

ENTREVISTA PSICOLÓGICA - O CAMINHO PARA ACEDER AO OUTRO

Trabalho de Licenciatura / Monografia (2005)

Maria de Fátima Oliveira

Licenciada em Psicologia da Saúde

Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia

fa.oliveira@clix.pt

RESUMO

A entrevista é a técnica que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos, etc. É um instrumento insubstituível no domínio das ciências humanas e ainda no domínio da Psicologia, em que há que tentar compreender a origem de diferentes psicopatologias. Com efeito, só o paciente nos pode dizer “onde” e “como” sofre; há portanto, que escutá-lo. Descrevemos a entrevista segundo os vários modelos teóricos vigentes, e é unânime entre todas as correntes, que a entrevista é uma “conversa” profunda entre duas pessoas num contexto específico. A eficácia de qualquer tratamento ou procedimento psicológico está directamente relacionada com a qualidade da entrevista. Sugerimos um modelo de entrevista e na última parte do presente estudo, enfatizamos os fenómenos do campo relacional que se processam durante qualquer tipo de entrevista. A entrevista é uma técnica *sui generis*, que nos permite aceder ao mundo privado de outro ser humano. A entrevista é o meio pela qual o entrevistador tenta perceber e sentir o Outro.

Palavras-chave:

Entrevista, entrevista psicológica, entrevistador

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

A entrevista é uma técnica de investigação científica em psicologia, sendo um instrumento fundamental do método clínico.

Bleger (1987) diz a “*entrevista psicológica é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas. O específico ou particular dessa relação reside em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve actuar nesse papel, e o outro ou os outros, necessitam de sua intervenção técnica. Porém, isso é um ponto fundamental, o técnico não só utiliza em entrevista seus conhecimentos psicológicos para aplicá-los ao entrevistado, como também esta aplicação se produz precisamente através de seu próprio comportamento no decorrer da entrevista. Para sublinhar o aspecto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve actuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da actuação e acordo com esse saber*” (Bleger, 1987, p.12).

Modelo médico: a entrevista psiquiátrica

Do ponto de vista histórico é a Philippe Pinel (1745-1824) que se deve o nascimento de uma psiquiatria clínica. Muito imbuído das tradições medico-filosóficas, ele soube integrar no mundo asilar uma abordagem humanista que se traduziu pela supressão das correntes dos doentes mentais e pela proposta de “conversar” com aqueles que eram chamados “loucos”. Foi uma ideia revolucionária para a época e levou a uma mudança na concepção que se tinha da loucura.

Procedimento e objectivos da entrevista psiquiátrica

A entrevista psiquiátrica está hoje muito impregnada de tradição médica, o que orienta de forma particular a sua natureza, os seus objectivos e as suas modalidades (Bernard Pachoud, 1998). Tem por objectivos:

- Identificar as perturbações psicopatologias: é a fase diagnóstica
- Determinar a conduta a seguir: é a fase terapêutica

Entrevista clínica psiquiátrica e entrevista clínica psicológica

Surgem pelo menos duas diferenças essenciais entre a entrevista clínica utilizada em psiquiatria e em psicologia, sendo as duas abordagens, no entanto, complementares e necessárias:

- O psiquiatra baseia-se em elementos clínicos aparentes para estabelecer um diagnóstico, referenciando-o seguidamente a um sistema nosográfico. O psicólogo, por seu lado, tenta antes compreender o funcionamento psicológico de um indivíduo, tentando situar as condutas observadas num contexto (história pessoal e familiar do sujeito, elementos de personalidade, modalidades de relacionamento com o meio, representações interiores); aqui a referência é o próprio sujeito;
- O psiquiatra inscreve a entrevista clínica num procedimento terapêutico, enquanto o procedimento do psicólogo não é terapêutico no sentido médico do termo (ausência de prescrições); ela tem antes de mais um cariz de ajuda, de aconselhamento e de intervenção psicológica, que é suposto levar a modificações positivas no indivíduo em sofrimento.

Modelo Psicanalítico

Início da psicanálise e método das associações livres

É Sigmund Freud (1856-1939) que se deve o desenvolvimento da psicanálise. Este recebeu primeiramente uma formação médica e em seguida, depois de ter seguido em 1885 os ensinamentos do professor Jean-Martin Charcot em Paris, voltou a Viena onde começou a tratar doentes histéricos a partir do método catártico (1886-1895). Esta técnica situa a palavra no centro do dispositivo terapêutico, visto que a catharsis (libertação emocional) era obtida graças à palavra. Esta maneira de proceder era coerente com a teoria visto que Freud supunha que as neuroses estavam ligadas a traumatismos antigos que não tinham sido objecto de ab-reacção.

Numa primeira fase, a catarse era obtida pela hipnose, mas Freud abandonou muito rapidamente esta última técnica, que, segundo ele, só dava resultados parciais, e substituiu-a pelo método das associações livres (1895-1905), que é a base do dispositivo psicanalítico. Para Freud, ela consistia em pedir ao paciente para se “deixar ir”, dizer tudo o que lhe passasse pelo espírito, sem omitir nada, mesmo que achasse isso doloroso ou vergonhoso. Desta forma, Freud tentava extrair e pôr em evidência os pensamentos recalçados que estavam na origem da neurose. Ele apercebeu-se de que as recordações não apareciam assim tão facilmente, que existiam numerosas amnésias, que a narrativa era deformada e não seguia uma ordem cronológica determinada.

Foi este discurso espontâneo, associativo, que permitiu a Freud construir a sua teoria de uma meta psicologia, com a noção de recalçamento dos acontecimentos penosos, de resistência que se opõe ao reaparecimento das recordações. Escutando a narrativa associativa, Freud põe a funcionar a sua regra de interpretação que corresponde a uma reconstituição dos materiais recalçados. Trata-se de uma técnica terapêutica que é suposto suprimir as amnésias que estão na origem das reacções de angústia e dos sintomas neuróticos; o sujeito libertado por esta tomada de consciência pode então dispor de uma maior liberdade de escolha e assumir mais responsabilidades na sua vida.

Do ponto de vista do dispositivo, Freud convidava os pacientes a estenderem-se num divã, subtraindo-se ao seu olhar, o que permitia uma descontração muscular, evitando qualquer impressão sensorial na interacção. Desta forma, o terapeuta não era influenciado pelos comportamentos verbais e não verbais do sujeito; do mesmo modo, o paciente não podia ser influenciado pelas emoções susceptíveis de surgir no rosto do analista. Esta situação deixava a este ultimo uma grande liberdade de escuta com uma ausência de focalização que permitia melhor compreender o paciente na sua globalidade: é aquilo a que Freud chamou “atenção flutuante”.

Primeiras Entrevistas

Indicação de análise

As primeiras entrevistas psicanalíticas têm como função recolher os elementos de decisão no que diz respeito á indicação de análise e de acordar modalidades praticas de cura (D. Lagache, 1964). No decurso destas primeiras entrevistas:

- O analista, através de um procedimento não directivo, escuta os pacientes, a historia das perturbações, a história da sua vida.
- Analisa o desejo e a capacidade do sujeito para empreender uma análise.
- Tem em conta a maleabilidade e a riqueza psíquica do paciente, a sua aptidão para verbalizar e tolerar a situação de análise que pode viver como frustrante.

Fixação do quadro psicanalítico

Uma vez colocada a indicação da análise, esse quadro é fixado e já não muda. Diz respeito:

- À duração (raramente inferior a quatro ou cinco anos)
- À frequência e duração das sessões (duas a três sessões por semana, com uma duração de trinta a quarenta e cinco minutos.
- À posição do analisado (deitado no divã);
- À posição do analista (situado atrás do paciente)

Nesta situação é dada ao sujeito a indicação de livre associação que representa de facto uma aprendizagem da liberdade de expressão de si (D. Lagache)

Entrevistas seguintes

A partir deste momento é o de observar, o de escutar (com uma atenção flutuante e não selectiva), de “compreender”, de saber esperar e calar-se e no momento oportuno dar a interpretação que convêm.

Através da interpretação, o analista comunica ao sujeito o conteúdo latente do discurso deste. Esta comunicação pode tomar diferentes formas: questão, reformulação, restituição, pontuação. Consiste em reunir elementos separados do discurso; neste sentido, é uma actividade de ligação e de atribuição de sentido à narrativa do sujeito.

A interpretação só é efectuada quando o sujeito está preparado para a ouvir; é portanto verdadeiramente um trabalho de co-construção entre terapeuta e paciente. O procedimento do psicanalista é consequentemente não directivo; ele não deve dirigir o discurso do sujeito, não intervêm, abstêm-se de formular juízos e não aconselha; “o analista não deve ser senão o espelho que reflecte aquilo que lhe é mostrado” (Freud, 1913).

Fenómenos psicológicos que surgem no decurso das entrevistas

Neste dispositivo específico surge um certo número de fenómenos psicológicos.

1. Regressão – é favorecida pela posição deitada. Não se trata de uma regressão patológica mas de uma regressão necessária ao processo terapêutico; ela permite ao paciente voltar-se para o seu passado (regressão temporal), funcionar do registo do imaginário e não da realidade (regressão formal) e chegar ao material inconsciente (regressão tópica).
2. Resistências – trata-se de resistências ao trabalho terapêutico, que tentam manter no inconsciente os acontecimentos esquecidos.
3. Transferência – representa o motor da cura e pode ser assim definida: É a repetição, face ao analista, de atitudes emocionais, inconscientes, amigáveis, hostis ou ambivalentes, que o paciente estabeleceu na sua infância no contacto com os pais e as pessoas que o rodeiam. (Lagache).

4. Contratransferência – trata-se de uma resposta do analista à transferência do paciente mas que designa também, de forma mais geral, o conjunto das reacções inconscientes do analista perante o seu interlocutor.

