

O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA NÃO-DIRECTIVA*

TRADUZIDO POR MANUELA REDONDO



Nathaniel J. Raskin

Resumo: Tentou-se fazer um estudo cruzado desenvolvimento da terapia não-directiva, Freud, dentro de um pressuposto fundamentalmente autoritário, achou necessário respeitar as atitudes do cliente grandemente para haver progresso na terapia. Rank focou a sua atenção no fenómeno da resistência, e desenvolveu uma teoria da vontade e da dinâmica que sobrepôs completamente ao conteúdo Freudiano como o factor de importância na psicoterapia. Ao mesmo tempo, Rank utilizou métodos directivos, num esforço de imprimir a dinâmica da situação terapêutica no cliente. Taft e Allen continuaram a tradição Rankiana neste país, e publicaram relatos claros do seu método terapêutico. Rogers deu à filosofia centrada no cliente de Rank uma técnica definitiva e tornou-a mais significativa e completa, pela aceitação dos sentimentos expressos pelo cliente no momento da terapia, e eliminando os aspectos directivos do método Rankiano. Acompanhar este grau de aceitação esteve ainda uma grande concentração no quadro de referência interno do cliente. Isto levou-o a dar maior ênfase à atitude, em oposição às técnicas não-directivas; a uma valorização da importância do auto-conceito como um factor de integração, a uma maior incidência nos métodos fenomenológicos do estudo da personalidade e à aplicação dos princípios não-directivos a outras áreas das relações humanas.

Palavras-Chave: Terapia não Directiva – Freud – Otto Rank – Jessie Taft – Frederick Allen – C. Rogers

Abstract: A cross-sectional study of nondirective therapy has been attempted. Freud, within a fundamentally authoritarian framework, found «it necessary to respect client attitudes to an increasing degree in order to make progress in therapy. Rank focused his attention on the phenomenon of resistance, and developed a theory of will and dynamics which completely displaced Freudian content as the factor of importance in psychotherapy. At the same time, Rank utilised directive methods in an effort to impress the dynamics of the therapeutic situation on the client. Taft and Allen have carried on the Rankian tradition in this country, and have published clear accounts of their therapeutic method. Rogers has given Rank's client-centered philosophy a definitive technique and has made it more meaningful and complete by accepting the client's expressed feelings at the moment in therapy and eliminating directive features of the Rankian method. Accompanying this more complete acceptance has been a greater concentration on the client's internal frame of reference. This has led to an increased emphasis on a nondirective attitude as opposed to nondirective techniques, to an appreciation of the importance of the self-concept as a factor in adjustment, to a greater stress on phenomenological methods of studying personality, and to the application of nondirective principles to other areas of human relationships.

Keywords: Non-directive Therapy - Freud – Otto Rank – Jessie Taft – Frederick Allen – C. Rogers

Introdução: O termo “Terapia Não-Directiva” é hoje normalmente associado ao método e à ideologia de Carl Rogers, aos seus discípulos e associados. Para alguns, a Terapia Não-Directiva é apenas uma nova designação para o termo “Terapia da Relação” de Jessie Taft e “Terapia da Vontade” de Otto Rank. Independentemente de como é interpretado, tem hoje um importante significado para quase todos os profissionais de Psicologia, Ortopsiquiatria, Higiene Mental e Aconselhamento. Há quinze, ou mesmo cinco anos atrás, os defensores da “relação” “passiva”, terapia “centrada no paciente” e “não-directiva”, constituíam pontos de vista não muito claros, e como tal, exerceram pouca influência no trabalho de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Actualmente, e apesar do número de terapeutas e conselheiros que utilizam uma abordagem Não-Directiva consistente ser ainda reduzido, esta tende a registar um rápido acréscimo.

Igualmente significativa é o facto de existirem poucos terapeutas, qualquer que seja a sua orientação, que não tenham já travado conhecimento com esta terapia, a não tenham levado em conta ou mesmo mudado ou justificado as suas atitudes por ela influenciados.

Cada vez que o interesse por uma determinada ideia se desenvolve, cresce também a cu-

riosidade sobre a sua história e o objectivo deste artigo é exactamente o de satisfazer essa curiosidade.

Para o autor, a “Terapia Não-Directiva” pode somente representar a filosofia e a técnica da Escola de Terapia de Rogers. Porém, ao procurar saber a sua evolução, verificamos que ele não faz qualquer tentativa no sentido de remeter a sua ideologia às origens.

O desenvolvimento de uma ideia é um processo complicado, por vezes demasiado complicado para que o próprio indivíduo a compreenda ou identifique. Daí que o autor não se sinta qualificado para levar a cabo tal tarefa.

O método alternativo escolhido representa não um tipo longitudinal de estudo mas paralelo.

Ao analisar a obra de Freud, Rank, Taft, Allen e Rogers não quis estabelecer uma relação causal entre as suas ideias; antes, encontrar uma comparação lógica entre eles. No entanto, a principal questão tem sido a de definir uma relação entre esta perspectiva e o pensamento Não-Directivo.

Como consequência, e de modo particular, pensamos ter abordado aqui os aspectos Não-Directivos da técnica de Freud, embora se tivesse dado maior relevância às características directivas nas obras de Rank, Taft e Allen. De modo geral, os métodos terapêuticos utilizados por Freud foram integrados na estrutura das suas teorias sobre o desenvolvimento da personalidade e da psicoterapia. Sendo a atenção centrada no paciente, é difícil avaliar o grau com que Freud analisava as atitudes do paciente no decurso da psicanálise.

No que diz respeito a Rank, Taft e Allen verificou-se, por um lado, pouca aceitação da abordagem “centrada no paciente” e, por outro lado, uma avaliação pouco consistente sobre o trabalho do terapeuta.

Além disso, a tendência para relacionar o nome de Rogers aos anteriores, só serviu para obscurecer o que são, talvez, as características mais distintivas do trabalho de Rogers.

Assim, e na medida em que o objectivo do nosso estudo comparativo foi o de transmitir uma nova ênfase às teorias então apresentadas por Freud, Rank, Taft e Allen, permite-nos avaliar e compreender melhor os traços mais significativos da Terapia Não-Directiva, tal como hoje se apresenta, e, mais importante, a sua evolução.

Sigmund Freud

A orientação terapêutica de Freud era de tal forma do “físico”, que parecia não pertencer a qualquer história do pensamento Não-Directivo. No entanto, todas as Escolas de Psicoterapia têm para com Freud uma dívida de gratidão, pelo seu trabalho em entrevista (independentemente da orientação do terapeuta) como medida terapêutica reconhecida e, obviamente, pela sua contribuição teórica no campo dos mecanismos inconscientes, infância e emoções, que tornaram o comportamento humano mais possível de conhecimento.

A razão mais específica para incluir Freud neste artigo é a sua relação estreita com Otto Rank. Sendo dos mais fiéis discípulos de Freud por mais de vinte anos e o favorito deste, pelo menos durante dez, a teo-

ria e a prática de Rank, opondo-se às do seu mestre, foram-se desenvolvendo à luz da psicanálise ortodoxa. (28)

Porém, o principal motivo para analisar a obra de Freud reside na relação entre o seu propósito terapêutico e as técnicas por ele utilizadas para atingir esse fim. Como é sabido, para Freud, o objectivo do tratamento consistia em que o paciente pudesse lembrar-se do seu passado o mais possível, de modo a que o analista dispusesse dos meios para traduzir o seu comportamento em termos de “sexualidade infantil reprimida”.

É interessante notar que Freud, para atingir esse fim, procedia nos moldes da actual filosofia Não-Directiva. O breve excerto que se segue demonstra o modo como Freud usa a técnica Não-Directiva, ao mesmo tempo que revela a sua “orientação médica”.

No início do tratamento, não importa qual o assunto que se aborda, nomeadamente a sua história pessoal, a história da doença ou reminiscências do passado. Contudo, deveria deixar-se o paciente falar e escolher o assunto.

“Antes de lhe poder dizer alguma coisa, tenho de saber muito sobre si; diga-me o que sabe de si próprio”(12)

Freud prossegue utilizando essa técnica enquanto o paciente sente alguma dificuldade em começar: “Nesta fase, como em qualquer outra, devemos ceder pouco ao seu pedido para

que proponhamos algo para falar”. Porém, em breve, abandonou aquela técnica. “Tudo aponta para que, no início, a ausência de pensamentos seja uma impossibilidade”. E, se isto não resultar,... a tensão impedi-lo-á de reconhecer alguns pensamentos que estão a ocupar a sua mente. Estaria a pensar no próprio tratamento, na sala em que se encontrava, nos objectos que o rodeavam, ou no facto de que se encontrava deitado num sofá; todas as circunstâncias do momento representariam uma transferência para o médico, o que se tornaria, por si, resistência. Era então necessário começar por demonstrar esta transferência; a partir daí conseguir-se-ia alcançar todo o material patogénico ligado ao caso.

