

sim

Espaço John Wood

ESTUDOS E PESQUISAS NA
ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

1987

Não para publicação

UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA
EM RELAÇÃO A PSICOTERAPIA HOJE

John Keith Wood, Ph.D.

Pontificia Universidade Católica
de Campinas

15 de Outubro de 1987

O grande psicólogo norte-americano Carl Rogers começou sua carreira nos anos 30 numa clínica de aconselhamento infantil em Rochester, New York. Ele fora educado nas teorias da época e dominava seus métodos: escrever longas histórias-de-caso com as quais interpretava o comportamento dos pais o qual supostamente implicava nos problemas de seus filhos.

Rogers teve seu primeiro momento de virada, enquanto psicólogo profissional, quando o renomado Alfred Adler visitou a clínica Rochester. Adler, antigo paciente de Freud e seu principal rival no controle do grupo psicanalítico de Viena, sugeriu que histórias-de-caso não eram necessárias para um tratamento bem sucedido.

Parece que, embora Rogers não tenha se entusiasmado muito com Adler como pessoa, nem com suas teorias, ele de fato aceitou sua sugestão. As histórias-de-caso e as interpretações foram abandonadas e Rogers começou a escutar o que os pacientes diziam sobre suas experiências pessoais e sobre o que estas significavam para eles. Ele também começou a se perguntar seriamente "Como um

paciente de psicoterapia perde seus sintomas, é considerado mais saudável, se sente melhor a respeito de si próprio, aproveita a vida melhor? " Mais especificamente, Rogers perguntava, "Quais são as condições que conduzem à uma psicoterapia efetiva?"

Até esta data, ainda não fomos capazes de responder completamente essa pergunta. Não vou sugerir uma resposta; embora o faria se pudesse. Gostaria de pensar junto sobre esta questão. Rogers e seus colegas (1) forneceram informação considerável sobre este assunto. Pelo estudo de sessões de terapia através de observação direta, gravações e filmes, eles foram capazes de deduzir pelo tom de voz, comportamentos verbais, posturas, e gestos, quando ~~que~~ o terapeuta estava entendendo o cliente acuradamente e sensivelmente. Eram capazes de avaliar o calor e a aceitação incondicional da realidade do cliente, pelo terapeuta. Eram capazes de determinar a adequação entre a experiência que se desenrola no terapeuta e seu comportamento externo. E através dos depoimentos do cliente eram capazes de analisar suas percepções do terapeuta.

Por volta de 1959 eles sentiram que tinham evidência

suficiente para estabelecer uma relação entre esses fatores: A capacidade inerente de cura do cliente é liberada numa relação interpessoal na qual o terapeuta é congruente no relacionamento, está experienciando uma aceitação não crítica do cliente e uma compreensão empática da estrutura de referência interna do cliente, e quando o cliente (que está ansioso ou vulnerável e está experienciando uma discrepância entre o self como ele o percebe e a experiência real do organismo) percebe a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta. (2)

Cinquenta anos de pesquisas deram suporte considerável à hipótese de Rogers. Por exemplo, um estudo de nove anos de acompanhamento de pacientes esquizofrênicos mostrou que aqueles cujos terapeutas eram superiores em compreensão, calor e genuinidade ficaram fora de hospitais psiquiátricos mais tempo do que aqueles cujos terapeutas eram considerados fracos nessas condições. O grupo de controle para o caso apresentou um registro intermediário, sugerindo que aqueles cujas relações terapêuticas eram baixas em empatia, calor e genuinidade poderiam ter se saído

melhor sem terapia nenhuma. Os autores deste estudo, depois de revisar todo o material publicado sobre a efetividade da psicoterapia, concluíram que independentemente da sua orientação, o terapeuta que é empático, genuíno e abdica de julgar o cliente é efetivo. (3)

A despeito da larga aceitação da sua necessidade, nunca se provou serem suficientes em si mesmas para uma terapia efetiva, estas condições do terapeuta. (4) Assim, a maioria dos terapeutas, mesmo entre Rogerianos, aumentam estas condições com suas próprias técnicas. Em 1984 somente nos Estados Unidos, foram documentados 481 métodos terapêuticos. Que papel desempenha o método do terapeuta no processo de uma terapia efetiva?

