A RELAÇÃO EMPIRICAMENTE VALIDADA

Da eficácia da psicoterapia ao mecanismo relacional de mudança

Luís Janeiro[1]

Resumo

Este artigo propõe uma reflexão sobre o contributo da investigação empírica em psicoterapia para a compreensão dos processos de mudança e para o desenvolvimento de uma prática clínica mais aberta, reflexiva e menos dogmática. Partindo da demonstração da eficácia da psicoterapia, analisa-se o percurso da investigação sobre a eficácia relativa dos diferentes modelos e sobre a especificidade das técnicas, salientando que as diferenças de resultados entre abordagens tendem a ser reduzidas e inconsistentes. Estes dados favoreceram uma atenção crescente aos fatores comuns e, em particular, às dimensões relacionais associadas à mudança, como a aliança terapêutica, a relação real, a elaboração da contratransferência e os processos de rutura e reparação. Sustenta-se que a investigação empírica contribui para consolidar a compreensão da relação terapêutica como dimensão central e constitutiva da mudança psicológica. Esta perspetiva não implica a desvalorização da teoria ou da técnica. Pelo contrário, reconhece-se que ambas permanecem indispensáveis para organizar a compreensão clínica e orientar a intervenção, embora o seu significado e potencial transformador dependam do modo como são utilizadas, recebidas e coconstruídas no contexto de uma relação terapêutica singular. Por fim, argumenta-se que o conhecimento da investigação pode ampliar a capacidade de questionamento do psicoterapeuta, promovendo uma prática mais humilde, reflexiva e sensível à complexidade dos processos relacionais de mudança.

Palavras-chave: psicoterapia; relação terapêutica; fatores comuns; rutura e reparação; mecanismo de mudança.

[1] Psicólogo Clínico, PsiRelacional e Professor Auxiliar, UAlg
ljaneiro@ualg.pt

THE EMPIRICALLY VALIDATED RELATIONSHIP

From the Effectiveness of Psychotherapy to the Relational Mechanism of Change

Abstract

This article offers a reflection on the contribution of empirical psychotherapy research to understanding processes of change and to developing a more open, reflective, and less dogmatic clinical practice. Beginning with the evidence supporting the effectiveness of psychotherapy, it examines the development of research on the relative efficacy of different therapeutic models and on the specificity of therapeutic techniques, highlighting that differences in outcomes across approaches tend to be small and inconsistent. These findings have fostered increasing attention to common factors and, in particular, to relational dimensions associated with change, such as the therapeutic alliance, the real relationship, the working through of countertransference, and rupture and repair processes. It is argued that empirical research contributes to consolidating the understanding of the therapeutic relationship as a central and constitutive dimension of psychological change. This perspective does not imply a devaluation of theory or technique. On the contrary, both remain essential for organising clinical understanding and guiding intervention, although their meaning and transformative potential depend on how they are used, received, and co-constructed within the context of a unique therapeutic relationship. Finally, it is argued that knowledge of research may enhance psychotherapists' capacity for critical inquiry, fostering a more humble, reflective practice that is sensitive to the complexity of relational processes of change.

Keywords: psychotherapy; therapeutic relationship; common factors; rupture and repair; mechanism of change.

A formação do psicoterapeuta implica um processo inicial de identificação, posterior apropriação e aprendizagem contínua de um modelo psicoterapêutico. A primeira decisão consiste em escolher o "meu" modelo de eleição. De acordo com Frank e Frank (1991), esta decisão é guiada por um processo de identificação à narrativa contida no modelo que elejo. Isto é, como me identifico à explicação da etiologia das patologias e ao racional da mudança, com todo o aparato de técnicas, estratégias e atitude terapêuticas que se lhe associam. A história de vida e a cosmovisão do psicoterapeuta determinam esta identificação, sendo, por isso, uma decisão mais emocional do que sustentada num estudo sistemático das várias psicoterapias e numa decisão racional. Posteriormente, tendem a seguir-se anos de formação, supervisão e o investimento no seu próprio processo terapêutico. Este processo de aprendizagem requer um investimento contínuo, esforço e dedicação, onde também ocorre a integração numa comunidade de colegas que partilham a mesma abordagem terapêutica. Progressivamente, o psicoterapeuta torna-se especialista do modelo que elegeu, para o qual estudou e encontra ainda validação na comunidade que o partilha. Nesta fase já mais avançada, o sentimento de pertença a uma comunidade e os ganhos de competência na prática clínica aumentam o senso de segurança do psicoterapeuta. Em simultâneo, os testemunhos vívidos das mudanças dos seus pacientes reforçam os conhecimentos teóricos, competências adquiridas em termos da formulação dos casos e do processo de mudança, bem como a convicção da validade do seu modelo.

