

ARTIGOS

- ESTUDOS TEÓRICOS OU HISTÓRICOS

NÃO DIRETIVIDADE – AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E A TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE¹

Non-Directivity – Assessment, Diagnosis and Client-Centered Therapy

No-Directividad – Evaluación, Diagnostico y la Terapia Centrada en el Cliente

CATARINA PINHEIRO MOTA

Resumo: O presente artigo procura problematizar a avaliação à luz da Terapia Centrada no Cliente (TCC). A avaliação é discutida numa perspetiva não diretiva em torno de uma atitude genuína de conhecimento do cliente no desenvolvimento do processo terapêutico. A abertura à experiência ocasiona a compreensão da complexidade do cliente e os modos de conhecer conduzem a um diagnóstico. As técnicas são revistas num reflexo das atitudes do terapeuta que desenvolve uma aliança terapêutica e facilita a tendência atualizante com vista ao crescimento pessoal do cliente.

Palavras-chave: Avaliação; Diagnóstico; Não-diretividade; Terapia centrada no cliente.

Abstract: The present article intends to discuss the evaluation and diagnosis concepts in Client-Centered Therapy (PCT). In the therapeutic process development, evaluation is discussed in a non-directive perspective around a genuine attitude of client knowledge. *Openness to experience* causes the understanding of client complexity, and the knowledge leads to a diagnosis. Techniques are reviewed as a reflection of the therapist's attitudes, which then develops a therapeutic alliance and facilitates *actualizing tendency* in order to allow for the client's personal growth.

Keywords: Evaluation; Diagnosis; Non-directivity; Client-centered therapy.

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar la evaluación a la luz de la Terapia Centrada en el Cliente (TCC). La evaluación se discute en una perspectiva no-directiva en torno a una actitud genuina de conocimiento del cliente a lo largo del proceso terapéutico. La apertura a la experiencia lleva a la comprensión de la complejidad del cliente y las formas de conocimiento conducen a un diagnóstico. Las técnicas se traducen en un reflejo de las actitudes del terapeuta que desarrolla una alianza terapéutica y facilita la *tendencia actualizante* para el crecimiento personal del cliente.

Palabras clave: Evaluación; Diagnostico; No-diretividade; Terapia centrada en el cliente.

1. Avaliação e a Terapia Centrada no Cliente

O presente trabalho vai ao encontro de uma questão que tem criado alguma controvérsia entre os terapeutas centrados no cliente, que se prende com a necessidade de avaliação e diagnóstico antes/durante o processo terapêutico. Do mesmo modo parece relevante discutir esta questão que assola, numa fase inicial, os terapeutas mais jovens cuja experiência parece ainda impregnada por algum fundamentalismo na demarcação das abordagens teóricas. Trataremos por isso de clarificar nesta abordagem, temáticas referentes a modos de avaliação e à sua pertinência, assim como o seu intuito na intervenção em crianças, jovens e adultos, ressaltando a coerência desta atitude na Terapia Centrada no Cliente (TCC).

A avaliação representa um conceito que no âmbito das relações interpessoais é vulgarmente associado ao procedimento médico onde se observa, examina, testa e diagnostica. Sob este ponto de vista corre-se o risco de

que a ideia de avaliação remeta para uma mera descrição e classificação com vista à intervenção específica. Deste modo, assumimos que pode resultar inevitável o questionamento da sua aplicabilidade na psicoterapia e em particular no modelo psicoterapêutico centrado no cliente. Julgamos de todo pertinente clarificar o significado que a avaliação assume para a Terapia Centrada no Cliente e de forma particular a sua pertinência na ajuda genuína ao cliente antes do processo terapêutico. Esta questão conduz a uma reflexão em torno da premissa da não-diretividade, sustentada pela TCC como atitude fundamental, mas não representativa na relação terapêutica, e a sua consonância no processo de avaliação e intervenção.

Levanta-se em simultâneo a dúvida acerca da legitimidade do uso de técnicas como que se constituísse um paradoxo aos princípios desta abordagem. Todavia urge clarificar a forma de perspetivar estes conceitos e valorizar a relevância do conhecimento genuíno dos clientes enquanto “técnica” de ajuda, mais do que uma instrumentalização de conhecimento do outro. A aceitação da complexidade do cliente e das suas escolhas é um trabalho realizado por si mesmo ao longo da terapia, facilitan-

¹ This research was partially funded by FCT under the project PEst-C/PSI/UI0050/2011 and FEDER funds through the COMPETE program under the project FCOMP-01-0124-FEDER-022714.

do em paralelo um conhecimento profundo por parte do terapeuta, pelo que a atitude empática e congruente está imbuída na criação de condições base para a mudança. Os modos de conhecer constituem deste modo um aspeto que não deve ser descurado na TCC enquanto técnicas de avaliação, e que iremos discutir ao longo deste trabalho, já que traduzem em muitos casos um veículo de proximidade e compreensão do cliente que facilita o processo de terapia. Avaliar e intervir constituem para a TCC processos nem sempre distantes e de algum modo complementares.

