

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**A MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
COMPARAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA POSITIVA
COM A
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

MARIA TERESA VENÂNCIO CORREIA SALGADO DA SILVA

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
(Núcleo de Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Integrativa)

2007/2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**A MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
COMPARAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA POSITIVA
COM A
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

MARIA TERESA VENÂNCIO CORREIA SALGADO DA SILVA

PROFESSORA ORIENTADORA: Professora Doutora Helena Águeda Marujo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
(Núcleo de Psicoterapia Cognitiva Comportamental e Integrativa)

2007/2008

Uma tarefa importante para os psicólogos positivistas
é recolher e consolidar ideias acerca de como construir
Emoções Positivas, Compromisso e Significado
ideias que podem ter as suas raízes
na filosofia, na religião ou na educação
e posteriormente colocá-las sob testes empíricos rigorosos.

In: Duckworth, Steen, Seligman, 2005

AGRADECIMENTOS

Dedico esta tese à pessoa que em primeira instância me motivou para o conhecimento: a MÃE

À Professora Doutora Helena Águeda Marujo minha orientadora de tese e professora, agradeço a apreciação crítica construtiva, o rigor científico bem como a transmissão de conhecimentos aliados à sua experiência. Agradeço ainda a sua simpatia e disponibilidade extrema, bem como a confiança que conseguiu imprimir em mim, contribuindo para a construção eficaz desta tese.

Agradeço ao António Pedro, meu marido e à minha filha Raquel, cujo amor torna gratificante a minha vida.

A toda a minha família, agradeço a força e o incentivo dado nos momentos mais críticos contribuindo deste modo para amenizar a minha vida e torná-la mais feliz.

Aos meus primos e padrinhos, Professora Doutora Maria Teresa Estrela e Professor Doutor Abano Cordeiro Estrela, cuja paixão pela arte do estudo me motivou desde sempre.

A todos os meus amigos a minha homenagem e gratidão, pois com eles esta caminhada foi possível. Em especial agradeço ao Diogo Agostinho pelo apoio e disponibilidade constante ao longo desta caminhada, e à Isabel Malaca pela amizade e camaradagem que sempre demonstrou ao longo destes 6 anos.

Tenho ainda uma dívida intelectual com muitos outros professores e colegas não citados directamente aqui, a quem deixo um profundo agradecimento.

RESUMO

Em Psicoterapia, a Micro-análise é a análise momento-a-momento dos actos de comunicação observáveis entre terapeuta e cliente. Este estudo micro-analisou sessões demonstrativas de peritos em Terapia Cognitivo-Comportamental, especificamente uma sessão individual descrita por Judith Beck e excertos de sessões conjugais de Psicologia Clínica Positiva, de Perloiro, Neto e Marujo. A análise avaliou como é que os terapeutas comunicaram, nomeadamente se as suas declarações tomaram a forma de formulação ou de questão, estas foram avaliadas quanto ao conteúdo (centrado na solução, centrado no problema, cognitivo, emocional), à polaridade (positiva, negativa, positiva-negativa, neutra), e quanto à perspectiva temporal envolvida (sobre passado, presente, futuro). Também foram analisadas as respostas dos clientes, utilizando as mesmas categorias, exceptuando as formulações. Os resultados mostram que as intervenções da terapeuta Cognitivo-Comportamental difere das dos terapeutas da Psicologia Clínica Positiva no modo como estrutura a comunicação: a terapeuta Cognitivo-Comportamental usa perguntas que se dispersam por diversas categorias e formulações, enquanto os peritos da Psicologia Clínica Positiva se focam exclusivamente em perguntas centradas na solução e positivas. Comparando as declarações dos clientes da Psicologia Clínica Positiva com a do respectivo terapeuta, verifica-se que responderam no mesmo sentido direccionado pelo terapeuta. Quanto à comparação das categorias das respostas da cliente de Beck face às categorias das questões da terapeuta, os resultados vão neste mesmo sentido de “espelho”, salvo no que diz respeito às categorias da polaridade, onde se notam algumas discrepâncias, havendo uma predominância de questões positivas do clínico para um número aproximado de respostas positivas e negativas da parte da cliente.

Conclui-se quanto à utilidade de aprofundar futuramente a análise detalhada da comunicação terapeuta-cliente no contexto dos processos clínicos, em especial na caracterização da nova abordagem positiva à terapia.

Palavras-chave: Psicologia Clínica Positiva, Psicoterapia, Comunicação, Terapia Cognitivo-Comportamental, Micro-análise.

ABSTRACT

In psychotherapy, Microanalysis is a therapist's communication analyzed moment-by-moment. The study that we have performed consisted of applying Microanalysis to a session of Cognitive Behavioural Therapy and focused on the actions of a select number of experts. Of the experts studied, the focus was mainly on a session by Judith Beck, and a Couples' Therapy session from Positive Clinical Psychology by Perloiro, Neto and Marujo. The analysis assessed the therapist's communication process, in particular if the therapist's contribution was formulations or questions. The study assessed the questions in the terms of content (solution-focused, problem-focused, cognitive, emotional), polarity (positive, negative, positive-negative, neutral) and involved temporal perspective (about past, present, future). The responses of the client were analysed as well, using the same categories except for formulations. Results show that Cognitive Behavioural Therapy interventions differ from Positive Clinical Psychology in the way that the therapists structure communication. Cognitive Behavioural therapists use formulations and questions diffused over diverse categories while Positive Clinical Psychology experts focused only their utterances in solution-focused and positive questions. Comparing the utterances of clients from the Positive Clinical Psychology approach with those of their therapist, we concluded that they respond in a mirroring manner. The categories of response from Beck's client in comparison to the therapist's question categories also show a 'mirroring' effect, with the exception of the polarity category, where some discrepancy is noted: there exists a majority of positive questions from the therapist to an approximately equal number of positive and negative responses from client.

It would be useful to observe this phenomenon in further depth in future analyses of client-therapist communication in the clinical process context, especially in the characterisation of the new positive approach to therapy.

Key-words: Positive Clinical Psychology, Psychotherapy, Communication, Cognitive Behavioural Therapy, Microanalysis.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 - PSICOLOGIA POSITIVA E INTERVENÇÕES CLÍNICAS	2
1.1. PSICOLOGIA POSITIVA	2
1.1.1. História e Antecedentes da Psicologia Positiva.....	2
1.1.2. Definições de Psicologia Positiva.....	3
1.1.3. Pressupostos da Psicologia Positiva e Aplicações à Terapia.....	4
1.2. INTERVENÇÕES CLÍNICAS POSITIVAS	5
1.2.1. Psicologia Clínica Positiva.....	6
1.2.1.1. Vida Aprazível, Vida com Compromisso e Vida com Significado.....	6
1.2.1.2. Avaliação do Prazer, do Compromisso e do Significado no Contexto Clínico.....	7
1.2.1.3. Tratamento e Prevenção.....	10
1.2.1.3.1. Funcionamento das técnicas de “Intervenção Positiva”.....	10
1.2.1.3.2. Intervenções Positivas.....	11
1.2.2. Terapia Positiva.....	15
1.2.2.1. Escrutínio Empírico das Premissas Teóricas da Terapia Centrada na Pessoa... ..	15
1.2.2.2. O Processo de Valoração Organísmico.....	16
1.2.2.3. Medição em Terapia Positiva e Análise Quantitativa.....	18
1.2.2.4. Abordagem da Terapia Positiva - Desenvolver Forças como Marca Pessoal....	18
1.2.3. Terapia Positiva de Casal.....	20
CAPÍTULO 2 - TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	22
2.1. FACTORES CONTEXTURAIS E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL	22
2.2. CARACTERÍSTICAS DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	25
2.3. OBJECTIVOS DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	26
CAPÍTULO 3 - COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO TERAPÊUTICA	27
3.1. COMUNICAÇÃO EM TERAPIA	27
3.2. RELAÇÃO TERAPÊUTICA	29
CAPÍTULO 4 - FERRAMENTAS DO DISCURSO, TÉCNICAS DE ESCUTA ACTIVA E MICRO - -ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO	33

4.1. FUNÇÕES DAS TRÊS FERRAMENTAS BÁSICAS DO DISCURSO.....	33
4.1.1. Perguntas.....	33
4.1.1.1. Utilização das Perguntas como Intervenções.....	33
4.1.1.2. Modelo de McGee.....	34
4.1.1.3. Funções das Perguntas.....	35
4.1.1.4. Princípios Teóricos do Modelo de McGee.....	37
4.1.2. Formulação e Reformulação.....	38
4.1.3. Escolha Lexical.....	39
4.2. INVESTIGAÇÃO - TÉCNICAS DE ESCUTA ACTIVA.....	40
4.3. MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO.....	41
4.3.1. Origens Históricas e Definição.....	41

PARTE II - ESTUDO EXPLORATÓRIO

CAPÍTULO 5 - MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO.....	43
5.1. MÉTODO.....	43
2.1.1. Recolha de Dados.....	43
2.1.2. Contextualização dos Casos.....	43
5.2. MATERIAL.....	44
5.3. ANÁLISE.....	44
2.3.1. Questões, Formulações e Respostas.....	44
2.3.2. Operacionalizações.....	44
5.4. RESULTADOS.....	47
5.5. DISCUSSÃO.....	49
5.6. CONCLUSÃO.....	50
5.7. LIMITAÇÕES, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES OU COMPLEMENTO PARA FUTUROS ESTUDOS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ANEXOS

ANEXO A - Transcrição da Sessão de Judith Beck (S. Costa, trad., 1995)

ANEXO B - Micro-Análise da Terapia Cognitivo-Comportamental

ANEXO C - Transcrição das Sessões de Perloiro, Neto e Marujo, do Inglês

ANEXO D - Micro-Análise da Psicologia Clínica Positiva

ANEXO E - Lista de Siglas

INTRODUÇÃO

Será que uma micro-análise comunicacional permitirá demonstrar que os Terapeutas (Ts)¹ que utilizam técnicas ligadas à Psicologia Clínica Positiva (PCP) diferem dos Ts que utilizam técnicas ligadas à Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) no processo comunicacional verbal durante as sessões clínicas com os Clientes (Cs)? Esta é a questão de investigação formulada que está na génese da presente dissertação.