Especificidades da entrevista clínica

- Uma forma particular de comunicação
- Uma forma particular de apreender o discurso
- Apesar de tudo uma conversa

Entrevista psicanalítica e entrevista clínica psicológica

Ligações

A psicologia clínica e a psiquiatria clínica, em França, foram muito influenciadas pelo modelo psicanalítico. Desde sempre existiram laços muito fortes entre a psicologia clínica e a psicanálise. Segundo Didier Anzieu:

A psicanálise acabou por prestar um serviço à psicologia em dois planos, o da garantia teórica e o de exemplo, senão mesmo de um modelo de prática. Por seu lado, a psicologia serviu de veículo à propagação da psicanálise num país que durante muito tempo lhe foi indiferente ou reticente.

No entanto, essas fortes ligações não devem obscurecer as especificidades de cada uma destas disciplinas.

Especificidades

Ferenczi (1928,1929,1933), psicanalista e contemporâneo de Freud, é um dos precursores das psicoterapias breves. Rapidamente se interessou pela melhor maneira de ajudar os seus pacientes, experimentando um certo número de mudanças técnicas. É assim que ele começa por preconizar a técnica activa, fundada na observação atenta e empática, que consiste em intervenções directivas por parte do analista: formular, por exemplo, ordens e interdições. Na medida em que esta técnica deu muitos poucos resultados, ele suavizou, numa segunda fase, as suas intervenções, não dando senão conselhos ou sugestões. Numa terceira fase, suavizou ainda mais as suas intervenções até se interessar unicamente por aquilo que o paciente parecia esperar do analista. Ele tenta então não frustrar este pedido ou esta expectativa. Ferenczi centrou o dispositivo terapêutico na questão das interacções entre analisado e analista: com efeito, segundo ele, qualquer acto, qualquer gesto, qualquer melhora ou deterioração do paciente é um sinal da relação transferencial ou um sinal de resistência a esta relação.

Tomou então uma posição em relação à técnica analítica proposta por Freud, criticando a atitude do analista, isto é, a passividade objectiva e benevolente, a paciência imperturbável do analista e a não intervenção. Esta atitude, segundo ele, tinha por efeito reactivar e amplificar a desorganização dos pacientes; efectivamente, o facto de levar os pacientes a uma lembrança da experiência traumática conduzia necessariamente a uma revivescência dos afectos ligados ao traumatismo (Ferenczi, 1933). Nesta situação, Ferenczi aconselhava portanto que o analista tranquilizasse e “consolasse” o paciente em vez de permanecer numa paciência imperturbável que só fazia aumentar a desorganização.

Modalidades da Entrevista nas Psicoterapias Breves

Pioneiros

As psicoterapias breves obtêm grande desenvolvimento sobretudo durante e depois da Segunda Guerra Mundial. Alexander e French (1959) propõem modificações técnicas da psicanálise e desenvolvem a *experiência emocional correctiva* (Gilliéron, 1997). Alexander propõe trabalhar com base no método das associações livres, mas associa igualmente entrevistas mais directas e dá directivas ao paciente, ele pensa também que as atitudes do terapeuta devem ser suficientemente flexíveis para se adaptarem caso a caso.

Michael Balint propõe a *psicoterapia focal*; trata-se de entrevistas face a face, cujo número é limitado no tempo, com uma focalização no problema do paciente.

Peter Sifnéos (1972) desenvolve a *psicoterapia de curto prazo provocadora de ansiedade*, na qual estabelece um contrato com o paciente, com vista à resolução do problema. O número de entrevistas é breve e a atitude do terapeuta é semidirectiva.

Quadro

A entrevista nas psicoterapias breves desenrola-se face a face e a psicoterapia é limitada no tempo. Este quadro cria uma dinâmica relacional específica e acentua as trocas afectivas. A situação é menos constrangedora para o sujeito; aproxima-se mais de uma situação de entrevista, o discurso situa-se mais num registo consciente e racional, em função de um relaxamento físico e psíquico menos significativo que o da cura psicanalítica. Os conteúdos aproximam-se mais da realidade e menos da dimensão imaginária: isto pode ser vivido pelo paciente como mais estruturante e contentor. A função pedagógica e a função de suporte do terapeuta são mais solicitadas neste tipo de terapia e pode-se passar de uma forma não directiva a uma maior directividade.

Regras de funcionamento

Na abordagem das psicoterapias breves, proposta por E. Gilliéron, encontramos um certo número de regras de funcionamento:

- A indicação da psicoterapia breve faz-se em três a quatro sessões. É aquilo que ele chama “a investigação psicodinâmica breve”. O objectivo é exploratório, consiste em por em evidencia o contexto de crise e de conflitos que conduziu o paciente à consulta, bem como os elementos da personalidade e as possibilidades de mudança no o indivíduo. Muito rapidamente, o terapeuta elabora uma interpretação inicial, que pode permitir um alívio rápido no sujeito, bem como a constituição de uma linha terapêutica, Gilliéron propõe a análise rigorosa, nesta primeira investigação, do modo de interacção segundo o modelo das comunicações (análise das trocas verbais e não verbais);
- No fim desta investigação e uma vez estabelecida a indicação, a psicoterapia breve inicia-se com um número de sessões programadas sobre o qual há um entendimento entre paciente e terapeuta;
- As entrevistas passam-se face a face e é fixado o número de sessões semanais.
- A psicoterapia baseia-se no princípio das associações livres;
- Ela apoia-se no princípio da focalização, mas é o paciente que focaliza o seu problema, evocando aquilo que mais o preocupa;
- A atitude do terapeuta situa-se numa atenção flutuante mas também intervêm igualmente para trocar e propor interpretações.

Abordagem Fenomenológica

Precursos e primeiras aplicações

A corrente fenomenológica nasceu por reacção às teses e à maneira de compreender o facto patológico no início do século XIX, em particular contra a corrente organicista considerada como demasiado redutora.

A fenomenologia surgiu da filosofia, em particular da filosofia a alemã. É antes de mais em Edmund Husserl (1859-1938) que se encontram os fundamentos desta abordagem; ele propõe compreender o homem e a sua psicologia partindo da observação sem à priori teórico dos estados de consciência, do vivido, da experiência e dos modos de relação do sujeito com o seu meio. Martin Heidegger (1889-1976), discípulo de E. Husserl, propõe uma filosofia que preconiza o conhecimento do ser humano no mundo, da realidade humana a partir do termo *der Dasein*, isto é, de uma descrição das coisas na sua essência sem qualquer pressuposto teórico.

A filosofia fenomenológica acentua, portanto, a necessidade de um retorno à experiência humana como objecto de uma descrição; esta abordagem vai marcar profundamente a psicologia e a psicopatologia. Karl Jaspers (1883-1969) é um dos primeiros a introduzir a dimensão fenomenológica em psicopatologia.

Karl Jaspers fez uma abordagem descritiva da fenomenologia; o seu método consistia em descrever as vivências psíquicas conscientes dos doentes mentais, classificar esses estados entre si e compara-los com as vivências psíquicas do homem normal.

Os fenomenologistas têm como referência essencialmente Ludwig Binswanger (1881-1966), que pensa que é preciso aprofundar a compreensão do doente tal como ele se encontra, mais do que compreendê-lo a partir das teorias preestabelecidas que pertencem ao terapeuta e não ao doente; ele propõe uma análise que se baseia mais na relação e na experiência vivida.

Fenomenologia: um outro olhar sobre a prática da entrevista

A abordagem fenomenológica em psicologia pode portanto ser definida como um *conhecimento descritivo sem a priori dos factos*. Tenta apreender o indivíduo de maneira global, tendo em conta o significado do seu vivido.

A abordagem fenomenológica não propõe qualquer técnica psicoterapêutica particular, mas insiste na noção de comunicação. Deve instaurar-se uma comunicação e uma relação verdadeira entre o clínico e o seu paciente. O acento é posto na relação terapêutica, que é considerada como uma relação inter-humana, portanto uma possibilidade de encontro, um face-a-face e uma troca com o outro. Não existem regras técnicas; mais do que um modelo terapêutico, a abordagem fenomenológica propõe uma reflexão teórica sobre a noção de psicoterapia e uma reflexão sobre a prática da entrevista insistindo na experiência comunicativa entre os dois interlocutores.

Abordagem humanista: Carl Rogers

As concepções de C. Rogers (1966) tiveram grande influência no que diz respeito à psicoterapia, pois elas integram uma abordagem humanista bastante próxima do ponto de vista fenomenológico. Assumindo uma posição face às teorias psicanalítica e behavioristas, revela muito pouco interesse pela nosografia e pela estrutura da personalidade; segundo ele, em todo o ser humano existem potencialidades que podem ser desenvolvidas e realizar-se numa relação interpessoal.

- Não directividade
- Aceitação – a noção de não directividade está ligado um princípio incondicional, segundo Rogers, a noção de aceitação: *trata-se de aceitar o sujeito tal como ele é, aceita-lo na sua*

globalidade, aceitar as suas palavras, o que as torna mais aceitáveis para o próprio sujeito. Aceitar o outro é também não fazer juízos de valor sobre a sua pessoa, respeita-la e não ser directivo.

- Compreensão empática – o terapeuta deve ser empático, a sua função é estar presente e acessível à experiência do seu paciente. Deve confiar nas suas próprias sensações, naquilo que experimenta em cada momento de encontro com o paciente. Deve ser sincero e autêntico, tentando aproximar-se e sentir o mais perto possível a experiência do sujeito. Pela sua escuta atenta, o terapeuta ajuda o paciente a reformular os diferentes dados da sua experiência, a integrar-los e a tomar consciência deles.
- Relação interpessoal, positiva e construtiva – existiria em cada um uma tendência natural de vida que é o desejo de pleno desenvolvimento: são essas forças construtivas que o terapeuta pôr em evidência para desenvolver as capacidades de expressão, melhorar as relações do sujeito e as suas comunicações interpessoais. O processo terapêutico, segundo C. Rogers, engloba uma libertação dos sentimentos com reconhecimento, vivido e percepção destes no decurso da terapia, bem como uma mudança no modo de experiência vivida que deverá conduzir a uma congruência consigo próprio.

Abordagem Sistémica

Surgiu dos trabalhos de um grupo de investigadores da escola de Palo Alto, que se interessavam vivamente, depois da Segunda Guerra Mundial, pela abordagem familiar. Foi Gregory Bateson que deu o impulso a este grupo de pesquisa, elaborando a sua célebre hipótese de double bind ou “duplo vínculo”.