2. Avaliação – técnica ou atitude?

A conceção não diretiva da terapia rogeriana constitui um conceito lançado por Rogers nos anos 40. A experiência clínica crescente fez com que desenvolvesse pontos de vista divergentes usando esta abordagem enquanto forma de se demarcar do movimento psicanalítico. Nesta fase toma consciência que a sua forma de abordagem com os clientes se guiava por um conjunto de princípios pessoais e originais. Evidenciou na análise das suas entrevistas ausência de diversas formas de direção (perguntas, interpretações, conselhos, etc), admitindo que a interação não diretiva não era ao acaso, mas sim uma representação de valores com os quais se identificava. Em consequência deste facto, Rogers publica os seus primeiros trabalhos atribuindo um cariz de não-directividade à terapia. Todavia rapidamente percebeu a pertinência de demarcar o modelo mais além da noção de não-directividade – meramente circunstancial, dando importância ao método como um envolvimento pessoal. Por conseguinte fica claro que o relevante desta terapia não seria a ausência de directividade mas antes a presença do terapeuta, ou por outras palavras, *um modo de ser*. Dá-se ênfase portanto a uma atitude não de inatividade, mas de ausência de atividade intervencionista por excelência, incondicionalmente aceitante, imbuída de respeito, compreensão e calor (Rogers & Kinget, 1975).

Kirschenbaum & Henderson (1990) interpretam mais tarde a não directividade de Rogers à luz do princípio que o cliente tem o direito de escolha das suas metas e tem um potencial de escolha apropriada, pelo que se o cliente estiver capaz de se conhecer a si mesmo e às suas dificuldades poderá prescindir de uma escolha do terapeuta. Os autores apontam ainda que o risco de sobrevalorização da não-directividade enquanto *técnica* poderia desfocar a atenção na *atitude* do terapeuta, e a percepção desta por parte do cliente. Então o que representa na verdade a não-directividade na TCC?

Brodley (1999) sugere que a designação de *psicoterapia centrada no cliente*, ao invés da *psicoterapia não-directiva*, reflete muito mais a importância da relação entre terapeuta e cliente, pelo que a atitude que o terapeuta denota face ao cliente sobrepõe-se a qualquer con-

texto ou comportamento. O terapeuta não tem por isso objetivos para o cliente, nem pode pressioná-lo para um crescimento pessoal desejável. Neste contexto a autora distingue a noção de “influência” e direcionamento na terapia. O propósito de “influência” no sentido de crescimento pessoal surge na terapia mas não através de um direcionamento do terapeuta. Pelo contrário a mudança é inteiramente responsabilidade do cliente, estando implícita apenas a intenção do terapeuta. A não-directividade reflete deste modo, uma resposta empática, aceitante e congruente à experiência subjetiva do cliente. Lietaer (1998) já havia suportado esta visão, assumindo que a não-directividade, no seu sentido restrito é um conceito impossível, mencionando a importância de distinguir “direção” de manipulação.

Mais recentemente Mearns & Thorne (2000) discutem esta questão acrescentando que a directividade não deve ser uma preocupação inerente ao terapeuta, mas sim o seu reflexo na experiência do cliente. Logo, a questão é colocada pelos autores não como “o terapeuta tem um comportamento diretivo?”, mas sim como “o cliente está a ser dirigido?”. Este ponto de vista reaviva a temática do emprego de *técnicas* na TCC.

Wilkins (2003) debate o “porquê” e o “como” do emprego de técnicas, sublinhando que quando o cliente percebe a atitude do terapeuta enquanto ajuda genuína e a aceitação incondicional, o facto da interação ser pautada por questões e respostas é ultrapassável à luz de que a “verdade” do terapeuta (entendida como resultados objetivos de uma avaliação) está colocada à disposição do cliente (e nunca para ditar o processo), que estará capaz de tomar as suas próprias decisões. Neste sentido, julgamos relevante perceber a avaliação num contínuo da atitude do terapeuta enquanto veículo para melhor conhecer o cliente, e em especial para o cliente se conhecer melhor a si mesmo. Falamos justamente do intuito de criar uma atmosfera de profundo entendimento da vivência e da compreensão da experiência do cliente, o que fortalece a empatia na relação. Nesta abordagem o autor vai mais longe sublinhando não só o erro cometido ao sugerir que uma avaliação através de um convite para desenhar, pintar, dançar ou desempenhar um papel constitui uma direcionamento que é incompatível com a TCC, mas também o seu potencial limitante no desenvolvimento da terapia. Na realidade, o facto de se proporcionar ao cliente uma forma diferente de expressão para além do “fale comigo”, constitui um convite a que ele se entregue no processo e possa caminhar para uma tendência atualizante, ao invés de sentir rejeitada a sua criatividade e expressividade.

