

# 50 Minutes Conversation

## Terapias narrativas e dialogicamente orientadas

Miguel Gonçalves

---

**Miguel M. Gonçalves** é professor catedrático na Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Tem publicado diversos livros no domínio da intervenção narrativa e investigado os processos narrativos envolvidos na mudança psicoterapêutica, tendo publicado estes trabalhos em revistas e livros internacionais. É director adjunto do Centro de Investigação em Psicologia e Director do Programa de doutoramento em Psicologia Aplicada da Universidade do Minho. É ainda editor associado da *Psychotherapy Research*, vice-presidente da *International Society for Dialogical Science* e membro honorário da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas.

# Terapias narrativas e dialogicamente orientadas

50 minutes conversation  
Miguel Gonçalves

Transcrição: T. Alfama e B. Afonso  
Edição: A. Henriques

## Tópicos

Esta conversa com Miguel Gonçalves teve lugar a 27 de Maio de 2012, em Lisboa, após workshop em Terapia da Re-autoria. Eis alguns dos temas abordados nessa manhã:

**Parte I – Terapias Dialogicamente Orientadas: Características distintas**

**Part II – Aplicabilidade e Eficácia**

**Part III – O Treino de Psicoterapeutas**

## A Entrevista

Parte I

**Terapias Dialogicamente Orientadas: Características distintas**

Aníbal Henriques: Miguel, muito obrigado por aceites este formato de conversação.

Miguel Gonçalves: Obrigado eu.

AH: Começamos por aqui, existem de facto terapias dialogicamente orientadas? Podemos falar um bocadinho sobre o que é que são e que modelos é que lá cabem dentro? Tentar caracterizá-los um bocadinho.

MG: Pois, é uma questão complicada porque o modo como os modelos dialógicos têm evoluído não tem ou não começaram por ser completamente orientados para a psicoterapia. A primeira contribuição assim relevante, e que é muitas vezes citada, é a do Hermans, o livro *Dialogical Self* publicado nos anos 90, e depois o Hermans publica mais tarde um livro em torno das auto-narrativas e do *Self* dialógico, e de facto ele propõe na altura uma ferramenta – no âmbito deste segundo livro – que é o Método de Auto-confrontação, que eu acho que é uma ferramenta que pode ser utilizada de facto em psicoterapia mas não é, do meu ponto de vista, não é uma psicoterapia, é uma ferramenta que ele caracteriza como sendo de avaliação e de transformação mas que a mim me parece, para ser franco, algo limitado. Portanto, é algo que até pela sua natureza muito estruturada torna difícil a sua utilização em psicoterapia. Eu utilizei-

a algumas vezes, não tenho de facto muita experiência de utilização desta ferramenta. Depois de facto em torno do trabalho do Hermans, e das pessoas associadas a ele, começaram a surgir contributos para a psicoterapia. Ele depois publica mais tarde um livro com o Giancarlo Dimaggio em torno da psicoterapia e do *Self* dialógico, e de facto se olharmos para aquele livro as contribuições são muito heterogéneas, aparece o Williams Stiles, aparecem coisas em torno da *Emotion-Focused Therapy*. Ou seja, o que eu penso sobre isto é que de facto apesar das Terapias Narrativas – o que eu chamo de Terapias Narrativas – terem, ainda que sem o admitirem explicitamente porque não aparece isto explicitado por exemplo nos trabalhos do White, este *background* dialógico, nunca aparece, que eu me recorde nunca aparece referência ao Bakhtin ou a outros autores...

AH: Ou seja, não assumem a natureza dialógica do *Self*?

MG: Não, não porque eu acho que a tradição de que eles partem é uma tradição muito diferente. Portanto nós temos aqui de facto vários modelos psicoterapêuticos que pelo *background* teórico que utilizam acabam por propor coisas por vezes semelhantes mas que de facto não têm o mesmo *background* teórico. Mesmo se pensarmos na *Emotion-Focused Therapy* que eu acho que de facto há claramente ali um posicionamento que pode ser assumido como dialógico, mas também na elaboração do modelo não aparece referenciado o Bakhtin. Portanto, de algum modo o Bakhtin foi muito popularizado de facto no território da psicoterapia pelo trabalho do Hermans, e as pessoas foram-se congregando um pouco à volta deste trabalho, mas se tomarmos como referência as terapias narrativas ou... há várias formas de agrupar isto, de facto, mesmo as terapias narrativas não se assumem como construtivistas, por exemplo.

AH: Claro, sem dúvida.

MG: O modo como nós agrupamos, como nós organizamos, estas diferentes famílias de

psicoterapias que de facto têm pontos de contacto entre si, apesar de eu também achar que têm discordâncias, acho que há pontos de afastamento, há pontos de contacto e há pontos de afastamento.

AH: Pois, precisamente, estava-me a recordar que a EFT assumem a dualidade da mente mas não a natureza dialógica do *Self*, portanto é como se assumissem alguma dualidade e alguma dialética mas não esta multiplicidade de posições.

MG: Pois, e de facto provavelmente também não trabalham muito com elas. Mesmo o modelo do Giancarlo Dimaggio que é um modelo, enfim, de linha mais cognitiva – digamos assim – e que depois se centra muito em activar funções metacognitivas, não se percebe também muito bem como é que a multiplicidade é ali gerida ou é trabalhada. Enquanto que se olharmos para as terapias narrativas a multiplicidade do *Self*, embora não trabalhada teoricamente – digamos assim – de um ponto de vista Bakhtiniano, a multiplicidade do *Self* é utilizada como um recurso de transformação. Ou seja, eu acho que no trabalho do Michael White é muito evidente como é que a multiplicidade emerge e como é que é usada como recurso. Eu acho que nisso o White era de facto muito criativo do ponto de vista terapêutico e fazia um esforço por ver, como ele dizia, de um modo exótico. Eu acho que ele tinha esta capacidade de... mas de facto há muitos pontos de discordância, se nós pensarmos por exemplo entre – para pegar em exemplos concretos e para tornar se calhar isto mais explícito -, se pensarmos no modelo de terapia de Giancarlo Dimaggio ou no modelo de terapia do Michael White são mundos diferentes, quer dizer, o Michael White é, por exemplo, claramente despatologizador.

AH: Mm-hm.

MG: Porque a tradição do Michael White é uma tradição que vem da sistémica e do – embora ele seja originalmente terapeuta sistémico – é uma tradição que vem da sistémica, é uma tradição que evolui a partir muito mais dos pressupostos

do Bateson do que dos pressupostos dialógicos do Bakhtin.

AH: Mm-hm, portanto o que tu estás a dizer é que é difícil ver de facto qual é que é este grupo de terapias que assumem de facto esta natureza dialógica do *Self*, ou que são dialogicamente orientadas. Não é tão simples assim ver...

MG: Para mim pelo menos não é simples. Mas acho mais do que isso, que temos modelos terapêuticos – de algum modo... isto é um bocado... pode parecer um bocado disparatado dizer -, mas que de algum modo quase sem o saberem assumem a natureza dialógica do *Self*, eu acho que a terapia narrativa faz isto, mas que de facto isto não é assumido explicitamente. Porque o modo como são sustentadas as estratégias terapêuticas e a visão que os autores têm da psicoterapia de facto não parte do Bakhtin. Provavelmente se eles fossem convidados a ler obras do Bakhtin concordariam com muitos pressupostos e achariam que aquilo faria todo o sentido. Eu não sei, de facto, se alguma vez o Michael White leu Bakhtin, não faço ideia. E, portanto, acho que de facto não aparece explicitado e que também há pontos de facto de discordância. Podemos pensar um bocado sobre eles depois se quiseres, mas é assim que eu vejo... Ou seja, eu acho que o modo como o próprio mapa é recortado – digamos assim – o mapeamento que nós podemos fazer dos diferentes modelos psicoterapêuticos é algo em si mesmo complexo porque depende da perspectiva de onde partimos para fazer este recorte, não é? Nós podemos dizer que estas psicoterapias são todas de base construtivista, duvido que todos os construtivistas estejam de acordo acerca disto.