Esta é uma breve descrição da evolução do psicoterapeuta, do seu percurso de especialização num modelo específico e dos ganhos de confiança e "fé no seu" modelo. O facto de até aqui não ter nomeado nenhum modelo psicoterapêutico é intencional, pois serve o argumento que em seguida pretendo demonstrar. Isto é, se a este psicopsicoterapeuta eu perguntar: a que se deve a mudança dos seus pacientes? Ou, dito de outro modo, como descreve o processo de mudança dos seus pacientes? Neste ponto, a resposta óbvia é – depende do modelo que elegeu. Assim, por exemplo, um psicoterapeuta

cognitivo-comportamental dirá que existiam pensamentos automáticos negativos que, em determinadas condições, determinavam o humor disfórico, o pessimismo e a baixa autoestima. A aplicação adequada de técnicas de ativação comportamental e a reestruturação cognitiva levaram à modificação dos pensamentos automáticos e à consequente melhoria da autoestima, do humor depressivo e à capacidade de se projetar no futuro. Já o psicoterapeuta de orientação psicanalítica dirá algo completamente diferente. A criação de uma representação do *self* "diminuída" foi construída nas relações precoces, nomeadamente, na relação com a mãe, e fundou uma atitude introjetada de auto-desvalorização que explica o humor depressivo. A interpretação permitiu a tomada de consciência acerca da origem da autodesvalorização e, por sua vez, a relação segura e íntima com o seu psicoterapeuta (re)fundou uma representação do *self* valorizada, sendo que ambos os processos diminuíram a autodesvalorização e o humor depressivo. Podia aqui multiplicar agora pelos mais variados modelos existentes, mas a ilustração serve o propósito de demonstrar que a mudança dos pacientes é contada pelos psicoterapeutas a partir do seu modelo de eleição[2] .

O que pretendo provar é a pluralidade de discursos terapêuticos[3] e de como a opção por um modelo terapêutico, após anos de formação e experiên-

[2] Perdoem-me a simplicidade caricatural dessas descrições, pois bem sei que para qualquer um dos psicoterapeutas comprometidos com qualquer uma destas orientações o refinamento conceptual é mais denso. Contudo, essa profundidade na trama concetual advém do processo idiossincrático de apropriação dos modelos terapêuticos que cada psicoterapeuta aprende em confronto com a sua realidade clínica particular. Se quisermos, desenvolveu-se com os seus pacientes e com a reflexão acerca dos mesmos (ver Fishman, 2017). Pois, na verdade, na minha opinião, todos os modelos terapêuticos são simplistas e nenhum espelha a complexidade, originalidade e singularidade do processo de mudança de cada um dos nossos pacientes.

[3] A pluralidade de discursos psicoterapêuticos revela uma dimensão essencial da própria psicoterapia, ou seja, o facto de se tratar de uma prática clínica e relacional imbuída num contexto sociocultural que lhe confere sentido (McLeod, 1997). Esta dimensão sociocultural impregna as narrativas, valores e posicionamento relacional (do psicoterapeuta face ao paciente) contido nas diversas abordagens terapêuticas, conferindo um carácter híbrido à psicoterapia. Se por um lado, os discursos psicoterapêuticos advogam o seu carácter científico para validar a sua existência, por outro lado, são permeáveis às tendências culturais dominantes, seja por acomodação ou por oposição.

cia, se associa à crença que temos na sua eficácia. Há aqui um risco inerente a esta crença que se pode tornar dogmática. Os psicoterapeutas dogmáticos estreitam o questionamento acerca da sua eficácia e da natureza dos processos que explicam a mudança. Isto é, podem tender apenas a confirmar o que observam com base nas permissas do seu modelo. Neste trabalho, eu sugiro que o questionamento é importante não pela resposta que gera, mas pelo que anuncia de humildade do psicoterapeuta e pelo potencial de abertura e descoberta que revela. O ato de perguntar mostra que o psicoterapeuta não caiu numa prática clínica dogmática e mecânica, fechado ao outro e potencialmente ao serviço das suas vulnerabilidades narcísicas. Mostra, também, que mantém a inquietação resultante do confronto com o enigma da natureza humana presente nos nossos pacientes em sofrimento, no que testemunhamos das suas lutas, tantas vezes penosas e nas quais nos revemos a nós mesmos.

Neste trabalho, sugiro que conhecer a tradição de investigação empirica sobre a psicoterapia nos ajuda a sustentar uma atitude reflexiva e de questionamento sobre o processo psicoterapêutico. Assim, irei descrever sumariamente o percurso de investigação realizada sobre a prática psicoterapêutica. Neste percurso atendo à produção científica baseada numa tradição mais positivista, mas desde já assumo que, na minha perspetiva, esta gerou conhecimento favorável aos modelos que colocam no centro da explicação da mudança a relação terapêutica. Pretendo, assim, sensibilizar o público leitor desta revista para a necessidade conhecer a investigação realizada sobre a psicoterapia, pois esta permite pensar de modo não dogmático sobre a prática clínica. Além disso, pretendo estimular o interesse pelas possibilidades de investigação sobre a relação terapêutica, por exemplo, a um nível micro-analitico, isto é, fala-a-fala, momento a momento dentro da sessão e de modo longitudinal, sessão-a-sessão ao longo do processo. Na minha perspetiva, esta abordagem de investigação é a que melhor ajusta a uma construção de conhecimento téorico com significado clínico.