Hipótese de double bind

Segundo esta hipótese, a origem da esquizofrenia infantil situar-se-ia a num sistema de interacção conflitual, contraditório, permanente e repetido no tempo entre o esquizofrénico e os membros da família. Os sistémicos põem em evidência, no seio desta família, um discurso contraditórios. Constituído por uma série de mensagens paradoxais e de injunções contraditórias cujo modelo é o seguinte:

- Encontrar-se-ia uma primeira injunção primária negativa que é transmitida verbalmente à criança: “Não faças isto ou aquilo senão castigo-te” ou “ Se tu não fizeres isto, castigo-te” (Jean-Claude Benoit,1983), injunção revela o carácter punitivo da aprendizagem;
- Seguir-se-ia uma segunda injunção em conflito com a primeira que seria transmitida de forma infra verbal (modulação da voz, gesto, postura). De uma forma ou de outra, ela negaria

a primeira e significaria “ Não consideres isto como uma punição” ou “ Não me atribuas a responsabilidade da tua punição” ou ainda “Não dês importância às minhas proibições” (Ibid.). Esta mensagem contraditória produziria então um bloqueio da relação; o sujeito esquizofrénico não tem possibilidades de lhe escapar, de comentar a mensagem, nem de metacomunicar;

- Chega-se, portanto, a um funcionamento patológico da comunicação familiar que leva a perturbações do funcionamento associativo no sujeito esquizofrénico com alterações da lógica discursiva em relação com alterações profundas no plano psíquico.

Terapias familiares sistémicas

A escola de Palo Alto interessou-se, portanto pelo funcionamento patológico da comunicação familiar (Paul Watzlawick, 1972), considerando o sistema familiar como um sistema homeostático, no qual a perturbação de um membro da família tende a preservar o equilíbrio familiar. Para o terapeuta, a questão é a de fazer com que a família encontre um outro equilíbrio e uma reorganização do sistema na ausência de perturbação psicopatológica. É o objectivo das terapias familiares sistémicas, tentativa de mudança sobre os fenómenos inerentes à família, considerada como um grupo. Trata-se portanto de conduzir as **entrevistas com a família** e o objectivo é re-situar a perturbação e o discurso do sujeito num conjunto: as interacções familiares e sociais. *As entrevistas familiares são dirigidas por vários terapeutas, no mínimo duas pessoas, tendo por objectivo formar um sistema capaz de se preservar do grupo familiar. Os terapeutas implicam-se activamente na terapia, manejam os paradoxos e contraparádoxos (M. Selvini-Palazolli e col., op.cit.) e envolvem-se no plano emocional. Estas terapias exigem um intenso trabalho antes e depois da consulta. O vídeo é muitas vezes utilizado e necessitam de uma sólida formação bem como de um domínio da técnica.*

Abordagem Cognitiva e Comportamental

Representam um conjunto de técnicas baseadas nas teorias da aprendizagem e nos contributos da psicopatologia cognitiva (Jean Cottraux, 1984). Todas elas têm em comum um certo número de características:

- O estabelecimento de um contrato entre o paciente e o terapeuta;
- A definição clara e precisa dos objectivos terapêuticos, com uma definição das condutas que vão ser alvo das tentativas de mudança;
- A duração do tratamento, que é geralmente bastante breve, de três a seis meses;
- A medida quantitativa e qualitativa da mudança obtida.

Terapias comportamentais

Têm por objectivo suprimir o comportamento inapropriado para o substituir por um comportamento adaptado, segundo as leis do condicionamento. Por exemplo, a técnica da dessensibilização utilizada para tratar as fobias.

A entrevista consiste, portanto numa série de directivas dadas pelo terapeuta: o sujeito deve por exemplo, aprender a relaxar-se, deve construir em seguida com o terapeuta uma lista hierarquizada de situações que provocam ansiedade e, em seguida, deve associar relaxamento físico e representação de situações ansiosas. Esta associação repetida muitas vezes cria uma nova resposta condicionada que é o relaxamento. Neste tipo de terapia, a atenção do terapeuta não incide, na verdade, sobre as associações livres e espontâneas do sujeito, ao qual é dado um certo número de directivas fixas e enquadradas para tratar o sintoma.

Terapias cognitivas

Acentuam as representações cognitivistas: associam um certo número de técnicas como a imagem mental, a paragem do pensamento, etc. supõe-se de maneira bastante geral que são as distorções cognitivas que criam as perturbações, em certas terapias; o objectivo é, portanto, fazer com que o sujeito tome consciência dos seus pensamentos, reconhecer aqueles que são inexactos e substituí-los por ideias positivas. Também aqui, o terapeuta tem um procedimento directivo.

Conclusão

A entrevista está na base de todas as psicoterapias que associam a palavra ao dispositivo terapêutico. O quadro e os elementos técnicos não parecem modificar-se muito, mas há um certo número de elementos que, no entanto, variam de uma técnica terapêutica para outra, como:

- A posição das cadeiras (face a face, lado a lado);
- A posição do paciente (sentado ou deitado);
- O número e a duração das sessões;
- A duração da psicoterapia;
- A atitude do clínico (não directiva, semidirectiva ou directiva).

2. TIPOS DE ENTREVISTA

Há diferentes tipos de entrevistas, modos de conduzi-las e de interpretar os seus dados, de acordo com os diversos enfoques teóricos, em psicologia.

A entrevista apresenta-se de acordo com a forma e a estrutura, podendo ser de três tipos:

Entrevista diretiva ou fechada em que as perguntas são programadas, planejadas, inclusive em seqüência, não alterando as perguntas, nem a sua ordem, a qual permite a observação de certos princípios da entrevista: o estabelecimento de uma relação, obtenção de dados sobre o psicodinamismo inconscientes da pessoa, observando as reações, linguagem não verbal e etc.

Entrevista livre, não-diretiva ou aberta, neste o entrevistador tem ampla liberdade para perguntas e intervenções. É flexível e permite uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado. Na técnica psicanalítica a entrevista livre é uma constante fonte de informações, já que está sempre aberta a novos níveis de compreensão. É dinâmica, enquanto que a entrevista fechada é estática. Segundo a psicanálise a entrevista livre está apoiada na teoria da transferência e contratransferência.

Entrevista semidirigida é um tipo de entrevista que o paciente pode iniciar falando sobre o que escolher, sendo que o entrevistador intervém com os objetivos de buscar maiores esclarecimentos, clarear pontos obscuros ou confusos e ampliar informações. Esse tipo de entrevista é intermediário entre a entrevista livre e a diretiva.

Conforme Cunha (1986), a entrevista apresenta vários objetivos, podendo ser **diagnóstica**, a qual não emprega a interpretação e tem intuito de estabelecimento do diagnóstico do paciente, coletando dados para tal fim, bem como a formulação de indicações terapêuticas. Enquanto que a entrevista **terapêutica** visa o acompanhamento do paciente, o esclarecimento das suas dificuldades, podendo ter o emprego do processo de interpretação, com vistas ao insight do paciente, o que não ocorre na entrevista diagnóstica. Na entrevista de **aconselhamento**, o psicólogo fornece informações, faz críticas, elogios e sugestões ao paciente, além de interpretar o material que este lhe traz. Atribuem-se as características à entrevista de aconselhamento: - é uma relação entre duas pessoas; - o entrevistador é levado a assumir a responsabilidade de ajudar o paciente; - este tem possíveis necessidades, problemas, bloqueios ou frustrações que deseja tentar satisfazer ou modificar; - o bem estar do paciente constitui o interesse central da situação; ambos desejam encontrar soluções para as dificuldades apresentadas pelo paciente. (J. A. Cunha, 1986, p.31).

3. A ENTREVISTA COMO PROCESSO

Noções prévias

Há duas séries de factores que intervêm na mente e conduta humana, sendo, portanto, inevitáveis em toda situação de entrevista:

- *Factores conscientes*: factores que são conhecíveis pelo próprio sujeito, por meio de uma reflexão pessoal sobre eles e que procedem da situação real e da lógica, sendo gerados na mesma situação de comunicação.
- *Factores inconscientes*: estes não emergem do campo da consciência, tornando-se, por isso, de difícil identificação; influenciam, porém, frequentemente, com maior força do que os factores conscientes, apresentando-se, às vezes, de maneira *irracional*.

Estes *factores inconscientes* são gerados, em sua maioria, pela *identificação inconsciente* que se faz com personagens ou situações de experiências vivenciadas anteriormente (inclusive com personagens significativas da própria infância do entrevistado). Daí a actuação do *entrevistado* (sem o perceber) diante do *entrevistador*, como o fez (ou faria) diante destas personagens e situações... confiança na sua *omnipotência*, carinho, hostilidade, desconfiança, medo, aversão, masoquismo, sadismo.

Em síntese, poderíamos constatar a possibilidade do aparecimento de três fenómenos muito significativos:

- a) *Fenómeno de Transferência*
- b) *Fenómeno de contra transferência*
- c) *Rapport*.

a) **Fenómeno de Transferência**: o *entrevistado* transfere à situação da entrevista a dinâmica psicológica dos seus conflitos anteriores que marcaram, de maneira duradoura, seu modo de reacção *inconsciente* a “situações tipo”, mas que não correspondem à situação actual, e sim a outras pretéritas, que o *entrevistado* não tem actualmente no campo da consciência. A *transferência* depende, em grande parte, da atitude, aspecto físico, modo de vestir, gestos etc. do *entrevistador*.

b) **Fenómeno da Contra-transferência**: por sua vez, o *entrevistador* não é imune à dinâmica do inconsciente, projectando sobre o *entrevistado* grupos de fenómenos da sua própria estrutura psíquica

e inconsciente. Assim, gerará sentimentos de simpatia, hostilidade, aversão, necessidade de receber afecto ou admiração etc., sentimentos estes injustificados e inadequados, e que impossibilitam uma boa actuação profissional, pois adopta atitudes coerentes com sua situação *primitiva inconsciente*, e que implica comportamentos, significativamente discriminatórios e selectivos, durante a situação de *entrevista*.

c) **Rapport**: é a relação harmoniosa, tranquila e serena, determinada e significada pela *empatia*. Trata-se de uma relação cordial, afectuosa, de confiança, de apreço e respeito mútuo, relação eminentemente humana.