Brodley & Brody (1996) já tinham focado esta temática, questionando não só a legitimidade do terapeuta centrado no cliente em usar técnicas, mas também a discussão sobre o enquadramento de técnicas com objetivos específicos serem aplicados no verdadeiro contexto da TCC. As autoras defendem a diversidade de intervenções na TCC envolvendo metas e técnicas específicas, nomeadamente

o relaxamento com vista a diminuição da dor, ansiedade ou obsessão, o psicodrama, os procedimentos artísticos ou expressivos, bem como técnicas de *focusing*.

Wilkins (2003) discute a necessidade de compreender a reflexão enquanto técnica, não pelo seu instrumentalismo, mas por ser um veículo de comunicação da compreensão e aceitação empática por excelência, o que vai de encontro às *core conditions* (condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade) de Rogers. De acordo com Rogers (1957), o facto do terapeuta “usar” esta prática de reflexão de sentimentos, permite perceber em que medida a compreensão que o terapeuta faz do cliente é correta face ao que este está a experienciar no momento. A sua preocupação com o esclarecimento deste conceito, leva Rogers a abandonar parcialmente este conceito em detrimento de eventuais equívocos: “embora eu seja parcialmente responsável pelo uso deste termo para descrever um certo tipo de resposta do terapeuta, tenho-me, ao longo dos anos, tornado muito infeliz com ele (...) Tornei-me mais e mais alérgico ao uso deste termo” (1986, p. 127). A contundência com a qual ele critica a forma como o reflexo de sentimentos foi compreendida por muitos terapeutas demonstra a sua insatisfação com o desvio do foco da terapia. O reflexo de sentimentos deveria funcionar como uma forma de ajudar o terapeuta a tentar compreender o cliente empaticamente, mais do que uma instrumentalização da forma de atuar.

Merry (2000) acrescenta que a experiência de reflexão na resposta do terapeuta centrado no cliente não se confina a sentimentos, incluindo um todo de pensamentos, sensações corporais, fantasias, memórias, entre outros. Tal como aponta Barrett-Lennard (1993) transitar empaticamente pelo mundo subjetivo do cliente é muito mais do que repetir – com outras palavras - o que ele disse ou refletir algum sentimento presente. O autor chama a atenção para o facto de que “reflexo” é um “termo enganoso”, pois dá margem à má interpretação de que os terapeutas centrados no cliente apenas refletem o que o cliente expressa.

Neste sentido, o significado de ser “centrado no cliente” assume relevância na atuação, estando impregnada de atitudes e valores de compreensão e aceitação que contradiz a tentativa de criar limites na interação. A técnica na TCC constitui o procedimento, passo, ação ou comportamento que implementa a teoria acerca de como ajudar o cliente a atingir um *funcionamento pleno*. A técnica estaria pois intrínseca à TCC embora esta fosse valorizada e descrita por Rogers como uma teoria de valores e atitudes.

Por outra parte, Shlien (1993) assume que as atitudes não são suficientes e as técnicas são extremamente importantes porque expressam as atitudes. De acordo com esta perspetiva os princípios da TCC estão na prática e as atitudes revelam-se pela técnica. Esta forma de perceber a ajuda psicoterapêutica coaduna-se com o princípio originalmente proposto por Rogers para a teoria da terapia, requerendo que o cliente perceba a atitude do terapeuta

para que a mudança possa ocorrer. O autor sugere ainda que as ações do terapeuta no sentido de exprimir as atitudes terapêuticas constituem técnicas imprescindíveis na comunicação.

Autores como Watson & Greenberg (2000), embora sustentados na TCC, e agora mais próximos das terapias experienciais, destacam que as intervenções ativas adotadas “são vistas como facilitação da criação de uma aliança em que os clientes são especialistas na sua própria experiência e os terapeutas são especialistas na facilitação de diferentes tipos de exploração” (p. 176). Sob esse ponto de vista, defendem a opinião de que o emprego de técnicas, aliado à empatia, consideração positiva incondicional e congruência, colabora com os clientes em seus processos de mudança de personalidade.

Assim, as atitudes proporcionam um ambiente intrapsíquico e interpessoal favorável para o cliente, na medida em que se recria um clima de autocompreensão e de procura de resolução de problemas mais efetivo de encontro às potencialidades do cliente. A avaliação resulta num processo de integração do conhecimento acerca do cliente, todavia sem que haja qualquer tipo de expectativas face a como decorreu o processo com o cliente ou à autoexpressão da sua experiência (Brodley & Brody, 1996).

Do mesmo modo, não constitui um princípio da TCC a avaliação da coerência ou entrosamento do cliente com o terapeuta. A avaliação não se prende nesta linha com a noção de diagnóstico, pelo que o terapeuta centrado no cliente não deve estar preocupado em refletir sobre um diagnóstico clínico, nem sobre esquemas de decisão acerca do que fazer na terapia. A avaliação traduz-se portanto num envolvimento do terapeuta no sentido de dar total atenção ao cliente e compreender o seu quadro de referências, estando em permanente diálogo responsivo. Por sua vez, durante a avaliação é fundamental que o cliente entenda o terapeuta na sua atitude de aceitação e autenticidade.