A comunicação é o processo essencial da Psicoterapia, pois é o meio através do qual a terapia acontece. A comunicação verbal é a ferramenta privilegiada do Terapeuta (T) e uma forma de mostrar evidências para saber como é que as terapias funcionam e se elas funcionam ou não. Com este estudo pretende-se contribuir para um maior conhecimento dos modelos teórico-metodológicos recentes na terapia, como a PCP, que por esse facto necessitam de estudos que apreendam a sua especificidade. Para tal comparar-se-á esta abordagem terapêutica recente com uma abordagem terapêutica amplamente estudada na literatura psicológica e aceite pela comunidade científica, a CBT. Esperam-se obter resultados que levem a perceber se há diferenças entre a CBT e a PCP, quanto ao modo da comunicação verbal do T com o Cliente (C). Para tal, recorrer-se-á à utilização da metodologia da micro-análise da comunicação verbal.

A presente monografia compõe-se de cinco capítulos dispostos ao longo de duas partes. A primeira parte está dividida em quatro capítulos. No primeiro, abordam-se as concepções teóricas da Psicologia Positiva (PP) (Seligman, 2002), e em seguida as Intervenções Clínicas da PCP (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Seligman, 2002), da Terapia Positiva (TP) (Linley & Joseph, 2005, 2006) e da Terapia Positiva de Casal (Perloiro, Neto & Marujo, no prelo). No segundo capítulo analisam-se alguns dos principais factores contextuais favoráveis ao desenvolvimento das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs), bem como as suas características definidoras e objectivos. O terceiro capítulo será dedicado à comunicação em terapia e à relação terapêutica. No quarto capítulo abordam-se as ferramentas discursivas que estão ao serviço dos Ts. Deste modo, faz-se referência às perguntas como meios de intervenção, é exposto o Modelo de McGee (citado por McGee, Del Vento & Bavelas, 2004), e analisam-se as funções das perguntas. Ainda se aborda a formulação e a reformulação, bem como a escolha lexical do T. Neste capítulo é também apresentada a investigação sobre as técnicas de escuta activa e a micro-análise da comunicação verbal. Quanto a esta, serão mencionadas as suas origens históricas, a sua definição e estudos existentes. Na segunda parte, o quinto capítulo apresenta a planificação metodológica do estudo: resultados, discussão, conclusões, limitações, sugestões e implicações ou complemento para futuros estudos.

¹ Ao longo do presente trabalho encontram-se diversas siglas de termos recorrentes. A primeira vez que o termo aparece no texto encontra-se por extenso seguido da sigla entre parênteses, das vezes seguintes encontra-se apenas a sigla e para que estas não gerem dúvida, disponibiliza-se uma lista das mesmas para uma melhor compreensão no Anexo E.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - PSICOLOGIA POSITIVA E INTERVENÇÕES CLÍNICAS

O termo Psicologia Positiva refere-se ao movimento emergente da psicologia que cresceu exponencialmente desde o início do milénio e que dirigiu a sua atenção para o funcionamento humano positivo. A PP tornou-se então o estudo científico das Emoções Positivas (EP), do carácter positivo e das instituições positivas que facilitam o seu desenvolvimento. Deste novo movimento emergiram diversas abordagens terapêuticas, surgindo uma nos EUA, designada por Psicologia Clínica Positiva (PCP) que assenta nos domínios da vida aprazível, da vida com compromisso e da vida com significado (Seligman, 2002). Por sua vez na Europa, surgiu um modelo em Inglaterra, ao qual se atribuiu o nome de Terapia Positiva (TP), alicerçando-se na Teoria Centrada na Pessoa (TCP), de Carl Rogers (Linley & Joseph, 2005, 2006); ainda na Europa, desta vez em Portugal, surgiu a Terapia Positiva de Casal, que integra a PP (focando especialmente a construção de forças de carácter), a Terapia Breve Orientada para a Solução (TBOS) e o Inquérito Apreciativo (IA) (Perloiro, Neto & Marujo, no prelo). Simultaneamente possuem aspectos comuns e diferenciadores na forma de concretizar o processo terapêutico.

As três abordagens oferecem uma alternativa clara e poderosa ao modelo médico e possibilitam uma via integrativa de futuro e inovadora para os Ts que desejem trabalhar com os seus Cs de um modo terapêutico positivo (Joseph & Linley, 2006; Maddux, Snyder, & Lopez, 2004).

1.1. PSICOLOGIA POSITIVA

1.1.1. História e Antecedentes da Psicologia Positiva

O advento da PP, tal como o conhecemos actualmente, vem desde a comunicação presidencial de Martin Seligman para a American Psychological Association (APA) (Seligman, 1999). Um encontro de fim de semana serendipioso entre Seligman e Csikszentmihalyi no Inverno de 1997 (Csikszentmihalyi, 2003) e um momento epifânico que Seligman teve enquanto jardinava com a sua filha Nikki (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), levaram Seligman a aperceber-se que a psicologia tinha negligenciado grandemente as últimas duas das três missões pré-II Guerra Mundial: curar a doença mental, tornar as vidas das pessoas comuns mais felizes, mais produtivas e mais satisfatórias e, por fim, identificar e apoiar jovens excepcionalmente talentosos, seguindo o seu desenvolvimento. A Lei dos Veteranos (1946) e o Instituto Nacional de Saúde Mental (1947) tinham reduzido a psicologia nos EUA, e por extensão, noutros países, a uma disciplina curativa, baseada num modelo e ideologia da doença

(Maddux, et al., 2004). Seligman, ao aperceber-se disto, resolveu usar a sua Presidência na APA para iniciar uma mudança no foco da psicologia em direcção a uma psicologia mais positiva (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006).

A iniciativa presidencial de Seligman foi catalisada por uma série de reuniões em Akumal, no México, juntando académicos que podiam formar a conceptualização e posterior desenvolvimento da PP e o estabelecimento de um comité de direcção da PP (Mihaly Csikszentmihalyi, Ed Diener, Kathleen Hall Jamieson, Chris Peterson & George Vaillant). Aqui surgiu uma rede académica sediada na Universidade da Pensilvânia, que se tornou posteriormente o centro da PP, e organizou-se no que viria a ser a primeira Cimeira da PP em Washington DC. Este ímpeto inicial ainda deu lugar a um número especial da Revista *American Psychologist* sobre PP, para marcar o início do novo milénio (Linley et al., 2006).

Nestes pouco mais de 8 anos após o apelo presidencial de Seligman, surgiram numerosos livros sobre PP, números especiais em jornais científicos e o estabelecimento de redes regionais de PP que abarcam todo o mundo (Seligman, 2005). Em 2006 apareceu o primeiro jornal dedicado à PP - *The Journal of Positive Psychology* e em 2007 foi criada a *International Positive Psychology Association*, no seguimento da mais informal associação Europeia. Em 2008 realizou-se o 4º Congresso Europeu e 2009 testemunhará o primeiro Congresso Mundial.

Tem-se considerado que todas estas actividades são notáveis para qualquer movimento da psicologia, em tão curto espaço de tempo. Analistas do domínio dizem que este facto se deve a Seligman que, como líder da PP, tem sido excepcionalmente próspero em catalisar e unir esforços de muitos cientistas eminentes, que se tornaram personagens chave no movimento da PP. Estes incluem líderes de numerosos centros de investigação em PP (Seligman, 2005). Outro factor crítico no sucesso de muitas destas iniciativas foi o apoio financeiro que as tornou possíveis, providenciado por diversas fundações, organizações e filantropos. Dado o desequilíbrio na investigação entre psicopatologia e doença mental, relativamente às forças humanas e Bem-Estar (BE), a PP oferece excelentes oportunidades para avanços científicos em áreas inovadoras, porque muitos tópicos positivos têm sido ignorados (Gable & Haidt, 2005).