Caracterização da situação de entrevista

Finalidade: obter um bom *rapport* para:

- Conseguir do *entrevistado* os dados que procuramos;
- Utilizar os conhecimentos de psicologia do entrevistador e o potencial duma *transferência positiva*;
- Controlar o fenómeno da *contratransferência*.

Análise e controle da angústia, sentimento presente em todo início da entrevista:

Por parte do *entrevistado*:

- Ordinariamente procura a *entrevista* (ou é procurado) devido a uma necessidade pessoal e dificilmente aceita-a por snobe como costumam fazê-lo os fortemente neuróticos;
- Teme o resultado da entrevista de que dependem, frequentemente, importantes modificações na sua situação e ritmo de vida;
- Teme ser menosprezado, julgado, rejeitado, incompreendido, mal diagnosticado;
- Existindo a possibilidade de descobrir-se uma *inadequação* para o desempenho de um determinado trabalho profissional;
- E sentindo, não raro, vergonha e humilhação quando se trata de descrever ou comentar experiências e situações mais íntimas, pessoais e familiares, a um estranho.

Por parte do *entrevistador*:

- A *angústia* também é provocada no *entrevistador* e originada, especialmente, pela *incerteza* (saberei diagnosticar e actuar correctamente?). Daí que o *entrevistador inexperiente* facilita

com frequência, cedendo à tentação de encaixar o *entrevistado* dentro de um esquema preestabelecido. Ao contrário, quanto mais consciente, maduro e experiente for o *entrevistador*, mais sensível será à originalidade e à peculiaridade que fazem *única* cada *entrevista*, conseguindo, assim, se adaptar ao ritmo e à personalidade de cada *indivíduo entrevistado*;

- Acrescenta à *angústia* o facto de que em cada nova *entrevista* é posto em jogo o prestígio *profissional* do *entrevistador*;
- E ainda mais: a conotação dos valores transcendentais com os quais estamos trabalhando.

Objectivos concretos no início da entrevista

- Libertar o *entrevistado* da sua *angústia*;
- Descarregar sua hostilidade;
- Demonstrar que se lhe dedica a máxima atenção, sendo respeitado como indivíduo e ser humano.

Entre as normas práticas existentes, que ajudam na consecução destes objectivos iniciais, existem duas muito simples, porém de grande eficácia:

- A escolha do *local* da entrevista que deverá defender a intimidade, decoro do *entrevistado* e o sigilo profissional, exigindo-se, por isso, o isolamento acústico, quanto possível, e a comodidade necessária para que o *entrevistado* e o *entrevistador* sintam-se à vontade.
- A maneira de se apresentar (inclusive a roupa) do *entrevistador* é muito importante, porque a imagem mental que nós fazemos de uma pessoa desconhecida associa-se à aparência externa, especialmente ao modo de vestir. É importante, pois, que a imagem do *entrevistador* seja *estável*, sempre a mesma, e *neutra* socialmente (para evitar a projeção de problemas de *luta de classes*).

4. DINÂMICA DA ENTREVISTA

Início da entrevista

Tem uma importância decisiva porque é neste momento que se estabelecem, ordinariamente, os fenómenos de *transferência* e de *contratransferência*, e se consegue um bom “*rapport*”, à medida que, conscientemente, são atingidos os objectivos de eliminação da angústia e hostilidade.

É evidente não existir normas gerais nem receitas preestabelecidas. Portanto, a sensibilidade e características individuais da personalidade de cada *entrevistador*, levá-lo-à a se adaptar às circunstâncias, também individuais do *entrevistado*, e às modalidades específicas de cada situação, de maneira mais eficaz.

Esta será, pois, uma adaptação significativa às diferenças pessoais, culturais, étnicas, tradicionais etc.

Por exemplo: para nós *latinos* (com raras excepções), as características gerais são: grande facilidade de comunicação verbal e tendência a estabelecer, rapidamente, cálidas e íntimas relações interpessoais. Já os anglo-saxões interpretariam isso como uma intromissão na sua intimidade: simplesmente as rejeitariam.

Dessa forma, (excepto se tratar de pessoas excessivamente tímidas) é preferível *olhá-las directamente*, fazendo-lhes perguntas ou comentários directos para que se rompam melhor os possíveis bloqueios.

Os primeiros momentos são de *observação* e *avaliação* mútua: *tudo* o que *o outro faz* é importante e significativo para o *entrevistado* e para o *entrevistador*. Por exemplo: o modo de andar, de cumprimentar, de dar a mão, de sentar-se, de puxar o lenço etc.

Por conseguinte, deve-se evitar, com muito cuidado, que o *entrevistado* processe uma identificação do *entrevistador* com a figura de um *burocrata hostil*: a identificação com figura hostil e injustamente punitiva acarretaria uma atitude consciente de ódio e de desconfiança.

Afirmamos acima não existirem *normas gerais*, mas é imprescindível, dada a importância e transcendência dos momentos iniciais de toda entrevista, a criação de certa *atitude fundamental* que gere, com facilidade, o diálogo enriquecedor e criador de uma entrevista fecunda.

Esta *atitude* exigirá, em primeiro lugar, uma sincera e cordial identificação do *entrevistado* como *pessoa* e como *indivíduo*, inclusive dirigindo-se a ele, desde o início, pelo nome, porque assim se sentirá simultaneamente identificado e respeitado como *indivíduo*. O *entrevistador* deverá recebê-lo com um olhar amável, acolhedor e acrescentar uma mensagem esperançosa, significando disponibilidade e ajuda, ao mesmo tempo que seria muito válido começar com um breve comentário sobre algo pessoal, alheio ao tema da entrevista. Isso propiciará o rompimento da *angústia* na defrontação imediata com o problema específico e aliviará as possíveis tensões existentes.

Entretanto, deveremos reconhecer que não existe *técnica* alguma capaz de criar uma *atitude* deste tipo.

É algo que não se pode pré-fabricar ou gerar artificialmente: simplesmente reconhecemos no *entrevistado*, com absoluta sinceridade, um *ser humano* livre e com igualdade de direitos, ou não conseguiremos obter um *rapport* eficaz.

Desenrolar da entrevista

A. Atitudes básicas ou fundamentais por parte do entrevistador:

a) **Saber escutar.** Deixar falar o *entrevistado*, ordinariamente é uma atitude bem difícil. O importante é saber *escutar*, falando somente o necessário e tratando-o sempre em tom afectuoso e cortês, desenvolvendo, assim, uma transferência a formas gratas e protectoras.

Escutar, porém, não é somente *ouvir*. Escutar é compreender, é aceitar o *entrevistado* evitando, conseqüentemente, mostrar-se escandalizado ou assombrado por mais chocantes que sejam as revelações feitas. Isso significa que se deve evitar a atitude de *juízo*, não demonstrar aprovação nem desaprovação, respeitar sinceramente a escala de valores e a filosofia de vida, manifestar ainda profundo respeito pelas ideias éticas, religiosas e políticas do *entrevistado*.

É necessário, portanto, criar a difícil atitude de equilíbrio entre mostrar-se *neutro* e, ao mesmo tempo, criar um *rapport*.

b) **Não assumir um ar de superioridade.** O *entrevistador* encontra-se, certamente, em *situação vantajosa* durante a entrevista. Às vezes, inclusive (sobretudo quando se tem *sentimento de inferioridade*), aproveita-se a situação, de maneira compensadora, para manifestar uma aparente superioridade sobre o *entrevistado*.

c) **Evitar a percepção selectiva,** tendência que se apresenta com certa frequência nos profissionais da *entrevista*. *Percepção selectiva* significa ter pré-fabricados os diagnósticos ou esquemas de referência desde as primeiras frases do *entrevistado* e tratar de encaixá-los neste diagnóstico, *percebendo selectivamente* apenas os sintomas que convergem a ele.

d) **Sincero affecto, respeito e interesse** pela pessoa entrevistada. É uma atitude essencial, imprescindível, que se constitui no fundamento mais genuíno de um bom *rapport*, porque não se pode fingir. É algo que se percebe, sensível e intuitivamente e, por isso mesmo, não se pode improvisar, sendo um traço característico de todo profissional que trata com *gente*. Cria-se este traço no calor de uma *atitude de vida* profundamente enraizada na vivência da própria vocação, significativa tendência humanística de *serviço aos outros*. Esta atitude deverá ser cuidada com carinho, visto que pode

esmorecer com a rotina, *automatizando-se e artificializando-se* nas suas manifestações, perdendo, portanto, sua autenticidade.

e) **Atitude de atenção cuidadosa** para não perder nada do que o *entrevistado* relata, e perceber, inclusive, as possíveis *omissões* (conscientes ou inconscientes). Também é preciso estar atento à linguagem *não verbal*, frequentemente muito significativa, (mímica, gestos, posições, posturas, silêncios, interrupções, gaguejo etc.).

Normas práticas

- No início da *entrevista*, esclarecer cuidadosamente a *finalidade e objectivos* desta;
- Não exigir do *entrevistado*, no início, uma exposição ordenada e sistemática dos fatos porque, de momento, não estará capacitado para fazê-lo;
- Deixá-lo falar sem interrupção enquanto o fizer espontaneamente e, quando calar, estimulá-lo com alguma pergunta concreta e breve;
- Não se centrar excessivamente no roteiro preparado de antemão. Criado o *rapport*, é bem mais eficaz desenvolver, num clima de comunicação, uma conversa, a mais informal possível. Nesta, se o *entrevistador* é experiente e maduro, afluirão de forma espontânea a maior parte dos dados que deseja obter. Depois será preciso, apenas, completar brevemente alguns detalhes mediante perguntas concretas e concisas;
- Apegar-se demais a um roteiro preestabelecido, além de denotar insegurança por parte do *entrevistador*, pode transformar a *entrevista* em um *interrogatório* ou *inquérito*, prejudicando a autenticidade das respostas;
- Utilizar-se de um léxico, linguagem ou terminologia similar às usadas pelo *entrevistado*, permitindo, assim, uma correcta aproximação do seu mundo de vivências;
- No decorrer da *entrevista* fazer um breve resumo do que foi falado, com uma dupla finalidade:
 - Para que o *entrevistado* perceba que é escutado com atenção;
 - E para que possa complementar ou modificar seu relato, ou para que possa esclarecer alguns pontos mal compreendidos ou não correctamente assimilados pelo *entrevistador*.