Em tempos não muito antigos, imersão em água fria, sovas, desorientação do paciente balançando-o em várias direções, choques elétricos, perfurações dos lobos frontais do cérebro com um palito de gelo, estavam entre os tratamentos populares e "efetivos" para desordens psicológicas. Embora alguns métodos sem dúvida estejam envolvidos em ajudar os pacientes e outros em

machucá-los, nenhum método se mostrou curativo, comprovadamente.

Além do mais, há evidências para a hipótese que o terapeuta, e não seu método particular, é mais essencial para o sucesso de uma terapia. Por exemplo, 35 Jovens perturbados foram designados numa base rotativa para três grupos de terapeutas. Dez pacientes viram psiquiatras com uma média acima de 23 anos de experiência em psicoterapia analítica; outros dez viram psicólogos com uma média de 15 anos de experiência em terapias de tipo Rogeriana; os remanescentes 15 viram professores universitários (dos departamentos de matemática, línguas, história e filosofia) com uma média de 17 anos de experiência em ensino. Estes professores universitários tinham uma reputação de serem uma boa pessoa ^{para} ~~com quem~~ se falar de problemas pessoais, mas não tinham treinamento em nenhum método psicoterapêutico.

O processo de terapia difere consideravelmente nestes três grupos: os terapeutas profissionais passavam mais tempo que os professores universitários nas origens psicodinâmicas dos problemas dos pacientes. Os professores e os psicólogos de linhas relacionadas com a Rogeriana eram mais calorosos e mais pessoais

nos seus relacionamentos com os pacientes do que os terapeutas analíticos. A conclusão : professores universitários não treinados promoveram tanta melhora quanto psicólogos e psiquiatras experimentados. (5)

Confirmações adicionais à noção que a efetividade em psicoterapia não depende da linha que se segue, derivam de pesquisas que verificaram que terapeutas peritos de diferentes linhas comportam-se de uma forma muito mais similar entre si do que com os terapeutas das suas próprias linhas (6). Embora sucesso em terapia dependa mais do terapeuta do que do método parece haver uma conexão entre a crença do terapeuta no seu método e sucesso. Um estudo mostrou que o interesse do terapeuta no paciente não era tão importante na ajuda ao paciente quanto seu interesse em validar a sua abordagem sendo bem sucedido no tratamento. (7)

→ A consistência do sistema de crenças do terapeuta também foi associada com seu sucesso em facilitar uma terapia efetiva (8).

Uma das histórias mais surpreendentes a respeito do efeito da

crença é o seguinte: um médico ao notar os efeitos positivos de uma nova droga experimental no alívio dos sintomas de asma de um paciente, substituiu-a por placebo na esperança de estabelecer a validade da droga. Quando o paciente reclamou da reincidência dos sintomas, o médico se satisfez quanto ao fato de não estar observando o efeito de placebo e encomendou mais desse medicamento. O laboratório farmacêutico informou-o que a droga original que ele estivera usando era de fato um placebo. O paciente estivera recebendo placebo o tempo todo. Quando o médico acreditava que era uma droga ativa o paciente progredia; quando o médico acreditava o contrário, o paciente piorava. (9)

Assim, além da sua compreensão empática, genuinidade e aceitação do paciente, a crença do terapeuta no seu tratamento e o decorrente poder que lhe dá para ajudar seu paciente, podem ser um fator influenciante, ainda que seu método, propriamente, possa até não ser efetivo.

O RELACIONAMENTO TERAPEUTICO

As crenças, atitudes e comportamentos do terapeuta não

ocorrem isoladamente mas num relacionamento entre pessoas . Empatia, por exemplo, é um aspecto do relacionamento e, surpreendentemente ficou provado que depende mais do cliente do que do terapeuta. Pesquisas mostraram que o mesmo terapeuta expressa níveis diferentes de empatia com diferentes clientes e que alguns clientes podem evocar níveis mais altos de empatia em cada terapeuta. (10)

Mesmo em terapia comportamental, foi mostrado que a percepção do cliente da relação terapêutica está relacionada com o proveito do cliente. Pacientes relataram que o comportamento calmo, a escuta complacente, o suporte e aprovação do terapeuta seu conselho e "fé" foram o que mais lhes ajudaram na terapia. (11)

Nossas percepções, emoções, tensões musculares, respiração, batidas cardíacas e pressão arterial são afetadas por aqueles à nossa volta. Somos tão fortemente conetados uns aos outros que um pesquisador fisiológico foi levado a dizer, " O sistema nervoso autônomo é tanto uma estrutura social quanto é vegetativa." (12)