AH: Exactamente, sim.

MG: O Michael Hoyt utilizava um termo para classificar estas psicoterapias que alguns autores classificam de mais pós-modernas – eu não gosto muito do termo mas classificam de pós-modernas – ele utilizava a designação, aliás editou vários livros em torno desta ideia, designava-as por terapias construtivas.

AH: Ok.

MG: Não construtivistas, construtivas, e muito com base nesta ideia de que o que distingue estes modelos, ditos construtivos dos outros modelos, é o facto de o terapeuta nos modelos construtivos se organizar não à procura de défices ou de características internas do sujeito, ou do que quer que seja que seja necessário de algum modo corrigir, mas de procurar perceber quais são as potencialidades construtivas – digamos assim – que existem na vida da pessoa que podem ser elaboradas e que podem transformar a sua própria vida.

AH: A partir do encontro com o terapeuta?

MG: Exactamente, exactamente. Portanto, eu acho que esta designação para as terapias onde... e repara, estas terapias de facto, apesar de terem pressupostos dialógicos na base, não são as mesmas terapias que aparecem caracterizadas... por exemplo são diferentes do modelo do Bill Stiles ou do modelo... eu acho que há pontos de contacto entre o modelo do Stiles e o modelo da EFT apesar de tudo, embora claramente o modelo que o Stiles propõe é um modelo transteórico, portanto é um modelo que ele aplica a diferentes modelos de psicoterapia porque acha que em todos os modelos de psicoterapia os terapeutas trabalham com vozes, mesmo quando não explicitam este processo e que as vozes vão aparecendo. Portanto, claramente o modelo do Stiles é um modelo dialógico, não tenho grandes dúvidas sobre isto.

AH: Ainda que ele não o assuma, ou que não...

MG: Ele assume-o como dialógico mas o modelo do Stiles, do meu ponto de vista, é mais um modelo transteórico de leitura do que acontece na psicoterapia, seja ela qual for, que pode ser aplicada à Terapia Narrativa, à Terapia Centrada no Cliente, à *Emotion-Focused Therapy*, provavelmente à Terapia da Coerência - não sei -, à Terapia Cognitiva, têm sido publicadas aplicações do Modelo da Assimilação ... o que é curioso porque o Modelo da Assimilação começa nos anos 90 como um modelo Piagetiano e

depois é influenciado pelos modelos dialógicos, e gradualmente vai-se transformando de facto num modelo dialógico...

AH: De facto o diálogo interno está presente desde Meichenbaum, Piaget também, obviamente, como modelo de explicação...

MG: Claro, só que de algum modo no modelo, nesta reformulação dialógica do Stiles nós temos muito claramente presente a multivocalidade do *Self*.

AH: Exactamente, sim.

MG: O *Self* como multivocal. Agora o Stiles de facto não é tanto... porque depois aqui cruzam-se diferentes coisas, o Stiles está muito mais centrado na investigação do processo terapêutico, de facto criou um modelo de grande sucesso e reconhecido de investigação do processo terapêutico, com capacidade de aplicação a diferentes modelos terapêuticos, e portanto o meio onde ele se move, digamos assim, é um meio de investigação em psicoterapia muito *mainstream*, apesar de ser investigação de processo. Se nós formos ver, os trabalhos da Terapia Narrativa nós não temos... está completamente longe do *mainstream*, tu vês alguns investigadores a fazerem investigação narrativa mas os modelos narrativos estão situados noutra linha de trabalho, não aparecem muito... e a investigação aliás tem sido relativamente reduzida – a propósito destes modelos -, não tem sido muito, não há um grande filão de investigação porque de facto eles estão muito mais centrados na prática...

AH: No entanto, entendes que esta assunção da natureza dialógica do *Self* é em si mesma um instrumento terapêutico muito rico e muito útil ou...

MG: Mm-hm, eu acho que sim e acho que, mais uma vez, o Modelo da Assimilação mostra isto claramente, como é que o processo...

AH: O Modelo da Assimilação do Bill Stiles ...

MG: Do Bill Stiles, como é que o processo de evolução psicoterapêutica pode ser descrito

como um processo de assimilação de vozes. E o facto de isto poder ser lido em diferentes modelos psicoterapêuticos é de facto interessante. E nós temos alguns pontos de contacto com o Modelo da Assimilação em torno do nosso próprio modelo de investigação do processo terapêutico, e que tem sido algo curioso de facto, o estabelecimento destes – diria o Stiles – destas pontes de significação. Portanto, acho que metaforicamente é um instrumento interessante, acho que metaforicamente é algo que a maior parte dos terapeutas, que o White classifica de construtivos, utilizam como recurso ainda que muitas vezes seja um recurso implícito.

AH: Que não está...

MG: Até porque, repara, até o próprio Michael White vai tão longe ao ponto de desafiar a própria noção de *Self* que nós temos, não é?

AH: Sim.

MG: Ele é desconstrutivo na própria noção de *Self*, e portanto não utiliza... ele imagina às vezes – é engraçado, o próprio Michael White morreu há uns anos, e morreu relativamente novo, e o último livro que ele publicou foi o *Maps of Narrative Practice*, que é um livro que eu acho que é muito interessante, em que ele é muito claro no pensamento dele. E às vezes nós utilizamos na nossa investigação do processo terapêutico – de facto a nossa inspiração partiu muito do Michael White mas eu nunca conheci pessoalmente o Michael White, e agora não será certamente possível conhecê-lo, mas tenho a certeza absoluta, tenho esta firme convicção que ele detestaria o meu trabalho.

AH: Porque...

MG: Porque leria o trabalho que nós fazemos, que eu tenho feito em torno do conceito dos Momentos de Inovação, leria como um trabalho realista e positivista porque nós de facto estamos... ou seja eu acho que o White...

AH: Muito focados no terapeuta, no paciente?

MG: Não, estamos... nós de facto do ponto de vista, se eu tivesse que me situar do ponto de vista da investigação – enfim, isto escapa um bocado às perguntas que me estavas a fazer -, mas do ponto de vista da investigação de facto nós assumimo-nos como pós-positivistas e não como construtivistas, e eu na verdade – eu tenho dito isto já algumas vezes – eu na verdade acho que a investigação de natureza mais construtivista tem sérios limites.

AH: Claro, compreendo.

MG: Não acho... acho que como posicionamento epistemológico é riquíssima de facto, e é muito interessante e provavelmente para a psicoterapia de facto é um recurso magnífico. E portanto, nós assumimos que aqueles processos que nós identificamos na psicoterapia seriam identificados por qualquer pessoa treinada devidamente.

AH: E nessa medida assumem algum realismo.

MG: E nessa medida assumimos algum realismo e, portanto, nesse sentido eu acho que o Michael White detestaria, ou não simpatizaria muito com o trabalho que nós fazemos porque eu acho que ele, a preocupação dele, de facto é uma preocupação de prático, e daí também que não haja muita investigação com o modelo dele, o que eu acho que depois se transforma também numa limitação, como é evidente, porque depois torna-se pouco competitivo em termos de....

AH: Mas então esta teoria ou terapia dialógica é ou não uma *bridging theory*, é de alguma forma integradora?