Tipos de perguntas durante a entrevista

Durante o decorrer da entrevista as perguntas podem ser formuladas de diferentes maneiras e assim é possível definir diversos tipos de perguntas:

Porém, acreditamos ser bem mais importante e prático fazer uma reflexão sobre certos tipos de questionamentos que podem gerar sérios problemas. Referimo-nos, especialmente, às perguntas *delicadas*, assim qualificadas devido à índole do tema, por exemplo, quando são envolvidas vivências familiares e/ou sexuais.

Temos verificado que, não raro, se sobre passam limites nestes terrenos (desejaríamos que sempre fosse por ignorância ou inconscientemente e não por outras razões dúbias e injustificáveis!), limites que *nunca* deveriam ser atingidos. Sobretudo porque *só raramente* será necessário atingir estes aspectos íntimos nas entrevistas realizadas no ambiente da empresa.

Isto porque, em toda entrevista, o que definirá e determinará os questionamentos a serem feitos, são os *objectivos*, isto é, a mesma *finalidade* de uma entrevista concreta. E esses *objectivos*, no mundo da empresa, dificilmente poderiam justificar e caracterizar a necessidade de questionamentos ou perguntas excessivamente íntimas. Assim, seria absolutamente inaceitável a intromissão injustificada na intimidade das pessoas, pois todo *ser humano* tem como *direito absoluto e inquestionável* a inviolabilidade da sua vida íntima.

Neste sentido, temos constatado, infelizmente com demasiada frequência, certos traumas produzidos pela *ignorância e falta de experiência* de muitos *entrevistadores*. E oxalá pudessem acreditar ser esta a única explicação e não termos que recorrer à análise de projecções de sérios desajustamentos da personalidade dos mesmos *entrevistadores*, geradores de uma deplorável curiosidade doentia.

Com certeza, podem existir casos determinados e bem definidos, onde seria necessário detectar possíveis problemas nestas áreas condicionadas pela afectividade. Estes casos, sem dúvida, constituem uma excepção. E assim será bem mais aconselhável deixar esta *sondagem* nas mãos de um psicólogo experiente e amadurecido. O especialista procurará diagnosticar, por meio de técnicas projectivas ou outros recursos psicológicos, as possíveis manifestações de efeitos negativos no mundo do trabalho, dos possíveis distúrbios e dos problemas pessoais do candidato ou funcionário.

Um outro ponto que deveremos levar em conta é o *temperamento* e o *carácter* diferencial do *entrevistado*. Se apesar de todos os cuidados e das atitudes correctas, por parte do *entrevistador*, o *entrevistado* mostra-se muito inibido num tema determinado, sempre será mais eficaz não insistir, e deixar este ponto concreto para uma entrevista posterior, evitando fazê-lo sofrer e, também, o perigo de obter uma informação falseada.

Também não é bom esquecer que o *entrevistado*, mesmo inconscientemente, pode apresentar não rara (sobretudo quando se trata de um processo de recrutamento ou promoção) uma tendência para falar ou responder *exactamente aquilo* que o *entrevistador* deseja ouvir, prejudicando, assim, a autenticidade e objectividade das respostas.

Registo de Dados

É necessário tomar notas durante a entrevista, principalmente, porque hoje todos estamos acostumados a fazê-lo e essa atitude é normalmente aceita. Entretanto, para favorecer o estabelecimento de um melhor contacto, escutando atentamente sem se distrair, recomenda-se evitá-lo nos primeiros momentos.

Depois de focalizar o *entrevistado* de maneira “global” e entrar no corpo da *entrevista*, podem-se começar as anotações. Sempre será aconselhável interromper as anotações quando o *entrevistado* contar algo que *não* gostaria de ver escrito, e evidenciar que se interrompeu a transcrição, deixando a caneta sobre a mesa. É também recomendável tranquilizar o *entrevistado*, sempre que se apresentar ocasião, informando-lhe que se anota numa *clave pessoal*, e que o ficheiro não cairá nas mãos de outras pessoas.

Final da entrevista

A despedida é tão importante, sob o ponto de vista psicológico, quanto o início e, novamente, pode-se dar o aparecimento da *angústia*, especialmente por parte do *entrevistado*, que brota da incerteza do *diagnóstico* ou *avaliação*.

Portanto, sempre será recomendável sermos sinceros, não dando falsas esperanças. Se tem chegado a uma decisão, antes de despedi-lo, fazer uma avaliação, evitando o uso de palavras técnicas. É um dever informar *ao entrevistado* com toda clareza sobre sua situação e comunicar-lhe, de alguma maneira, uma avaliação pessoal: ele a espera e a ela tem direito. Se as decisões finais não dependem do *entrevistador*, torna-se necessário indicar esta circunstância.

Deve-se considerar que é um dever *expor*, porém, não *impor a verdade*, visto que cada indivíduo possui uma diferente e limitada capacidade de aceitar uma *verdade dolorosa*, e não deveremos ir *além* da sua capacidade de assimilação dos próprios defeitos e limitações. Em outras palavras: dizer ao *entrevistado* a *verdade* com suficiente clareza, caso queira compreendê-la. Todavia, se percebermos a actuação dos seus *mecanismos de defesa*, induzindo-o a *estar cego* ante a evidência, não tirar-lhe à *força* a venda dos olhos: seria cruel e inútil.

Com certeza: sintoma de cordialidade, de real *empatia* e *rapport* positivo, será o aparecimento, no fim da *entrevista*, de certo sentimento de *saudade*, definido como uma *vontade de ver e de se encontrar de novo*, sentimento que se gera espontaneamente, em todo contacto verdadeiramente humano.

5 .ENTREVISTA, PERSONALIDADE E INTERSUBJECTIVIDADE

O desenrolar da entrevista clínica é fortemente influenciado pelo tipo de personalidade em jogo, e isto quer se trate de uma personalidade patológica ou simplesmente de traços patológicos. Evidentemente, quando se está perante uma personalidade patológica, a forma de intercâmbio pode adquirir um carácter muito marcado enquanto os traços de personalidade serão elementos menos perturbadores que vêm infiltrar a maneira de pensar, a qualidade da relação e a vivência do clínico. Por outro lado, os conteúdos do pensamento ou das representações, também designados por fantasmas, são formações psíquicas mais ou menos controladas pelo sujeito que são significativas da sua personalidade.

Assim, o trabalho clínico em psicopatologia implica dois pontos muito importantes: é fundamental que o clínico tenha, por um lado, um conhecimento das organizações psíquicas normais e patológicas e que tenha em conta, por outro lado, o facto de que a personalidade patológica mobiliza e orienta a entrevista de forma específica. A perturbação vai corresponder a um funcionamento regular em que os traços têm uma expressão de “rigidez”, de “inadaptação” e são “responsáveis quer por uma alteração significativa do funcionamento quer por um sofrimento subjectivo” (DSM-IV.1998). Daremos aqui algumas indicações que permitam ilustrar este ponto de vista.

Influência do tipo de perturbação da personalidade

Com a personalidade paranóica

A entrevista torna-se muito difícil na medida em que a pessoa interpreta sem ter em conta o contexto no qual a acção referida foi realizada. Ela duvida sem qualquer justificação da lealdade dos que a rodeiam; frequentemente ciumenta, suspeitosa e desdenhosa, ela está constantemente alerta, desconfiada, de pé atrás e tenta encontrar uma confirmação das suas suspeitas na realidade. A entrevista corre o risco de ser tensa, pois a pessoa está pouco disposta a ter em conta o ponto de vista do outro e pouco inclinada a aceitar a crítica centrada sobre si; é fria, distante, rígida.

Com a personalidade esquizotímica e a personalidade esquizoide

A primeira mostrará uma singularidade de pensamento com crenças, pensamentos persecutórios, crenças bizarras, ao passo que a indiferença às relações sociais e a restrição afectiva infiltrarão a segunda. Neste caso, o contacto é frio, pobre, pouco vivo e o clínico pouco experimentado corre o risco de experimentar um sentimento desagradável de solidão e de ausência de contacto.

Com o histriónico

A amplitude das respostas emocionais, a busca de excessiva atenção, a procura constante de tranquilização e de elogios facilita a comunicação, mas o sujeito é invasivo, excessivo, egocêntrico. É muito animado, influenciável, intuitivo, impressionável, vivo, sem autenticidade e sente-se pouco à vontade quando não está no centro das atenções; dramatiza e tem pouca tolerância à frustração. O clínico pode aqui ser levado a não respeitar as instruções do tempo concedido, sentir-se ele próprio ultrapassado pela busca excessiva e por vezes sem limites do sujeito que tolera pouco que o tragam de volta à realidade.

Com o narcísico

Funcionando de forma grandiosa, sobrestimando-se mas faltando-lhe empatia, o narcísico tem uma sensibilidade exagerada ao juízo dos outros. A condução da entrevista deve respeitar tanto mais as regras de centração sobre o sujeito, de escuta empática, mas também de clarificação regular das situações interpessoais tratadas.

Com a personalidade limite

O mesmo acontece com este tipo de perturbação, pois a instabilidade da imagem de si, das relações interpessoais, do humor e a incerteza em relação a si mesmo arriscam-se a produzir momentos de hesitação na situação de entrevista.

Com a personalidade dependente

A sua maneira de ser, em geral dependente e submissa – visto que é incapaz de tomar decisões na vida sem ser aconselhado ou tranquilizado de forma excessiva pelo outro – pode mobilizar contra-actitudes de irritação, de enervamento, de desagrado.