Mas ainda não podemos esquecer que Freud utilizou as técnicas Não-Directivas. Ele afirmava que, enquanto o primeiro objectivo do tratamento consistia em ligar o paciente ao tratamento e à pessoa do médico, "...se pode fracassar se se adoptar por exemplo, uma atitude moralista e não a de compreender..."(12).

Na área da interpretação, Freud tende claramente para a atitude Não-Directiva, em virtude do insucesso com as Técnicas Directivas.

Este tipo de resposta envolve certamente a coordenação de técnicas que consistem em transmitir ao paciente a interpretação dos sintomas logo que eles são apercebidos, ou a atitude de

fornecer ao paciente “soluções”, logo na primeira entrevista... Tal postura coloca em descrédito não só o médico como o tratamento, originando uma violenta resistência, quer essas interpretações sejam ou não correctas; na verdade, quanto mais verdadeiras, maior é a resistência que elas levantam. Geralmente, o efeito terapêutico é nulo na altura; porém, o pavor resultante da análise é inevitável. *Mesmo em estádios mais avançados de análise é necessário ter presente que não deve ser comunicado ao paciente o significado de um sintoma ou a interpretação de um desejo, até que ele esteja já muito perto de apercebê-lo e de descobrir a explicação por si próprio.*

Há alguns anos, eu pensava que a comunicação antecipada das interpretações conduzia o tratamento a um fim precoce, não só pelas resistências que subitamente apareciam, mas também pelo alívio resultante da compreensão então adquirida. (12)

Freud teve uma experiência idêntica ao comunicar aos seus pacientes conteúdos reprimidos:

No início da técnica analítica, é verdade que encarávamos o assunto de forma intelectual e dávamos grande importância àquilo que o paciente já tinha esquecido, de modo que quase não fazíamos distinção entre o nosso conhecimento e o dele, nesta matéria. Considerávamos uma sorte poder obter informações de traumas de infância esquecidos atra-

vés de fontes externas – pais ou criados, por exemplo, ou do próprio sedutor, como acontecia ocasionalmente – apressando-nos a transmitir ao paciente a informação e as provas da sua exactidão, na expectativa de acabar assim com a neurose e com o tratamento. Era uma desilusão quando o resultado esperado não se concretizava.

Foi também usando as Técnicas Não-Directivas que Freud desenvolveu a forma de tratar o problema de vencer a resistência, a qual está associada aos problemas da interpretação e da comunicação dos conteúdos reprimidos:

Como sabemos, o primeiro passo para vencer a resistência é de descobrir essa mesma resistência, que nunca é reconhecida pelo paciente, e dar-lhe conhecimento disso. Parece que os principiantes na prática analítica tendem a considerar isto como o objectivo do trabalho. Fui, muitas vezes, solicitado para me pronunciar sobre casos em que o médico, ao fazer referência à questão da resistência, não verificou qualquer alteração por parte do paciente; com efeito, o que então sucedeu foi que a resistência se acentuou e o tratamento parecia não progredir. O analista tivera esquecido que o facto de nomear a resistência não pressupunha a sua imediata suspensão. Há que dar tempo ao paciente para ele reconhecer essa resistência, para a “trabalhar” e ultrapassar, continuando o trabalho, e de acordo com os princípios analíticos, ignorá-la. *Apenas quando ela*

atinge um pique, se pode, com a cooperação do paciente, descobrir as tendências instintivas reprimidas que estão a alimentar essa resistência e só quando o paciente as vivenciar, poderá convencer-se da sua existência e poder.

Este “vivenciar” das resistências poderá, na prática, significar uma tarefa difícil para o paciente e um teste à paciência do analista. Todavia, essa é a parte do trabalho que conduz às maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento de qualquer outro tratamento por sugestão.(13)

Antes de prosseguirmos, faremos ainda alusão a uma outra questão que nos mostra Freud mais próximo da abordagem Não-Directiva do que geralmente é suposto. E isso prende-se com a natureza do inconsciente.

Os métodos Não-Directivos são tidos como pouco consistentes e incapazes de trazer à superfície o material profundamente enraizado no inconsciente do paciente. Freud escreve:

O esquecimento de impressões, cenas, acontecimentos, traduz-se pela sua “dissociação”. Quando o paciente fala sobre estes “assuntos esquecidos”, acrescenta quase sempre: “de certa forma, sempre o soube, mas nunca pensava sobre isso”. (13)

Este excerto é bem sintomático da experiência dos clientes na Terapia Não-Directiva.

Ainda sobre o mesmo

tema, Freud escreve adiante:

Este material “esquecido” é ainda mais circunscrito, quando nós avaliamos as memórias visuais que, geralmente, estão presentes.

Em muitos casos, tive a impressão que a comum amnésia de infância, em teoria tão importante para nós, é completamente suplantada pelas memórias visuais. Aí pode-se encontrar não só o que é mais importante acerca da infância, mas na realidade, tudo o que é de mais importante. (13)

Otto Rank

Rank foi, por muito tempo, colaborador e discípulo íntimo de Freud. (28) Rebelou-se publicamente contra a clássica teoria e prática freudiana em 1924, com a publicação de “O Trauma do Nascimento”. Nesta obra, o nascimento aparecia substituindo a castração como o trauma original, e a mama substituíu o pénis como o primeiro objecto da libido. Além disso, Rank identificava a origem do medo com o processo de nascimento.

Jessie Taft escreve: “Ele seguiu a ideologia freudiana até à sua conclusão inevitável, e depois de experimentar as últimas bases biológicas, quer em teoria, quer na prática, abandonou finalmente o seu conteúdo, por si, irrelevante, para se dedicar à utilização técnica da dinâmica do processo terapêutico, tendo a vontade do paciente como força-mo-

tora”.(21)

Rank é responsável pela implementação de ideias extremamente importantes para a psicoterapia:

1. *O indivíduo, que procura ajuda, não representa apenas o campo de batalha de forças impessoais, tais como o Id e o Superego; detém, por si próprio, poderes criativos, como a vontade.* Quando é ameaçado, quando uma vontade externa lhe é imposta, esta vontade positiva transforma-se em contravontade.

2. Devido aos perigos que viver acarreta e ao medo de morrer, todos nós experimentamos uma ambivalência básica, que se pode traduzir a vários níveis. Assim, existe um conflito entre a vontade dirigida para a Saúde e para a Doença, entre a determinação e a aceitação do Destino, entre ser diferente e ser igual, etc.

Esta ambivalência é não só característica dos neuróticos, mas também uma parte integral da Vida.

3. O que distingue o neurótico é a tendência para dirigir contra si as suas inclinações construtivas e destrutivas. A vontade torna-se rígida e é negada, numa concentração insatisfatória das ambivalências da Vida.

4. *À luz do que foi exposto, o objectivo da terapia é, então, o da aceitação de si próprio pelo indivíduo, como um ser único e confiante, com todas as suas ambivalências e a libertação da vontade po-*

sitiva, através da eliminação do bloqueio temporário, que consiste na concentração das energias criativas no ego.

5. Para atingir esse fim, a figura central do processo terapêutico deve ser o paciente e não o terapeuta. O paciente é o seu próprio terapeuta. Ele contém em si forças criativas e destrutivas, podendo as primeiras serem trazidas à superfície, se o terapeuta desempenhar o papel, não de autoridade, mas de alguém que ajuda o seu ego; não de vontade positiva, mas de contra-vontade, de forma a reforçar a vontade positiva do paciente; não de ego total, mas daquela parte do ego que incomoda o paciente e contra a qual ele pode lutar; em suma, o terapeuta “torna-se, no decurso do tratamento, o depósito do ego neurótico do paciente que, em casos bem-sucedidos, este vai deixando para trás”. (21)

O terapeuta não pode ser instrumento de amor, o que tornaria o paciente mais dependente, nem de educação, o que modificaria o indivíduo, fazendo surgir nele a contra-vontade e inibindo a sua vontade positiva.

6. Os objectivos da terapia são atingidos pelo paciente não através da explicação do seu passado, à qual ele resistirá, e, mesmo que a aceitasse, ela serviria para minimizar a sua responsabilidade pela actual situação. *Eles são atingidos através da experiência do presente na si-*

tuação terapêutica, na qual aprende a afirmar-se em função da contra-vontade do terapeuta, em que utiliza os antigos e os actuais padrões de comportamento e onde os conflitos da vontade, presentes na sua vida, assim como a recusa da independência e auto-confiança são mais sentidos e daí mais facilmente trazidos à superfície.

7. O final da terapia, a separação entre o paciente e o terapeuta, é o símbolo do conjunto de todas as separações na vida, que se inicia pela separação do feto do útero. Se o paciente for capaz de compreender o conflito da vontade que está em causa, bem como relacioná-lo com a independência e auto-confiança, e se conseguir encarar essa separação como algo que deseja, então o processo pode simbolizar o nascimento de um novo indivíduo.