MG: Eu acho que pode vir a ser, acho que ainda não é. Acho que pode vir a ser, não sei muito bem que contornos, não tenho a certeza dos contornos que ela pode assumir porque vejo pessoas muito diferentes e com concepções muito diferentes a assumirem-se como dialógicas, e provavelmente até pessoas com pressuposições contraditórias a assumirem-se como dialógicas. Portanto não tenho a certeza que mapeamento é que isto possa vir a fazer,

mas isto é o problema dos recortes que nós utilizamos, não é? Quando nós dizemos 'O que é que são terapias construtivistas ou o que é que são terapias pós-modernas, ou o que é que são terapias tradicionais? - quer dizer - a EFT é uma terapia tradicional? É uma terapia construtivista?'. A questão dos recortes é sempre uma questão complexa e também não tenho bem a certeza se é a questão mais interessante, para ser franco. Se é uma questão que seja muito interessante nós termos uma obsessão com os recortes sobre como é que recortamos os modelos terapêuticos. Não sei. Até porque cada vez mais a investigação mostra de facto o 'paradoxo da equivalência', não é? Se calhar é interessante nós pensarmos em psicoterapia em torno de outras coisas que não 'o que é que são as terapias X ou Y, e o que é que as distingue', porque aparentemente os diferentes modelos psicoterapêuticos são equivalentes. Nós temos agora um estudo em que comparamos Terapia Cognitiva da depressão com Terapia Narrativa da depressão e mais uma vez os resultados são equivalentes.

AH: E no entanto continua a haver uma pressão grande para aquilo que as distingue e que as une, no sentido de...

MG: Sim, mas de facto, quer dizer, do ponto de vista dos clientes a eficácia é semelhante, não é? Sem grandes diferenças em termos de resultados, e portanto esta obsessão com o que é que são as diferentes terapias e o que é que... não sei se de facto é o mais interessante. Para mim neste momento o mais interessante é procurar perceber quais são os processos que estão na base da mudança e como é que eles podem ser... um pouco como faz o Bill Stiles, que processos estão na base da mudança independentemente dos modelos psicoterapêuticos e dos recursos que o terapeuta usa.

AH: Mm... estou a ver alguma cautela tua nesta assunção da natureza dialógica do *Self* também, ou seja, vêes como uma ferramenta metafórica muito interessante mas não a abraças epistemologicamente da mesma forma, é isso?

MG: A minha posição face à psicoterapia é que – ainda ontem dizia isto na formação -, eu acho que as diferentes técnicas psicoterapêuticas são estratégias – e nisto acho que o Michael White tem razão, mas outros terapeutas já propuseram isto -, eu acho que as boas técnicas psicoterapêuticas ou as boas estratégias psicoterapêuticas são estratégias que ‘naquele momento, para aquela pessoa específica, com aquela dificuldade específica’ são capazes de tornar exótico o cotidiano.

AH: Exótico significando...

MG: Exótico significa que tiram a pessoa da sua forma habitual de experienciar.

AH: Ok, mm-hm.

MG: O Watzlawick tem um livro muito interessante – do qual eu agora não me recordo do título, portanto não sei como é que a gente fará isto<sup>1</sup>...

AH: Fica para descobrir.

MG: ... mas que tem na capa o Barão de Munchausen e a história do Barão de Munchausen é um, pode-se olhar para esta história de duas formas, é um cavaleiro que vai a atravessar um rio e está a afundar-se – a história é contada pelo próprio Watzlawick -, está a afundar-se com o seu cavalo e procura puxar-se pelo rabo do cavalo que ele tem a ele próprio para cima, e quanto mais se... nós podemos olhar para isto de duas maneiras – já não me recordo se o Watzlawick vê assim ou não -, podemos olhar para isto como uma descrição do que os terapeutas estratégicos chamam fazer mais do mesmo, ou seja, quanto mais ele se puxa mais se afunda.

AH: Ok.

MG: E, portanto, está a tentar resolver o problema de um modo inadequado, digamos assim, e está a criar um circuito irónico, o que os terapeutas estratégicos chamavam um circuito irónico, ou seja, quanto mais fazemos algo para resolver o

problema mais o problema persiste e se torna forte, que era a grande especialidade dos terapeutas estratégicos, identificar estes circuitos de mais do mesmo. Mas também podemos olhar para isto de uma outra forma, que é o Barão de Munchausen está a tentar puxar-se a ele próprio para fora da realidade.

AH: Para fora da realidade, mm-hm.

MG: E eu acho que as boas técnicas terapêuticas, seja identificação da posição pró-sintoma, seja a utilização de cadeira vazia, seja a utilização da externalização, seja o que for, são estratégias que naquele momento permitem à pessoa sair da sua realidade experiencial e olhar para a realidade experiencial – como o White dizia – de um modo exótico, isto é, de um modo diferente do que elas costumam ver. Portanto que de algum modo, se utilizarmos esta proposta estratégica, que permitem fazer com que a pessoa experiencie de fora do circuito irónico em que estava envolvido, não é?

AH: Ok.

MG: E portanto é um pouco assim que eu olho para as técnicas terapêuticas, se para a pessoa faz sentido... ou seja, dito de outra maneira, sou um oportunista. Se para a pessoa faz sentido a multiplicidade do *Self*, acho que estratégias que trabalhem a multiplicidade podem ser interessantes, mas podem não fazer sentido nenhum, a pessoa pode ter uma visão de si completamente integrada e que este tipo de estratégias seja demasiado estranho. Ou seja, dito de outra maneira, o tornar exótico o cotidiano, o que o White caracterizava por tornar exótico o cotidiano – que eu acho uma ideia interessante. Que é, eu costumo dizer isto aos meus alunos, é um bocado o que as crianças fazem, as crianças têm esta capacidade, que nós observamos cotidianamente, de olhar para o cotidiano de um modo exótico, não é?

AH: Claro.

---

<sup>1</sup> Referência ao livro "Munchausen's Pigtail: or Psychotherapy and "Reality""

MG: Quanto mais pequeninas mais o fazem, mais se admiram com a realidade. Depois nós vamos crescendo, vamo-nos habituando à realidade, e vai sendo tudo mais do mesmo. Conta-se uma história, ouvi contar uma história já não sei por quem, do Albert Ellis a chegar ao Egipto e perguntarem-lhe o que é que ele achava, e ele disse “pedras sobre pedras”, portanto isto é o exemplo máximo de tornar pouco exótico o cotidiano.

AH: Já não via nada. Exatamente, e desinteressante.

MG: Mas só para concluir esta ideia. Eu acho que as estratégias terapêuticas, nós caminhamos no fio da navalha - e também nós temos investigação em torno deste tema -, caminhamos no fio da navalha no sentido de que as estratégias têm que criar algo de invulgar mas não podem ser demasiado invulgares.

AH: Ok.

MG: Porque senão criam um risco de... ou seja, a pessoa tem que estar, tem de ser capaz de fazer um jogo sabendo que aquilo é um jogo...

AH: Que seja um bocadinho familiar ao paciente...

MG: Mas tem que sempre haver algum grau de proximidade, sobre o risco de criarmos demasiado ameaça.

AH: Ok, eu tinha aqui uma pergunta para te fazer, que já não sei se te vou fazer mas ainda assim fica feita, que já respondeste de alguma forma, que é quais são as características distintivas destas terapias supostamente dialogicamente orientadas, primeiro se elas existem. Já percebemos que existem mas ainda não percebemos se...

MG: Eu acho que o recorte é difícil de traçar basicamente, e o que é que elas trazem de novo...