Com a personalidade obsessiva-compulsiva

Com o seu perfeccionismo e rigidez, ela procura com obstinação a perfeição. Mas como o sujeito insiste com obstinação e de forma absurda que os outros se conformem com a sua própria forma de fazer as coisas, o psicólogo depressa tem a sensação de estar preso num sistema impenetrável e pouco abalável, em que a actividade associativa é restrita pois é muito controlada. Isto repercute-se nas produções do sujeito que não deixa qualquer espaço para a novidade, a possibilidade, o pensável e o inesperado.

Com a personalidade evitante

Tem medo de ser julgada desfavoravelmente pelos outros e tem uma sensação de incomodo em situações sociais, de medo e de timidez. É reticente em ligar-se aos outros. Isto passar-se-À também em plena entrevista, que se arrisca então a ser restrita e baseada no medo de ser julgada.

Com a personalidade passiva-agressiva

Trata-se de uma forma de resistência passiva indirecta às exigências de desempenhos adequados, sociais ou profissionais. Com esta personalidade, o contacto pode ser pesado, tenso, pouco produtivo e gerar irritação. A compreensão psicodinâmica é pensar que neste caso se trata da expressão passiva de uma agressividade escondida. A pessoa ofende-se, amua, resiste ou esquece o que lhe foi pedido.

Com a personalidade anti-social

A particularidade da entrevista nos casos de condutas agidas de natureza psicopática é a grande distância defensiva banalizante associada à inautenticidade sentida pelo psicólogo na situação de entrevista. Os factos podem ser relatados *stricto sensu* com uma ausência de embaraço e de culpabilidade, como que povoando um universo interior vazio, sem afecto e rudimentar. No caso da personalidade anti-social, trata-se de uma perturbação do comportamento de natureza anti-social que se inicia na infância ou no principio da adolescência com sintomas como as mentiras, os roubos, as ausências escolares, o vandalismo, as brigas e as fugas.

6. ESTRUTURA DE UMA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Estrutura de uma Entrevista

Objectivo: Dar uma organização à entrevista e ajudar a definir os objectivos específicos do entrevistador e do cliente.

Vantagem: Uma vez definida uma estrutura base onde se possa aplicar as competências apreendidas, esta pode ser usada e adaptada em diferentes áreas das relações interpessoais e profissionais.

Proposta da sequência a seguir numa entrevista

1. Estabelecimento de uma relação

Objectivos:

- Criar uma aliança terapêutica com o cliente e fazer com que este se sinta à vontade com o Psicólogo.
- Explicar o propósito da entrevista e definir com o cliente aquilo que é esperado dele, e o que este pode esperar da parte do Psicólogo.

Competências mais usadas:

- Atendimento não-verbal e verbal
- Competências de influência: Informação e Instrução

2. Recolha de Informação – Identificação do problema

Objectivos:

- Descobrir porque é que o cliente veio à entrevista e como é que este vê o seu problema. (O foco é na definição do problema, evitando a exploração de assuntos sem importância)

Competências mais usadas (todas as competências de atendimento):

- Questões abertas e fechadas ajudam a definir o problema tal como o cliente o vê.
- Encorajamentos e Reflexões de conteúdo trazem maior clarificação e oportunidade de verificar se estamos a ouvir correctamente o cliente.
- Reflexões de sentimento ajudam a compreender como é que o cliente normalmente funciona e como está a nível emocional.
- Sumarizações ajudam a pôr em ordem as ideias do cliente

Algumas competências de influência (essencialmente a focalização).

3. Definição de Objectivos (Metas a atingir)

Objectivos:

Descobrir aquilo que o cliente pretende (o mundo ideal do cliente): como é que gostaria que as coisas fossem; qual a direcção que deseja tomar.

7. TRANSFERÊNCIA SOMÁTICA

A Dinâmica formativa do vínculo terapêutico

Fenómenos do campo relacional entre paciente e terapeuta

Na terapia nos movemos entre sensações, emoções, posturas, palavras, imagens, etc. Neste campo compomos cartografias junto com o cliente, tentativas de dar voz aos afectos, dar novas formas ao mundo, falar dos temores secretos, dos desejos, das dores profundas, de explorar caminhos....

Criamos na terapia um espaço de *intimidade*, intimidade não no sentido de contacto com o conhecido, familiar, mas um espaço singular de **abertura protegida pelo vínculo**, onde podemos deixar vir o desconhecido em nós, o estranho, o novo.

O vínculo propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis altos de angústia e falta de sentido. O vínculo é um dos elementos básicos do processo terapêutico.

O vínculo terapêutico é também um campo de experimentação de modos novos de vinculação, de diferenciações em relação aos padrões conhecidos e de confrontação com os modos habituais.

Cartografar o território clínico nos permite encontrar algumas coordenadas para navegar com mais segurança em direcção a processos mais consistentes de vida. A função deste texto é explorar este território a partir da influência do pensamento formativo de Stanley Keleman. Problematizar alguns aspectos da dinâmica somática do vínculo terapêutico, notadamente a instrumentalização das formas somáticas do terapeuta como recurso clínico.

Identificação, complementaridade e alteridade

Podemos observar quatro modos de percepção dos afectos da relação terapêutica que indicam os diferentes lugares ocupados pelos membros neste espaço dinâmico.

Vamos falar mais especificamente destes lugares a partir da perspectiva do terapeuta.

1 - Eu sou o outro:

Os sentimentos do cliente podem ser percebidos pelo terapeuta em si mesmo, num fenómeno de identificação.

Uma forma de compreender o cliente é saber se colocar em seu lugar. Sair de nossa posição de outro e compartilhar o olhar, ir junto. Buscar sentir o que o cliente sente, pensar o que ele pensa, desejar e temer como ele. Assim, antes que ele fale algo, você já sentiu, numa identificação de formas somáticas e experiências. Sentir o que o cliente sente nos permitir compartilhar a sua dor e compreender o seu mundo. Muitas vezes já estamos nesta sintonia e só então nos percebemos nela a partir da dinâmica vincular. Em outros momentos podemos imitar o cliente, buscando nos aproximar de sua vivência, repetindo voluntariamente posturas e formas somáticas, num modo activo e rico de colocar-se em seu lugar e compreender o seu mundo.

O cliente pode também fazer o terapeuta se sentir como ele. Assim, por exemplo, um cliente está falando de situações onde se sentiu sem espaço, invadido, e ao mesmo tempo fala ininterruptamente, não deixando muito espaço para o terapeuta intervir, limitando o espaço do terapeuta na sessão. O cliente faz, de algum modo, com que o terapeuta se sinta sem espaço na sessão, invadido, como ele se sente.

2 - Eu para o outro:

O terapeuta pode ocupar um lugar de complementaridade aos afectos do cliente, ocupando um lugar em sua dinâmica (do cliente).

Podemos perceber o modo do cliente em relação a nós e observar a nossa tendência de resposta de complementar o seu funcionamento.

Esta é uma experiência de complementaridade, matriz de aspectos importantes da dinâmica transferencial e que será mais desenvolvido adiante no texto.

3 - O outro para mim:

O terapeuta pode perceber o que a situação despertou em si de conteúdos pessoais (do terapeuta), com o cliente ocupando um lugar na dinâmica do terapeuta.

O cliente pode ser o nosso outro. Podemos nos perceber paralisados, por exemplo, e explorando isto vemos o cliente ocupando um lugar em nosso teatro de dores pessoais. Explorando as nossas relações, nossos esboços de respostas frente a ele, podemos aprender sobre nós mesmos. E podemos compreender o cliente a partir da nossa dor, o que pode nos permitir estar com ele de um outro modo. É a contraparte da complementaridade, agora a partir do processo formativo do terapeuta.

4 - Eu e o outro:

O cliente é vivido como o outro, dois mundos diferentes.

Percebendo o cliente “de fora” podemos apreender este “outro singular” por observações, descrições, um olhar mais diferenciado sobre a pessoa à nossa frente. Na experiência da alteridade nos aproximamos do limite de apreensão do que é um *definitivamente outro*. Neste momento podem surgir experiências de estranhamento, susto, distância, respeito e o início de um diálogo sujeito a sujeito, não mais sujeito – objecto.

Há assim um trânsito onde o terapeuta pode se sentir sendo o próprio cliente, sentir-se e ser o outro do cliente na relação, sentir que o cliente seja o outro de si ou ainda viver a experiência da alteridade.

O vínculo terapêutico ocorre dentro de um continuum que vai *da identificação à alteridade*.

Transitamos entre estes diferentes lugares na terapia: sentir junto, ocupar lugares complementares, diferenciar-se destes lugares, viver a alteridade. Qualquer uma destas posições esclarece elementos importantes do vínculo terapêutico. A sua discriminação e operacionalização é um dos recursos preciosos da terapia.

Em cada um destes modos de relação estamos envolvidos e organizados somaticamente de um modo diferente, o que implica em níveis diferentes de vínculo e diferentes qualidades de presença.

O corpo a corpo do vínculo

A relação terapêutica é uma **interacção corpo a corpo**. No sentido de que o cliente organiza um corpo frente ao terapeuta e este por sua vez responde com outro corpo.

As posturas, tensões e modulações das formas somáticas explicitam a distribuição da excitação emocional nos corpos que estão em relação naquele momento, naquele campo de afectos. Há um diálogo somático anterior ao diálogo verbal.

Um corpo activa algo em outro corpo, um corpo convoca o outro corpo a interagir de um determinado modo, e este por sua vez responde a partir da sua realidade somática, das suas camadas somáticas mais activas, seu repertório de formas, suas experiências.

Os corpos dialogam numa linguagem que lhes é própria, uma linguagem de formas somáticas, camadas embriológicas, tônus de tecidos, toda uma fisicalidade básica e constitutiva da vida afectiva.

Numa determinada situação, por exemplo, o terapeuta pode sentir seu corpo se arredondando, seus braços se ampliando como se fossem pegar o cliente no colo, e observa neste momento que o cliente está organizado numa forma somática onde se faz pequeno, evocando no terapeuta esta forma cuidadora. Em outra situação, por exemplo, o terapeuta sente seu corpo contraído, diminuído, inseguro

e percebe que esta sensação advém de uma atitude do cliente, que está com seu corpo inflado e com olhar e atitude de intimidação.