3. Avaliação e a psicometria

Numa perspetiva prática, a procura de uma técnica ou a escolha de um procedimento pode fazer sentido à luz de uma genuína dificuldade do terapeuta em conhecer o cliente. Porém esta questão parece especialmente controversa quando usamos instrumentos psicométricos cujo cariz se prende a uma directividade mais explícita. Desta feita, a psicometria é o ramo mais abrangente da Psicologia Aplicada, é utilizada em todos os ramos da Psicologia e serve ainda como método de investigação. Consiste na descrição quantitativa dos fatos psicológicos referentes ao indivíduo que está a ser estudado. Essa descrição quantitativa expressa-se nos resultados obtidos com a aplicação de estímulos standardizados promotores de determinados comportamentos - os testes ou escalas (Cunha, 1993).

Sob este ponto de vista, não é estranho que aparentemente haja um contrassenso entre a necessidade de avaliar e o “ser terapeuta centrado no cliente”. Todavia, tal como fomos referindo até aqui, o intuito da avaliação antes do processo terapêutico não se prende com a descrição quantitativa preconizada pela psicometria, nem tão pouco o objetivo final seria uma classificação. Recordamos a preocupação de Brodley e Brody (1996) em esclarecer esta diferença, pelo que o terapeuta centrado no cliente não deve estar privado de usar uma técnica se esta facilitar o conhecimento do processo vivido pelo cliente.

Nesta sequência não é demais apontar a abordagem com crianças e jovens na qual a avaliação parece ser mais consensual, pelo que o conhecimento profundo da criança e alguns jovens dificilmente se traduz através da palavra. Nesta medida, se tivermos em consideração a ludoterapia, a interação que o terapeuta faz com a criança é pautada de atividades de conhecimento mútuo (e.g. desenho, pintura, brinquedo,...), que em alguns casos poderiam assumir um cariz de técnica. Ao mesmo tempo, embora Rogers tivesse vindo a modificar parcialmente a sua opinião, o seu primeiro livro acerca da intervenção com crianças (*The clinical treatment of the problem child, 1939*), sugere uma necessidade de exploração dos fatores que influenciam o comportamento da criança, onde destaca a necessidade de abordagem de fatores hereditários, influências orgânicas, sociais e culturais, bem como a família (Rogers, 1994). Esta questão não é de todo incongruente com as necessidades atuais do terapeuta centrado no cliente, embora muitas vezes esta questão esteja confinada a uma abordagem inicial com as figuras parentais que não se mistura com o processo terapêutico.

Mais adiante esta ideia veio a ser desenvolvida por Axiline (1947, 1972), mentora da *Play Therapy*, menos preocupada no conhecimento exaustivo dos dados da criança, e mais empenhada no conhecimento por interação no espaço de terapia. Uma forma de abordagem da criança passaria pelo brincar, colocar à sua disposição uma série de brinquedos, deixando liberdade para escolher, criar ou interagir sozinha ou com o terapeuta. O objetivo final não dista do apetecido para os adultos, na medida em que a percepção de cuidado, compreensão e aceitação estariam permanentemente manifestos na relação. Landreth (2002) sublinha que a relação estabelecida entre a criança e terapeuta constitui a fonte de conhecimento e traduz o agente de mudança, neste sentido, *o que acontece na interação perde relevância em detrimento do como se desenvolve a interação*.

Por outra parte, não queremos deixar de abordar neste ponto o uso de psicometria cujas análises emprestam constructos teóricos de outras abordagens mais distantes da TCC, o que pode criar uma ilusão de incongruência na compreensão da experiência do cliente. Note-se porém que formas de avaliação standardizada, bem como a interpretação do terapeuta não constituem aspetos ne-

gativos para a relação terapêutica, nem tão pouco o seu uso viola qualquer princípio da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), sempre que sejam usados em benefício do processo. Na realidade, falamos de uma forma de aportar conhecimentos sobre o cliente que não resultam de uma mera curiosidade, nem são usados de forma supérflua e não se estabelece apenas em referenciais teóricos. O objetivo de conhecimento é de extrema relevância para o processo na medida em que consolida a congruência do terapeuta e lhe permite estar mais próximo do referencial interno do cliente. Por conseguinte, torna-se fundamental que o terapeuta realize um esforço pessoal no intuito do conhecimento mais genuíno do cliente, independentemente da forma como o faz. Aquilo que parece ser relevante é a atitude e a compreensão do terapeuta mais do que o comportamento que desenvolve na avaliação (Mearns, 1997). Julgamos que o malefício da dúvida face ao conhecimento do cliente, pode em qualquer caso constituir um entrave para o estabelecimento da congruência do terapeuta e em consequência afetar a qualidade da relação. Como esclarecemos antes, a avaliação à luz da ACP refuta o objetivo de uma simples classificação ou diagnóstico, que em geral isoladamente de nada serve no contexto que comporta o desenvolvimento da terapia.