Investigação em Psicoterapia: "fé na técnica"

A investigação em psicoterapia organizou-se, ao longo de várias décadas, em torno de uma pergunta persistente: o que explica a mudança terapêutica? A formulação parece simples, mas envolve problemas teóricos, metodológicos e clínicos complexos. Perguntar o que muda, como muda e em que condições muda implica decidir o que conta como mudança, que variáveis devem ser observadas, que modelos explicativos se consideram plausíveis e que desenhos de investigação são capazes de captar um processo que é, ao mesmo tempo, subjetivo, relacional e técnico. Durante muito tempo, a resposta dominante foi procurada em termos de modelos terapêuticos e adesão a procedimentos técnicos. Com o desenvolvimento da investigação empírica, porém, tornou-se progressivamente mais difícil sustentar que a eficácia da psicoterapia pudesse ser atribuída de forma satisfatória apenas à especificidade das técnicas. Em paralelo, cresceu o peso da hipótese de que fatores partilhados pelas diferentes abordagens, sobretudo os fatores relacionais, poderiam desempenhar um papel central na explicação da mudança (*e.g.*, Norcross & Lambert, 2019).

O primeiro grande resultado da investigação em psicoterapia foi a demonstração da sua eficácia absoluta. Antes de comparar modelos, importava responder a uma questão elementar: a psicoterapia produz melhores resultados do que a ausência de tratamento? O método usado para estudar esta questão foi os Estudos Aleatórios Controlados (EACs; Chambless & Hollon, 1998). Nestes, os sujeitos que partilham um mesmo diagnóstico eram aleatorizados entre o grupo de psicoterapia e o de controlo (ou listas de espera), sendo ambos avaliados em termos da sintomatologia antes de iniciar o tratamento e depois do mesmo. Em 1977, Smith e Glass publicaram uma meta-analise aos vários EACs realizados e concluíram que os pacientes em psicoterapia apresentaram melhorias clinicamente significativas em comparação com pacientes que não receberam tratamento. A expressão quantitativa dessa diferença (d = .80, i.e., um efeito grande), revelou que o cliente médio em terapia ficou melhor que 79% dos que tendo a mesma patologia não receberam terapia

(Wampold, 2001). As diversas meta-análises subsequentes confirmaram este valor (*e.g.*, Smith et al., 1980). Esta demonstração foi decisiva porque permitiu afastar a hipótese de que a melhoria observada se devesse apenas à passagem do tempo, a remissões espontâneas ou a efeitos inespecíficos exteriores ao tratamento. Em termos de investigação sobre a psicoterapia, este foi o primeiro consenso robusto: a psicoterapia funciona (Lambert, 2013).

No entanto, a confirmação da eficácia absoluta não encerrou a discussão. Uma vez demonstrado que a psicoterapia produz benefício clínico, a questão seguinte tornou-se inevitável: qual a psicoterapia que funciona melhor? Esta mudança de foco conduziu à investigação sobre eficácia relativa. A lógica subjacente era próxima da medicina e baseava-se na ideia de que deveriam existir tratamentos específicos para problemas específicos. Supunha-se que cada perturbação clínica teria maior probabilidade de responder a uma abordagem terapêutica particular, precisamente porque essa abordagem conteria os ingredientes específicos adequados para atuar sobre os mecanismos centrais do problema. A hipótese explicativa dos efeitos da psicoterapia aproximava-se assim dos modelos biomédicos – "um medicamento para cada doença". Do mesmo modo, a investigação seguiu essa hipótese explicativa na esperança de, como na medicina, para cada psicopatologia encontrar a psicoterapia certa. Esta linha de investigação favoreceu a disseminação alargada dos Ensaios Aleatórios Controlados ao estudo da eficácia relativa. Nestes estudos, os pacientes com diagnósticos semelhantes eram distribuídos aleatoriamente por dois modelos psicoterapêuticos distintos e por um grupo de controlo. Em cada grupo terapêutico os pacientes seriam tratados segundo os manuais de cada modelo e avaliados por medidas padronizadas de resultado. A diminuição da sintomatologia entre momentos, princípio e fim do tratamento, ditaria a eficácia do tratamento. Sendo a comparação entre dois modelos, ganharia o que levasse a uma diminuição mais pronunciada da sintomatologia[4] nos seus pacientes.

[4] A sintomatologia como medida única para avaliar a mudança é um indicador limitado, sendo esta uma das críticas apontadas a este tipo de estudos.

