indivíduos

desfavorecidos, menos acostumados a esse tipo de tratamento, e no aconselhamento em contextos de diferenças socioculturais significativas.

Em suma, há amplas evidências de que clientes cujos terapeutas manifestam e comunicam aceitação em geral obtêm melhores resultados. Esse é apenas um dos atributos dos conselheiros que, por si só, tem efeitos modestos, mas que em combinação com outros aspectos pode contribuir para as grandes diferenças com frequência observadas nos resultados obtidos pelos terapeutas, mesmo quando eles supostamente usam as mesmas técnicas de tratamento.

### **PONTOS-CHAVE**

- Na atitude terapêutica de aceitação, está implícita a crença de que os seres humanos têm um valor inerente e merecem respeito sem precisar conquistá-lo.
- A experiência de ser aceito como se é no presente pode facilitar mudanças positivas.
- Crenças sobre a qualidade essencial da natureza humana em geral ou de um indivíduo em particular podem ser profecias autorrealizáveis.
- A atitude defensiva ou a resistência do cliente são fenômenos interpessoais que com frequência são atenuadas por um estilo terapêutico receptivo, empático e respeitoso.
- A aceitação é comunicada, em parte, pelo que o terapeuta deixa de fazer. desaprovar, criticar, discordar, rotular, advertir ou envergonhar.
- Um estilo receptivo e respeitoso pode ser ainda mais importante ao trabalhar com grupos desfavorecidos e ao aconselhar pessoas com diferenças socioculturais significativas.

## 5. CONSIDERAÇÃO POSITIVA

A cordialidade e o respeito no aconselhamento não se originaram com Carl Rogers, mas ele foi o primeiro a formular a hipótese de que valorizar os clientes de maneira sincera e profunda exercia um papel de causa e efeito. Ele descreveu a "consideração positiva incondicional"<sup>127</sup> como uma das três condições (além da empatia e genuinidade acuradas) que são necessárias para a cura. Foi uma forma oposta à visão de que a cura acontece sobretudo por meio do conhecimento especializado e da capacidade do terapeuta de executar procedimentos técnicos específicos. Paul Wilkins (2000) afirmou que a consideração positiva (CP) é um "fator curativo importante em qualquer abordagem terapêutica; a congruência e a empatia apenas fornecem o contexto no qual ela é crível".

O aspecto incondicional da CP se sobrepõe à nossa discussão sobre aceitação sem julgamentos do Capítulo 4: o cliente não precisa provar ou conquistar o respeito de um terapeuta. A CP é uma pré-condição estendida a todos, sem levar em conta o mérito aparente, enraizada em uma visão intencional da humanidade como inerentemente "positiva, progressista, construtiva, realista [e] confiável".<sup>128</sup>

A mensuração da CP como atributo terapêutico teve um curso um tanto irregular, em parte por causa da quantidade de termos diferentes usados para se referir aos mesmos conceitos ou a conceitos similares, como cordialidade, aceitação, respeito e apoio. Aliás, Rogers (1957) descreveu a CP como uma "aceitação cordial" das experiências de um cliente. A escala de Truax e Carkhuff (1967) combinou baixa CP com dar conselhos e assumir a responsabilidade pelo cliente, enquanto associou alta CP a quanto o terapeuta demonstra "respeito profundo pelo valor do paciente como pessoa e por seus direitos como indivíduo livre".

Um instrumento de autorrelato desenvolvido para mensurar as três condições terapêuticas de Rogers<sup>129</sup> diferenciou dois aspectos da CP: um nível geral de CP e a condicionalidade dessa consideração. A avaliação da condicionalidade se concentrou em se a aprovação e a cordialidade do

terapeuta variavam dependendo do que o cliente expressava ou fazia. Assim, os terapeutas podiam obter uma classificação alta em seu nível geral de CP e também demonstrar uma classificação um pouco menor em resposta a um assunto específico. Isso é interessante porque Rogers claramente pretendia que os terapeutas pudessem premiar seus clientes, independentemente de seus comportamentos e declarações angustiantes. A condicionalidade da CP do terapeuta demonstrou ser menos confiável e válida como subescala, sendo com frequência omitida em estudos que utilizaram o Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI)<sup>130</sup>. A escala geral de CP apresenta boa consistência interna (= 0,91), com confiabilidade e validade razoáveis em múltiplos estudos de processo terapêutico; tomou-se o padrão-ouro na mensuração da CP do terapeuta. No entanto, ela não especifica os comportamentos por meio dos quais os terapeutas podem manifestar CP.

## **A Atitude De Consideração Positiva**

Assim como no caso da empatia e da aceitação acuradas, a CP envolve um aspecto experiencial para o terapeuta, bem como os meios para comunicá-la aos clientes. O componente experiencial interno da CP é uma disposição cognitiva e emocional, uma mentalidade do terapeuta. No sentido mais geral, trata-se de uma postura de respeito e benevolência para com os clientes, um compromisso com seu bem-estar e seus melhores interesses. A CP é um contexto compassivo para a prática de todos os outros elementos relacionais descritos neste livro. Seria possível, por exemplo, praticar uma escuta empática habilidosa para vender um produto ou obter uma vantagem competitiva. No aconselhamento e na psicoterapia, as habilidades terapêuticas são usadas com a intenção de promover o bem-estar e os melhores interesses do cliente.

Rogers (1959) descreveu a CP incondicional como a atitude do terapeuta de "cordialidade, afeição, respeito e simpatia". Ele se concentrou no crescimento positivo em vez de na patologia; essa atitude também se reflete na psicologia positiva, desenvolvida mais recentemente, que se concentra no estudo da felicidade, das virtudes e do bem-estar<sup>131</sup>. Rogers acreditava que as pessoas tem um poderoso impulso inato em direção à saúde e ao crescimento positivo. Portanto, ele não se considerava um curador especialista, mas sim uma testemunha privilegiada da capacidade natural dos clientes de se curar e

crescer, mesmo em circunstâncias difíceis. Esse reconhecimento e respeito pela sabedoria dos próprios indivíduos são componentes importantes da CP.

## Como Comunicar Consideração Positiva

O aspecto externo da CP é sua expressão comportamental. É muito bom experimentar a CP por seus clientes, mas é melhor ainda se você comunicá-la usando palavras e ações. A CP envolve valorizar e reconhecer o que é positivo em seus clientes. Você antecipa e aprecia o que há de bom neles: seus pontos fortes, realizações, intenções e virtudes. Para sujeitos desesperançados, você observa e transmite o que eles atualmente não veem em si mesmos. Esse é um hábito a ser cultivado, com foco nos pontos fortes e nas capacidades, e não apenas nos problemas. Aqui estão alguns exemplos de respostas de conselheiros que refletem uma CP:

- “Você não se esquivou de um assunto realmente difícil hoje. Isso exigiu muita coragem!”
- “Ao falar de todos os problemas pelos quais passou, sabe o que me impressiona? Você é um verdadeiro sobrevivente’. Você levou muitos golpes duros e ainda está aqui.”
- “Sua ideia era não beber nada esta semana, e você passou cinco dias sem consumir nada de álcool. Isso é incrível! Como você conseguiu?”
- “Você ama profundamente seus filhos e quer fazer tudo para protegê-los.”

As declarações de CP com frequência começam com a palavra você em vez de “eu”. Há algo inerentemente avaliativo quando se começa com declarações em primeira pessoa, mesmo que o julgamento seja positivo (“Estou orgulhoso de você”). Dizer “Acho que você está indo muito bem” também muda o foco, pelo menos de maneira parcial, do cliente para você. É melhor e mais simples dizer “Você está indo muito bem”.

Então, quais respostas do terapeuta transmitem CP? A escala Psychotherapist Expressions of Positive Regard (PEPR) contém itens que questionam os clientes quanto aos comportamentos verbais e não verbais de seus terapeutas. Inclui afirmações simples (“Foi bom ver você”, “Foi uma boa sessão”), bem como comportamentos específicos (“Meu terapeuta me ofereceu um lenço quando comecei a chorar”, “Meu terapeuta me incentiva a

ter orgulho das coisas que faço corretamente") e atitudes mais gerais refletidas em interações diversas ao longo do tempo ("Meu terapeuta faz uma conexão entre minha experiência atual e algo que fiz no passado", "Meu terapeuta me oferece uma nova maneira de entender uma parte de mim que em geral vejo como uma fraqueza"). Uma análise fatorial da PEPR resultou em dois fatores confiáveis. Primeiro, "Declarações de apoio/cordiais" inclui declarações específicas que um terapeuta pode fazer para expressar cordialidade e reafirmação. O segundo fator, "Responsividade única", reflete a sensação de que o terapeuta esteve profundamente atento ao cliente como indivíduo e descobriu algo valioso nessa consulta. No entanto, esses dois fatores podem simplesmente refletir a variação do método na estrutura dos itens, pois todos os elementos do fator 1 são declarações diretas do terapeuta, enquanto o fator 2 é composto apenas por itens que começam com "Meu terapeuta...".

Um terceiro fator mais fraco, "Intimidade/divulgação", contém itens específicos que podem ser vistos como violações de limites: abraçar, colocar a mão no ombro do cliente, chorar com uma história triste, compartilhar algo pessoal, perceber uma mudança na aparência do cliente e entrar em contato fora da sessão para verificar como ele está depois de uma sessão particularmente difícil. Ao contrário dos dois primeiros fatores, este terceiro esteve negativamente relacionado à CP, conforme medido pela escala de Barrett-Lennard.

Em suma, terapeutas com alto nível de CP transmitem uma sensação geral de cordialidade, respeito e apoio. Um conceito separado, embora relacionado, é a aceitação sem julgamento (Capítulo 4) — se a CP varia dependendo do que o cliente está expressando. Presumivelmente, isso envolveria uma combinação de comunicações de CP com mensagens seletivas de desaprovação ou não aceitação de determinado conteúdo. Medir as respostas de CP e de não aceitação dos terapeutas separadamente pode ser mais confiável do que a subescala de incondicionalidade.

### **Afirmação**

A afirmação é uma maneira de transmitir uma CP diretamente. Envolve observar e comentar os pontos fortes, as ações positivas e os atributos de uma pessoa. Afirmar expressa sua valorização pela pessoa de modo honesto e explícito. Assim como nas reflexões (Capítulo 3), é possível pensar nas afirmações como simples ou complexas. Afirmações simples se referem a um

comportamento específico e podem ser tão simples quanto agradecer a um cliente por comparecer a uma sessão, manifestar apreço pela conclusão de uma tarefa ou perceber uma aparente melhora no humor. Elas são relativamente fáceis de oferecer e não custam muito em esforço cognitivo ou emocional, mas podem fornecer vislumbres de sua CP e apreciação. Por serem pouco custosas, também podem ser usadas em demasia e parecer falsas, mesmo que sejam bem-intencionadas. Elas não falam diretamente sobre o que se aprecia na pessoa. Assim como no caso das reflexões simples, confiar em afirmações simples pode limitar a profundidade do relacionamento.

Afirmações complexas exigem mais esforço da parte do terapeuta. Elas requerem que o terapeuta ouça os pontos fortes, encontrando o que pode apreciar e admirar em um cliente como pessoa. É fácil esquecer disso diante da pressão dos detalhes e problemas que podem surgir tão depressa em uma consulta terapêutica. No entanto, conhecemos terapeutas para os quais uma afirmação genuína parece vir tão naturalmente quanto respirar. Talvez com você seja assim. Contudo, para a maioria de nós, é uma prática adquirida de maneira gradual: permanecer alerta e comentar sobre o que é positivo, mesmo em meio ao caos. É uma habilidade que pode ser adquirida<sup>132</sup>. Em essência, afirmações complexas são atribuições internas e estáveis (características) de algo positivo<sup>133</sup>. Aqui estão alguns exemplos de afirmações complexas:

- “Mesmo que você não quisesse vir aqui hoje, seu amor pela sua esposa o ajudou a decidir. Parece que você se importa muito com ela.
- “Mesmo com todos os obstáculos que você superou, e agora este último, você simplesmente segue em frente. Você é, de fato, alguém determinado, mesmo quando as coisas estão difíceis.”
- “Essa é uma ideia muito criativa! Você cria soluções que talvez não ocorressem a outras pessoas.”
- “Você é uma pessoa de palavra. Quando se compromete com alguém, essa pessoa sabe que pode contar com você.”

Em essência, o terapeuta está conectando a experiência atual a algo que é mais duradouro e admirável sobre a pessoa. Ver as coisas desse ponto de vista pode ajudar os clientes a se sentirem encorajados, estimulados, otimistas e dispostos a correr riscos ou fazer escolhas difíceis. É óbvio que isso pode acontecer em vários tipos de relacionamento — com um professor, um

treinador ou um amigo. Ser estimado e apreciado pode ser uma experiência profunda.

### **Consideração positiva incorporada**

A CP também é comunicada de muitas maneiras além de afirmações verbais diretas. Mais do que o que você diz sobre eles, os clientes podem valorizar ainda mais o que você faz<sup>134</sup>. Os clientes podem se sentir ^valorizados, por exemplo, quando os terapeutas os ouvem com atenção ou são flexíveis com as consultas. A CP é comunicada, em parte, pela aceitação sem julgamento (Capítulo 4) e pelo próprio ato de empatia precisa, dedicando tempo para entender os propósitos de uma pessoa (Capítulo 3). Sem dizer isso diretamente, essas ações transmitem a mensagem: “Você é alguém que vale a pena ouvir e cujas palavras são importantes”.

Aqui está uma conexão entre os aspectos internos e externos da CP. Os terapeutas que mantêm uma atitude positiva, receptiva e otimista em relação aos clientes têm maior probabilidade de transmitir expressões de CP incorporadas e entrelaçadas que vão além das afirmações diretas. Estas surgem de sua apreciação contínua dos pontos fortes, esforços e realizações dos clientes no momento.

Suspeitamos que a atitude otimista interna da CP não seja facilmente ensinada em treinamentos ou pela leitura deste livro. A boa notícia é que você pode aprender isso com seus clientes. Acompanhá-los em suas jornadas em meio a experiências difíceis e, ao mesmo tempo, buscar o que há de bom neles, pode proporcionar maior valorização da resiliência humana e maior capacidade de exercer uma CP com os próximos clientes. A disciplina de buscar o que há de positivo na pessoa sentada à sua frente nunca é em vão.

### **A afirmação pode ser prejudicial?**

Algumas tradições terapêuticas desconfiam da afirmação dada pelo terapeuta. Um motivo expresso<sup>135</sup> é a preocupação de que satisfazer a necessidade dos clientes de serem apreciados possa desviá-los do autoexame necessário para que amadureçam, além de exigir essa aprovação dos outros. Ao não satisfazer necessidades imaturas e neuróticas, o terapeuta espera ajudar os clientes a buscarem formas de ser mais maduros. Não praticar a afirmação desse modo é uma ideia comum da psicanálise, apesar de analistas cordiais e interativos lamentarem esse estereótipo. Embora seja concebível que não

oferecer a afirmação possa levar o cliente ao amadurecimento, não conhecemos qualquer evidência clínica que sustente isso, apesar de haver amplas evidências (revisadas no fim deste capítulo) de que a afirmação e a expressão da CP estão associadas a melhores desfechos para os clientes. Ao escolher entre o risco de não oferecer demais ou afirmar em excesso, favorecemos o último.

É claro que fazer declarações afirmativas pode dar errado. Afirmações superficiais ou imprecisas podem ter o efeito contrário, soando como elogios vazios e hipócritas. Também haverá diferenças na resposta entre indivíduos e culturas. Um cliente que inicia o tratamento desconfiando de que está sendo manipulado pode responder com cautela à afirmação precoce. A ressalva óbvia aqui, assim como nas outras habilidades que descrevemos, é observar com atenção como seus clientes respondem. Com alguns deles, talvez você precise conquistar a oportunidade de expressar uma CP por meio de genuinidade, aceitação e empatia durante um período probatório. A afirmação deve ser titulada dependendo do seu julgamento clínico e do feedback do cliente. As normas interpessoais de afirmação também variam. Em algumas culturas e subculturas, expressões evidentes de cordialidade e apreço são comuns, enquanto em outras são escassas. A maneira como se interpreta a afirmação pode variar. Ela pode ser percebida como manipulação ou crítica disfarçada. No entanto, se você errar ao afirmar, é provável que descubra prestando atenção à reação de seu cliente, e poderá fazer ajustes para reparar uma ruptura na aliança terapêutica<sup>136</sup>.

De qualquer modo, mantenha a experiência interna de perceber, admirar e valorizar os pontos fortes de seus clientes.

Como na maioria das habilidades interpessoais terapêuticas, existe um equilíbrio perfeito na expressão da CP: nem muito nem pouco para cada pessoa, mas a quantidade certa. Também é preciso muita habilidade na maneira com a afirmação é feita — por exemplo, inclinar-se para a frente, olhar o cliente nos olhos ou falar com um tom de voz suave.

Aqui está a ilustração de uma sessão inicial com uma mulher com diabetes tipo 2 que foi encaminhada para discutir mudanças nos comportamentos de saúde e no estilo de vida. Ela combina escuta empática e aceitação com exemplos de CP.

*CLIENTE: Isso tudo é muito novo para mim. Não consigo acreditar que tenho mesmo diabetes. Me sinto tão bem!*

*TERAPEUTA: Isso realmente lhe pegou de surpresa. Você tem estado saudável e quer continuar assim.*

*CLIENTE: Sim. Estou em ótima forma.*

*TERAPEUTA: Você já está se cuidando bem e se mantendo saudável! Só não esperava por essa notícia.*

*CLIENTE: O médico me disse que poderia ser pré-diabetes em vez de diabetes.*

*TERAPEUTA: Você espera que ainda não seja tão grave.*

*CLIENTE: Não sei. Se for, não quero fingir que não é grave.*

*TERAPEUTA: Parece que você está aberta aos fatos e considerando o que pode fazer para se manter bem.*

*CLIENTE: Sim, isso é importante para mim.*

*TERAPEUTA: Que bom, porque você é quem provavelmente sabe o que funcionará para você em termos de mudanças saudáveis.*

*CLIENTE: Tenho pensado nisso.*

*TERAPEUTA: Que ótimo! Deixe-me perguntar uma coisa. Gostaria de saber quando foi a última vez que você teve que fazer uma mudança significativa em sua vida. Não precisa necessariamente ser algo relacionado com a sua saúde — talvez algum desafio importante que você tenha enfrentado e que exigiu algumas mudanças da sua parte.*

*CLIENTE: Como meu divórcio?*

*TERAPEUTA: Exatamente. Como você conseguiu?*

*CLIENTE: Tive que aprender a fazer muitas coisas sozinha, coisas que eu não fazia muito antes.*

*TERAPEUTA: Você se tornou mais independente; capaz de fazer algumas coisas novas.*

*CLIENTE: Sim, acho que sim. Tive que aprender.*

*TERAPEUTA: Então, quando algo inesperado acontece, você é uma mulher que descobre o que fazer e como fazer.*

Não se preocupe em descobrir qual habilidade terapêutica corresponde a cada resposta aqui. Uma reflexão empática também pode soar como aceitação ou afirmação. Nesta ilustração, o conselheiro está destacando os pontos fortes, as motivações, os esforços positivos e a liberdade de escolha da cliente.

## **Pesquisas Acerca Da Consideração Positiva E Da Afirmação**

As metanálises refletem um tamanho de efeito positivo modesto ( $g = 0,27-0,28$ ) da CP no desfecho do tratamento<sup>137</sup>. Depois de controlar o uso duplicado de conjuntos de dados e amostras nos 64 estudos incluídos, o tamanho de efeito nessas análises aumentou para um nível moderado ( $g = 0,36$ ). Isso é um pouco menor do que os tamanhos de efeito estimados relatados para empatia precisa (Capítulo 3) e genuinidade (Capítulo 6). Em um

ensaio clínico de tratamento da depressão<sup>138</sup>, a prática da CP por parte do terapeuta não foi preditora de melhores resultados observados nos clientes, enquanto a genuinidade e a empatia sim.

Por que tanta variabilidade? Em parte, a baixa capacidade de predição pode estar relacionada com as diferentes definições de CP. A afirmação do terapeuta é um construto mais específico do que a CP, baseado em comportamentos de prática observáveis de maneira confiável. Pesquisas indicam que a afirmação (incluindo a autoafirmação) tende a diminuir a atitude defensiva, facilitando a consideração de informações potencialmente ameaçadoras e a mudança de comportamento<sup>139</sup>.

Assim como nas reflexões (Capítulo 3), o conteúdo da consideração positiva aparentemente também importa. Consistente com o princípio do reforço positivo, indivíduos que recebem afirmação do terapeuta depois de uma declaração têm maior probabilidade de continuar fazendo declarações do mesmo tipo, incluindo informações de teor não adaptativo<sup>140</sup>. No mesmo estudo, o ato de o terapeuta afirmar "informações de teor não adaptativo" na fala do cliente predissem desfechos piores em 12 meses com a terapia cognitivo-comportamental.

Em um estudo de probabilidade condicional, as afirmações do terapeuta tiveram uma probabilidade significativamente menor de serem seguidas por discursos do cliente defendendo a continuação do consumo de álcool (fala sobre manutenção) e maior probabilidade de serem seguidas por falas de mudança<sup>141</sup>. Ou seja, a afirmação precedeu o aumento do interesse do cliente em mudar comportamentos problemáticos e a diminuição da defesa do status quo.

Parece que a CP e a afirmação podem ter uma influência terapêutica positiva, mesmo em um formato on-line. Fredrick Holländare e colaboradores (2016) descobriram que os comportamentos de afirmação e incentivo do terapeuta estavam significativamente associados à melhora do cliente durante uma intervenção cognitivo-comportamental para depressão feita via internet (on-line).

Um interessante ensaio clínico foi publicado por Marsha Linehan, a fundadora da terapia comportamental dialética (DBT, do inglês dialectical behavior therapy). Mulheres que atendiam aos critérios diagnósticos tanto para transtorno por uso de opioides como para transtorno da personalidade

borderline foram aleatoriamente designadas para receber DBT ou um novo tratamento de comparação chamado terapia de validação abrangente (TVA) e participação em programas de 12 passos<sup>142</sup>. Todas receberam terapia de manutenção com opioides e, é claro, tiveram acesso gratuito às reuniões de 12 passos. A TVA continha componentes "não centrais" da DBT, incluindo cordialidade e genuinidade do terapeuta, estratégias baseadas na aceitação e na validação, mas nenhum dos procedimentos comportamentais centrais da DBT. O componente afirmativo da TVA (e da DBT) foi descrito assim: "O terapeuta observa respostas válidas na sessão ou relatos de respostas válidas fora da sessão e responde com validação imediata". Os autores observaram que seus esforços anteriores para aplicar a terapia comportamental não foram eficazes "até que uma validação abrangente fosse adicionada ao tratamento, sugerindo que ela pode ser o fator-chave do tratamento". Nesse sentido, foi um estudo de desmantelamento que testou o impacto aditivo de componentes terapêuticos específicos além da TVA.

Os dois tratamentos foram igualmente eficazes na redução do uso de opioides nos 16 meses de tratamento e no seguimento, com uma pequena vantagem para a DBT durante os meses 8 a 12. Não houve abandono da TVA durante um ano de tratamento, em comparação com 36% entre os clientes de DBT. As reduções na psicopatologia e no parassuicídio foram substanciais, sem diferenças entre os grupos. Em suma, o programa completo de DBT não foi mais eficaz do que seus componentes de afirmação/validação.

### **PONTOS-CHAVE**

- Junto com empatia e genuinidade acuradas, Rogers descreveu a CP incondicional como uma das três condições terapêuticas necessárias para facilitar mudanças positivas.
- O aspecto experiencial (interno) da CP para o terapeuta é uma disposição incondicional de respeito e benevolência em relação aos clientes, antecipando e apreciando seus pontos fortes e potencial de crescimento.
- O aspecto externo da CP envolve sua expressão comportamental na prática, comunicando-a aos clientes.
- A afirmação é um comportamento de prática observável de maneira confiável associado a uma menor defensividade e a uma melhor aliança e desfechos terapêuticos.

- Afirmações simples se referem ao comportamento de um cliente em particular, enquanto afirmações complexas se concentram em seus pontos fortes e características positivas.

## 6. GENUINIDADE

Espera-se que profissionais de assistência permaneçam objetivos, pessoalmente distantes, fechados e imparciais em relação às respostas emocionais subjetivas. Em geral, não se espera que juízes sejam espontâneos, emotivos, transparentes ou divertidos. Isso também pode ser dito em relação a dentistas ou detetives; a transparência tampouco convém a um jogador profissional de pôquer. Em alguns empregos, sobretudo quando o contato pessoal é esporádico ou escasso, levar o trabalho a sério significa sobretudo manter aspectos do eu genuíno longe das trocas humanas. Essa distância confere a objetividade necessária para as tarefas em questão. Os relacionamentos pessoais não são essenciais para o trabalho e podem até ser uma distração.

Em outras profissões, no entanto, a genuinidade é um trunfo. Professores e mentores experientes, por exemplo, levam seu trabalho a sério e também têm um talento especial para trazer sua humanidade a ele. Eles encontram um equilíbrio. Um pouco de objetividade é essencial e há limites profissionais a serem respeitados; no entanto, a falta de genuinidade pode comprometer a aliança terapêutica que melhora os desfechos.

Assim como no caso da aceitação (Capítulo 4), a natureza da genuinidade pode ser mais clara quando ela está ausente. A dissimulação envolve se esconder de alguma maneira. Sem uma presença autêntica, os terapeutas podem apegar-se a um papel, muitas vezes como especialistas ou observadores imparciais. Em parte para autoproteção, eles podem parecer reservados, distantes ou totalmente objetivos. Em suma, eles se mantêm muito distantes de suas interações profissionais. Pense em um aluno de um programa de treinamento clínico que está atendendo pela primeira vez. Sentir ansiedade, falta de confiança e “síndrome do impostor” pode limitar a genuinidade, criando uma presença rígida e artificial. Felizmente, a maioria dos conselheiros supera a necessidade de se esconder, aprendendo a trazer aspectos valiosos de sua humanidade ao trabalhar com os clientes.

Os médicos ilustram esse equilíbrio profissional. Em um contexto de saúde, os pacientes esperam certo grau de objetividade, competência e

confiança em seus cuidadores. Eles querem um profissional que acompanhe a literatura científica e ofereça os conselhos ou o tratamento com maior probabilidade de ajudá-los a ficar bem. Se tiverem que escolher entre um profissional distante, mas competente, e outro que é gentil, mas incompetente, a maioria preferiria o primeiro. Felizmente, essa escolha é desnecessária porque um profissional pode ser competente e genuíno<sup>143</sup>. De fato, médicos que se relacionam bem e ouvem com atenção tendem a ter pacientes com maior probabilidade de seguir seus conselhos e ter melhores desfechos nos tratamentos para a saúde<sup>144</sup>.

A genuinidade do terapeuta é maior quando ele dedica menos esforço para se esconder e, em vez disso, responde de maneiras que são únicas e autenticamente suas<sup>145</sup>. Presença, relacionamento real, abertura, honestidade e ausência de falsidade são outros termos que têm sido usados para descrever essa característica de terapeutas que não se escondem à custa do bem-estar de seus clientes<sup>146</sup>. Qualidades como espontaneidade, humor e vulnerabilidade promovem uma aliança terapêutica com os clientes. Na prática, isso significa estar (1) ciente de suas próprias experiências internas com os clientes, (2) emocionalmente envolvido à medida que a história do cliente se desenrola e (3) disposto a revelar suas próprias experiências, pensamentos, emoções e valores quando eles beneficiarem seu cliente<sup>147</sup>. Em outras palavras, genuinidade significa que o terapeuta, como pessoa, brilha, em vez de se esconder atrás de uma fachada<sup>148</sup>.

Embora essa habilidade tenha sido a menos estudada das três condições terapêuticas de Carl Rogers, ela pode ser mensurada em relações de assistência e é relevante para seu sucesso<sup>149</sup>. Existem escalas de avaliação observacionais e medidas comportamentais.

A medida original da genuinidade do terapeuta foi uma escala criada por Charles Truax e Robert Carkhuff (1967) com base na observação de sessões de tratamento, com frequência via fitas de áudio. Assim como suas outras escalas de avaliação da cordialidade não possessiva e empatia precisa, a escala de genuinidade classificava os conselheiros em um de cinco níveis ou estágios. No nível mais baixo, encontrava-se a atitude defensiva clara, com óbvia discrepância entre as palavras e a experiência do terapeuta (p. ex., gritar "Não estou com raiva!"). Uma genuinidade um pouco maior (nível 2) foi indicada ao responder de uma "maneira profissional, em vez de pessoal", que

soava "inventada ou ensaiada". Acima do ponto médio, o nível 4 consistia em ausência de atitude defensiva (explícita ou implícita) ou de aparente incongruência entre a experiência e o autorrelato. A classificação mais alta (nível 5) exigia não apenas a ausência de uma atitude defensiva ou um profissionalismo distante, mas também que o terapeuta fosse ele mesmo, demonstrando congruência com os próprios sentimentos e experiências.

O Barrett-Lonnard Relationship Inventory (BLRI)<sup>150</sup> e o Real Relationship Inventory (RRI)<sup>151</sup> têm sido os dois instrumentos mais comumente usados para capturar a genuinidade do profissional por meio de um questionário de autorrelato. O BLRI pode ser preenchido pelo terapeuta (autoavaliação) ou pelo cliente (avaliando um profissional). Por exemplo, o BLRI solicita que os terapeutas se autoavaliem com base na seguinte afirmação: "Estou disposto a revelar (ao meu cliente) meus próprios pensamentos e sentimentos", enquanto a versão do cliente afirma "(Meu terapeuta) está disposto a revelar seus próprios pensamentos e sentimentos". O RRI também tem duas versões com itens focados nos comportamentos do terapeuta na sessão (p. ex., "Meu terapeuta estava reprimindo sua genuinidade").

Uma medida comportamental relacionada com a genuinidade é a autorrevelação do terapeuta. Isso será tratado posteriormente ao discutirmos como comunicar a genuinidade.

## **Congruência: A Experiência Interior Da Genuinidade**

A genuinidade terapêutica pode ser entendida como tendo componentes internos e externos<sup>152</sup>. O componente interno ou experiencial, ao qual chamamos de "congruência", é um pré-requisito necessário, mas não suficiente, para a manifestação externa da genuinidade, que chamaremos de "autenticidade". (Observe que esses dois termos — congruência e autenticidade — às vezes são usados como sinônimos de genuinidade.)

Existe uma relação direta entre a capacidade de estender a aceitação aos outros (Capítulo 4) e a autoaceitação, que, por sua vez, está relacionada com a congruência. Se você se sente desconfortável com sua própria experiência, é difícil ajudar os outros a aceitarem e integrarem a deles. "Quando descubro que sou aceito e amado como pessoa, com meus pontos fortes e fracos, quando descubro que carrego dentro de mim um segredo, o segredo da minha

singularidade, então posso começar a me abrir para os outros e a respeitar o segredo deles"<sup>153</sup>.

Congruência é o grau de convergência entre a autopercepção de uma pessoa e sua experiência real. Rogers (1957) aplicou esse conceito como um indicador de saúde mental tanto para clientes como para psicoterapeutas e pessoas em geral. A incongruência, causa de sofrimento e patologia na teoria de Rogers, envolve a não aceitação do que se sente, pensa ou faz. Nesse sentido, ela se assemelha ao conceito de sombra de Carl Jung como aspectos do eu que são negados ou não totalmente conscientes<sup>154</sup>. A não aceitação das próprias imperfeições pressagia cegueira ou projeção dessas características nos outros. Como diz um ditado conciso: "Percebeu, resolveu". A autoaceitação do terapeuta é considerada necessária para vivenciar e transmitir outras condições terapêuticas essenciais, como a empatia e a cordialidade<sup>155</sup>.

No contexto de um relacionamento de ajuda, a congruência também envolve a consciência de como os clientes o afetam em tempo real durante as sessões e a aceitação de seus próprios sentimentos e impressões à medida que eles surgem. Aqui, a congruência se sobrepõe ao conceito psicodinâmico de contratransferência (transferência dos sentimentos e reações do terapeuta a um cliente) (Wilkins, 2000). A autoconsciência das próprias respostas aos clientes é um componente importante da prática responsável<sup>156</sup>.

## **Autenticidade: Como Comunicar A Genuinidade**

A congruência com sua própria experiência é diferente de como você a comunica interpessoalmente, inclusive em relações de assistência. É possível estar ciente e aceitar sua experiência interior e ainda assim, consciente ou inconscientemente, apresentar uma fachada aos clientes. Como uma característica interpessoal, ser genuíno envolve oferecer uma representação autêntica de sua experiência neste relacionamento, neste momento. A auto-ocultação, por sua vez, tem sido associada a uma ampla variedade de desfechos adversos à saúde<sup>157</sup>.

O objetivo da genuinidade terapêutica não é lidar com seus próprios sentimentos em uma sessão, mas evitar enganar a si mesmo ou a seu cliente. Autenticidade é quando suas experiências internas podem ser reveladas ao cliente de maneira a facilitar um objetivo terapêutico. A genuinidade, então, envolve tanto congruência — reconhecer e aceitar sua experiência interna —

como autenticidade — transmitir com precisão sua experiência com empatia<sup>158</sup>. É fácil imaginar que o treinamento clínico possa impactar um desses componentes, mas não o outro. A capacidade humana de congruência e autenticidade com frequência se expande por meio de experiências de vida, incluindo a psicoterapia pessoal.

A genuinidade deve sempre ocorrer em um contexto interpessoal mais amplo de aceitação, empatia e consideração positiva. Genuinidade sem empatia não é, de fato, um presente. Quando os clientes vivenciam sua empatia, aceitação e consideração positiva afirmativa, isso pode melhorar possíveis dificuldades em questões de honestidade. A transparência deve sempre ser baseada nessas condições terapêuticas mais amplas<sup>159</sup>. Genuinidade significa ter consciência de suas próprias reações ao que está acontecendo com o cliente e a capacidade de transmiti-las por meio de um filtro de empatia a fim de atender aos melhores interesses de seus clientes.

Às vezes, honestidade e empatia podem ser valores conflitantes. Há momentos em que os profissionais conscientemente optam por não dizer exatamente o que pensam ou sentem, e isso pode ser particularmente importante quando os clientes estão frágeis ou com problemas graves. Ainda assim, terapeutas que têm respostas descontraídas, empáticas, receptivas e honestas têm maior probabilidade de serem úteis do que prejudiciais, mesmo quando trabalham com pessoas perturbadas, sensíveis ou contenciosas. Uma questão-chave é: você está se mostrando reticente em benefício do cliente ou para atender às suas próprias necessidades?

### **Emoções negativas em relação aos clientes**

Um motivo comum para os profissionais escolherem a distância interpessoal em vez da genuinidade é evitar emoções negativas intensas que podem surgir em relação a alguns clientes de tempos em tempos. De certa maneira, essa é uma escolha compreensível. Sentir frustração, repulsa ou raiva por um cliente não é incomum<sup>160</sup>, e esses sentimentos são tóxicos para a relação terapêutica se o profissional não responder a eles com sabedoria<sup>161</sup>. Então, o que um terapeuta autêntico deve fazer? Felizmente, a cura está na característica da genuinidade.

Ser capaz de reconhecer e aceitar seus próprios sentimentos negativos por seus clientes é o primeiro passo necessário para responder com sabedoria. Terapeutas com baixa congruência terão particular dificuldade em reconhecer

e se dar conta desses sentimentos. Ao vivenciar e reconhecer sentimentos negativos por um cliente, considere pelo menos duas perguntas relevantes. Primeiro, esses sentimentos tem algo a ver com sua própria história, personalidade ou valores? Segundo, esses sentimentos mimetizam o que outras pessoas podem sentir ao interagir com essa pessoa? Responder a essas questões envolve ser participante e observador do processo, o que por si só pode aliviar um pouco a intensidade das emoções negativas.

Também é sensato cultivar práticas para regular suas próprias emoções normais, reflexivas e aquelas que podem potencialmente ser influenciadas negativamente pelos clientes<sup>162</sup>. Essas práticas podem incluir mindfulness (atenção plena)<sup>163</sup>, além do desenvolvimento de métodos específicos para responder a comportamentos que interferem na terapia<sup>164</sup> e para aprimorar e reparar rupturas na relação terapêutica<sup>165</sup>. Como observaram Abraham Wolf e colaboradores (2017): “Acreditamos que essas experiências e a maneira como são abordadas na psicoterapia explicam, pelo menos em parte, os efeitos do terapeuta — o fato de que alguns terapeutas são melhores e, talvez mais especificamente neste caso, piores do que outros”. Assim como com os clientes, não se trata da presença de emoções negativas em si, mas da maneira como se responde a elas, o que pode influenciar os desfechos terapêuticos.

### **Autorrevelação**

Em termos de respostas específicas do conselheiro, a autorrevelação é um comportamento observável obviamente relacionado com a genuinidade. No entanto, mesmo no nível mais alto de genuinidade na escala de Truax e Carkhuff (1967), não havia exigência de que os terapeutas revelassem seus sentimentos ou experiências pessoais; eles apenas deveriam evitar ser desonestos, assumir uma atitude de defesa ou ser contraditórios. A questão de se, quando, o quê e como os conselheiros devem se autorrevelar é uma dúvida persistente que é diretamente relevante para a genuinidade<sup>166</sup> e muitas vezes ignorada no treinamento clínico. As opiniões sobre a sensatez da autorrevelação variam; alguns se preocupam com a possibilidade de ela minar a seriedade e o distanciamento profissional dos terapeutas, ou atender às próprias necessidades do profissional<sup>167</sup>. Em uma abordagem centrada na pessoa, o distanciamento profissional e a seriedade são indesejáveis, e são precisamente o que não se deseja em uma relação terapêutica.

Os achados empíricos sobre a autorrevelação são um pouco mais consistentes. A autorrevelação por parte do terapeuta tem sido associada a melhores desfechos na relação terapêutica e com o cliente<sup>168</sup>, particularmente quando expõe a humanidade ou a semelhança do terapeuta com o cliente<sup>169</sup>. Em geral, pessoas que se revelam tendem a ser vistas como mais simpáticas, mais confiáveis e com características pessoais mais favoráveis<sup>170</sup>.

Assim como com muitas virtudes, o excesso de transparência pode ser prejudicial. Você não tem obrigação de dizer tudo o que pensa e vivencia, nem deveria, porque isso pode ser doloroso. Ser genuíno não significa seguir qualquer impulso de pensamento ou ação, e isso também vale para o aconselhamento. Nem significa ser brutalmente honesto. A autorrevelação é apropriada apenas quando é provável que seja útil para o cliente. Conselheiros profissionais não estão desempenhando um papel em que pretendem resolver seus próprios problemas pessoais enquanto atendem seus clientes. Deve haver uma razão consciente pela qual você acredita que uma determinada autorrevelação provavelmente será benéfica; em seguida, observe com atenção a reação do seu cliente. Um modelo teórico de como as pessoas mudam pode orientá-lo sobre quais tipos de revelações podem ser úteis e quais não devem ser ditas.

Genuinidade significa evitar a desonestidade. Uma violação fundamental da genuinidade é fingir que você não está pensando ou sentindo algo quando na verdade está. “O compromisso do terapeuta com a veracidade promove a aceitação do cliente dos problemas que ele enfrenta, bem como esforços para mudar”<sup>171</sup>. Negar a verdade é desonestidade, e os clientes facilmente percebem isso, muitas vezes por causa da inconsistência entre seus comportamentos verbal e não verbal. Pode ser que o mais relevante não seja ter um alto nível de genuinidade, mas a ausência de falsidade<sup>172</sup>.

Um ponto de escolha específico na autorrevelação surge quando um cliente lhe faz uma pergunta pessoal:

- “Você tem filhos?”
- “Você já se sentiu assim?”
- “Você já usou drogas?”
- “Você é casado?”
- “Você bebe?”

- “Onde você mora?”
- “Você me acha atraente?”