As formas somáticas e a excitação emocional do terapeuta explicitam o seu lugar no campo da relação, os modos de relação daquele cliente com o mundo e daquele terapeuta com aquele cliente.

Esta experiência se torna bastante acessível quando o terapeuta experimenta o recurso de **posturar volitivamente os efeitos do encontro sobre si, dando mais nitidez às afectações e às atitudes organizadas no vínculo.**

Com este recurso é possível acompanhar o diálogo infra verbal das formas somáticas, ajudando a explicitar os afectos, a dinâmica, a criar um mapa do território que permite voltar a ele, orientar-se e influenciar os processos.

Assim, trazemos para o plano visível, consciente, o que se passa num plano de sensações, afectos, fluxos e nuances.

Neste campo, o terapeuta usa seu próprio corpo como referencial de orientação em relação ao que ocorre na terapia e na relação com o cliente. **O corpo do terapeuta pode ser visto como um dos palcos onde se desenvolve a sessão.**

Daí a importância fundamental de uma boa discriminação do próprio corpo - sensações, propriocepções, a fetos - para o terapeuta navegar bem no universo da sessão.

O terapeuta é um intérprete de si mesmo, dos efeitos daquele encontro em sua subjectividade corporificada.

Quanto maior a capacidade do terapeuta em se permitir ser perpassado por fluxos afectivos na relação terapêutica, maiores as possibilidades de desdobramentos do universo existencial dos clientes na terapia.

Há uma certa dança, um diálogo de corpos durante a sessão terapêutica e podemos pensar como podemos acompanhar esta dança, aprender esta linguagem dançante, interactiva e formativa e poder instrumentalizar esta dimensão do vínculo como um recurso para a clínica.

Transferência, passado e futuro

Transferência e contratransferência são fenómenos do vínculo que fazem um grande sentido a partir do diálogo das formas somáticas.

A transferência é uma experiência de complementaridade na relação terapêutica. É um fenómeno de vinculação onde o modo de ser de alguém chama o co-participante a ocupar um lugar complementar numa certa dinâmica.

Há um campo emocional criando os lugares a partir do encontro.

Assim, por exemplo, um cliente pode evocar um pai no terapeuta. Os comportamentos, modo de falar e se mover do cliente evocam no corpo do terapeuta um modo paternal. O terapeuta começa a se perceber com sentimentos e esboços motores de atitudes paternas.

Por um lado, isto poderia dizer do passado daquele cliente, da reactivação de sua relação com o seu pai. A transferência, neste sentido, poderia ser pensada como uma transposição de processos relacionais passados, uma transferência de tempo e lugar dos personagens de um drama.

Porém, mais do que isto, a transferência contém a *história presentificada*, ela é a reactivação recorrente de modos e formas somáticas que se construíram a partir da relação com um pai. Mais do que chamar o pai, o que se activa é a **memória somática de um modo de existência**, ou seja, uma forma somática.

Esta forma somática, este modo de existência, se criou a partir das experiências com um pai, determinando um modo de ser com uma certa configuração somática. **No vínculo com o terapeuta aparece a história que se presentifica nas formas somáticas.**

O que se repete é uma dinâmica vincular, um modo de existência, um repertório determinado de formas somáticas, muitas vezes fixados e paralisados pelas experiências que a pessoa não pôde assimilar em sua vida. Estas formas somáticas cristalizadas interrompem o processo formativo e levam uma pessoa a responder às situações diversas com um repertório limitado de comportamentos, com modos reiterantes de sentir, pensar, perceber e agir.

A repetição destes modos somático-existenciais na terapia, por outro lado, abre a possibilidade de confronto, consciência e diferenciações dentro do processo de vida. Permite a desorganização de comportamentos limitantes e a emergência de novas formas somáticas a partir do vínculo terapêutico. Uma oportunidade de sair de um labirinto armado no passado, que paralisa o andamento do futuro.

As vertentes de futuro

O vínculo contém também uma função formativa, de gestação de novos territórios existenciais.

Um cliente, por exemplo, suscita no terapeuta coisas próximas do lugar de um irmão mais velho, mais formado, que possa ajudá-lo a entrar na vida adulta com mais recursos.

Cabe ao terapeuta poder ocupar este lugar neste campo de gestação de um modo de existência, permitindo a passagem de um momento ao outro do processo formativo do cliente, assim como cabe, ir desocupando este lugar em outro momento, quando este modo já não favorece mais o processo do cliente.

No vínculo terapêutico o terapeuta vai ocupar diferentes lugares para o cliente, de acordo com o que esteja em evidência no processo formativo do cliente naquele momento.

A partir da percepção dos afectos, atitudes e lugares da relação, o terapeuta pode reconhecer os tipos de vínculo que o cliente estabelece, o que ele formativamente está precisando.

O vínculo tem assim uma função formativa, de ajudar na desconstrução de formas desactualizadas e na construção de formas corporais contemporâneas.

No processo vincular há uma necessidade daquele lugar do outro, daquele funcionamento do outro para que o processo do cliente possa ser gestado e maturar. Acompanhar ao longo da terapia o processo vincular fornece uma referência importante das várias fases do processo terapêutico e do processo de vida do cliente.

O vínculo terapêutico é um laboratório onde novas formas podem emergir, diferenciações dos padrões habituais de comportamento, um lugar de experimentação e maturação vincular.

O vínculo, portanto, pode tanto apresentar uma reedição de uma dinâmica relacional cristalizada quanto criar uma dinâmica necessária naquele momento da vida da pessoa. **O vínculo é assim tanto uma derivação do passado quanto uma vertente de futuro.** Este processo é movido pelo impulso formativo, a força de criação de novas formas em direcção **à actualização do passado e à composição do futuro.**

O campo gestativo vincular

Trabalhando com o cliente, podemos ir aprendendo sobre o seu funcionamento, seu *modo de ser* habitual e o quanto isto restringe a sua vida. Observamos suas modalidades de relacionamento com o mundo, seu lugar na teia de relações pessoais, seus modos de dar e receber, mandar e obedecer, pedir e tomar, agir e esperar, etc. Podemos ajudar a esclarecer estes modos e estar juntos para ampliar os seus limites e criar novos caminhos de vida.

É necessário discriminar as sutilezas do vínculo, as variações que permitem identificar que um cliente está buscando aceitação, outro (p. 115) orientação, outro confronto e outro ainda, testando confiança. A cada momento do vínculo há questões diferentes sendo maturadas.

O terapeuta ocupa um lugar no mundo do cliente e este ocupa um lugar no mundo do terapeuta. Há um encontro do processo formativo do cliente com o processo formativo do terapeuta, criando um processo formativo daquele vínculo, numa inter-relação naquele espaço clínico.

Um elemento singular do espaço terapêutico é que o terapeuta está lá para favorecer o processo formativo do cliente, para **instrumentalizar o vínculo como recurso de compreensão e intervenção na terapia.**

A resposta terapêutica

Muitas vezes um cliente não percebe os tipos de vínculo que estabelece e que contribuem, por exemplo, para que várias coisas em sua vida acabem dando errado.

Por exemplo, uma cliente veio para primeira entrevista contando histórias de rejeição, de não ser aceita pela família, de ser abandonada pelos amigos, etc. Ao longo da entrevista, ela foi provocando uma sensação muito ruim ao terapeuta, fazendo com que este sentisse vontade de mandá-la embora. Aquela pessoa estava repetindo com o terapeuta, já na primeira entrevista, uma dinâmica que ela repetiu muitas vezes em sua vida e da qual não conseguiu se diferenciar. Ela estava levando o terapeuta a querer rejeitá-la também. Caso o terapeuta fosse apenas **reagir** ao seu sentimento, a teria mandado embora, dando qualquer desculpa de que não poderia atendê-la e repetindo o que acontecia no quotidiano daquela mulher. Ela sairia do consultório com as suas crenças confirmadas, seu sofrimento aumentado, seu comportamento reeditado.

Porém o terapeuta não está na situação numa posição ingénuo, apenas interagindo com o cliente, mas numa posição de observação e explicitação do que está acontecendo, atento aos fenómenos em si próprio e no cliente, neste campo que vai se formando.

Percebendo em seu corpo as tendências à acção, porém **retardando a re-acção automática**, o terapeuta pode discriminar o que o move e o que sente e assim esclarecer o funcionamento daquele cliente: em que posição o coloca, se coloca, que afectos circulam, etc.

O que caracteriza a resposta terapêutica é a capacidade do terapeuta em **conter a sua reacção, discriminar** o que sente e eventualmente **apontar** para o cliente a sua atitude.

Devolver para o cliente a percepção sobre a dinâmica do vínculo, como no caso desta mulher, abriria uma porta para ela perceber seus modos frente ao mundo, iniciar diferenciações frente ao seu próprio funcionamento, trazendo de volta para si o que ela só via projectado nos outros, etc.

Quando um cliente pode discriminar como vê o terapeuta, que lugar este está ocupando naquele momento para o cliente, ele está abrindo um espaço para aprofundar a auto-percepção e dialogar com suas formas, percepções e afectos.

O auto-diálogo é um dos elementos centrais do processo terapêutico formativo, onde a pessoa vai se tornando capaz de identificar as próprias formas somáticas e suas relações com a sua experiência subjectiva. A partir daí ela pode aprender modos de interagir consigo mesma e influenciar os seus processos internos, trabalhando com as próprias formas, dando início a um processo de participação activa na construção de sua existência.

Comunicação de campo

Algumas vezes na terapia corre-se o risco do cliente ser atravessado por um excesso de excitação e insights que não são produtivos porque ultrapassam a capacidade elaborativa da pessoa naquele momento.