A experiência de terapia, pode envolver uma relação transpessoal também. Rogers, por exemplo, quando estava engajado

numa terapia, relata estar numa completa concentração que exclui tudo, exceto aquilo sobre o que está completamente focalizado: tentando entender tudo o que o cliente está dizendo. Rapidamente ele perde toda consciência do que está acontecendo ao seu redor, mesmo quando está sendo filmado. Ele também conta que perde a consciência de tempo. E, no final da entrevista, ele não pode se lembrar muito do que se passou. O que ele descreve é um estado alterado de consciência. Ele disse, "Sinto que nos melhores momentos de terapia há um mútuo estado alterado de consciência. Que nós, verdadeiramente, ambos, de alguma forma transcendemos um pouco o que somos ordinariamente." (13)

Rogers também sentia que, "Além da mensagem imediata da pessoa, não importa qual seja, há o universal ... Assim, há tanto a satisfação de escutar esta pessoa quanto a satisfação de estar em contato com o que é universalmente verdadeiro." (14)

CULTURA

O relacionamento terapêutico tem lugar dentro de um contexto cultural. A aparência do psicólogo, sua aplicação de um

determinado procedimento, suas atitudes, as expectativas do cliente, esperanças, o que ambos acreditam sobre a cura são partes da cultura. Um poderoso ritual é criado dentro das possibilidades culturais -- um ritual que tanto o doutor quanto o paciente sentem que devem desempenhar para que a cura aconteça.

Por exemplo, nas Filipinas, eu presenciei o seguinte ritual: o paciente declarou sua queixa ou problema na vida e o doutor "sondou" com as palmas das mãos o corpo do paciente para localizar os pontos com distúrbios. Ele então "escavaria" nesses pontos com as pontas dos dedos e finalmente arrancaria a "infecção" : um material de tipo orgânico embebido em líquido vermelho. Depois de alisar a pele e limpar não havia mais sinal da "cirurgia". Aparentemente, ele usava truques mágicos para produzir das suas próprias mãos pedaços de algum animal ou coisa similar. Ele não realizava nenhuma cirurgia, como nós sabemos. Um comentarista de televisão nos Estados Unidos fez com que esses curadores fossem até processados por fraude. Mas a cura não era efetiva? Para aqueles que sentiam que deveriam desempenhar este

ritual, sem dúvida que era bem sucedida. Para mim, de outra cultura, não era.

Mas antes de denunciarmos esta prática, consideremos a seguinte pesquisa realizada nos Estados Unidos. Todos os pacientes estavam preparados exatamente da mesma forma, para uma cirurgia para aliviar angina pectoris. No momento em que a operação deveria começar o cirurgião era instruído sobre se ele deveria realizar uma operação verdadeira ou simulada. Na simulação, o peito era aberto e sem fazer nada mais era fechado novamente. Na operação real, o peito era aberto e uma artéria era cuidadosamente atada, e o peito fechado de novo. Verificou-se que benefícios iguais no alívio das dores no peito foram conseguidos com a operação simulada. (15) Será que este elaborado ritual moderno não era uma parte do processo de cura?

Parte do sucesso da psicoterapia aparentemente depende, não só de se conformar as expectativas culturais quanto também de alterá-las. Por exemplo, fora, espera-se que se escondam os verdadeiros sentimentos; dentro da cultura de terapia, expressá-los honestamente e completamente. Fora, falar abobrinhas pode

ser socialmente desejável; dentro, impede o progresso, e assim por diante. Neste processo vemos o que deve acontecer na sociedade em geral: nossa consciência individual deriva da cultura; nosso comportamento coletivo determina esta mesma cultura. Assim, somos criados por algo que estamos criando.

CENARIO

Caminhando através do Sena minha consciência pode se alçar até as nuvens e o espaço além, mas não vai. Minha atenção se dirige para o rio, a folhagem verde das suas margens, para a calçada sob meus pés, para as faces das pessoas que passam.

Mas assim que viro e entro na catedral de Notre Dame, apesar da multidão e dos turistas barulhentos, meus ombros relaxam e minha consciência alça vôo. Sem limitar-se pelos cantos escuros e embolorados do edifício, vai até o espaço ilimitado, para refletir sobre o significado da vida, meu lugar no universo.