Ao estabelecer o fim da terapia, o terapeuta pode proporcionar a situação em que age como vontade positiva, suscitando a contra-vontade do paciente, gerando o gradual desenvolvimento da capacidade do paciente para tomar conta de si próprio e encarar a realidade e não precisar do terapeuta.

Os pontos anteriores parecem constituir a base da “Terapia da Vontade” de Rank. Não são apresentadas de um modo sistemático, são ideias que Rank relaciona entre si. Podemos considerá-las como os fios de uma teia, utilizadas para formar o complicado padrão da sua obra

“A Terapia da Vontade” e o Método Terapêutico, em si.

A passagem que se segue servirá para ilustrar a maneira como Rank contrasta o seu método com a terapia ideológica de Freud, como relaciona alguns dos pontos anteriores e, finalmente, para realçar o cepticismo de Rank no que diz respeito à possibilidade de existência de uma terapia com regra técnicas:

“Contrariamente à terapia ideológica, a utilização terapêutica da situação analítica em si, conduziu-me a uma terapia dinâmica que, em todos os casos e em todos os momentos do mesmo caso, é diferente, já que é derivada momentaneamente do jogo de forças dessa situação e aplicada de imediato. A minha técnica consiste na ausência de uma técnica e no uso da experiência e da compreensão que, constantemente, estão a ser convertidas em capacidades, mas nunca cristalizadas em regras técnicas que seriam aplicáveis ideologicamente. Há apenas uma técnica, utilizada na terapia ideológica em que a técnica é idêntica à teoria e em que a principal tarefa do analista é a interpretação (ideológica). Este método elimina também a barreira entre paciente e terapeuta, de forma que este último deixa de ser o actor principal. Não se trata de considerar o paciente fraco e doente, enquanto o terapeuta é o modelo de saúde e força. O paciente foi e ainda é, mesmo em análise, o seu próprio terapeuta, e o analista pode tornar-

se um factor negativo no processo de cura. Se isso acontecer, não em consequência de uma resistência accidental, mas se se tornar uma constante, o terapeuta deverá ter o bom senso de deixar o paciente ir-se embora, ainda que ele não esteja adaptado em termos de ideologia analítica, ao seu papel como substituto da realidade.

A verdadeira psicoterapia não se centra na adaptação a algum tipo de realidade, mas no ajustamento do paciente a si próprio, isto é, na aceitação da sua individualidade ou característica de personalidade que negou”.(21)

Alguns aspectos da teoria da psicologia ou da psicoterapia de Rank são especulativos e difíceis. Porém, a área mais obscura do seu trabalho consiste na prática de psicoterapia, tal como a citação anterior (e o ponto 5) podem indicar. O aspecto mais incompreensível prende-se com o modo e a quantidade de trabalho efectuado pelo terapeuta na hora do tratamento. As nossas referências sobre este assunto são pouco sistemáticas e baseiam-se na sua obra “Terapia da Vontade”.

Rank afirma: “Eu (Rank) descubro as reacções do paciente, mesmo que elas pareçam referir-se ao analista como projecções do seu conflito o interior e devolvo-as ao seu ego”, essa “interpretação por parte do analista é inútil, enquanto não conduzir à compreensão deste mecanismo de recusa e à sua relação com a submissão da vontade à emo-

ção”, e que “aqui é o local (a hora da terapia) para lhe mostrar como ele tenta destruir as ligações com esta experiência, tal como faz com o seu passado”.(21)

Para ilustrar este ponto, a passagem seguinte revela o claro uso da interpretação no método de Rank, apesar da afirmação final que minimiza o valor da técnica:

“O que o terapeuta deve fazer é assumir o seu papel com o máximo de compreensão e esclarecer o paciente quanto ao significado universal desta experiência, que engloba o Homem, quase toda a Humanidade. No entanto, esta explicação só se aplica à terminologia individual de um dado paciente e não a uma ideologia geral, que só lhe pode trazer conhecimento e não compreensão. O conhecimento, por si só, não liberta, mas a libertação através da experiência pode trazer o conhecimento à posteriori, embora este não seja essencial para o resultado final.”(21)

Finalmente, deparamos com uma clara gestão da situação terapêutica:

“Tenho vários meios na situação final para encontrar a dinâmica interna do paciente, que já funciona livremente, às vezes de forma bastante intensa, através da dinâmica da situação externa que melhor corresponde à realidade.

De acordo com o tipo de pessoa e situação, e adiando, prolongando ou encurtando a hora de tratamento, bem como através de outras alterações à habitual situação terapêutica, introduzo uma dinâmica externa para atenuar o conflito inter-

no que poderá irritar o paciente, mas que este só percebe enquanto alívio da ambivalência e utilizada em termos da sua adaptação à realidade.”(21)

Resumindo, podemos dizer que, apesar de Rank ter abandonado definitivamente as noções de Conteúdo e Passado e optado pelas de Dinâmica e Presente, respectivamente, a sua renúncia não foi tão total no que se refere às técnicas Directivas, Educativas e Interpretativas. Igualmente, afirmava ser errado interpretar os conteúdos, mas pensava ser possível interpretar as dinâmicas. Utilizando os termos da sua comparação, dizia ser o paciente o autor da peça, enquanto o terapeuta detinha o papel de produtor.

Jessie Taft

Taft foi tradutora de Rank e, posteriormente, ainda que por um breve período, sua colaboradora na Pennsylvania School of Social Work. No seu trabalho encontramos muitos aspectos da teoria de Rank descritos atrás, mas também deu um vasto contributo para a teoria e a prática de Rank, que se notaria na descrição do desenvolvimento da abordagem Não-Directiva.

A sua única contribuição teórica foi, talvez, a ênfase dada ao tempo, como o grande problema da vida e da terapia. Seria lamentável não analisarmos a perspectiva de quem escreve

com tanta poesia. O profundo sentimento que perpassa na obra de Taft está especialmente presente nos seus pontos de vista acerca deste tema. Algumas citações ajudar-nos-ão a entendê-los, permitindo-nos ao mesmo tempo, reter o tom do sentimento que as acompanham.

“O tempo representa acima de qualquer outra categoria, a necessidade de aceitar a limitação assim como a incapacidade para o fazermos, simbolizando por isso o problema de toda a existência. A atitude do indivíduo perante o tempo (limitado ou ilimitado) trai o seu mais profundo e fundamental padrão de vida, a sua relação com o processo de crescimento em si, com os começos e os fins, com o nascer e o morrer.”(35)

“A base para acreditarmos que a Vida pode ser assim aceite (como algo mutável, finito, limitado e que se pode, talvez, agarrar no momento) e acreditarmos mais ou menos nisso ao longo dos anos reside na crença de que somos uma parte e uma parcela do processo da vida; de que temos horror ao que é finito e ao que não o é, ao que muda e ao que permanece.”(35)

“O Tempo é uma categoria puramente arbitrária da invenção humana, mas, na medida em que é uma projecção do seu ser mais profundo, re-

presenta o conflito psicológico latente. Aceitá-lo, aprender a reconhecer a sua semelhança com o nosso ser e a sua perfeita adaptação aos nossos impulsos mais profundos e contraditórios é já um passo para a cura, na medida do possível, pois ao aceitar o tempo, aceitamo-nos a nós próprios e à vida, com as suas inevitáveis imperfeições e limitações. Isto não implica a resignação, antes a vontade de viver; trabalhar e criar enquanto mortais, nos limites do finito.”(35)

Finalmente, a passagem mais pungente:

“Podemos definir relação terapêutica, como um processo no qual o indivíduo aprende, por fim, a utilizar a hora da terapia, sem medos injustificados, resistência, ressentimento ou avidez. Quando for capaz, quer venha ou não à consulta, de não negar o seu valor; não tentar fugir ou prolongar essa hora; a desfrutar este fragmento de tempo por si; e, por estranho que possa parecer, conseguir “viver” esta hora, então possui o segredo de todas as horas, conquista a Vida e o Tempo no momento e por princípio.”(35)

Taft revela um certo apreço pela ideia da separação entre a vontade do terapeuta e a do cliente, reconhecendo a necessidade dos terapeutas em aceitar os limites da ajuda que é possível dar aos outros:

“Sei, à priori, que ninguém irá mudar, chamem-lhe crescimento ou progresso, ape-

nas porque eu acho que isso seria bom para os seus amigos, para a sociedade ou mesmo para si próprio...