O ponto que se segue sublinha a importância do conhecimento do cliente e da sua complexidade no contexto da “avaliação”, enquanto elemento fundamental para o sucesso da terapia.

4. A complexidade do cliente e os modos de conhecer

De encontro ao que temos vindo a discutir neste capítulo torna-se agora mais claro que a TCC procura, mais do que explorar e interpretar, conhecer o mundo interno do cliente. As funções do terapeuta entranham aspetos morais e humanos que se prendem com a noção de atitude. Ao contrário das técnicas, as atitudes não são exequíveis de acordo com a situação. Elas constituem um património que vai compondo a personalidade do terapeuta e que o leva a tendencialmente perceber e reagir num determinado sentido. A atitude principal na orientação centrada na pessoa parece ser a atitude de aceitação positiva incondicional que permite, acima de tudo traçar um cariz de autenticidade para estar com o cliente. Para que esta ajuda seja genuína confrontamo-nos com a necessidade facilitar e de conhecer a complexidade do cliente.

A avaliação realizada por parte do terapeuta centrado no cliente vai precisamente de encontro a esta necessidade de conhecer e de facilitar o conhecimento de si por parte do cliente. Uma condição relevante para que a terapia tenha sucesso passa justamente por compreender a incongruência, o estado de vulnerabilidade ou ansiedade do cliente. Nesta medida torna-se relevante que o terapeuta esteja capaz de aceitar incondicionalmente a

rutura entre a experiência e a estrutura do *self* do cliente, desenvolvimento que parece sustentar a angústia, o sentimento de ameaça e atitudes defensivas (Biermann-Ratjen, 1998). O comportamento torna-se pouco coerente, em alguns momentos sintonizado com a estrutura de *self*, noutras a serviço da experiência. Em casos mais extremos tal situação leva ao surto psicótico e a uma desorganização psíquica mais grave.

Em algumas circunstâncias percebe-se que o cliente evita certas experiências pela razão de que estas não lhe parecem dignas de consideração positiva de si, acabando por adotar uma atitude seletiva e condicional para consigo mesmo. Esta noção foi designada por Rogers como *avaliação condicional ou consideração seletiva* e traduz uma simbolização incorreta, mas que o cliente experencia como se ela estivesse de acordo com a tendência atualizante (Rogers & Kinget, 1975). A avaliação condicional torna o cliente menos disponível para a mudança, limita-o de funcionar plenamente porque o impede de simbolizar corretamente a experiência.

Assim o maior conhecimento sobre o cliente permite uma vivência paralela do terapeuta face à experiência, embora sem que nunca abandone o seu quadro de referências pessoal. Atitudes genuínas, carregadas de aceitação e interesse pelo outro constroem um ambiente propício para a resolução de conflitos e a obtenção de acordo. Rogers considerava que o terapeuta deveria canalizar seus esforços para que seu cliente pudesse alcançar o melhor estado de congruência possível.

Ao longo deste percurso de conhecimento pessoal, o terapeuta joga um papel relevante, devolvendo ao cliente a compreensão empática que o permite experienciar e participar no fluxo de pensamentos e sentimentos do mesmo. Esta descrição feita por Rogers (1975) assume que a compreensão empática constitui uma atitude onde o terapeuta está particularmente atento, implica uma qualidade na relação terapêutica eficaz, e traduz uma condição fundamental para entender as expressões do cliente que lhe são genuinamente devolvidas. A tarefa de ajuda do terapeuta passa assim não apenas por oferecer ou fornecer empatia, mas sim de facilitar o fenómeno de compreensão empática. A questão que se coloca é “o cliente experencia compreensão empática?” ao invés de “o terapeuta mostra que compreende o quadro interior do cliente?”. O objetivo passa pela organização da experiência do cliente, numa dinâmica mútua terapeuta-cliente, na medida em que ambos são o ambiente e o relacionamento.

Esta tarefa, se assim lhe pudermos chamar, não depende apenas do terapeuta, mas na sua grande maioria da responsabilidade do cliente (Smith, Glass & Miller, 1980). O envolvimento do cliente com disposição para procurar dentro de si a causa e a resolução do seu desconforto, assim como uma necessidade de se relacionarem com os outros, parece ser um elemento importante na melhoria do cliente.