1.1.2. Definições de Psicologia Positiva

Nestas definições de PP existem certamente temas centrais e consistências, mas também diferenças na ênfase e na interpretação do que é a PP. Listamos em seguida definições de PP:

- “O campo da PP, ao nível subjectivo, diz respeito às experiências válidas de bem-estar, contentamento e satisfação (no passado); esperança e optimismo (face ao futuro); fluir e felicidade (no presente). Ao nível individual é acerca dos traços individuais positivos: capacidade para amar, vocação, coragem, competências interpessoais, sensibilidade estética, perseverança, perdão, originalidade, preocupações futuras, espiritualidade, altos talentos e sabedoria. Ao nível de grupo é acerca das virtudes cívicas e das instituições que movem os

indivíduos em direcção a uma melhor cidadania: responsabilidade, apoio, altruísmo, civilidade, moderação, tolerância e trabalho ético” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 5).

- “O que é a PP? É nada mais do que o estudo científico de forças e virtudes humanas comuns. A PP revisita a “pessoa média” com um interesse em descobrir o que é que funciona, o que está certo e o que está a melhorar... como tal, argumentamos que a PP é simplesmente psicologia” (Sheldon & King, 2001, p. 216).

- “A PP é o estudo das condições e processos que contribuem para o florescimento ou funcionamento óptimo das pessoas, grupos e instituições” (Gable & Haidt, 2005, p. 104).

Linley e colegas (2006) referem que ao pensar como melhor representar a PP, acreditam que seja útil dar uma definição daquilo que eles entendem por PP, que identifique e delineie as diferentes coisas que possam significar para diferentes autores.

- “A PP é o estudo científico do funcionamento humano óptimo. Ao nível meta-psicológico, pretende ajustar o desequilíbrio na investigação e práticas psicológicas, chamando a atenção para os aspectos positivos do funcionamento e experiências humanas, integrando-as com o nosso entendimento dos aspectos negativos do funcionamento e experiências humanas. Ao nível pragmático, trata-se de compreender as fontes, os processos e os mecanismos que conduzem aos resultados desejados” (Linley et al., 2006, p. 8).

1.1.3. Pressupostos da Psicologia Positiva e Aplicações à Terapia

Dada a recência do tema em análise e escassez de publicações no domínio das aplicações da PP à terapia, alguns artigos servirão de base para o enquadramento teórico relativo à área de intervenção da PCP.

Segundo Duckworth e colegas (2005) não foram os psicólogos positivos que inventaram as EP, o BE, o bom carácter, nem mesmo quem conduziu a PP ao estudo científico. Contudo, estes tópicos são merecedores de investigação científica como corrente principal, como a PP tem mostrado. Estes autores referem que se o positivo fosse apenas ausência do negativo, não seria preciso uma PP, apenas uma psicologia consoladora dos estados negativos. De modo semelhante, se o positivo fosse apenas o reverso do negativo podíamos deduzir tudo o que precisamos saber acerca do positivo, meramente por associar um sinal de negação àquilo que descobríssemos acerca do negativo. Um pressuposto subjacente à PP é que experiências positivas e traços não são necessariamente processos escravos de algum estado ou traço negativo. Embora às vezes, as EP sejam somente a outra ponta de uma dimensão bipolar (agonia e alívio), frequentemente o positivo não é par do negativo (Chang, D’Zurilla, Maydeu-Olivares, 1994).

Para Seligman (2008) a PP é um campo dedicado ao estudo do BE e do funcionamento óptimo, parecendo à primeira vista periférico em relação à corrente principal da psicologia clínica. Acredita que mesmo as pessoas que carregam fardos psicológicos mais pesados se interessam por atingir outras coisas na sua vida, e não só o alívio do sofrimento. As pessoas

querem, para além de corrigir as suas fraquezas, vidas cheias de significado e propósito, e estes estados não surgem automaticamente quando o sofrimento desaparece e se tratam sintomas.

Duckworth e colaboradores (2005) referem estudos que mostram que embora um baixo rendimento e fracas condições de trabalho conduzam a insatisfação no trabalho, a ausência destes factores não conduz à satisfação no trabalho, e estudos que mostram igualmente que o afecto positivo e o afecto negativo representam factores independentes estáveis. Os autores (2005) indicam evidências recentes e convincentes de que as EP representam um processo psicológico integralmente independente, mediado por um substracto neuronal separado e servindo uma função evolucionária distintas das Emoções Negativas (EN). Acreditam que muitos dos estados e traços positivos adicionam factores que não podem ser concluídos a partir da mera ausência dos seus homólogos negativos. Sugerem que o mero alívio do sofrimento não conduz ao BE, sendo este um processo para além da ausência de depressão, ansiedade ou raiva.

Para os autores (2005) a abordagem metodológica da PP é simples, corresponde a uma ciência descritiva normal, faz investigação clínica cientificamente respeitável, empenha-se em sistemas de classificação e avaliação confiáveis, estáveis e válidos, em estudos longitudinais prospectivos, métodos experimentais e estudos de intervenção efectivos e eficazes. Consideram no entanto que existe uma diferença importante: empiricamente a PP está onde a investigação clínica estava no início de 1970 e que muitos construtos de interesse da PP, como as ferramentas de avaliação, estão ainda em desenvolvimento, os estudos longitudinais acabaram de começar e as intervenções clínicas estão em formato piloto.

1.2. INTERVENÇÕES CLÍNICAS POSITIVAS

A PP tem vindo a ser aplicada a vários domínios, entre eles a psicoterapia. Seligman, Steen, Park e Peterson (2005) no seu estudo sobre o “Progresso da Psicologia Positiva - Validação empírica das intervenções”, focam-se nas intervenções psicológicas que aumentam a felicidade individual. Referem que vêem as intervenções positivas como um suplemento à terapia focada nos problemas, sendo estas uma mais valia para o T. Para os referidos autores a Psicoterapia como é agora definida, é o espaço relacional e comunicacional onde vamos para falar sobre os nossos problemas e as nossas fraquezas; talvez no futuro seja também onde iremos para construir as nossas forças. Os autores (2005) consideram que as intervenções positivas podem complementar as intervenções tradicionais que aliviam o sofrimento e poderão um dia ser um relevante legado prático da PP. Esta vê as pessoas mais perturbadas ou em sofrimento como mais do que a soma de hábitos prejudiciais, cérebros em mau funcionamento, impulsos e conflitos na infância, intervindo ao nível das faculdades intactas destas pessoas, das

suas ambições, experiências de vida positivas, forças de carácter e como estas abrandam os distúrbios.

1.2.1. Psicologia Clínica Positiva

1.2.1.1. Vida Aprazível, Vida com Compromisso, Vida com Significado

Seligman (2002) e Duckworth e colegas (2005) organizaram os aspectos subjectivos da PP em 3 domínios e exemplificam-nos com 3 tipos de vida. Estes autores consideram estes 3 tipos de felicidade cientificamente úteis e um começo de análise.

O 1.º domínio, a Vida Aprazível, diz respeito às EP acerca do passado, presente e futuro. Nas EP sobre o passado estão o contentamento, a satisfação e a serenidade. As EP acerca do presente contêm, o prazer somático e o prazer complexo. Nas EP sobre o futuro cabem o optimismo, a esperança e a fé. A Vida Aprazível é uma vida que maximiza as EP e minimiza a dor e as EN.

O 2.º domínio, a Vida com Compromisso, consiste em usar os traços individuais positivos, incluindo as forças de carácter e os talentos. Os autores referem como forças de carácter as qualidades consideradas virtuosas ao longo das culturas e das eras históricas (coragem, liderança, amabilidade, integridade, originalidade, sabedoria, capacidade de amar e ser amado). As forças distinguem-se dos talentos na medida em que parecem mais maleáveis e sujeitas ao acto de querer, na medida em que são fins em si mesmo e não apenas meios para alcançar um fim maior. Uma vida levada à volta destes traços aproxima-se do que Aristóteles designou “eudaimonia” ou “vida boa”, e porque um posicionamento eficaz das forças e dos talentos conduz a um maior comprometimento, dedicação e fluir, os autores designam esta vida por “vida com compromisso”.

O 3.º domínio é a Vida com Significado, a qual requer pertencer e servir instituições positivas. Os investigadores que estudaram estas instituições tiveram particular interesse em invalidar instituições com “ismo” (racismo, sexismo...). As instituições que podem cultivar as EP e os traços positivos incluem famílias, comunidades fortes, democracia e imprensa livre. Os autores citados acreditam que as emoções e os traços positivos florescem melhor no contexto das instituições positivas. Uma vez que o significado da pertença e do servir a algo maior que a própria pessoa é uma vida ao serviço das instituições positivas, é uma vida com significado.

Para estes autores o termo “felicidade” não tem um lugar teórico dentro da estrutura conceptual, apenas dá o nome a um campo de investigação (tal como “cognição” deu o nome a um campo, mas não desempenha um papel teórico). Referem que vêem cada uma destas três Vidas, como sendo as três vias para a felicidade, cada uma com a sua respeitável proveniência.