Esta metodologia produziu informação importante, mas também resultados inesperados. Em vez de revelar a superioridade clara e consistente de um modelo para uma determinada psicopatologia, mostrou repetidamente que as diferenças de resultados entre abordagens tendem a ser pequenas (*e.g.*, Elkin et al., 1989; Stiles et al., 2008). A metáfora do "veredicto do pássaro Dodo", retomada por Luborsky et al. (1975) a partir de Rosenzweig (1936), tornou-se emblemática precisamente por isso. A ideia de que "todos ganharam e todos merecem um prémio" exprime o facto de terapias teoricamente distintas alcançarem, em média, resultados comparáveis. Do ponto de vista da investigação, este resultado não confirma a hipótese de especificidade técnica (um tratamento específico para cada doença). Na lógica biomédica, estes resultados mostraram que podemos ter dois medicamentos distintos a tratar a mesma doença. Pois, técnicas que representam modelos diferentes produzem efeitos terapêuticos na mesma patologia – as técnicas não são especificas.

Outros dados da investigação demonstraram também a fragilidade da hipótese da especificidade técnica, nomeadamente, os estudos de componentes. Mesmo aceitando que diferentes modelos apresentam resultados semelhantes, seria ainda possível defender que cada modelo funciona graças à combinação correta dos seus elementos técnicos. Para testar essa hipótese, diversos investigadores decompuseram modelos psicoterapêuticos em partes e compararam versões completas com versões simplificadas. O estudo de Jacobson et al. (1996) sobre terapia cognitivo-comportamental para a depressão tornou-se particularmente paradigmático. Neste estudo, 150 participantes com diagnóstico de depressão foram igualmente distribuídos por três condições: a) apenas ativação comportamental; b) ativação comportamental e as técnicas para alterar os pensamentos automáticos; c) e, o *pack* completo, ativação comportamental, as técnicas para alterar os pensamentos automáticos e o trabalho nos esquemas cognitivos. Os resultados mostraram que a ativação comportamental, isoladamente, podia produzir resultados tão bons quanto versões do tratamento que incluíam componentes cognitivas adicionais. Este

tipo de resultado foi posteriormente reforçado pela meta-análise de Bell et al. (2013), que concluiu não haver diferenças robustas e consistentes dentro do mesmo modelo quando se compara a sua versão completa (inclui todos os seus componentes) a versões incompletas e com menos componentes. O significado destes dados é importante. Se a supressão de partes do tratamento não compromete sistematicamente o resultado, então a eficácia da psicoterapia não pode ser entendida como simples efeito aditivo de ingredientes técnicos específicos.

Tendo estes resultados por referência, os psicoterapeutas anteriormente citados podem estar tranquilos relativamente à sua prática clínica. Com base na investigação empírica sabem que o seu modelo psicoterapêutico funciona (eficácia absoluta) e tão bem como os restantes (eficácia relativa). Contudo, deverão ficar intrigados quanto ao facto de a técnica não ter demonstrado a sua especificidade (Veredito do Pássaro Dodô) nem a necessidade aplicação integral dos seus componentes técnicos (estudos de componentes). É natural que agora se questionem, não sendo a técnica, o modelo teórico em que a acredito, no qual me formei com enorme investimento – "Então o que explica a mudança observada nos meus pacientes?"

Investigação em Psicoterapia: Os fatores relacionais

É neste contexto que os fatores comuns adquirem centralidade. A hipótese dos fatores comuns sustenta que a eficácia psicoterapêutica decorre de elementos partilhados pelos diferentes modelos. Esta perspetiva desloca a investigação da concorrência entre modelos no que se refere às suas diferenças técnicas para a análise das condições transversais que tornam a mudança mais provável. Na parte que se segue irei expor os resultados da investigação empírica realizada relativamente a alguns dos fatores comuns e, em particular, os que estão associados à tradição psicanalítica[5] .

[5]Apesar destes conceitos encontrarem uma forte sustentação em diversos autores psicanalíticos, não é objetivo deste trabalho fazer a evolução histórica dos conceitos. Limitei-me a expor as definições operacionais que estão associados à realização dos estudos empíricos.

Entre os fatores comuns, a aliança terapêutica ocupa um lugar central. A formulação clássica de Bordin (1979) continua a ser a referência mais influente no domínio da investigação. Segundo este autor, a aliança é composta por três dimensões: acordo sobre objetivos da terapia, acordo sobre tarefas e vínculo emocional e de confiança entre psicoterapeuta e paciente. Esta definição permanece útil porque evita que a aliança seja reduzida a simpatia ou conforto interpessoal e permite a sua operacionalização para efeitos de avaliação do constructo em contexto terapêutico. As contribuições mais recentes sobre a aliança, nomeadamente por parte de Horvath e Bedi (2002), deram destaque à importância de uma componente colaborativa entre psicoterapeuta e cliente na construção da aliança. Assim, a aliança envolve a qualidade do vínculo entre o psicoterapeuta e o paciente, mas também a capacidade de ambos construírem uma compreensão partilhada sobre aquilo que procuram mudar e sobre o que farão para isso.