Abraham Maslow, o pai da psicologia humanista, conduziu um notável experimento nos anos 50. Ele construiu tres quartos: um bonito, confortável, arejado e iluminado: outro limpo mas não

atraente; e outro feio, sujo e empoeirado, cortinas rasgadas, uma única lâmpada no teto, com caixas e lixo espalhados. Uma série de entrevistas sobre percepção foram conduzidas nestes quartos. Além da descoberta já esperada que as percepções tendiam a ser mais positivas no quarto bonito do que no feio, outra observação interessante foi feita. Os experimentadores consistentemente experienciavam "monotonia, fadiga, dores de cabeça, sono, descontentamento, irritabilidade, hostilidade" quando usavam o quarto feio. Embora soubessem que tinham estes sentimentos e que não gostavam do quarto feio, era difícil para eles levar seriamente a noção de que o quarto feio causava aquela mudança no humor. (16) A organização do espaço ao nosso redor afeta nossa consciência.

A mera redução da luz, como a que ocorre na mudança sazonal do sol em latitudes mais próximas dos pólos, pode causar profundas mudanças de humor. Muitas pessoas sofrem de depressão durante o inverno por causa desta falta de luz solar. "Desordem afetiva sazonal" como é chamada, é tratada com sucesso pela

exposição a um completo espectrum de luz. (17) A cor também parece afetar o humor. Cor-de-rosa, por exemplo, assegura-se que acalma pessoas em estados agressivos.

Todos concordam que sons afetam nossos humores, mas odores também podem afetar a consciência. O cheiro de maçã apimentada, por exemplo, acredita-se que reduza a pressão do sangue na mesma medida daquela causada pela meditação.

Na Califórnia, donde venho há uma frente térmica seguida por ventos fortes que se chama Santa Ana. Quando estes ventos sopram através da terra, um número substancial de pessoas experimentam irritabilidade, enxaqueca, náuseas e congestão respiratória. Estes "ventos mal famosos" ocorrem em outros lugares também: no Oriente Próximo (o Sharav), na Europa Central (o Foehn), no Brasil (o Noroeste), eles empurram massas de ar com grande concentração de ions positivos. Inalar ar que contém grande número de ions negativos, por outro lado, alivia sintomas e induz humores relaxados. Quantidades enormes de ions negativos são encontrados no ar puro que circunda praias, cachoeiras e altas montanhas. Talvez não seja coincidência que esses lugares estejam

associados com experiências inspiradoras.

O cenário terapêutico contém imagens, sons, cheiros, cores, mudanças na luz solar e na temperatura que podem afetar o humor do cliente (e do terapeuta), suas percepções, cognições e reações emocionais. Uma mudança sutil no ar, uma reorganização do espaço pode transformar uma evitação irritada em inspiração relaxada. O ambiente pode facilitar uma pessoa perceber além de si própria, refletir sobre sua vida, obter insight sobre problemas pessoais, chegando a novas percepções de seu relacionamento com o mundo -- exatamente o que uma boa psicoterapia também, pode realizar.

O FENOMENO DE UMA TERAPIA EFETIVA

Há assim ainda muito a aprender sobre as atitudes, crenças e comportamentos do terapeuta, o relacionamento terapêutico com o cliente, num cenário, dentro de uma cultura que se combinam para uma terapia eficaz. O que parece ser necessário não são, entretanto, mais fragmentos de conhecimento, mas uma compreensão deste fenômeno total que é a terapia eficiente. Quem é mais central neste fenômeno do que o próprio cliente? Suas atitudes,

expectativas, são vitalmente importantes para o resultado bem sucedido da psicoterapia. Uma atitude negativa de desamparo, por exemplo, pode acelerar a doença e a morte. (18) Ao contrário, uma atitude positiva para com o terapeuta e um comprometimento com o trabalho de mudar-se a si mesmo (como relatado no estudo envolvendo professores universitários mencionado anteriormente) pode prognosticar sucesso. Há evidência na Alemanha, sobre terapia de grupo que a capacidade do cliente para uma compreensão empática é um melhor prognosticador de sucesso em psicoterapia, do que a ^{capacidade empática} do terapeuta. (19) Até mesmo a ansiedade do paciente que o induz a procurar tratamento, desempenha papel importante no resultado. Na teoria de Rogers, formula-se como hipótese que o estado de ansiedade é uma condição necessária. Em estudos médicos, a ansiedade do paciente também acompanha tratamentos bem sucedidos. Será que essa ansiedade é parte da auto capacidade de cura do paciente?