Isto significa não só uma limitação por parte dos que procuram ajuda, mas também de mim própria, uma impotência que sou forçada a aceitar, mesmo que me seja penosa, como acontece com frequência. Existe uma criança a salvar, a unidade de uma família a preservar, um professor importante para esclarecer. Antes de resolver estes problemas em que podem estar envolvidos, de uma maneira dolorosa, a própria reputação e o prazer em utilizar as nossas capacidades profissionais bem como a empatia, por um lado, por outro tem de aceitar-se os próprios limites e o direito, talvez a necessidade do outro, de recusar ajuda ou procurar outro tipo de ajuda, independentemente do terapeuta, dos amigos ou da sociedade. Os meus conhecimentos e a minha capacidade não avaliam nada, a menos que sejam aceites e usados pelo outro. Não detenho o controlo dessa aceitação e eventual uso, para além da minha genuinidade em compreender a dificuldade que representa pedir ajuda e ser ajudado, o respeito pela força do paciente, ainda que esta seja expressa negativamente, e a realidade da aceitação da minha tarefa de ajudar. Se eu estiver certa, então não serei um obstáculo para a pessoa que precisa de ajuda embora tema o domínio. Pode-se aproximar de mim sem o medo nem a resistência que decerto produzem os mecanismos activos da cura e encontrar dentro dos limites, que eu aceito, uma segurança que lhe permite utilizar, e a mim exercer, toda a sabedoria e profissiona-

lismo. Por outro lado, a pessoa que procura o domínio de outrém de forma a projectar o seu conflito e evitar-se, quer a si própria quer ao seu desenvolvimento, pela resistência aos esforços do outro para a ajudar, acaba por reconhecer a inutilidade dessa luta, já que não me pode impôr um objectivo, que eu, há muito, sabia fora das minhas capacidades. Se o individuo irá, em última instância, ser capaz de ultrapassar o seu problema, já que eu não o posso fazer, só depende do que realmente acontece. *Existem pessoas incapazes ou não predispostas a ir em frente, o que um terapeuta deve estar preparado para admitir e respeitar, por muito que o seu ego profissional seja atingido e o seu propósito terapêutico não cumprido.*” (35)

Não nos surpreendemos, ao vê-la afirmar mais tarde:

“...A terapia, no sentido de um comportamento social desejável, não pode ser o objectivo deste tipo de relação analítica. É uma questão puramente individual e só pode ser traduzida em termos do seu significado para a pessoa, adulto ou criança; do seu valor, não de felicidade, virtude ou ajustamento social, mas de crescimento e progresso, em termos de uma norma puramente individual”. (35)

Um dos maiores contributos de Taft foi a gravação integral de dois casos de tratamento de crianças. As gravações aparecem em “The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship” e são válidas para este

artigo porque nos dão a primeira indicação definida da influência de Rank numa situação terapêutica. Mas antes de passarmos à sua discussão, talvez seja útil examinar as perspectivas gerais de Taft acerca do papel do terapeuta numa “relação controlada”. Ela ignora o termo “terapia passiva”, o qual tem sido frequentemente identificado com o seu método de tratamento.

Tal como a concebe, a função terapêutica envolve uma actividade bastante intensa. Mas esta é de atenção, de identificação e compreensão e adaptação ao padrão e à necessidade do individuo, combinados com uma preservação da diferença e das limitações pessoais.

Ao descrever o seu papel no caso de Helen P., que aparece em primeiro lugar no seu livro, ela escreve:

“Os contactos...foram estabelecidos, quanto me foi humanamente possível, em termos da criança, tal como ela era no momento, e do meu reconhecimento da sua vontade, sentimentos ou expressão imediatos; tudo era centrado nela, orientado para ela.

Isto não significava que não havia observações mas, mesmo quando a resposta era uma proibição, estava a pensar nela, nunca a recusar a natureza do seu impulso ou o direito a tê-lo. Quando a minha curiosidade quanto aos sintomas do seu comportamento, ou o meu interesse em descobrir algum material me ultrapassavam, como acontecia às vezes, tinha de me conscien-

cializar da minha loucura e abandonar essa postura. Não havia interpretação, apenas a verbalização da minha parte sobre o que a criança parecia estar a sentir e a fazer; uma resposta relativamente espontânea às suas palavras e acções e que deveriam elucidar ou tornar mais consciente o Eu do momento, qualquer que este fosse”. (35)

O comentário do caso apresentado por Taft é o seguinte:

1. Este tipo de transcrição de palavras não é uma reprodução exacta. Mesmo gravações como as de Taft, que, além de gravarem o conteúdo da conversa, são também descritivas, perdem muito do tom de sentimento que está presente no momento e que pode ser muito importante para a terapia. Isto é particularmente verdade acerca dos contactos que Miss Taft estabeleceu. O seu profundo respeito pela força e pela individualidade do outro seriam evidentes ainda que as suas afirmações fossem, por vezes, neutras (no sentido de não responder à emoção), interrogativas ou além do sentimento expresso.

2. As crianças não se expressam verbalmente tão bem quanto os adultos, demonstrando, às vezes, de forma muito clara o que estão a sentir, mesmo que não verbalizem a atitude.

Podemos caracterizar assim os casos de Helen P. e de John:

1. O terapeuta faz apenas uma tentativa acidental para trazer à superfície os conteúdos.

2. Há questões que aponham para sentimentos passados e avisos quanto a sentimentos futuros.

Exemplo: Na terceira hora passada com Helen P., esta desenha a figura de uma mulher

segurando um guarda-chuva:

- “Esta é você”, diz rindo.

- “Helen, a semana passada ficaste um pouco chateada comigo, não foi?”

- “Não”

- “Nem um bocadinho?

Eu teria ficado, já que não te deixei levar os lápis para casa.”

- “Não fiquei zangada, gosto de vir desenhar para aqui”. (35)

Pode dizer-se que a “aceitação” da criança é demonstrada aqui como uma tentativa para lhe mostrar que os sentimentos (bons e maus) são aceitáveis. Contudo, deve notar-se a ausência de aceitação do tipo de sentimento que a criança é capaz de expressar no momento.

O mesmo tipo de dinâmica aparece no segundo caso, o de Jackie (quarta hora).

Jackie vai para junto dos tubos de aquecimento que já antes tivera achado quente, revelando muito medo e cautela. Mal consegue tocar-lhes. Finalmente, e após muito esforço, acaba por lhes tocar e acha-os frios.

- “Na quinta-feira, quise ficar em casa, não foi, Jack?”

- “Sim.” Não houve mais resposta. “Está calor aqui.”(35)

De forma semelhante, antecipam-se acontecimentos futuros, introduzidos pelo terapeuta, sem indicação de que fazem parte da actual atitude da criança.

Helen P. (fim da terceira hora):

- “Gosto de cá vir”, diz.

- “Sim, eu sei, mas um dia poderás não gostar.”(35)

Jackie (segunda hora):

Ela corre para verificar se a vassoura está lá. Quando regressa, inventa uma história.

- “Tirámos-lhe a vassoura e corremos atrás dela. Ela queria correr atrás de nós, mas fomos nós que acabámos por correr atrás dela.”

- “É o que vais acabar por me fazer. Acho que tenho de ter cuidado”. (35)

Nos dois excertos anteriores, pode-se constatar a necessidade do terapeuta em preparar a criança para a separação inevitável. Apesar disso ser real, há falta de aceitação das capacidades da criança.

1. Por vezes, o terapeuta retira elementos do tempo ou de outros aspectos de dinâmica da situação terapêutica.

Jack entra cheio de frio, mas muito alegre.

- “Apalpe a minha orelha. Está tão fria”.

- “Como tu agora estás comigo. Estive 15 minutos à tua espera.”

Subitamente, respondeu: “Estás zangada comigo?” (35)

2. Aqui, o principal recurso do terapeuta é a sua atitude de compreensão e respeito pela criança. Na ausência de técnicas específicas, o terapeuta parece responder numa base emocional intuitiva.

Antes de prosseguirmos, será importante constatar que, tal como Rank, Taft encara a terapia como “puramente individual, não-moral, não-científica e não-intelectual”.(35) “A terapia é não-científica...e não está aberta à investigação no momento.”(35)

Paralelamente, é relevante notar que, para ela, a relação

terapêutica não funciona nos mesmos moldes para todos, nomeadamente para algumas crianças:

Quanto maior for a dificuldade do indivíduo em suportar a dor da sua humanidade, menos disposto estará a sacrificar uma reposta parcialmente involuntária, em favor de uma consciência que lhe permitirá uma escolha global; por outras palavras, quanto menor for a sua capacidade de se tornar emocionalmente consciente, menos será capaz de enfrentar uma terapia que depende da possibilidade de substituir uma projecção, inconsciente e irresponsável por sentimento, emoção e um comportamento voluntariamente reflectido.(35)

A criança muito impulsiva, especialmente se já tiver idade suficiente para ser considerada delinquente, poderá ser incapaz ou demasiado lenta para atingir um determinado tipo de sentimento e uma auto-inibição do impulso, essencial para a formação de uma nova relação com o objecto, necessitando talvez de uma disciplina, incompatível com a relação terapêutica exclusivamente. Com uma criança assim, existe sempre o problema de se saber até onde ela chegará em termos do seu padrão de comportamentos destrutivos, antes de ser capaz de suportar em si a dor, a necessidade e o

medo que esses comportamentos pretendem aliviar. (35)

Frederick H. Allen

No trabalho de Allen, na Philadelphia Child Guidance Clinic, continuamos a assistir à ênfase que Rank dá à dinâmica da situação terapêutica, à importância da relação entre cliente e terapeuta, à capacidade daquele para efectuar as suas próprias mudanças, à necessidade do terapeuta em saber de que forma está a ser usado pelo cliente, à noção de que, durante a terapia, o paciente despeja os seus “eus neuróticos” no terapeuta, à importância da fase final da terapia, e se conseguir, se esta for bem-sucedida, tornar o cliente num ser uno.