Os dados meta-analíticos confirmam a relevância da aliança. Flückiger et al. (2018), numa síntese ampla de estudos sobre aliança terapêutica, mostraram que níveis mais elevados de aliança se associam de modo consistente a melhores resultados em psicoterapia. Esta associação manteve-se através de diferentes orientações teóricas, contextos clínicos e modalidades de tratamento. A aliança traduz a possibilidade de um trabalho conjunto, em que o paciente participa ativamente no processo e não é tratado como mero recetor de intervenções técnicas. Uma relação terapêutica com boa aliança reconhece o paciente como sujeito do processo, com agência, expectativas e capacidade de participar na definição do seu espaço na psicoterapia. A colaboração sobre objetivos e tarefas não é apenas um aspeto técnico; é também uma forma de respeitar a subjetividade do paciente e de tornar o tratamento co-construído. Quando isso não acontece, mesmo intervenções teoricamente sustentadas podem ser vividas como intrusivas, arbitrárias ou desorganizadoras. A aliança é, assim, uma dimensão relacional da mudança.

A centralidade da relação terapêutica, contudo, não se esgota na aliança.

Outro conceito relevante é o de relação real, desenvolvido por Gelso (2011). A relação real diz respeito ao encontro pessoal entre psicoterapeuta e paciente enquanto pessoas reais, caracterizado por genuinidade e realismo. Genuinidade refere-se ao grau em que cada participante consegue estar na relação de forma autêntica e não inteiramente capturada pelo papel que desempenha na terapia. Realismo refere-se à capacidade de perceber o outro de modo relativamente ajustado ao que ele é, e não apenas através de projeções, fantasias ou distorções. Esta dimensão acrescenta algo importante à compreensão da relação terapêutica. Mostra que a eficácia clínica não depende apenas da colaboração dirigida ao trabalho terapêutico, mas também da experiência de estar com alguém vivido como presente e autêntico.

A relação real é particularmente importante em pacientes cujas histórias relacionais foram marcadas por inconsistência, falhas de sintonia, intrusão, abandono ou não reconhecimento (*e.g.*, Marmarosh et al., 2009). Nestes casos, a experiência de um encontro estável, com presença genuína e limites confiáveis, pode constituir uma experiência relacional potencialmente reparadora e organizadora. Não se trata de confundir psicoterapia com intimidade informal nem de defender espontaneidade fora do quadro terapêutico. Trata-se de reconhecer que a autenticidade clínica, quando articulada com função terapêutica, pode constituir um elemento transformador. A investigação disponível sugere precisamente que níveis mais elevados de relação real se associam a melhores resultados, reforçando a ideia de que a mudança terapêutica não se reduz à aplicação de técnicas, mas envolve a qualidade do encontro humano que as torna possíveis (Gelso et al., 2019).

Outro fator relacional decisivo é a contratransferência e, sobretudo, a capacidade do psicoterapeuta para a elaborar e a utilizar terapeuticamente. Segundo Hayes et al. (2019), a contratransferência refere-se às reações internas e externas do psicoterapeuta em que estão implicados os seus conflitos não resolvidos e que, geralmente, mas nem sempre, são inconscientes. As

meta-análises realizada pelos mesmos autores mostraram que a elaboração da contratransferência se associa a menor atuação da contratransferência e a melhores resultados em psicoterapia. Este dado recoloca o psicoterapeuta no centro da explicação da eficácia. A psicoterapia não depende apenas do modelo nem apenas do paciente; depende também da forma como o psicoterapeuta participa subjetivamente na relação e da sua capacidade para reconhecer, pensar e regular o que nela é mobilizado em si. A competência clínica envolve a utilização da própria experiência emocional como instrumento de compreensão, sem invadir o espaço mental do paciente nem a transformar em atuação não pensada.

O psicoterapeuta está inevitavelmente na relação e é emocionalmente "tocado" pelo paciente. O que distingue uma intervenção clinicamente útil de uma que é desorganizadora não é a ausência de reações contratransferênciais, mas a capacidade de observá-las, elaborá-las e transformá-las em conhecimento clínico. Daí a relevância da supervisão, da terapia pessoal, do treino reflexivo continuado e do estudo do processo terapêutico. O psicoterapeuta que consegue elaborar sobre aquilo que sente na relação e utilizá-lo como conhecimento relacional conecta-se ao paciente e, por sua vez, ajuda este a estar conectado consigo mesmo.