AH: O que é que elas trazem de novo, o que é que te parece? Queres ainda fazer...

MG: A mim parece-me que o que elas trazem de novo é a assunção da multivocalidade, não da

multiplicidade mas da multivocalidade, isto é, de que existem posições no *Self* que se podem assumir como narradoras e que cada posição do *Self* tem a sua história diferente para contar. E que, portanto, se nós partirmos do pressuposto que muitas das pessoas com que nós trabalhamos são pessoas em que a multivocalidade está em perigo, ou está reduzida, restabelecer esta multivocalidade pode ser interessante. Que implica necessariamente do ponto de vista narrativo, implica necessariamente um aumento de flexibilidade narrativa.

AH: Todas as terapias de alguma forma eficazes o fazem, assumindo-o ou não.

MG: Eu acho que sim, a minha perspectiva é que sim. Que o fazem, mesmo um bom terapeuta cognitivo... enfim, há estudos que demonstram que os terapeutas experientes são mais parecidos entre eles do que parece à primeira vista, do que os terapeutas pouco experientes. Eu não diria que todos os terapeutas fazem a mesma coisa, até porque a investigação não o sugere, mas acho que a boa terapia, seja ela... e acho que é a única forma de nós lidarmos com o paradoxo da equivalência, não é? A boa terapia provavelmente tem coisas em comum, não é? Ou seja, a velha questão dos factores comuns em psicoterapia, que são de facto provavelmente altamente relevantes para o resultado, e eu imagino que... porque uma coisa que a gente pode sempre fazer de facto, e que às vezes vemos feito na literatura, é que é sempre possível re-descrever o que está a acontecer a partir de outra perspectiva teórica.

AH: Claro.

MG: Ou seja, eu posso olhar para o que um terapeuta comportamental faz como exposição ao vivo, exactamente igual ao que poderia fazer um terapeuta estratégico para curto-circuitar um circuito de mais do mesmo. Há algo de paradoxal na exposição ao vivo, não é? Há algo de paradoxal, o sujeito está a fazer aquilo que sistematicamente teme, portanto está a tentar parar. Portanto podemos interpretar que o que

está acontecer é que um circuito irónico está a ser curto-circuitado. E, portanto, eu julgo que na boa terapia quando nós temos narrativas fechadas, porque nem sempre é o caso, podemos não ter narrativas fechadas, podemos não ter auto-narrativas fechadas e aí de facto a questão da multiplicidade não se coloca tanto, não é? Nós podemos ter pessoas que de facto têm uma multiplicidade ingovernável, não é?

AH: Ok. Sem dúvida.

MG: E em que a narrativa que nos aparece é uma narrativa caótica. O Robert Neimeyer propõe três formas de disfunção narrativa que eu acho que é interessante para pensarmos sobre isto, que é o que ele designa por narrativas dominantes.

AH: Exacto.

MG: Que é equivalente ao que ao que o Michael White caracteriza como narrativa saturada pelo problema, mas depois sugere o que ele designa por narrativas caóticas e narrativas dissociadas, julgo que os nomes são estes. E de facto o que nós temos nas narrativas caóticas é uma dificuldade em criar significação narrativa, e isto corresponde aquele tipo de clientes que nos aparecem e que nós até temos dificuldade em fazer sentido do que está a acontecer porque saltam de um tópico para o outro, e portanto há uma carência de organização narrativa, e aqui a questão que se coloca não é tanto a da multiplicidade, é de facto o de conseguirmos ter um narrador dominante ainda que temporariamente.

AH: Ou integrado, ou coerente.

MG: Exactamente, e portanto aqui provavelmente temos multiplicidade a mais mas com diálogo a menos, curiosamente, ou seja, existem múltiplas posições mas não existe diálogo entre elas – é uma forma de interpretar o que está a acontecer. E depois o que ele designa por narrativas dissociadas em que há sistematicamente uma parte da elaboração narrativa que está ausente, que pode ser um tema, por exemplo

sistematicamente está ausente o tema da responsabilização, a pessoa está permanentemente a desresponsabilizar-se pelas coisas que acontecem, como pode ser uma vertente do processo narrativo, por exemplo as emoções estão permanentemente ausentes. E, mais uma vez, eu julgo que aqui a questão que se coloca não é tanto de reabilitar a multivocalidade, é a de reabilitar esta parte da experiência que está ausente, de a trazer, ser capaz de a integrar na experiência cotidiana do cliente.

AH: Mas então as teorias dialógicas de alguma forma farão melhor esse trabalho de equilíbrio multivocal do que outras que não têm esta...

MG: Não tenho a certeza.

AH: Ok.

MG: Não tenho a certeza que isso seja assim. Seguramente que o trabalhar a multivocalidade parece-me a mim que é mais complicado nalguns tipos de clientes e de problemas, que de outros. Se pensarmos nas perturbações de personalidade, acho que por exemplo o trabalho, mais uma vez do Dimaggio é um trabalho muito interessante, porque de facto são casos em que é mais difícil trabalhar estas dimensões. Se pensarmos em alguém que está com um quadro de depressão maior, em que de facto o que nós temos é uma narrativa saturada, provavelmente qualquer terapeuta quer aumentar a flexibilidade narrativa mesmo que as metáforas que organizam o seu pensamento, a teoria que organiza o seu pensamento, possa não ser essa, acho que um terapeuta cognitivo quer fazer isto.

AH: Ok, pois, exactamente, sim, ainda que não o saiba ou que o assuma...

MG: Ainda que não esteja a partir deste pressuposto, está a partir do pressuposto que quer flexibilizar os pensamentos, que os pensamentos são demasiado rígidos, são muito enviesados e portanto quer corrigir este viés. Eu acho que o que acontece de um ponto de vista

dialógico neste processo é a criação de flexibilidade narrativa e portanto outras posições vão ter de estar presentes.

## Parte II

### Aplicabilidade e Eficácia

AH: Ok, muito bem. Queria falar um bocadinho contigo acerca da aplicabilidade e da eficácia, já começamos a falar um bocadinho disso, da aplicabilidade e da eficácia destes modelos, já disseste aí coisas muito importantes, nomeadamente a proximidade do paciente com estes modelos, que é um aspecto importante. Mas a própria teoria em si mesma tem alguma sofisticação, não é? Um bocadinho complexa. Em que medida é que estas teorias e estes modelos têm tanto de ricos e complexos quanto de inalcançáveis no plano metacognitivo para os próprios...

MG: Terapeutas.

AH: Terapeutas e pacientes.

MG: Pois, mais uma vez temos de pensar sobre o que é que estamos a falar porque se eu pensar por exemplo na Terapia Narrativa - que é mais fácil para mim partir deste modelo -, se pensar em termos da Terapia Narrativa, o modelo é, do meu ponto de vista, é susceptível de ser ensinado embora seja complicado. Eu tenho alguma experiência de supervisão de Terapia Narrativa - mesmo de supervisão através de vídeos e discussão de casos, mas a supervisão através de vídeo é sempre mais interessante porque a gente vê de facto o que é que está a acontecer - e a minha experiência é que demora algum tempo, exige algum tempo de treino até o terapeuta ser capaz de fazer Terapia Narrativa, e mais do que isso, acho que exige, acho que alguns pressupostos são tão diferentes do habitual, que exige uma espécie de monitorização constante.

AH: Auto-monitorização...