Ao recordarmos a contribuição de Rank vimos que, enquanto a sua renúncia do Passado pelo Presente e dos conteúdos terapêuticos pela dinâmica era total, o mesmo não se passava relativamente ao abandono das técnicas freudianas quanto à orientação do terapeuta e à interpretação, pelo menos no que dizia respeito à dinâmica da vontade na situação terapêutica.

O mesmo se poderá dizer de Allen, desta feita com maior certeza, uma vez que temos dados mais concretos acerca da sua técnica terapêutica.(1)

Uma das mais completas descrições do seu método consiste na narrativa da nona hora com uma “criança terrível”.(1) De modo a descrever melhor o que se passou na sessão, o autor tomou a liberdade de distinguir:

1) Os comentários feitos pelo terapeuta durante a sessão (Terap.)

2) As observações e reacções da criança de 10 anos de idade durante essa hora (Cr.)

3) O comentário do Dr. Allen (com.)

(com.) A nona hora consistiu numa entrevista que se centrou no que tinha acontecido nas semanas anteriores. Solomon parecia preocupado e lânguido, mas mantinha o seu rígido controlo como era habitual.

(Terap.) O terapeuta comentou a sua aparência preocupada.

(Cr.) Foi evasivo e retirou-se com alguns brinquedos para um canto da sala.

(Terap.) Mencionou esta necessidade.

(Cr.) Encolheu os ombros, dizendo “Só sei que venho aqui”.

(com.) Sabendo quão importante era para ele enfrentar e experienciar a dor desta realidade imediata, como se precisasse sair desta muralha.

(Terap.) O terapeuta voltou a falar sobre o que ele estava a fazer e sobre o que sentia acerca da sua vinda ali.

(Cr.) “Nada de especial – não faz sentido”.

(Terap.) O terapeuta aceitou em concordar com ele, apenas na condição de ele achar que competia ao médico pô-lo bom.

(Cr.) Mais ansioso respondeu: “Não sei ficar bom”.

(Terap.) Nesta altura, o terapeuta inverteu a ênfase, dizendo: “O pior é ficar bem e ago-

ra estás assustado porque estás perto de ficar bem”.

(com.) Esta nova responsabilidade que Solomon assumiu, significou uma ruptura da relação de dependência com a mãe, que manteve durante a doença. À medida que se aproximava da cura, verificou-se que ia estabelecendo um relacionamento mais maturo com as mães; significou também um relacionamento com o terapeuta baseado na ideia da recuperação e não na de permanecer doente.

(Cr.) Quando Solomon se retirou para brincar sozinho

(Terap.) O terapeuta referiu-se à forma como ele se fixava à ideia de doença. Para ele, e desde que os outros se preocupassem, estar doente era estar seguro.

(Cr.) Ele quase concordou com isto,

(Terap.) e o terapeuta respondeu que, para ele, esta deveria ser uma experiência diferente já que lhe dava a oportunidade de ser ele a fazer a maior parte das coisas, em vez de se limitar a tomar comprimidos.

(Cr.) “Isso não resolveu nada”, disse Solomon

(Terap.) O terapeuta concordou e acrescentou que Solomon se sentia assustado porque “Isto está a resolver alguma coisa”.

(com.) A frontalidade desta conversa fez Solomon recolher-se ainda mais na sua concha.

(Cr.) Mas a sua brincadeira adquiriu mais sentido e intensidade e Solomon simulou um ataque feroz aos soldados.

(Terap.) O terapeuta aludiu ao facto dos soldados parecerem estar a ser castigados e a que, possivelmente, alguma dessa raiva lhe seria dirigida.

(com.) Isto originou a

explosão e a barreira, que ele criara para reter os seus sentimentos, ruiu.

(Cr.) Num choro de raiva proferiu: “Preferia ser como era antes, do que passar por isto”.

(com.) Muito foi sumariado com esta declaração; mostrou quão consciente estava da sua mudança interna e do grau de ansiedade que lhe provocava este movimento de afastamento do seu estreito e indiferenciado modo de vida. Essa ansiedade centrava-se agora numa nova responsabilidade por si próprio, que provinha directamente do crescente relacionamento com o terapeuta.

(Cr.) Quando a criança tinha explosões do tipo: “para que serve isto?”,

(Terap.) o terapeuta mostrava-se afável.

(Cr.) De súbito, num tom de lamento, Solomon observou: “Você disse que não se importava se eu fosse para a cama sozinho ou não”.

(com.) Isso sucedera numa entrevista anterior, quando ele estava a tentar provar que, ao ir para a cama sozinho, estava a fazer o que o terapeuta queria que ele fizesse. Nessa altura procurava evitar qualquer tipo de responsabilidade por essa mudança.

(Terap.) O terapeuta respondeu: “Tens razão, Solomon. Eu disse isso. Mas também disse que me importava com o que tu querias e como te sentias preparado para fazer – daí, que se vais para a cama sozinho é porque queres fazê-lo e estás preparado para isso”.

(Cr.) Fez um sinal de concordância, mas continuou lutando contra a ideia da sua responsabilidade nas mudanças que foram ocorrendo. Repetia: ”Pre-

feria ser como era antes. As pessoas disseram-me que se viesse aqui ficava bem.”

(com.) O facto de ele reconhecer alguma verdade no que foi dito mas não no modelo que planeava, activou uma ansiedade significativa originada pela sua mudança. Decerto estava confuso como qualquer outra pessoa que, resistindo à mudança, tinha contribuído para ela.

No final desta hora, revelou-se claramente a força que Solomon tivera imprimido a estas entrevistas.

(Cr.) Afirmou, de novo, que não sabia como ficar melhor,

(ap.) falámos sobre a mais importante e difícil tarefa de todas – a de saber como ficar melhor.

(Cr.) Languidamente, perguntou: “O que é que eu tenho aqui que não tenho em casa?”

(Terap.) O terapeuta respondeu: “A tua relação comigo”.

(com.) Para um rapaz que não possuía outros laços senão com a mãe, isto foi recebido com grande impacto, pelo que contestou com bastante determinação:

(Cr.) Vou ser sempre doente. Nada me vai fazer melhorar.”

(com.) Na verdade, ele tentava negar a crescente relação com o terapeuta e manter o seu relacionamento seguro e indiferenciado com a mãe, da qual ambos se estavam progressivamente a afastar.

(Terap.) Foi discutido o seu sentimento de divisão acerca da questão de melhorar e mencionou-se que ele já estava preparado para enfrentar algo diferente, se bem que tinha ainda de lutar contra essa prontidão.

(com.) Durante esta hora,

Solomon sofreu muito. Retirou-se para um canto e chorou, mal se movendo. No entanto, foi capaz de partilhar a cólera e o medo que sentia. Quando no final da hora o terapeuta lhe disse:

(Terap.) “Solomon, acho que estás no bom caminho”.

(com.) Estas palavras adquiriram um grande significado para ele.

Fim da nona hora.

O autor avaliou assim esta descrição:

1. Apesar de o terapeuta aceitar Solomon como um indivíduo que se pode ajudar a si mesmo no processo de cura, não aceita a sua capacidade para dar esse passo por si próprio; não aceita o sentimento expresso de não saber como melhorar e necessitar do terapeuta para o ajudar.

2. O terapeuta desempenha o papel de intérprete da dinâmica do conflito da vontade da relação entre a criança e o terapeuta e da situação terapêutica em geral.

3. Solomon resiste a todas as tentativas de interpretação e, ao ser forçado a manifestar a sua vontade contra a do terapeuta, não lhe é dada a oportunidade de afirmar a sua vontade positiva, que contribui para o crescimento.

4. Qualquer progresso de Solomon está dependente da interpretação do terapeuta; não é aparente pelas afirmações e atitudes da criança. Nesta perspectiva, podemos comparar as últimas declarações do rapaz e do terapeuta.

A não aceitação por parte do terapeuta é demonstrada pela forma como este conduz a fase final do trata-

mento. Aparentemente, Allen não acredita na capacidade de Solomon em tomar uma iniciativa clara no sentido de romper com as suas ligações. Ao mesmo tempo o relato que se segue, revela que pouco progresso foi feito entre a nona e a décima quarta hora, no que respeita a saber se é o terapeuta ou a criança que efectua a cura.