A decisão sobre se vai revelar algo c o que vai revelar 6 sua, influenciada pelo seu conforto em fornecer as informações c pelo seu julgamento sobre o provável impacto no cliente e no relacionamento entre vocês. Fornecer informações pessoais pode ultrapassar um limite apropriado que precisa ser mantido na psicoterapia. Recusar-se a responder ou ser desonesto pode prejudicar a aliança terapêutica. As disposições profissionais variam entre “revelar sempre” e “nunca revelar”, com a maioria dos terapeutas encontrando-se em algum lugar entre esses extremos, dependendo do conteúdo.

Ê apropriado considerar por que o cliente pode estar fazendo essa pergunta. Em nossa clínica de treinamento universitário, os clientes ocasionalmente perguntam a um terapeuta jovem: “Quantos anos você tem?”. Às vezes, é possível adivinhar a motivação por trás do questionamento, e um possível ponto de partida é refletir sua preocupação.

*CLIENTE: Quantos anos você tem?*

*TERAPEUTA: Você está se perguntando se eu tenho experiência suficiente para ajudá-lo.*

*CLIENTE: Bem, sim. Você parece tão jovem. Muito mais jovem do que eu.*

*TERAPEUTA: Entendo sua preocupação. Você deu um grande passo ao vir aqui; vejo que está com o coração pesado e quer ser atendido por alguém que possa lhe entender e lhe ajudar.*

*CLIENTE: Sim, quero.*

*TERAPEUTA: Deixe-me contar um pouco sobre como trabalhamos aqui, e então você pode me dizer se se sente confortável em ser atendido por mim. Ok? [Respeitar a autonomia]*

*CLIENTE: Certo.*

*TERAPEUTA: Esta é uma clínica de treinamento, assim como nosso hospital universitário é um hospital de treinamento.*

*Os terapeutas daqui estão fazendo seu doutorado e já concluímos a maior parte do nosso curso. Aqui na clínica, somos supervisionados com atenção por professores que são psicólogos certificados e que se reúnem semanalmente conosco para garantir a qualidade do nosso trabalho. Você sabia disso?*

*CLIENTE: Sim, o homem que me atendeu ao telefone disse que você estaria em treinamento.*

*TERAPEUTA: Prometo ouvi-lo com atenção e entender suas preocupações, c vamos trabalhar juntos em prol das mudanças que você almeja. Farei o possível para ajudá-lo e estou confiante de que posso, mas é importante que você também se sinta confortável. O que você acha?*

*CLIENTE: Quero tentar.*

Nesse caso específico, o terapeuta não respondeu à pergunta inicial, mas abordou a preocupação subjacente. Também é possível fornecer uma resposta, mas não se esqueça do motivo pelo qual o cliente está perguntando. Veja como respondemos a uma pergunta que comumente surge durante o tratamento da dependência química:

*CLIENTE: Você já usou drogas? Você está em recuperação?*

*TERAPEUTA: Vou lhe dizer a verdade, mas antes disso, há duas coisas que eu gostaria de saber. O que significará para você se minha resposta for "sim"\* e o que significará se minha resposta for "não"? Então, em primeiro lugar, e se eu tiver usado drogas e estiver em recuperação?*

*CLIENTE: Acho que, sobretudo, eu sentiria que você seria capaz de me entender melhor e não me julgar.*

*TERAPEUTA: Justo. Você quer trabalhar com alguém que possa lhe entender e que não lhe julgue.*

*CLIENTE: Isso.*

*TERAPEUTA: Certo. Mais alguma coisa antes de falarmos sobre o outro lado?*

*CLIENTE: Se você tivesse saído dessa por conta própria, acho que eu ia querer saber como você fez isso.*

*TERAPEUTA: Ótimo! Você está aberto a ideias para sua própria recuperação. Agora, o que significaria para você se minha resposta fosse "não"?*

*CLIENTE: Bem, acho que me perguntaria se você pode mesmo me ajudar. Não tenho certeza sobre se devo ouvir alguém que não está em recuperação.*

*TERAPEUTA: Compreensível. Mais uma vez, você definitivamente quer um terapeuta que possa lhe entender, que não lhe julgue e que possa lhe ajudar.*

*CLIENTE: Certo. E então?*

*TERAPEUTA: Quando eu era jovem, bebia mais do que era bom para mim e também experimentei drogas algumas vezes. Contudo, parei com as drogas, e bebo muito pouco agora. Não estou em recuperação.*

*CLIENTE: Por que você está aqui, então?*

*TERAPEUTA: Porque tenho certeza de que é aqui que posso fazer a diferença, de vida ou morte, e porque continuo vendo muitas pessoas melhorarem muito. Posso contar algo que pode lhe interessar?*

*CLIENTE: Claro.*

*TERAPEUTA: Estudos mostram com consistência que os resultados do tratamento das pessoas são igualmente bons, independentemente de o terapeuta estar ou não em recuperação. Entendo que você se sentiria mais confortável se eu tivesse uma experiência como a sua, mas trabalho com pessoas aqui há 19 anos e adoraria trabalhar com você. Espero ter essa chance.*

*CLIENTE: Eu só achei que você poderia me falar sobre recuperação.*

*TERAPEUTA: E posso. Você não precisa acatar o que eu digo. Caberá a você ouvir o que for útil e descartar o resto. Mas prometo que vou ouvir você!*

## **Pesquisas Acerca Da Genuinidade**

Embora os terapeutas não sejam unânimes em relação ao valor da genuinidade, os resultados das metanálises têm sido razoavelmente consistentes ao longo das décadas indicando que, assim como a autorrevelação por parte do conselheiro, ela melhora a aliança terapêutica e o desfecho do tratamento<sup>173</sup>. Citando 10 revisões prévias, Gregory Kolden e colaboradores (2011) concluíram que “o suporte empírico para a contribuição da congruência para o desfecho do cliente é misto, mas tende a um endosso positivo”. Uma metanálise subsequente de 21 estudos relacionando a congruência do conselheiro aos desfechos do cliente documentou um tamanho de efeito estimado moderado de  $d = 0,46$ <sup>174</sup>.

Assim como em pesquisas sobre outras condições terapêuticas, os relatos do cliente sobre a genuinidade do terapeuta tendem a ser mais confiáveis do que os autorrelatos do terapeuta em prever as avaliações dos observadores sobre sua autenticidade durante a sessão. Além disso, as avaliações dos clientes sobre sua genuinidade predizem o desfecho do tratamento, enquanto as autoavaliações dos profissionais com frequência não o fazem<sup>175</sup>. Isso, por si só, é uma observação interessante sobre a genuinidade!

As relações entre as condições terapêuticas também são informativas<sup>176</sup>. Um amplo ensaio clínico multicêntrico sobre o tratamento da depressão estudou as avaliações dos clientes nas sessões de BLRI<sup>177</sup>. As três condições principais (empatia, autenticidade e consideração positiva incondicional) foram avaliadas separadamente para destrinchar suas associações individuais com os desfechos medidos pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI, do inglês Beck Depression Inventory). A genuinidade do terapeuta foi associada a uma menor depressão durante o tratamento e também predisser, de maneira modesta, uma diminuição na depressão depois do tratamento, independentemente da gravidade inicial.

Pesquisas indicam que a relação entre as avaliações das condições terapêuticas e a melhora do cliente é explicada por diferenças reais entre os terapeutas, e não simplesmente porque alguns indivíduos provocam reações favoráveis dos terapeutas, enquanto outros não<sup>178</sup>. Habilidades do terapeuta, como a autenticidade, também podem ser responsáveis por variações únicas, além daquelas relacionadas à aliança terapêutica<sup>179</sup>. Juntos, esses achados constituem um argumento respeitável de que a capacidade do terapeuta de transmitir genuinidade pode melhorar os desfechos do tratamento.

Ainda há questões em aberto sobre genuinidade. Ela tem recebido menos atenção dos estudos científicos do que outras características do terapeuta, como a empatia. Muitos estudos publicados têm se baseado em experimentos analógicos, em vez de em sessões de terapia reais<sup>180</sup>. Pesquisas adicionais sobre esse assunto poderiam promover não apenas a ciência na prática clínica da psicoterapia, mas também a compreensão de outras trocas humanas nas quais a genuinidade desempenha um papel relevante. Sabe-se relativamente pouco sobre, por exemplo, como a genuinidade se desenvolve e como ela pode ser fortalecida durante o treinamento e a supervisão clínica<sup>181</sup>.

Como em todas as práticas terapêuticas que descrevemos, haverá diferenças individuais no modo como os indivíduos respondem a elas. Quase todas as pesquisas sobre a genuinidade vieram de nações ocidentais; pode haver culturas, subculturas ou contextos nos quais seria mais eficaz se os terapeutas adotassem um papel mais autoritário e menos "autêntico". Também é possível que a genuinidade ou o "relacionamento real" sejam as habilidades interpessoais mais importantes de um terapeuta, sem as quais a empatia e a aceitação têm pouco significado para o cliente<sup>182</sup>. Afinal, que valor teriam a empatia e a aceitação de um terapeuta que o cliente considera dissimulado? Acreditamos que a genuinidade merece ser mais explorada, tanto com terapeutas individuais quanto nas profissões de assistência em geral.

### **PONTOS-CHAVE**

- Embora a objetividade reservada seja considerada importante em algumas profissões, parece que terapeutas cordiais, abertos e honestos tendem a ter clientes com melhores desfechos ( $d = 0,46$ ) e uma melhor aliança terapêutica.
- Em vez de altos níveis de genuinidade, o relevante mesmo para o aconselhamento e a psicoterapia pode ser a ausência de falsidade e desonestidade. Aliás, a transparência em excesso pode ser prejudicial.
- A genuinidade deve sempre ocorrer dentro do contexto interpessoal mais amplo de aceitação, empatia e consideração positiva.
- A congruência, o componente intrapsíquico da genuinidade, é um pré-requisito necessário, mas não suficiente, para sua manifestação externa como autenticidade.

- A genuinidade pode ser medida de maneira confiável tanto pelas escalas de Likert como pela observação de respostas específicas do terapeuta, ambas associadas a melhores resultados experimentados pelos clientes.

## 7. FOCO

Se parafrasearmos uma famosa frase de Lewis Carroll, podemos dizer: "Se você não sabe para onde está indo, qualquer estrada pode levá-lo até lá"; ou na versão de Yogi Berra, "Se você não sabe para onde está indo, pode acabar em outro lugar". Uma característica há muito reconhecida dos terapeutas mais eficazes é que eles têm metas claras e um plano coerente para alcançá-las com seus clientes<sup>183</sup>. Assim como no caso da afirmação (Capítulo 5), há uma questão de equilíbrio aqui, pois um foco muito rígido pode ser prejudicial. Pense em um holofote chamando a atenção para um ator. Um feixe muito estreito pode iluminar apenas uma parte da pessoa, talvez um pé ou uma mão. Um feixe muito largo ilumina todo o palco ou o auditório, e o foco no ator é perdido. Ao trabalhar com pessoas ambivalentes ou que relutam em mudar, o foco rígido antecipado pode prejudicar a aliança terapêutica. É necessário um equilíbrio orientador para manter uma direção terapêutica e uma conexão empática com os clientes<sup>184</sup>.

A cada novo cliente, um primeiro passo no qual se concentrar é esclarecer as metas do trabalho em conjunto. "Uma meta ou submeta no contexto terapêutico tende a acelerar o progresso"<sup>185</sup>. Ter metas compartilhadas é um componente essencial de uma boa aliança terapêutica que, por sua vez, prediz melhores desfechos de tratamento<sup>186</sup>. Os clientes podem valorizar e estar dispostos a pagar pela companhia de um ouvinte compreensivo<sup>187</sup>; contudo, sem metas claras, os resultados são amorfos e as sessões podem continuar indefinidamente. Em nossa opinião, não é responsável nem desejável que a terapia continue de maneira indeterminada, vagando sem direção. Muitas agências reguladoras exigem um plano de tratamento que especifique as metas e os meios pelos quais se pretende alcançá-las, o que incentiva a responsabilização no processo terapêutico. Governos e outras instituições que pagam por serviços de saúde comportamental também favorecem o tratamento baseado em evidências que, comprovadamente, produz desfechos específicos. Como saber se um tratamento é eficaz sem saber qual é seu objetivo?

Ter um foco claro não é, de maneira alguma, uma prática universal. No aconselhamento contínuo, pode-se gastar uma quantidade surpreendente de tempo em “bate-papo” informal, que pode não estar relacionado com as necessidades terapêuticas do cliente<sup>188</sup>. Um estudo descobriu que níveis mais altos desse bate-papo informal fora do assunto estavam relacionados com uma menor motivação do cliente em mudar e persistir no tratamento<sup>189</sup>.

## A Atitude De Foco

Um elemento do foco nas relações terapêuticas consiste na responsabilidade que se sente de ter uma direção clara para seus serviços: uma compreensão compartilhada das metas do trabalho para cada cliente e um plano organizado para alcançá-las. O que constituiria um desfecho positivo para esse indivíduo? Em certos contextos, como em uma clínica voltada a parar de fumar, o desfecho pretendido é bem definido. Em outros contextos, a(s) meta(s) do aconselhamento pode(m) ser menos clara(s) no início, e é necessário um processo de formulação para determinar uma direção consensual. Se você se pegar vagando por várias sessões sem uma compreensão compartilhada das metas do tratamento, um sinal de alerta sutil deve estar piscando. A experiência interna de foco é uma sensação de desconforto que ocorre quando, sessão após sessão, você não tem metas definidas para o trabalho em conjunto. É normal que as metas mudem com o tempo; isso é comum no aconselhamento e na psicoterapia. Clareza de foco é saber para onde se quer ir e ter um plano provisório de como chegar lá.

Esclarecer e manter o foco é uma responsabilidade profissional importante, com frequência refletida em um plano de tratamento. Parte da atitude de foco é manter-se, ao longo do tempo, na direção das metas. Sobretudo quando se tem um consultório cheio, isso pode exigir a verificação do plano de tratamento e das anotações antes de cada sessão, para lembrar-se do progresso feito até o momento com uma pessoa específica e para identificar qual pode ser o próximo passo. Sem essa continuidade, é fácil simplesmente responder às crises com qualquer assunto levantado em sessão. Alguns clientes podem querer atualizá-lo a cada sessão sobre o que está acontecendo em sua vida, como ao conversar com um amigo.

Novamente, há um equilíbrio envolvido. Encontrar e manter a direção no tratamento não deve ocorrer à custa de uma empatia precisa, aceitação,

consideração positiva e genuinidade. Essas habilidades terapêuticas fornecem um contexto interpessoal para a manutenção do foco.

## Como Focar

Quem determina a(s) meta(s) do tratamento? Idealmente, isso acontece por meio de um processo de negociação. Há pelo menos três fontes potenciais de metas de tratamento: (1) seu cliente; (2) o contexto; e (3) você como profissional. Com frequência, os clientes chegam para tratamento com questões específicas em mente que desejam abordar e, em certo sentido, uma meta de tratamento não é uma meta — com certeza não uma meta compartilhada — até que o cliente concorde com ela. (Discutiremos metas de tratamento conflitantes mais adiante neste capítulo.) Uma consideração adicional é que seu “cliente” real pode, pelo menos em parte, ter sido encaminhado por alguém que tem metas específicas<sup>190</sup>, como em casos como estes:

- Alguém obrigado judicialmente a se tratar depois de dirigir embriagado ou cometer um crime de violência doméstica.
- Um adolescente trazido pelos pais para tratamento de problemas comportamentais.
- Um paciente que chega encaminhado por um médico para obter ajuda para controlar melhor o diabetes.
- Um indivíduo encaminhado por um supervisor para um programa de assistência aos funcionários.

Também é possível que as metas do tratamento sejam moldadas pelo serviço ou contexto em que você atua. Quando alguém entra em uma clínica de emagrecimento, há pouca ambiguidade quanto ao tema principal da conversa. Algumas instituições são especializadas em melhorar relacionamentos, tratamento dos transtornos por uso de substâncias, ansiedade ou depressão, violência doméstica ou controle da dor. Alguns contextos limitam os desfechos aceitáveis. Historicamente, alguns programas de tratamento dos transtornos por uso de substâncias tratavam apenas pessoas que aceitavam a meta de abstinência total de certas substâncias psicoativas (ou de todas elas). Centros específicos de aconselhamento para gravidez podem não estar dispostos a apoiar uma mulher que opta por realizar um aborto. Essas

limitações contextuais podem restringir o foco e também representar dilemas significativos no apoio à autonomia e à autodeterminação do cliente<sup>191</sup>.

Também há momentos em que você, como profissional, percebe prioridades diferentes daquelas inicialmente apresentadas por um cliente. Um desses cenários é quando você suspeita de uma causa subjacente para os problemas que motivam a consulta. Por exemplo, um médico pode perceber que consultas repetidas por motivos clínicos estão relacionadas com o consumo de álcool ou com o tabagismo. Um transtorno do humor ou estresse pode estar relacionado a problemas de relacionamento. Às vezes, você pode, durante a consulta, simplesmente detectar outro problema clínico que, em sua opinião, deveria ser resolvido, mesmo que não tenha relação com os problemas relatados pelo cliente. Nesse caso, o desafio é incitar uma possível mudança que não estava entre as preocupações apresentadas inicialmente.

Assim, o processo de focar consiste em encontrar uma direção para o tratamento entre essas diversas metas possíveis (e, às vezes, conflitantes). Isso envolve uma tomada de decisão compartilhada<sup>192</sup>. Às vezes, a meta é razoavelmente clara no início: por exemplo, um homem em recuperação depois de um infarto agudo do miocárdio quer parar de fumar ou um casal angustiado procura ajuda para melhorar o relacionamento com o qual ambos estão comprometidos.

Em outros casos, o foco envolve escolher e priorizar entre uma variedade de opções de mudança, um processo que Stephen Rollnick chamou de “definição de agenda”<sup>193</sup>. No controle do diabetes, por exemplo, existem muitos caminhos possíveis para um melhor controle da glicose e para a promoção da saúde<sup>194</sup>. A Figura 7.1 mostra um exemplo de “folha de círculos” que um psicólogo ou educador em saúde especializado em diabetes pode usar para introduzir possibilidades de mudança nos comportamentos de saúde.



FIGURA 7.1 Exemplo de “folha de círculos\* com comportamentos de saúde no diabetes. De Steinberg e Miller (2015).

*“Aqui estão algumas coisas que as pessoas podem fazer para obter melhor controle do diabetes e prevenir complicações em longo prazo. Algumas dessas medidas você talvez já esteja tomando. Gostaria de saber se há uma ou duas opções aqui sobre as quais você gostaria de falar hoje. Ou talvez haja algo ainda mais importante que você queira discutir. É por isso que há um círculo vazio. Qual destes você acha que seria um bom ponto de partida?”*

Há momentos em que as direções específicas para a mudança não são nada óbvias. Isso pode acontecer, por exemplo, depois de uma grande reviravolta — um divórcio, uma perda de emprego ou a morte de um ente querido. A estrutura e o propósito que antes serviam como um arcabouço organizador para a vida são repentinamente destruídos. Uma mudança tão grande e abrupta pode deixar as pessoas desorganizadas, muito angustiadas e confusas. Em outros casos, parece que tudo está errado e não é possível ver por onde começar ou o que está por trás de tudo. Depois de um período inicial de boa escuta empática vocês começam juntos a formular possíveis direções para a mudança.

## **Resolvendo a ambivalência**

Às vezes, estabelecer um foco consensual com um cliente pode ser desafiador, mesmo quando o problema parece claro e direto. Não c que a questão seja oculta ou complexa, mas sim que o indivíduo está ambivalente quanto à mudança. As pessoas costumam ficar ambivalentes ao contemplar mudanças difíceis. A relutância em mudar é bastante normal, mesmo quando o cliente chega para tratamento e pede que você o ajude a mudar. Se você não reconhecer e abordar essa ambivalência, ela poderá piorar à medida que tenta implementar procedimentos de mudança, como dar conselhos, recomendar maneiras de aliviar o sofrimento, dar tarefas práticas entre as sessões ou explicar a causa do problema. Uma resposta comum quando você diz a alguém o que fazer, como fazer e por que é importante fazer é: “Sim, mas...”. Isso às vezes é visto como resistência ou negação, mas, na verdade, é um resultado previsível de defender um lado da ambivalência de uma pessoa<sup>195</sup>. Quanto mais você tentar persuadir e argumentar a favor da mudança, maior a probabilidade de o cliente argumentar contra ela<sup>196</sup>; e, por sua vez, quanto mais o cliente verbalizar razões contra a mudança, menor a probabilidade de ela ocorrer<sup>197</sup>. Um erro comum no aconselhamento e nos relacionamentos em geral é buscar a resolução focada de problemas quando alguém está ambivalente e precisa de uma boa escuta.

Quando você se depara com esse tipo de ambivalência, chega a um importante ponto de escolha sobre como proceder. Uma opção é manter a neutralidade, às vezes chamada de “equilíbrio”. Nesse caso, você, com cuidado, evita instigar inadvertidamente o cliente em alguma direção específica. Em vez disso, você se esforça ao máximo para ajudá-lo a tomar uma decisão com a qual ele esteja em paz<sup>198</sup>. Aliás, o foco pode estar em justamente fazer uma escolha. A neutralidade é algo importante para situações em que você acredita que deve evitar influenciar uma decisão ou direção específica; por exemplo, a decisão de doar ou não um rim a um familiar. Nos cuidados em saúde, isso é chamado de tomada de decisão compartilhada, que denota situações nas quais os profissionais da saúde visualizam mais de um curso de ação legítimo<sup>199</sup>. O objetivo da tomada de decisão compartilhada é chegar a uma decisão, em vez de promover um curso de ação específico que possa ser favorável ao profissional da saúde. Alguns psicoterapeutas consideram a neutralidade como única postura profissional apropriada em relação a qualquer problema do cliente. Teremos mais a dizer sobre neutralidade mais adiante neste capítulo.

Uma situação clínica mais comum é quando você quer ajudar o cliente a superar a ambivalência na direção de uma meta específica, na maioria das vezes porque é isso que ele pediu que você fizesse. Como, então, você pode ajudá-lo a resolver a ambivalência quando a meta é a mudança? Por um lado, você pode prestar muita atenção à linguagem do cliente enquanto ele fala sobre seu dilema (ver Capítulo 9). O movimento na direção da mudança está associado a mais "conversas sobre mudança" (motivações declaradas e vantagens para a mudança) do que à "fala sobre manutenção" que favorece o status quo<sup>200</sup>. Demonstrou-se que o estilo clínico da entrevista motivacional<sup>201</sup> influencia esse equilíbrio entre "fala sobre mudança" e "fala sobre manutenção" que permeia a mudança de comportamento subsequente<sup>202</sup>. Ao responder com cuidado e priorizando a linguagem do cliente, você pode influenciar a direção em que ele se move. Em essência, você está ajudando-o a se convencer a mudar<sup>203</sup>.

Às vezes, superar o obstáculo da ambivalência é tudo o que é necessário, e depois disso seu cliente pode precisar de pouco mais de você. Por exemplo, depois que ele decide fazer uma mudança, pode ter bem claro para si como fazê-la. Outras vezes, resolver a ambivalência em relação à mudança é apenas o começo do progresso, e outras habilidades clínicas podem ser necessárias para ajudar o cliente a implementar as mudanças que ele decidiu fazer.

Existem algumas situações que exigem um determinado foco ou meta de tratamento, independentemente da ambivalência. Se você é um agente de liberdade condicional, por exemplo, provavelmente não está fazendo seu trabalho a menos que esteja incentivando aqueles sob sua supervisão a se afastarem do comportamento criminoso, mesmo que em princípio eles não estejam de acordo com essa meta. Da mesma maneira, é improvável que o terapeuta seja indiferente em relação à mudança se ele estiver tratando pessoas condenadas por crimes sexuais ou por dirigirem embriagadas. Com certeza existem questões éticas ao decidir o que é "do melhor interesse" de um cliente<sup>204</sup>, mas é comum que os profissionais envolvidos no tratamento tenham em mente uma direção de mudança preferida.

### **Aconselhar com neutralidade**

E se você optar por permanecer neutro? Como proceder se tiver a intenção de não influenciar a direção de escolha ou de mudança de um cliente? Quando você deve manter a neutralidade e abster-se conscientemente de influenciar

em uma direção? Essa é uma consideração ética, cuja solução em geral não é fornecida pelos métodos terapêuticos em si. A discussão sobre neutralidade terapêutica muitas vezes é ignorada na formação clínica. Teorias da personalidade podem conter afirmações sobre o que constitui uma vida boa, mas as decisões sobre neutralidade com frequência são uma questão de julgamento clínico, seja consciente ou inconscientemente.

A neutralidade pode nem ser um problema se já houver uma meta clara para a mudança. A meta pode ser o motivo pelo qual o cliente pediu sua ajuda e você concorda com ele. Às vezes, é uma questão de urgência. Ao trabalhar em uma linha direta de prevenção do suicídio, os conselheiros raramente pretendem ser neutros ao atender uma ligação. Da mesma maneira, quando o cliente se envolve em comportamentos potencialmente fatais, como o uso de drogas injetáveis ou o comportamento sexual de alto risco, é improvável que os terapeutas sejam neutros quanto à direção preferida para a mudança.

Em outros casos, você opta por permanecer neutro em relação à questão apresentada e, de maneira consciente, evita levar a pessoa em uma direção ou outra. No entanto, como você escolhe quais perguntas fazer, qual conteúdo refletir, o que afirmar e o que incluir nos resumos, pode estar inadvertidamente influenciando o cliente a seguir em uma direção específica. Permanecer legitimamente neutro pode ser mais desafiador do que parece. Isso ocorre, pelo menos em parte, porque seus próprios valores e experiências provavelmente influenciarão as perguntas, as afirmações e as reflexões que você oferece.

Antes de tudo, é importante estar consciente de sua intenção clínica. Você está buscando uma direção clara para a mudança ou opta por manter a neutralidade? Em ambos os casos, você mostraria equanimidade e profissionalismo solidário. A neutralidade não é um atributo do conselheiro, mas uma decisão clínica consciente de tentar não influenciar a direção de escolha ou mudança de alguém. A decisão do conselheiro permanece independentemente da situação clínica:

- 'Devo proceder estrategicamente a fim de favorecer a resolução da situação do cliente em uma direção específica?'

OU

- "Escolho manter a neutralidade e não direcionar, de maneira intencional ou inadvertida, a pessoa em uma direção específica?"

No último caso, o foco é ajudar o cliente a tomar uma decisão cuidadosamente considerada com a qual ele esteja em paz, sem que você mesmo influencie na direção da escolha. Uma pessoa pode estar tentando decidir se deve adotar uma criança, elaborar um testamento, deixar ou permanecer em um emprego ou relacionamento. Quando você quer ajudar no processo de tomada de decisão e também quer permanecer neutro, qual é a melhor forma de fazê-lo? Como você pode “primeiro, não fazer o mal”, mesmo que inadvertidamente?

Uma estrutura útil para uma tomada de decisão cautelosa foi introduzida por Irving Janis e Leon Mann (1976, 1977). Atualmente, sua abordagem em geral é reduzida a um “equilíbrio decisório” contendo quatro células. O método original era consideravelmente mais complexo, mas uma estrutura de quatro células pode servir para ilustrá-lo.

Imagine um cliente (indivíduo ou casal) tentando decidir se deve ter um filho. O relógio biológico está correndo e o tempo para decidir está se esgotando. Se você escolheu a neutralidade como postura clínica, como poderia proceder? Para uma escolha binária, os fatores envolvidos podem ser representados da seguinte maneira:

|                                             | Ter um filho | Não ter um filho |
|---------------------------------------------|--------------|------------------|
| Coisas boas (prós, vantagens)               | A            | B                |
| Coisas não tão boas (contras, desvantagens) | C            | D                |

Se você estivesse favorecendo a mudança em uma direção específica<sup>205</sup>, prestaria mais atenção às células em uma diagonal. Fazer perguntas abertas, refletir, afirmar e resumir diferentemente o conteúdo das células A e D favoreceria a decisão de ter um filho, enquanto evocar de maneira seletiva o conteúdo das células B e C favoreceria a decisão de não ter um filho. Manter um equilíbrio de neutralidade requer vigilância para explorar igualmente as quatro células. Isso envolve um esforço consciente. Seria natural perguntar sobre uma célula (vantagens de ter um filho) e continuar refletindo e afirmando o que você ouviu, em seguida, reunir tudo resumindo todos os argumentos do cliente sobre ser pai ou mãe. Veja como isso pode ocorrer:

*TERAPEUTA: Deve haver algumas coisas que atraem você sobre ter um filho agora. Fale-me sobre elas.*

*CLIENTE: Ter filhos parece uma experiência muito especial, dar vida a um novo ser humano. Acho que ser mãe (ou pai) é um tipo único de relacionamento; não é um relacionamento que você possa ter de outra forma.*

*TERAPEUTA: Você não quer perder a oportunidade de ter esse tipo de relacionamento.*

*CLIENTE: Certo! E temos que decidir logo. Acho que a adoção também é uma opção, mas estou curiosa para saber como seriam nossos próprios filhos.*

*TERAPEUTA: Você imagina como eles poderiam ser.*

*CLIENTE: Imagino. A gente nunca sabe exatamente, é claro, mas eu sei que os amaríamos do jeito que fossem.*

*TERAPEUTA: Esse tipo de amor é importante para você.*

*CLIENTE: Quero que a gente experimente isso, e temo que, se deixarmos passar a chance, possamos nos arrepender pelo resto da vida.*

*TERAPEUTA: Isso parece solitário.*

*CLIENTE: Ou vazio, talvez. Algo assim.*

*TERAPEUTA: Portanto, ter um filho (ou mais de um) pode abrir para vocês a oportunidade de ter uma experiência totalmente nova, uma nova dimensão para a vida a dois.*

*CLIENTE: Acho que sim.*

*TERAPEUTA: De que você mais gosta nisso?*

*CLIENTE: Os primeiros anos da criança parecem ótimos. Quando seguro um bebê, é uma sensação maravilhosa, e acho que deve ser muito mais profundo quando se trata do seu próprio filho.*

*TERAPEUTA: Um tipo de relacionamento muito especial. O que mais?*

*CLIENTE: Vê-los crescer, descobrir o mundo. Eu ansiaria por cada novo passo, por estar com eles enquanto vivenciam cada nova experiência.*

*TERAPEUTA: Você já sente uma sensação de admiração por isso.*

*CLIENTE: Sim! Não deve haver nada parecido.*

*TERAPEUTA: Então, o que você me disse até agora é que acha que há algo único e especial no relacionamento entre pais e filhos, algo que você não poderia ter de outra forma. Você valorizaria os primeiros anos da criança e também ansiaria por estar presente enquanto seu filho cresce e se depara com cada nova etapa do desenvolvimento. Você anseia por experimentar o tipo especial de amor que os pais demonstram por seus filhos, e eu sinto que isso poderia expandir seu próprio relacionamento, seu próprio mundo.*

As respostas do terapeuta são carregadas de empatia precisa, e essa conversa pode continuar nessa linha por um bom tempo. O que o terapeuta e o cliente podem não estar percebendo é que estão focando de forma diferente nas motivações para se ter um filho, mesmo que essa não fosse a intenção do terapeuta. Isso aconteceu por meio de uma pergunta aberta focada na célula A, seguida de uma boa escuta empática.

Aconselhar com neutralidade envolve perguntar com igual curiosidade sobre cada uma das quatro células, ouvir com atenção e relembrar o que o

cliente relatou, bem como ajudar a elaborar um resumo equilibrado de prós e contras de cada alternativa.

É claro que é possível que haja mais de quatro células na ilustração. No exemplo atual, a adoção pode ser considerada uma terceira opção. Um processo de brainstorming pode expandir ainda mais o leque de alternativas. A discussão pode revelar valores subjacentes e potencialmente conflitantes. O aconselhamento com neutralidade requer uma exploração paciente e equilibrada das opções, para ajudar o cliente a tomar uma decisão ponderada que persistirá com o mínimo possível de arrependimento pós-decisão<sup>206</sup>.

Também vale ressaltar que, se sua meta é caminhar na direção de uma mudança específica, há boas razões para não construir um equilíbrio decisório que dê igual ênfase aos prós e contras<sup>207</sup>. Verificou-se que uma intervenção com equilíbrio decisório a clientes ainda ambivalentes diminui o comprometimento com a mudança e aumenta o comprometimento com o status quo<sup>208</sup>. Por que isso aconteceria? Se alguém conseguir extrair igualmente dos clientes seus argumentos a favor e contra a mudança, o resultado esperado seria a ambivalência, que em termos transteóricos está associada à contemplação em vez da preparação e da ação<sup>209</sup>.

## Quando As Metas São Conflitantes

É claro que, às vezes, as metas do tratamento de um cliente entram em conflito com as metas do profissional ou do programa. Talvez a situação terapêutica menos desejável seja uma relação contenciosa, em que a meta do profissional é fazer o cliente mudar, o que naturalmente evoca o papel complementar do sujeito de reatância psicológica, defendendo a liberdade pessoal e resistindo à mudança<sup>210</sup>. Até mesmo aconselhar mudanças pode provocar essa reatância<sup>211</sup>.

Também é relevante o quanto você está envolvido em um desfecho específico. Terapeutas que têm muito desapego pelos desfechos do cliente podem fornecer foco ou direção insuficientes e parecer impessoais ou desinteressados. No outro extremo, um envolvimento pessoal muito alto em um desfecho específico pode resultar no desejo de “carregar o cliente até a linha de chegada”, não importa o que aconteça. Isso provavelmente evocará reatância e resistência. Existe um ponto ideal no meio, em que você está

interessado em trabalhar para alcançar desfechos positivos e também em honrar a autonomia do cliente em fazer suas próprias escolhas<sup>212</sup>.

Sobretudo em contextos em que os clientes podem esperar uma relação contenciosa (como no caso de liberdade condicional ou tratamento obrigatório), dê prioridade ao desenvolvimento de uma aliança terapêutica colaborativa como um primeiro passo vital. O engajamento é particularmente importante quando você não tem metas compartilhadas desde o início. Processos terapêuticos como empatia precisa (Capítulo 3), aceitação (Capítulo 4) e afirmação (Capítulo 5) podem ajudar a estabelecer uma aliança terapêutica antes de desenvolver um foco compartilhado, sem falar em um plano de mudança. William Miller e Stephen Rollnick (2013) descreveram uma sequência de processos terapêuticos, desde o engajamento (desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança) até o foco, a evocação da motivação para a mudança e, por fim, o planejamento. É improvável que ir direto ao planejamento, sobretudo quando o tratamento é obrigatório ou os clientes são ambivalentes por outros motivos, promova mudanças positivas.

Particularmente em situações em que os clientes se sentem pressionados a mudar, reconhecer e honrar sua autonomia não é apenas terapêutico, mas também uma ratificação da verdade. Mesmo sob condições de controle extremo, as pessoas ainda exercem autodeterminação e tomam decisões (Frankl, 2006). Apesar (e, às vezes, por causa) de nossos melhores esforços para direcionar o comportamento de clientes, de infratores ou de nossos próprios filhos, as pessoas fazem suas próprias escolhas. Os seres humanos podem estar dispostos a pagar um preço alto em vez de fazer as mudanças que os outros desejam para eles. Dizer a alguém que ele não pode fazer algo (beber, fumar ou sair da cidade) não apenas é incorreto como também pode incentivar a fazer o que é proibido. Os esforços para impor controle externo podem até mesmo minar a motivação autônoma para a mudança. Enfatizar a escolha pessoal pode diminuir a necessidade de defender o status ano e facilitar a motivação autônoma para a mudança<sup>213</sup>. Aceitar e afirmar a autonomia de seus clientes em fazer escolhas representa uma postura terapêutica poderosa, que pode também ser genuína e empática. Assim como Carl Rogers (1962), acreditamos que as pessoas, quando recebem condições favoráveis à mudança, naturalmente tendem a caminhar em uma direção

positiva, pró-social, autodeterminada e saudável. Pelo menos parte delas quer isso. Essa parte da ambivalência delas é seu coterapeuta.

## Pesquisas Acerca Do Foco

Um contexto mais amplo para o foco terapêutico é a substancial quantidade de pesquisas em psicologia sobre o estabelecimento de metas<sup>214</sup>. Metanálises determinaram com clareza que estabelecer metas alcançáveis promove mudanças, particularmente quando acompanhadas de feedback sobre alcançar a meta<sup>215</sup>. Isso também acontece no contexto da psicoterapia, em que o estabelecimento de metas facilita que sejam alcançados os objetivos do tratamento<sup>216</sup>. Em particular, o consenso entre terapeuta e cliente sobre as metas prediz melhores desfechos<sup>217</sup>. Com frequência, entende-se (e concordamos com isso) que esse consenso em relação às metas facilita o compartilhamento de poder e uma relação terapêutica colaborativa. Isso obviamente não é possível a menos que as metas da terapia tenham sido elaboradas, especificadas e aceitas mutuamente.

Quando as metas da terapia são acordadas, a probabilidade de haver progresso é muito maior. Em contrapartida, quando a terapia não se concentra nas metas que levaram o cliente ao tratamento, é menos provável que seja útil<sup>218</sup>.

Pesquisas clínicas também esclarecem o que acontece quando falta foco. A esse respeito, são ilustrativos os estudos nos quais uma psicoterapia genuína é comparada a um tratamento-controle que se destina a ser semelhante à terapia, mas sem os ingredientes ativos da abordagem em questão. Com frequência, esses tratamentos-controle têm intencionalmente pouca estrutura, lógica coerente ou teoria orientadora para o terapeuta seguir<sup>219</sup>. Nessas comparações, em geral surge uma diferença robusta: o tratamento genuíno e com um foco claro é mais eficaz. Conforme discutido no Capítulo 8, isso também pode ser atribuído às expectativas do terapeuta.

Bruce Wampold (2015) discutiu, de maneira mais geral, a necessidade de uma lógica clara e coerente como um fator terapêutico que contribui para a eficácia da terapia, independentemente de seu conteúdo específico. Isso não quer dizer que “vale tudo”. Conforme discutido no Capítulo 2, métodos específicos e habilidades terapêuticas podem ter efeitos independentes ou interativos no desfecho do tratamento. Na verdade, é improvável que o que se

faz no aconselhamento e na psicoterapia não faça diferença. Nossa ênfase neste capítulo é que, independentemente da abordagem de tratamento, é útil ter metas consensuais e um plano para alcançá-las.

### **PONTOS-CHAVE**

- O foco é um processo compartilhado de tomada de decisão voltado a identificar metas claras para a consulta.
- Em geral, os desfechos do cliente são melhores quando o terapeuta tem metas de tratamento claras e uma abordagem organizada para alcançá-las.
- A ambivalência em relação à mudança é normal e ajudar a resolvê-la é um processo terapêutico importante.
- Aconselhar, persuadir ou pressionar o cliente a mudar tende a provocar reatância psicológica e a diminuir a probabilidade de mudança.
- A neutralidade é uma decisão consciente em uma situação clínica específica em que o cliente é ambivalente, e o equilíbrio decisório é uma ferramenta útil para evitar influenciar inadvertidamente a direção de escolha do indivíduo.

## 8. ESPERANÇA

O seu otimismo em relação ao potencial de sucesso de seus clientes tem algum impacto nos desfechos deles? Os clientes encontram força e incentivo para buscar mudanças a partir das próprias expectativas positivas? Se você estiver se sentindo pessimista ou esgotado com seu trabalho, existe uma solução? Como você pode imaginar, acreditamos que a resposta para todas essas perguntas seja "sim"; esperamos que, ao fim deste capítulo, você concorde conosco.

Vamos começar com uma de nossas pesquisas favoritas sobre esperança. Três programas diferentes de tratamento hospitalar concordaram em participar de um estudo de recuperação do alcoolismo usando um teste de personalidade especialmente desenvolvido para o trabalho. Os pesquisadores identificaram clientes cujas pontuações no teste indicavam um potencial particularmente alto para recuperação do alcoolismo (chamaram esses clientes de HARPs, sigla em inglês para high alcoholism recovery potential) e compartilharam esses resultados com os terapeutas do programa. Para proteger a confidencialidade, os terapeutas foram convidados a não compartilhar os resultados desses testes com mais ninguém.