1.2.1.2. Avaliação do Prazer, do Compromisso e do Significado no Contexto Clínico

As investigações da PP são tão válidas quanto as medidas avaliativas que se têm vindo a desenvolver. A PP tem devotado considerável energia em direcção à construção e estudo de metodologias de avaliação que possuam confiança e sejam estáveis e válidas. Nalguns casos, tais instrumentos anteciparam o esforço da PP, mas noutros, a validação e disseminação destas medidas foi acelerada por uma comunidade de psicólogos positivistas desejosos de fazer uso delas nas suas áreas de interesse (Duckworth e colaboradores, 2005).

1 - Medição do Bem-Estar Subjectivo (BES). Diener, Lucas e Oishi (2002, p. 63) definem o BES como “a avaliação cognitiva e afectiva que uma pessoa faz da sua vida” e consideram os componentes do BE (presença de EP, ausência de EN, julgamento cognitivo da satisfação e realização) e a sua importância subjectiva, mesmo para indivíduos mais problemáticos. As medidas de BE evidenciam aos Cs e aos Ts áreas de alto funcionamento de que facilmente não se dá conta ou que são tomadas como estando garantidas, e um mais completo entendimento dos processos psicológicos subjacentes aos distúrbios (Lubin & Van Whitlock, 2004). Num estudo longitudinal com adolescentes (Suldo & Huebner, 2004) os jovens que declaravam satisfação positiva com a vida tinham menor hipótese de passar ao acto perante acontecimentos de vida stressantes. Por exemplo, numa amostra clínica psiquiátrica (Haisel & Flett, 2004) a satisfação com a vida contribuiu para uma variabilidade significativa na ideação suicida, para além do que é explicado pelos factores psicológicos negativos..

Para medir o BE são usadas a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), de 5 itens (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), a Escala da Felicidade Subjectiva, de 4 itens (Lyubomirsky & Lepper, 1999) e as Medições de Felicidade de Fordyce (1988), de 2 itens. Segundo Duckworth e colegas (2005) as medidas de auto-relato correlacionam-se de forma elevada, bem como com escalas de peritos, medidas de recolha de experiências, memória de eventos de vida positivos vs. negativos, relatos de amigos e família, e elevada frequência de sorrisos (Saudvik et al. 1993). A depressão e o BE correlacionam-se inversamente, mas não de forma perfeita, pelo que é recomendado o uso da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Radloff (1977) e a ESV.

Os autores (2005) informam que as escalas de auto-relato são particularmente úteis para o C avaliar as experiências de BE, e dada a possibilidade de respostas e memórias enviesadas e outros artefactos, segue-se uma abordagem multimétodos. Os investigadores clínicos devem considerar relatos de outros informantes, diários, entrevistas estruturadas ou outros suplementos aos questionários de auto-relato. Os relatos retrospectivos do BES revelam o modo como a pessoa avalia a sua vida como um todo, não o processo pelo qual constrói esse julgamento

global. Os autores (op. cit.) citando diversos estudos (Diener & Oishi, Schwarz & Strack, Thomas & Diener) referem que foi demonstrado que o julgamento de auto-relato acerca do BE, embora moderadamente estável ao longo do tempo (Magnus et al.) é influenciado pela disposição, pela valência de informação saliente e por crenças acerca da felicidade, que podem ser em parte determinadas culturalmente.

2 - Medição das Forças de Carácter. A segunda tipologia de vida feliz, a Vida com Compromisso, consiste em usar as próprias forças e talentos para atingir o *fluir*, bem como medir traços de carácter positivo: talentos, interesses e forças. Em 2004, Peterson e Seligman publicaram o teste “VIA classification of strengths and virtues”, uma primeira tentativa de classificação da PP para complementar o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da American Psychiatric Association. O VIA apresenta 10 critérios para as 24 características humanas. As forças são organizadas em seis virtudes, categorias de excelência moral que emergem consistentemente dum levantamento histórico: sabedoria e conhecimento, coragem, amor, justiça, temperança e transcendência. O VIA distingue-se de tentativas anteriores de classificação do bom carácter, pela preocupação simultânea com a avaliação. Os inventários de auto-relato, *Values in Action Inventory of Strengths (VAIS)* e *Values in Action for Young People (VAYP)* foram refinados e validados usando grandes amostras de participantes de língua inglesa que responderam pela Internet (www.authentic happiness.org). Relatórios mais detalhados dos progressos na confiança e validade podem ser encontrados em Park e Peterson (2007), Peterson, Park e Seligman (2005) e Peterson e Seligman (2004).

Os *VAIS* e *VAYP* não foram ainda usados extensivamente na população clínica (Duckworth et. al., 2005), mas têm potencial como ferramenta de diagnóstico e revelam ao C e ao T forças sobre as quais podem construir uma estratégia de tratamento psicoterapêutico como complemento às baterias de auto-relato que quantificam fraquezas (Seligman & Peterson, 2003). Para Peterson e Seligman (2004) as psicopatologias “reais” são ausências destas forças, e não uma acumulação de sintomas como a depressão ou abuso de substâncias.

3 - Medição do Compromisso e do Fluir. A Vida com Compromisso consiste em usar as forças e os talentos para alcançar os desafios, de onde resulta o compromisso e o *fluir*. O compromisso não gera prazer no sentido hedónico, mas é um tipo de gratificação qualitativamente diferente (Duckworth et. al., 2005). O *fluir* é a experiência associada ao compromisso que a pessoa faz entre as suas maiores forças e talentos para alcançar desafios realistas. O *fluir* é desprovido de pensamentos e sentimentos, este vazio pode ser o resultado do afastamento de todos os recursos

psicológicos que os auxiliam e a reposição eficaz à concentração nas tarefas. É distinto do prazer pois não é introspectável no momento (Csikszentmihalyi, 1990).

Para medir o *fluir*, são usadas várias estratégias de avaliação por auto-relato, incluindo as entrevistas semi-estruturadas, os questionários e os Métodos de Amostragem da Experiência (ESM), sendo esta a abordagem mais usada para medir o *fluir*. As medidas de papel e lápis como o Questionário do *Fluir*, e a Escala do *Fluir* (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988) são mais úteis e apropriadas se o objectivo não é identificar, mas sim medir dimensões da experiência do *fluir* (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). A técnica ESM, em geral, e a Teoria do *Fluir* em particular, sugerem uma nova abordagem à terapia que tira vantagens dos padrões de comportamento e experiências quotidianas. O ESM pode revelar tanto aos Cs como aos Ts actividades que são intrinsecamente gratificantes (Della Fave & Massimini, 1992).

4 - Medição do Significado. A terceira tipologia de vida feliz, a Vida com Significado, consiste no compromisso com algo maior que a própria pessoa. Baumeister e Vohs (2002, ver Snyder & Lopez, 2002) indicam que o “qualquer coisa” ao qual as pessoas escolhem ligar-se varia muito. Referem que algumas pessoas encontram significado na ligação à família, amigos, religião, outros encontram maior significado no trabalho ou em passatempos, mas que quase todos procuram significados em múltiplas ligações sobrepostas. Mas alegam que os Ts fora da tradição humanista-existencialista não são formados para se focarem no significado como uma via para aliviar a desordem e poucos são formados para o medir, embora um sintoma comum de depressão e de abuso de substâncias seja o vazio ou a falta de percepção de significado na vida.

Duckworth e colegas (2005) citando diversos estudos, referem que devido ao facto da escolha de contexto em que o indivíduo procura significado tender a ser individual e frequentemente idiossincrática, os métodos para medir o significado são diversos. Primeiro, os investigadores estudaram a tomada de significado através de entrevistas, porque estas lhes permitiram recolher uma variedade de tópicos. Desenvolveram uma técnica de entrevista na qual é pedido aos participantes que considerem as suas vidas como se fossem um livro. É-lhes pedido que descrevam cenas específicas, como um momento alto, um baixo, um de viragem, uma das primeiras memórias, as cenas importantes da infância, adolescência e idade adulta. Depois, perguntam ao participante acerca de motivos e mensagens da história de vida, de personagens importantes na história e de capítulos futuros. Segundo, os investigadores estudaram outra categoria de medições baseada em narrativas escritas, sobretudo acerca de eventos de vida significativos, de transições de vida ou de períodos de luta. Os autores (2005) referem que embora existam evidências sólidas acerca dos benefícios físicos e psicológicos dos

relatos escritos sobre traumas e períodos de sofrimento, as evidências estão no início e pouco se sabe acerca do que acontece quando a pessoa escreve ou fala sobre a sua vida.