MG: Auto-monitorização e eventualmente hetero-monitorização, mas sobretudo auto-monitorização. Ou seja, eu acho que é muito simples, até por razões de natureza cultural, nós assumirmos pressupostos que são antagónicos com os da Terapia Narrativa. Eu dou-te dois exemplos, o pressuposto da interioridade, de que as pessoas têm um interior e que este interior tem determinadas características, e que existem características desta interioridade que explicam os resultados que nós observamos, isto é completamente intuitivo, a gente pensa assim no quotidiano.

AH: Exacto.

MG: Portanto, ou o terapeuta consegue, mais uma vez como o Barão de Munchausen tirar-se desta realidade, ou então começa a fazer uma espécie de - e eu já vi isto a acontecer -, começa a fazer uma espécie de Terapia Narrativa travestida, depois o risco é que aquilo comece a parecer má terapia cognitiva, curiosamente.

AH: Ok, e o mesmo se aplica ao paciente.

MG: Eu aqui... é assim, eu em relação aos pacientes, ou aos clientes, eu acho que as pessoas são mais espertas do que a gente pensa.

AH: Mais que os terapeutas às vezes...

MG: Não, quer dizer, é evidente que os resultados de investigação empírica sugerem que há uma percentagem reduzida de pessoas que piora com a psicoterapia. Eu acho que a gente tem que ter cuidado com esta percentagem. É uma percentagem reduzida mas acontece. Portanto todos os estudos sobre a eficácia da psicoterapia mostram que há uma pequena percentagem de pessoas que piora e que temos que compreender melhor o que é que acontece com estas pessoas. É muito provável que parte do que acontece aqui tenha a ver com falhas relativamente graves em coisas em que todos terapeutas têm que se esforçar por serem relativamente bons, que é o ser empático ou respeitar a experiência do cliente ou ser capaz

de estabelecer com o cliente uma posição colaborativa. É provável que grande parte destas coisas tenha a ver com a falência de variáveis relacionais que são centrais em psicoterapia e que a investigação sugere sistematicamente que têm um impacto considerável nos resultados terapêuticos, e um impacto sólido. E portanto não importa se estamos a fazer EFT ou se estamos a fazer a Terapia Centrada nas Soluções, se o terapeuta não conseguir estabelecer empatia com o cliente não vai conseguir fazer terapia nenhuma.

AH: Um factor comum claríssimo.

MG: Factor comum exactamente, cada vez mais claro. Em relação aos clientes, deixa-me dar-te um exemplo concreto para perceberes o que é que eu quero dizer. Fazer externalização – quanto mais passa o tempo mais me convenceo disto – é extraordinariamente difícil. Fazer externalização de um modo adequado e sistemático com um cliente do princípio até ao fim é difícil. E o que acontece por vezes é que o terapeuta não consegue fazer isto de um modo eficaz e entra no que eu chamo modo convencimento. Ou seja, se nós pegarmos no discurso do terapeuta e no discurso do cliente vemos a externalização acontecer do lado do discurso terapeuta e o cliente basicamente a dar pistas, às vezes muito subtis de resistência, de que aquilo não está a fazer sentido e o terapeuta a persistir.

AH: Estamos a falar da complexidade do treino.

MG: Há pouco estava a dizer-te que há pressupostos, que se o terapeuta não vigia, como por exemplo o que eu chamei o pressuposto da interioridade, mas também se o terapeuta por exemplo tem um olhar excessivamente patologizante eu acho que dificilmente conseguirá fazer algumas coisas que o modelo da Terapia Narrativa sugere. Porque se o olhar for excessivamente patologizante vai entrar em modo de correcção...

AH: Claro, sem dúvida.

MG: muito provavelmente. E portanto eu acho que se colocam de facto complexidades dos pressupostos do terapeuta que facilitam ou complicam a execução de determinadas estratégias terapêuticas que são muito contra-intuitivas; é muito mais intuitivo eu perguntar quais é que são os pensamentos e procurar corrigir os pensamentos. É muito mais intuitivo, e muito mais congruente com a cultura.

AH: Estás a ver as dificuldades da aplicabilidade destes modelos muito mais do ponto de vista do terapeuta, da dificuldade do terapeuta e estás a ver menos dificuldade do paciente.

MG: Eu acho que pode também haver dificuldade do lado do cliente. Mas aí acho que é um pouco como qualquer estratégia, se nós propusermos alguém fazer cadeira vazia, a pessoa pode recusar, pode não entrar no jogo, dizer que não faz sentido ou tentar fazer e não conseguir...

AH: Ou meramente esta abertura para a multiplicidade do eu, pode ser difícil.

MG: Ou fazer de um modo – às vezes também penso que isto acontece – fazer de um modo mecânico e ritualístico, e portanto se as pessoas fazem as coisas de um modo mecânico e ritualístico sem convicção não são capazes de experienciar.

AH: Não experienciam, claro.

MG: E eu acho que independentemente, também estou cada vez mais firmemente convencido disto, que as técnicas diferentes não podem ser só...que mesmo as técnicas cognitivas, por exemplo, são técnicas que suscitam experiências diferentes. E que portanto que são mais holísticas, digamos assim, do que meramente produzir uma mudança cognitiva. Acho que produzem mudanças noutros níveis. Quando eu falava há pouco que as técnicas produzem experiências diferentes, eu acho que isto é válido para as boas técnicas terapêuticas, seja cadeira vazia, seja desafio cognitivo, seja externalização. E portanto acho que o que permite é de facto a pessoa ver a sua

experiência de outro ponto de vista. É engraçado por exemplo quando utilizamos, como na formação de ontem, exercícios de treino, às vezes muito simples, coisas muito simples, com meia dúzia de perguntas que à primeira vista podem parecer coisas relativamente triviais, muitas vezes as pessoas experienciam o que elas dizem “Vi uma espécie de luz ao fundo do túnel”. E eu acho que é isto que a gente depois procura segurar na psicoterapia, manter por mais tempo. Portanto manter esta experiência de uma realidade diferente durante mais tempo. E é curioso porque algumas conseguem-no fazer, mesmo em treino, outras não. Outras para elas aquilo não faz sentido nenhum. E portanto eu acho que o mesmo acontece na psicoterapia.

AH: Com o paciente, não é?

MG: Com o paciente, claro.

AH: E portanto não vê dificuldades maiores do que na média das...

MG: Eu acho que se o terapeuta faz, utiliza a técnica de um modo...temos duas hipóteses, ou o terapeuta utiliza a técnica de um modo desadequado e o cliente não tem qualquer ressonância nele, ou quando muito sugere algum mal-estar relacional e portanto podemos ter uma ruptura da aliança subsequente a isto, é possível que aconteça. Ou então se o terapeuta executa a técnica de um modo adequado isto por si só não garante, como com qualquer outra técnica, que o cliente adira à técnica, porque pode não fazer sentido para ele.

AH: Ok, para ti seria claramente um mau caminho por exemplo uma abordagem clássica de psicodidáctica educacional, tentar convencer o paciente do nosso modelo, isto é, vender-lhe a multiplicidade do eu como...

MG: Não, acho que não faz sentido nenhum.

AH: Pode ser contraproducente, não é.

MG: Sim, acho que não faz sentido nenhum. Quer dizer pelo menos, eu diria – ainda ontem me fizeram esta pergunta na formação em torno da

externalização – eu diria que seria muito sumário, digamos assim, muito sintético na explicação, se tivesse que a dar. Porque as pessoas obviamente têm direito a ser, podemos ter alguém que nos diz “mas eu quero perceber, explique-me”.

AH: Obviamente.