O programa teve um desempenho admirável. Embora os HARPs não fossem diferentes de seus pares em fatores prognósticos comuns, como gravidade do problema e histórico de tratamento prévio, eles diferiram de outras maneiras relevantes. Nenhum deles abandonou o tratamento prematuramente, enquanto um terço dos outros clientes o fez. Quando os clientes foram convidados a avaliar uns aos outros, seus colegas descreveram os HARPs como companhias mais agradáveis e com melhor recuperação. Os terapeutas também avaliaram cada cliente na alta e relataram que, em comparação com os demais, os HARPs estavam significativamente mais motivados com o tratamento, tinham sido mais pontuais nas sessões de terapia, eram mais cooperativos e autocontrolados, tinham uma aparência mais limpa, apresentavam melhor recuperação e estavam se esforçando mais para permanecer sóbrios. Os dados do seguimento de 12 meses confirmaram suas

impressões: os clientes HARPs tinham taxas mais altas e períodos mais longos de abstinência de álcool, menos episódios de consumo de bebidas alcóolicas e maior propensão a estar empregados<sup>220</sup>.

Qual era esse incrível teste de personalidade que predisse o comportamento e os desfechos do cliente ao longo de um ano? Bem, os pesquisadores tinham um segredo. Na verdade, os clientes HARPs foram escolhidos aleatoriamente e não com base em um resultado de teste de personalidade. A única diferença entre eles e os demais foi que os conselheiros do programa foram informados de que os HARPs tinham um prognóstico particularmente bom. A expectativa dos conselheiros de que eles se saíssem bem acabou influenciando o sucesso desses clientes durante e após o tratamento.

Mesmo quando não estão sendo influenciados por pesquisadores "pregando uma peça", os terapeutas têm expectativas sobre os clientes, as quais influenciam os desfechos da mesma maneira que professores e treinadores. Como isso acontece? Expectativas positivas ou negativas sobre os indivíduos influenciam o modo como eles são percebidos e tratados e, assim, podem se tornar profecias autorrealizáveis<sup>221</sup>.

Desse modo, suas expectativas podem influenciar as esperanças de mudança dos próprios clientes<sup>222</sup>. Embora a esperança, assim como a motivação, às vezes seja considerada um atributo interno, ela também é interpessoal, surgindo no contexto dos relacionamentos. Inspirar e evocar esperança é uma habilidade terapêutica importante<sup>223</sup> e, como acontece com as outras habilidades discutidas neste livro, envolve tanto a experiência ou atitude interna como a expressão externa.

## **A Atitude De Esperança**

Uma atitude de esperança se traduz em otimismo: antecipar e esperar mudanças positivas. O otimismo é uma escolha, um benefício da dúvida. Você decide ver um copo meio cheio em vez de meio vazio. Conforme ilustrado pelo estudo descrito no início deste capítulo, tanto o otimismo como o pessimismo podem se tornar realidade.

É importante, por exemplo, que você acredite no tratamento que está oferecendo. Em uma série de ensaios clínicos controlados, Nathan Azrin e

colaboradores compararam sua abordagem de reforço comunitário (CRA, do inglês *community reinforcement approach*) com um tratamento “tradicional” para pessoas com transtornos relacionados com o uso de álcool<sup>224</sup>. Em três estudos sucessivos, descobriu-se que a CRA é muito superior ao tratamento tradicional. No entanto, ambos os tratamentos foram ministrados pelos mesmos terapeutas comportamentais, que estavam comprometidos com a CRA e consideravam o tratamento tradicional ineficaz. Em um estudo subsequente<sup>225</sup>, a CRA e o tratamento tradicional com modelos de doença foram ministrados por terapeutas diferentes, cada um treinado e comprometido com sua abordagem. Nesse caso, a vantagem da CRA foi modesta no seguimento de seis meses, sem diferença no desfecho em 18 e 24 meses. A crença no que você está fazendo é relevante e é transmitida aos seus clientes. Isso foi chamado de “efeito Meca”, pois aproveita o poder de crédulos apaixonados<sup>226</sup>. Não está totalmente claro como essas crenças se traduzem em desfechos de tratamento, mas a fidelidade do terapeuta a uma abordagem específica pode aumentar a adesão dos clientes ao tratamento e sua própria confiança de que ele será bem-sucedido<sup>227</sup>.

Com alguns clientes pode ser particularmente difícil manter uma atitude otimista. Ao tratar alguém, você pode ficar desapontado, mas sua esperança não precisa diminuir. É comum que as pessoas passem várias (ou muitas) vezes pelos estágios transteóricos de contemplação, preparação, ação e manutenção antes de chegarem a uma mudança ou recuperação estável. O pensamento binário em relação aos desfechos subestima a vasta gama de mudanças benevolentes que se situam entre o “sucesso” ou o “fracasso” total<sup>228</sup>. “Dois passos à frente e um passo atrás” parece ser da natureza humana. Também vale a pena considerar que o benefício que uma pessoa obtém do trabalho com você pode não ser aparente durante o tratamento. É comum as pessoas falarem de terapeutas anteriores (ou mentores, professores, pais ou amigos) que contribuíram substancialmente para sua vida sem que tenham se dado conta disso. Lembre-se disso ao manter a esperança em relação a um cliente.

## **Como Promover A Esperança**

Um dos primeiros ensaios clínicos controlados de tratamento psicológico foi conduzido em 1784 por Benjamin Franklin. Na época, morando em Paris,

ele foi convidado pelo rei da França a investigar as práticas de Anton Mesmer, um hipnotizador que alegava curar doenças físicas e mentais manipulando o "magnetismo animal", um fluido invisível supostamente encontrado em toda a natureza. "Sua clientela aumentou depressa", relatou Franklin. "Suas curas foram diversas e da natureza mais surpreendente possível"<sup>229</sup>. A comissão de Franklin projetou uma inteligente série de experimentos para testar a teoria de Mesmer. Embora o próprio Mesmer tenha se recusado a participar, outros praticantes do mesmerismo se dispuseram. Como os discípulos de Mesmer poderiam supostamente magnetizar pessoas (e também objetos animados e inanimados) sem tocá-las, os pacientes foram vendados para a primeira versão do que foi depois chamado de experimento-placebo balanceado<sup>230</sup>. Os impressionantes efeitos curativos observados durante o contato visual face a face também ocorreram quando os pacientes de olhos vendados foram levados a crer que estavam sendo magnetizados, mesmo quando não havia nenhum terapeuta presente. Em contrapartida, nenhum efeito foi observado quando um terapeuta exercia "magnetismo" a 35 cm de distância de um paciente com os olhos vendados, desde que não soubesse da presença do mesmerista. Resultados semelhantes foram encontrados quando indivíduos foram expostos a várias árvores ou recipientes com água, das quais apenas uma havia sido "magnetizada" pelo mesmerismo de maneira secreta. Resultados impressionantes ocorreram, mas não foram especificamente associados ao objeto magnetizado. Franklin (1785) refletiu que:

*esse novo agente pode não ser outro senão a própria imaginação, cujo poder é tão vasto quanto pouco conhecido... A imaginação das pessoas doentes tem, sem dúvida, uma participação muito frequente e considerável na cura de suas enfermidades... No (mundo físico), assim como na religião, somos salvos pela fé..., sob a genial influência da esperança. A esperança é um componente essencial da vida humana.*

Mesmer foi posteriormente considerado uma fraude e proibido de exercer a profissão em Paris. No entanto, o fato é que Franklin havia observado curas "diversas e surpreendentes"; elas não estavam apenas relacionadas com o mecanismo terapêutico hipotético de Mesmer.

O que você pode fazer para despertar a esperança dos clientes? Sua própria crença na eficácia do tratamento é importante, e essas expectativas positivas aparentemente são contagiosas, conforme ilustrado pelo estudo de George Leake e Albert King (1977) descrito antes. Às vezes, quando os clientes não têm esperança, você pode emprestar um pouco da sua. Sua esperança pode ser

comunicada implicitamente de várias maneiras sutis, mas você também pode ser explícito ao promover expectativas positivas.

*CLIENTE: Essa coisa de exposição parece difícil. Não tenho certeza sobre se quero fazer isso.*

*TERAPEUTA: Entendo. Você está acostumado a evitar coisas que desencadeiam seus medos, e aqui estou eu encorajando-o a fazer exatamente o oposto, a enfrentá-las de maneira direta. Tudo bem se eu lhe disser por que acho que vale a pena?*

*CLIENTE: Sim.*

*TERAPEUTA: Em primeiro lugar, há sólidas pesquisas mostrando que isso funciona. Isso foi exhaustivamente estudado em vários países diferentes e de fato ajuda as pessoas a superarem seus medos. A evitação parece perfeitamente natural, mas na verdade fortalece o medo e prolonga o sofrimento. Isso faz sentido para você?*

*CLIENTE: Acho que sim. Quanto tempo dura o tratamento?*

*TERAPEUTA: Bem, essa é outra vantagem. Existem outros métodos que podem ajudá-lo gradualmente ao longo do tempo, mas com essa abordagem em geral vemos bons resultados em poucas semanas.*

*CLIENTE: Tipo, sem esforço, sem ganho?*

*TERAPEUTA: Isso mesmo. Fazer algo difícil em curto prazo pode lhe ajudar a ter uma vida melhor em longo prazo. Eu não lhe pediria para fazer algo desconfortável se eu achasse que não funcionaria, e acredito que você consegue. E tem mais uma coisa.*

*CLIENTE: O que é?*

*TERAPEUTA: Não estou me baseando apenas em pesquisas que li. Uso esse método há mais de 10 anos. Fui treinada por uma das melhores terapeutas da área e já usei essa abordagem com dezenas de pessoas ao longo dos anos. Vi em primeira mão como isso pode funcionar bem e rapidamente, e acredito que pode de fato lhe ajudar.*

*CLIENTE: E se não funcionar?*

*TERAPEUTA: Como eu disse, este não é o único tratamento disponível, e há outras coisas que podemos tentar. Acredito, porém, que essa é a melhor opção para tentarmos primeiro; se não funcionar, ficarei com você até descobrirmos o que funciona. Então, o que você precisa saber sobre essa abordagem?*

A terapeuta oferece aqui várias mensagens de esperança. Uma delas é uma avaliação da base de evidências científicas para o tratamento proposto, que incentiva a eficácia geral. Ela descreve sua própria experiência, confiança e resultados com o uso do tratamento. Expressa sua crença de que o cliente é capaz de realizá-lo, apoiando a sua autoeficácia. Por fim, ela não apresenta o tratamento como a única esperança possível e assegura ao cliente que, juntos, encontrarão o que funciona.

É claro que é necessário julgamento clínico, e tentativas exageradas de incutir esperança podem colidir com as opiniões dos próprios clientes, prejudicando a credibilidade e a aliança terapêuticas<sup>231</sup>. Assim como acontece

com outras habilidades terapêuticas, os esforços para transmitir esperança devem ser equilibrados com outros aspectos, como empatia e colaboração.

Além de compartilhar sua própria esperança, alguns métodos específicos para aumentar as expectativas positivas dos clientes foram descritos tanto na terapia cognitivo-comportamental<sup>232</sup> como na entrevista motivacional<sup>233</sup>. Uma estratégia comum é perguntar sobre mudanças difíceis que um indivíduo conseguiu realizar com sucesso no passado e como ele o fez. Outra abordagem é focar nos pontos fortes do cliente. Por exemplo, “Características de pessoas que mudam com sucesso” é uma lista arbitrária de 100 atributos positivos, na qual os clientes devem circular alguns adjetivos que os descrevam com precisão<sup>234</sup>. Então, o terapeuta pode conversar com o cliente sobre seus pontos fortes, como no exemplo a seguir.

*TERAPEUTA: Vi que você circulou “persistente” aqui. De que maneiras você é uma pessoa persistente?*

*CLIENTE: Quando decido fazer algo, eu persevero. Você pode chamar isso de teimosia.*

*TERAPEUTA: Você não desiste fácil. Dê-me um exemplo.*

*CLIENTE: Bem, comprei algumas roupas em uma loja há alguns meses... roupas íntimas, na verdade, que eram caras e que provavelmente durariam bastante. As peças eram uns três tamanhos maiores que o normal. Voltei à loja e eles me disseram que eu tinha que entrar em contato com o fabricante, então eu entrei.*

*TERAPEUTA: E o que aconteceu?*

*CLIENTE: No início, só encontrei um formulário de reclamação on-line, então eu preenchi e recebi uma resposta tipo “Desculpe — ligue para nós” com um número de telefone. Então liguei para eles, e me deram um número de reclamação e me disseram para devolver os produtos. Enviei, guardei o recibo e esperei. Cerca de dois meses se passaram e eu continuei ligando para o número da reclamação. Por fim, perguntaram o que eu queria em troca e, depois de mais duas semanas, os itens novos chegaram pelo correio.*

*TERAPEUTA: Demorou um pouco, e você persistiu. Parece que você também pode ser paciente, disposta a continuar tentando.*

*CLIENTE: É, fiquei irritada com a demora, mas sabia que não era culpa da pessoa com quem eu estava falando.*

*TERAPEUTA: Você sabe como manter a calma e que dar uma bronca na pessoa ao telefone não adiantaria nada.*

*CLIENTE: Eu não queria ter esse emprego.*

*TERAPEUTA: Você também consegue se colocar no lugar da outra pessoa e imaginar como ela se sente.*

*CLIENTES Claro. Eu só queria uma troca justa.*

*TERAPEUTA: E, sendo persistente, você conseguiu.*

Conforme discutido no Capítulo 5 sobre afirmação, os pontos fortes são algo mais do que ações específicas. Você está apontando as qualidades duradouras da pessoa, pontos fortes que ela poderia usar em muitas situações diferentes.

### **Vieses que podem prejudicar o otimismo do terapeuta**

Como observamos antes, para facilitar a esperança no cliente, é importante manter o otimismo em relação às suas próprias expectativas sobre os desfechos do tratamento oferecido<sup>235</sup>. Os terapeutas enfrentam um risco profissional aqui em razão do viés de amostragem das pessoas que procuram tratamento. Na prática terapêutica, em geral chegam sobretudo clientes que não conseguiram fazer as mudanças necessárias, em vez dos muitos que conseguiram, cor. ou sem a ajuda de um terapeuta<sup>236</sup>. Quando você se depara diariamente com indivíduos que fracassaram nesses esforços, pode perder a confiança no potencial de mudança das pessoas. Um privilégio de fazer pesquisas sobre os desfechos do tratamento é acompanhar todos que foram tratados. Ao fazer ensaios clínicos, ficamos impressionados com o desempenho da maioria das pessoas depois do tratamento por transtornos por uso de substâncias. Permanecemos no tratamento do transtorno por uso de substância por décadas porque os desfechos são muito encorajadores, mas talvez quem trabalhe apenas em serviços de internação não se dê conta disso<sup>237</sup>.

Outro potencial viés de informação negativa é que, por formação, os profissionais da saúde comportamental tendem a procurar disfunções, enquanto negligenciam os pontos fortes e as qualidades positivas dos clientes<sup>238</sup>. Há estudos animadores e reconfortantes sobre a notável resiliência dos seres humanos, mesmo depois de traumas, torturas, infortúnios e privações na infância<sup>239</sup>. Se seu trabalho diário o cerca de doenças e desgostos, conhecer a resiliência humana e os desfechos positivos gerais do tratamento pode ser reconfortante e fortalecer seu senso de otimismo.

### **Pesquisas Acerca Da Esperança**

A potência do efeito-placebo está bem documentada<sup>240</sup>. Embora às vezes difamados, como se uma peça estivesse sendo pregada nos clientes, os placebos ilustram o benevolente efeito da esperança na cura. Em menor escala, a autoeficácia (crença na capacidade de alguém de ter sucesso em uma

tarefa específica) também pressagia o sucesso<sup>241</sup> e pode ser potencializada por intervenções comportamentais<sup>242</sup>. Diversas características do terapeuta também têm sido associadas à evocação de esperança no cliente, incluindo a cordialidade, o apoio, a credibilidade, a empatia e a consideração positiva<sup>243</sup>.

A falta de comunicação com o terapeuta também pode esmorecer as expectativas do cliente. Durante décadas, usamos grupos de lista de espera como uma condição-controle eticamente responsável em ensaios clínicos, na medida em que todos os participantes acabariam recebendo o tratamento em estudo<sup>244</sup>. O achado consistente foi que os indivíduos em uma lista de espera não apresentaram nenhuma melhora até o tratamento ser recebido e, em seguida, responderam positivamente. Um estudo adicional<sup>245</sup> randomizou pessoas com transtorno por uso de álcool para receber tratamento ambulatorial imediato ou para receber uma única sessão de incentivo e um manual de autoajuda, ou uma condição-controle de lista de espera. O achado foi familiar: ambos os grupos de intervenção tiveram reduções substanciais no consumo de álcool em 10 semanas, enquanto aqueles na lista de espera não mostraram qualquer mudança no consumo de álcool até receberem tratamento ambulatorial (ver Figura 8.1).

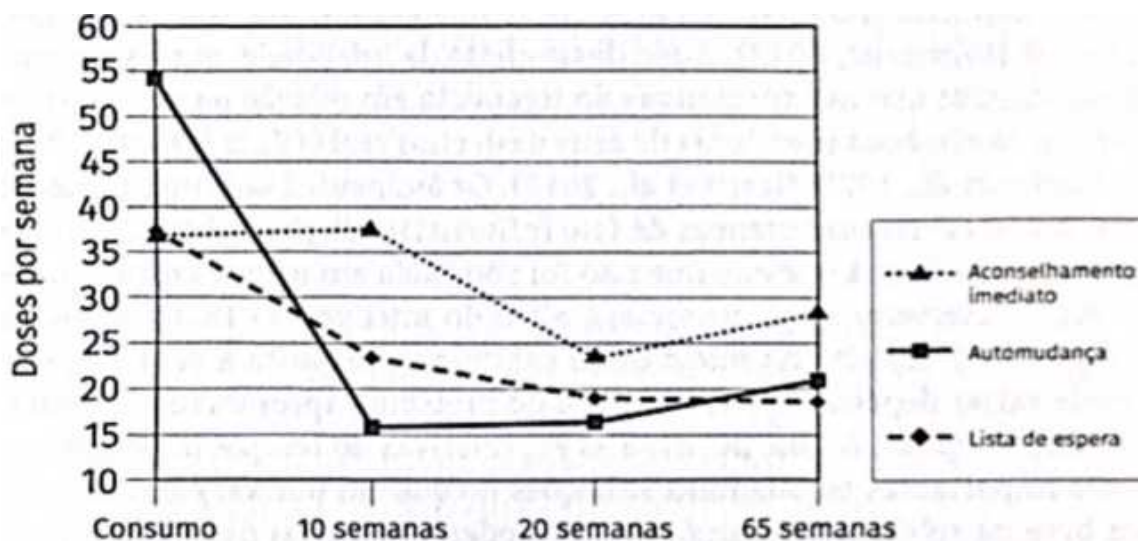


FIGURA 8.1 Atribuição aleatória para tratamento imediato, automudança ou lista de espera.

Por que aqueles em uma lista de espera não mostrariam nenhuma mudança, mesmo tendo se apresentado para tratamento, concluído a avaliação pré- -tratamento e identificado seus problemas com a bebida? Uma explicação simples é que eles fizeram o que lhes foi dito. Eles esperaram. Ao dizer aos

clientes que eles estão em uma lista de espera, a instrução implícita é que não se espera que melhorem, que não há nada que possam ou precisem fazer até receberem tratamento. Em contrapartida, aqueles na condição de intervenção breve-automudança foram orientados a imediatamente parar de beber, usando as diretrizes fornecidas em um manual de autoajuda (o mesmo conteúdo oferecido no aconselhamento ambulatorial) e a entrar em contato depois de 10 semanas. Nesse sentido, dizer aos clientes que eles estão em uma lista de espera pode ser prejudicial, minando até mesmo os esforços naturais de mudança<sup>246</sup>. Esperar por uma mudança de comportamento não é como esperar por uma cirurgia necessária. É melhor oferecer imediatamente algo que c provável que seja útil c que fortaleça a autonomia pessoal<sup>247</sup>. Mesmo uma intervenção-placebo pode produzir mudanças mais positivas do que ficar em uma lista de espera<sup>248</sup>.

O poder da expectativa do terapeuta é uma influência tão grande que os pesquisadores se esforçam para mensurá-lo e quantificá-lo em ensaios clínicos. Como discutido antes, quando o terapeuta se alia a um tratamento, sua probabilidade de sucesso é maior, em oposição a quando oferece um tratamento no qual não acredita<sup>249</sup>. Além desse efeito da fidelidade, outras pesquisas mostraram que as expectativas do terapeuta em relação ao prognóstico dos clientes são boas preditoras de seus desfechos reais<sup>250</sup>. Os terapeutas são simplesmente bons “profetas” ou suas crenças de fato influenciam os desfechos? Até onde sabemos, esta é uma questão que não foi abordada em estudos experimentais sobre intervenções psicossociais, além do inteligente estudo de Leake e King (1977) descrito no início deste capítulo. A resposta a essa pergunta pode variar dependendo do cliente e do problema apresentado<sup>251</sup>, e as expectativas do terapeuta podem ser menos importantes em algumas situações do que em outras. Ainda assim, com base na robusta literatura sobre os poderosos efeitos das expectativas do professor sobre os alunos<sup>252</sup>, acreditamos ser razoável supor que as expectativas iniciais influenciem os desfechos, em vez de serem simplesmente um reflexo da astúcia do terapeuta em suas predições. Em um estudo com 167 terapeutas psicodinâmicos, o pessimismo foi associado a desfechos mais negativos para o tratamento oferecido<sup>253</sup>. Isso faz o otimismo terapêutico merecer ser cultivado com cuidado. De fato, seria incomum se o otimismo de um terapeuta fosse diferente de outros relacionamentos humanos, em que é uma mercadoria apreciada por mentores, treinadores, pais, amigos e parceiros.

## **PONTOS-CHAVE**

- A esperança e a expectativa dos clientes (às vezes, chamadas de efeito-placebo) estão associadas a melhores resultados para a saúde e desfechos dos tratamentos.
- As crenças do terapeuta sobre o prognóstico do cliente podem se tornar profecias autorrealizáveis.
- As crenças do terapeuta sobre os procedimentos de tratamento usados também influenciam os desfechos.
- Procedimentos clínicos específicos podem aumentar ou diminuir as expectativas de mudança dos clientes.
- A inclusão em uma “lista de espera” parece ser uma eficaz instrução para não mudar.

## 9. EVOCAÇÃO

Não apenas os terapeutas, mas também os clientes, trazem importantes pontos fortes e conhecimentos para o processo de mudança<sup>254</sup>. Na verdade, os atributos do cliente são pelo menos tão importantes quanto as características e as habilidades do terapeuta na consideração dos desfechos gerais da psicoterapia<sup>255</sup>. Indivíduos com mais motivação para mudar, engajamento, esperança e autoeficácia tendem a ter prognósticos melhores. No entanto, essas não são características estáticas; elas surgem no contexto interpessoal do tratamento e sua expressão pode ser influenciada pelo que você faz.

Neste capítulo, abordamos a evocação como uma habilidade que não costuma ser incluída em listas de fatores terapêuticos que influenciam os desfechos dos tratamentos oferecidos. A evocação traz à tona e apoia o que o cliente já tem: seus próprios pontos fortes e sabedoria. Ele se torna um colaborador em seu processo de mudança. Pode-se considerar que a evocação facilita o potencial do cliente de curar a si mesmo<sup>256</sup>.

A capacidade de evocar os recursos do próprio cliente é uma habilidade particular dos terapeutas que contrasta com as habilidades técnicas de ensino e aconselhamento. Não é necessário escolher entre evocação e direcionamento; um estilo orientador abrange ambos<sup>257</sup>. Pesquisas recentes sobre a capacidade de resposta indicam que o equilíbrio entre evocação e aconselhamento é mais bem ajustado de acordo com as características do cliente<sup>258</sup>. Terapeutas eficazes podem equilibrar as estratégias de direcionamento com a evocação dos recursos do próprio cliente para a mudança. Assim como as outras habilidades interpessoais discutidas neste livro, a evocação abrange tanto a atitude interna do profissional quanto os comportamentos externos correspondentes.

### A Atitude De Evocação

Um ponto de partida na atitude de evocação é reconhecer que há algo importante a evocar dos clientes. Um polo oposto a essa atitude é perceber-se

como o especialista que fornece o que os clientes não têm ou não podem fazer sozinhos. Algumas modalidades de psicoterapia enfatizam fortemente que se dê aos clientes algo que lhes falta — seja percepção, conhecimento, habilidades, motivação ou pensamento racional. A evocação pressupõe pontos fortes em vez de déficits. Em vez de dizer implicitamente “Tenho o que você precisa e vou lhe dar”, a mensagem na evocação é “Você tem o que precisa e, juntos, vamos encontrá-lo”.

Sim, você tem o conhecimento arduamente conquistado com sua formação e experiência profissional, e oferecê-lo faz parte de um relacionamento de ajuda (Capítulo 10). Os clientes também têm conhecimento vital. Como discutido no fim do Capítulo 1, ninguém sabe mais sobre seu cliente do que ele mesmo. Descobrir como incorporar mudanças em uma vida em andamento é um processo colaborativo, não prescritivo. São seus clientes que, em última análise, decidem se, por que, quando e como mudar. Parte da atitude subjacente à evocação, portanto, é ver o aconselhamento e a psicoterapia como uma parceria colaborativa, não uma operação especializada em que o cliente é um receptor passivo. Os clientes se tomam participantes ativos na mudança.

A curiosidade também faz parte de uma atitude evocadora. Você não apenas presume que seus clientes têm recursos e dons importantes, como também está ansioso para descobri-los. Você não sabe de antemão o que uma pessoa em particular trará para o relacionamento de ajuda. Pode haver uma sensação de admiração nisso, uma valorização da sabedoria e dos pontos fortes de seus clientes.

Sua contribuição para a evocação também envolve saber o que evocar. O que é importante que seja verbalizado e vivenciado durante o aconselhamento? Isso é guiado, em parte, pelo seu modelo implícito de natureza humana e mudança, e também pelas pesquisas disponíveis sobre o processo terapêutico. Descreveremos dois tipos de evocação na terapia baseados em evidências, mas primeiro abordaremos algumas ferramentas práticas para a evocação.

## **Como Evocar**

O que seus clientes dizem durante o tratamento não vem do nada, mas da interação com você. Em algumas modalidades de aconselhamento e

psicoterapia, os profissionais incentivam tipos específicos de fala (p. ex., associações livres, catarse, expressão de sentimentos, expectativas positivas) que supostamente levam à cura ou ao crescimento. Dependendo do modelo teórico, essas modalidades ideais de fala podem ser estimuladas por meio de perguntas, reflexão empática, transbordamento ou silêncio duro. Os métodos terapêuticos podem ser conscientemente estratégicos<sup>259</sup> ou conceituados simplesmente como condições terapêuticas para que a cura natural ocorra<sup>260</sup>.

Você pode estar ou não ciente do motivo pelo qual faz uma dada pergunta, reflete ou afirma um conteúdo específico ou elabora resumos da maneira como o faz. Independentemente de o terapeuta estar ou não ciente do processo, algum tipo de evocação ocorre em quase todos os tipos de aconselhamento e psicoterapia. As diferenças surgem no que os profissionais buscam evocar e como o fazem. Um terapeuta que orientamos, por exemplo, de início praticou como se fosse terapêutico que os clientes descrevessem detalhadamente suas emoções mais negativas e as experiências de vida adversas, passadas ou atuais. Em vez disso, concentrar-se nos valores, nas metas e nos pontos fortes do indivíduo melhorou, de maneira drástica, a experiência de seus clientes durante as sessões e a disposição deles em continuar o aconselhamento.

Talvez a compreensão mais simples da evocação esteja incutida na ideia de que, no aconselhamento, você provavelmente ouvirá mais sobre aquilo em que se concentra e presta atenção. “Micro-habilidades” específicas do aconselhamento podem ser usadas para convidar e enfatizar certos aspectos do que é dito nas sessões. Quatro dessas micro-habilidades que foram aplicadas e estudadas em entrevistas motivacionais são representadas pela sigla mnemônica PARR: Pergunta aberta, Afirmação, Reflexão e Resumo<sup>261</sup>.

Perguntas antecipam e exigem uma resposta e, nesse sentido, são diretivas. Perguntas fechadas solicitam uma informação específica, como um número, uma data ou um endereço. Perguntas abertas oferecem maior liberdade de resposta:

- "O que o traz aqui hoje e como você espera que eu possa ajudar?"
- "De que você mais gosta em seu relacionamento?"
- "Se nosso trabalho conjunto fosse 100% bem-sucedido, qual seria a diferença?"
- "Fale-me sobre sua mãe."

Ao fazer uma pergunta, você direciona a atenção do cliente (e a sua). O que você pergunta revela o que considera importante. O que você pergunta importa.

A afirmação (Capítulo 5) significa fazer um comentário positivo sobre algum aspecto das declarações, das ações ou dos atributos de um cliente. Para o bem ou para o mal, é provável que você ouça mais sobre o conteúdo ratificado<sup>262</sup>. O que os clientes dizem no tratamento importa, assim como o que você afirma.

As reflexões (Capítulo 3) focam em aspectos específicos do que uma pessoa disse. Elas podem atuar como um tipo de reforço positivo<sup>263</sup>. É provável que você ouça mais sobre o que reflete, e a atenção do próprio cliente é, portanto, direcionada a considerar mais detalhadamente o conteúdo. O que você reflete importa.

Os resumos reúnem o que um indivíduo disse e o que aconteceu. No entanto, resumos raramente incluem tudo o que foi dito e feito; eles focam em aspectos específicos que são importantes o suficiente para serem incluídos. O que você coloca em um resumo importa.

Essas quatro micro-habilidades influenciam o que os clientes dirão ou não durante o aconselhamento, o que, por sua vez, prediz o desfecho do tratamento. As análises sequenciais das sessões de aconselhamento revelam até que ponto as respostas específicas do terapeuta elicitam ou reforçam as respostas do cliente<sup>264</sup>.

Uma medida comum da evocação (embora não seja a única) é a linguagem utilizada pelo cliente durante uma interação clínica. O fato de eles verbalizarem mais certos aspectos durante as sessões (como motivação, autoexploração, autoeficácia ou comprometimento) e menos outros (como argumentação ou desesperança) prediz desfechos positivos após o tratamento. Os tipos de fala considerados ideais variam entre os sistemas de psicoterapia, mas a afirmação geral aqui é que o que o cliente diz durante o tratamento pode ser moldado e contém informações importantes sobre seu provável desfecho. De modo ideal, a fala a ser evocada é:

1. observável e pode ser mensurada de maneira confiável;

2. variável o suficiente para ser útil — nem sempre presente, nem raramente presente;
3. responsiva às comunicações terapêuticas;
4. empiricamente ligada ao desfecho do tratamento.

Essas características da linguagem durante a sessão podem ser estudadas em pesquisas psicolinguísticas que relacionem a fala do terapeuta e do cliente aos desfechos subsequentes. Oferecemos dois exemplos de falas do cliente que atendem a esses critérios: “experimentando” e “fala de mudança”. Elas são observáveis, variáveis e responsivas à habilidade do terapeuta e predizem melhores desfechos do tratamento.

## Dois Exemplos De Evocação Terapêutica

### Experimentando

As expressões de sentimentos e experiências do aqui e agora pelo cliente são tradicionalmente valorizadas em uma abordagem centrada na pessoa, mais do que generalidades superficiais, observações impessoais ou abstração intelectual. O construto experimentando surgiu no aconselhamento centrado na pessoa, com foco na profundidade do envolvimento emocional dos clientes na terapia<sup>265</sup> e em sua capacidade de trazer sua própria busca e preocupação à interação com o terapeuta<sup>266</sup>. O experimentando (EXPE) do cliente com frequência é medido em uma escala de classificação ordinal de 7 pontos, com descrições específicas de cada um dos sete “estágios” da autoexploração fenomenológica<sup>267</sup>. As classificações do EXPE são baseadas exclusivamente nas verbalizações do próprio cliente e refletem particularmente a autorrevelação falada<sup>268</sup>. No extremo inferior, a experiência dos clientes é superficial, impessoal e desprovida de emoção pessoal. Os pronomes em primeira pessoa são raros. No ponto médio, eles são mais introspectivos. Em vez de fornecer relatos descritivos dos eventos, relatam sentimentos e uma perspectiva pessoal. Em outras palavras, transmitem sua própria experiência dos eventos. Classificações mais altas refletem a conscientização e a exploração contínuas de experiências imediatas e emergentes. Essas avaliações durante a sessão têm como meta refletir a potencial profundidade introspectiva do EXPE do cliente. Depois de treinamento do avaliador, a confiabilidade entre avaliadores do EXPE foi alta<sup>269</sup>.

Um achado relativamente consistente é que a profundidade do EXPE do cliente durante a sessão prediz melhores desfechos do tratamento<sup>270</sup>. Essa relação preditiva foi observada em vários contextos terapêuticos, incluindo a psicoterapia conjugal<sup>271</sup> e a psicoterapia breve<sup>272</sup>, a terapia cognitiva<sup>273</sup>, a terapia experiencial<sup>274</sup> e a terapia focada na emoção<sup>275</sup>, e em pessoas com e sem esquizofrenia<sup>276</sup>.

Como, então, os terapeutas podem facilitar o EXPE do cliente? Em um estudo de Wisconsin<sup>277</sup>, duas de três condições terapêuticas (empatia e genuinidade) predisseram um EXPE mais profundo durante a sessão, o que, por sua vez, predisse desfechos mais favoráveis. Estudos subsequentes produziram desfechos mais mistos ao examinar níveis agregados de condições do terapeuta<sup>278</sup>. A empatia precisa (Capítulo 3) parece uma boa candidata, visto que as reflexões em geral se concentram nas experiências, nos sentimentos e nos propósitos do cliente<sup>279</sup>. Mesmo aqui, porém, as relações observadas entre o nível de empatia dos terapeutas durante a sessão e o EXPE do cliente têm sido relativamente fracas e inconsistentes.

Como o comportamento do conselheiro e do cliente são interdependentes (Hill, 2005), análises sequenciais das respostas na sessão podem oferecer um panorama mais detalhado de seu relacionamento. Isso acontece quando os pesquisadores prestam atenção à ordem do que clientes e terapeutas dizem um ao outro, em vez de observar a correlação geral de suas falas. Na pesquisa sequencial, examina-se o que um cliente diz imediatamente depois da fala do terapeuta (e o contrário) e produzem-se probabilidades condicionais. A partir disso, pode-se calcular a probabilidade de que um determinado tipo de fala (como o EXPE) ocorra quando um terapeuta oferece, por exemplo, uma reflexão sobre um sentimento. Isso pode ajudar a formular hipóteses sobre o que pode fazer o cliente praticar o EXPE mais ou menos durante as sessões de terapia.

Susan Wiser e Marvin Goldfried (1998) utilizaram a codificação enunciado por enunciado para estudar as respostas do terapeuta que predisseram o EXPE do cliente na terapia psicodinâmica e na terapia cognitivo-comportamental (TCC). De maneira curiosa, nenhum comportamento ou orientação do terapeuta foi sistematicamente suficiente para que o cliente passasse de um EXPE baixo (1-3 na escala de 7 pontos) para níveis mais altos (4 ou acima). No entanto, as respostas do terapeuta diferenciaram se os clientes manteriam

um EXPE alto ou diminuiriam para um EXPE baixo nas sessões. Respostas mais afirmativas, de empáticas e de aceitação do terapeuta favoreceram a continuidade de um EXPE alto por parte dos clientes. A redução para um EXPE baixo ocorreu quando os terapeutas falavam mais e (particularmente na TCC) tinham um estilo terapêutico interpessoal mais controlador.

As classificações médias de EXPE dos clientes também podem variar de acordo com as orientações terapêuticas que dão ênfase diferente à experiência emocional. Estudos comparativos relataram níveis mais altos de EXPE na terapia experiencial em vez de na TCC<sup>280</sup> ou na terapia centrada no cliente (Watson & Greenberg, 1996), e nenhuma diferença de EXPE entre a psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicodinâmica<sup>281</sup>. As avaliações médias do EXPE podem ser aumentadas de maneira significativa ao se instruir diretamente o cliente sobre as características das respostas de alto EXPE<sup>282</sup>, como ao incentivá-lo a atender explicitamente às suas emoções ou a permanecer ciente delas quando estiver ignorando eventos emocionalmente significativos.

Portanto, a experiência emocional é um fator mensurável de maneira confiável que prediz o desfecho em uma variedade de abordagens terapêuticas. O EXPE é teoricamente importante em terapias centradas no cliente e em outras terapias experienciais, e responde de modo diferenciado às práticas terapêuticas. A pesquisa de processos sequenciais com o EXPE está em um estágio inicial e é necessária para determinar quais respostas do terapeuta têm maior probabilidade de promovê-lo ou impedi-lo, independentemente da orientação teórica. Com base nas pesquisas realizadas até o momento, as habilidades do terapeuta descritas nos Capítulos 3 a 6 (empatia, aceitação, consideração positiva e genuinidade) incentivam os clientes a manter níveis mais altos de EXPE durante o tratamento.

### **Falas de mudança**

À primeira vista, a ideia de que a linguagem de um cliente durante as sessões de tratamento prediz mudanças pode parecer estranha. Afinal, as pessoas costumam dizer coisas que não querem ou prometem fazer coisas que não pretendem fazer. No entanto, há boas razões para supor que o que os clientes dizem em uma sessão de tratamento pode de fato moldar suas crenças e comportamentos subsequentes. Pesquisas sobre a indução do humor<sup>283</sup> ilustram como as palavras faladas podem provocar estados emocionais.

Declarar a intenção de realizar uma ação específica aumenta a probabilidade de fazê-la<sup>284</sup>. Valores autodescritos podem moldar as ações subsequentes<sup>285</sup>. A dramatização contra-attitudinal — defender publicamente uma perspectiva oposta à sua — resulta em uma mudança de atitude em relação à posição defendida, desde que não tenha sido coagida<sup>286</sup>. As palavras ditas importam.

Isso, por si só, provavelmente não é surpreendente para você. O que muitas vezes é subestimado, no entanto, é até que ponto você molda a fala de seus clientes. Conscientemente ou não, você influencia o conteúdo do discurso deles durante a sessão pelas perguntas específicas que faz, pelo que escolhe afirmar ou destacar com uma escuta reflexiva e pelo que inclui em seus resumos<sup>287</sup>. O que você incentiva seu cliente a falar importa.

Essa complexa interação entre a fala do profissional e a do cliente pode explicar, em parte, as grandes diferenças entre os resultados obtidos pelos terapeutas, além do impacto de fatores terapêuticos gerais, como a empatia. Por exemplo, espera-se que perguntar persistentemente e refletir sobre o afeto negativo piore o humor deprimido de um indivíduo. É improvável que um casal angustiado seja ajudado se, durante a sessão, eles continuarem expressando suas queixas e defendendo seus ressentimentos mútuos.

O uso seletivo de perguntas e reflexões pode ser consciente e estratégico. A terapia focada na solução, por exemplo, invoca um foco voltado para o futuro e para a resolução de problemas, em vez de se concentrar no passado<sup>288</sup>. Na psicoterapia analítica funcional, durante a sessão, o terapeuta conscientemente reforça comportamentos clinicamente relevantes vinculados à mudança positiva<sup>289</sup>. Nessas abordagens, o terapeuta está conscientemente atento e evoca a fala do cliente a fim de alcançar um desfecho específico.