As conclusões (Duckworth et al., 2005) indiciam duas medidas de auto-relato que salientam o processo de descoberta de significado, em vez de focarem o seu alvo. O *Purpose in Life Test* de Crumbaugh e Maholick, composto de 20 itens, é muito utilizado e é uma medida unidimensional de quão significativa julga o respondente que a sua vida é. E o *Orientation to Happiness Questionnaire* de Peterson e colegas (2005) pede aos inquiridos para definirem 3 vias distintas para serem felizes: a do prazer, a do compromisso e fluir, e a do significado.

1.2.1.3. Tratamento e Prevenção

Duckworth e colegas (2005) dizem-nos que até recentemente, havia pouco que justificasse empiricamente o que se poderia fazer para ajudar os Cs a serem mais felizes, mas havia uma ampla evidência que justificava a crença de que se podiam reduzir as suas desordens e EN. Este estado de acontecimentos começa a mudar e os autores acreditam, actualmente, que podem trazer mais prazer, comprometimento e significado para a vida do C e não apenas reduzir a depressão, ansiedade ou raiva. Dizendo que mitigar os aspectos negativos, mesmo nos raros acontecimentos em que se é bem sucedido, não traz a “felicidade”; as experiências de prazer, compromisso e significado são complementares às experiências de lutar contra uma depressão, ansiedade ou raiva. Os autores confiam que o trabalho do T do futuro não será só mitigar os aspectos negativos, será também ajudar o C a construir uma Vida Aprazível, uma Vida com Compromisso e uma Vida com Significado, e às técnicas que constróem estas três vidas chamam “intervenções positivas”.

1.2.1.3.1. Funcionamento das Técnicas de “Intervenção Positiva”

As intervenções da PP fazem sentido na terapia porque elas, por definição, constróem prazer, compromisso e significado, e são inteiramente justificáveis por si mesmas; e porque construir EP, compromisso e significado pode, na verdade, contrariar as próprias desordens.

Os autores (op. cit.) referindo vários investigadores, consideram que está a haver cada vez mais evidência do “efeito de desconstrução” das EP. Como exemplos: Fredrickson demonstrou que as EP induzidas em laboratório causaram mais rapidamente dissipação das EN, Tugade e Fredrickson indicaram que as EP servem para desfazer os efeitos secundários cardiovasculares das EN (aumento do batimento cardíaco, aumento da pressão sanguínea e da vasoconstrição) e outro benefício das EP é o de ajudar os indivíduos a encontrar significados positivos em situações de stress. Existe um efeito de “espiral ascendente” das EP e está-lhes associado um pensamento mais aberto: indivíduos que experienciam EP têm mais probabilidade de encontrar significado

nos seus eventos negativos, e a sua consciência de significado, por sua vez, conduz a mais EP (Fredrickson & Joiner).

Uma revisão de investigação acerca da eficácia da psicoterapia sugere que a PP pode ser um componente crítico e implícito (embora não se nomeie nem se dê formação específica) das terapias eficazes tal como são feitas actualmente (Seligman & Peterson, 2004). Estudos de larga escala têm mostrado que a maioria dos indivíduos experienciam benefícios substanciais na terapia (Seligman, 1995, 1996). Duckworth e colegas (2005) referenciando vários estudos dizem-nos que quando um tratamento activo é comparado com outro, a especificidade tende a desaparecer ou é reduzida a um efeito menor (Elkin et al.; Luborsky et al.; Smith & Glass), e que há um significativo efeito de placebo em quase todos os estudos relativos à psicoterapia e tratamento (Kirsch & Saperstein). Então, o que se passa nos processos terapêuticos eficazes?

Muitas das explicações relevantes têm a ver com os chamados “factores não específicos”, os quais revelam estratégias sugeridas pela investigação e teoria da PP. Uma dessas estratégias é instalar gradualmente a esperança (Seligman, 1991). Outra estratégia é a construção de forças protectoras, tais como a coragem, as competências interpessoais, o insight, o optimismo, a autenticidade, a perseverança, a responsabilidade pessoal e a determinação (Seligman, 2002). A última estratégia ilustrativa é a narração construtiva. Contar as próprias histórias de vida e recontá-las de uma nova perspectiva pode ser uma experiência transformadora (Csikszentmihalyi, 1993). Com uma avaliação mais sistemática, relativa à eficácia destas estratégias, pode-se ensinar aos novos Ts daquilo que os Ts com experiência aprenderam através da intuição ou da prática, e a perspectiva da PP oferece um enquadramento rico, através do qual se podem interpretar estas estratégias. Será que estas metodologias positivas são ingredientes activos e específicos, e que quando são testados empírica e isoladamente, se descobre que aliviam os distúrbios? Os autores (2005) consideram que sim, e por isso apresentam uma revisão das intervenções positivas explícitas, com base nas evidências empíricas.

1.2.1.3.2. Intervenções Positivas

Muitas têm sido as intervenções positivas que têm vindo a ser sugeridas ao longo dos tempos. Porém, colocam-se as questões: qual funcionará? Qual fará as pessoas ficarem mais felizes? Qual aliviará os estados negativos? Apresentam-se em seguida os exemplos de intervenções positivas mais relevantes que, sem serem exaustivas, conseguiram algum tipo de resultados de validade empírica (Hervás, Sanchez & Vásquez, 2008).

Fordyce (1977, 1983) avaliou, com algum rigor, um programa de intervenção de carácter positivo. Este autor desenvolveu e contrastou empiricamente uma intervenção dirigida ao

aumento do BE, utilizando experiências controladas. Baseou a intervenção na premissa de que “é feliz quem faz coisas felizes”. Num dos estudos, pediu-se aleatoriamente a toda uma comunidade universitária, composta por várias turmas, para participarem numa intervenção com instruções detalhadas sobre estratégias para aumentar a felicidade (manter-se ocupado e ser mais activo, dispendir mais tempo na socialização) e um grupo de controlo que não recebia nenhuma informação ou apenas recebia informação sumária acerca de estratégias para aumentar a felicidade. Os estudantes da condição de intervenção encontraram-se mais felizes, menos ansiosos e menos depressivos no final da investigação do que os participantes dos grupos de controlo. Entre os participantes do grupo de intervenção que integraram a tarefa, num *follow-up* 9 a 18 meses, a maioria referiu um aumento crescente de felicidade. Num trabalho posterior (Fordyce, 1983) realizaram-se provas que além de ampliar as medidas recolhidas, teve como objectivo detectar os elementos activos dos programas de intervenção. Estes estudos pioneiros revelaram que a intervenção psicológica para aumentar o BE pode ser eficaz, e que a estratégia adequada não deve ser só psico-educativa.

Burton e King (2004) elaboraram um projecto de tarefas aleatórias e grupos de placebo controlado para testar o efeito de uma intervenção realizada por escrito, no estado de espírito e saúde física. Durante 3 dias consecutivos, e por períodos de 20 minutos, os participantes na condição de intervenção escreveram sobre experiências positivas intensivas, e os participantes no grupo de controlo escreveram acerca de assuntos relativamente neutros. Escrever acerca de experiências positivas provocou um estímulo de curta duração na disposição; porém, infelizmente os investigadores não avaliaram a disposição para além do terceiro dia de escrita. Contudo, descobriram que os participantes do grupo de intervenção, comparativamente com os de controlo, fizeram menos visitas ao Centro de Saúde nos 3 meses seguintes.

Emmons e McCullough (2003) por seu turno, constataram que os participantes escolhidos aleatoriamente para participarem numa intervenção sobre gratidão mostraram aumento de efeitos positivos relativamente aos participantes do grupo de controlo. Os autores pediram aos participantes do grupo da condição “gratidão”, para escreverem, todas as semanas, acerca de 5 coisas pelas quais estavam agradecidos, durante um período de 10 semanas. Em 2 grupos de controlo, os participantes escreveram acerca das complicações diárias ou de acontecimentos de vida neutros. Foi pedido a todos os participantes que completassem semanalmente escalas acerca de como se sentiam em relação à vida como um todo; escalas sobre as expectativas para a próxima semana; e escalas acerca do quão se sentiam ligados aos outros. Comparativamente ao grupo de controlo, os participantes na condição “gratidão”, referiram sentir-se melhor acerca das suas vidas em geral, mais optimistas em relação à semana vindoura e mais ligados aos outros. Manifestaram mais EP e menos EN.

No estudo de *follow-up*, foram mantidos diários de gratidão, durante 2 semanas no grupo de intervenção; os participantes do grupo de controlo escreveram sobre aspectos em que eram melhores do que outras pessoas, ou sobre eventos neutros. Os investigadores recolheram ainda relatos de observação dos afectos positivos, dos afectos negativos e da satisfação de vida global dos participantes. Os efeitos positivos encontrados no primeiro estudo foram replicados; os avaliadores referiram relatos que indicavam que os participantes obtinham grande satisfação com a vida e afectos positivos (não havendo baixa nos afectos negativos).

Watkins, Woodward, Stone e Kolts (2003) são outro grupo de investigadores que compararam três estratégias de indução da gratidão e viram os seus efeitos no BE. A primeira intervenção consistiu em escrever uma carta de agradecimento a outra pessoa, a segunda pensar em termos de agradecimento e a terceira foi igual à segunda, porém através da escrita.

Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005) exploraram a intervenção “Identifica as Tuas Bênçãos”. Os participantes na condição de controlo foram comparados com participantes que contaram as suas bênçãos 1 ou 3 vezes por semana. No final do estudo de 6 semanas, apenas os participantes que contaram as suas bênçãos 1 vez por semana foram mais felizes.

Num estudo sobre a bondade (Lyubomirsky et al., 2005), durante 6 semanas, compararam-se os participantes da condição de controlo com os participantes aos quais se pediu para realizar 5 actos de bondade num dia, e um outro grupo de participantes ao qual foi pedido para realizar 5 actos de bondade ao longo de uma semana. Apenas os estudantes que desempenharam todos os actos de bondade no mesmo dia se mostraram mais felizes que os outros. Os resultados foram medidos através da Escala de Felicidade Subjectiva de 4 itens de Lyubomirsky e Leper, 1999.

Seligman e colaboradores (2005) realizaram um estudo que examinou a eficácia de diferentes estratégias centradas no aumento de forças pessoais potenciadoras de BE. Um aspecto importante deste estudo, que o diferencia de outros, é o facto de ter tido um seguimento de 6 meses. Compararam-se diversas estratégias para provar a sua eficácia relativa e para o comparar com um tratamento placebo. Neste caso, a amostra era formada de voluntários recrutados pela Internet (www.authentic happiness.org). Os participantes preencheram inventários de felicidade e de depressão (Steen Happiness Index; Center for Epidemiologic Studies Depression Survey, respectivamente) no pré-teste e depois na 1.ª e 2.ª semana, 1.º, 3.º e 6.º mês, seguindo a conclusão das suas tarefas aleatórias. Num dos exercícios designado “Três Coisas Boas” os participantes registaram uma vez ao dia e durante uma semana, 3 coisas boas dignas de agradecer, bem como as suas causas. Outro exercício foi focado na expressão “A Visita da Gratidão”. Os participantes nesta condição deviam escrever uma carta de gratidão a outra pessoa, marcar um encontro com ela e depois ler em voz alta a carta à pessoa.

Outros dois exercícios foram focados no reconhecimento das forças de carácter. Neste exercício os participantes preencheram o teste “VIA classification of strengths and virtues” e receberam *feedback* acerca das suas forças mais importantes organizadas numa espécie de perfil. Noutro exercício, intitulado “Usando as Tuas Forças”, foi dado aos participantes *feedback* acerca das suas forças mais relevantes, e foi-lhes pedido para usarem uma dessas forças de uma forma nova todos os dias, durante uma semana. Finalmente, foi pedido aos indivíduos que foram aleatoriamente indicados para o grupo de controlo para escreverem todas as noites, acerca das primeiras memórias que tinham de infância, durante uma semana.

Os resultados mostraram que todos os participantes, mesmo os do grupo controlo, estavam mais felizes e menos deprimidos no pós-teste imediato. Isto evidencia a importância de um projecto com tarefas aleatórias e controlo placebo em investigações futuras desta natureza.

No entanto, uma semana depois, os participantes da intervenção placebo da memória inicial regressaram à sua linha de base relativamente aos níveis de felicidade e aos sintomas de depressão, e aí continuaram durante os 6 meses de *follow-up*. Os participantes que escreveram uma história acerca de si mesmos nos seus melhores momentos, intitulada “Eu no Meu Melhor”, mostraram o mesmo padrão que os participantes da intervenção placebo: um estímulo imediato da felicidade e uma redução dos sintomas de depressão, que não duraram no pós-teste.

O grupo “Visita de Gratidão” apresentou de algum modo efeitos de longo-termo que não surgiram no grupo de placebo, grupo de memória inicial e grupo “Eu no Meu Melhor”. Os participantes do grupo “Visita de Gratidão” estiveram notoriamente felizes durante o período de um mês de *follow-up* (maior efeito quantitativo no estudo), mas não apresentaram menos sintomas de depressão, tal como os grupos de controlo nesse mês de *follow-up*. Por conseguinte, não diferiram do grupo de controlo. Tanto na intervenção “Usando as Tuas Forças”, como na condição “Três Coisas Boas”, os participantes não ficaram mais felizes nem menos deprimidos do que os participantes de memória inicial no pós-teste, no entanto estavam significativamente mais felizes e menos deprimidos que os participantes do grupo de controlo no *follow-up* do 1.º, 3.º e 6.º mês. Em contraste com o exercício da “Visita de Gratidão”, o qual terminou depois da apresentação da carta, as intervenções “Usando as Tuas Forças” e “Três Coisas Boas” requeriam esforços diários e o exercício de competências que continuaram a ser usadas ao longo de 6 meses. O estudo mostrou que os participantes que continuaram os exercícios para além das semanas requeridas tinham mais probabilidades de experienciar benefícios continuamente.

Uma intervenção positiva muito completa e que integra alguns elementos da CBT com os conhecimentos científicos actuais sobre o BE, a auto-estima, as EP e outras variáveis do tipo positivo, é a Terapia de Qualidade de Vida (TQV) de Frisch (1998, 2006). Esta intervenção diz-

-se completa porque o modelo proposto integra uma teoria sobre o BE, instrumentos de medida específicos, uma estratégia para realizar a formulação dos casos, assim como uma série de recursos ou estratégias de intervenção, para cultivar aspectos positivos e aumentar o BE.

Grant, Salcedo, Hynan, Frisch e Puster (1995) incidiram o seu estudo numa intervenção para a depressão através de biblioterapia, a qual recorria a um manual sobre a TQV, num grupo de 16 depressivos (com pontuação de 20 ou mais no Índice de Depressão de Beck, e 14 ou mais na Escala de Depressão de Hamilton) que voluntariamente acederam participar no tratamento. Os participantes reuniram-se semanalmente durante 15 semanas para discutir as leituras estabelecidas. Depois de 15 semanas, nenhum dos 13 participantes que completou a intervenção alcançou os critérios de depressão clínica medidos pela escala e pelo inventário citados. No *follow-up*, uma semana depois, 12 dos participantes mantiveram os seus ganhos.

Um estudo mais recente (Rodrigue, Baz, Wildows & Ehlers, 2005) avaliou a eficácia desta intervenção num grupo de pacientes à espera de um transplante de pulmão. Este estudo comparou a TQV com a Intervenção Psicológica de Apoio. Os resultados mostraram que tanto ao fim de 1 como de 3 meses de intervenção, a TQV foi mais eficaz que a Terapia de Apoio na redução dos problemas anímicos dos pacientes e no aumento da sua qualidade de vida.

1.2.2. Terapia Positiva

Joseph e Linley (2005) comprometeram-se em desenvolver o movimento da PP, e uma das suas intenções é a de construir pontes entre esse novo movimento e os mais antigos movimentos da psicologia humanista e existencial. Estes autores acreditam que a TCP tem sido frequentemente mal interpretada pelos psicólogos de abordagem convencional e, como resultado disso, tem sido marginalizada e mesmo vista como uma abordagem superficial. Contudo, a perspectiva dos autores é de que a TCP oferece um paradigma holístico, integrativo tanto de aspectos negativos, como positivos da experiência humana, o que é consistente com as ambições do novo movimento da PP e com as evidências de investigação emergente.

1.2.2.1. Escrutínio Empírico das Premissas Teóricas da Terapia Centrada na Pessoa

Como vimos, a investigação em PP está a emergir numa grande variedade de áreas, que contribuem para a melhor compreensão dos processos de felicidade, gratidão, autenticidade, perdão, optimismo (Snyder & Lopez, 2002) e para a aplicação desse conhecimento (Linley & Joseph, 2004). Mas para os autores envolvidos neste movimento, o aspecto mais importante da PP é o levar, como psicólogos, a parar e pensar sobre os pressupostos fundamentais subjacentes à prática da Psicologia. Seligman notou que, embora muita investigação em psicologia nos tenha conduzido a uma compreensão do que causa problemas às pessoas (depressão,

alcoolismo), os custos disso têm sido o negligenciar da compreensão daquilo que faz a vida valer a pena. Seligman (2003) levantou questões essenciais acerca dos pressupostos da psicologia dominante.

Joseph e Linley (2005) referem que a PP, tendo descartado a perspectiva de desacreditar à partida a natureza humana, está actualmente à procura de novas maneiras de a conceptualizar. Outro antigo presidente da APA, Carl Rogers (1969) também questionou os pressupostos fundamentais da psicologia dominante da sua época, propondo ao invés a perspectiva de que os seres humanos são organismicamente motivados em direcção ao desenvolvimento do seu potencial. Rogers (1959) propôs que os humanos se esforçam para se tornarem tudo aquilo que possam ser, referindo-se a esta força direccionada de se tornar algo que para eles é relevante, como sendo a tendência de actualização.