MG: E aí nós não nos podemos furtar a explicar, como é óbvio. Mas eu seria muito – lembro-me duma cliente com quem trabalhei, que me obrigou a falar uma hora do modelo teórico e quando eu dei conta tinha passado uma sessão. Porque ela era de facto persuasiva e ia fazendo perguntas antes de querer entrar no processo e eu cheguei ao fim da sessão e disse “nós podemos continuar mais dez sessões a falar sobre o modelo teórico nada de novo vai acontecer na sua vida. Portanto é uma decisão sua.”

AH: É uma forma de resistência também, não é.

MG: Claro, evidentemente.

AH: Falaste muito de empatia, da importância da empatia, das várias empatias, para que estas metodologias e estes pressupostos da multiplicidade do eu e outros possam ser trazidos para a relação e para o paciente de uma forma eficaz. Achas que estes modelos dialogicamente orientados cuidam bem deste aspecto das empatias?

MG: Pois, eu acho que não há outra forma se não fazê-lo. Porque, pensando na questão da multiplicidade, eu acho que nós temos algo parecido com a tarefa de um terapeuta familiar quando está com uma família. Um terapeuta familiar quando está com a família tem que empatizar com os diferentes membros. Se alienar algum dos membros corre o risco de fracassar na sua tarefa, porque aquele membro vai provavelmente boicotar o processo terapêutico. E se há coisa que um terapeuta familiar aprende a fazer desde cedo, é empatizar com todos eles, o que pode ser uma tarefa complicada porque muitas vezes as pessoas

estão em conflito aberto e com perspectivas completamente antagónicas. Isto exige que o terapeuta empatize, compreenda as perspectivas antagónicas.

AH: Ou seja, com as várias posições do eu, eventualmente.

MG: Exactamente. Eu acho que o mesmo se aplica às posições do eu internalizadas. Ou seja o terapeuta tem que empatizar com as diferentes posições sejam elas mais dominantes ou menos dominantes. Claro que a primeira questão que se coloca aqui é *como é que o terapeuta identifica as diferentes posições? Como é que ele as compreende?* E depois, *como é que empatiza com elas.* Mas acho que empatia é vital. Eu, como tu sabes, eu utilizo ferramentas da Terapia Centrada nas Soluções, mas vejo com muito, acho que é preciso muito cuidado, muito cuidado mesmo quando treinamos terapeutas com este tipo de ferramentas porque o risco de facto, um pouco como acontece também na Terapia Narrativa, é que o terapeuta – aliás um conjunto de autores falam de que a Terapia Centrada nas Soluções pode ser a terapia forçada nas soluções – eu acho que o risco é muito grande de o ser. O terapeuta forçar...

AH: O paciente na direcção das soluções...

MG: Exactamente.

AH: Quando ele quer habitar o problema.

MG: E isso é muito pouco empático na compreensão... Eu acho que estes modelos... É engraçado, nós temos observado uma coisa curiosa, em termos da investigação, que é, quando temos duas posições em psicoterapia, e temos uma posição pró-solução e uma posição que de algum modo é antagónica à solução...

AH: E habita o problema...

MG: e habita o problema, justamente, e aparecem estas duas posições, e a pessoa diz por exemplo algo no sentido de facilitar a solução, mas depois diz “mas na verdade é mais difícil do que ao que parece”, por exemplo, uma coisa deste género. O

que nós observamos de algum modo, mais ou menos sistemático, nas sessões de psicoterapia é que o que acontece é que o terapeuta narrativo, rapidamente se alia à solução para o problema, e procura puxar por ela, enquanto que o terapeuta, por exemplo focado nas emoções, faz o contrário, centra-se na posição problemática e procura empatizar com por exemplo a dificuldade que a pessoa tem em solucionar. Nós queremos investigar, nós estamos muito interessados em investigar esta questão e tentar perceber se há eficácias diferenciais na resolução disto. Porque de facto uma das coisas que nós observamos em termos de investigação, e que a mim parece interessante, é que em todas as psicoterapias aparecem o que nós chamamos momentos de inovação, em todas elas, que sejam casos de sucesso, sejam casos de insucesso, de mudança narrativa, portanto flexibilização narrativa. Mas, há um fenómeno muito curioso, nos casos de insucesso que nós designamos por retorno ao problema, em que depois da elaboração da posição inovadora a pessoa regressa à posição problemática logo de seguida.

AH: E o terapeuta não gosta nada de fazer esse movimento empático.

MG: E o terapeuta tem que lidar com isto. E isto é interessante porque nós queremos perceber como é que se sai disto. Vou dar-te um exemplo curioso, nós temos estudado recentemente casos de luto patológico e é interessante verificar, eu ainda não sei exactamente o que é que isto significa, mas parece-me muito interessante. Quando nós observamos a evolução da inovação, mesmo nos casos de sucesso, e a evolução destes retornos ao problema, eles são, em muitos casos, basicamente paralelos.

AH: Paralelos quer dizer o quê?

MG: Paralelos no sentido que as linhas seguem tendências iguais. Ou seja, quando sobe a inovação sobe o retorno ao problema, quando desce a inovação desce o retorno ao problema.

AH: Mantêm-se juntas, mm-hm.

MG: E se nós correlacionarmos os dois movimentos as correlações são elevadíssimas. Estou a falar de correlações na casa do .7, .8, entre as duas linhas. Isto significa que nestes casos sempre que a inovação aumenta, aumenta o retorno ao problema.

AH: Como se fosse uma defesa?

MG: Eu julgo, nós estamos a interpretar isto, enfim não sabemos exactamente o que é que isto significa, porque isto parece... este processo acontece também noutra tipo de casos. Por exemplo nos casos que nós temos de Emotion Focused Therapy, com depressão, as correlações andam na casa dos .4...

AH: Mas estão lá também.

MG: Estão lá também. Há uma tendência para seguir. Porque é que no luto isto acontece com tanta intensidade, a nossa intuição, mas é uma coisa que a gente tem que estudar seguramente melhor, a nossa intuição é de que isto tenha a ver com a dificuldade das pessoas que estão em luto patológico de abandonar a conexão com a pessoa perdida.

AH: De se desligarem, mm-hm.

MG: E de interpretarem a melhoria como um desligamento da pessoa que perderam.

AH: Como se tivessem uma voz que ainda não foi visitada. Uma posição que ainda não foi visitada.

MG: Exactamente.

AH: Ok, faz todo o sentido. O que estamos a dizer é que o terapeuta tem que estar muito atento e fazer empatia com essas várias posições e descobrir outras camadas das posições.

MG: Justamente.

AH: Muito bem, muito interessante. Miguel, já falaste de experiência, e a experiência, como as emoções, são outro factor comum, parece ser um factor comum fortíssimo na

eficácia das terapias. Qual é a tua posição e entendimento relativamente à importância da experiência e em que medida é que estes modelos narrativos ou outros dialogicamente orientados...

MG: A maneira como eu gosto de olhar para as diferentes estratégias terapêuticas, penso que está implícito no que disse atrás, é que são diferentes linguagens e portanto dizer-se que uma estratégia terapêutica é melhor que outra é como dizer que o inglês é melhor que o português. Faz o mesmo sentido para mim que isto. Eu acho que genericamente é a única forma de interpretar estes resultados. É claro que nós continuamos a ter um conjunto de terapeutas que recusam a ideia de equivalência das diferentes psicoterapias. E portanto insistem na predominância de que algumas são melhores que outras. Eu de facto estou muito persuadido por pessoas como por exemplo o Frank em torno da proposta que ele fez dos factores comuns, de que a terapia tem quatro ou cinco ingredientes comuns. É interessante porque a investigação, e tu sabes muito bem isto, a investigação em psicoterapia mostra que na maior parte das vezes que um modelo terapêutico aparece num RCT com superioridade face a outro é porque os investigadores têm lealdade com aquele modelo e portanto isso transmite-se, não significa que os investigadores são desonestos, significa que o que está a acontecer, é que as equipas de terapeutas estão mais confortáveis com aquele modelo e são melhores a persuadir o cliente dos rituais terapêuticos que propõe.