Em uma abordagem explicitamente centrada no cliente, a entrevista motivacional dá atenção especial às declarações que expressam motivação pessoal e comprometimento com a mudança. A ideia dessas declarações automotivacionais foi originalmente associada à teoria da autopercepção de Daryl Bem (1967,1972): você aprende o que acredita enquanto ouve a si mesmo falar<sup>290</sup>. Em essência, as pessoas literalmente se convencem ou se recusam a mudar ao verbalizar suas próprias motivações a favor e contra a mudança<sup>291</sup>. O ato de falar coisas que favorecem a mudança (“fala de mudança”)<sup>292</sup> pode assumir muitas formas, incluindo:

- | desejos (eu quero, desejo, gostaria)

- habilidades (eu posso, poderia, sou capaz)
- razões (se... então)
- necessidades (eu tenho que, devo, preciso)
- compromisso (eu vou, prometo, decidi)

As verbalizações contra as mudanças (“fala de manutenção”) representam o polo oposto da ambivalência e podem assumir os mesmos tipos opostos de fala (não quero, não posso, não preciso, etc.).

Isso seria de pouco interesse, exceto pelo fato de que os desfechos do tratamento estão associados a esses tipos específicos de fala. As “falas de mudança” do cliente predizem desfechos subsequentes de mudanças positivas de comportamento, particularmente quando medidas em proporção às “falas de manutenção” — ou seja, os argumentos contra a mudança<sup>293</sup>. No método clínico de entrevista motivacional, o terapeuta presta atenção especial, busca evocar e reflete conscientemente as “falas de mudança”, a fim de fortalecê-las<sup>294</sup>. Em um estudo de assistência social sobre intervenções de proteção à criança, os desfechos dos tratamentos oferecidos para familiares foram diretamente preditos pelas habilidades de evocação dos profissionais<sup>295</sup>.

O que funciona quando os clínicos estão tentando ativamente evocar as falas de mudança? Aqui está um exemplo:

|            |                                                                                                                                                                                                   |                                                                |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| TERAPEUTA: | Você mencionou que seu médico lhe disse para se exercitar mais, e queria saber o que você pensa e sente sobre isso. Quais você acha que podem ser as vantagens de praticar mais atividade física? | Pergunta aberta, cuja resposta usual seria uma fala de mudança |
| CLIENTE:   | Eu provavelmente me sentiria melhor.                                                                                                                                                              | Fala de mudança                                                |
| TERAPEUTA: | Melhor em qual sentido?                                                                                                                                                                           | Pergunta para detalhar a fala de mudança iniciada pelo cliente |
| CLIENTE:   | Mais forte, talvez? Eu sei que se eu simplesmente deixar como está, é só ladeira abaixo.                                                                                                          | Fala de mudança                                                |
| TERAPEUTA: | Tipo “usar ou perder”.                                                                                                                                                                            | Reflexão                                                       |
| CLIENTE:   | Isso. Prefiro não ficar incapacitado enquanto envelheço.                                                                                                                                          | Fala de mudança                                                |
| TERAPEUTA: | Ser mais ativo pode mantê-lo mais forte, mais capaz de fazer coisas de que gosta. De que outra forma você poderia se sentir melhor?                                                               | Reflexão<br>Pergunta aberta                                    |

|            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CLIENTE:   | Eu provavelmente teria mais energia. Depois do trabalho e do jantar, me sinto exausto e fico só assistindo à TV.                                                                            | Fala de mudança                                                                  |
| TERAPEUTA: | É uma espécie de ciclo vicioso; você se sente exausto e, portanto, não faz muita coisa além de assistir à TV à noite.                                                                       | Reflexão                                                                         |
| CLIENTE:   | Mesmo nos finais de semana.                                                                                                                                                                 |                                                                                  |
| TERAPEUTA: | Então, ser mais ativo pode te ajudar a ficar mais forte, não ficar incapacitado com o tempo e ter mais energia para fazer o que gosta. Quais são os outros benefícios em se exercitar mais? | Resumo das falas de mudança até agora<br>Pergunta aberta                         |
| CLIENTE:   | Talvez eu dormisse melhor. Mas não gosto da ideia de fazer exercícios. É tão chato.                                                                                                         | Fala de mudança, depois fala de manutenção                                       |
| TERAPEUTA: | Seja lá qual for a atividade que você escolher, não quer que seja chato ou que isso seja visto como “exercício”. Quais tipos de atividade você já fez e gostou?                             | Reflexão (da fala de manutenção)<br>A pergunta aberta muda o foco para a mudança |
| CLIENTE:   | Eu gostava de tênis. Mas meio que o abandonei quando comecei a me sentir muito cansado.                                                                                                     |                                                                                  |
| TERAPEUTA: | Entendo, e tênis é algo que você pode curtir novamente.                                                                                                                                     | Reflexão                                                                         |
| CLIENTE:   | Sim, acho que sim.                                                                                                                                                                          | Fala de mudança                                                                  |
| TERAPEUTA: | Então a palavra “exercício” não faz diferença. Quais seriam outras vantagens de ser mais ativo fisicamente em sua vida cotidiana?                                                           | Pergunta aberta                                                                  |
| CLIENTE:   | O médico disse que eu poderia perder um pouco de peso.                                                                                                                                      | Fala de mudança                                                                  |
| TERAPEUTA: | Qual seria a vantagem disso para você?                                                                                                                                                      | Pergunta aberta                                                                  |
| CLIENTE:   | Minha pressão tem subido e eu não quero tomar remédios.                                                                                                                                     | Fala de mudança                                                                  |
| TERAPEUTA: | Você aprecia a ideia de ser autossuficiente. Quer fazer isso sozinho, saber que é seu próprio esforço que está fazendo a diferença.                                                         | Afirmção<br>Reflexão                                                             |
| CLIENTE:   | Isso. Acho que consigo baixar minha pressão sem tomar remédios.                                                                                                                             | Fala de mudança                                                                  |
| TERAPEUTA: | E o tênis ou outras atividades físicas podem ajudá-lo com isso.                                                                                                                             | Reflexão (continuando o parágrafo)                                               |
| CLIENTE:   | Sim, acho que sim, e reduzir o sal.                                                                                                                                                         | Fala de mudança                                                                  |

TERAPEUTA: Então, você de fato quer se manter saudável e sabe algumas coisas que pode fazer para isso. O que você estaria disposto a tentar para ser mais ativo em sua rotina diária? Afirmação Pergunta aberta

---

CLIENTE: Eu poderia voltar a jogar tênis nos finais de semana. Acho que eu ia gostar. Fala de mudança

---

TERAPEUTA: Parece ótimo! Isso é algo que você pode fazer nos finais de semana. E o que você pode tentar nos dias de semana em vez de ver TV? Afirmação Pergunta aberta

---

CLIENTE: Sabe, eu costumava caminhar nas colinas. Não é longe de casa. Eu poderia fazer isso de manhã, antes de ir trabalhar. Sei que não estaria substituindo a TV à noite, mas seria bom. Fala de mudança

---

TERAPEUTA: Isso é algo que você pode tentar sem muita preparação. É agradável lá em cima quase todos os dias. Então, tênis, caminhada pela manhã antes do trabalho; isso pode ajudá-lo a se manter forte, ter mais energia, talvez perder um pouco de peso e conseguir fazer o que gosta. Resumo da fala de mudança

---

CLIENTE: E talvez à noite eu pudesse dar uma caminhada depois do jantar... Fala de mudança

---

Se o terapeuta tivesse começado a prescrever exercícios, essa conversa poderia ter sido bem diferente. Em vez disso, ele manifestou curiosidade e fez perguntas abertas, cuja resposta esperada seria uma fala de mudança.

Ele refletiu o que o cliente disse, ofereceu algumas afirmações e deu breves resumos das próprias falas de mudança do cliente.

Nesse tipo de evocação, você convida o cliente a descrever suas motivações e ideias sobre a mudança, reflete e afirma o que ele disse, e reúne tudo. Desse modo, eles ouvem a si mesmos expressando suas próprias falas de mudança; então, eles as ouvem novamente quando você as reflete e, de novo, se você as insere em um resumo. Você está literalmente ajudando as pessoas a se convencerem a mudar<sup>296</sup>.

## Restrições Ao Terapeuta

Grande parte deste livro tem a ver com o que os terapeutas eficazes fazem, mas também vale a pena considerar o que eles evitam fazer ou, pelo menos, praticam com moderação. O “bate-papo” informal fora do assunto pode minar o progresso terapêutico e a motivação para a mudança<sup>297</sup>. Criticar (dizer às pessoas o que há de errado com elas), aconselhar e direcionar (dizer às pessoas o que fazer) tendem a evocar uma atitude defensiva, o que, por sua vez, prediz

a não adesão e a ausência de mudanças subsequentes<sup>298</sup>. Isso é particularmente verdadeiro quando os clientes são verbalmente defensivos, hostis ou oposicionistas<sup>299</sup>.

O aconselhamento feito de uma maneira que evoque a resistência do cliente e a defesa do status quo pode impedir mudanças positivas. Isso pode acontecer com a melhor das intenções enquanto você tenta estimular os clientes na direção certa. Quando alguém é ambivalente em relação à mudança e você defende os argumentos pró-mudança, uma resposta normal é expressar o outro lado, os argumentos contra a mudança. Vamos ver como a conversa anterior poderia ter sido muito diferente se o terapeuta tivesse defendido a prática de exercícios em vez de evocar os argumentos do próprio cliente a favor da mudança.

*TERAPEUTA: Você precisa mesmo fazer mais exercícios, [direcionando]*

*CLIENTE: Eu simplesmente detesto atividade física.*

*TERAPEUTA: Mas é importante para a sua saúde em longo prazo. Se você não se manter ativo, perderá sua massa muscular com o tempo, [avisando]*

*CLIENTE: Exercício é chato e, além disso, depois do trabalho estou cansado.*

*TERAPEUTA: Talvez você possa fazer algo pela manhã antes do trabalho. (aconselhando)*

*CLIENTE: Olha, eu trabalho muito. Acordo antes das 6h30 e nem penso em acordar mais cedo que isso.*

Consegue ver o que está acontecendo aqui? Ao apresentar argumentos pró-mudança, o terapeuta está evocando uma fala de manutenção defensiva. O cliente já tinha em si ambos os argumentos. O que ele vai expressar depende de como você conduz a conversa, e é mais provável que as pessoas sejam persuadidas pelo que elas mesmas se ouvem dizer.

Da mesma maneira, os obstáculos à comunicação e a uma boa escuta (descritos no Capítulo 3) tendem a impedir o cliente de explorar sua própria experiência. Os obstáculos costumam ter como base boas intenções, mesmo ao tentar ouvir, mas desviam o indivíduo de experimentar.

*CLIENTE: Estou muito nervosa com a próxima reunião.*

*TERAPEUTA: Tenho certeza de que você se sairá bem. (reafirmando)*

*CLIENTE: Bem, não estou tão certa disso.*

*TERAPEUTA: É pior quando você está antecipando o evento, imaginando como será, do que quando ele de fato está acontecendo. (analisando)*

*CLIENTE: Você não sabe o quanto isso é difícil para mim!*

*TERAPEUTA: Na verdade, sei sim. [persuadindo]*

*CLIENTE: Como você pode saber como é para mim?*

*TERAPEUTA: Eu costumava ficar muito nervoso quando falava em público. Apenas se concentre no que você sabe e tudo correrá bem. [aconselhando]*

Esse pode ser um bom conselho, mas a conversa não é mais sobre o que a cliente está experimentando. Terapeutas eficazes exercem moderação com esses obstáculos.

Como essa conversa poderia ser diferente se o terapeuta evitasse obstáculos e priorizasse a evocação?

*CLIENTE: Estou muito nervosa com a próxima reunião.*

*TERAPEUTA: Isso tem a ver com o velho medo de que você me falou; de que você não será capaz de falar e que os outros pensem que você é uma tola. [reflexão empática]*

*CLIENTE: Embora eu tenha praticado o relaxamento e a visualização que você me ensinou, ainda estou meio estressada.*

*TERAPEUTA: Você está mais bem preparada agora do que no passado por causa do trabalho que vem fazendo, [reconhecer a fala de mudança e refleti-la]*

*CLIENTE: Passei horas e horas fazendo esses exercícios, então isso deve ajudar. Acho que vai, mas e se não ajudar?*

*TERAPEUTA: Você é como uma atleta na largada, se perguntando como será a corrida. [reformulando a ansiedade]*

*CLIENTE: Na verdade, esse é um bom argumento. Talvez todo mundo se sinta nervoso antes de uma grande competição. Acho que não sou tão diferente assim.*

## **Outras Modalidades De Evocação**

A evocação pode ser focada em qualquer tipo de discurso que o cliente utiliza durante as sessões que seja considerado um facilitador de mudanças positivas. Por exemplo, a autoeficácia é um correlato amplamente estudado da mudança de comportamento<sup>300</sup> que pode ser potencializada por meio de várias intervenções experimentais, de treinamento e clínicas<sup>301</sup>. Além disso, intervenções que aumentam a autoeficácia podem, por sua vez, impactar as intenções e mudanças comportamentais<sup>302</sup>. Até o momento, poucas pesquisas se concentraram em evocar estrategicamente o discurso de autoeficácia dos clientes durante a sessão. Os estudos psicolinguísticos da entrevista motivacional descritos anteriormente incluíram verbalizações de habilidades como um modo de fala sobre mudanças, e Miller e Rollnick (2013) propuseram procedimentos específicos para elicitare a confiança do cliente em relação à mudança. As ligações causais entre as respostas específicas do terapeuta e a fala de autoeficácia do cliente ainda precisam ser demonstradas.

## Pesquisas Acerca Da Evocação

A demonstração do valor terapêutico da evocação envolve dois componentes. Primeiro, deve-se demonstrar que o discurso de interesse é relevante em prever mudanças positivas subsequentes ou desfechos do tratamento. Nesse caso, as evidências da linguagem do cliente são fortes<sup>303</sup>. A predominância de falas de manutenção prediz desfechos piores, enquanto uma proporção maior de falas de mudança prediz desfechos melhores. Isso, por si só, não é muito interessante, pois pode simplesmente significar que aqueles que falam contra a mudança estão desmotivados e, portanto, acabam não mudando, enquanto aqueles que estão mais motivados falam mais positivamente sobre a mudança e a implementam. Em outras palavras, podemos estar medindo a fumaça (linguagem) em vez do fogo (motivação) que a produziu.

O que é mais revelador é a segunda etapa, que mostra que as respostas do terapeuta estão intimamente associadas à linguagem do cliente. Quando os terapeutas afirmam, usam a reflexão e evitam direcionar e coagir, os clientes apresentam mais falas de mudança (e experiências) e menos falas de manutenção<sup>304</sup>. Se a linguagem fosse simplesmente um marcador passivo de algo que a pessoa carrega para a sala (uma variável moderadora), não deveria haver esse tipo de correlação entre a ação do terapeuta e as mudanças na linguagem. É claro que correlações como essas por si só não estabelecem causalidade, pois as respostas do cliente também podem provocar respostas do conselheiro, ou algum terceiro fator pode explicar sua inter-relação. Conforme observado anteriormente, a codificação sequencial é mais promissora, produzindo probabilidades condicionais de verbalizações específicas pelo cliente depois de respostas específicas do terapeuta<sup>305</sup>. Outras evidências de falas de mudança surgiram de estudos experimentais nos quais as respostas pertinentes do cliente variam sistematicamente de acordo com mudanças no estilo do conselheiro designadas de maneira aleatória<sup>306</sup> ou em um modelo A-B-A-B intra-cliente<sup>307</sup>.

Em conjunto, esses estudos argumentam fortemente que os terapeutas têm um papel direto em evocar (ou suprimir) as falas de mudança do cliente e que esse discurso provavelmente terá um impacto no desfecho do tratamento. De maneira mais geral, a capacidade dos profissionais de utilizar os recursos exclusivos do cliente em favor da mudança (incluindo sua própria linguagem)

é um aspecto poderoso e muitas vezes negligenciado da experiência terapêutica.

### **PONTOS-CHAVE**

- O que os clientes dizem durante o tratamento é relevante e prediz desfechos.
- Você influencia o que os clientes verbalizam por meio das perguntas que faz, do conteúdo que reflete e afirma, e do que inclui nos resumos.
- Fatores relacionados com o cliente, como motivação para a mudança, engajamento, esperança e autoeficácia, predizem os desfechos e também são influenciados pelas respostas do terapeuta.
- A evocação invoca a sabedoria, os pontos fortes e os recursos do próprio cliente.
- Experimentando e falas de mudança são dois tipos de fala do cliente que podem ser evocados pelas respostas do terapeuta e estão associados a melhores desfechos do tratamento.
- Desfechos positivos também são facilitados pelo que você evita evocar, como "resistência" e "bate-papo" não relacionados com as metas do tratamento.

## 10. OFERECER INFORMAÇÕES E CONSELHOS

Qual é o papel de um terapeuta profissional? Considere um espectro de possíveis relacionamentos entre terapeuta e cliente que vai desde um estilo mais diretivo até um estilo mais de acompanhamento. Em um extremo, há um estilo de direcionamento que envolve dizer às pessoas o que elas devem fazer fornecendo informações, soluções, instruções ou conselhos. Há momentos em que essa é uma função apropriada e até esperada. No extremo oposto, está alguém compassivo que escuta com empatia, transmite aceitação e afirmação, e diligentemente evita fornecer respostas ou conselhos. Às vezes, é isso que os clientes preferem. Pelo menos no estereótipo, algumas profissões parecem se inclinar para o primeiro extremo: oficial de liberdade condicional, educador em saúde especializado em diabetes, advogado, treinador esportivo ou consultor financeiro. No segundo extremo, novamente considerando o estereótipo, podem estar um terapeuta centrado no cliente, um profissional de cuidados paliativos ou um amigo solidário.

Na prática, a maior parte das profissões envolve alguma combinação de direcionar e acompanhar, de habilidades técnicas e relacionais. Informar e aconselhar pode facilmente ser exagerado e até mesmo minar a motivação do cliente<sup>308</sup>. No entanto, médicos, advogados ou consultores financeiros que simplesmente ouvem sem oferecer nenhum conselho estariam se esquivando de seu dever. Entre os dois extremos, está o papel de um guia, que escuta com atenção e fornece conselhos especializados. Quando você viaja para outro país, não espera que um guia turístico lhe diga exatamente o que fazer ou decida o que você prefere ou gosta. Um bom guia tampouco apenas segue você. Mesmo em profissões em que tradicionalmente o direcionamento é esperado, um estilo orientador pode ser muito mais eficaz do que apenas dizer às pessoas o que fazer<sup>309</sup>.

O primeiro instinto de um terapeuta em geral é oferecer conselhos ou informações úteis. Afinal, em virtude de uma formação profissional duramente conquistada, ele construiu um depósito de conhecimento. Por

exemplo, o terapeuta pode ter intuições bem-informadas sobre o motivo pelo qual um determinado cliente:

- Sente-se fadigado, embora agitado, e está perdendo peso.
- Desperta algumas manhãs vendo pessoas estranhas no quarto e não consegue se mover ou falar.
- Levanta-se cinco vezes durante a noite para urinar.
- Apaixona-se repetidamente pelo mesmo tipo de parceiro, com desfechos desastrosos.
- Com frequência não comparece ou se atrasa para o trabalho ou a escola às segundas-feiras.

Depois de desenvolver uma hipótese provisória sobre a angústia de alguém, você pode se apressar em imaginar possíveis soluções. Aliás, as pessoas costumam buscar ajuda profissional na esperança de entender melhor o que estão vivenciando e o que fazer a respeito.

Em uma abordagem não diretiva clássica, o terapeuta se absteria de dar respostas ou conselhos. Essa é a estrutura das anedotas simplistas de Carl Rogers, mas ele próprio trocou o conceito de ser não diretivo por um foco mais positivo centrado na pessoa<sup>310</sup>. Você pode sentir uma obrigação ética profissional de fornecer informações e recomendações e, às vezes, o conselho por si só pode ser suficiente para desencadear mudanças<sup>311</sup>.

Onde está o equilíbrio? Aconselhar faz parte do seu trabalho, mas a questão é quando e qual é a melhor maneira de fazê-lo. Em serviços profissionais, informações e conselhos são oferecidos no contexto de uma relação de assistência e, nesse sentido, todos os capítulos anteriores deste livro se aplicam. Há uma armadilha específica a ser considerada antes de prosseguir diretamente com as informações e os conselhos.

## Reatância Psicológica

Os esforços para persuadir alguém a mudar com frequência falham e podem até ter efeito contrário, produzindo o oposto ao pretendido<sup>312</sup>. Conforme descrito no Capítulo 4, a "reatância psicológica" é uma resistência comumente observada à persuasão e ao conselho<sup>313</sup>, uma "tendência inerente bem estabelecida de agir de maneira contrária às recomendações de outras

pessoas... mesmo quando se concorda com elas"<sup>314</sup>. Quando a liberdade pessoal é restringida, o comportamento proibido se torna ainda mais atraente e mais provável de ocorrer. (Pense em dizer aos adolescentes que “simplesmente digam não” às drogas.) Segundo Jack e Sharon Brehms, há uma motivação inerente para restaurar o senso de autonomia e liberdade de escolha sempre que estes são ameaçados. Essa reatância pode estar enraizada na evolução milenar das hierarquias de poder social: atender a conselhos ou orientações é aceitar uma posição de inferioridade<sup>315</sup>. A teoria da autodeterminação também enfatiza a importância da autonomia (bem como da competência e do relacionamento) na motivação humana<sup>316</sup>.

Desencadear a resposta natural de reatância é uma armadilha a ser evitada ao oferecer informações e conselhos. Seja qual for sua gênese, o fenômeno social da resistência a conselhos está bem documentado<sup>317</sup> e tem componentes cognitivos e afetivos<sup>318</sup>. Além do fenômeno geral, existem diferenças individuais na propensão à reatância que podem afetar a sensibilidade e a resposta dos clientes aos direcionamentos dados pelo terapeuta<sup>319</sup>.

## **A Atitude De Informar E Aconselhar**

A liberdade de escolha não é algo que você possa conceder aos seus clientes. Eles já a têm. Em última análise, cabe a eles decidir se o ouvirão ou ignorarão, se acreditarão ou discordarão das informações que você forneceu e se seguirão ou evitarão os conselhos dados por você. Você não pode fazer as pessoas mudarem. A opção é delas; isso é um dado fixo em toda relação de assistência. Conhecer, aceitar e honrar a autonomia dos clientes é um contexto relevante para quaisquer informações e conselhos que você forneça.

Uma atitude terapêutica relacionada a informações e conselhos é a humildade apropriada. Diplomas emoldurados na parede podem conferir alguma credibilidade, mas a modéstia é fundamental em qualquer relacionamento de assistência relativo a comportamentos e estilo de vida. Comunicações que o colocam em uma posição de “superioridade” com frequência fomentam uma atitude defensiva e podem minar seus esforços para ajudar. Afirmações como

"Você não pode", "Você deve" ou "Você tem que" são simplesmente falsas. O significado usual desses tipos de declarações é um alerta sobre consequências adversas ou terríveis, mas é melhor reconhecer a autonomia do

cliente e considerar as possíveis escolhas à luz dos potenciais desfechos. Há muito tempo, descobrimos que se disséssemos aos clientes "Você não pode beber", eles rapidamente provariam que estamos errados.

Relacionado com a humildade está o ato de lembrar que as pessoas têm conhecimentos, pontos fortes, sabedoria e ideias próprias (Capítulo 9). Uma relação de ajuda reúne sua experiência profissional com a experiência vivida e as competências de um indivíduo. Antes de dar um sermão, descubra o que seu cliente já sabe. Antes de prescrever soluções, saiba o que ele está considerando ou já experimentou. Sua vez de oferecer conhecimentos não está perdida; é apenas respeitoso e sensato honrar primeiro os conhecimentos e as capacidades do outro. E como fazer isso na prática?

## Como Oferecer Informações E Conselhos

### Pedir permissão

Uma etapa útil é pedir permissão antes de oferecer informações ou conselhos. Se um cliente pedir seu conselho, você já tem a permissão, embora ainda seja aconselhável proceder com cautela.

*CLIENTE: Bem, o que você acha que eu deveria fazer?*

*TERAPEUTA: Conheço algumas coisas que funcionaram para outras pessoas que já atendi, mas também estou interessado em suas próprias ideias. O que você tem em mente?*

*CLIENTE: Eu não sei ao certo. Acho que posso pedir o apoio de alguns amigos durante essa fase.*

*TERAPEUTA: Parece uma boa ideia. O que mais?*

*CLIENTE: Você me indica algo que eu possa ler?*

*TERAPEUTA: Bem, há várias coisas que eu poderia sugerir como possibilidades. Não sei o que funcionaria melhor para você, mas posso lhe dar uma variedade de opções que deram certo com outras pessoas, se você quiser.*

*CLIENTE: Sim, por favor!*

Quando um cliente ainda não solicitou informações ou conselhos, você pode pedir permissão:

- “Tudo bem se eu sugerir algumas coisas que funcionaram para outras pessoas?”
- “Eu posso te contar alguns dos passos pelos quais as pessoas normalmente passam ao fazer esse tipo de mudança. O que você acha disso?”

- "Gostaria de saber se eu poderia te explicar um pouco sobre..."

Quase sempre, os clientes dizem “sim”, e o ato de solicitar a permissão deles honra sua autonomia e pode fazê-los baixar os escudos da atitude defensiva.

### **Honrar a autonomia**

Pedir permissão honra o autocontrole. Também é possível introduzir informações ou conselhos em uma linguagem que enfatize ainda mais a autonomia da pessoa. Ao fazê-lo, você, na verdade, não está dando nada que elas ainda não tenham. Está apenas reconhecendo a verdade: o direito do cliente de concordar ou discordar, de ouvir ou ignorar o que você diz. Em certo sentido, você começa cedendo, reconhecendo essa verdade e, ao fazê-lo, torna mais possível que os clientes ouçam e considerem o que você está oferecendo<sup>320</sup>. Alguns exemplos de introduções incluem:

- “Não sei se isso fará sentido para você...”
- “Isso pode ou não se aplicar à sua própria experiência...”
- “Qual dessas opções parece mais promissora para você...”
- “Isso pode ou não preocupar você, mas há algo que me preocupa nesse plano. Tudo bem se eu te disser o que está me incomodando?”  
(também pedindo permissão)

De certo modo, você está dando permissão para que ele ignore ou discorde do que está prestes a dizer, simplesmente reconhecendo a liberdade que os clientes já têm. Em termos interpessoais, você está se afastando de uma posição de superioridade, tornando mais possível que o cliente ouça o que você tem a dizer.

### **Escolher entre opções**

Ao oferecer conselhos sobre como mudar, é aconselhável oferecer diversas opções em vez de apenas uma<sup>321</sup>. Dar uma sugestão por vez incita o cliente a lhe dizer o que há de errado com essa ideia:

*CLIENTE: Bem, como as pessoas param de beber?*

*TERAPEUTA: Alguns vão às reuniões dos Alcoólicos Anônimos, em que pessoas em recuperação se apoiam mutuamente.*

*CLIENTE: Não, eu tentei isso e não gostei. Essas pessoas não são como eu.*

*TERAPEUTA: Agora existem alguns medicamentos mais novos para ajudar a parar de beber e diminuir o desejo por álcool.*

*CLIENTE: Eu não queria depender de medicamentos. É como uma muleta.*

*TERAPEUTA: Então temos a terapia em grupo aqui, que pode ajudá-lo a aprender habilidades para uma recuperação bem-sucedida.*

*CLIENTE: Sabe, eu realmente não gosto de falar em grupos. Me sinto desconfortável.*

Em vez de fazer uma sugestão, ofereça várias maneiras possíveis de proceder e peça ao cliente que considere qual seria a melhor para ele. O conjunto mental é diferente: escolher entre as opções em vez de encontrar falhas em cada possibilidade.

- **TERAPEUTA:** A boa notícia é que a maior parte das pessoas se recupera e faz isso de maneiras diferentes. Não existe uma abordagem que dá certo para todos. Que tal se eu descrever quatro ou cinco possibilidades diferentes que funcionaram para outras pessoas e aí você analisa qual delas se encaixa melhor para você? Acha isso uma boa ideia?

### **Perguntar-verificar-perguntar**

Evite dar muitas informações ao mesmo tempo. Em vez disso, tente oferecê-las em pequenas partes e verificar com frequência se o cliente está lhe acompanhando. Um formato para isso é perguntar-verificar-perguntar, usando questionamentos como suporte para as informações que você forneceu. Aqui estão alguns tipos de perguntas iniciais antes de fornecer informações:

- "Tudo bem se eu te falar um pouco sobre...?" (pedir permissão)
- "Diga-me, o que você já sabe sobre ... (isso evita repetir ao cliente algo que ele já sabe e permite que você responda a qualquer demanda apresentada por ele)
- "O que mais você gostaria de saber sobre... ? Quais são suas curiosidades?" (adaptar as informações aos interesses do cliente)
- "Por onde você gostaria de começar? O que é mais importante para você?" (priorizar)

Depois de oferecer algumas informações, verifique pedindo ao cliente que responda:

- "Isso faz sentido para você?"
- "O que você acha disso?"

- “Isso é algo que você já tinha considerado?”
- “O que mais eu poderia lhe dizer a respeito?”

Em seguida, ouça com atenção a resposta do cliente. Perguntar-verificar- - perguntar é um ciclo único e, em breve, esse formato pode se tornar um padrão de conversa que envolve fornecer algumas informações intercaladas com respostas do cliente e perguntas de verificação.

## Ouvir

A escuta empática (Capítulo 3) transmite respeito e, portanto, honra ainda mais a individualidade e a autonomia de uma pessoa. Quando você ouve seu cliente, é mais provável que ele o ouça. Responda com uma escuta reflexiva ao que ele diz e evite entrar em discussões sobre as informações ou a resposta dele. A escuta empática ajuda você a entender as respostas dele e permite que ele saiba que você o entende.

*TERAPEUTA: Você se surpreende ao saber que as pessoas com alta tolerância ao álcool estão em maior risco?*

*CLIENTE: Achei que se você não fosse tão afetado pela bebida, ela não traria muitos problemas.*

*TERAPEUTA: Sim, parece lógico, e muitas pessoas acreditam nisso. Você parece confuso.*

*CLIENTE: Na verdade, eu nunca pensei muito sobre isso. Sei que posso beber mais do que a maioria das pessoas sem ser afetado.*

*TERAPEUTA: Você conhece a sua experiência e não pensou muito sobre o que ela significa. Na verdade, esse tipo de tolerância é arriscado. É como não ter um detector de fumaça para lhe avisar de perigos. Então, o que você está pensando neste momento?*

*CLIENTE: Você está dizendo que eu deveria reduzir a bebida ou parar de beber?*

*TERAPEUTA: Isso é o que eu estou me perguntando. É claro que cabe a você decidir o que fazer. O que você está considerando?*

A linguagem desse diálogo indica uma parceria respeitosa na qual a experiência do cliente é tão importante quanto a sua. Afinal, quem decidirá o que fazer quando se trata de comportamentos e estilo de vida na verdade é o cliente. É improvável que dar sermões, avisar, ordenar e discutir mude o comportamento dele, e isso pode muito bem ter o efeito oposto do pretendido. Não se esqueça de ouvir com atenção!

## Pesquisas Acerca De Como Oferecer Informações E Conselhos

Sempre que você dá a um cliente informações que podem ser vistas como ameaçadoras ou oferece conselhos sobre algo que ele precisa mudar, pode esperar uma certa relutância, atitude defensiva e inércia. Gerald Patterson e Marion Forgatch (1985) solicitaram que terapeutas alternassem seu estilo de aconselhamento a cada 12 minutos, alternando entre períodos em que davam informações e conselhos (ensinar/direcionar) e períodos de escuta reflexiva. Os níveis de resistência do cliente aumentaram acentuadamente durante os segmentos de ensino/direcionamento e caíram quando os terapeutas estavam ouvindo com atenção. Em um estudo semelhante<sup>322</sup>, quando os terapeutas alternavam entre segmentos de análise comportamental de 12 minutos ou entrevistas motivacionais centradas na pessoa, os clientes argumentavam de maneira sistemática contra ou a favor, respectivamente, de mudar o consumo de bebidas alcoólicas.

No entanto, o aconselhamento profissional exerce, em média, um pequeno efeito positivo na mudança de comportamento. Isso foi estudado mais extensivamente no aconselhamento para parar de fumar<sup>323</sup> ou reduzir o consumo excessivo de álcool<sup>324</sup>. O aconselhamento profissional também foi associado a mudanças positivas na depressão<sup>325</sup> e na prática de atividade física<sup>326</sup>. Os tamanhos de efeito médios do aconselhamento profissional são modestos (0,2 a 0,3), mas significativos.

Conforme enfatizado ao longo deste livro, a maneira como se aconselha é relevante. Para começar, as informações e os conselhos não são dados isoladamente, mas devem ser oferecidos no contexto das habilidades interpessoais descritas nos capítulos anteriores. Em essência, a meta é oferecer qualquer conselho ou informação dentro de um contexto relacional que tome mais seguro para os clientes os receberem e os considerarem. O importante não é apenas o conteúdo oferecido, mas também como e quando ele é entregue.

Uma revisão de intervenções de aconselhamento eficazes para o uso nocivo de álcool identificou seis elementos que estavam usualmente presentes, abreviados na sigla FRAMES<sup>327</sup>. Os clientes com frequência recebiam Feedback individual (como resultados de exames) sobre o consumo de álcool e suas consequências. Foi dada forte ênfase à Responsabilidade pessoal pela mudança, o que significa se tratar de uma escolha livre e independente. “A maneira como esse conselho é dado deve reforçar um senso de autonomia e

autocontrole"<sup>328</sup>. No entanto, os terapeutas profissionais ofereceram conselhos (em inglês, Advice) para realizar uma mudança. Em vez de prescrever uma única solução, os clientes costumavam receber um Menu de abordagens para escolher, novamente enfatizando a escolha autônoma. Sempre que o estilo de aconselhamento foi descrito, era Empático, um estilo de escuta reflexiva centrado na pessoa (Capítulo 3). Por fim, intervenções breves eficazes também apoiaram a autoeficácia (em inglês, Self-efficacy), o otimismo de que o cliente era capaz de promover mudanças (Capítulo 8). Assim, o aconselhamento foi oferecido no contexto de uma escuta empática, empoderamento e honra à autonomia.

#### PONTOS-CHAVE

- Fornecer informações e conselhos é uma parte normal das profissões de ajuda.
- Fornecer aconselhamento profissional tem um pequeno efeito positivo, em média, e varia de acordo com o modo como se aconselha.
- O estilo profissional de guiar representa um equilíbrio entre ouvir os clientes e oferecer informações e conselhos.
- A reatância psicológica é a bem-documentada tendência de o indivíduo agir de maneira contrária às recomendações de outras pessoas, mesmo quando concorda com o conselho.
- Intervenções breves eficazes em geral incluem FRAMES: Feedback, Responsabilidade, conselhos (Advice), Menu de opções, estilo Empático e apoio à autoeficácia (Self-efficacy).
- Pedir permissão, honrar a autonomia, ouvir e oferecer opções pode ajudar os clientes a ouvirem e considerarem seus conselhos.

## 11. O OUTRO LADO DA COMPLEXIDADE

Nos capítulos anteriores, percorremos uma jornada considerável em busca do que torna um terapeuta mais eficaz. Os fatores baseados em evidências descritos neste livro incluem a empatia, a aceitação, a consideração positiva, a genuinidade, o foco, a esperança, a evocação e o oferecimento de informações e conselhos. Pode-se argumentar que cada uma dessas habilidades terapêuticas contribui para relações de ajuda mais eficazes.

Neste ponto, você pode estar se perguntando como um terapeuta poderia ser proficiente em todas ou mesmo em algumas dessas habilidades valiosas. Como um profissional pode se tornar mais empático, mais receptivo, mais genuíno e mais amoroso ao dar conselhos, tudo em uma só pessoa?

Com certeza há alguma sobreposição entre esses fatores relacionais, assim como as técnicas de tratamento baseadas em evidências podem se reduzir a um número menor de processos de mudança de ordem superior<sup>329</sup>. Da mesma forma, sintomas do que parecem ser transtornos distintos, como ansiedade e depressão, podem refletir uma forma de ordem superior, como o neuroticismo<sup>330</sup>, e ser tratados com intervenções adaptadas a esse construto<sup>331</sup>. Assim como no caso de transtornos e tratamentos, as habilidades interpessoais parecem ser diferentes, mas podem ter uma estrutura de ordem superior. Terapeutas que contam com uma empatia precisa têm maior probabilidade de comunicar cordialidade e aceitação. Professores que com frequência afirmam os pontos fortes de seus alunos provavelmente também transmitem maior esperança em relação ao sucesso deles. Carl Rogers e seus aprendizes destacaram três dos itens anteriores como sendo condições essenciais inter-relacionadas para um aconselhamento eficaz: empatia precisa, consideração positiva e genuinidade<sup>332</sup>. Mesmo uma interação relativamente breve com um terapeuta com alto nível desses fatores terapêuticos pode ser suficiente para promover mudanças positivas em alguns problemas de longa data<sup>333</sup>.

Existe uma ordem superior que norteia a ajuda dada pelos terapeutas? No fim de sua vida, Rogers estava escrevendo sobre a presença como um estado fundamental de consciência, uma forma de ser da qual fluem naturalmente a

aceitação, a empatia e a genuinidade<sup>334</sup>. Embora não fosse um homem religioso, Rogers descreveu a experiência como se “meu espírito interior tivesse estendido a mão e tocado o espírito interior do outro... e se tomasse parte de algo maior”. Ele comparou isso a experiências místicas de unidade e confessou: “Sou compelido a acreditar que eu, como muitos outros, subestimei a importância dessa dimensão mística e espiritual”, afirmando: “aqui, tenho certeza, muitos leitores romperão sua relação comigo”<sup>335</sup>.

Essas experiências fascinaram William James (1994/1902) em uma época em que a psicologia não havia se afastado de suas raízes históricas na filosofia. Contudo, em meados do século XX, a disciplina de psicologia havia se distanciado e até desenvolvido uma aversão ao discurso religioso<sup>336</sup>, com a notável exceção da, relativamente isolada, especialização em psicologia da religião<sup>337</sup>. Com o domínio do positivismo lógico, a psicologia acadêmica primeiro perdeu sua alma (o prefixo grego *psique* do termo “psicologia”) e depois sua mente<sup>338</sup>, embora um progresso considerável tenha sido feito na recuperação da mente por meio de estudos da cognição e da consciência. No fim do século, a *psique* também estava de volta. A porta foi reaberta para o tema da espiritualidade, refletida nos primeiros livros publicados sobre o assunto pela American Psychological Association<sup>339</sup>. Como profissionais, os psicólogos norte-americanos permanecem muito menos religiosos do que seus clientes, mas afirmam claramente que a espiritualidade é importante em sua vida<sup>340</sup>. O interesse também cresceu na compreensão do caráter e das virtudes<sup>341</sup> e na antiga disciplina meditativa de *mindfulness* (atenção plena)<sup>342</sup>, que Shari Geller e Leslie Greenberg (2018) associaram ao conceito de presença terapêutica de Rogers.

Pode-se (embora não seja necessário) apelar às raízes transpessoais a fim de definir estados de consciência e comportamento de ordem superior. Escritos antigos descrevem virtudes mestres benevolentes, como *mettā* (“benevolência”) no budismo e *rahmah* (“compaixão”) no islamismo. Os escritos cristãos do primeiro século descreveram o ágape em termos comportamentais como uma forma altruísta de amar que é paciente e gentil, e não insiste em seguir seu próprio caminho. O conceito hebraico ainda mais antigo de *hesed* era tão multifacetado que o tradutor do século XVI Myles Coverdale se desesperou ao tentar encontrar uma única palavra para traduzi-la adequadamente para o inglês; ele então cunhou um termo novo combinando duas outras palavras: “amor” e “bondade”. A “bondade amorosa” engloba

tanto a intenção compassiva (amor) como sua atuação benevolente (bondade). Com base nessas descrições antigas dessas virtudes mestres, William Miller (2017) descreveu a bondade amorosa como abrangendo uma dúzia de virtudes comportamentais: compaixão, empatia, contentamento, generosidade, esperança, afirmação, perdão, paciência, humildade, gratidão, ajuda e submissão. Essa lista obviamente se sobrepõe aos atributos de terapeutas eficazes descritos neste livro e pode sugerir alguns potenciais fatores terapêuticos adicionais a serem explorados. É claro que essa bondade amorosa pode se manifestar em todos os tipos de relacionamentos, não apenas em profissões de ajuda ou terapêuticas.