Na décima quarta hora, Solomon continuou a acentuar o facto de que foi ali para se curar e que “não há nada para fazer aqui.”

Durante esta hora, tomou pouca iniciativa e o terapeuta declarou que ele parecia farto de vir à clínica. (1)

O mesmo modelo de interpretação repetiu-se na hora seguinte:

Na décima quinta hora, Solomon mostrou-se disposto a falar sobre uma forma de acabar com as sessões, mas abordou mal o assunto. Quis pintar e disse: “Não há lápis”, “Não há papel”. A isto o terapeuta respondeu: “Até parece que achas que aqui não encontras nada do teu agrado e que por isso estás pronto para acabar”. (1)

Rapidamente observamos que esta tomada de iniciativa por parte do terapeuta traz alguns problemas. É-nos dito que, no fim da décima quinta hora, Solomon decidiu estabelecer uma data para terminar as sessões. Contudo, na décima sexta hora, o terapeuta achou que lhe devia lembrar: “A decisão da semana passada acerca de resolver uma coisa muito importante hoje.”

Solomon hesitou e perguntou: “O quê?”

O terapeuta simulou duas

tentativas para adivinhar do que se tratava. Disse a Solomon que pensava que ele não sabia esclarecer bem as coisas e agir de acordo com o seu desejo de acabar. Solomon não respondeu mais nada, mas jogou ainda dois jogos de xadrez.

A questão de terminar foi, de novo, abordada pelo terapeuta ao comentar a ansiedade de Solomon relativamente a este assunto. Solomon respondeu: “Ter medo de quê?” O terapeuta explicou: “Porque não sabes se consegues suportar o sentimento de estar bem que ganhaste aqui.” Disse então: “Não teria a certeza se estava bem.” O terapeuta concordou mas acrescentou que o fim, por si, também implicava essa incerteza.

Com alguma ajuda, Solomon conseguiu estabelecer mais quatro sessões até ao fim. Mostrou-se intrigado e aliviado com esta decisão e falou sobre o que tinha perdido na escola ao vir às sessões. Quando o terapeuta sugeriu: “E se telefonasses à tua mãe e lhe contasses sobre a tua decisão?”, o primeiro impulso foi de fazer exactamente isso; porém, quando ia levantar o auscultador, parou. Incitado pelo terapeuta, ligou à mãe, mas antes de ela responder, perguntou-lhe timidamente: “Mãe, quanto tempo mais devo vir aqui?” O terapeuta interrompeu-o: “Solomon, estás a querer que seja a tua mãe a decidir o que tu já decidiste”.

Balbuciou então: “Mãe, venho cá mais quatro vezes”. A mãe concordou. Quando desligou o telefone, a expressão do mais puro alívio inundava a face de Solomon. Em tom surpreendido afirmou: “Ela disse que estava bem”. (21)

Verificamos como o terapeuta desempenha um papel activo, permanecendo junto de Solomon, o suficiente para ajudá-lo no passo seguinte.

Na décima nona e última hora, Solomon afirma que já não sente medos, mas teme acabar as sessões “falando na possibilidade de voltar um dia para fazer uma visita.”(1)

Carl R. Rogers

Rogers é o primeiro, na linha de terapeutas que estamos a analisar – Freud, Rank, Taft, Allen e Rogers – que não experimentou uma relação profissional com o seu antecessor. Isto poderá explicar os últimos avanços a nível da teoria e prática Não-Directiva no seu trabalho:

1) Introduziu na terapia o uso sistemático da reposta “reconhecimento de sentimento”. Ao fazê-lo,

2) Efectuou um avanço adentro da massa de mistério que tinha envolto o trabalho psicoterapêutico em geral, indiferentemente da orientação, e deu à filosofia “cliente como figura central” de Rank uma técnica definida, que Rank, Taft e Allen tinham dado como impossível.

3) Ao mesmo tempo deu um novo, mais exacto e mais profundo significado ao concei-

to de “aceitação do cliente”(nota 2). A seguinte citação de Rogers é aqui pertinente:

“Tem havido, é claro, argumentação em favor da força do cliente e da necessidade de utilizar a pressão para a independência que existe no cliente. Psiquiatras, analistas, e sobretudo assistentes sociais discutem este ponto. No entanto, é claro pelo que é dito, e mais ainda pelo material de casos citados, que esta confiança é muito limitada. É uma confiança de que o cliente pode tomar as rédeas, se guiado pelo técnico, é a confiança de que o cliente pode assimilar insight se lhe for inicialmente dado pelo técnico, pode fazer escolhas, desde que seja dada uma orientação em alturas cruciais. É, em resumo, o mesmo tipo de atitude que tem uma mãe perante um filho adolescente: ela acredita na sua capacidade de tomar decisões próprias e de guiar a sua própria vida, desde que adopte as orientações que ela aprova.

Isto é muito evidente no último livro de psicanálise de Alexander e French. (25)

Esta citação parece aplicável ao trabalho de Rank, e Allen, e, em menor grau, a Taft, bem como ao dos analistas modernos. *A maior contribuição de Rogers, crê-se, reside no facto de ter tornado a aceitação de um conceito que era ténue e incompleto num conceito claro e total. É uma aceitação não apenas da capacidade individual de crescimento, mas também da sua ambivalência perante o crescimento e talvez incapacidade de crescimento numa dada altura. É uma aceitação dos seus sentimentos no momento, sem necessitar de lhe mostrar a origem destes sentimentos (Freud) e*

sem a necessidade de lhe mostrar o uso que deles está a fazer (Rank). É uma “aceitação não-directiva”.

1) Como corolário, a função do terapeuta para Rogers torna-se contrastante com a freudiana, que procura primeiro descobrir e depois interpretar para o doente padrões de comportamento relacionados com sexualidade infantil reprimida, e com a rankiana, que atesta na maneira com que o doente se relaciona com a situação terapêutica e responde, então, nessa base apenas para reconhecer e aceitar as atitudes do cliente nesse momento. Rogers escreve:

Temos vindo a reconhecer que se pudermos providenciar compreensão de que o cliente parece a si mesmo num momento, ele pode fazer o resto. O terapeuta tem que ajustar as suas preocupações com diagnóstico e a sua perspicácia diagnóstica, deve pôr de lado a sua tendência para fazer avaliações profissionais, deve parar os seus esforços para formular um diagnóstico correcto, deve desistir da tentativa para orientar subtilmente o indivíduo, e tem de concentrar-se num objectivo apenas: o de providenciar profunda compreensão e aceitação das atitudes conscientemente tomadas nesse momento pelo cliente à medida que ele explora passo a passo as áreas perigosas que tem vindo a negar à consciência (It)

2) O resultado dos terapeutas funcionarem desta maneira, do seu pôr em prática deste novo conceito de “aceitação”, tem sido um crescente acumular de provas de que os clientes podem alcançar “insights” e um mais feliz e mais bem integrado ajustamento à vida, sem orientação. “O indivíduo é capaz de descobrir e

perceber verdadeira e espontaneamente as relações entre as suas próprias atitudes e a relação de si mesmo com a realidade.” (25) Aqui, numa fase, está a contribuição que distingue Rogers, com a palavra “espontaneamente” significando a diferença entre ele e os rankianos (nota 3).

Com a crescente evidência da capacidade de auto-ajuda da pessoa e com a participação de Rogers e dos seus discípulos e associados em mais e mais experiências nas quais os clientes mostraram a sua capacidade de auto-ajuda, a filosofia inicial, que deu origem ao método de aceitação não-directiva, tem-se firmemente aprofundado numa convicção de que as pessoas em disrupção mental não necessitam mais do que ser aceites como são. E com esta convicção crescente vieram mudanças significativas na abordagem da escola de Rogers, mesmo na sua curta história. Existe agora uma tendência para o afastamento de um relacionamento atomístico da resposta do conselheiro com os ditos do cliente, que imediatamente a precedem, e em vez disso, para avaliar a autenticidade da atitude do conselheiro; estruturação, a explicação intelectual ao cliente da relação de aconselhamento não-directivo, é reconhecido como não desejável; a lista de critérios para aceitação de “casos” para psicoterapia deu lugar à crença de que em todas as pessoas existe um grau de capacidade de auto-ajuda espontânea; crê-se agora ser o conceito de self do cliente o facto mais central no seu ajustamento e, talvez a melhor, medida do seu progresso em terapia.