Em conjunto, aliança, relação real e elaboração da contratransferência mostram que a relação terapêutica tem um contributo consistente para a mudança do paciente. No entanto, permanece um problema metodológico e teórico importante. Com efeito, os estudos que sustentam estas conclusões são de natureza correlacional e, por isso, apenas mostram que há uma associação entre estas variáveis e o resultado da terapia. Tal não equivale automaticamente a assumir a presença de uma relação causal. Esta constatação conduziu a uma alteração importante no foco da investigação: em vez de estudar apenas fatores associados ao resultado, tornou-se necessário estudar mecanismos de mudança, isto é, processos através dos quais uma variável produz alterações

noutra ao longo do tratamento (Kazdin, 2007)[6] . Para identificar o nexo de causalidade, não basta afirmar que mais aliança irá conduzir a melhores resultados. Numa linguagem coloquial, é necessário mostrar o que fica no meio. Isto é, como é que, por exemplo, mais aliança influência os processos mentais dos pacientes, de tal modo que a sua sintomatologia diminui.

Neste contexto, a rutura e reparação da aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000) ganhou destaque como um dos mecanismos relacionais mais promissores[7]. Eubanks et al. (2018) definem rutura como uma deterioração na aliança, manifestada sob a forma de tensão no vínculo ou de desacordo sobre objetivos e tarefas da terapia. As ruturas podem ser identificadas através de comportamentos de retraimento, hostilidade, conformidade aparente, silêncio defensivo, oposição aberta, desinvestimento ou sensação de mal-estar difuso entre psicoterapeuta e paciente. O ponto central desta abordagem é que a rutura não deve ser pensada apenas como falha a evitar. Em muitos casos, ela representa a atualização, no aqui e agora da terapia, de padrões relacionais habituais do paciente.

Numa perspetiva relacional, a psicoterapia oferece precisamente a possibilidade de esses padrões serem observados e trabalhados quando emergem na relação terapêutica. A forma como um paciente se retrai perante uma intervenção, interpreta a neutralidade como rejeição ou responde à proximidade como intrusão pode estar em continuidade com expectativas relacionais aprendidas nas relações precoces. A rutura torna-se, assim, material clínico privilegiado. Ela mostra como o paciente organiza a experiência do outro e

[6] A identificação dos mecanismos de mudança implica a utilização de designs metodológicos e recursos estatísticos mais sofisticados, sendo por isso mais difícil e complexo. Optei por não desenvolver esse assunto e apenas demonstrar o significado de mecanismo através da investigação realizada acerca das ruturas e reparações da aliança terapêutica.

[7]A opção por este mecanismo não é alheia ao facto de se tratar de um mecanismo diádico que coloca também a relação terapêutica no centro do processo de mudança. Além disso, na sua origem, o trabalho desenvolvido por estes autores converge com trabalho realizado pelo grupo de Boston (Tronick, 1989) e com os conceitos de co-regulação aprendida na relação precoce, onde o desencontro é tido como natural e os ciclos de reencontro como um modelo para a aprendizagem da auto-regulação.

de si em relação. Contudo, o valor transformador não está na rutura em si, mas na sua reparação.

A reparação implica que psicoterapeuta e paciente consigam reconhecer a tensão, pensá-la e construir um novo sentido para o que aconteceu entre na sua relação. Isto inclui, idealmente, a capacidade do psicoterapeuta para considerar o seu próprio papel na interação concreta onde ocorreu a rutura, em vez de atribuir a dificuldade exclusivamente ao paciente. Quando tal acontece, o paciente pode viver uma experiência relacional diferente da repetição esperada. Por exemplo, a expressão de raiva do paciente não conduz ao abandono; embora seja essa a expetativa relacional do paciente. A rutura pode ser pensada em conjunto, para permitir que o paciente compreenda os seus padrões relacionais de forma vivida/experiencial na própria relação terapêutica. Pensar sobre a rutura corresponde a um exercício de metacomunicação sobre a relação terapêutica, o qual, em si mesmo, possui uma mensagem emocional de presença e vínculo. Assim, uma rutura não repete um conflito ou abandono e produz um desenlace diferente daquele que usualmente o paciente espera, permitindo mais autoconhecimento, auto-regulação e a construção de um modelo de relação mais seguro.

A investigação sobre rutura e reparação sugere precisamente que processos de reparação bem-sucedidos se associam a melhores resultados (Eubanks et al., 2018). Esta associação proposta não é uma mera expetativa teórica. Existe uma extensa literatura empirica sobre este mecanismo relacional e a mudança psicológica dos pacientes, com recurso a investigações observacionais e microanaliticas das interações psicoterapeuta-paciente nas sessões. Trata-se portanto de uma observação concreta do mecanismo relacional de mudança. A mudança não decorre apenas de uma relação estável e sem tensão. Pelo contrário, pode depender da capacidade do par terapêutico para atravessar desencontros, reconhecer falhas de sintonia e construir novas formas de relação. Assim, os estudos sobre rutura e reparação revelam-nos que o mecanismo de mudança é relacional. O padrão relacional do paciente

atualiza-se na relação com o terapeuta, este reconhece a rutura, ambos pensam sobre o que aconteceu e o seu significado e, por último, o paciente muda a representação de si, do outro e da relação, com consequências para a sua saúde mental. Esta lógica aproxima-se da noção de experiência emocional corretiva (Alexander & French, 1946): o paciente muda quando vive, no contexto da relação terapêutica, uma experiência suficientemente diferente das suas expectativas relacionais habituais, permitindo a reorganização de padrões emocionais previamente estabelecidos.