Existe uma ressonância entre virtudes de ordem superior, como bondade amorosa ou *mettā*, e os fatores terapêuticos que caracterizam terapeutas eficazes? Cita-se que o juiz Oliver Wendell Holmes Jr. declarou: “Eu não daria nada para a simplicidade desse lado da complexidade, mas daria minha vida pela simplicidade do outro lado da complexidade”. Na verdade, começar com a simplicidade não dá certo. É improvável que, dizer aos terapeutas que “simplesmente amem seus clientes” seja útil, em parte porque “amor” tem muitos significados possíveis. C. S. Lewis (1960), por exemplo, descreveu quatro tipos de amor que eram diferenciados no grego antigo, três dos quais são relacionamentos que deveriam ser evitados com clientes: amor erótico, amor familiar e atração sentimental. É o quarto tipo de amor, o *ágape*, que descreve o compromisso altruísta e ativo com a felicidade, o bem-estar e a liberdade de sofrimento de outra pessoa<sup>343</sup>.

No início do desenvolvimento da entrevista motivacional, Miller e Rollnick descobriram a importância de uma compreensão de ordem superior. Logo depois da publicação de sua primeira edição<sup>344</sup>, eles observaram estagiários praticando as técnicas que haviam ensinado e ficaram consternados. Era como se eles estivessem tentando usar as técnicas “nos” clientes, para enganá-los ou manipulá-los para que mudassem. Não foi culpa dos estagiários. É óbvio que o treinamento deles havia deixado de fora algo vital, mas o que? A peça que faltava, eles descobriram, era a mentalidade subjacente ou o “coração” com o qual se pratica. Eles começaram a chamar isso de espírito subjacente da entrevista motivacional, que abrangia parceria, aceitação, compaixão e evocação<sup>345</sup>. Há uma semelhança óbvia com o que Rogers descreveu como as atitudes do profissional que fundamentam e

inspiram a prática, e sua preocupação de que uma abordagem centrada na pessoa não deva ser reduzida a um conjunto de técnicas.

Então, que simplicidade está do outro lado da complexidade nas relações terapêuticas? Foi descrita como uma forma de ser<sup>346</sup>, uma consciência e prática de ordem superior, chamadas por nomes diversos, como presença<sup>347</sup>, responsividade<sup>348</sup>, relacionamento real<sup>349</sup>, compaixão<sup>350</sup> ou bondade amorosa<sup>351</sup>. Se alcançar essa simplicidade perfeita fosse um pré-requisito para se engajar em relações de ajuda, ninguém poderia sequer começar. Como no virtuosismo musical, há algum componente de preparação ou talento, mas a proficiência também se efetiva ao longo do tempo por meio da prática deliberada<sup>352</sup>. Como aconselhou Hamlet, de Shakespeare:

*Assumi a virtude, se você não a tendes.*

*O hábito, esse monstro que nos devora a percepção dos maus costumes...*

*é também um anjo,*

*Que nos dá a roupa*

*Que cómoda se ajusta à prática*

*Dos atos bons e imaculados...*

*E assim vai mudando a natureza.*

*(Hamlet, Ato 3, Cena 4)*

A boa notícia, então, é que as habilidades interpessoais descritas neste livro podem, com a prática intencional, tornar-se hábitos naturais. Algumas pessoas têm a vantagem inicial de contar com talento interpessoal. Há pessoas que parecem afirmar ou refletir de maneira tão natural quanto respirar. Alguns comunicam prontamente aceitação e esperança àqueles que têm a sorte de ser seus amigos ou clientes. Há professores que, com uma presença genuína, encontram e evocam o melhor de seus alunos. Essas habilidades não estão presentes ao nascimento, mas surgem por meio de uma combinação de talento e prática.

Talvez a simplicidade esteja do outro lado da complexidade, pois representa uma confluência dos fluxos individuais que estamos considerando neste livro. Os fluxos podem ou não fluir de uma fonte única, mas podem convergir com o tempo. A prática deliberada de uma habilidade interpessoal específica não apenas facilita certa liberdade ou facilidade em seu uso, mas também começa a mudar a natureza de uma pessoa. Praticar de maneira fiel várias dessas habilidades pode ter um efeito sinérgico em um nível frequentemente descrito como virtude ou caráter<sup>353</sup>. Rogers descreveu a

confluência de empatia precisa, consideração positiva incondicional e congruência como uma “forma de ser” e presença terapêutica<sup>354</sup>.

Como muitas verdades, essa presença terapêutica, essa simplicidade além da complexidade, é um tanto paradoxal. É ao mesmo tempo uma prática comportamental e uma atitude ou espírito subjacente, e os dois se esculpem mutuamente. A prática fiel fortalece o sistema de valores orientadores que, por sua vez, é expresso na prática. Benjamin Franklin (1785) refletiu sobre esse surgimento cumulativo de valores:

*Estamos na encruzilhada, a cada minuto, a cada hora, a cada dia. fazendo escolhas. Escolhemos os pensamentos que nos permitimos ter, as paixões que nos permitimos sentir e as ações que nos permitimos realizar. Cada escolha é feita no contexto de algum sistema de valores que tenhamos selecionado para governar nossas vidas. Ao selecioná-lo, estamos, de uma maneira muito real, fazendo a escolha mais importante que faremos.*

O treinamento clínico visa claramente informar e desenvolver comportamentos de prática de um modo que beneficie aqueles que estão sendo atendidos. O que tem recebido pouca atenção científica é como o treinamento e a prática clínica também moldam os valores e o caráter dos próprios profissionais. Às vezes, acreditamos que os participantes do treinamento clínico devem primeiro assinar uma declaração de consentimento informado, pois praticar o que pregamos pode mudá-los. Acreditamos, por exemplo, que a aceitação e a compreensão empática, quando praticadas ao longo do tempo, podem tornar a pessoa mais receptiva, paciente e compassiva. Talvez essa seja a simplicidade que está além da complexidade da prática com a qual nos debatemos nos capítulos anteriores.

### **PONTOS-CHAVE**

- As habilidades terapêuticas descritas neste livro não são isoladas, mas se sobrepõem e estão interligadas.
- Essas habilidades se assemelham e exercem algumas virtudes humanas há muito tempo consagradas.
- Em sua confluência, essas habilidades terapêuticas complexas podem, com o tempo, tornar-se uma forma mais simples de ser.

## **PARTE 3.**

# **APRENDIZAGEM, TREINAMENTO E CIÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA**



Se os terapeutas não melhoram automaticamente com a prática, o que pode ser feito para desenvolver suas habilidades? Nesta seção final, consideraremos primeiro como você pode melhorar sua própria experiência clínica e os desfechos dos tratamentos oferecidos aos seus clientes (Capítulo 12). Em seguida, discutiremos as implicações dos conhecimentos apresentados nos capítulos anteriores para o treinamento clínico, a supervisão e a memória (Capítulo 13). Por fim, no Capítulo 14, recuamos a fim de ter uma visão ainda mais ampla, imaginando o que as lições dessas décadas de trabalho podem sugerir para os propósitos da ciência na prática clínica.

## 12. DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS

Por que você escolheu uma profissão de ajuda como carreira? A maior parte dos terapeutas espera reduzir o sofrimento e promover um crescimento positivo nas pessoas que atendem; mas, e se você não souber se seu trabalho está de fato fazendo a diferença?

As profissões de aconselhamento e psicoterapia têm alguns obstáculos únicos, mas superáveis, para o desenvolvimento de competências. Em nenhum lugar isso é mais aparente do que no achado amplamente replicado de que os anos de experiência do terapeuta não se correlacionam com suas competências, habilidades interpessoais, capacidade de estabelecer alianças terapêuticas ou desfechos positivos dos tratamentos oferecidos aos clientes<sup>355</sup>. Em média, conselheiros e psicoterapeutas não melhoram automaticamente com a prática! Quando é observada uma relação entre experiência e habilidade, ela pode nem mesmo se dar na direção esperada<sup>356</sup>. Psicoterapeutas mais experientes podem ter uma menor probabilidade de ter desfechos favoráveis do que terapeutas mais novos<sup>357</sup>.

Em muitas profissões, a experiência é um atributo desejável porque oferece a promessa de maiores habilidades e melhores desfechos. Os cirurgiões, por exemplo, em geral melhoram com a prática. Um cirurgião que fez mil procedimentos é mais habilidoso do que um residente que está em sua primeira cirurgia. As taxas de mortalidade de pacientes, complicações e desfechos adversos diminuem com a experiência do profissional, um fenômeno conhecido como “efeito de volume do cirurgião”<sup>358</sup>.

O que explica essa diferença entre cirurgiões e psicoterapeutas? Há um feedback claro e imediato sobre o sucesso durante e após a cirurgia. As complicações são aparentes e os desfechos são vistos de forma relativamente rápida. Além disso, os cirurgiões quase nunca trabalham sozinhos. Há colegas presentes para que os procedimentos sejam observados e possam ser gravados em vídeo para posterior revisão.

A ausência de um feedback confiável é um risco ocupacional no aconselhamento e na psicoterapia. As sessões de tratamento com frequência acontecem sem serem observadas, a portas fechadas, sem nenhum registro além das anotações do próprio terapeuta. Os desfechos dos tratamentos de saúde comportamental em geral são avaliados pelo desempenho dos clientes após seu término, e se os profissionais receberem alguma informação sobre esses desfechos, esse feedback demora muito para chegar. É improvável que 20 anos de prática em um vácuo de feedback produzam muitas melhorias em uma habilidade complexa.

Portanto, se a experiência por si só não leva a um aumento das competências, como você pode melhorar suas habilidades interpessoais e outros elementos de sua prática que melhoram tais desfechos? As barreiras à aprendizagem podem residir em níveis sistêmico e político. No entanto, há coisas que você pode fazer para desenvolver suas competências que estão inteiramente a seu alcance e que, aliás, podem não ser alcançáveis por qualquer outro meio. Este é o foco deste capítulo: o que você, como profissional individual, pode fazer para melhorar o que faz, mesmo em ambientes de trabalho desafiadores. Consideraremos possíveis mudanças sistêmicas no Capítulo 13.

## **Prática Deliberada**

Suponha que você queira aprimorar suas habilidades no golfe. Você planeja praticar tacadas, então você vai para o campo de golfe com seus tacos e paga por um grande balde de bolas. Assim que você chega ao campo de treino, uma névoa espessa se aproxima. Toda vez que você dá uma tacada, a bola desaparece na névoa a poucos metros, sumindo de vista. Talvez tenha sido uma ótima tacada, mas você não sabe de fato para onde a bola foi. Qual é a chance de sua tacada melhorar?

Da mesma forma, os alunos de nosso curso introdutório à psicologia têm a opção de fazer questionários práticos on-line em preparação para os exames, recebendo feedback imediato das respostas corretas. Isso pode melhorar drasticamente seu desempenho em exames futuros. No entanto, se eles respondessem a 500 testes práticos, mas não recebessem nenhum feedback (ou recebessem um feedback impreciso) sobre se suas respostas estavam corretas, seria improvável que isso os ajudasse a obter resultados melhores no futuro.

Esse é o dilema da maioria dos profissionais que gostariam de desenvolver competências na aplicação de intervenções terapêuticas. Você recebe algum treinamento inicial, aceita um emprego e adentra na prática clínica. Seu trabalho é exigente, incessante e se baseia em sua capacidade de ter compaixão. Não há muito tempo para observar outros terapeutas ou receber mentoria sobre suas habilidades. A supervisão que você recebe tende a se concentrar em questões administrativas e no manejo de situações de alto risco. Você pode ter muitos casos, mas quase nunca fica sabendo como seus clientes se saíram depois da conclusão do tratamento. Por meio de um feedback sem muito fundamento, você pode ocasionalmente ouvir sobre alguns desfechos bons (ou, com mais frequência, ruins). Podem se passar décadas sem que você tenha muito feedback confiável sobre a eficácia do seu trabalho.

No início da minha carreira, eu (WRM) fui designado para fazer entrevistas de admissão com qualquer pessoa que entrasse pela porta de um grande centro de saúde comportamental para veteranos. Era um trabalho fascinante. Atendi uma grande variedade de pessoas, com uma rica lista de queixas. Cheguei a diagnósticos provisórios, escrevi relatórios e encaminhei os veteranos para uma das dezenas de unidades de serviço do hospital. Depois de alguns meses, no entanto, percebi que poderia fazer isso pelo resto da minha vida sem melhorar meu trabalho. Nunca fiquei sabendo se meus diagnósticos provisórios foram confirmados, ou mesmo se as pessoas haviam chegado aos serviços para os quais eu as havia encaminhado.

Trabalhar no escuro pode impedir seu crescimento profissional e levar ao esgotamento. Um remédio é investir algum tempo na “prática deliberada”, um termo emprestado da pesquisa de competências profissionais em áreas tão diversas como a medicina, esportes, música, xadrez e negócios<sup>359</sup>. O tempo gasto na prática deliberada distingue os profissionais cujos clientes apresentam melhores resultados do que os demais<sup>360</sup>.

A prática deliberada no aconselhamento e na psicoterapia envolve dois componentes essenciais. Primeiro, você se envolve intencionalmente em atividades projetadas para melhorar aspectos específicos do seu trabalho por meio da repetição e do refinamento sucessivo. Segundo, você recebe feedback confiável sobre sua prática<sup>361</sup>. Nessa fórmula (ver Figura 12.1), se um desses dois elementos for zero, o total (ou seja, a melhora de seus conhecimentos) também será zero. Como um exemplo simples, jogadores de basquete praticam habilidades específicas de maneira regular. Ao praticar lances livres,

o feedback é imediato: a bola cai ou não. Esse feedback imediato e binário é ideal para o aprendizado, embora raramente esteja disponível na prática do aconselhamento e da psicoterapia. Os desfechos da terapia são obviamente mais complexos do que lances livres, mas a analogia ainda é válida: sem feedback, é improvável que a proficiência melhore.

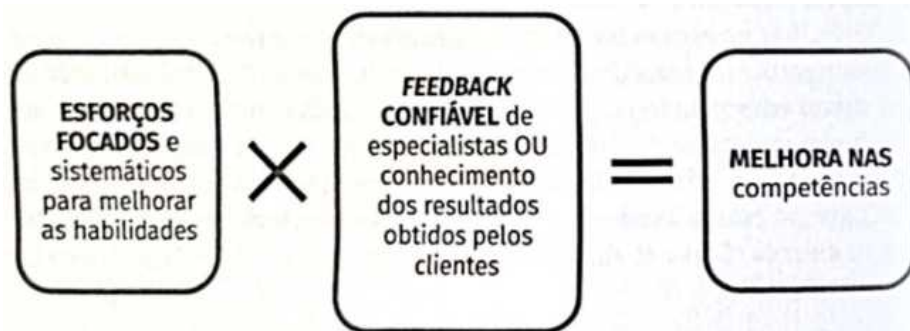


FIGURA 12.1 Fórmula para a prática deliberada.

A prática deliberada pode ser usada para desenvolver basicamente qualquer coisa, desde micro-habilidades clínicas até macroaplicações na prática real. Baseando-se de novo em uma analogia do basquete, as micro-habilidades para a prática deliberada podem ser lances livres, dribles, passes e enterradas. A complexidade consiste em combiná-los em um nível macro em sessões de treinos, jogos na quadra do bairro ou competições reais. O pré-requisito mais básico para o desenvolvimento de habilidades clínicas é reservar um tempo para se engajar na prática deliberada<sup>362</sup>. De onde vem esse tempo? Assim como acontece com músicos, atletas, artistas e outros profissionais, ele deve vir de outras áreas do seu trabalho ou da sua vida. Além de dedicar tempo à prática deliberada, também é importante ter uma maneira de registrar sua prática para que você ou outras pessoas possam revisá-la.

Existem pelo menos três grandes domínios de competências terapêuticas: formulação conceitual, aspectos técnicos de tratamentos específicos e habilidades interpessoais. Exemplos de habilidades de formulação conceitual incluem a avaliação clínica, o diagnóstico diferencial, a seleção de intervenções entre opções baseadas em evidências e a decisão de quando incluir outros membros da rede social de um cliente no tratamento.

As habilidades técnicas se concentram nos aspectos específicos dos tratamentos que exigem conhecimentos especializados e competências. A maioria deles inclui elementos relacionados aos mecanismos de eficácia presumidos, como condicionamento ou contracondicionamento, biofeedback,

transferência, esquemas cognitivos ou habilidades comportamentais de enfrentamento. Fornecer esses tratamentos com fidelidade requer a entrega competente desses componentes específicos<sup>363</sup>. Um auxílio comum para aprender e praticar habilidades técnicas é um manual ou protocolo detalhado do terapeuta que oferece instruções passo a passo, às vezes acompanhadas de listas de verificação para profissionais ou observadores usarem para documentar a fidelidade.

Conforme discutido nos capítulos anteriores, o repertório de habilidades terapêuticas interpessoais do terapeuta é um importante componente baseado em evidências de competência e desfechos no aconselhamento e na psicoterapia<sup>364</sup>. Neste capítulo, focamos no desenvolvimento de competências nesse terceiro elemento da competência no aconselhamento: habilidades terapêuticas interpessoais. Começamos discutindo o que praticar, antes de passarmos para seis fontes possíveis de feedback para apoiar seu aprendizado.

### **Micro-habilidades interpessoais**

Uma abordagem útil para adquirir maestria como terapeuta é praticar micro-habilidades interpessoais específicas antes de integrá-las à prática complexa<sup>365</sup>. Pianistas praticam escalas, paramédicos aprendem procedimentos de reanimação cardiopulmonar, tenistas fazem movimentos de forehand e backhand até se sentirem confortáveis ou até que os movimentos se tornem automáticos.

Como exemplo, vamos nos concentrar na micro-habilidade da escuta reflexiva (Capítulo 3). A técnica não é a única coisa importante; assim como o jazz é mais do que tocar escalas, a empatia adequada é mais do que oferecer reflexões<sup>366</sup>, mas é um bom começo.

O primeiro passo é entender e reconhecer o que são declarações de escuta empática. Você é capaz de encontrá-las em uma transcrição ou gravação de uma sessão de aconselhamento? Existem vários sistemas observacionais para definir as reflexões do terapeuta<sup>367</sup> e outros aspectos comportamentais da empatia<sup>368</sup>. Você pode usar um código observacional para identificar declarações de escuta empática e diferenciá-las de outros tipos de respostas do terapeuta, talvez comparando seus desfechos com a codificação de especialistas ou colegas.

Como um exemplo simples, aqui está um trecho transcrito de uma entrevista inicial com uma mulher encaminhada por seu médico<sup>369</sup>. As únicas respostas do terapeuta codificadas aqui são perguntas e reflexões.

|            |                                                                                                                                                                                                                        |                          |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| TERAPEUTA: | Quando você ligou, disse que seu médico havia pedido que viesse falar comigo, e ele me mandou uma mensagem dizendo que você viria. Então, me conte um pouquinho. Diga-me como tem se sentido e o que está acontecendo. | Pergunta aberta          |
| CLIENTE:   | Tenho andado muito cansada ultimamente. Sinto que não tenho energia suficiente para fazer o que preciso durante o dia.                                                                                                 |                          |
| TERAPEUTA: | Como se a bateria estivesse acabando.                                                                                                                                                                                  | Reflexão — uma metáfora  |
| CLIENTE:   | Sim.                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| TERAPEUTA: | Tem sonolência também.                                                                                                                                                                                                 | Reflexão — uma suposição |
| CLIENTE:   | Sim. Também não tenho dormido muito bem.                                                                                                                                                                               |                          |
| TERAPEUTA: | Conte-me um pouco sobre isso. O que está acontecendo com seu sono?                                                                                                                                                     | Pergunta aberta          |
| CLIENTE:   | Bem, eu vou para a cama no mesmo horário todas as noites, mas em vez de dormir a noite toda, acordo às 3h30 quase todos os dias, e aí não consigo mais dormir.                                                         |                          |
| TERAPEUTA: | Então, isso não é normal para você. Você está acostumada a dormir bem                                                                                                                                                  | Reflexão                 |
|            | a noite toda e agora está acordando no meio da noite e não consegue mais dormir.                                                                                                                                       |                          |
| CLIENTE:   | Isso.                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| TERAPEUTA: | Certo. O que mais está acontecendo?                                                                                                                                                                                    | Pergunta aberta          |
| CLIENTE:   | Não sei. Quer dizer, eu fui ao médico porque estava com muito cansaço, sabe, então não tenho muita certeza.                                                                                                            |                          |
| TERAPEUTA: | Você estava fazendo um check-up só para ver se havia algo errado fisicamente.                                                                                                                                          | Reflexão                 |
| CLIENTE:   | Sim.                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| TERAPEUTA: | E o que seu médico disse?                                                                                                                                                                                              | Pergunta aberta          |
| CLIENTE:   | Ele me perguntou se eu poderia estar deprimida.                                                                                                                                                                        |                          |

|            |                                                                                  |                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| TERAPEUTA: | E o que você acha?                                                               | Pergunta aberta                                                            |
| CLIENTE:   | Eu não sei. Quer dizer, não tenho muita experiência com isso.                    |                                                                            |
| TERAPEUTA: | O que você sabe sobre depressão?                                                 | Pergunta aberta para saber o que ela já sabe antes de fornecer informações |
| CLIENTE:   | Sei lá. Acho que parece que muitas pessoas tomam remédios para isso hoje em dia. |                                                                            |

Este é apenas um exemplo de como as sessões gravadas podem ser analisadas quanto à presença de respostas específicas do terapeuta — neste caso, perguntas e reflexões.

Depois de ser capaz de reconhecer as reflexões, uma segunda etapa é praticar você mesmo a elaboração de declarações de escuta reflexivas. Isso pode ser feito em resposta a uma lista escrita ou registrada de exemplos de declarações de clientes<sup>370</sup>. Sozinho ou com outras pessoas, ouça uma sessão de atendimento, pausando regularmente depois das declarações do cliente a fim de listar possíveis respostas empáticas. Quando as reflexões são ditas em voz alta, você também pode praticar a “entonação” e as palavras, como ao abaixar o tom de voz no fim de uma sentença a fim de configurar uma afirmação em vez de uma pergunta.

À medida que a produção de reflexões únicas se torna mais fácil, experimente ao vivo em conversas não clínicas. Um colega poderia interpretar o papel de cliente, mas achamos melhor usar uma “cena da vida real”, na qual o orador fala sobre sua própria experiência. O papel do ouvinte é responder exclusiva ou principalmente com declarações de escuta reflexiva<sup>371</sup>. Você também pode tentar incluir a escuta reflexiva em suas conversas diárias.

Por fim, experimente na prática clínica. Aqui, é particularmente útil fazer uma gravação (com permissão do cliente) que você possa revisar depois. Nos momentos em que você com frequência pode fazer uma pergunta ou oferecer conselhos, tente ouvir de forma reflexiva. Ao tentar uma nova habilidade, comece com alguns casos menos difíceis, trabalhando até a aplicação em outros casos mais desafiadores<sup>372</sup>. Usar muitas reflexões para equilibrar as perguntas que você faz pode ser uma habilidade particularmente importante para começar, pois prediz melhores desfechos<sup>373</sup>.

A descrição anterior ilustra um espectro completo de prática deliberada, do reconhecimento à elaboração de respostas terapêuticas individuais e à prática conversacional em contextos clínicos e não clínicos. As mesmas etapas sucessivas podem ser usadas na prática de outras habilidades terapêuticas interpessoais descritas nos capítulos anteriores.

### **Fontes de feedback**

Um feedback confiável é um pré-requisito para o aprendizado. Sem ele, você está jogando golfe na neblina. A falta de informações confiáveis e oportunas sobre os desfechos dos tratamentos oferecidos aos clientes é uma provável explicação de por que conselheiros e psicoterapeutas não desenvolvem o tipo de competências progressivas que caracterizam outras profissões<sup>374</sup>.

O feedback por si só não é suficiente, é claro. Um feedback extenso e preciso é de pouca utilidade se você não ajustar seu comportamento de prática em conformidade. Um achado comum depois de oficinas de treinamento clínico, mesmo quando este inclui ensaios experienciais, é que os terapeutas retornam rapidamente aos hábitos de prática anteriores, mas acreditam que agora estão usando as novas habilidades<sup>375</sup>.

A seguir, consideramos seis possíveis fontes de feedback sobre a prática. Eles variam em simplicidade e no intervalo entre a prática e o feedback. Também podem variar em confiabilidade e validade. Alguns tipos de feedback podem ser irrelevantes ou até mesmo contrários aos bons resultados obtidos pelo cliente, uma consideração que abordaremos na próxima seção deste capítulo. Começamos aqui com as fontes de feedback mais proximais — mais próximas do comportamento de prática real — e depois passamos para aquelas mais distais ou tardias. As duas primeiras podem ser feitas por conta própria como prática reflexiva, enquanto as demais envolvem receber feedback de outras pessoas.

### **Respostas do cliente na sessão**

Uma forma ideal de feedback é aquela que ocorre imediatamente depois da prática de uma habilidade, assim como a bola do jogador de golfe entrando no buraco. Um exemplo é quando você observa como um cliente responde imediatamente ao seu comportamento na sessão. Por exemplo, quando você oferece uma declaração de escuta empática (Capítulo 3), com frequência

recebe feedback imediato do cliente sobre sua acurácia. Da mesma forma, um terapeuta psicodinâmico que fornece uma interpretação observa com atenção como o cliente responde, o que dá informações sobre se a interpretação foi adequada ou prematura.

No Capítulo 9, sobre evocação, discutimos algumas respostas de clientes durante a sessão que pressagiam melhores desfechos. No aconselhamento centrado na pessoa, por exemplo, o profissional presta atenção à profundidade da prática do “experimentando” dos clientes durante a sessão, que está associada ao crescimento positivo<sup>376</sup>. Na entrevista motivacional, o terapeuta percebe e busca evocar a fala de mudança do cliente, em relação à quantidade de falas de manutenção<sup>377</sup>. Várias habilidades técnicas e relacionais podem ser testadas para facilitar esses processos. O feedback imediato na sessão informa quais comportamentos de prática estimulam (ou inibem) as respostas do sujeito relevantes ao desfecho. Em outras palavras, você pode experimentar vários métodos durante a sessão e obter feedback imediato sobre se o cliente tem a resposta relevante esperada.

Da mesma maneira, algumas respostas na sessão sinalizam desfechos piores se não forem abordadas. É menos provável que a mudança ocorra quando uma pessoa argumenta contra ela<sup>378</sup>. Outras formas de “resistência” ou discordância na aliança terapêutica são evocadas por comportamentos de prática específicos e sinalizam um desfecho pior<sup>379</sup>. Assim, a ocorrência de comportamento resistente em uma sessão de tratamento pode ser considerada um sinal para não repetir o que estava provocando a resistência e tentar outras respostas para aliviá-la<sup>380</sup>. A prática deliberada de responder à resistência do cliente pode melhorar as habilidades do profissional<sup>381</sup> e diminuir as subsequentes respostas de resistência<sup>382</sup>.

Se as respostas específicas do cliente na sessão estiverem relacionadas de maneira confiável ao desfecho, terapeutas atentos podem receber feedback contínuo sobre quais comportamentos de prática potencializam ou inibem essas respostas. Quando o feedback segue imediatamente o comportamento do terapeuta, é mais provável que ele molde a prática futura.

### **Autorrevisão da prática clínica**

Uma segunda estratégia para a prática reflexiva inclui fazer gravações de áudio ou de vídeo de seu trabalho (com a permissão do cliente) para posterior

revisão reflexiva<sup>383</sup>. O registro dos atendimentos agora é comum, e descobrimos que os clientes raramente se opõem quando isso é apresentado como rotina com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço. Seja claro sobre como a confidencialidade será protegida, por quanto tempo uma gravação será mantida, quem (se houver alguém além de você) a observará e quando e como ela será destruída depois. É apropriado solicitar um consentimento assinado para isso. Também informamos aos clientes que a gravação pode ser interrompida a qualquer momento durante uma sessão se houver material que eles não queiram gravar — uma proteção que a maioria aprecia, mas raramente invoca.

Continuamos impressionados com o quanto mais podemos ouvir ao revisar posteriormente uma sessão, coisas que talvez tenham passado despercebidas enquanto estávamos no meio dela. Se estiver ouvindo um tipo específico de discurso de um cliente, por exemplo, em geral é mais fácil percebê-lo ao ouvir a sessão pela segunda vez. Você também pode voltar e ouvir suas próprias respostas que precederam ou seguiram respostas específicas do cliente. O que você fez que evocou a fala sobre mudança ou o experienciar do cliente? Se ele ficou na defensiva ou argumentativo, ou apenas pareceu desligado por um tempo, o que você estava fazendo pouco antes disso? Em um estudo, as práticas deliberadas relatadas por profissionais que estavam mais relacionadas a resultados obtidos pelo cliente incluíram revisar casos difíceis/desafiadores sozinho, analisar e refletir mentalmente sobre sessões anteriores e analisar e refletir sobre o que fazer em sessões futuras<sup>384</sup>.

Você também pode se concentrar apenas em suas próprias respostas. Ao tentar melhorar sua proporção de reflexões versus perguntas (Capítulo 3), você pode literalmente contá-las, considerar quantas de suas reflexões foram complexas versus simples e qual proporção de suas perguntas eram abertas versus fechadas. Você pode ouvir a melodia da fala de um modo que pode ter passado despercebido durante uma sessão. Ao fim das reflexões, o tom de sua voz aumentou ou diminuiu, e como os clientes responderam a cada uma dessas entonações? Assim como os atletas analisam cuidadosamente os vídeos de seus jogos, você pode aprender muito concentrando-se nos detalhes de suas sessões.

Existem códigos de observação que você pode usar para estruturar sua prática reflexiva. Eles variam em complexidade, desde simples contagens de respostas até sistemas que atribuem códigos a cada resposta do terapeuta e do

cliente. Ao usar esses códigos na autorrevisão da prática clínica, recomendamos o uso de contagens de respostas específicas, porque é difícil ser confiável e objetivo ao fazer avaliações globais de seu próprio trabalho. Por exemplo, os terapeutas são muito mais precisos em identificar quando ofereceram uma reflexão versus uma pergunta do que em avaliar seu nível de empatia geral. Construtos globais como genuinidade, empatia e consideração positiva sofrem de uma tendência a viés de autoavaliação (ou seja, as pessoas tendem a se avaliar de forma mais favorável nesses construtos do que um observador objetivo). Nas classificações globais, os terapeutas raramente avaliam seu próprio "nível" corretamente, em comparação com codificadores/observadores especializados.

A autoavaliação da prática clínica pode parecer mais segura do que permitir que outras pessoas ouçam e deem feedback ao seu trabalho, mas também tem sérias limitações. Imagine tentar aprender tênis, piano, xadrez, ginástica ou cirurgia sozinho. Sim, você pode ler livros e praticar técnicas específicas até que elas se tomem mais consistentes e confortáveis. Contudo, um mentor experiente em geral observa coisas que você deixa passar e pode fazer sugestões específicas, importantes e, às vezes, simples para melhorar suas competências.

### **Feedback e treinamento de especialistas**

Uma estratégia comum para aprender qualquer habilidade complexa é trabalhar com um mentor que tenha mais competências do que você. Quem poderia ajudá-lo a desenvolver habilidades técnicas ou relacionais específicas que de fato melhorarão os resultados obtidos pelos seus clientes?

Quando um mentor observa sua prática, você pode receber feedback em tempo hábil. Aprendemos no início de nossa carreira docente que, quando terapeutas novatos saíam de uma sessão de tratamento para nos contar o que havia acontecido, nossa capacidade de ajudá-los era limitada. Muitas vezes, o importante é o que o terapeuta não percebeu. Consequentemente, supervisionamos por meio de observação direta, primeiro através de espelhos unidirecionais<sup>385</sup> e, em seguida, por meio de gravações de vídeo ou áudio das sessões. A observação direta pode ser intimidante no treinamento inicial, mas nunca se diz a um treinador de tênis: “Não me observe”, ou a um professor de piano: “Não me ouça tocar. Eu ficaria muito envergonhado!”. Na verdade, a mentoria por meio da observação é uma rica oportunidade de aprendizado e

que muitas vezes não existe mais depois da conclusão do estágio de graduação.

Os mentores também podem fornecer feedback imediato com a prática simulada, como ao entrevistar um "paciente padrão" interpretado por um ator treinado. Atores profissionais em geral não respondem da mesma forma que clientes reais, sobretudo quando os terapeutas exibem habilidades avançadas<sup>386</sup>. No entanto, essas simulações fornecem uma amostra confiável das competências profissionais de base e uma oportunidade de melhorá-las<sup>387</sup>.

Conforme mencionado anteriormente, também é possível praticar habilidades como empatia adequada (Capítulo 3) em conversas "reais", em que as pessoas entrevistadas não estão fingindo ser outra pessoa, mas estão falando sobre suas próprias experiências<sup>388</sup>.

A utilidade do feedback de especialistas depende, é claro, da validade do conselho do mentor, lembrando que anos de experiência por si só não melhoram a prática clínica. Assim como acontece com os terapeutas, os supervisores ou mentores podem se concentrar em aspectos da prática que não estão relacionados ou que são até mesmo prejudiciais aos desfechos do cliente. O aconselhamento especializado é mais bem complementado por códigos observacionais estruturados e formas objetivas de monitoramento de desfechos.

### **Aliança terapêutica**

Existe uma relação confiável entre as avaliações do cliente sobre a aliança terapêutica (AT) — o quão bem ele e seu terapeuta trabalham juntos — e seus desfechos de tratamento<sup>389</sup>. As avaliações da AT são, portanto, um indicador razoável da eficácia do tratamento. Aqui, então, está outra oportunidade de feedback para melhorar suas competências profissionais<sup>390</sup>. A AT é melhor quando o terapeuta e o cliente concordam sobre o que estão tentando fazer, têm um forte vínculo emocional e estão colaborando para alcançar as metas que estabeleceram juntos. De muitas maneiras, uma boa AT é como duas pessoas em uma canoa, usando seus remos em sincronia para ir de um lado a outro de um lago. A AT envolve não apenas o desenvolvimento de habilidades interpessoais, mas também o ajuste dessas habilidades de maneira flexível em resposta às necessidades exclusivas dos clientes. Uma medida da AT comumente usada é o Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance

Inventory), que tem versões distintas para clientes, terapeutas e observadores<sup>391</sup>.

Como em qualquer relacionamento humano, interrupções na AT podem ocorrer (e ocorrem)<sup>392</sup>. Isso pode acontecer, por exemplo, quando há um desacordo sobre as metas do tratamento, ou quando o terapeuta e o cliente vivenciam discordância ou não estão cooperando para remar na mesma direção<sup>393</sup>. É importante prestar muita atenção à relação de trabalho que você tem, porque as rupturas na AT estão consistentemente associadas a piores resultados para o cliente<sup>394</sup>. A terapia focada em alianças (TFA)<sup>395</sup> foi desenvolvida para ajudar os terapeutas a reconhecerem e resolverem rupturas na AT, independentemente do método de tratamento usado. A TFA tem como meta fortalecer a capacidade dos profissionais de reconhecer e tolerar suas próprias emoções difíceis (como ansiedade) ou a hostilidade de seus clientes, aumentando sua autoconsciência, sua regulação afetiva e sua sensibilidade interpessoal. Essa abordagem se concentra em uma orientação aqui e agora, muitas vezes envolvendo o cliente na melhora da relação terapêutica como um esforço conjunto. A TFA foi operacionalizada em um manual de tratamento<sup>396</sup>, avaliada em ensaios clínicos randomizados e adicionada a outros tratamentos (p. ex., terapia cognitivo-comportamental) para melhorar os desfechos<sup>397</sup>. A abordagem decorre de uma tradição psicodinâmica, mas é compatível como um complemento a outras formas de aconselhamento e psicoterapia<sup>398</sup>.

### **Comunidade colaborativa de prática**

E se você não tiver acesso regular a um mentor especializado? Uma alternativa é formar uma comunidade colaborativa de prática, um grupo de aprendizado cujo único propósito é ajudá-lo a melhorar o que faz. Não tem como foco a competição ou a avaliação, mas o aprimoramento de habilidades por meio da prática deliberada em um ambiente de grupo. Uma comunidade de aprendizagem pode incluir pessoas com diferentes níveis de habilidades atuais. Não se destina a falar sobre habilidades, mas a efetivamente praticá-las.

Ao estruturar uma comunidade de prática, recomendamos uma base sólida na afirmação positiva de boas práticas. É fácil criticar. Talvez possamos listar 14 coisas que um aluno poderia fazer melhor; mas se o fizermos, é provável que nada mude, exceto a moral do aluno. Ao observar habilidades, seja em uma gravação ou em uma prática ao vivo, o que a pessoa está fazendo

corretamente"! Então, no contexto de afirmar o que já é uma boa prática, talvez se possa fazer uma sugestão sobre o que o aluno poderia tentar em seguida. Isso requer discernir, entre todas as sugestões que poderiam ser feitas, qual é um bom próximo passo na aprendizagem dessa pessoa.

Aqui está um formato de grupo específico que desenvolvemos para uma comunidade de prática com até 12 participantes. A atividade requer o uso de dois dados. Atribuímos números a cada participante. A cada vez, um participante oferece a prática clínica a ser observada. Pode ser parte de uma sessão gravada, de um role-play ao vivo ou de uma prática real com outro membro do grupo atuando como “cliente” ou orador. Estabelecemos um limite de 10 minutos na prática observada; trata-se de um equilíbrio entre o tempo suficiente para obter uma boa amostra de trabalho e o que pode se tornar entediante ou desgastante. Com exceção do praticante que está sendo observado, todos os outros têm duas tarefas: (1) observar o que o terapeuta está fazendo corretamente, fazendo anotações sobre exemplos específicos de boas práticas e (2) escolher uma sugestão única que ele daria ao terapeuta para ele tentar em seguida a fim de desenvolver suas competências. No final da amostra de 10 minutos, há uma rodada de afirmação na qual os observadores se revezam comentando o que consideraram uma boa prática, dando exemplos específicos sempre que possível. Cada pessoa faz um único comentário desse tipo (e apenas um); depois de todos terem falado, os membros podem continuar oferecendo suas observações de boas práticas até que tudo na lista de todos tenha sido mencionado. A seguir, usam-se os números atribuídos a cada participante. A pessoa que está recebendo feedback lança um dado (se houver seis pessoas ou menos no grupo) ou dois dados (se houver 7 a 12 pessoas). A pessoa cujo número aparece pode oferecer sua única sugestão. E é isso. Ninguém mais oferece uma sugestão, por mais brilhante que seja. Então é hora de outra rodada.

A aleatoriedade na seleção de quem oferecerá o feedback é importante — esse é o propósito de jogar os dados (ou algum outro meio de aleatoriedade). Descobrimos que a pessoa que mais deseja oferecer feedback nem sempre é o melhor participante para fazê-lo. Além disso, a aleatoriedade exige que cada observador pense ativamente sobre qual sugestão pode dar.

Assim como acontece com a autoavaliação da prática clínica, uma comunidade de prática totalmente independente tem uma deficiência. As comunidades de aprendizagem entre pares não substituem o feedback de

especialistas e, quando usadas como a única estratégia para aprender habilidades terapêuticas, podem promover confiança injustificada, como é comum quando os terapeutas avaliam suas próprias habilidades<sup>399</sup>. No entanto, a aprendizagem entre pares pode ter um impacto poderoso e único. Pense nos grupos de estudo que universitários entusiasmados formam fora de suas matérias mais difíceis. Eles não pretendem substituir o feedback e o conhecimento do professor, mas incentivam o aprendizado ativo de uma forma que estimula e enriquece a instrução formal recebida.