Tendências Actuais da
Terapia Não-Directiva

A atitude centrada no paciente

As mudanças mais significativas ocorridas no movimento da Terapia Não-Directiva, nos passados cinco anos, centram-se à volta da crescente importância do quadro de referência interna do cliente relativamente ao aconselhamento e ao estudo da personalidade. Isto reflectiu-se na aplicação do termo “centrada no cliente” na Terapia Não-Directiva. Esta tendência é muito criticada por expoentes de outros métodos, na base de que todas as psicoterapias depositam o seu interesse no paciente e por isso sejam “centradas no paciente”. Neste ponto, a Terapia Não-Directiva defende que, se for introduzido outro quadro de referência além do respeitante ao paciente na situação terapêutica, a terapia não é “centrada no paciente”.

Em terapia, o freudiano introduz o seu próprio quadro de referência, porque acredita que possui um maior conhecimento do inconsciente do paciente do que este, o qual deve ser usado para o compreender.

Por sua vez, o rankiano crê que detém maior conhecimento da dinâmica da situação terapêutica, o qual deve reger o seu comportamento. Isto implica não aceitar determinadas atitudes que o cliente possa expressar e a falta de expressão de ou-

tras. O terapeuta Não-Directivo acredita que, se o ele se preocupar com o seu quadro de referência, ele não será capaz de ter uma profunda compreensão dos sentimentos e percepções do cliente.

E porque este facto tem sido cada vez mais compreendido, tem-se registado uma quebra na ênfase das técnicas Não-Directivas, paralelamente a um aumento da importância dada à atitude Não-Directiva. Uma vez centrada a nossa atenção no quadro de referência do cliente, não podemos deixar de usar as técnicas de aconselhamento, assim como de estudar a forma pela qual elas são percebidas pelo cliente. *A experiência demonstra-nos que os clientes se apercebem das atitudes do terapeuta, nomeadamente do seu desejo de explorar uma determinada área e, por consequência, reagem na defensiva. Este tipo de atitude pode ser transmitida através de uma resposta inadequada e de “reflexo de sentimento”. Pela experiência, o terapeuta aprende que os clientes podem progredir quando não são orientados, e, como tal, adopta uma postura Não-Directiva mais genuína. Nesse caso, poderá concentrar-se melhor em compreender o significado das coisas para o cliente e esquecer o emprego das técnicas. Quando a atitude não é genuína, não só as respostas “refle-*

xo de sentimento” tendem a ser inadequadas, como as do terapeuta parecerão reflectir as Técnicas Directivas de modo que, mesmo que o objectivo do conselheiro seja o de ser Não-Directivo, os registos das suas entrevistas mostrarão que ele faz interpretações e utiliza outras Técnicas Directivas.

O conceito do Eu

Com a atenção centrada no quadro de referência interno, vem, inevitavelmente, uma apreciação do significado da parte mais central desse quadro – o conceito do Eu – para compreender a personalidade e as mudanças na personalidade que ocorrem durante a terapia.

O Eu, visto interna e externamente, esteve, em diversos períodos da história do Pensamento, em primeiro plano nas discussões da Psicologia e da Filosofia. Hoje em dia, os psicoterapeutas Não-Directivos, tal como muitos outros psicólogos e sociólogos dedicados ao estudo da personalidade, dão grande ênfase à perspectiva interna do Eu, ao explicar o ajustamento e o comportamento. Utilizando métodos modernos de estudo da personalidade, incluindo registos de entrevistas psicoterapêuticas, é possível que Teorias do Eu, anteriormente trazidas à discussão mas esquecidas,

possam ser testadas contra dados clínicos objectivos e passarem para o reino do Conhecimento útil ou abandonadas.

Um recente estudo intensivo do conceito de Eu, pouco conhecido fora do campo do aconselhamento Não-Directivo, é uma dissertação, ainda não publicada, de Raimy (20), intitulada “o conceito do Eu como factor no Aconselhamento e na Organização da Personalidade”.

O aspecto experimental do estudo foi sumarizado na literatura. (32) Voltando à sua teoria, podemos enumerar algumas hipóteses avançadas por Raimy, que nos indicam que ele foi além das teorias mais antigas e mais ortodoxas sobre o Eu: permanecer inalterado em condições que, para o observador externo, são condições violentas de stress; em aconselhamento, o conselheiro tenta criar uma atmosfera permissiva, na qual o cliente pode “relaxar” e observar os aspectos do conceito do Eu que estão a causar mais dificuldade.

Antes de Raimy começar a formular a sua teoria, Prescott Lecky (16) da Columbia University, tinha desenvolvido e aplicado a teoria da auto-consistência para explicar o comportamento humano. Ao avaliar o que a teoria do conceito do Eu não explicava, Raimy (20) escreveu: “dá, primeiramente, uma “anatomia” à personalidade e não uma fisiologia. O conceito em si é apenas um objecto perceptual e não pode explicar o comportamento...Com o princípio da auto-consistência, Lecky parecia acrescentar uma fórmula “fisiológica” ao conceito do Eu “anatômico”. Este princípio está implícito em toda a dissertação de Raimy. Usado de uma

forma mais explícita por Lecky, compreendemos como o conceito do Eu mantém e altera a sua estrutura, como governa o comportamento, etc. A ênfase de Raimy é posta na pergunta: “O quê?” na personalidade, enquanto Lecky acentua o “como?”.

Muito cedo Rogers constatou a importância para a terapia da auto-imagem do cliente.

Por exemplo, em 1940, escreveu: “Numa situação de harmonia em que o indivíduo se sente aceite e não criticado, ele vê-se a si próprio sem precisar de estar na defensiva e, gradualmente, reconhece e admite o seu verdadeiro Eu, com os seus padrões infantis, os sentimentos de agressividade e as ambivalências, bem como os impulsos mais maduros e um exterior racionalizado.”

Estimulado em particular por Raimy, Lecky, Snygg (33) e Snygg e Combs (34), e porque conseguiu ver com mais clareza o processo da terapia, o conceito do Eu assumiu uma importância central na psicologia de Rogers. (26)

Investigação

A investigação desempenhou sempre um papel significativo no quadro Não-Directivo. Muitos alunos de Ro-

gers, (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 27) deram o seu contributo, pela investigação, à compreensão do processo terapêutico e à dinâmica da personalidade. Neste vasto artigo que interpreta o presente estágio do aconselhamento psicoterapêutico, Snyder (32) sublinha os seguintes princípios que foram submetidos à investigação por conselheiros Não-Directivos, até Julho de 1947:

1. O conteúdo gravado nas entrevistas de aconselhamento pode ser analisado através de certos métodos de categorização;

2. O aconselhamento pode ser um processo sistemático e ordenado, em vez de casual ou intuitivo.

3. Durante o aconselhamento Não-Directivo, os sentimentos do cliente mudam de forma consistente.

4. Diversos tipos de aconselhamento precedem e causam, aparentemente, determinadas respostas por parte dos clientes.

5. Os investigadores podem estudar a personalidade do cliente através da análise das declarações que este faz durante a sessão.

6. A interrelação dos vários problemas do cliente é um factor importante no resultado do aconselhamento.

7. É viável comparar diferentes técnicas de aconselhamento.

8. Um experimentador pode comparar as respostas de vários conselheiros, em função do discurso do cliente.

9. As razões da falta de êxito de um tratamento podem ser estudadas experimentalmente.

10. O prosseguimento é

importante como indicação das mudanças de personalidade visíveis, provocadas pelo aconselhamento.

11. O processo da terapia de grupo pode ser sujeito à análise de investigação.

A investigação, tal como o seu papel no passado, ocupa hoje, mais do que nunca, um lugar muito importante no campo da terapia

Não-Directiva. Um exame às actividades da investigação actuais revela muito, se isso constituir um teste inicial à utilidade do quadro de referência interno como base de estudo dos dados psicológicos. O método analítico utilizado por Raimy na sua dissertação foi um exemplo deste tipo de investigação e provou ser proveitoso. A confiança no quadro de referência interno na terapia Não-Directiva e a acumulação de material, aí baseado, levantou a hipótese de que isto é, eventualmente, a base sobre a qual se pode adquirir o conhecimento sobre as pessoas. Rogers (26) expõe claramente o assunto:

Se tomarmos em conta esta hipótese tentadora de que um comportamento determinante específico é o campo perceptual do indivíduo, não levaria isto, se for encarada como uma hipótese de trabalho, a uma abordagem radicalmente diferente em psicologia clínica e na investigação da personalidade?

Parece significar que, em vez de elaborar histórias cheias de informação sobre a pessoa como objecto, poderia-

mos esforçar-nos por desenvolver formas de ver a sua situação, o seu passado e a si próprio, tal como estes objectos lhe aparecem. Tentaríamos ver com ele, em vez de o avaliar. Poderia significar a minimização de procedimentos psicométricos elaborados, pelos quais nos esforçamos por medir ou avaliar este indivíduo, a partir do nosso quadro de referência. Poderia significar a minimização ou o abandono de toda a vasta série de rótulos que construímos cuidadosamente ao longo dos anos. Paranóide, pré-esquizofrénico, compulsivo, restrito – termos como estes podem tornar-se irrelevantes, porque são todos formulados a pensar no quadro de referência externo. Não são as formas como este indivíduo se experencia a si mesmo. Se nós estudarmos de forma consistente cada indivíduo a partir do seu quadro de referência interno, de dentro do seu campo perceptivo, parece provável que encontraríamos generalizações possíveis e princípios que poderiam tornar-se operativos, mas poderíamos ter a

certeza de que seriam de ordem diferente das formulações feitas a partir do exterior dos indivíduos.