AH: É outra variável.

MG: É, e isso aparece portanto, o Luborsky chamou atenção para isso, de facto quando se tem em consideração nos *randomized clinical trials* a lealdade ao modelo, os modelos ficam muito mais próximos do que diferentes. Isto para dizer que, a mim parece-me que, provavelmente o Leslie Greenberg discordaria disto profundamente, mas eu acredito, embora seja uma mera intuição, que a Terapia Cognitiva quando funciona produz necessariamente

alterações emocionais, se não não havia hipótese de funcionar. E portanto, quando o terapeuta analisa cognições, estas cognições têm associadas a si padrões emocionais que são de algum modo transformados. Isto para dizer o quê? Para dizer que...

AH: Mas as aptidões dos terapeutas cognitivistas versus os terapeutas focados nas emoções para lidar com a emoção são...

MG: são completamente diferentes, claro, completamente diferentes.

AH: o que pode fazer uma diferença também.

MG: Completamente diferentes. Mas eu acho mais uma vez que o modo como os terapeutas pegam nas diferentes dificuldades e lidam com elas podem conduzir a resultados semelhantes. Ou seja, o facto de um terapeuta cognitivo analisar padrões cognitivos e analisar como é que estes – por exemplo se pensarmos na Terapia Centrada nos Esquemas – analisar como é que estes padrões cognitivos emergiram desde a infância e como é que o ambiente familiar, necessariamente vão emergir padrões emocionais fortíssimos. Não há forma de dar a volta a isto.

AH: O problema é se calhar os terapeutas estarem só preparados para lidar com um hemisfério e não com o outro, ou seja, com o cognitivo e não com o emocional, trabalhar predominantemente com um hemisfério ou com uma componente e não com a outra. Este pode ser o problema? Este desequilíbrio?

MG: Embora eu acho que um bom terapeuta cognitivo lida com os dois, tal como um bom terapeuta emocional provavelmente percebe também as cognições que estão associadas ou os pressupostos que estão associados a determinadas posições emocionais.

AH: Mas requer um treino específico, ou seja, já estamos quase a falar de treino mas já lá vamos; não requer um treino específico lidar exactamente com a experiência da emoção e saber compreendê-la, empatizar com ela, o seu

desenrolar natural, a que é que leva, implica toda uma formação específica, não é? Que nem todos os terapeutas...

MG: Pois...

AH: Para fazer este equilíbrio entre a nossa capacidade imensa que temos de ter, imensa como terapeutas, de trabalhar com ambos os hemisférios, com todos estes fenómenos, complexidade dos fenómenos mais ligados à cognição, mais ligados à experiência e à emoção.

MG: É engraçado, por exemplo se nós partirmos agora, voltamos ao modelo narrativo, modelo narrativo da re-autoria, é muito claro para mim que há ali uma vertente emocional que não é explorada. Ou que não é explorada do mesmo modo que é explorada por exemplo na EFT, obviamente que não, claro. Agora, a mim parece-me que de algum modo aqueles padrões, por exemplo de questionamento, são padrões fortíssimos do ponto de vista da suscitação emocional.

AH: Pois são.

MG: E que o terapeuta tem que ter capacidade de lidar com eles, empatizar com eles, de permitir a organização do cliente relativamente a eles. Agora, as vias são diferentes de facto. Eu julgo que as vias para lá chegar são diferentes. Se são mais eficazes umas que as outras, provavelmente são com diferentes clientes, acredito que sim, acredito com algumas pessoas e com algum tipo de problemáticas seja muito útil saber fazer duas cadeiras e permitir a integração de vozes discrepantes, mas o que é facto é que isto não funciona com toda a gente. Quer dizer, se calhar com outras estratégias de natureza narrativa são capazes de criar mais flexibilidade.

AH: Portanto continuamos a precisar de terapeutas flexíveis.

MG: Exactamente, eu acho que a flexibilidade é muito importante nos terapeutas.

AH: É. E no entanto estes modelos narrativos já trabalham também directamente com as emoções. Ainda ontem conversávamos sobre abordagem do William Stiles, que é interessante, sobre este encontro das posições como gerador de emoções. Ou os trabalhos da Line Angus, das narrativas mais saturadas emocionalmente, ou mais ao nível da acção, já se manipula também esta área das emoções. Parece também importante, mas com esta ressalva que fizeste, que é preciso adaptar ao paciente.

MG: Eu acho que sim. O que nós temos nos diferentes modelos terapêuticos dadas as tradições da qual eles partem, aparecem estratégias de facto diferentes e de natureza diferentes e que...o que tu dizes há pouco é importante, há alguma investigação que mostra por exemplo quando os terapeutas ficam demasiado presos a manuais terapêuticos tornam-se menos flexíveis e portanto a flexibilidade do terapeuta parece ser um ingrediente importante justamente para não ficarem, parece-me a mim, preso aos seus pressupostos teóricos e não conseguir ajustar-se a clientes com necessidades diferentes. Acho é que provavelmente o que significa é que o modo como nós produzimos mudança em diferentes pessoas e com diferentes estratégias pode ser de facto diferente, não tem que ser, não acredito que haja uma única via para a mudança.

AH: Sem dúvida, muito bem.

MG: Acho que há múltiplas vias.

### Parte III

#### O Treino de Psicoterapeutas

AH: Ótimo. Vamos então ao treino de terapeutas para terminarmos. Já falaste, de alguma forma já fomos dizendo que em termos de treino de terapeutas podemos identificar desafios específicos que estes modelos de matriz narrativa e dialógicos colocam para os *trainers*.

Quem treina nestes modelos. Já fizeste alguns sublinhados, queres voltar lá?

MG: Pois, eu tenho alguma experiência de treino, sobretudo no domínio da investigação e de facto acho que treinar – engraçado porque eu tinha feito alguma supervisão, mas sem vídeos, e depois fiz alguma supervisão com vídeos.

AH: A diferença é abismal.

MG: É, é muito grande a diferença e portanto eu diria que na verdade todos os processos de supervisão em que eu me senti mais confortável, eu diria que o mais interessante e mais desafiador é fazer como fazem os terapeutas sistémicos – vidro unidireccional, a ver a sessão do lado de lá e poder discutir a sessão *online* com os terapeutas, em tempo real. Acho que é um formato que a mim me surpreendeu porque é de facto riquíssimo em termos de aprendizagem; e é riquíssimo do ponto de vista da aprendizagem até para o supervisor. Acho que se aprende imenso ao ver os casos e pensares *o que é que eu faria agora se tivesse do lado de lá*. E portanto julgo que em termos de treino provavelmente nós temos que ser mais próximos do que fazem em cirurgia, do que o que habitualmente fazemos, a discussão de casos. A discussão de casos é um formato possível, mas se eu estivesse neste momento envolvido em treino de terapeutas queria ver as sessões ao vivo.

AH: Ok, estou totalmente de acordo contigo, absolutamente. Muito bem. Aí podemos de facto começar a trabalhar as várias variáveis de empatia...

MG: Porque o processo é muito complexo. Acho que fazer psicoterapia é de facto do ponto de vista relacional muito complexo e há imensas dimensões relevantes. Desde as dimensões relacionais até às questões de *timing*. Quer dizer, o terapeuta tem que ter uma sensibilidade interpessoal muito grande para saber quando é que deve introduzir uma determinada estratégia ou fazer uma determinada pergunta.