### **Monitoramento de desfechos**

Uma sexta potencial fonte de feedback é monitorar os resultados de todas as pessoas que você tratou, ou pelo menos de uma amostra representativa de clientes. Isso é rotina na pesquisa de desfechos de tratamento, em que todos os participantes tratados são acompanhados ao longo do tempo.

Enquanto as informações sobre os desfechos tendem a ser esporádicas e pouco fundamentadas na maioria das práticas clínicas, os ensaios clínicos buscam documentar os desfechos de todos os participantes com “intenção de tratar”. Embora os desfechos durante o tratamento sejam de interesse primário em ensaios clínicos farmacêuticos<sup>400</sup>, a psicoterapia é com frequência julgada pela manutenção dos ganhos e da qualidade de vida depois do término do tratamento<sup>401</sup>. Consequentemente, os desfechos dos ensaios clínicos de tratamento comportamental tendem a ser revelados bem depois do término da terapia, um atraso substancial entre a prática e o feedback.

Como você pode ter acesso aos resultados obtidos por seus clientes depois do tratamento? “Uma maneira bastante certa de garantir que nós mesmos não sejamos placebos profissionais nem psiconocivos é coletar informações sobre o resultado obtido pelos clientes que atendemos”<sup>402</sup>. Uma ligação telefônica de acompanhamento de rotina é uma possibilidade. Pense em como ia gostar se seu médico ligasse para você depois de uma consulta para saber como você está. Em alguns contextos, pode até ser um serviço reembolsável e, de fato, pode constituir um bom cuidado continuado. Em nossa área de tratamento da dependência química, uma consulta de rotina a cada três a seis meses é uma boa oportunidade para detectar problemas recorrentes precocemente e fornecer tratamento adicional conforme necessário, o que é uma boa prática no tratamento de doenças crônicas em geral. Além dos potenciais benefícios para os clientes, você também obtém uma visão mais ampla dos efeitos duradouros

do tratamento. Como você pode organizar consultas de acompanhamento de rotina com aqueles sob seus cuidados?

Na prática clínica contínua, é possível até mesmo realizar estudos relativamente baratos e úteis. Por exemplo, digamos que você esteja pensando em adicionar um novo componente aos procedimentos atuais com a esperança de que ele melhore os desfechos dos clientes. Como você poderia saber se isso acontecerá? Um projeto de avaliação de programa bastante simples<sup>403</sup> é implementar o novo componente de forma experimental durante um período experimental, talvez designando aleatoriamente os clientes para receber ou não o serviço adicional<sup>404</sup>. Como alternativa, os desfechos de interesse podem ser monitorados por um período antes da implementação, durante o período de teste do novo procedimento e, de novo, ao retornar à prática padrão sem a inovação (um modelo A-B-A). Se o desfecho for facilmente mensurável (p. ex., a porcentagem de clientes que retornam para tratamento depois da admissão), resultados informativos podem estar disponíveis em questão de semanas ou meses.

Conforme mencionado no Capítulo 8, um privilégio de realizar ensaios clínicos é que ficamos sabendo dos resultados que foram obtidos por todos os indivíduos tratados, algo que nem sempre acontece na prática clínica rotineira. Isso nos deu uma avaliação clara de quão bem a maioria dos clientes se sai após o tratamento<sup>405</sup>, em forte contraste com a opinião pública e profissional às vezes sombria sobre os desfechos da dependência química com base em relatos sem muita robustez. Também descobrimos que a maioria das pessoas gosta de ser contatada para saber como estão se saindo. Como uma reflexão tardia em um estudo de seguimento de longo prazo, pedimos aos clientes que avaliassem o terapeuta que os havia atendido; descobrimos, assim, que eles costumavam se lembrar do nome do habilidoso assistente de pesquisa que realizava suas entrevistas de seguimento! Para eles, tratava-se de cuidados continuados.

## **Pesquisas Acerca Da Prática Deliberada**

Há boas evidências em apoio ao impacto da prática deliberada na aquisição de habilidades pelo terapeuta. Daryl Chow e colaboradores (2015) usaram a modelagem multinível para examinar a atuação do terapeuta em um grande grupo de profissionais independentes que prestavam serviços em uma rede de

prática clínica. Como parte da participação na rede, eles receberam feedback sobre os desfechos de seus clientes em cada sessão usando uma medida de desfecho padronizada. O estudo incluiu 69 terapeutas e seus 4.580 clientes em 45 instituições diferentes. Como de costume, descobriu-se que alguns terapeutas tiveram desfechos confiavelmente melhores, mesmo quando controlados pela gravidade do caso e pelo treinamento e experiência do profissional. Como outros descobriram<sup>406</sup>, também havia terapeutas que tiveram desfechos consistentemente piores, embora seus clientes tivessem por volta do mesmo nível de gravidade daqueles atendidos pelos profissionais de alto desempenho. Não há como escapar disso: alguns terapeutas são simplesmente melhores (ou piores) com os clientes do que outros. Em um subconjunto (n = 17) dos terapeutas mais e menos eficazes, aqueles que se envolveram em mais atividades práticas deliberadas também tinham maior probabilidade de estar entre o grupo de alto desempenho. Na verdade, os profissionais de melhor desempenho realizaram quase três vezes mais esforços de prática deliberada do que os de menor desempenho. Chow et al. (2015) também descobriram que qualquer uma das 24 atividades práticas deliberadas foi associada a melhores desfechos em um contexto em que os terapeutas recebem feedback regular sobre os desfechos do cliente. Prática deliberada + feedback = mais competências e melhores resultados para o cliente.

Outro estudo que apoiou o papel da prática deliberada no aprimoramento das competências clínicas acompanhou todos os terapeutas e seus clientes em uma grande clínica de saúde mental por mais de sete anos. Os terapeutas recebiam feedback rotineiro sobre os resultados do cliente durante esse período, bem como aumentavam a frequência das consultas quando não havia melhora ou os profissionais estavam com dificuldades. Foram utilizadas várias estratégias para implementar a prática deliberada para o terapeuta nessa instituição, incluindo ensaiar conversas difíceis, usar esboços de casos simulados e revisar e refletir sobre as sessões. Ao longo dos sete anos em que essa iniciativa de melhoria da qualidade foi implementada, os resultados obtidos pelos clientes melhoraram constantemente ano a ano, tanto no geral como dentro do conjunto de casos de cada terapeuta. Observe que, nesse estudo, a prática deliberada se concentrou em casos preocupantes, com estratégias ativas e sistemáticas para fazer algo diferente quando os problemas surgissem. Portanto, pode ser valioso concentrar sua prática deliberada em situações clínicas nas quais você se sinta particularmente desafiado.

Assumir o controle de seu próprio crescimento profissional é um poderoso antídoto para o isolamento ao qual nossa profissão é propensa. O envolvimento ativo na prática deliberada pode melhorar suas habilidades terapêuticas, com resultados refletidos nos desfechos de seus clientes.

### **PONTOS-CHAVE**

- As competências terapêuticas dos profissionais e os desfechos dos clientes em geral não melhoram com os anos de experiência.
- A prática deliberada significa envolver-se intencionalmente em atividades destinadas a melhorar a proficiência por meio da repetição e do refinamento sucessivo.
- Com a prática deliberada e feedback, as competências terapêuticas e os resultados obtidos pelo cliente podem melhorar.
- A prática deliberada pode ser usada para melhorar não apenas as habilidades terapêuticas técnicas, mas também as habilidades interpessoais que influenciam os desfechos das intervenções realizadas.

## 13.

# ENSINANDO HABILIDADES TERAPÊUTICAS

Em algum momento de sua carreira, você poderá se ver com a responsabilidade de ensinar, supervisionar ou oferecer mentoria a outras pessoas. Talvez isso já seja uma parte importante do seu trabalho. Ao fazer isso, você necessariamente faz escolhas sobre quais aspectos da prática clínica são mais importantes transmitir em seus ensinamentos. Essas decisões refletem questões mais amplas no aconselhamento e na psicoterapia. Até que ponto você focaria seu ensino nas habilidades interpessoais?

O treinamento clínico com frequência foca na execução de técnicas específicas, que seguem uma perspectiva teórica particular<sup>407</sup>. Seus aprendizes podem aprender a:

- Ensinar habilidades específicas de autorregulação, tolerância ao mal-estar ou reestruturação cognitiva.
- Desenvolver uma hierarquia de dessensibilização, esclarecer valores pessoais ou realizar uma análise funcional.
- Analisar a transferência, conduzir os clientes pela exposição sistemática a eventos traumáticos ou reparar uma ruptura na aliança terapêutica.

Os manuais do terapeuta podem ser usados para melhorar a consistência e a fidelidade ao fornecer tratamentos específicos<sup>408</sup>. A adesão a esse manual é medida pela observação e pela documentação da execução de procedimentos prescritos específicos<sup>409</sup>. No entanto, o uso de manuais de tratamento não resultou em melhorias consistentes nos resultados obtidos pelos clientes<sup>410</sup>. A adesão do terapeuta aos manuais de tratamento parece ser insuficiente para melhorar a competência profissional e os desfechos dos tratamentos.

Embora a importância da relação terapêutica seja amplamente reconhecida, o treinamento clínico nem sempre explorou o que isso significa e como alcançá-la. Tanto no treinamento clínico como nos manuais do terapeuta, dá-se

relativamente pouca atenção às habilidades terapêuticas descritas neste livro, embora elas pareçam impactar mais nos resultados obtidos pelo cliente do que as diferenças entre técnicas de tratamento ou sistemas de psicoterapia específicos. Neste capítulo, discutimos como as habilidades interpessoais do terapeuta podem e devem ser incluídas no treinamento clínico, mas primeiro consideramos três papéis metaprofissionais no ensino de conselheiros e psicoterapeutas: instrutor, mentor e supervisor.

## **Papéis Metaprofissionais: Qual É O Meu?**

Ao longo de uma carreira voltada a atendimentos terapêuticos individuais, você pode ter um impacto pessoal benévolo na vida de centenas de clientes. Se tiver a oportunidade de treinar, supervisionar ou oferecer mentoria a outros profissionais, sua influência poderá se estender aos cuidados de milhares de pessoas. Ensinar a ter competência é uma tarefa bem diferente de atender clientes, e suas habilidades interpessoais também são essenciais aqui.

Esses três papéis metaprofissionais — treinamento, supervisão e mentoria — podem ser confundidos um com o outro, em parte porque às vezes são combinados nos sistemas de serviços. Pode-se solicitar a você que desempenhe mais de uma dessas tarefas simultaneamente. Vale a pena considerar o que está sendo solicitado em cada uma delas.

### **Treinamento**

Definimos “treinamento” como a transmissão das habilidades necessárias para melhorar o tratamento de alguma forma. Isso pode incluir:

- Treinamento clínico inicial (p. ex., estágio de graduação).
- (Re)treinamento de uma habilidade terapêutica antes desconhecida (p. ex., educação profissional continuada).
- Garantia de qualidade, melhora da adesão a um método de tratamento ou recertificação.
- Conteúdo específico que é importante no desempenho profissional (p. ex., diretrizes éticas ou critérios diagnósticos).
- Fortalecimento contínuo das habilidades interpessoais que podem melhorar a qualidade e os desfechos de muitas formas diferentes de tratamento.

Como discutiremos em breve, há fortes evidências de que é necessário mais do que instrução didática para transmitir competência em qualquer uma dessas habilidades terapêuticas complexas. Isso não deveria ser uma surpresa. Imagine oferecer uma oficina em sala de aula sobre como tocar fagote, pilotar um avião ou remover um apêndice inflamado. Uma palestra pode ser um bom começo, mas ela precisa ser seguida por prática observada e feedback no contexto de supervisão ou mentoria. Um achado óbvio nas pesquisas de treinamento clínico é que é improvável que a instrução dada em oficinas ou em sala de aula por si só tenha um impacto duradouro na prática<sup>411</sup>. No entanto, em aconselhamento e psicoterapia, esse modelo didático continua sendo a forma predominante de formação profissional continuada. Em outras palavras, investimos mais tempo em um tipo de aprendizado que é menos eficaz em melhorar as habilidades clínicas.

## **Supervisão**

A “supervisão” é uma relação formal entre dois profissionais, um dos quais tem autoridade sobre o outro. A supervisão se estende por tempo prolongado e tem como objetivo evitar danos e melhorar as habilidades do supervisionado. Os supervisores com frequência são licenciados ou certificados e têm a tarefa de monitorar a qualidade dos serviços profissionais dos supervisionados e atuar como defensores de uma profissão<sup>412</sup>. Assim, os supervisores são explicitamente e muitas vezes legalmente responsáveis pelos erros cometidos por seus supervisionados. Os supervisores têm autoridade para interromper ou redirecionar os serviços clínicos dos supervisionados se perceberem que o atendimento ao cliente está sendo comprometido. Eles podem iniciar planos corretivos de aprendizado e, em casos extremos, podem intervir de modo a proibir totalmente os supervisionados de prestar atendimento. A segurança do cliente é a primeira preocupação e responsabilidade do supervisor, sendo as necessidades de treinamento dos supervisionados uma importante tarefa secundária.

Nesse tipo de relação, os aprendizes podem optar por atentar cuidadosamente ao que dizem e fazem, porque sabem que o professor os está avaliando. Essa é uma consequência inevitável da responsabilidade inerente às funções de supervisão<sup>413</sup>. Assim como em outras atividades clínicas, a supervisão deve incorporar o consentimento informado, incluindo o

reconhecimento explícito da autoridade e das responsabilidades do supervisor quando surgirem dúvidas.

### **Mentoria**

A “mentoria”, por sua vez, é uma relação colaborativa. O gerenciamento de riscos é realizado por um supervisor distinto ou pelos próprios memorados, que podem ser licenciados ou certificados para atuar de maneira independente. Embora o mentor provavelmente tenha um nível mais alto de especialização, a relação não é hierárquica e o mentor não tem a capacidade de sancionar os memorados, obrigá-los a se remediar ou afastá-los da prática. Os mentores podem ou não trabalhar na mesma organização que os memorados, e sua função com frequência não inclui responsabilidade organizacional explícita pela segurança do cliente. Quando os mentores sabem que a segurança dos clientes está sendo gerenciada por outros meios, eles ficam livres para se concentrar em desenvolver as habilidades de seus mentorados.

A mentoria vai muito além de fornecer informações. Com frequência, é necessário observar diretamente o desempenho do mentorado e fornecer feedback e sugestões para o aprimoramento de habilidades. Uma relação de mentoria pode se estender ao longo do tempo ou pode se dar por um período limitado, como no caso de um consultor visitante ou de uma aula dada por um especialista.

Funções duplas que misturam as tarefas de treinamento, supervisão e mentoria podem ser confusas. Analise cuidadosamente qual função de ensino você está assumindo, a fim de evitar problemas futuros para você e seus aprendizes. Suas responsabilidades incluem:

- Transmitir informações?
- Aumentar as habilidades observáveis, talvez de acordo com um critério de competência?
- Avaliar a aquisição de conhecimentos e/ou habilidades?
- Selecionar/escolher candidatos para treinamento?
- Evitar danos?
- Aumentar a motivação para aprender em seus supervisionados?

## **Ensinando Habilidades Terapêuticas**

Fomos treinados com duas décadas de diferença em universidades com programas de psicologia clínica bem diferentes. De um lado, todos os professores se identificavam solidamente como terapeutas comportamentais, cautelosamente céticos até mesmo em relação à terapia cognitiva. O outro programa de treinamento clínico era bastante eclético, com profissionais representando meia dúzia de escolas de psicoterapia divergentes e muitas vezes conflitantes. Contudo, em ambos os programas de treinamento, o primeiro curso clínico de um ano, antes mesmo de atendermos clientes, era focado na relação terapêutica. Aprendemos uma forma facilitadora de trabalhar com clientes que serviu como base para desenvolver outras habilidades terapêuticas, bem como uma rede de segurança em que sempre pudemos confiar para, pelo menos, não causar danos. Achamos que esse é um bom modelo para treinar novos conselheiros e psicoterapeutas, focando primeiro nos fundamentos de uma relação terapêutica. Um curso de um ano especializado no aprendizado dessas habilidades é um investimento inteligente para competência posterior em qualquer abordagem psicoterapêutica. Você pode fornecer aos iniciantes uma sólida base de habilidades terapêuticas que provavelmente não causarão danos, combinarão bem e melhorarão o desfecho de outras modalidades de tratamento.

As habilidades terapêuticas descritas neste livro podem ser úteis não apenas para os próprios terapeutas, mas também para outras pessoas que interagem com os clientes, como aqueles que atendem telefones, coletam informações ou agendam consultas<sup>414</sup> descobriram que, após o treinamento, não havia diferenças significativas nos níveis de habilidade terapêutica de conselheiros leigos, estudantes de graduação em psicologia e profissionais experientes. Nosso foco principal aqui, porém, é preparar prestadores de serviços terapêuticos.

### **A quem ensinar?**

Como decidir onde focar seu treinamento, supervisão e mentoria? É claro que as pessoas variam em sua capacidade potencial de desenvolver habilidades terapêuticas. Algumas parecem ter uma propensão natural e aprendem rapidamente; outras podem mostrar pouco progresso mesmo com treinamento intensivo<sup>415</sup>. Existem poucas diretrizes para identificar com antecedência os candidatos com maior probabilidade de ter talento clínico. A literatura científica esclarece alguns fatores que não predizem de maneira confiável o desenvolvimento de habilidades terapêuticas: personalidade (como

introversão/extroversão), experiência, formação, gênero e idade<sup>416</sup>. As características e as qualificações que aparecem em um currículo ou inscrição para uma pós-graduação não estão, em grande parte, relacionadas à potencial eficácia de um terapeuta.

Então, o que indica aprendizes com maior probabilidade de adquirir perspicácia terapêutica? Alguns candidatos podem ter uma vantagem inicial por já mostrarem algum desenvolvimento de habilidades interpessoais pertinentes. Ao selecionar pessoas para aprender e fornecer terapias complexas, por exemplo, descobrimos que a pré-seleção de habilidades de escuta empática acelerou o aprendizado da entrevista motivacional<sup>417</sup> e, posteriormente, predisse melhores resultados obtidos pelos clientes<sup>418</sup>. Para o treinamento de nível básico, pode-se usar um período probatório para avaliar até que ponto os candidatos mostram progresso na capacidade de demonstrar habilidades terapêuticas na prática. Em programas clínicos entre cientistas e profissionais, pode ser sensato fazer isso no primeiro ano de treinamento, em vez de moldar as habilidades científicas e então descobrir déficits interpessoais preocupantes anos depois. Conforme enfatizado no Capítulo 2, “as diversas profissões relacionadas deveriam participar de maneira ativa na eliminação ou reciclagem de terapeutas, educadores, conselheiros, etc., que são incapazes de fornecer altos níveis de ingredientes eficazes e que, portanto, tendem a proporcionar encontros humanos que mudam as pessoas para pior”<sup>419</sup>.

Além das habilidades interpessoais já desenvolvidas, outro fator é a motivação para aprender. As oficinas de educação continuada são uma experiência bem diferente, dependendo se os aprendizes escolheram e investiram recursos pessoais para aprender ou se alguém lhes disse “você precisa aprender isso, goste ou não”. Ao introduzir novas habilidades continuamente, descobrimos que é muito melhor começar com aqueles que mais querem aprender e mostrar o melhor potencial, em vez de tentar treinar todos de novo. É um pouco como tentar acender muitas velas com um único fósforo. Preparar um pequeno grupo de aprendizes para o sucesso possibilita que eles, por sua vez, incentivem outras pessoas. Acreditamos que escolher um grupo menor, motivado e talentoso de aprendizes é a melhor maneira de implementar mudanças no sistema em longo prazo.

## **Relevância**

Uma vital mensagem de base dos professores de prática clínica é que as habilidades interpessoais são relevantes. Não se trata de bobagem anticientífica. Ao contrário, o impacto das habilidades interpessoais está enraizado nas próprias origens da ciência na prática clínica em psicologia<sup>420</sup>. Qualquer tratamento baseado em evidências está entrelaçado com as qualidades daqueles que o fornecem. Além disso, uma habilidade terapêutica como a empatia precisa é um componente do tratamento baseado em evidências e tem sido assim por meio século (ver Capítulo 3)<sup>421</sup>.

## **Atitude**

Outra perspectiva fundamental no ensino de habilidades terapêuticas interpessoais é que elas não são meramente técnicas. Rogers (1980d) enfatizou a importância da "atitude" subjacente dos terapeutas, a mentalidade ou suposições que orientam a prática. Terapeutas em treinamento se apegam prontamente a técnicas e manuais que podem ser “palavras sem a música”, transmitindo a sensação de fazer algo para o cliente e não com ele<sup>422</sup>. O que você acha do seu trabalho e do seu papel nele é relevante.

Em geral, atitudes e valores são moldados gradualmente ao longo do tempo por meio de interações interpessoais, embora também possam ser transformados por experiências distintas<sup>423</sup>. O ensino de atitudes terapêuticas pode começar com a comunicação de que elas são relevantes, incentivando o terapeuta a refletir em um nível mais profundo do que o técnico. Uma metodologia de "pensar em voz alta" que tem sido usada para estudar a cognição e a emoção<sup>424</sup> também pode ser utilizada no treinamento clínico para articular pensamentos que orientam a prática.

Durante a prática simulada ou na revisão de sessões gravadas em áudio ou vídeo, interrompa a interação e faça perguntas reflexivas, como:

- "O que você está (estava) pensando neste momento?"
- "Onde você está pretendendo chegar aqui?"
- "Por que você fez essa pergunta específica?"
- "Como você espera que o cliente responda?"
- "Por que você refletiu essa parte específica do que o cliente disse?"

Isso não é feito com um tom crítico (“Que raios você estava pensando!?”), mas com a curiosidade de entender e ajudar os supervisionados a refletirem

sobre como estão processando as informações.

### **Demonstração**

Conforme mencionado no Prefácio, pode ser informativo observar os criadores de determinadas abordagens de tratamento efetivamente praticando-as. Com certeza, haverá idiossincrasias do terapeuta que não precisarão ser imitadas, mas os criadores de um método podem fazer muitas coisas relevantes que não estão discriminadas em seus escritos ou palestras sobre o tratamento. Não é só o que eles fazem, mas como fazem. Suas comunicações interpessoais podem ser pelo menos tão importantes quanto as técnicas específicas que descrevem. Da mesma forma, será importante que seus aprendizes possam observá-lo enquanto você demonstra como abordaria as interações clínicas com foco nas habilidades interpessoais. Como, exatamente, você faria as coisas de maneira diferente se considerasse que a relação com o cliente era pelo menos tão importante quanto o conteúdo do tratamento que você estava oferecendo? Você está disposto a permitir que seus supervisionados observem enquanto você interage com os clientes? Em nossa opinião, uma importante qualidade dos professores de aconselhamento e psicoterapia é a sua disposição de serem observados na prática real.

### **Prática observada, feedback e mentoria**

Existe um mito tácito e conveniente que surgiu em tomo da observação da prática: que a psicoterapia é uma mágica especial que só pode acontecer a portas fechadas. É óbvio que existem elementos de privacidade que tornam a terapia única, mas não se trata de mágica, e observá-la não a torna menos eficaz. Um achado claro das pesquisas sobre treinamento é que os terapeutas se beneficiam do feedback sobre seu trabalho baseado na observação de sua prática. Esse feedback individualizado pode ser parcialmente quantitativo e qualitativo<sup>425</sup>. A aprendizagem ativa que inclui prática e feedback prediz a aquisição e a manutenção de habilidades terapêuticas, enquanto o treinamento por meio de leitura ou oficinas didáticas por si só não o faz<sup>426</sup>. Os protocolos de internet podem ajudar a fortalecer as habilidades terapêuticas se incluírem prática e feedback<sup>427</sup>. Outra razão importante para a prática observada é que os terapeutas são notoriamente maus juízes da qualidade de seu próprio trabalho. Os menos eficazes se consideram tão competentes quanto os mais eficazes e superestimam drasticamente seus desfechos na maioria das vezes<sup>428</sup>. Apesar dos esforços para melhorar aspectos financeiros e a

capacidade de dimensionamento do treinamento de terapeutas, ainda não há um substituto viável para o feedback de especialistas para os aprendizes<sup>429</sup>.

### **Aprendizagem experiencial**

Envolver os supervisionados na prática experiencial é particularmente importante para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas interpessoais. Além da observação da prática com clientes, conforme descrito anteriormente, pode ser útil estruturar exercícios de treinamento para que eles experienciem e desenvolvam essas habilidades interpessoais. O role-play é uma forma comum de fazer isso; nela, os supervisionados interagem com colegas ou atores interpretando clientes<sup>430</sup>. No entanto, mesmo atores profissionais podem não responder como pessoas reais fariam, interpretando, em vez disso, um papel que eles construíram. Outros estagiários clínicos ou colegas podem interpretar clientes que são muito fáceis de tratar, por um lado, ou irrealisticamente intratáveis e que não respondem às sugestões interpessoais, por outro. Reservar um tempo para desenvolver um papel antes de começar pode ajudar, assim como fazer ajustes nele durante a prática (p. ex., na gravidade ou nível de dificuldade). Os role-plays também têm a vantagem de se poder “retroceder” e começar de novo a partir de um ponto específico enquanto se tenta uma abordagem diferente. Quando usamos essa opção em nosso treinamento, pedimos às pessoas que estão representando o papel de cliente que respondam espontaneamente, conforme parecer natural dentro do papel, em vez de seguir um roteiro pré-planejado. Embora o role-play com clientes comuns possa ser intimidante para os supervisionados, eles em geral avaliam a prática como uma parte valiosa do aprendizado de novas abordagens de tratamento<sup>431</sup>.

Uma alternativa útil ao role-play é o que chamamos de “prática real”, em que os entrevistados falam sobre si mesmos. Essas interações com frequência são mais genuínas e facilitam o aprendizado para ambos os participantes. O entrevistador está interagindo com uma pessoa real que responde naturalmente. O entrevistado, por sua vez, obtém experiência de recepção ao responder a estilos terapêuticos interpessoais. O entrevistador está praticando habilidades terapêuticas e está falando sobre uma experiência real, embora o assunto não precise ser profundamente terapêutico<sup>432</sup>; ele não está tentando consertar ou mudar o entrevistado. É, em essência, uma conversa com um ouvinte solidário.

Na prática real, ambas as partes obviamente também estão respondendo ao contexto: quem está observando, a percepção de segurança do ambiente, o desempenho e a ansiedade da avaliação. O entrevistado, por exemplo, pode escolher um tópico aparentemente seguro para começar, mas depois a interação empática vai mais longe e de maneira mais profunda do que o previsto. Dê permissão explícita aos entrevistados para sair de uma prática real a qualquer momento. Um formato de treinamento que usamos para ajudar o entrevistador instrui todos os observadores a prestarem atenção a exemplos de práticas boas e habilidosas e a anotá-los para que possam ser relatados. Você também pode sugerir que os entrevistadores insiram um ou dois erros intencionais!

### **O que ensinar: componentes da prática**

Há uma certa ironia no termo “inespecífico”, se isso for entendido como indicando que essas habilidades terapêuticas não podem ser especificadas ou ensinadas. Definir e medir operacionalmente as habilidades interpessoais dos terapeutas estava no cume da ciência na prática clínica inicial, especificando os processos terapêuticos e vinculando-os aos resultados obtidos pelo cliente<sup>433</sup>. Na década de 1960 já se desenvolvia e avaliava o treinamento dessas habilidades. Quando definida operacionalmente, a habilidade desejada pode ser observada e presumivelmente fortalecida na prática.

A empatia precisa (Capítulo 3) é a mais estudada dessas habilidades terapêuticas interpessoais. Metanálises descrevem-na como tendo a mais forte relação com os resultados obtidos pelo cliente<sup>434</sup>. Originalmente, as avaliações dos terapeutas eram feitas em uma escala Likert, com descrições narrativas de cada nível de habilidade<sup>435</sup>. O comportamento de prática de escuta reflexiva pode ser codificado de forma confiável e está altamente correlacionado com as avaliações globais de empatia precisa dos observadores<sup>436</sup>. A habilidade de escuta reflexiva pode ser desenvolvida por meio de aproximações sucessivas, como comportamentos não verbais, elaboração e teste de suposições sobre possíveis significados, elaboração de declarações reflexivas e aumento na proporção entre reflexões e perguntas<sup>437</sup>.

Além de melhores resultados observados, habilidades interpessoais fortes oferecem aos terapeutas outra importante vantagem: a capacidade de ajustar sua abordagem dependendo das interações momento a momento com seus clientes. Essa meta-habilidade terapêutica de adaptar o tratamento ao

indivíduo é amplamente conhecida como “responsividade”<sup>438</sup>. É provável que terapeutas responsivos mudem o que oferecem dependendo do que encontram no cliente, em vez de persistirem em uma determinada abordagem. A empatia, por exemplo, é uma habilidade terapêutica fundamental, mas também é importante observar as respostas do cliente a cada momento e escolher quando e como deve-se usar habilidades específicas (incluindo a empatia)<sup>439</sup>. Pesquisas indicam que terapeutas habilidosos ajustam os protocolos de tratamento de acordo com o cliente de modo a alcançar desfechos ideais, apesar do objetivo do pesquisador de manter o tratamento o mais uniforme possível<sup>440</sup>. Esse achado é particularmente imperioso em relação ao nível de resistência do cliente<sup>441</sup>. Terapeutas competentes não avançam com tarefas de direcionamento, atividades de ensino ou protocolos específicos quando os clientes estão receosos. Embora esses estudos não digam o que os profissionais fazem no lugar dessas intervenções, é provável que as condições terapêuticas desempenhem um papel crítico. Há cada vez mais pesquisas indicando que a adesão estrita aos manuais de tratamento na verdade compromete os desfechos do cliente<sup>442</sup>. Em contrapartida, a capacidade do terapeuta de responder com flexibilidade aos clientes depois de desenvolver competência em um tratamento que segue um manual prediz melhores desfechos<sup>443</sup>.

### **Profissionais em cargos de influência**

Às vezes, profissionais talentosos aceitam cargos nos quais podem influenciar a direção de estruturas organizacionais por meio do gerenciamento de programas e/ou do desenvolvimento de políticas. Nesses cargos, pode-se aplicar a ciência na prática clínica no aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados e das habilidades profissionais. Um administrador responsável pela contratação de novos terapeutas, por exemplo, tem a oportunidade de promover mudanças significativas e às vezes rápidas no ambiente do programa<sup>444</sup>. Ao contratar profissionais para oferecer tratamentos com suporte empírico, atender e priorizar habilidades terapêuticas interpessoais pode melhorar os desfechos gerais de um programa<sup>445</sup>. Pode-se implementar práticas de treinamento, supervisão e consultoria a fim de fortalecer a qualidade dos serviços em uma organização<sup>446</sup>. Pode-se adotar as políticas e os procedimentos do programa a fim de regularizar a observação da prestação de serviços, de acordo com a exigência da American Psychological

Association de observação “ocular” dos estagiários em treinamento<sup>447</sup>. Pode-se implementar a mensuração rotineira da satisfação do cliente e dos desfechos para melhorar ainda mais os serviços. Essa pode ser a única maneira de detectar e responder a profissionais atípicos cujo trabalho está bem abaixo da média ou que está até mesmo sendo prejudicial aos clientes<sup>448</sup>. Profissionais que se encontram em posições de liderança ou em conselhos de organizações responsáveis pela educação continuada, licenciamento ou certificação, conferências profissionais, padrões éticos ou treinamento de novos profissionais podem incentivar, de maneira mais ampla, práticas de qualidade semelhantes.

Os serviços profissionais há muito sofrem com um preocupante atraso entre o que é conhecido pela ciência e o que é efetivamente implementado na prática<sup>449</sup>. Muito já se sabe sobre a eficácia dos métodos de tratamento da saúde comportamental. Também se sabe muito sobre as qualidades dos profissionais que efetivamente melhoram ou pioram os resultados obtidos pelos clientes em tratamentos baseados em evidências. Esse conhecimento pode ser aplicado em sua prática individual, nas políticas da instituição que você influencia e em padrões e treinamentos profissionais mais amplos quando você atua no desenvolvimento deles. Considere focar nas habilidades interpessoais dos terapeutas como uma maneira de maximizar sua contribuição para o aprimoramento da psicoterapia, sobretudo à medida que sua influência se amplia além do consultório.

### **PONTOS-CHAVE**

- O ensino de habilidades terapêuticas interpessoais baseadas em evidências deve começar no início do treinamento de conselheiros e psicoterapeutas.
- Os papéis metaprofissionais de treinamento, supervisão e mentoria têm funções diferentes no ensino de profissionais novatos e no processo de formação contínua.
- Existem poucas diretrizes confiáveis para identificar com antecedência os candidatos com maior probabilidade de ter talento clínico.
- É importante que os professores declarem e demonstrem que as habilidades interpessoais terapêuticas são importantes e são baseadas em evidências.

- Essas habilidades terapêuticas não são meramente técnicas, mas refletem e expressam uma atitude ou mentalidade subjacente.
- Uma qualidade importante dos professores de aconselhamento e psicoterapia é a disposição de serem observados na prática real.

## 14.

# RUMO A UMA CIÊNCIA MAIS AMPLA NA PRÁTICA CLÍNICA

Quando Carl Rogers se tornou seu presidente em 1947, a American Psychological Association era um consórcio de especialidades experimentais que incluía poucos especialistas e, em grande parte, não considerava ou pelo menos ignorava o aconselhamento e a psicoterapia como sendo intervenções não científicas<sup>450</sup>. O compromisso de Rogers com a ciência na prática clínica foi, sem dúvida, sua contribuição profissional mais importante para a psicologia. Assim como as reflexões que oferecia aos clientes, ele considerava suas ideias mais amplas não como fatos estabelecidos, mas como aproximações e hipóteses a serem testadas<sup>451</sup>.

As concepções da ciência na prática clínica se aprimoraram e se estreitaram desde o trabalho seminal de Rogers. Temos hoje, à nossa disposição, medidas muito melhores para avaliar a eficácia do tratamento. Em ensaios clínicos realizados na década de 1960, o impacto das intervenções clínicas era frequentemente avaliado por medidas bastante grosseiras, como o escore no Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI, do inglês Minnesota Multiphasic Personality Inventory)<sup>452</sup>. Além disso, não é mais suficiente, pelo menos nos periódicos científicos, simplesmente dizer que alguém realizou uma terapia com um determinado nome. Agora, espera-se na ciência clínica — se não na prática clínica em si — que haja alguma medida de fidelidade ao tratamento além do autorrelato do terapeuta sobre o que foi efetivamente administrado.<sup>453</sup> Por sua vez, as avaliações dos observadores com frequência usadas para monitoramento da fidelidade facilitaram a exploração dos mecanismos terapêuticos subjacentes, com o inquietante achado de que as psicoterapias em geral não funcionam pelos motivos preditos<sup>454</sup>. A especificação e o teste de cadeias causais explicativas são um exigente padrão na pesquisa clínica; Rogers e seus aprendizes foram pioneiros exatamente nisso, com implicações diretas sobre o que o treinamento clínico deve focar<sup>455</sup>. Quando mecanismos terapêuticos hipotéticos são identificados e definidos operacionalmente, eles podem ser testados experimentalmente<sup>456</sup>.

Uma cadeia causal completa demonstraria que o treinamento clínico muda os comportamentos da prática, que, por sua vez, impactam os processos terapêuticos de modo a comprovadamente melhorar os desfechos do tratamento<sup>457</sup>.

Ao mesmo tempo, em relação ao trabalho de Rogers, a ciência na prática clínica atual tem uma visão um tanto restrita, com foco na eficácia de técnicas de tratamento específicas. Um desfecho desse foco foi o desenvolvimento de listas de tratamentos “baseados em evidências”, com incentivo para treinar e reembolsar apenas os procedimentos incluídos nelas, paralelamente aos códigos de cobrança usados na assistência médica. O que aparece nessas listas, é claro, depende das regras aplicadas às evidências e do ônus da prova: quanto e que tipo(s) de achados científicos são suficientes para designar um tratamento com um determinado nome como sendo “eficaz”? O National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) estabeleceu um nível de corte nas evidências tão baixo que gerou uma lista de 479 intervenções eficazes<sup>458</sup>. Listas mais curtas de diagnósticos específicos variam em conteúdo, dependendo de como as evidências são ponderadas<sup>459</sup>.

## **Tratamentos Específicos Ou Relação Terapêutica?**

Embora tenha havido alguns sinais de integração, surgiu um debate polarizado entre os proponentes de procedimentos específicos de tratamento baseados em evidências e os defensores da importância da relação terapêutica<sup>460</sup>. O que importa na terapia são os procedimentos específicos que estão sendo usados ou o contexto relacional no qual eles são ministrados? O problema com essa pergunta é a palavra "ou". Claramente, ambos importam, e a dicotomia e/ou é enganosa<sup>461</sup>. Poucos argumentariam que o que um conselheiro faz não é relevante. No entanto, também é verdade que quando diferentes procedimentos genuínos de tratamento comportamental são comparados em ensaios clínicos randomizados, seus resultados médios com frequência são semelhantes. Mesmo o "tratamento usual" não especificado pode produzir desfechos comparáveis aos de psicoterapias altamente estruturadas, guiadas por um manual e supervisionadas com atenção<sup>462</sup>. Além disso, procedimentos de tratamento específicos são inseparáveis das pessoas que os fornecem<sup>463</sup>. Mesmo quando se faz um grande esforço para padronizar

o tratamento oferecido, os resultados obtidos pelos clientes ainda variam de acordo com os terapeutas que os trataram<sup>464</sup>.

## **Implementação**

Existem outras complexidades na disseminação, na implementação e no controle de qualidade dos métodos de tratamento. Os ensaios clínicos de psicoterapias em geral são conduzidos sob condições altamente controladas, e o tamanho de efeito de um tratamento tende a diminuir quando ele é depois implementado na prática comunitária<sup>465</sup>. De maneira irônica, embora os tratamentos em si possam ser baseados em evidências, com frequência há pouca base científica para os métodos usados para seu treinamento, disseminação e implementação<sup>466</sup>. Assim, o que é efetivamente fornecido na prática comunitária pode ser bem diferente dos procedimentos de tratamento específicos originalmente testados. Sem uma auditoria rigorosa da prática real, a exigência de oferecer um tratamento baseado em evidências se reduz a pouco mais do que alegar fazê-lo<sup>467</sup>.

## **Manuais de tratamento**

Uma estratégia para melhorar a fidelidade ao tratamento tem sido a publicação de manuais de procedimentos detalhados para os terapeutas seguirem. Para obter financiamento para ensaios clínicos de intervenções comportamentais, os pesquisadores devem especificar os procedimentos de tratamento a serem testados. Esse é um requisito razoável e, portanto, os manuais de tratamento surgiram como um subproduto dos ensaios clínicos nos quais a administração do tratamento com frequência é monitorada e supervisionada com atenção. Para garantir a qualidade, aqueles que se desviam dos procedimentos especificados durante um ensaio clínico podem ser “marcados”, impedindo-os de tratar quaisquer outros casos até que sua adesão melhore<sup>468</sup>. Então, os manuais do terapeuta são divulgados para uso na prática comunitária, em geral com pouco ou nenhum treinamento especial, monitoramento ou controle de qualidade. Mesmo em ensaios clínicos, há poucas evidências de que seguir um manual detalhado melhore significativamente o desfecho do tratamento<sup>469</sup>. Em uma metanálise<sup>470</sup> de ensaios clínicos de entrevista motivacional, por exemplo, o tamanho de efeito médio foi substancialmente maior em estudos que não usaram um manual para padronização ( $d = 0,65 \pm 0,62$ ) do que em estudos em que o tratamento

foi guiado por um manual ( $d = 0,37 \pm 0,62$ ). Outras metanálises encontraram um pequeno efeito favorecendo os estudos com manual<sup>471</sup>, mas as comparações aleatórias diretas dentro do estudo não mostraram diferença nos desfechos da terapia seguindo ou não um manual<sup>472</sup> ou da mudança que veio do próprio cliente<sup>473</sup>. Um grande estudo determinou que a maior adesão do terapeuta a um manual estava associada à menor permanência do cliente no tratamento<sup>474</sup>. Na prática comunitária, descobriu-se que os desfechos médios dos tratamentos guiados por um manual não são diferentes daqueles do tratamento não padronizado<sup>475</sup>.