Voltemos agora aos nossos terapeutas. Tendo por base a investigação centrada na técnica, aqueles que faziam fé absoluta no modelo psicoterapeutico como o fator que gerava a mudança, podem agora pensar com novos dados da investigação. A mudança psicológica e relacional dos pacientes está associada a fatores relacionais (*e.g.*, aliança terapêutica, relação real e contratransferência) e, sobretudo, o mecanismo de mudança é relacional (os desencontros na relação geram possibilidades de mudança). Nestes estudos, em que se verificou o contributo dos fatores relacionais, os terapeutas não abdicaram do seu modelo de intervenção. Portanto, a questão que os terapeutas agora podem colocar é: "Como se articula o modelo teórico/técnico com as dimensões relacionais?"

A integração da técnica e da teoria e, ainda, as qualidades do terapeuta

A importância das dimensões relacionais para a mudança não exige o abandono da teoria nem da técnica. Na minha opinião, Bruce Wampold (2015) propõe um modelo – o Modelo Contextual – que integra de modo verossímil a aparente tensão entre técnica e relação. Segundo esta perspetiva, a eficácia da psicoterapia não resulta apenas de ingredientes específicos, mas da combinação entre uma relação terapêutica colaborativa e real, uma explicação plausível para o sofrimento (modelo etiológico da patologia) e a mobilização do paciente para ações consistentes com essa explicação (técnica terapêutica). O modelo terapêutico continua a ser necessário para o

terapeuta porque organiza a observação, orienta a formulação clínica, delimita hipóteses de intervenção e fornece uma linguagem partilhável para pensar o sofrimento. Também o paciente pode beneficiar de uma explicação inteligível (seja de modo explícito ou implícito) para aquilo que vive e para o que está a acontecer no tratamento. Assim, a teoria é um instrumento organizador e não dogma causal absoluto. O modelo teórico ajuda a pensar e a mobilizar, mas não produz mudança fora do vínculo terapêutico. No mesmo sentido, a técnica mantém importância, mas como um recurso situado. O efeito de uma intervenção depende do momento em que é proposta, da qualidade da aliança, da forma como é recebida pelo paciente e do uso que o psicoterapeuta faz do seu próprio posicionamento relacional. Em termos clínicos, os psicoterapeutas que descrevi não devem abandonar o seu modelo e técnicas, mas antes atender ao valor que elas adquirem no que contexto da relação que estabelecem com os seus pacientes. O mesmo é dizer que a técnica não tem valor em si mesmo – o seu valor é co-construído na relação. Nesta perspetiva, o terapeuta deverá atender ao valor relacional da técnica.

Ao reconhecer a importância dos fatores relacionais, a investigação conduz também a uma valorização acrescida do psicoterapeuta. Diferentes estudos sugerem que os psicoterapeutas variam sistematicamente nos resultados que obtêm, mesmo quando trabalham em contextos semelhantes e utilizam abordagens comparáveis (Okiiski et al., 2003). Em geral, concluiu-se que existem terapeutas que de modo consistente obtêm resultados mais rápidos e com uma maior magnitude. Isto significa que a variável psicoterapeuta importa. A pergunta então desloca-se: o que caracteriza psicoterapeutas mais eficazes? Uma possível resposta a esta questão relaciona-se com a prática deliberada. Rousmaniere (2016) defende que o desenvolvimento da competência clínica depende de um investimento continuado na revisão da prática, na procura de feedback, no estudo de casos difíceis e no aperfeiçoamento intencional das capacidades terapêuticas. Em vez de confiar apenas na experiência adquirida com os anos, o psicoterapeuta mais eficaz tende a cultivar

uma postura de aprendizagem permanente.

Esta ideia de dedicação do terapeuta articula-se com os dados os dados que surgem na investigação sobre a atitude reflexiva do terapeuta. Segundo Nissen-Lie et al. (2017), o bom psicoterapeuta precisa de "amar-se como pessoa e duvidar de si como psicoterapeuta". Os autores recorreram a um modelo multinível para estudar em que medida as melhorias observadas nos pacientes (n = 255) dependiam de qualidades pessoais e profissionais dos seus terapeutas (n = 70). A qualidade pessoal avaliada foi a auto-afiliação, entendida como a capacidade de se relacionar consigo próprio de forma calorosa e aceitante. A qualidade profissional avaliada foi o auto-questionamento ou capacidade reflexiva de analisar a sua prática clínica e questionar a sua intervenção. Neste estudo, os resultados revelaram que os pacientes de terapeutas com níveis mais elevados de auto-questionamento e de auto-afiliação obtinham uma maior progressão terapêutica. Assim, o estudo sugere que o psicoterapeuta necessita de suficiente estabilidade pessoal para sustentar a função terapêutica, tolerar o impacto emocional do trabalho e manter presença diante do sofrimento. Mas necessita também de dúvida profissional sistemática, entendida não como fragilidade paralisante, mas como atitude reflexiva e antidogmática. A dúvida produtiva permite escutar melhor, rever intervenções, reconhecer ruturas, questionar certezas precipitadas e manter o tratamento aberto ao que emerge do encontro real com cada paciente.