5. O diagnóstico clínico no plano psicoterapêutico

O diagnóstico representa, no conceito médico, a tentativa de identificar uma doença ou mal estar à luz de sintomatologia específica. Quando transferimos esta questão para o campo da psicoterapia ressalta a identificação de uma problemática que se evidencia através da experiência ou comportamento do cliente. Note-se contudo que para o terapeuta centrado no cliente a relevância do diagnóstico passa pela compreensão dos conflitos específicos para além da categorização (Lambers, 2003). De acordo com Rogers (1951) o diagnóstico é algo que se vai construindo ao longo da terapia e traduz o processo que acontece na experiência do cliente, mais do que no intelecto do terapeuta centrado. Ao longo deste processo o cliente conhece-se a si mesmo e ao seu mundo, relacionando o passado, o presente e os seus desejos futuros. De acordo com Mearns (1997) o processo de diagnóstico é único e permite que o cliente e terapeuta estejam abertos à experiência sentida pelo primeiro. Assim o diagnóstico no contexto da TCC não pretende colocar o *locus* de avaliação fora do cliente e fazer do terapeuta um especialista que determina o objetivo do trabalho terapêutico. Desta forma, para além da psicopatologia associada, padecendo de psicose, neurose ou desenvolvendo comportamentos delinquentes, o conhecimento genuíno do cliente bem como a qualidade da relação terapêutica parece ser o ingrediente primordial para a mudança terapêutica (Rogers, 1967).

Contudo, embora o diagnóstico psicopatológico possa ser irrelevante para o processo terapêutico, não implica que o terapeuta centrado no cliente esteja distante da compreensão e linguagem do saudável e do patológico, sendo de todo relevante conhecer o significado dos níveis de psicopatologia (Lambers, 2003). Esta questão coloca-se à luz de uma maior compreensão dos movimentos internos do cliente e da sua experiência. Assim, o desajuste ou desorganização psicológica do cliente apresenta níveis distintos de incongruência entre o *self* e a experiência. Conhecer o grau de *contato psicológico* torna-se fundamental, com vista ao desenvolvimento do processo terapêutico. A *pré-terapia centrada no cliente* tem reportado claramente esta ideia, na medida em que o contato psicológico (*core condition* de Rogers) traduz a capacidade que o cliente tem de estar em contato com a realidade, que sendo a sua, o permite relacionar-se com os outros e com a sua própria afetividade (Prouty, 1976, 1994). Vários autores têm vindo a colmatar a lacuna prática da TCC no que respeita a clientes cuja comunicação e contato psicológico se encontra severamente comprometido, seja por motivo de atraso mental (Prouty, 1976; Van Werde, 1990), psicose (Van Werde, 1989), esquizofrenia crónica (Prouty, 1994), personalidade múltipla (Roy, 1991), entre outros.

Van Werde (2003) discute a existência de três níveis de contato psicológico que são relevantes para o conhecimento do cliente. O primeiro nível refere-se às *reflexões*

terapêuticas através das quais o terapeuta contata com o cliente. As reflexões realizadas de formas distintas (situacional, facial, corporal, palavra-a-palavra e reiterativas) permitem, pelos comportamentos do cliente face aos elementos que rodeiam a realidade, que o terapeuta perceba o seu nível de experientiação. O segundo nível de percepção de contato psicológico refere-se às *funções psicológicas* necessárias (contato com a realidade, contato afetivo e contato comunicativo). Nesta medida, as reflexões terapêuticas permitem estabelecer, manter e em alguns casos desenvolver as funções psicológicas do cliente. Por último, o terceiro nível traduz o *comportamento de contato* que resulta do desenvolvimento das funções psicológicas. Em consequência o desenvolvimento de contato com a realidade, a afetividade e a comunicação permite ao cliente um aumento no nível de funcionamento pessoal e uma maior inserção nas atividades sociais, vocacionais e educacionais. Conhecer cada um dos níveis implica inerentemente uma avaliação e um diagnóstico, que embora não vise classificar os clientes, permite perceber qual o nível de contato que estes podem ter com o terapeuta e facilitar o processo terapêutico.

Desta feita, o diagnóstico não é refutado ou desvalorizado pela TCC, uma vez que o psicoterapeuta deve estar consciente do estado físico e mental que o cliente atravessa. A ênfase mais relevante coloca-se porém no questionamento face à necessidade absoluta de um diagnóstico para a intervenção terapêutica. Se o diagnóstico é encarado como única forma de estabelecer uma atuação diretiva, julgamos que a liberdade do cliente ficará condicionada. O enquadramento numa categoria deve ser nesta medida rebatido, por forma a que o terapeuta possa estar incondicionalmente disponível para aceitar o cliente tal como ele é, evitando uma contaminação da experiência em virtude de expectativas teoricamente fundamentadas. No ponto que se segue damos relevância à interação no processo de avaliação, destacando a pertinência da avaliação enquanto forma de estabelecer uma dinâmica relacional e cuja ligação com o processo de intervenção nem sempre é tão distante.