AH: Sem dúvida. Olha, uma pergunta clássica que é *'É possível ser um terapeuta dialogicamente orientado ou narrativo sem ter passado pela própria psicoterapia?'*

MG: Eu tenho que dizer que sim porque eu não passei e portanto...(risos)

AH: (risos) Assumindo que isso foi bom...

MG: (risos) tenho que assumir que isso é possível e bom...

AH: Possível é de certeza. Mas recomendarias, parece-te obrigatório?

MG: Em relação a isso não tenho uma opinião muito formada, é curioso. Não vejo mal...acho mais uma vez que se calhar temos várias possibilidades. Mais uma vez temos diferentes caminhos. Se as pessoas estão desconfortáveis com questões pessoais suas que devem procurar ajuda e que devem...

AH: Neste ou noutro modelo.

MG: Neste ou noutro modelo. Eu acho que nós como terapeutas temos que fazer um esforço particular para nos transcendermos. Ou seja, se nós pedimos isto aos clientes, se nós pedimos aos clientes para se transcenderem tanto e fazer tanto esforço de mudança, nós temos de ser capazes de o fazer pelo menos para experienciarmos o que é que isto significa. Eu costumo dizer aos meus alunos, quando lhes ensino até técnicas muito simples, nunca façam isto sem experimentar primeiro. Não experimentem hiperventilação com um fóbico sem experimentar primeiro, porque se não não sabem o que é que ele está a passar. Com o risco de que um fóbico a fazer hiperventilação, sofre muito mais do que uma pessoa que não é fóbica.

AH: Sem dúvida.

MG: Portanto eu acho que, sem querer parecer arrogante com isto, acho que os terapeutas deveriam fazer um esforço por se transcenderem pessoalmente.

AH: Estás a recomendar de alguma forma que experimentem as terapias.

MG: Se estiverem presos a padrões pessoais difíceis acho que sim, que devem experimentar.

AH: E se não estiverem, ao menos por efeitos formativos e de treino...

MG: Eu acho que é útil, é sempre útil. Embora há diferentes recursos. É engraçado, tu estás a falar sobre isso e eu experimentei recursos, ao longo da minha vida fui experimentando até pela dificuldade em fazer terapia, algumas vezes pensei de facto, mas depois acabei por nunca fazer e fiz numa dada altura da minha vida um processo relativamente curto, mas que não foi com objectivos formativos, foi com objectivos meramente pessoais. Numa altura muito difícil da minha vida, e foi um processo muito curto que fiz. Mas é curioso porque fui sempre procurando experimentar um conjunto de estratégias comigo próprio. Por exemplo houve uma altura na minha vida em que eu fiz externalização de um modo muito sistemático, em mim próprio, em que utilizava...é evidente que falta o outro lado. Falta a interacção. Mas o facto de experimentar de um modo sistemático, eu acho que é útil. Por exemplo eu fui escrevendo nessa altura, realizei rituais externalizadores e acho que me ajudou a compreender, a compreender o processo e que foi útil do ponto de vista da transformação. E utilizei outros recursos. Claro que isto é diferente de fazer psicoterapia. Mas eu acho que são recursos que a gente pode usar. E a minha recomendação seria sempre esta, que as pessoas quando utilizam determinadas estratégias que as experienciem com ela própria, nem que seja sozinhos ou com a ajuda de outro par. Por exemplo, se não querem, fazer com um colega. E que experienciem passar pela experiência. Porque isso acho que é muito útil.

AH: Muito bem. Manuais e manualização, uma vez que também é tão importante e está tão presente no treino de terapeutas e tu até orientas uma colecção de cadernos de terapia, muito manualizado e sintetizado e pragmatizado.

Na tua opinião os manuais são para ficar, continuam a ser determinantes na divulgação e treino de modelos psicoterapêuticos.

MG: Eu aí acredito firmemente no que o Salvador Minuchin dizia que é “as técnicas têm que ser aprendidas para depois serem esquecidas”. Ou seja, se nós não permitirmos que os formandos tenham recursos relativamente simples para começarem a complexificar a aprendizagem, eu acho que o mundo da terapia é demasiado complexo. Portanto não vejo mal nenhum em que existam manuais, sobretudo se os próprios manuais permitirem alguma flexibilidade e não forem vistos como vias únicas para atingir a mudança, são recursos.

AH: Como no território, são apenas um mapa.

MG: Exactamente, são um mapa, não o território. Portanto não vejo mal nenhum. Preocupa-me um bocado quando estes manuais são usados de um modo rígido e às vezes fico de facto um bocado assustado quando as próprias coisas que eu escrevo e ver como é que as pessoas os usam de um modo muito rigidificado...

AH: Há sempre um risco, não é.

MG: e mais crenças naquilo que está ali escrito do que eu próprio.

AH: Acontece. Olha Miguel, uma última pergunta, nas tuas práticas tens o teu próprio modelo ou recorres mais à re-autoria ou à focada nas soluções ou...

MG: Eu vou saltitando muito entre modelos, sou muito inconstante nesse processo, ou seja, embora neste momento, como já te disse, estou numa fase de alguma paragem em termos de prática psicoterapêutica, mas quando não estava parado saltava muito entre modelos. Embora me movesse num conjunto de modelos que de algum modo são mais apelativos para mim. Que modelos é que são estes? O modelo da re-autoria, seguramente, mas também com alguns casos faço Terapia Cognitiva ou Terapia Comportamental mais. E até tenho casos em que mudo de modelo a meio do processo consoante

o pedido se vai transformando e a minha conceptualização vai mudando. Há casos em que por exemplo, se a queixa inicial é uma perturbação de pânico posso começar com exposição e a meio começo a fazer Terapia da Coerência, porque começa a emergir uma questão relacional com o marido...

AH: Que é relevante para o sintoma.

MG: que parece central e que é relevante. E portanto os modelos em que eu me vou movendo são de facto estes modelos designados construtivos, que o Hoyt designa por construtivos, desde a Terapia Centrada nas Soluções, a terapias de raiz sistémica, Terapia Narrativa, mas depois também com claras contribuições de modelos considerados mais construtivistas, como as contribuições do Bob Neimeyer, ou do Ecker na Terapia da Coerência para outros casos, portanto saltito muito, na verdade.

AH: É, e ainda bem que temos estas ferramentas o que torna o treino dos terapeutas muito complexo, porque é preciso...

MG: Torna complexo e mesmo para mim às vezes me deixa confuso, devo confessar. Ou seja, claro que isto acho que gera uma dificuldade que é quando nós optamos por seguir um modelo durante um determinado tempo pensarmos *será que outro seria melhor?*

AH: Exactamente.

MG: E portanto, isto é o que tu dizes, isto torna complexo o processo terapêutico. É evidente que se um terapeuta faz só um determinado tipo de modelo eu penso que o processo está simplificado. E eu nunca consegui fazer. Eu comecei o meu treino como terapeuta cognitivo, depois mudei para terapeuta narrativo e o que eu noto – não sei se tens essa experiência contigo – o que eu noto é que vou passando por algum fascínio em relação a modelos específicos, que os uso mais intensamente, embora nunca exclusivamente e depois de algum modo saltito para outros modelos. Também gosto de

aprender outros modelos. Acho que também é interessante aprender outros modelos

AH: Só nos enriquece e nos ajuda, não é. Miguel, muito obrigado, espero ter outra oportunidade em breve, está bem? Abraço. Obrigado.

MG: Muito obrigado. Obrigado eu.



© SPPC 2012