No princípio da sua carreira, Rogers foi um experimentalista ambicioso, mas à medida que a carreira foi progredindo afastou-se da investigação empírica. Os que seguiram as suas pegadas na promoção da TCP, pouco mais progressos fizeram nessa direcção. Embora a TCP tenha crescido e se tenha tornado uma força maior no mundo do aconselhamento e da psicoterapia, foi marginalizada e frequentemente mal interpretada dentro da psicoterapia dominante, devido à falta de investigação empírica (Joseph, 2003). Contudo, muitos dos novos psicólogos positivos têm reexaminado os pressupostos fundamentais da psicologia, estando actualmente a regressar para as ideias de Rogers e a submeter as suas premissas teóricas a escrutínio empírico.

1.2.2.2. O Processo de Valoração Organísmico

Joseph e Linley (2006) consideram que o maior construto dentro da TCP de Rogers (1959; 1964) é o Processo de Valoração Organísmico (OVP). Este refere-se à capacidade inata das pessoas em saberem o que é importante para elas e o que é essencial para uma vida de realização pessoal. A perspectiva de Rogers é a de que os organismos humanos podem contar com os seus processos fisiológicos para saberem do que é que precisam para o seu ambiente e o que é correcto para eles, nomeadamente para a auto-actualização das suas potencialidades. Nos últimos anos, o conceito do OVP tem sido reexaminado (Ryan, 1995) e os psicólogos positivos têm submetido as ideias dos primeiros teóricos, tais como Rogers, às técnicas de investigação da psicologia dominante actual (Sheldon & Kasser, 2001).

Joseph e Linley (2005) referem investigação empírica que apoia o conceito de OVP. Numa série de estudos, Sheldon, Arndt e Houser-Marko (2003) examinaram o modo como as pessoas mudam a sua opinião ao longo do tempo sobre os objectivos a perseguir, ou como a escolha desses objectivos reflecte os valores intrínsecos e extrínsecos da pessoa. O racional

destes autores é o de que a evidência para a existência do OVP seria demonstrado pela tendência das pessoas em mudarem em direcção aos objectivos que eram mais naturalmente intrínsecos (relações próximas) e afastarem-se dos objectivos que eram mais naturalmente extrínsecos (êxito financeiro) com a expectativa de que o seu BE seria melhorado. Os estudos demonstraram que os objectivos das pessoas mudaram em direcção aos objectivos intrínsecos, e afastaram-se dos objectivos extrínsecos, evidência do processo de OVP.

Outros trabalhos referidos sobre os efeitos longitudinais na selecção de objectivos auto-concordantes mostraram que aqueles que perseguem objectivos por razões intrínsecas, em vez de extrínsecas, colocam um maior esforço sustentado nesses objectivos, o que lhes permite alcançá-los melhor. Por sua vez, a obtenção de objectivos associa-se a sensações mais fortes de autonomia, competência e relacionamento levando, por sua vez, a um maior BE (Sheldon & Elliott, 1999). As evidências sugerem que as pessoas crescem quando há contacto com o OVP. Os autores (2005) consideram que ainda falta fazer muito trabalho de investigação que comprove a existência do OVP, mas acreditam que o estudo emergente da PP nesta área sugere que o OVP possa ser estabelecido como o pilar da Terapia Positiva.

Para Joseph e Linley (2005) esta abordagem é bastante consistente com as descobertas de investigação noutros domínios da PP, aludindo a trabalhos de outros autores acerca da influência positiva no BE oriunda das aspirações intrínsecas e sobre a motivação intrínseca; bem como os estudos de Peterson e Seligman (2004) acerca dos desejos intrínsecos de uma pessoa para usar as próprias forças e a experiência de *fluir*, de Csikszentmihalyi (1997).

Embora a teoria de Rogers (1959) afirme que os seres humanos se esforçam por se tornarem em tudo o que podem vir a ser, também afirma que existe uma tendência real para se ser frustrado pelo ambiente social, conduzindo a pessoa a uma auto-actualização por vias que são incongruentes e incapazes de ouvir a voz interior. É a presença ou ausência de considerações positivas incondicionais [dentro do contexto das 6 condições (Rogers, 1959)] que fornece o ambiente social que tanto suporta, como mina, o OVP. De igual forma, Ryan (1995) enfatizou o modo como o ambiente social deve fornecer os nutrientes para prover as necessidades individuais de autonomia, relacionamento e competências. A Teoria de Autodeterminação - Self Determination Theory (SDT) (Deci & Ryan, 1985, 1991, 2000; Ryan & Deci, 2000) coloca três necessidades básicas - autonomia, competência e relacionamento - e teoriza que o cumprimento destas necessidades é essencial para o crescimento. A SDT define assim os nutrientes que o ambiente social deve fornecer para que a motivação intrínseca ocorra, e oferece uma base de investigação empírica forte que parece ser compatível com a TCP, mas que tem sido olhada sem atenção pelos teóricos e terapeutas da TCP. Joseph e Linley (2005) encorajam futuras investigações por estas vias, bem como pontes teóricas entre a TCP e a SDT.

1.2.2.3. Medição em Terapia Positiva e Análise Quantitativa

A medição dos conceitos investigados no âmbito da PP é um primeiro passo na pesquisa empírica e embora a literatura da medição tenda a enfatizar a psicopatologia, o movimento da PP tem aumentado o interesse nas medições aos construtos da PP (Lopez & Snyder, 2003).

Joseph e Linley (2005) referem investigação que usa ferramentas psicométricas modernas e metodologias de pesquisa social, acentuando que o movimento da PP reconhece a importância da pesquisa qualitativa e a necessidade de colocar perguntas experimentais e fenomenológicas.

1. MEDIÇÃO DO BEM-ESTAR - Para medir o BE Joseph e Linley (2005) desenvolveram um questionário psicometricamente sólido, curto e de auto-relato, para avaliar níveis de felicidade, conhecido como o *Short Depression-Happiness Scale*. Esta medida será útil para investigadores e interventores em contextos terapêuticos que queiram documentar mudanças no BE a partir de níveis de depressão e infelicidade, e ao longo de estados de felicidade (Joseph, Linley, Harwood, Lewis & McCollam, 2004).

2. MEDIÇÃO DO CRESCIMENTO APÓS A ADVERSIDADE - Os autores (Linley, 2003; Linley & Joseph, 2002; 2003; 2004; Joseph & Linley, 2006) tem estado principalmente preocupados com o modo como as pessoas crescem ao longo da experiência de adversidade e com o desenvolvimento de escalas psicométricas de auto-relato com as quais avaliam esse crescimento. O *Changes in Outlook Questionnaire*, de 26 itens, é uma ferramenta de auto-relato com a qual se avaliam experiências positivas, “Dou mais valor às outras pessoas actualmente” e negativas, “A minha vida não tem nenhum significado”, que se seguem à experiência de sofrimento, trauma e adversidade (Joseph, Williams & Yule, 1993; Joseph & Linley, 2006).

3. ANÁLISE QUALITATIVA - Joseph e Linley (2005) exploram o uso da análise temática da experiência de crescimento pessoal (em sobreviventes de abusos na infância) (Woodward & Joseph, 2003) evidenciando como é que as pessoas encontram pontos de viragem positivos nas suas vidas, ao longo da sua luta com as adversidades e traumas.

1.2.2.4. Abordagem da Terapia Positiva - Desenvolver Forças como Marca Pessoal

A investigação em PP tem referido a importância de ajudar os Cs a tomar consciência das suas forças. Tal como Peterson e Seligman (2004) descreveram, as forças pessoais transmitem um sentimento de pertença e autenticidade à pessoa, um desejo intrínseco de as usar e um sentimento de inevitabilidade em o fazer. Ao usar as forças pessoais que são concordantes com os interesses intrínsecos da pessoa e os seus valores, e por conseguinte dentro de um contexto

de apoio, as forças do C irão inevitavelmente, consideram os autores, ser capazes de desabrochar. Seligman (2002) e Seligman e Peterson (2003) discutiram comparativamente o que entendem por TP e PCP. Mas a discussão central é que muito daquilo que faz a terapia ter sucesso é aquilo a que se referem como “estratégias profundas”, tais como instalar lentamente a esperança, fornecer narrativas e construir forças, as quais são empregues intuitivamente e intuitivamente por Ts de sucesso.

Para Joseph e Linley (2005) as abordagens baseadas no cuidado fornecem meios possíveis de adoptar autodeterminação e autoconsciência. Referem outros trabalhos que desenvolveram uma abordagem terapêutica baseada na investigação de Ryff (1989; Ryff & Singer, 1996), trabalho este no domínio do BE psicológico. Em que o C é ajudado a identificar áreas do seu BE psicológico que possam ser melhoradas, e em seguida o T trabalha com o C essas áreas, bem como os sintomas presentes da desordem.

Calhoun e Tedeschi (1999) e Tedeschi e Calhoun (2004) são explícitos ao referirem que a terapia que procura facilitar o crescimento pós-traumático é sempre dirigida pelo C, avança ao seu ritmo e na sua direcção. Como resultado disto, Joseph e Linley (2006) têm discutido a TCP quanto ao modo como se relaciona com o stress pós-traumático e o crescimento através da adversidade (Joseph, 2003; Joseph, 2004).