Médicos e terapeutas se apoiam igualmente numa capacidade auto curativa do organismo humano. O organismo é capaz de usar

estimulantes químicos para curar-se. É capaz de usar o relacionamento com um psicoterapeuta para curar-se. Pode usar substâncias benignas tais como placebos para curar-se. É, até mesmo, capaz de reverter efeitos de medicamentos para afetar uma auto cura. Por exemplo, à uma paciente que sofria de náusea e vômitos foi ministrado uma droga extremamente poderosa que os médicos diziam ter certeza que a ajudaria. Os sintomas desapareceram imediatamente, tanto por verificações clínicas quanto através do seu depoimento. Isto, a despeito do fato de que a "poderosa droga" que lhe foi dada era na verdade um medicamento para induzir vômitos . (20)

Como é engajada a capacidade de auto cura no processo terapêutico bem sucedido? Talvez nós façamos menos do que imaginamos fazer para efetuar mudanças em nossos clientes, mas talvez possamos fazer muito mais para melhorar as condições que facilitem a mudança terapêutica. Uma abordagem centrada-na-pessoa deveria voltar-se para o cliente em busca das chaves de como isso possa ser conseguido.

REFERENCES

(1) Rogers (1959) credits the following in referring to the "group enterprise" which developed the theory of client-centered therapy: Victor Raimy, Richard Hogan, Stanley Standal, John Butler, Thomas Gordon, Oliver Bown, Desmond Cartwright, Arthur Combs, Eugene Gendlin, Abraham Maslow, Julius Seeman, John Shlien, and Donald Snygg.

(2) Rogers, C.R. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) Psychology: A study of a science Vol.

3. Formulations of the person and the social context. N.Y.: McGraw Hill.

(3) Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971) Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.) Handbook of psychotherapy and behavior changes. N.Y.: John Wiley & Sons.

(4) Watson, N. (1984) The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R.F. Levant & J.M. Shlien (eds) Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice. N.Y.: Praeger Press.

(5) Gomes-Schwartz, B. (1978) Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46 (5), 1023-1035.

(6) Fiedler, F.E. (1950) A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. Journal of Consulting Psychology, 14 436-445.

(7) McNair, D.M., Lorr, M., Callahan, D.M. (1963) Patient and

therapist influences on quitting psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 27 10-17.

(8) Combs, A. (1986) Person-centered assumptions for counselor education. Person-Centered Review, 1 February, 72-82.

(9) Ornstein, R. & Sobel, D. (1987) The Healing Brain N.Y.: Simon & Schuster.

(10) Moos, R.H. & MacIntosh, S. (1970) Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35 , 298-307.

(11) Ford, J.D. (1978) Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46 (6) 1302-1314.

(12) Kamiya, J. (1981) Symposium on healing. Los Angeles, March 21.

(13) Heppner, P.P., Rogers, M.E. & Lee, L.A. (1984) Carl Rogers: Reflection on his life. Journal of Counseling and Development, 63 14-20.

(14) Rogers, C.R. (1980) A Way of Being. Boston: Houghton

(15) Beecher, H.K. (1961) Surgery as placebo. Journal of the American Medical Association, 176 (13) 1102-1107.

Cobb, L.A., Thomas, G.I., Dillard, O.H., et al (1959) Evolution of internal-mammary-artery ligation by double-blind technique. New England Journal of Medicine, 260 1115-1118.

Dimond, E.G., Kittle, C.F. & Crockett, J.E. (1958) Evaluation of internal mammary artery ligation and sham procedure in angina pectoris. Circulation, 18 712-713.

----- (1960) Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris. American Journal of Cardiology, 5 484-486.

(16) Maslow, A.H. & Mintz, N.L. (1956) Effects of esthetic surroundings: I. Initial effects of three esthetic conditions upon perceiving "energy" and "well-being" in faces. The Journal of Psychology, 41 247-254.

Mintz, N.L. (1956) Effects of esthetic surroundings. II. Prolonged and repeated experiences of a "beautiful" and an "ugly" room. The Journal of Psychology, 41 459-466.

Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Archives of General Psychiatry, 41 72-80.

(18) Seligman, M. (1975) Learned helplessness. San Francisco: Freeman & Co.

(19) Wolf, S. (1950) Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects: The pharmacology of placebo. Journal of Clinical Investigation, 29 100-109.

(20) Mente, A.& Spittler, H.D. (1980) Erlebnisorientierte gruppenpsychotherapy Paderborn: Junfermann.