Acrescentamos, assim, mais uma camada de complexidade ao estudo do processo terapêutico. A saúde mental e a atitude do terapeuta também parecem ter um papel importante. A escolha do modelo é profundamente pessoal e a investigação sugere que a terapia não depende do modelo em si, mas das competências e mecanismos relacionais que mostraram explicar a mudança. Aparece aqui um paradoxo, não é o modelo que explica a mudança, mas não o podemos dispensar porque este medeia a relação terapêutica. Pois, é através do modelo que contém uma narrativa de mudança que a relação também adquire significado: alguém que precisa de ajuda e o terapeuta que

dá essa ajuda através do modelo. Paradoxal porque precisamos do modelo para dar sentido à relação da ajuda, mas este é instrumental, pois a ajuda só se pode encontrar a partir da própria relação. Neste quadro, a técnica acaba por assumir um valor relacional. Agora, ainda é necessário que o terapeuta seja seguro de si enquanto pessoa e humilde quanto ao exercício de permanente auto-reflexão sobre o próprio processo terapêutico.

Do ponto de vista clínico, quais as implicações que podemos subtrair dos dados de investigação descritos e que sugestões dar aos nossos terapeutas curiosos? Em primeiro lugar, ela sublinha que a qualidade da relação terapêutica não deve ser tratada como variável acessória. Construir aliança, sustentar presença genuína, monitorizar a contratransferência e reparar ruturas não são tarefas marginais; são competências centrais do trabalho psicoterapêutico. Em segundo lugar, que a escolha do modelo, embora importante, não substitui a capacidade de fazer dele um "instrumento vivo" na relação. Um bom enquadramento teórico pode orientar a compreensão do caso, mas não compensa falhas graves de colaboração, rigidez interpessoal ou incapacidade de lidar com desencontros. Em terceiro lugar, os dados da investigação descrita favorecem uma clínica mais humilde e mais sensível à singularidade, porque desloca o foco da aplicação correta de uma técnica para a compreensão do que, naquela relação concreta, promove efetivamente mudança. Nesse sentido, o terapeuta está obrigado a um equilibrio exigente de manutenção da sua saúde mental e de reflexividade no e sobre o encontro terapêutico. Ouso pensar que estas conclusões são uma evidência tangível a partir da própria experiência clínica. Ainda assim fico mais tranquilo e seguro ao saber que estas também encontram sustentação na investigação empírica.

Neste sentido, por último, aproveito também para fazer um apelo à investigação da psicoterapia psicanalitica relacional. Quando afirmamos que é na relação terapêutica que se encontra a raiz da mudança, também podemos assumir que esta é observável, pois manifesta-se na interação, da palavra ao diálogo, passando pelo ritmo, tom e sintonia, até à narrativa retrospetiva da

mudança na perspetiva do paciente e do terapeuta. Esta investigação sobre a relação será necessariamente de natureza microanalitica (dentro da sessão) e longitudinal (entre sessões) para dar conta da evolução da relação e suas nuances intersubjectivas. Num estudo de caso, podem coexistir de forma integrada, dados quantitativos e qualitativos, análises estatísticas ideográficas e, ainda, análises dialógicas do discurso para obter conhecimento empiricamente sustentado. Esta é uma proposta que permite dar conta da complexidade enquanto terapeutas atentos e curiosos acerca do processo de mudança numa perspetiva relacional. No fundo, simplesmente, sugiro que a nossa atitude reflexiva procure ser alimentada também através da investigação empírica.

Referências

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7–18. https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7

Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722-736. https://doi.org/10.1037/a0033004

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of

treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 971–982. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 508-519. https://doi.org/10.1037/pst0000185

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press.

Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/12349-000

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 351–378). Oxford University Press.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. B., & Kivlighan, D. M., Jr. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy, 55*(4), 496-507. https://doi.org/10.1037/pst0000189

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford University Press.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Wiley.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995-1008. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004

Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 337–350. https://doi.org/10.1037/a0015169

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Sage.

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 48-60. https://doi.org/10.1002/cpp.1977

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 361–373. https://doi.org/10.1002/cpp.383

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412-415. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315472256

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677–688. https://doi.org/10.1017/S0033291707001511

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*(2), 112–119. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277. https://doi.org/10.1002/wps.20238

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.