## Rumo À Integração Da Ciência Na Prática Clínica

Nas últimas décadas, a pesquisa clínica dedicou muito mais atenção a testar procedimentos de tratamento específicos do que ao impacto de como eles são efetivamente administrados e dos profissionais que os fornecem<sup>476</sup>. Embora onipresentes, os efeitos do terapeuta são com frequência considerados uma variação incômoda a ser minimizada. No entanto, psicoterapias específicas são fornecidas por profissionais que influenciam os desfechos<sup>477</sup>. Isso também pode ser verdade para as farmacoterapias, e aqui ainda menos atenção tem sido dada à relação terapeuta-cliente. Em ensaios clínicos multicêntricos, calculam-se os efeitos médios do tratamento nas diferentes localidades, muitas vezes considerando irrelevante o fato de que o medicamento ou a psicoterapia “funcionam” em alguns locais e não em outros<sup>478</sup>.

William Miller e Gary Rose (2009, 2010) sugeriram diferenciar componentes “técnicos” (procedimentos específicos) e “relacionais” de uma intervenção comportamental. No entanto, mesmo uma dicotomia técnica/relacional é um tanto arbitrária porque componentes relacionais — como empatia, aceitação e afirmação precisas — ainda são expressos e estudados como comportamentos do terapeuta. Isso não significa que os fatores relacionais nada mais sejam do que respostas do terapeuta, mas é por meio do comportamento observável dos conselheiros que os componentes relacionais são transmitidos aos clientes e acessíveis à ciência na prática clínica. Referir-se aos componentes relacionais como “inespecíficos” não ajuda. Se forem aprendíveis, mensuráveis e importantes para o desfecho do tratamento, devem ser especificados, estudados e incluídos nas pesquisas

clínicas e nos treinamentos. Isso é o que estava acontecendo no início da ciência na prática clínica: buscar definir, estudar e ensinar componentes relacionais que são relevantes para o tratamento<sup>479</sup>. Rogers (1957) descreveu as principais condições relacionais como “necessárias e suficientes”. Concordamos com Rogers que esses são necessariamente componentes da prática clínica e do treinamento eficazes, embora nem sempre sejam suficientes por si mesmos<sup>480</sup>. Afirmar que uma boa relação terapêutica é suficiente é implicar que nada mais é relevante ao tratamento, uma afirmação absurda na área da saúde em geral. Isso afirmaria que não temos tratamentos psicológicos ativos, exceto uma relação terapêutica.

É razoável questionar se um determinado tratamento exerce um benefício específico além dos efeitos salutaros de fatores relacionais<sup>481</sup>. Esse é o paralelo mais próximo da psicoterapia à condição controlada por placebo das pesquisas em farmacoterapia. Não há um paralelo direto com o placebo quando os profissionais sabem qual tratamento estão administrando e têm expectativas sobre ele — um problema que sempre surge quando os terapeutas e as condições de tratamento são “cruzados” (ou seja, dois ou mais tratamentos administrados pelos mesmos profissionais). Nesse tipo de metodologia cruzada, existe o potencial adicional de contaminação entre as condições de tratamento<sup>482</sup>. Em metodologias “aninhadas” (quando dois ou mais tratamentos são administrados por diferentes profissionais que confiam na abordagem que estão usando), designar um dos tratamentos como placebo significa simplesmente que o pesquisador não acredita em sua eficácia. Os efeitos da fidelidade do pesquisador (ou seja, o tratamento preferido “vencer”) ocorrem, mas nem sempre. No Projeto MATCH (1997), por exemplo, as diferenças entre os locais indicaram que, na verdade, o tratamento prezado pelo pesquisador principal se saiu pior do que o concorrente.

O profissional e o tratamento não podem ser confundidos, mas os componentes técnicos e relacionais podem ser medidos e estudados como ingredientes potencialmente ativos a fim de entender melhor o que está acontecendo no aconselhamento e na psicoterapia. Os aspectos técnicos e relacionais do tratamento podem contribuir para desfechos positivos<sup>483</sup>, e não há nenhuma razão específica para supor que um depende inteiramente do outro. Por exemplo, em uma terapia cognitivo-comportamental (TCC) complexa, guiada por um manual, para o consumo indevido de álcool, tanto o conteúdo específico (p. ex., estratégias para controlar a fissura) quanto os

atributos relacionais (empatia do terapeuta) contribuíram de maneira independente para os desfechos do tratamento<sup>484</sup>.

Nesta seção, consideramos quatro elementos inter-relacionados da ciência comportamental que se aplicam igualmente aos componentes técnicos e relacionais do aconselhamento e da psicoterapia: (1) definição e mensuração das variáveis-chave; (2) relação prática-processo; (3) relação processo-desfecho; e (4) relação treinamento-prática. Ilustraremos cada uma dessas relações segundo pesquisas recentes sobre a entrevista motivacional.

### **Definição e mensuração de variáveis-chave**

A observação cuidadosa é o começo da ciência. Quais desfechos do cliente são relevantes e como eles podem ser definidos e mensurados operacionalmente? Os ensaios clínicos com frequência especificam um desfecho-alvo como a principal medida dependente em um determinado ponto a ser considerado. De maneira semelhante, a avaliação do programa no tratamento comunitário específica e mede os desfechos pretendidos dos serviços prestados.

A fim de alcançá-los, quais processos mensuráveis acredita-se que sejam relevantes? Este é o domínio da pesquisa do “mecanismo” do tratamento, e pode incluir medidas das respostas do terapeuta e do cliente durante a sessão. As medidas de competência do terapeuta com frequência se concentram na fidelidade ao tratamento, na adesão às respostas prescritas (e, às vezes, guiadas por um manual). As listas de verificação da fidelidade aos procedimentos clínicos podem ser preenchidas por autorrelato ou por observadores da sessão: foram realizados procedimentos específicos (como avaliar situações de alto risco) e, em caso afirmativo, quão bem isso foi feito<sup>485</sup>? Os observadores também podem realizar avaliações sobre medidas globais, como a empatia do terapeuta, que são organizadas em uma escala Likert. As classificações globais podem ser combinadas com contagens específicas de comportamentos do terapeuta e do cliente (p. ex., o número de afirmações feitas pelo terapeuta) a fim de estudar os processos de tratamento<sup>486</sup>. Os componentes técnicos e relacionais do tratamento podem e devem ser avaliados.

### **Variáveis-chave: ilustração das pesquisas em entrevista motivacional**

Nos primeiros estudos de entrevista motivacional (EM), tivemos o benefício de trabalhar no tratamento de transtornos relacionados ao uso de

álcool, um campo com medidas de desfechos já bem desenvolvidas, com foco principal na redução do consumo de álcool e problemas relacionados<sup>487</sup>. Restava formular a hipótese de quais processos relacionados à EM seriam importantes medir. Como o autorrelato do terapeuta tende a se correlacionar, na melhor das hipóteses, modestamente com as avaliações do observador e do cliente sobre o que efetivamente ocorreu nas sessões de tratamento, desenvolvemos um sistema de observação detalhado denominado MI Skill Code (MISC, do inglês Motivational Interviewing Skill Code)<sup>488</sup>. O MISC original era muito abrangente, e exigia horas de trabalho para codificar um segmento de tratamento de 20 minutos de maneira confiável. Incluía códigos mutuamente exclusivos para as respostas do terapeuta e do cliente (permitindo a codificação do processo de tratamento), classificações globais e registro do tempo relativo de fala do cliente e do terapeuta. Um código MI Treatment Integrity (MITI, do inglês Motivational Interviewing Treatment Integrity) reduzido posteriormente se concentrou apenas nas respostas do terapeuta e foi refinado por meio de várias revisões a fim de melhorar a confiabilidade e remover códigos redundantes ou irrelevantes<sup>489</sup>. O MITI e outros instrumentos que medem a qualidade do tratamento administrado podem ter um duplo propósito, pois também podem informar o terapeuta sobre como melhorar sua prática.

### **Relação prática-processo**

Aqui, a observação se concentra na relação entre as respostas do terapeuta e do cliente durante o tratamento. Como as práticas do terapeuta prescritas (e restritas) afetam processos de tratamento relevantes durante a sessão? Quais mudanças no comportamento do cliente são influenciadas pelo terapeuta e como? Quais comportamentos de prática, de que qualidade e de quais profissionais produzem eventos específicos durante a sessão para quais indivíduos? Em comparação com a relação processo-desfecho, essas relações podem ser mais fáceis de detectar porque as respostas do cliente e do conselheiro ocorrem próximas entre si (com segundos de diferença uma da outra) e são medidas de forma semelhante pela codificação do observador<sup>490</sup>.

A relação prática-processo e os procedimentos de intervenção preditos podem ser derivados de teorias preexistentes ou emergentes<sup>491</sup>. Contudo, o fato de um tratamento ter surgido de uma teoria específica não significa que ele necessariamente funcione pelas razões descritas por ela<sup>492</sup>. No caso das

terapias cognitivo-comportamentais, uma melhora nas habilidades do cliente é uma explicação lógica de por que o tratamento funciona. No entanto, pelo menos no tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool, vários estudos demonstraram que o efeito das terapias cognitivo-comportamentais não depende dos ganhos de habilidade do cliente<sup>493</sup>. Outras pesquisas descobriram que o aumento de habilidades estava ligado à melhora, mas ocorreram igualmente na TCC e em outros tipos de tratamento<sup>494</sup>. É claro que são necessárias pesquisas muito mais cuidadosas para apoiar até mesmo alegações simples de linhas específicas de terapia psicológica relativas às relações prática-processo<sup>495</sup>.

Pode-se examinar as relações prática-processo que se acredita existir entre o terapeuta pré-selecionado e as respostas do cliente. Na análise comportamental, por exemplo, as respostas específicas do cliente na sessão podem ser influenciadas pelo reforço positivo e negativo de comportamentos clinicamente relevantes<sup>496</sup>. No aconselhamento centrado na pessoa, “experimental” é uma resposta clinicamente relevante do cliente<sup>497</sup> que pode ser influenciada tanto positiva como negativamente pelo comportamento de prática do conselheiro<sup>498</sup>.

Também é possível examinar as relações prática-processo reais durante as sessões para descobrir as conexões<sup>499</sup>. Isso envolve, ainda, a escolha das respostas do cliente e do conselheiro a serem observadas, embora novas categorias de resposta ou relações inesperadas possam surgir durante a observação. Nesse sentido, pode ser benéfico analisar a prática clínica com curiosidade e sem julgamentos prévios. Tanto o aconselhamento centrado no cliente como a EM começaram com uma teoria<sup>500</sup>. Ambos surgiram da observação da prática a fim de desenvolver hipóteses testáveis sobre o que efetivamente melhora os desfechos dos tratamentos implementados, com a teoria surgindo depois<sup>501</sup>. É óbvio que o treinamento e a experiência dos criadores da teoria informam suas hipóteses e quais respostas do cliente e do terapeuta eles escolhem observar.

Relação prática-processo: ilustração das pesquisas em entrevista motivacional. Nas primeiras formulações da EM, as “declarações automotivacionais” foram descritas como um comportamento clinicamente relevante essencial<sup>502</sup>. Mais tarde denominadas “falas de mudança”, trata-se de verbalizações do cliente que indicam um movimento em direção a uma

mudança-alvo específica. Se, por exemplo, parar de fumar é o objetivo do tratamento, então “Acho que preciso parar de fumar” é uma fala de mudança, enquanto “Preciso parar de beber” não é (embora parar de beber fosse o objetivo). O psicolinguista Paul Amrhein nos ajudou a entender a fala de mudança como uma categoria que inclui diferentes verbalizações que sinalizam desejo (eu quero), habilidade (cu poderia), razões (se... então), necessidade (eu preciso) e compromisso (eu vou)<sup>503</sup>. Conforme discutido no Capítulo 9, verbalizações semelhantes podem ser feitas em nome do status quo e foram denominadas “falas de manutenção”. Nas primeiras pesquisas, infelizmente agrupamos as falas de manutenção em uma categoria mais ampla de “resistência”, mas agora reconhecemos que elas são apenas um lado da ambivalência normal das pessoas. Uma medida observacional da ambivalência é o “equilíbrio decisional” do indivíduo entre falas de mudança e falas de manutenção.

A relevância de ambas as falas nos resultados obtidos pelo cliente será discutida na próxima seção. Para a relação prática-processo, é importante demonstrar que o comportamento do conselheiro pode influenciar o equilíbrio decisional verbalizado pelos clientes<sup>504</sup>. Essa relação tem sido apoiada por vários tipos de pesquisa. As probabilidades condicionais da análise sequencial das respostas na sessão mostraram que comportamentos de prática consistentes com a EM aumentaram a probabilidade de a declaração seguinte do cliente ser uma fala de mudança, enquanto as respostas inconsistentes com a EM tinham maior probabilidade de serem seguidas por uma fala de manutenção<sup>505</sup>. Em outro estudo<sup>506</sup>, as habilidades relacionais do terapeuta (empatia, aceitação, colaboração e apoio à autonomia) não tiveram efeito direto nas falas de mudança do cliente<sup>507</sup>; em vez disso, os profissionais com altas habilidades relacionais também tinham maior propensão a usar habilidades técnicas (como reflexão específica da fala de mudança) para fortalecer as falas de mudança do cliente. Era a habilidade técnica no contexto da habilidade relacional.

Correlações simples entre o comportamento de prática e os processos do cliente são inconclusivas por si mesmas. Pode ser, por exemplo, que pessoas que expressam muitas falas de mudança tenham maior probabilidade de evocar empatia e reflexões de seus conselheiros. Por isso, é importante manter intacta a ordem das interações terapeuta-cliente ao examinar associações simples. Ao acompanhar o que os clientes dizem imediatamente depois de os

terapeutas oferecerem, por exemplo, uma reflexão empática, pode-se medir se as falas de mudança diminuirão ou aumentarão. Fazendo isso ao longo de uma sessão inteira, pode-se gerar probabilidades condicionais na forma de declarações se-então: se o terapeuta oferecer uma reflexão empática, então a chance de falas de mudança aumenta. A relação entre as declarações do terapeuta e do cliente no tempo permite uma inferência causal mais forte<sup>508</sup>.

A manipulação experimental do comportamento de prática oferece uma linha de evidências ainda mais forte. Em um estudo inicial de metodologia cruzada, os participantes foram aleatoriamente designados para terapeutas que eram mais diretivos e confrontadores ao encontrar resistência no cliente ou que respondiam de uma forma mais consistente com a EM<sup>509</sup>. Clientes na condição consistente com a EM emitiram 3,4 vezes mais palavras de mudança do que resistência, em comparação com quantidades iguais de ambas (ou seja, ambivalência) na condição mais confrontadora. Experimentos intraindivíduo levaram a achados semelhantes. Quando terapeutas familiares alternaram — em segmentos de 12 minutos — entre um estilo de ensino direcionador e um estilo de escuta empática, a resistência do cliente aumentou e diminuiu (respectivamente) de acordo com os segmentos<sup>510</sup>. Em um estudo experimental semelhante<sup>511</sup>, os terapeutas alternaram segmentos de 12 minutos de EM ou análise funcional. A proporção de falas de mudança versus falas de manutenção dos clientes foi em média de 1,8 na EM e 1,0 (ambivalência) na análise funcional.

### **Relação processo-desfecho**

Tudo isso é relevante? Se os processos influenciados pela prática não estiverem relacionados com os resultados obtidos pelo cliente, isso tudo pode ser intelectualmente interessante, mas clinicamente irrelevante. Nas pesquisas de processo-desfecho, o foco está no que são comportamentos clinicamente relevantes, processos que podem ser observados durante o tratamento e que estão vinculados a melhores desfechos<sup>512</sup>. Quais eventos durante a sessão predizem quais desfechos de qual tratamento para quais problemas e em que momento?

Relacionar processos específicos a mudanças bem-sucedidas não é um conceito novo. Tem sido o foco principal da abordagem transteórica<sup>513</sup> e a base da busca por princípios ou processos gerais baseados em evidências, em vez de baseados em procedimentos de tratamento específicos<sup>514</sup>. As

intervenções comportamentais podem envolver uma ampla gama de processos, alguns dos quais podem ser específicos da intervenção, enquanto outros são fatores mais gerais. O modelo transteórico produziu um conjunto de 10 processos comuns que fundamentam tanto a mudança guiada pelo terapeuta quanto a autodirigida<sup>515</sup>.

Grandes ensaios clínicos randomizados que têm como objetivo detectar pequenos efeitos de tratamento não são a única metodologia, nem mesmo necessariamente a melhor, para descobrir relações processo-desfecho. Se um princípio ou processo de mudança for robusto, ele deve ser observável em estudos pequenos, quase experimentais e até mesmo em estudos de caso único<sup>516</sup>. Os ensaios clínicos randomizados de procedimentos de tratamento ou estruturas de programas específicos tendem a ser altamente caros e ineficientes, e pulam uma etapa importante ao tentar relacionar a prática diretamente ao desfecho. Em geral, eles presumem que o relevante é a estrutura programática dos diferentes tratamentos, “quando, na verdade, os programas podem ter sido muito semelhantes (positivamente, negativamente ou ambos) no que efetivamente importa: o processo que ocorre entre os beneficiários do serviço e os profissionais”<sup>517</sup>.

Parece que estabelecer a natureza e a força das relações processo-desfecho é um pré-requisito para testar as práticas de tratamento que influenciam processos clinicamente relevantes. O teste de mecanismos causais hipotéticos que fundamentam os efeitos do tratamento tem sido uma ênfase relativamente recente e de forma alguma universal na pesquisa de desfechos clínicos. No entanto, isso não é novo. O trabalho de Charles Truax e Robert Carkhuff (1967) se concentrou em demonstrar as relações prática-processo e processo-desfecho. A experiência do cliente, por exemplo, prediz uma melhora nos sintomas<sup>518</sup>. Os estudos que simplesmente testam práticas de tratamento específicas em relação aos resultados obtidos pelo cliente pulam uma etapa intermediária. Conforme discutido anteriormente, estudos que testam explicitamente essa etapa intermediária com frequência descobriram que tratamentos baseados em evidências não funcionam pelas razões esperadas<sup>519</sup>.

Não pretendemos privilegiar aspectos relacionais ou técnicos do tratamento, que — pelo menos nas terapias que envolvem a conversa — estão funcionalmente interligados. Ambos contribuem para os desfechos do tratamento e são testáveis<sup>520</sup>. A importância relativa dos elementos técnicos e relacionais pode variar de acordo com o tratamento supostamente específico

em estudo, com fatores culturais ou do cliente<sup>521</sup> ou com a condição que está sendo tratada<sup>522</sup>. Parece, por exemplo, que a relação terapêutica pode ser particularmente importante no tratamento dos transtornos por uso de substâncias<sup>523</sup>. É concebível que fatores relacionais possam contribuir menos quando um tratamento específico é bastante eficaz (p. ex., no caso da medicação antibiótica). No entanto, o oposto também é possível. Quando uma intervenção eficaz é difícil de tolerar, ou quando é essencial que se mantenha a retenção e a adesão por um longo período, a qualidade da relação terapêutica pode ser crucial. Em uma metanálise<sup>524</sup>, quando a EM (um método relacional centrado na pessoa) foi combinada com outros tratamentos estabelecidos, o efeito benéfico nos resultados obtidos pelo cliente foi mais sustentado ao longo dos 12 meses de seguimento.

### **Relação processo-desfecho: ilustração das pesquisas em entrevista motivacional**

Uma previsão nas primeiras formulações da EM era que as falas sobre mudança do cliente estariam ligadas a uma subsequente mudança de comportamento. Embora essa ligação tenha sido observada em vários estudos<sup>525</sup>, um achado inesperado foi que as falas de manutenção do cliente costumavam ser um preditor mais forte (e inverso) do desfecho<sup>526</sup>. Ou seja, os desfechos são preditos com mais força (e negativamente) pelos argumentos contra a mudança do que pelos argumentos a favor dela. O que pode ser ainda mais importante, então, é que o aconselhamento seja feito de maneira a minimizar as falas de manutenção do cliente, que tendem a ser evocadas e fortalecidas pela prática inconsistente da EM<sup>527</sup>. Tanto as falas de mudança como as falas de manutenção podem ser consideradas preditivas medindo-se a proporção entre elas<sup>528</sup>. Em pesquisas com múltiplas variáveis dependentes, as falas de mudança podem prever algumas medidas de desfecho, enquanto as falas de manutenção predizem outras<sup>529</sup>.

O impacto direto das medidas relacionais (“espírito da EM”) tende a ser modesto<sup>530</sup>. No entanto, fatores relacionais podem mediar ou moderar o impacto das habilidades técnicas na EM<sup>531</sup>. Em um estudo, a baixa frequência de respostas do terapeuta inconsistentes com a teoria (como advertência, orientação ou confrontação) influenciou positivamente os desfechos do tratamento, mas somente quando feitas no contexto de fortes habilidades interpessoais do profissional, como empatia, aceitação e genuinidade<sup>532</sup>.

Donald Forrester e colaboradores (2019) usaram a codificação observacional de visitas de assistentes sociais a famílias de crianças em situação de risco. As habilidades interpessoais do profissional (p. ex., empatia) predisseram o envolvimento familiar imediato e em 20 semanas, mas não os desfechos familiares, que, em vez disso, foram fortemente preditos pela habilidade técnica de evocação do profissional.

### **Relação treinamento-prática**

Até o momento, neste capítulo, consideramos as relações prática-processo e processo-desfecho. A relação testável restante é a treinamento-prática. Se há processos técnicos ou relacionais específicos que definem uma abordagem de tratamento (e, de modo ideal, influenciam os resultados obtidos pelo cliente), então o treinamento clínico deve comprovadamente afetar esses processos no comportamento de prática. Quais procedimentos de treinamento de qual duração produzem quais mudanças nos comportamentos de prática de quais profissionais? Isso depende de quais comportamentos de prática são mais importantes e quais comportamentos estão necessariamente incorporados em estruturas relacionais e contextuais.

A competência e a adesão ao utilizar técnicas específicas podem ser medidas por meio de listas de verificação observacionais de comportamentos de prática<sup>533</sup> ou escalas de avaliação<sup>534</sup>. Os processos relacionais, em contrapartida, com frequência são medidos por meio de escalas de classificação globais em vez de contagem de comportamentos específicos<sup>535</sup>. Os sistemas de codificação observacional podem incluir componentes técnicos e relacionais da prática<sup>536</sup>.

Com frequência, os estudos documentam os desfechos do treinamento clínico apenas a fim de determinar a fidelidade com intervenções específicas. Menos pesquisas se concentraram na eficácia do treinamento clínico em programas de graduação e pós-graduação ou no impacto da educação profissional continuada. No entanto, é comum descobrir que as mudanças no comportamento de prática são mínimas e quase nunca mantidas apenas com o treinamento em sala de aula ou em oficinas (p. ex., Miller et al., 2006). Isso não deveria surpreender, pois fornecer informações por si só raramente é suficiente para desenvolver proficiência em habilidades complexas.

## **Relação treinamento-prática: ilustração das pesquisas em entrevista motivacional**

As pesquisas sobre o treinamento da EM começaram com um choque. Os terapeutas ( $n = 22$ ) que participaram de uma oficina de prática de dois dias com o desenvolvedor original da EM (WRM) forneceram amostras de sessões com clientes reais antes e depois do treinamento (Miller & Mount, 2001). Forneceram, ainda, uma amostra de prática pós-treinamento com atores simulando clientes. Em contrapartida aos elogiados autorrelatos de ganhos na habilidade de EM, o comportamento de prática observado mudou discretamente, na melhor das hipóteses, e rapidamente retomou à linha de base. A frequência de respostas de aconselhamento inconsistentes com a EM não foi afetada, o que, conforme discutido anteriormente, pode ser prejudicial aos resultados obtidos. Além disso, as respostas do cliente na sessão (um indicador do desfecho comportamental subsequente) não mudaram em nada. Por fim, os conselheiros relataram estar significativamente menos interessados em aprender mais sobre a EM depois do treinamento do que antes dele, um achado que eles explicaram como “já aprendemos”.

Esse humilhante resultado levou a uma questão mais relevante: “O que é preciso para ajudar os terapeutas a desenvolverem habilidades na EM?”. Posteriormente, descobrimos em um ensaio clínico randomizado de métodos de treinamento que o feedback individual e a mentoria — dois auxílios comuns no aprendizado de qualquer habilidade complexa — produziram uma melhoria significativa nas habilidades de EM que se mantiveram por 12 meses<sup>537</sup>. Ao examinar as respostas dos clientes durante a sessão, somente os terapeutas que receberam feedback e mentoria depois do treinamento inicial tiveram sucesso em aumentar significativamente a quantidade de falas de mudança dos clientes.

Outro experimento de treinamento<sup>538</sup> avaliou as oficinas de EM como de costume, com uma intensificação da instrução sobre o componente técnico de evocar falas de mudança. Nossa hipótese é que aprimorar esse enfoque na linguagem do terapeuta afetaria tanto as falas de mudança quanto as falas de manutenção, mais do que naqueles terapeutas que não tivessem esse enfoque especial. Essa era uma forma indireta de manipular experimentalmente um dos elementos do tratamento na EM: a quantidade de atenção dedicada pelo terapeuta a evocar uma fala de mudança e a reduzir as falas de manutenção. Conforme a hipótese, os terapeutas que passaram pelo treinamento de

aprimoramento da linguagem apresentaram uma redução na quantidade de falas de manutenção em seus clientes, em comparação com aqueles treinados sem o enfoque especial na linguagem. No entanto, não houve diferença no impacto das falas sobre a mudança do cliente, o que pode estar relacionado com o fato de que uma grande porcentagem dos participantes do estudo recebia tratamento obrigatório — uma população para a qual reduzir as falas de manutenção é de primordial importância.

Em suma, é possível, por meio do treinamento clínico, melhorar os comportamentos de prática da EM que influenciam significativamente os resultados obtidos pelos clientes. As pesquisas relacionadas com a EM feitas até o momento apoiaram três relações causais: treinamento-prática, prática-processo e processo-desfecho.

## Treinamento Integrativo

O treinamento clínico em saúde comportamental e medicina visa moldar o comportamento de prática, melhorando os desfechos do tratamento e evitando danos. No entanto, pesquisas sobre aconselhamento e treinamento em psicoterapia apontam para ganhos modestos (na melhor das hipóteses) na capacidade dos supervisionados de demonstrar competência em oferecer tratamentos baseados em evidências. Outra questão é até que ponto as habilidades aprendidas persistirão na prática subsequente<sup>539</sup>.

Em quais habilidades técnicas e relacionais os profissionais da saúde comportamental precisam desenvolver (e ser capazes de demonstrar) competência? As orientações teóricas variam nos comportamentos de prática que são prescritos e banidos. Pode-se avaliar a fidelidade aos procedimentos técnicos de um tratamento específico, o que agora é algo comumente esperado nos ensaios clínicos<sup>540</sup>. A qualidade dos aspectos relacionais da prática também pode ser medida de forma confiável<sup>541</sup>.

O treinamento clínico logicamente deve concentrar-se em preparar profissionais para oferecer um tratamento que impacte processos relevantes do cliente que facilitem desfechos benevolentes. De um ponto de vista ético, ajudar os profissionais a “primeiro, não causar danos”, a evitar ou mudar quaisquer práticas que possam provocar resistência e desfechos adversos é tão importante quanto. Truax e Carkhuff (1967) foram otimistas ao afirmar.

*“Estamos chegando a um ponto no desenvolvimento de nossa área em que não toleraremos mais — nem mesmo em nós mesmos, muito menos em clínicas, hospitais e agências — a falha em manter registros detalhados objetivos e adequados dos efeitos de cada terapeuta nos pacientes. Estamos chegando ao ponto em que a atitude de laissez-faire que permite muitas práticas não terapêuticas sob o nome de terapia não será mais tolerada”.*

## **Fortalecimento da prática comunitária**

Por fim, a esperança da ciência na prática clínica é melhorar a qualidade e os desfechos dos serviços de prevenção e tratamento prestados nos cuidados de saúde de rotina. Os ensaios clínicos por si só afetam poucos participantes, a menos que suas lições sejam divulgadas e implementadas na prática comunitária.

Embora elementos relacionais, como uma empatia adequada, tenham sido descritos como “fatores comuns”, não está claro quão comuns eles são na prática. Com certeza, eles não são universais e os profissionais variam muito em sua expressão. Reconhecer a importância da relação terapêutica tem implicações não apenas para as pesquisas, mas também para a seleção, a contratação, o treinamento e a garantia de qualidade dos profissionais.

Uma de nossas intenções é que este livro sirva como um apelo para que se atente mais à relação terapêutica na prática clínica, nas pesquisas e no treinamento. A ciência na prática clínica começou com a relação terapêutica, mas ultimamente tem-se concentrado quase exclusivamente em procedimentos e mecanismos técnicos. Essa técnica é inseparável dos seres humanos que fornecem o tratamento e que, esperamos, se veem como muito mais do que técnicos. Uma ciência na prática clínica que reconheça o valor dos componentes técnicos e relacionais contribuirá muito para melhorar ainda mais a qualidade dos cuidados de saúde. O foco renovado na relação terapêutica também pode proporcionar um maior propósito e contentamento na prática do aconselhamento e da psicoterapia, humanizando ainda mais os serviços que prestamos.

## **PONTOS-CHAVE**

- A partir de sua atenção original aos processos terapêuticos, a ciência na prática clínica se estreitou de modo a focar na eficácia de técnicas de tratamento específicas.
- Os aspectos técnicos e relacionais do tratamento são importantes, sendo mensuráveis e aprendíveis.

- É necessária atenção especial a comportamentos de prática que comprometam a melhora do cliente ou causem danos.
- As pesquisas em aconselhamento e psicoterapia precisam definir e mensurar variáveis-chave, relacionando o comportamento de prática às variáveis do processo, e os processos ao desfecho.
- O treinamento clínico deve ser avaliado a fim de demonstrar se afeta comportamentos de prática relevantes para os processos terapêuticos e desfechos.
- Por fim, a esperança da ciência na prática clínica é melhorar a qualidade dos serviços de prevenção e tratamento prestados nos cuidados de rotina.

# REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Ajzen, I., & Fishbein, N. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *American Psychologist*, 70(1), 33-46.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knipsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*. 28(5), 74A.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71,862-878.
- Anderson. S. C. (1968). Effects of confrontation by high-and low-functioning therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 15(5), 411-416.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skdls and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherary Research*. 26(5), 511-529.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson. C. L (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84.57-66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson. C. L, Lambert, M. J., & Vermeersch. D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-763.
- Anonymous. (1957). *The cloud of unknowing* (I Proggoff, Trans.). New York: Delta Books.
- Anthony. W. A. (2003). Studying evidence-based processes, not practices. *Psychiatric Services*. 54(1), 7.
- Anthony. W. A., & Mizock. L. (2014). Evidence-based processes in an era of recovery: Implications for rehabilitation counseling and research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(4). 219-227.
- Anton, R. F., O'Malley. S. S., Cir3ulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan. D. M Zweben, A. (2006). Combined pharmaco-
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen. this is Tao. *American Psychologist*. 59(4). 224-235.
- Witteman. C.LM., Weiss. D. J., & Metzmacher, M. (2012). Assessing diagnostic expertise of counselors using the Cochran-Weiss- Shanteau (CWS) Index. *Journal of Counseling and*

*Development*. 90(1), 30-34.

- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2017). Therapist negative reactions: How to transform toxic experiences. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *How and why some therapists are better than others: Understanding therapist effects* (pp. 175-192). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wood, R. E., Mento, A. J., & Locke, E. A. (1987). Task complexity as a moderator of goal effects: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 72(3), 416-425.
- Yahne, C. E., & Miller, W. R. (1999). Evoking hope. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 217-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York: HarperCollins.
- Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod, B. L., & Barber, J. P. (2016). Interpersonal factors are associated with lower therapist adherence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 23(3), 272-284.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*. 66(7), 681-697.

## Notas

[ ← 1 ]

(Miller & Danaher, 1976)

[ ← 2 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, p. 360)

[ ← 3 ]

(Miller, 1978)

[ ← 4 ]

(Miller, Gribkov, & Mortell, 1981)

[ ← 5 ]

(Miller & Muñoz, 1976)

[ ← 6 ]

(Miller, Taylor, & West, 1980)

[ ← 7 ]

(Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 8 ]

(Miller & Baca, 1983)

[ ← 9 ]

(Miller, Benefield, & Tonigan, 1993)

[ ← 10 ]

(Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 11 ]

(Kirschenbaum, 2009; Miller & Moyers, 2017)

[ ← 12 ]

(DiClemente, 2003)

[ ← 13 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, 1976)

[ ← 14 ]

(Budge et al., 2013; Erikson, Janis, Bailey, Cattam, & Pedersen, 2017, Norton, & Little, 2014; M. L. Smith, Glass, & Miller, 1980; Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014)

[ ← 15 ]

(Dawes, 1994)

[ ← 16 ]

(Flückiger et al., no prelo)

[ ← 17 ]

(T. Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003)

[ ← 18 ]

(Miller & Moyers, 2017)

[ ← 19 ]

(Frank, 1971; Kivlighan & Holmes, 2004)

[ ← 20 ]

(Larson, 2020)

[ ← 21 ]

(Fromm, 1956; Miller, 2017; Miller & Rollnick, 2013; Rogers, 1980d; Yalom, 2002)

[ ← 22 ]

(Armstrong, 2010; Fromm, 1956; The Dalai Lama & Vreeland, 2001)

[ ← 23 ]

(Brehm & Brehm, 1981; de Almeida Neto, 2017; Karno & Longabaugh, 2005)

[ ← 24 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 25 ]

(cf. Brooks, 2015)

[ ← 26 ]

(Schottke, Fluckiger. Coldberg. Eversmann. & Longe. 2017)

[ ← 27 ]

(p. cx., T. Anderson, McClintock, Himawan, Song, & Patterson, 2016; T. Anderson et al. (2009; Pfciffer et al., 2020)

[ ← 28 ]

(Moyers, Houck, Rice, Longabaugh, & Miller, 2016)

[ ← 29 ]

(T. Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg, & Uhlin, 2016)

[ ← 30 ]

(Kim, Wampold, & Bolt, 2006; Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt. & Wampold, 2010)

[ ← 31 ]

(Imel, Wampold, Miller, & Fleming, 2008; Miller, Forcehimes, & Zweben, 2019; Project MATCH Research Group, 1997,1998)

[ ← 32 ]

(Wampold & Brown, 2005)

[ ← 33 ]

(Moyers, Houck. et al., 2016)

[ ← 34 ]

(Moyers et al., 2016, p. 226)

[ ← 35 ]

(Kraus et al., 2016; Owen et al.f 2019)

[ ← 36 ]

(Erekson, Clayson, Park, & Tass, 2020)

[ ← 37 ]

(Okiishi et al., 2003)

[ ← 38 ]

(Kim et al., 2006; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Scigman, 1997; Moycrs, Houck, et al.( 2016)

[ ← 39 ]

(Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; Miller, Taylor, & West, 1980; Valle, 1981)

[ ← 40 ]

(Project MATCH Research Group, 1998)

[ ← 41 ]

(Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967)

[ ← 42 ]

(Moyers & Miller, 2013)

[ ← 43 ]

(Dimidjian & Hollon, 2010)

[ ← 44 ]

(Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried, & Hill, 2010)

[ ← 45]

(Imel, Sheng, Baldwin, & Atkins, 2015)

[ ← 46]

(Kugelmass, 2016; Schofield, 1964; Teasdale & Hill, 2006)

[ ← 47]

(Beutler, Kimpura, Edwards, & Miller, 2018)

[ ← 48]

(Kamo & Longabaugh, 2005; Waldron, Miller, & Tonigan, 2001)

[ ← 49]

(Blow, Sprenkle, & Davis, 2007)

[ ← 50]

(Chambless & Ollendick, 2001; McHugh & Barlow, 2010; Miller & WUbourne, 2002)

[ ← 51]

(Miller, Zveben, & Johnson, 2005)

[ ← 52]

(Wampold & Ulvenes, 2019, p. 69)

[ ← 53]

(Hojat, 2007)

[ ← 54]

(Fonagy, Gergely, & Jurist, 2002; Lamm, Batson, & Decety, 2007)

[ ← 55]

(Gállese, Gernsbacher, Heyes, Hickok, & Iacoboni, 2011)

[ ← 56]

(Critchley, 2009)

[ ← 57]

(Levenson & Ruef, 1992; Messina et al., 2013)

[ ← 58]

(Batson, Klein, Highberger, & Shaw, 1995)

[ ← 59]

(Hojat, 2007)

[ ← 60]

(Gillberg, 1996)

[ ← 61]

(Fox, 2017; Miller & C'de Baca, 2001)

[ ← 62]

(Miller, 2018; Thwaites et al., 2017)

[ ← 63]

(Soma et al., 2020)

[ ← 64]

(Perez-Rosas, Wu, Resnicow, & Mihalcea, 2019)

[ ← 65]

(Kluckhohn & Murray, 1953)

[ ← 66]

(Lazars, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon, & Rafaeli, 2019)

[ ← 67]

(S. C. Hayes, LaFollette, & Linchan, 2011; Kabatzin, 2016; Thich Nhat Hanh, 2015)

[ ← 68]

(Gelso & Perez-Rojas, 2017)

[ ← 69 ]

(Gordon, 1970; Gordon & Edwards, 1997; Miller, 2018)

[ ← 70 ]

(Miller, 2018; Nichols, 2009)

[ ← 71 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, p. 160)

[ ← 72 ]

(Gordon, 1970)

[ ← 73 ]

(Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011b)

[ ← 74 ]

(Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 75 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 76 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 77 ]

(Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011a; Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)

[ ← 78 ]

(Truax & Carkhuff, 1976)

[ ← 79 ]

(Elliott et al., 2011a, 2011b)

[ ← 80 ]

(Burns & Nolen-Hoeksma, 1992; Miller & Baca, 1983; Miller et al., 1980; Moycrs, Houck, et al., 2016)

[ ← 81 ]

(Watson, Mc- Mullen, Rodrigues, & Prosser, 2020)

[ ← 82 ]

(R. G. Campbell & Babrow, 2004)

[ ← 83 ]

(Fischer & Moyers, 2014)

[ ← 84 ]

(J. D. Ellis et al., 2017)

[ ← 85 ]

(McClintock, Anderson, Patterson, & Wing, 2018)

[ ← 86 ]

(Kortlever, Ottenhoff, Vagner, Ring, & Reichel, 2019)

[ ← 87 ]

(D. D. Smith et al., 2016)

[ ← 88 ]

(Mohr, 1995; Moyers & Miller, 2013)

[ ← 89 ]

(McLellan, Woody, Luborsky, & Goehl, 1988; Project MATCH Research Group, 1998)

[ ← 90 ]

(Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Miller et al., 1980; Valle, 1981)

[ ← 91 ]

(Barrett-Lennard, 1981)

[ ← 92 ]

(Elliott et al., 2015; Kicsler, Klein, Mathieu, & Schoeninger, 1967)

[ ← 93 ]

(Strupp, 1960)

[ ← 94 ]

(Duan & Hill, 1996)

[ ← 95 ]

(Truax & Carkhuff, 1965)

[ ← 96 ]

(Wilkins, 2000)

[ ← 97 ]

(Rogers, 1957, p. 98)

[ ← 98 ]

(Strupp, 1960, p. 99)

[ ← 99 ]

(Farber & Doolin, 2011b; Orlinsky & Howard, 1986; Rogers, 1951)

[ ← 100 ]

(S. C. Hayes, 2004; S. C. Hayes et al., 2011)

[ ← 101 ]

(Kabat-Zinn, 2013; S. L. Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005)

[ ← 102 ]

(Witkiewitz, Bowcn, Douglas, & Hsu, 2013; Witkiewitz, Lustyk, & Bowen, 2013; Witkiewitz & Marlatt, 2004)

[ ← 103 ]

(Anonymous, 1957; Salzberg, 1995; The Dalai Lama & Hopkins, 2017)

[ ← 104 ]

(Farber & Doolin, 2011a)

[ ← 105]

(Miller, 2000; Rogers, 1961)

[ ← 106]

(Wilkins, 2000, p. A aceitação oferece a pos- 27)

[ ← 107]

(Miller, 2017; Rogers, 1962)

[ ← 108]

(Jones, 1981)

[ ← 109]

(Deming, 2000)

[ ← 110]

(American Psychiatric Association, 1980)

[ ← 111]

(White & Millcr, 2007)

[ ← 112]

(Miller & Rollnick, 2013; Patterson & Chamberlain, 1994; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 113]

(Glynn & Moyers, 2010; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 114]

(Brehm & Brehm, 1981; Rains, 2013; Steindl, Joñas, Sittenthaler, Traut-Mattausch, & Greenberg, 2015)

[ ← 115]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 116]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 117]

(Miller & Rollnick, 2013; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 118]

(Moyers, Rowell, Manuel, Emst. & Houck. 2016)

[ ← 119]

(S. C. Anderson, 1968; Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005)

[ ← 120]

(Benson & Klipper, 2000; S. C. Hayes et al., 2011; Kabat-Zinn, 2016; Thich NhatHanh, 2015; Witkiewitz et al. 2014)

[ ← 121]

(Kiken, Garland, Bluth, Palsson, & Gaylord, 2015)

[ ← 122]

(Horvath, 2000)

[ ← 123]

(Gotink et al., 2015; Keng, Smoski, & Robins, 2011)

[ ← 124]

(Orlinsky & Howard, 1956)

[ ← 125]

(Orlinsky et al., 1994)

[ ← 126]

(Hettema, Steele, & Miller, 2005)

[ ← 127]

Rogers acreditava que empatia, genuinidade e consideração positiva não eram apenas necessárias, mas também condições *suficientes* para que a cura ocorresse no aconselhamento e na psicoterapia. Não concordamos que esses sejam os únicos aspectos relevantes do tratamento, embora seja surpreendente a frequência com que

essas habilidades terapêuticas são suficientes (importantes) para ajudar os clientes a mudar.