6. Avaliar e intervir na Terapia Centrada no Cliente – que relação?

O último ponto deste trabalho vem colmatar a abordagem em torno da pertinência da avaliação para a TCC e em paralelo discutir a sua relação com o processo de intervenção. Fica patente que a avaliação e a intervenção têm vindo a ser encaradas para a Psicologia e para a Psicoterapia em geral, enquanto dois momentos distintos. Contudo, para a Terapia Centrada no Cliente esta posição não está de todo clara. Julgamos que, antes de mais, a avaliação na TCC se distancia de ser uma etapa, e ao invés disso traduz um ponto relevante de início de um processo. Do mesmo modo, como já temos vindo a discu-

tir, a avaliação tem como pano de fundo o conhecimento do cliente por forma a estar mais próximo das suas experiências. Nesta medida, a avaliação, não tendo um cariz de classificação ou diagnóstico integra um contínuo no estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade que vai crescendo à medida que o processo se desenvolve.

7. Continuidade do Processo Terapêutico – limite entre a avaliação e a intervenção

A procura de ajuda por parte do cliente constitui o ponto de partida para a abordagem do terapeuta centrado no cliente. Avaliar implica então conhecer de forma mais profunda o cliente e ajudá-lo a conhecer-se a si mesmo neste processo, atravessando o seu mundo pessoal e facilitando a expressão livre dos sentimentos, ideias e pensamentos. Este é um passo fundamental que inicia e desenvolve ao longo de todo o processo terapêutico, ganhando especial relevância quando a relação terapêutica entre cliente-terapeuta se torna mais estreita. Neste sentido, o crescimento é facilitado porque o tomar consciência de si, e portanto o avaliar da sua vivência, conduz ao processo de aceitação pessoal, em tudo fundamental para o sucesso da terapia.

O estado de *desacordo entre o eu e a experiência* traduz-se muitas vezes numa suscetibilidade à tensão e confusão, que em última instância criam um estado de vulnerabilidade face à angústia e a desorganização. O ajustamento psicológico, por sua vez, segue o caminho inverso. No contexto da psicoterapia, as atitudes de empatia, consideração positiva incondicional e congruência por parte do terapeuta oferecem ao cliente a oportunidade de um ambiente onde a reintegração dos elementos da estrutura de *self* e da experiência pode acontecer (Thorne, 2003).

Neste sentido, desde logo o primeiro contato na TCC é pautado por um ambiente de calor onde o terapeuta se mostra incondicionalmente aceitante. Nesta tarefa está implícita a prática de atitudes e conceções fundamentais relativas ao ser humano que vão permitir o desenvolvimento de uma *aliança terapêutica* (Rogers & Kinget, 1975). O encontro entre cliente e terapeuta é regulado pela necessidade de estabelecimento de uma relação de confiança. Tomando como ponto de partida que o terapeuta centrado tem como objetivo principal sentir e experienciar o mundo tal como o cliente o vê, sente e vivencia (Rogers, 1975), é evidente que a avaliação não assume um cariz de distanciamento psicológico e objetividade científica.

A avaliação na TCC constitui o início da relação terapêutica criada desde o primeiro momento, independentemente dos recursos usados pelo terapeuta centrado (seja pela observação, recorrência ao uso de psicometria ou expressão livre). A atitude faz a diferença pela forma de abordagem mais voltada para a escuta atenta e dispo-

nibilidade pessoal, que parece sobrepor-se ao conteúdo. Avaliar equivale neste contexto a conhecer e entrosar-se no mundo interno do cliente e a facilitar a livre expressão de tudo o que o cliente estiver disposto e sentir necessidade de abordar (pensamentos, ideias, sentimentos,...). Neste processo o terapeuta cria desde logo condições para o desenvolvimento do cliente com vista a uma *abertura à experiência*. Desta feita, a avaliação constitui em si uma forma de intervenção que se vai reorganizando na medida em que o terapeuta vai estando mais próximo do cliente.

O referencial teórico que determina o objetivo da terapia centrada no cliente prende-se com a ajuda no sentido de atingir a satisfação pessoal livre de mecanismos defensivos com vista ao *funcionamento pleno* (Thorne, 2003). Mas como é que isso acontece na TCC? A formulação de uma equação para a mudança tem vindo a ser compreendida à luz da qualidade da relação desenvolvida entre cliente e terapeuta. Barrett-Lennard (1959) sugeriu que o funcionamento psicológico rígido, estático, indiferenciado e impessoal evolui através de vários estádios até ao oposto de mutabilidade, fluidez, experiência imediata de sentimentos pessoais assumidos em profundidade como sendo próprios e aceites. Neste processo o cliente percebe o terapeuta como sendo genuíno, capaz de desenvolver uma compreensão empática e uma aceitação incondicional por ele, o que na sua medida facilita a mudança construtiva na personalidade do cliente (Wood, 1994).

Estar *disponível para experimentar* é talvez a forma mais clara de traduzir a liberdade que o processo de crescimento pessoal atravessa e se consolida quando o *self* e a personalidade emergem da experiência (Wood, 1994). Ou por outras palavras, quando o cliente é participante e ao mesmo tempo observador da sua experiência orgânica em vez de estar pendente do seu controle.