Esta hipótese recebeu a sua primeira formulação por Snygg (33) em 1940 e está, no momento, a ser elaborada por Snygg e Combs (34). Está a ser testada em estudos ou completada por estudantes da Terapia Não-Directiva. Algumas destas investigações, por outro lado, utilizam um quadro de referência externo, enquanto um projecto coordenado pela University of Chicago Counseling Center combina medidas internas e externas de um grupo de dez casos recentes, gravados com pré e pós dados de testes com posterior informação. Presentemente, há cerca de quarenta casos de indivíduos, nas seguintes áreas: análise do processo terapêutico individual pela classificação das respostas dos clientes, análise das mudanças produzidas em terapia através de medidas objectivas do cliente, antes e depois, avaliação da experiência de aconselhamento pelo cliente, estudos da metodologia do conselheiro, personalidade do conselheiro e o efeito do exercício nos conselheiros, estudos que objectivam situações de grupo e a aplicação dos princípios Não-Directivos a outros campos.

Aplicação a outros campos

A utilidade de se ser capaz de ver as coisas pelo ponto de vista de outrém, transcende, obviamente, o

domínio da psicoterapia.

Counner (9) descreveu, recentemente, uma abordagem sistemática dos problemas de um psicólogo industrial, baseado na consciência das atitudes dos trabalhadores e da Direcção.

A extensão do princípio centrado no cliente, aplicado à sala de aula – centrado no aluno – representa uma situação prática de extremo interesse para a Não-Directivos.

Blocksma e Porter (3) descreveram um programa de estágio para conselheiros que confiaram na iniciativa do aluno e na consciência gradual das atitudes do aluno por parte dos instrutores.

Estas são ilustrações de como os indivíduos treinados na Terapia Não-Directiva foram estimulados para transferir algumas das suas atitudes a outras situações, nas quais as interrelações humanas são um factor. Encontra-se muita dificuldade para levar a cabo esta transferência, devido aos diferentes factores que operam nestas áreas. *Todavia, a convicção de que o princípio do reconhecimento e da aceitação do ponto de vista do outro é potencialmente muito importante para o melhoramento das relações humanas, dá-nos a motivação para continuar a procurar as respostas para as questões que envolvem a aplicação.*

Bibliografia

- (1) Allen, F.H. (1942): *Psychotherapy with Children*. New York: Norton ed.
- (2) Axline, V. (1947): *Play Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- (3) Blocksma, D.D., & Porter, E.H. Jr. (1947): A Short-Term Training Program in Client-Centered Counselling. In *Journal Consult. Psychol.*, 11, pp. 55-60.
- (4) Combs, A.W. (1945): Follow-up of a Counselling Case Treated by the Non-Directive Method. In *Journal Clin. Psychol.*, 1, pp.145-154.
- (5) Covner, B. J. (1942): Studies in Phonographic Recordings of Verbal Material: I. The Use of Phonographic Recordings in Counseling Practice and Research. In *Journal Consult. Psychol.*, 6, pp. 105-113.
- (6) Covner, B. J. (1942): Studies in Phonographic Recordings of Verbal Material: II. A Device for Transcribing Phonographic Recordings of Verbal Material. In *Journal Consult. Psychol.*, 6, pp. 149-153.
- (7) Covner, B. J. (1944): Studies in Phonographic Recordings of Verbal Material: III. The Completeness and Accuracy of Counselling Interview Reports. In *Journal Gen. Psychol.*, 30, pp. 181-203.
- (8) Covner, B. J. (1944): Studies in Phonographic Recordings of Verbal Material: IV. Written Reports of Interviews. In *Journal Appl. Psychol.*, 28, 89-98.
- (9) Covner, B. J. (1947): Principles for Psychological Consulting with Client Organizations. In *Journal Consult. Psychol.*, 11, pp. 227-244.
- (10) Curran, C. A. (1945): *Personality Factors in Counselling*. New York: Grune and Stratton.
- (11) Fleming, L. & Snyder, W.U. (1947): Social and Personal Changes Following Nondirective Group Play Therapy. In *American Journal Orthopsychiat.*, 17, pp. 101-116.
- (12) Freud, S. (1924): Further Recommendations in the Technique of Psychoanalysis. Chap. XXXI in *Collected Papers*. London: Hogarth Press.
- (13) Freud, S. (1924): Further Recommendations in the Technique of Psychoanalysis. Chap. XXXII in *Collected Papers*. London: Hogarth Press.
- (14) Gump, P. V. (1944): *A Statistical Investigation of One Psychoanalytic Approach and a Comparison of it with Nondirective Therapy*. Unpublished Master's Thesis. Ohio State University.
- (15) Hobbs, N. & Pascal, G. R. (1946): A Method for the Quantitative Analysis of Group Psychotherapy. In *Amer. Psychologist*, 1, pp. 297 (Abstract).
- (16) Lecky, P. (1945): *Self-Consistency: A Theory of personality*. New York: Island Press.
- (17) Muench, G. A. (1947): An Evaluation of Nondirective Psychotherapy by Means of the Rorschach and Other Tests. In *Appl. Psychol. Monogr.*, No. 13.
- (18) Peres, H. (1947): An Investigation of Nondirective Group Therapy. In *Journal Consult. Psychol.*, 11, pp. 159-172.
- (19) Porter, E. H. Jr. (1943): The Development and Evaluation of a Measure of Counselling Interview Procedures. In *Educ. Psychol. Measmt.*, 3, pp. 105-126, 215-238.
- (20) Raimy, V. C. (1943): *The Self-Concept as a Factor in Counselling and Personality Organization*. Unpublished Doctor's Thesis. Ohio State University.
- (21) Rank, O (1945): *Will Therapy, and Truth and Reality*. New York: Knopf.
- (22) Reid, D. & Snyder, W. U. (1947): Experiment in "Recognition of Feeling" in Nondirective Psychotherapy. In *Journal Clin. Psychol.*, 3, pp.128-135.
- (23) Rogers, C. R. (1940): The Processes of Therapy. In *Journal Consult. Psychol.*, 4, pp. 161-164.
- (24) Rogers, C. R. (1942): *Counselling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- (25) Rogers, C. R. (1946): Significant Aspects of Client-Centered Therapy. In *Amer. Psychologist*, 1, pp. 415-422.
- (26) Rogers, C. (1947): Some Observations on the Organization of Personality. In *Amer. Psychologist*, 2, pp. 358-368.
- (27) Royer, A. (1943): *An Analysis of Counselling Procedures in a Nondirective Approach*. Unpublished Master's Thesis. Ohio State University.
- (28) Sachs, H. (1946): *Freud, Master and Friend Cambridge*: Harvard University.
- (29) Sherman, D. (1945): *An Analysis of the Dynamic Relationship Between Counsellor Techniques and Outcomes in Larger Units of the Interview Situation*. Unpublished Doctor's Thesis. Ohio State University.
- (30) Snyder, W. U. (1945): An Investigation of the Nature of Nondirective Psychotherapy. In *Journal Gen. Psychol.*, 33, pp. 193-223.
- (31) Snyder, W.U. (1947): A Comparison of One Unsuccessful with Four Successful Nondirectively Counselling Cases. In *Journal Consult Psychol.*, 11, pp. 38-42.
- (32) Snyder, W.U. (1947): The Present Status Of Psychotherapeutic Counselling. In *Psychol. Bull.*, 44, 297-326.
- (33) Snygg, D. (1941): The Need for a Phenomenological System of Psychology. In *Psychol. Rev.*, 48 pp. 404-424
- (34) Snygg, D. & Combs, A. W. *Book Manuscript*. In a process of Publication. New York: Harper.
- (35) Taft, J. (1933): *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship*. New York: Macmillan.

Notas

1. Rogers reconhece a dívida da abordagem centrada a Freud relativamente aos conceitos de repressão, libertação, catarse e insight (25).

2. O trabalho de Axline (2) em ludoterapia ajudou a definir o conceito de aceitação. Enquanto os princípios de Rogers derivaram principalmente da experiência com clientes adultos, o trabalho de Axline fornece uma comparação directa com os de Taft e Allen.

3. O escritor não mencionou o trabalho pioneiro de Rogers em tomar a psicoterapia objectiva e susceptível de investigação, mas esta contribuição deriva das suas descobertas mais básicas, que então são tão amplamente reconhecidas