Por exemplo, em certa sessão em que caminhavam em terreno novo na terapia, o terapeuta sentiu uma certa pressão que forçava as suas costas contra a sua poltrona, na altura do diafragma. Acentuando voluntariamente esta pressão, percebeu organizando-se nele uma forma somática de contenção que enrijecia as suas costas e lhe dizia algo como: “pare aí, não vá mais, deixe ele elaborar o que já tem, vá devagar.” Enfim, estava sendo dito ao terapeuta o limite da capacidade de assimilação daquele cliente naquela sessão, o que pôde ser confirmado ao devolver ao cliente algumas observações sobre como estava vivendo aquele momento.

Este é um exemplo de *comunicação de campo*, onde o terapeuta e o cliente trocam mensagens não verbais que atingem um ao outro em sua corporeidade e se afectam mutuamente.

Em muitos momentos na terapia não é possível falar em “*minhas sensações*”, mas apenas de “*sensações em mim*”. Os afectos, sensações e modulações da forma são elementos do campo, do **entre**, e só é possível entendê-los a partir daquele campo formativo e seus processos.

O campo da relação terapêutica é extremamente rico de afectos e sentidos, de elementos visíveis e invisíveis. A relação terapêutica é atravessada por afectos de diversas ordens, o que faz do espaço terapêutico, o espaço do sentir por natureza. O *acolhimento do sentir* é uma das marcas maiores deste espaço, onde podemos receber em nós mesmos as sensações e sentimentos mais obscuros, subtis, indirectos e aceitar a vida em nós e em relação a nós.

Espaço do sentir ilimitado mas do agir cuidadoso. Esta singularidade permite uma grande exploração de muitas vertentes do existir lideradas por um compromisso ético de ajuda.

Os afectos e sensações vividos pelo terapeuta na sessão podem ser grandes orientadores sobre a dinâmica do cliente. Assim, se um terapeuta está se sentindo desconfortável na sessão, ausente, com sono, etc., deve perceber o que aquela reacção diz daquele cliente naquele momento da sessão e de sua terapia, ao invés de logo pensar que a questão é sua, pessoal do terapeuta, que não dormiu direito, comeu algo que não lhe fez bem, etc. Não que estes fatos não participem da sessão, determinando em parte a qualidade de presença do terapeuta, mas focar logo sobre estes eventos externos à sessão pode desviar o terapeuta de algo muito importante que está se desenrolando naquele momento.

Numa determinada sessão, por exemplo, um cliente falava de sua inquietação pelo “momento agitado” que vivia em seu trabalho. Seu modo de falar, no entanto, não expressava muito de agitação, aliás, era de um tom mais contido do que agitado. Ao longo da sessão, o terapeuta foi sentindo um certo cansaço. Para o terapeuta, este cansaço começou a representar ideias como: “estou cansado de ter atendido muito ao longo deste dia, estou trabalhando muito, etc.”. O terapeuta estava vendo neste cansaço algo em si próprio e isto o deixava mais distante do cliente, um pouco ausente da sessão e tomado pelo “seu” cansaço. Até que o terapeuta ponderou se este cansaço também teria algo a ver com aquele cliente. Ao sugerir ao cliente algo relacionado a cansaço, este começou a falar de desânimo, e veio à tona uma situação de depressão que já tinha alguns anos e que não tinha surgido ainda naquele início de terapia. Essa depressão mascarada mostrou-se depois como uma das questões centrais da terapia daquele cliente. Assim, mesmo sensações do terapeuta que podem parecer simples, como um

cansaço, precisam ser observadas em suas possíveis relações com o estado do cliente e do vínculo deste com o terapeuta.

As formas somáticas são territórios existenciais

Podemos apreender a dinâmica da sessão estando atentos aos efeitos em nosso corpo daquilo que está ocorrendo.

Segundo Nina Bull, toda a acção é precedida por uma pré-organização motora preparatória. Esta pré-organização, que Keleman denomina de **forma somática**, permite os arranjos somáticos necessários para a construção de todo comportamento.

As formas somáticas organizam a presença, a resposta às afectações e as acções subsequentes. Por exemplo, quando o terapeuta tem a forma de seu corpo se arredondando frente a presença do cliente, organizando em seu corpo uma atitude acolhedora, esta forma estaria preparando um comportamento de acolhimento, com suas respectivas falas, gestos, sentimentos, assim como determinando a sua percepção sobre aquele cliente.

Porém, se o terapeuta retarda esta reacção automática de acolhimento, observando em seu corpo os estados produzidos pela forma, pode discriminar as atitudes organizadas, os afectos presentes e compreender a dinâmica do vínculo, antes de agir e falar. Assim ele **desautomatiza o processo para operacionalizá-lo terapeuticamente**.

As formas somáticas ocorrem antes da percepção consciente, pois primeiro respondemos internamente e então nos damos conta destes efeitos se processando em nós.

Quando uma forma somática não se realiza imediatamente em acção, possibilita a emergência da auto-percepção mais discriminada. Daí a importância de se inibir e retardar voluntariamente a acção para clarear os afectos e os sentidos da experiência.

As formas somáticas são organizações motoras que criam os "modos de lidar" com os acontecimentos, são territórios existenciais organizados somaticamente. As formas somáticas são a própria construção dos territórios existenciais.

Algumas formas somáticas vão se estabilizando com o passar do tempo, criando alguns padrões motores que expressam os "modos de ser" mais característicos de cada um. Estas "formas duradouras" também nascem, fenecem e se transformam para dar conta de experiências em diferentes fases de vida.

Os territórios existenciais tem linhas de tempo próprias, no sentido de que há formas mais duradouras e formas mais efémeras. As formas somáticas se complexificam e se diferenciam a partir dos desafios dos encontros.

Certas formas somáticas podem se paralisar e perpetuar pela experiência do excessivo. As *experiências excessivas ultrapassam a capacidade "de lidar" de um território existencial* e levam à cristalização de formas somáticas, criando modos mais estereotipados de comportamento, produzindo estagnações no processo formativo de criação contínua de formas somáticas.

Estes estados de paralisia são os estados recorrentes na clínica em busca de recuperar o processo formativo de diferenciação, desterritorialização e reterritorialização contínuos e necessários.

O olhar para o **processo formativo** explicita quais formas somáticas estão se criando neste momento da vida do cliente, quais formas não dão mais conta dos acontecimentos, que conflitos de formas e estratégias de vida estão presentes e quais experiências excessivas paralisaram o processo de vida e estão impedindo a criação de novas formas e respostas frente às novas situações.

Desafios formativos ao terapeuta

Cada terapeuta vive a situação de atendimento a partir de sua realidade formativa, do seu repertório de formas somáticas, dos seus modos de lidar com as situações e vínculos. Um terapeuta vai sempre encontrar alguns modos mais característicos do seu jeito de estar com seus clientes, sempre haverá aquelas atitudes mais "naturais" para aquele terapeuta, a partir de seu corpo, suas formas e sua história.

Cartografar seus modos de fazer clínica, suas posturas corporais que se repetem nas sessões, pode ser um recurso valioso para um terapeuta acompanhar e poder influir em seus corpos de terapeuta.

Na relação com o cliente, o terapeuta também cresce. O terapeuta é solicitado a se deixar ser afectado pelo cliente, para poder levá-lo por caminhos novos, ajudá-lo a crescer, a aceitar novas afectações e buscar novas experiências.

Lidar com estas experiências do cliente traz também desafios à forma do terapeuta. Ele precisa caminhar para que o cliente caminhe. Por isto alguns processos terapêuticos paralisam num ponto em que o terapeuta também paralisou.

O corpo do terapeuta se coloca na terapia com suas preferências, seus modos dominantes, seus limites de tolerância, seu momento formativo.

Assim um terapeuta de algum modo também escolhe seus clientes. Isto vai poder explicar por exemplo, porque um terapeuta em diferentes momentos de sua clínica se dá conta que tem um número X de clientes com uma mesma temática tal e alguns anos depois, por exemplo, tem um número Y de clientes com outra temática predominante. Estas são temáticas do processo pessoal do terapeuta, vividas e elaboradas no processo clínico com os seus clientes. O terapeuta também chama clientes com tal e tal perfil. São estes clientes que são mandados pelo "acaso". Entre outras questões envolvidas, são

estes clientes que ficam a partir das entrevistas iniciais. A terapia é um desafio também ao processo formativo do terapeuta.

Atender em psicoterapia é encontrar um modo de estar ao lado do cliente, buscar uma compreensão de seu universo, esclarecer o seu mundo, as suas dificuldades, reconhecer com ele os modos habituais, as estratégias conhecidas, cartografar o processo formativo, o que não dá mais conta dos acontecimentos, o que está em vias de surgir, as transições em andamento e ajudá-lo a buscar novos modos de viver, criando novas experiências, gerenciando formas, matrizes de novos comportamentos.

As formas somáticas são relacionais. A forma de cada um vai construindo o outro e neste processo vai surgindo um diálogo de formas somáticas. Trabalhamos discriminando e actuando sobre estes processos.

Toda forma somática é vincular, toda forma somática pressupõe um outro complementar. Sendo assim, **querendo ou não, percebendo ou não, o terapeuta é sempre chamado a uma presença somática em relação às formas do cliente.**

Atentar para os efeitos da presença somática do cliente em seu corpo, permite ao terapeuta, entre outras coisas:

- Reconhecer o sentido da experiência interna do cliente pelo efeito deste na organização somática do terapeuta.
- Reconhecer o tipo de vínculo que está se estabelecendo naquele momento do processo terapêutico e o sentido formativo deste vínculo.

O terapeuta aprende a conter os afectos da relação para devolver de forma mais organizada para o cliente.

Este é um processo de *instrumentalização* da relação terapêutica.

A relação terapêutica é uma interacção de afectação contínua, onde cliente e terapeuta estão se afectando mutuamente. O terapeuta pode reconhecer os efeitos deste campo de afectação em seu corpo e assim cartografar os processos em andamento e operacionalizar o que percebe dentro do processo formativo e clínico no espaço privilegiado da terapia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bénony, Hervé. Chaharaoui, Khadija., A entrevista clinica, Climepsi Edtores

Scarpato, Artur. Transferência Somática: A dinâmica formativa do vínculo terapêutico, *Revista Hermes*, São Paulo, número 6, 2001, p. 107-123.