Numa perspetiva prática a continuidade entre a avaliação e a intervenção bem sucedida na TCC traduz a capacidade do cliente em ser ele mesmo, estando capaz de viver plenamente cada um dos seus sentimentos e reações. Usa em seu favor todo o organismo para sentir a situação existencial interna e externa e ao mesmo tempo desenvolve um *locus* de avaliação interno que lhe permite gerir as experiências.

Em jeito de síntese julgamos pertinente ressaltar ao longo deste trabalho certa desmistificação em torno dos conceitos de avaliação e diagnóstico na TCC. Na verdade a avaliação sugere ser um continuo de um processo de conhecimento que evolui à medida que se recria um ambiente de maior calor e proximidade da relação. As técnicas são revistas mais nas atitudes do terapeuta do que na instrumentalização do comportamento, fato que permite ao terapeuta ser congruente e empático na relação, o que facilita o processo de crescimento pessoal do cliente.

Referências

- Axline, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Cambridge, MA: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1972). *Ludoterapia: A dinâmica interior da criança*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Barrett-Lennard, G. T. (1959). *Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change*. Tese de Doutorado. Universidade de Chicago.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). Understanding the person-centered approach to therapy: A reply to questions and misconceptions. In E. McIluff & D. Coghlan. *The person-centered approach and cross-cultural communication: An International Review*. Vol. 2 (p. 99-113). Linz: Sandkorn.
- Biermann-Ratjen, E. M. (1998). Incongruence and psychopathology. In B. Thorne & E. Lambers. *Person centered therapy: A european perspective*. London: Sage.
- Brodley, B. T. (1999). *About the nondirective attitude*. *Person-Centered Practice*, 7, 2, 79-82.
- Brodley, B. T., & Brody, A. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid and R. Stipsits (eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: a Paradigm in Motion*. Frankfurt-am-Main: Peter Lang.
- Cunha, J. A. (1993). *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (1990). *The Carl Rogers readers*. London: Constable.
- Lambers, E. (2003). The person-centered perspective on psychopathology: the neurotic cliente. In D. Mearns. *Developing person-centered counselling*. London: Sage.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. 2nd Edition. NY: Brunner-Routledge.
- Lietaer, G. (1998). From non-directive to experiential: a paradigm unfolding. In B. Thorne and E. Lambers (eds). *Person centered therapy: A european perspective*. London: Sage
- Mearns, D. (1997). *Person-centered counselling training*. London: Sage.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2000). *Person-Centered Therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Merry, T. (2000). Person-centered counselling and therapy. In C. Feltham and I. Horton (eds). *Handbook of counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Prouty, G. F. (1976). Pretherapy a method of treating pré-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 3, 290-295.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy*. Westport: Praeger.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (org.). *Psychology: a study of a science*. Vol. III. Formulations of the person and the social context. New York: MacGraw Hill, 184-256.
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: a Therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist, 5*, 2-10.
- Rogers, C. R. (1986) Reflection of feelings and transference. *Person Centered Review, 1*, 4, 375-377. In Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L. *The Carl Rogers Reader*. New York: Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C. R. (1994). *O tratamento clínico da criança-problema*. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. & Kinget, M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas*. Vol. II. Belo Horizonte: Interlivros.
- Roy, B. (1991). A client-centered approach to multiple personality and dissociated process. In L. Fusek (ed.). *New directions in client centered therapy: Practice with difficult population*. Chicago: Chicago Counselling and Psychotherapy Center (p. 18-40).
- Shlien, J. (1993). *God is in details* (Videotape). Lecture presented to Portuguese Society of Cliented-Centered Therapy and Person-Centered Approach, November, Lisbon.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers*. 2ª Edition. London: Sage.
- Van Werde, D. (1989). Restauratie van het psychologisch contact by acute psychose. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 15*, 5, 271-279.
- Van Werde, D. (1990). Psychotherapy with a retarded, squizo-affective woman: an application of Prouty's pretherapy. In A. Dozen, A. Van Gennep & G. Zwanikken (eds). *Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded*. Proceedings of the International Congress, 3-4 May.
- Van Werde, D. (2003). An introduction to the cliente-centered pretherapy. In D. Mearns. *Developing person-centered counselling*. London: Sage.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2000). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology. Special Issue: Millennium issue: The therapeutic alliance, 56*, 175-186.
- Wilkins, P. (2003). *Person-centred therapy in focus*. London: Sage.
- Wood, J. K. (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. 1ª Edição. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida Universidade do Espírito Santo.

Catarina Pinheiro Mota - Professora Auxiliar na *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - UTAD* (Portugal). Membro Integrado do Centro de Psicologia da *Universidade do Porto* (Portugal) e Membro da *Society of Client Centered Psychotherapy and Person Centered Approach - SPCCACP* (Portugal). Endereço Institucional: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Quinta dos Prados. Edifício do Complexo Pedagógico, 5000-801, Vila Real Portugal. E-mail: catppmota@utad.pt

Recebido em 01.09.2012
Primeira Decisão Editorial em 04.04.2013
Segunda Decisão Editorial em 14.07.2014
Aceito em 20.11.2014