[ ← 128]

(Rogers, 1962, p. 91; cf. Giannini, 2017; Miller, 2017) Embora Rogers negasse as conotações teológicas de seu trabalho, seu próprio treinamento de pós-graduação começou no Union Seminary (Kirschenbaum, 2009). e ele explorou abertamente os paralelos espirituais em diálogos com Martin Buber, Paul Tillich e Reinhold Niebuhr (Kirschenbaum & Henderson, 1989).

[ ← 129]

(Barrctt-Lennard, 1962)

[ ← 130]

Barnicot, Wampold, & Pri- be, 2014

[ ← 131]

(Peterson & Scligman, 2004; Rashid & Scligman, 2018; Seligman, 2012)

[ ← 132]

(Muran, Safran, Eubanks, & Gorman, 2018)

[ ← 133]

(Weiner, 2018)

[ ← 134]

(Suzuki & Farber, 2016)

[ ← 135]

(descrito, mas não endossado, por Gelso & Kan- ninen, 2017)

[ ← 136]

(Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990)

[ ← 137]

(Farber & Doolin, 2011a; Farber, Suzuki, & Lynch, 2018)

[ ← 138]

(Bamicot et al., 2014)

[ ← 139]

(Critcher, Dunning, & Armor, 2010; Epton, Harris, Kane, van Konigsbruggen, & Sheeran, 2015; W. M. P. Klein & Harris, 2010)

[ ← 140]

(Karpiak & Ben-jamin, 2004)

[ ← 141]

(Apodaca et al., 2016)

[ ← 142]

(Linehan et al., 2002)

[ ← 143]

(Gordon & Edwards, 1997)

[ ← 144]

(Rakel, 2015; Rollnick, Miller, & Butler, no prelo)

[ ← 145]

(Gelso & Cártter, 1994)

[ ← 146]

(Geller & Greenberg, 2018; Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011; Weinraub, 2018)

[ ← 147]

(Schnellbacher & Leijssen, 2009)

[ ← 148]

(Lietaer, 2001a)

[ ← 149]

(Grafanaki, 2001; Truax & Carkhuff, 1976)

[ ← 150]

Barrett-Lennard, 1962

[ ← 151]

Kelley et al., 2010

[ ← 152]

(Kolden et al., 2011; Lietaer, 2001a, 2001b)

[ ← 153]

(Vanier, 1998, p. 82)

[ ← 154]

(Jung, 1957; Jung, Read, Adler, & Hully, 1969)

[ ← 155]

(Truax & Carkhuff, 1976)

[ ← 156]

(Burwell - Pender & Halinski, 2008; Pieterse, Lee, Ritmeester, & Collins, 2013)

[ ← 157]

(Larson, Chastain, Hoyt, & Ayzenberg, 2015)

[ ← 158]

(Watson, Greenberg, & Lietaer, 1998)

[ ← 159]

(Watson et al., 1998)

[ ← 160]

(Pope & Tabachnick, 1993)

[ ← 161]

(Wolf et al., 2017)

[ ← 162 ]

(Wolf et al., 2017)

[ ← 163 ]

(Davis & Hayes, 2011; Kelm, Womer, Walter, & Feudtner, 2014)

[ ← 164 ]

(J. A. Hayes, Gelso, & Hummel, 2011)

[ ← 165 ]

(Safran et al., 2014)

[ ← 166 ]

(Knox & Hill, 2003)

[ ← 167 ]

(Farber, 2006)

[ ← 168 ]

(HUI, Knox, & Pinto-Coelho, 2018)

[ ← 169 ]

(Ficnretty, Currier, Berman, & Levitt, 2014; Levitt et al., 2016; Somers, Pomerantz, Meeks, & Pavlow, 2014)

[ ← 170 ]

(Collins & Miller, 1994)

[ ← 171 ]

(Kolden et al., 2011, p. 69)

[ ← 172 ]

(Grafanaki, 2001)

[ ← 173 ]

(Gelso, Kivlighan, & Markin, 2018)

[ ← 174 ]

(Kolden. Wang, Austin, Chang, & Klein, 2018)

[ ← 175 ]

(Gelso et al.. 2012)

[ ← 176 ]

(Gelso & Cártter, 1994)

[ ← 177 ]

(3amicot. Wampold, & Priebe, 2014)

[ ← 178 ]

(Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Bamicot et al., 2014; Zuroff et al., 2010)

[ ← 179 ]

(Coco, Gullo, Prestano, & Gelso, 2011)

[ ← 180 ]

(Grafanaki, 2001)

[ ← 181 ]

(Lietacr, 2001b)

[ ← 182 ]

(Greenberg & Geller, 2001; Lietacr, 2001b)

[ ← 183 ]

(Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Frank & Frank. 1993; Imel & Wampold, 2008)

[ ← 184 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 185 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, p. 361)

[ ← 186 ]

(Flückiger et al., no prelo; Horvath, Del Re, Flückinger, & Symonds, 2011; Horvath & Greenberg, 1994; Tryon & Winograd, 2011)

[ ← 187 ]

(Schofield, 1964)

[ ← 188 ]

(Martino, Bali, Nich, Frankforter, & Carroll. 2009)

[ ← 189 ]

(Bamatter et al., 2010)

[ ← 190 ]

(Monahan, 1980)

[ ← 191 ]

(Ryan & Deci, 2017)

[ ← 192 ]

(Barry & Edgman-Levitan, 2012; Elwyn & Frosch, 2016)

[ ← 193 ]

(Rollnick, Miller, & Butler, 2008)

[ ← 194 ]

(Steinberg & Miller, 2015)

[ ← 195 ]

(Engle & Ar- kowitz, 2006; Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 196 ]

(Miller, Benefield, & Tonigan, 1993)

[ ← 197 ]

(M. Magill et al., 2018)

[ ← 198]

(Janis & Mann, 1977)

[ ← 199]

(Elwyn et al., 2014)

[ ← 200]

(Baer et al. 2008; S. D. Campbell, Adamson, & Cáster, 2010; Moyers et al., 2007; Vader, Waltrcs, Prabhu, Houck, & Field, 2010)

[ ← 201]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 202]

(M. Magill, 2018; Moyers, Houck, Glynn, Hallgren, & Manual, 2017; Moyers & Martin, 2006; Moyers, Martin, Houck, Christopher, & Tonigan, 2009)

[ ← 203]

(Miller & Rollnick, 2004)

[ ← 204]

(Koocher & Keith-Spiegel, 2016; Miller, 1994)

[ ← 205]

(Miller & Rollnick, 2004)

[ ← 206]

(Janis, 1959; Janis & Mann, 1976)

[ ← 207]

(Nenkov & Gollwitzer, 2012)

[ ← 208]

(Krigel et al., 2017; Millcr& Rose, 2015)

[ ← 209]

(Prochaska et al., 1994; Schumann et al., 2005)

[ ← 210 ]

(Beutler, Harwood, Michelson, Song, & Holman, 2011; Brehm & Brehm, 1981; Kamo & Longabaugh, 2005)

[ ← 211 ]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 212 ]

(Ryan & Deci, 2017)

[ ← 213 ]

(Deci, Koestner, & Ryan, 1999; Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2008)

[ ← 214 ]

(Bandura, 1986; Ford, 1992; Locke & Latham, 1990)

[ ← 215 ]

(Mento, Steel, & Karren, 1987; Neubert, 1998; Tubbs, 1986; Wood, Mento, & Locke, 1987)

[ ← 216 ]

(p. ex., Swoboda, Miller, & Wills, 2017)

[ ← 217 ]

(Tryon, & Winograd, 2011)

[ ← 218 ]

(Wampold & Imel, 2015)

[ ← 219 ]

(Wampold, 2015)

[ ← 220 ]

(Leake & King, 1977)

[ ← 221 ]

(Goldstein & Shipman, 1961; Jones, 1981; Leake & King, 1977)

[ ← 222 ]

(Yahne & Miller, 1999)

[ ← 223 ]

(Frank, 1968; Snyder, 1994)

[ ← 224 ]

(Azrin, 1976; Azrin. Sisson, Meyers, A Godley, 1982; Hunt A Azrin, 1973)

[ ← 225 ]

(Miller, Meyers. & Tonigan, 2001)

[ ← 226 ]

(B. F. Shaw, 1999)

[ ← 227 ]

(McLeod, 2009)

[ ← 228 ]

(Miller, Walters, & Bennett, 2001)

[ ← 229 ]

(Franklin, 1755, p. xii)

[ ← 230 ]

(Rohsenow & Marlatt, 1981)

[ ← 231 ]

(Constantino, Glass, Arnkoff. Ametrano, & Smith, 2011)

[ ← 232 ]

(Cheavens, Feldman, Woodward, & Snyder, 2006; Snyder et al., 2000)

[ ← 233 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 234 ]

(Miller et al., 2019; Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 235 ]

(Martin, Sterne, Moore, & Friedmeyer, 1976; Martin, Moore, & Sterne, 1977)

[ ← 236 ]

(Snyder, Michael, & Cheavens, 1999)

[ ← 237 ]

(Miller, Forchimes, & Zweben, 2019)

[ ← 238 ]

(Stack, Lannon, & Miley, 1983)

[ ← 239 ]

(Rutter, 2006, 2013)

[ ← 240 ]

(A. K. Shapiro, 1971; Wampold, Minami, Tierney, Baskin, & Bhati, 2005)

[ ← 241 ]

(Bandura, 1997)

[ ← 242 ]

(French, Olander, Chisholm, & McSharry, 2014; O'Halloran, Shields, Blackstock, Wintle, & Taylor, 2016; Prestwich et al., 2014; Sheeran et al., 2016)

[ ← 243 ]

(Howe, Goyer, & Crum, 2017; Kaptchuk et al., 2008; Orlinsky & Howard, 1986; Turner, Deyo, Loeser, Con Korff, & Fordyce, 1994)

[ ← 244 ]

(Miller et al., 1993; Miller & DiPilato, 1983; Schmidt & Miller, 1983)

[ [← 245](#) ]

(Harris & Miller, 1990)

[ [← 246](#) ]

(Miller, 2015)

[ [← 247](#) ]

(Cheavens et al., 2006)

[ [← 248](#) ]

(Kaptchuk et al., 2008)

[ [← 249](#) ]

(Falkenström, Markowitz, Jonker, Philips, & Holmqvist, 2013)

[ [← 250](#) ]

(Katz & Hoyt, 2014; P. J. Martin et al., 1977; Norris et al., 2019)

[ [← 251](#) ]

(Strauss, Huppert, Simpson, & Foa, 2018)

[ [← 252](#) ]

(Rosenthal & Jacobson, 1966; Rubies-Davis & Rosenthal, 2016; Szumski & Karwowski, 2019)

[ [← 253](#) ]

(Sandell et al., 2006)

[ [← 254](#) ]

(Bohart & Tallman, 1999; Wampold & Imel, 2015)

[ [← 255](#) ]

(Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010)

[ ← 256]

(Bohart & Tallman. 1999, 2010; Levitt & Pomerville, 2016)

[ ← 257]

(Miller & Rollnick. 2013)

[ ← 258]

(C. J. Edwards, Beutler. & Someah, 2019; Kamo & Longabaugh, 2005)

[ ← 259]

(Haley, 1993; R. J. Kohlenberg & Tsai, 2007)

[ ← 260]

(Rogers, 1959; Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 261]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 262]

(Karpiak & Benjamin, 2004)

[ ← 263]

(Truax, 1966)

[ ← 264]

(Bischoff & Tracey, 1995; Drage, Masterson, Tober, Far- ragher, & Bewick, 2019; Klonek, Lehmann-Willenbrock, & Kauffeld, 2014; Moyersetal., 2007; Walthers et al., 2019; Wiser & Goldfried, 1998)

[ ← 265]

(Gendlin, 1961; Rogers et al., 1967)

[ ← 266]

(Bugental, 1999)

[ ← 267]

(M. H. Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler, 1986)

[ ← 268 ]

(Stiles, McDaniel, & Gaughey, 1979)

[ ← 269 ]

(M. H. Klein et al., 1986; Watson & Bedard, 2006)

[ ← 270 ]

(Hill, 1990; Luborsky, Auerbach, Chandler, Cohén, & Bachrach, 1971; Orlinsky & Howard, 1986; Pascuel-Leone & Yervomenko, 2017; Watson & Bedard, 2006; Wiser & Goldfried, 1998)

[ ← 271 ]

(Johnson & Greenberg, 1988)

[ ← 272 ]

(Hill et al., 1988)

[ ← 273 ]

(Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996)

[ ← 274 ]

(Goldman, Greenberg, & Pos, 2005; Watson & Bedard, 2006)

[ ← 275 ]

(Robichaud, 2004)

[ ← 276 ]

(Kiesler, 1971; Rogers et al., 1967)

[ ← 277 ]

(Rogers et al., 1967)

[ ← 278 ]

(M. H. Klein et al., 1986)

[ ← 279 ]

(Elliott et al., 2011a)

[ ← 280 ]

(Watson & Bedard, 2006)

[ ← 281 ]

(Wiser & Goldfried, 1998)

[ ← 282 ]

(M. H. Klein et al., 1986)

[ ← 283 ]

(M. Martin, 1990; Westermann, Spics, Stahl, & Hesse, 1996)

[ ← 284 ]

(Gollwitzer, 1999; Gollwitzer, Wieber, Myers, & McCrea, 2010)

[ ← 285 ]

(Rokeach, 1973; Sherman, 2013)

[ ← 286 ]

(Bem, 1967; Festinger, 1957)

[ ← 287 ]

(DeVargas & Stormshak, 2020; Glynn & Moyers, 2010; Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 288 ]

(Berg & Reuss, 1997; DeShazer et al., 2007)

[ ← 289 ]

(B. S. Kohlenberg, Yeater, & Kohlenberg, 1998; R. J. Kohlenberg & Tsai, 1994)

[ ← 290 ]

(Miller, 1983)

[ ← 291 ]

(Miller & Rollnick, 2004)

[ ← 292 ]

Amrhein, Miller, Yahne, Knupsky, & Hochstein, 2004; Miller & Rollnick, 2013

[ ← 293 ]

(Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003; Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume, & Daeppen, 2010; S. D. Campbell et al., 2010; Daeppen, Bertholet, Gmel, & Gaume, 2007; M. Magill, Apodaca, Barnett, & Monti, 2010; Moyers, Martin, et al., 2007; Moyers, Houck, et al., 2017; Vader et al., 2010)

[ ← 294 ]

(Apodaca et al., 2016; Drage et al., 2019; Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel, & Daeppen, 2010; Glynn & Moyers, 2010; Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rose, 2009; Moyers, Houck, et al., 2017)

[ ← 295 ]

(Forrester et al., 2019)

[ ← 296 ]

(Miller & Rollnick, 2004)

[ ← 297 ]

(Bamatter et al., 2010)

[ ← 298 ]

(Apodaca et al., 2016; de Almeida Neto, 2017; M. Magill, Bernstein, et al., 2019; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 299 ]

(Karno & Longabaugh, 2005)

[ ← 300 ]

(Bandura, 1982,1997)

[ ← 301 ]

(French et al., 2014; Gist & Mitchell, 1992; Williams & French, 2011)

[ ← 302 ]

(Prestwich et al., 2014; Sheeran et al., 2016)

[ ← 303 ]

(Houck, Manuel, & Moyers, 2018; M. Magill et al., 2018)

[ ← 304 ]

(DeVargas & Stormshak, 2020)

[ ← 305 ]

(Hannover, Blaut, Kniehase, Martin, & Hannich, 2013; Moyers & Martin, 2006; Walthers et al., 2019)

[ ← 306 ]

(Miller et al., 1993)

[ ← 307 ]

(Glynn & Moyers, 2010; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 308 ]

(Brehm & Brehm, 1981; de Almeida Neto, 2017)

[ ← 309 ]

(Rollnick, Fader, Breckon, & Moyers, 2019; Rollnick, Kaplan, & Rutschman, 2016; Rollnick et al., 2020; Steinberg & Miller, 2015; Stinson & Clark, 2017)

[ ← 310 ]

(Kirschenbaum, 2009)

[ ← 311 ]

(Aveyard, Begh, Parsons, & West, 2012; Chick, Ritson, Connaughton, & Stewart, 1988; G. Edwards et al., 1977; Schmidt & Miller, 1983)

[ ← 312 ]

(Dillard & Shen, 2005)

[ ← 313 ]

(J. W. Brehm, 1966; S. S. Brehm & Brchm, 1981)

[ ← 314 ]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 315 ]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 316 ]

(Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2017)

[ ← 317 ]

(Steindl et al., 2015)

[ ← 318 ]

(Rains, 2013)

[ ← 319 ]

(Beutler et al., 2011; Dillard & Shen, 2005; Kamo & Longabaugh, 2005)

[ ← 320 ]

(de Almeida Neto, 2017)

[ ← 321 ]

(Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 322 ]

(Glynn & Moyers, 2010)

[ ← 323 ]

(Aveyard et al., 2012; Stead et al., 2013)

[ ← 324 ]

(DiClemente, Como, Graydon, Wiprovnick, & Knoblach, 2017; Lenz, Rosenbaum, & Sheperis, 2016; McQueen, Howe, Alian, Mains, & Hardy, 2011; Moyer, Finney, Swearingen,

& Vergun, 2002; Samson & Tanner-Smith, 2015; Smedslund et al., 2011; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006)

[ ← 325 ]

(McNaughton, 2009; Schmidt & Miller, 1983)

[ ← 326 ]

(Vijay et al., 2016)

[ ← 327 ]

(Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Miller & Sánchez, 1994)

[ ← 328 ]

(G. Edwards & Orford, 1977, p. 346)

[ ← 329 ]

(Prochaska, 1994; Prochaska & DiClemente, 1984)

[ ← 330 ]

(Barlow et al., 2014)

[ ← 331 ]

(Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis, & Ellard, 2017)

[ ← 332 ]

(Rogers, 1959; Rogers et al., 1967; Truax & Carkhuff. 1967)

[ ← 333 ]

(Babor, 2004; Bemstein et al., 2005; Gaume, Gmel, Faouzi, & Daeppcn, 2009; Millcr, 2000)

[ ← 334 ]

(Rogers, 1980c, 1980d; Weinraub, 2018)

[ ← 335 ]

(Rogers, 1980d, pp. 129-130)

[ ← 336 ]

(Miller, 2005)

[ ← 337 ]

(Hood, Hill, & Spilka, 2018)

[ ← 338 ]

(Delaney & DiClemente, 2005)

[ ← 339 ]

(Miller, 1999; Richards & Bergin, 1997; Shafranske, 1996)

[ ← 340 ]

(Delaney, Miller, & Bisonó, 2007)

[ ← 341 ]

(Peterson & Seligman, 2004)

[ ← 342 ]

(K. W. Brown, Ryan, & Creswell, 2007; S. C. Hayes et al., 2011)

[ ← 343 ]

(Fromm, 1956; Lewis, 1960; Miller, 2000)

[ ← 344 ]

(Miller & Rollnick, 1991)

[ ← 345 ]

(Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995)

[ ← 346 ]

(Rogers, 1980d)

[ ← 347 ]

(Geller & Greenberg, 2018; Weinraub, 2018)

[ ← 348 ]

(Norcross, 2011)

[ ← 349 ]

(Gelso et al., 2018)

[ ← 350 ]

(Armstrong. 2010; Rakel, 2018; The Dalai Lama & Vreeland, 2001)

[ ← 351 ]

(Fromm, 1956; Salzberg, 1995; R. Shapiro, 2006)

[ ← 352 ]

(Chow et al., 2015; Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993; Ericsson & Pool, 2016; Gladwell, 2008)

[ ← 353 ]

(Brooks, 2015; Franklin, 2012/1785; Peterson & Seligman, 2004)

[ ← 354 ]

(Rogers, 1980d; Weinraub, 2018)

[ ← 355 ]

(p. ex., Goldberg et al., 2016; Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001; Lafferty et al., 1989; Truax & Carkhuff, 1976; Tracey, Wampold, Lichten- berg, & Goodyear, 2014; Witteman, Weiss, & Metzmacher, 2012)

[ ← 356 ]

(Erekson et al., 2017)

[ ← 357 ]

(Goldberg, Hoyt, Nissen-Lie, Nielsen, & Wampold, 2018; Hersoug et al., 2001)

[ ← 358 ]

(Morche, Mathes, & Pieper, 2016; Mowat, Maher, & Ballard, 2016)

[ ← 359 ]

(Ericsson et al., 1993; Ericsson & Pool, 2016).

[ ← 360 ]

(Chow et al., 2015)

[ ← 361 ]

(p. ex., Westra et al., 2020)

[ ← 362 ]

(S. D. Miller, Hubble, & Chow, 2020)

[ ← 363 ]

(Bellg et al., 2004; Fixsen, Blase, & Van Dyke, 2019; Henggeler, Schoenwald, Letoumeau, & Edwards, 2002; Miller & Rollnick, 2014)

[ ← 364 ]

(p. ex., Barnicot et al., 2014; Zuroff et al., 2010)

[ ← 365 ]

(Carkhuff, 2019; Egan, 2014)

[ ← 366 ]

(Bozarth, 1984; Rogers, 1980b)

[ ← 367 ]

(Lane et al., 2005; Miller, Hedrick, & Orlofsky, 1991; Moyers, Rowell, et al., 2016)

[ ← 368 ]

(Campinez Navarro et al., 2016)

[ ← 369 ]

(Miller, Rollnick, & Moyers, 2013)

[ ← 370 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, 1976)

[ ← 371 ]

(Miller, 2018; Rosengren, 2018)

[ ← 372 ]

(Love, Kilmer, & Callahan, 2016)

[ ← 373 ]

(DeVargas & Stormshak, 2020)

[ ← 374 ]

(Tracey et al., 2014)

[ ← 375 ]

(Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Miller & Mount, 2001; Miller, Sorensen, Selzer, & Brigham, 2006)

[ ← 376 ]

(Hill, 1990; Luborsky et al., 1971; Orlinsky & Howard, 1986; Pascual-Leone & Yervomenko, 2017; Watson & Bedard, 2006; Wiscr & Goldfricd, 1998)

[ ← 377 ]

(Apodaca et al., 2016; Drage et al., 2019; Gaumc et al., 2010; Moyers et al., 2009)

[ ← 378 ]

(M. Magill et al., 2018; Miller & Rose, 2009; Vader et al., 2010)

[ ← 379 ]

(Bischoff & Tracey, 1995; Drage et al., 2019; Klonek et al., 2014; Patterson & Chamberlain, 1994)

[ ← 380 ]

(Engle & Arkowitz, 2006; Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 381 ]

(Westra et al., no prelo)

[ ← 382 ]

(Di Bartolomeo, Shukla, Westra, Ghashghaei, & Olson, no prelo)

[ ← 383 ]

(Raingruber, 2003)

[ ← 384 ]

(Chowet al., 2015)

[ ← 385 ]

(p. ex., Miller et al., 1980)

[ ← 386 ]

(Decker, Carroll, Nich, Canning-Ball, & Martino, 2013)

[ ← 387 ]

(Miller & Mount, 2001; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004; Sacco et al., 2017)

[ ← 388 ]

(Miller, Moyers, et al., 2005)

[ ← 389 ]

(van Bentham et al., no prelo)

[ ← 390 ]

(Ackerman & Hilsenroth, 2003; Owen, Miller, Seidel, & Chow, 2016)

[ ← 391 ]

e está disponível em <https://Avaiprofhorvath.com/Dcwnloads>.

[ ← 392 ]

(Safran et al., 1990)

[ ← 393 ]

(Safran & Muran, 2000)

[ ← 394 ]

(Eubanks, Muran, & Safran, 2018)

[ ← 395 ]

Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2015

[ ← 396 ]

(Eubanks-Carter et al., 2015)

[ ← 397 ]

(Muran et al., 2018)

[ ← 398 ]

(Muran et al., 2018; Safran et al., 2014)

[ ← 399 ]

(Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010)

[ ← 400 ]

(Miller, LoCastro, Longabaugh, O'Malley, & Zweben, 2005)

[ ← 401 ]

(Longabaugh, Mattson, Connors, & Cooney, 1994; Miller, Walters, et al., 2001)

[ ← 402 ]

(Truax & Carkhuff, 1967, p. 369)

[ ← 403 ]

(Miller, 1980)

[ ← 404 ]

(p. ex., Bien, Miller, & Boroughs, 1993; J. Brown & Miller, 1993)

[ ← 405 ]

(p. ex., Antón et al., 2006; Miller, Walters, et al., 2001; Project MATCH Research Group, 1997)

[ ← 406 ]

(G. S. Brown, Lambert, Jones, & Minami, 2005)

[ ← 407 ]

(Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody, & Karp, 1995)

[ ← 408 ]

(p. ex., Barlow, 2014; Carroll, 1998; Linehan, 2014; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013; Miller, 2004)

[ ← 409 ]

(Carroll et al., 1998; Miller, Moyers, et al., 2005)

[ ← 410 ]

(Beidas & Kendall, 2010; Truijens, Zühlke-Van Hulzen, & Vanheulc, 2019)

[ ← 411 ]

(Herschell et al., 2010; Miller et al., 2006)

[ ← 412 ]

(M. V. Ellis et al., 2014; Hill & Knox, 2013)

[ ← 413 ]

(Wilson, Davies, & Weatherhead, 2016)

[ ← 414 ]

(Miller, 2018; Nichols, 2009; Rakel, 2018). Truax & Carkhuff (1967, pp. 107-109)

[ ← 415 ]

(Miller et al., 2004; Moyers et al., 2008)

[ ← 416 ]

(Miller et al., 2004)

[ ← 417 ]

(Miller, Moyers, et al., 2005)

[ ← 418]

(Moyers, Houck, et al., 2016)

[ ← 419]

(Truax & Carkhuff, 1967, p. 142; *itálico no original*)

[ ← 420]

(Miller & Moyers, 2017)

[ ← 421]

Elliott et al., 2011b;

[ ← 422]

(Miller & Rollnick, 2013; Rollnick & Miller, 1995)

[ ← 423]

(Ajzen & Fishbein, 1980; Miller & C'de Baca, 1994, 2001; Rokeach, 1973)

[ ← 424]

(Davison, Voge, & Coffman, 1997)

[ ← 425]

(Beidas & Kendall, 2010; Miller et al. 2004)

[ ← 426]

(Herschell et al. 2010; Rakovshik, McManus, Vazquez-Montes, Muse, & Ougrin, 2016)

[ ← 427]

(Kobak, Craske, Rose, & Wolitsky-Taylor, 2013)

[ ← 428]

(S. D. Miller, Hubble, & Chow, 2017)

[ ← 429]

(Herschell et al., 2010)

[ ← 430 ]

(Ottman, Kohrt, Pedersen, & Schafer, 2020)

[ ← 431 ]

(Napel-Schutz, Abma, Bamelis, & Arntz, 2017)

[ ← 432 ]

(Miller, 2018; Nichols, 2009)

[ ← 433 ]

(Carkhuff & Truax, 1965; Kirschenbaum, 2009; Miller & Moyers, 2017; Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 434 ]

(Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011a; Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)

[ ← 435 ]

(Truax & Carkhuff, 1967)

[ ← 436 ]

(Villarosa-Hurlocker, O'Sickey, Houck, & Moyers, 2019)

[ ← 437 ]

(Egan, 2014; Miller, 2018; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson, & Miller, 2005; Nichols, 2009; Rosengren, 2018)

[ ← 438 ]

(Norcross & Wampold, 2019; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998)

[ ← 439 ]

(Hatcher, 2015)

[ ← 440 ]

(Boswell et al., 2013; Imel, Baer, Martino, Bali, & Carroll, 2011; Zickgraf et al., 2016)

[ ← 441 ]

(Hatcher, 2015; Karno & Longabaugh, 2005)

[ ← 442 ]

(A. N. C. Campbell et al., 2015; Miller, Yahne, & Tonigan, 2003; Webb, DeRubeis, & Barber, 2010; Zickgraf et al., 2016)

[ ← 443 ]

(Boswell et al., 2016)

[ ← 444 ]

(Marshall & Nielsen, 2020)

[ ← 445 ]

(Moyers, Houck, et al., 2016; Moyers & Miller, 2013)

[ ← 446 ]

(Rousmaniere, Goodyear, Miller, & Wampold, 2017)

[ ← 447 ]

(American Psychological Association, 2015)

[ ← 448 ]

(Goldberg, Babins-Wagner, & Miller, 2017)

[ ← 449 ]

(E. M. Rogers, 2003)

[ ← 450 ]

(Kirschenbaum, 2009)

[ ← 451 ]

(Miller & Moyers, 2017)

[ ← 452 ]

(p. ex., Rogers et al., 1967)

[ ← 453 ]

N. de R. T. A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que tem apresentado notoriedade para melhorar a efetividade clínica e apoiar o profissional da saúde nas suas condutas, utilizando basicamente três elementos: evidências científicas, experiência clínica e preferências do cliente.

[ ← 454 ]

(p. ex., Longabaugh & Wirtz, 2001)

[ ← 455 ]

(Kirschenbaum, 2009; Truax & Carkhuff, 1967,1976)

[ ← 456 ]

(p. ex., Glynn & Moyers, 2010; Longabaugh & Wirtz, 2001; Nock, 2007; Magill et al., 2015; Truax & Carkhuff, 1965)

[ ← 457 ]

(M. Magill & Hallgren, 2019; Moyers et al., 2009)

[ ← 458 ]

(Gorman, 2017)

[ ← 459 ]

(p. ex., Chambless et al., 1998; Miller & Wilbourne, 2002)

[ ← 460 ]

(Hofmann & Barlow, 2014)

[ ← 461 ]

(Miller & Moyers, 2015)

[ ← 462 ]

(Wells, Saxon, Calsyn, Jackson, & Donovan, 2010; Westerberg, Miller, & Tonigan, 2000)

[ ← 463 ]

(Okamoto, Dattilio, Dobson, & Kazantzis, 2019)

[ ← 464 ]

(Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, & Beck, 1991; Kim et al., 2006; Miller & Moyers, 2015; Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017; Project MATCH Research Group, 1998)

[ ← 465 ]

(Miller et al., 2006)

[ ← 466 ]

(Fixsen et al., 2005, 2019; McHugh & Barlow, 2010)

[ ← 467 ]

(Miller & Meyers, 1995)

[ ← 468 ]

(p. ex., Miller, Moyers, et al., 2005)

[ ← 469 ]

(Truijens et al., 2019)

[ ← 470 ]

(Hettema et al., 2005)

[ ← 471 ]

(Crits-Christoph et al., 1991)

[ ← 472 ]

(Ghaderi, 2006)

[ ← 473 ]

(Miller & Baca, 1983; Miller et al., 1980; van Oppen et al., 2010)

[ ← 474 ]

(B. K. Campbell, Guydish, Le, Wells, & McCarty, 2015)

[ ← 475 ]

(p. ex., Wells et al., 2010; Westberg et al., 2000)

[ ← 476 ]

(Laska, Gurman, & Wampold, 2014)

[ ← 477 ]

(Kim et al., 2006; Luborsky et al., 1997; Okiishi et al., 2003; Wampold & Bolt, 2006)

[ ← 478 ]

(Antón et al., 2006; Bali et al., 2007)

[ ← 479 ]

(Truax & Carkhuff, 1967,1976)

[ ← 480 ]

(Hofmann & Barlow, 2014)

[ ← 481 ]

(p. ex., Singla et al., 2020)

[ ← 482 ]

(N. Magill, Knight, McCrone, Ismail, & Landau, 2019)

[ ← 483 ]

(Hofmann & Barlow, 2014; Schwartz, Chambless, McCarthy, Milrod, & Barber, 2019)

[ ← 484 ]

(Moyers, Houck, et al., 2016)

[ ← 485 ]

(p. ex., Carroll et al., 1998)

[ ← 486 ]

(p. ex., Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984; Miller & Mount, 2001; Moyers, Rowell, et al., 2016; Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 487 ]

(Litten & Alien, 1992; Miller, Tonigan, & Longabaugh, 1995)

[ ← 488 ]

Dejonge, Schippers, & Schaap, 2005; Miller & Mount, 2001; Moyers, Martin, Catley, Harris, & Ahluwalia, 2003

[ ← 489 ]

(Moyers, Rowell, et al., 2016; Pierson et al., 2007)

[ ← 490 ]

(M. Magill & Hallgren, 2019)

[ ← 491 ]

(S. C. Hayes, 2004; Miller, Toscova, Miller, & Sánchez, 2000; Moos, 2007)

[ ← 492 ]

(p. ex., Morgenstern & Longabaugh, 2000)

[ ← 493 ]

(Longabaugh & Magill, 2011; Morgenstern & Longabaugh, 2000)

[ ← 494 ]

(Kadden, Litt, & Cooney, 1992)

[ ← 495 ]

(M. Magill, Kiluk, McCrady, Tonigan, & Longabaugh, 2015)

[ ← 496 ]

(R. J. Kohlenberg & Tsai, 2007; C. K. Shaw & Shrum, 1972)

[ ← 497 ]

(Gendlin, 1961; Kiesler, 1971; M. H. Klein et al., 1986)

[ ← 498 ]

(Hill et al., 1988; Wiser & Goldfried, 1998)

[ ← 499 ]

(Varble, 1968)

[ ← 500 ]

(Kirschenbaum, 2009; Miller & Moyers, 2017)

[ ← 501 ]

(Miller & Rose, 2009; Rogers, 1959)

[ ← 502 ]

(Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991)

[ ← 503 ]

(Amrhein et al., 2003; Miller & Rollnick, 2013)

[ ← 504 ]

(Miller & Rose, 2009,2015; Moyers et al., 2017)

[ ← 505 ]

(Moyers & Martin, 2006)

[ ← 506 ]

(Villarosa-Hurlocker et al., 2019)

[ ← 507 ]

(cf., M. Magill et al., 2019)

[ ← 508 ]

(Moyers et al., 2009; Nock, 2007)

[ ← 509 ]

(Miller et al., 1993)

[ ← 510 ]

(Patterson & Forgatch, 1985)

[ ← 511 ]

(Glynn & Moyers, 2010)

[ ← 512]

(R. J. Kohlenberg & Tsai, 2007)

[ ← 513]

(Prochaska, 1994; Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska & Velicer, 1997)

[ ← 514]

(Anthony, 2003; Anthony & Mizock, 2014; Battcrsby ct al., 2010)

[ ← 515]

(Prochaska & Velicer, 1997)

[ ← 516]

(Ferster & Skinner, 1957)

[ ← 517]

(Anthony, 2003, p. 7)

[ ← 518]

(Pascuel-Leone & Yervomenko, 2017)

[ ← 519]

(Longabaugh, Magill, Morgenstern, & Huebner, 2013; Longabaugh & Wirtz, 2001)

[ ← 520]

(Norcross & Wampold, 2011)

[ ← 521]

(Sue & Sue, 2015)

[ ← 522]

(Hofmann & Barlow, 2014)

[ ← 523]

(Miller et al., 2019; Najavits & Weiss, 1994)

[ ← 524 ]

(Hettema et al., 2005)

[ ← 525 ]

(Bertholet et al., 2010; T. Martin, Christopher, Houck, & Moyers, 2011; Moyers, Martin, Christopher, et al., 2007; Moyers, Martin, Houck, et al., 2009; Va- der et al., 2010)

[ ← 526 ]

(Baer et al., 2008; S. D. Campbell et al., 2010; M. Magill, Apodaca, et al., 2018; M. Magill, Gaume, et al., 2014)

[ ← 527 ]

(M. Magill, Gaume, et al., 2014; Miller et al., 1993)

[ ← 528 ]

(Moyers, Houck, et al., 2016; Moyers, Martin, et al., 2009)

[ ← 529 ]

(p. ex. Marker, Salvaris, Thompson, Tolliday, & Norton, 2019)

[ ← 530 ]

(McCambridgc, Day, Thomas, & Strang, 2011)

[ ← 531 ]

(M. Magill et al., 2018)

[ ← 532 ]

(Moyers, Miller, et al., 2005)

[ ← 533 ]

(p. ex., Godley et al., 2001; Nuro et al., 2005)

[ ← 534 ]

(p. ex., Hill, O'Grady, & Elkin, 1992; Vallis, Shaw, & Dobson, 1986)

[ ← 535 ]

(Colosimo & Pos, 2015; McLeod & Weisz, 2005; Moyers, Rowell, et al., 2016; Truax & Carkhuff, 1976)

[ [← 536](#)]

(Hill et al., 1992; Moyers, Rowell, et al., 2016)

[ [← 537](#)]

(Miller et al., 2004)

[ [← 538](#)]

(Moyers et al., 2017)

[ [← 539](#)]

(Hall, Staiger, Simpson, Best, & Lubman, 2016)

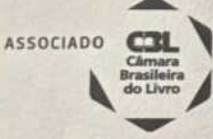
[ [← 540](#)]

(Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, & Hanley, 1997; Miller & Rollnick, 2014)

[ [← 541](#)]

(Moyers, Houck, et al., 2016; Norcross, 2011; Truax & Carkhuff, 1976)





---

M6747p Miller, William R.  
Psicoterapeutas eficazes : habilidades clínicas que melhoram os desfechos dos tratamentos / William R. Miller, Theresa B. Moyers ; tradução : Maiza Ritomy Ide ; revisão técnica : Neide Zanelatto – Porto Alegre : Artmed, 2026.  
xiv, 215 p. ; 25 cm.

ISBN 978-65-5882-370-4

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental.  
I. Moyers, Theresa B.

CDU 615.851

---

Catálogo na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147

Obra originalmente publicada sob o título *Effective Psychotherapists: Clinical Skills that Improve Client Outcomes*, 1st Edition  
ISBN 9781462546893

Copyright © 2021 The Guilford Press  
A Division of Guilford Publications, Inc.