Joseph e Linley (2005) desenvolveram a Teoria de Valoração Organísmica do Crescimento através da adversidade, a qual integra a TCP com a investigação emergente da PP.

Ao afastarem-se da abordagem médica usada para compreender a psicopatologia, as abordagens terapêuticas positivas baseadas na TCP estão a revolucionar o clima político e social actual (Bozarth, 1998). Se adoptarmos o pressuposto de que a tarefa destas é ajudar os Cs a ouvirem a sua voz interior, está-se a ajudar e a facilitar a mudança pessoal que está em desacordo com o contexto social e político (Joseph & Linley, 2006).

Na perspectiva de Joseph e Linley (2005), o ponto crucial em ser um T positivo é que este adopte um modo de pensar que abarque totalmente a noção de que a sua tarefa é facilitar o OVP do C, defendendo que são as ideias que temos sobre a natureza humana que nos fazem os psicoterapeutas que somos. Aqueles autores (op. cit.) referem ainda que Yalom ao ler o livro *Neurosis and Human Growth*, de Karen Horney, dele retirou o conceito mais simples: o ser humano tem uma propensão inata em direcção à auto-realização. Horney acreditava que quando os obstáculos eram removidos, o indivíduo desenvolvia-se em direcção a um adulto maduro e completamente realizado. Na nova visão de Yalom sobre o trabalho terapêutico, a tarefa era assim remover os obstáculos que bloqueavam o caminho do C, e o que tinha a fazer era identificar e removê-los, o resto seguiria automaticamente, de acordo com as forças de auto-actualização do C. Para Joseph e Linley, (2005) esta ideia de Yalom contém a essência daquilo

a que eles gostariam de chamar Terapia Positiva. E dizem-nos que o movimento da PP conduziu a um questionamento dos pressupostos fundamentais subjacentes à prática da Terapia Psicológica, e é nessa perspectiva que o movimento da PP apoia as abordagens terapêuticas que servem para facilitar a capacidade do C para ouvir a sua própria voz interior. Por sua vez, a preocupação com Ts positivos muda do ajustamento social do nosso C para a sua transformação pessoal.

1.2.3. Terapia Positiva de Casal

Uma vivência ótima implica ter relacionamentos de boa qualidade com os outros (Ryff & Singer, cit. por Perloiro, Neto & Marujo, no prelo), sendo particularmente importante dentro do sistema familiar. Quem procura ajuda terapêutica pretende mudar, de modo a crescer e a ser feliz, bem como a reconstruir relações. A terapia de casal, não é excepção e constitui um instrumento de esperança para os casais que procuram um caminho para um futuro novo e mais positivo, querendo a reconciliação, a renovação e o renascimento dos seus relacionamentos, mas que não sabem como fazê-lo (Perloiro, et al., op. cit.).

A Terapia Positiva de Casal faz uso integrado de valores/virtudes, influências e projectos, bem como da Terapia Breve Orientada para as Soluções (TBOS) e do Inquérito Appreciativo (IA).

No decorrer da Terapia Positiva de Casal (Perloiro, et al., op. cit.), desenvolvem-se e implementam-se as forças e a co-construção de um futuro novo, mais positivo, à volta dos processos comunicacionais, emocionais e dinâmicos do casal (Ferrer, in op. cit.). Para o conseguir os autores integraram conceitos e métodos da PP, em particular o trabalho nas forças de carácter (Park & Peterson, 2007; Peterson & Seligman, 2004) com outras duas abordagens que também vão para além de uma perspectiva problema-doença. Uma delas é a TBOS, que se centra em ajudar os Cs a gerir as dificuldades, a construir e ampliar soluções e excepções para os problemas, em vez de apresentar propostas para os resolver (Gingerich & Eisengart, 2000; O'Connell, 2001). De Shazer (1986, cit. por O'Connell, 2001) verificou que os seus Cs eram capazes de realizar mudanças nas suas vidas, a seguir às conversas com o T sobre a história de futuro que eles próprios desejavam. Estas narrativas sobre o futuro ganharam mais importância do que a procura de explicações para a ocorrência dos problemas, o que levou a concluir subsequentemente que falar sobre o futuro tem a capacidade de modificar o presente, na medida em que dá esperança e motiva o C na mobilização de esforços para agir e alcançar a solução para o problema (De Shazer, 1991; Gonçalves, 2008). A segunda abordagem é o IA, que considera que o estímulo à mudança positiva procede da descoberta de experiências e momentos de sucesso, vivências de excelência, e aspirações positivas sobre o futuro. David

Cooperrider ao inquirir sobre as experiências de sucesso e falhanço, verificou o poder das histórias sobre funcionalidades e sobre eficácia, o que o levou a passar a questionar apenas sobre a experiência “no seu melhor” (Cooperrider, 2004; Cooperrider & Whitney, 1999). Perloiro e colegas (op. cit.) recorreram à linguagem e ao questionamento para promover a transformação positiva. A rede estrutural que usaram para a intervenção terapêutica foi o questionamento numa perspectiva positiva, da esperança, das forças e orientada para o futuro. A intervenção estratégica foi o questionar e ouvir de forma positiva, apreciativa, sensível, com base nas forças e focada nas soluções. As perguntas tinham por base questões que induziam informação, questões que induziam a procura de soluções e excepções para os problemas, e questões que seguiam os princípios do inquérito apreciativo (Cooperrider, 2004). Estas questões foram construídas com base no passado, presente e futuro. A dimensão do passado envolve o campo da gratidão para ajudar o casal a sentir-se ligado e agradecido pela sua história em comum; a dimensão do presente deve aumentar a perspectiva de envolvimento do casal na experiência actual, através da exploração do modelo da felicidade descrito por Seligman (2003) como um esquema estrutural, e de modo a descobrir o que é que contribui para a felicidade do indivíduo e do casal; a dimensão do futuro tem como objectivo desenvolver a esperança e o optimismo sobre as possibilidades do relacionamento.

CAPÍTULO 2 - TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) representam uma classe de abordagens pragmáticas para o compreensão e tratamento de transtornos e problemas psiquiátricos. Embora exista muita diversidade dentro desta classe de terapias, as intervenções são caracteristicamente centradas no problema, dirigidas para o objectivo, orientadas para o futuro, limitadas no tempo e com base empírica. As TCCs supõem que os processos cognitivos e emocionais medeiam a aquisição e manutenção da psicopatologia (Grant, Young & DeRubeis, 2007).

Desde a sua introdução, há algumas décadas, as TCCs aumentaram de alvo e popularidade, adquirindo a sua actual condição de “paradigmas dominantes” na área da psicologia clínica (Dobson & Khatri, 2000). Embora a proliferação das TCCs na segunda metade do século XX tenha sido notável, foi também marcada pela dificuldade em definir com clareza o seu alvo (Dobson, Backs-Dermott & Dozois, 2000; Dobson & Dozois, 2001). As primeiras TCCs começaram a surgir no início dos anos 60, embora os primeiros textos importantes sobre “modificação cognitiva do comportamento” tenham aparecido na década de 70 (Kendall & Hollon; Mahoney; Meichenbaum, cit. por Dobson & Scherrer, 2004). Esse período intermediário, reflectindo a “revolução cognitiva” que havia ocorrido na disciplina da psicologia (Mahoney, 1977) testemunhou um dramático aumento da atenção dedicada à aplicação da teoria cognitiva à mudança de comportamento. Diversos teóricos e clínicos aplicaram uma variedade de perspectivas à revolução cognitiva na psicologia clínica, situação que, por fim, resultou na ampla gama de modelos teóricos e técnicas terapêuticas cognitivo-comportamentais actualmente disponível (Dobson & Scherrer, 2004).

2.1. FACTORES CONTEXTUAIS E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Aproximadamente até aos anos 70, três abordagens dominavam o campo da psicoterapia: psicanálise, behaviorismo e humanismo. O desenvolvimento das TCCs, no início dos anos 60, representava o que foi descrito como a “quarta força” na psicoterapia (Dobson et al., 2000).

Surgindo a partir da terapia comportamental tradicional a qual, por sua vez, se desenvolveu em reacção ao behaviorismo radical, as TCCs pode ser distinguidas dos seus antecessores pela adopção da perspectiva mediacional que, o final dos anos 60 e início dos 70 testemunharam o auge desse fenómeno (Kazdin, 1978).

Foram diversos os factores históricos e contextuais (Dobson & Dozois, 2001) que fizeram do desenvolvimento das TCCs não apenas algo possível, mas uma necessidade lógica.

O 1.º factor, a insatisfação com os modelos estritamente comportamentais da actividade humano, era cada vez mais evidente no final dos anos 60. Como exemplo, as descrições de aprendizagem vicariante de Bandura (1965; 1971), o trabalho sobre o adiamento da gratificação (Mischel, Ebbesen & Zeiss, in Dobson & Scherrer, 2004) e evidências na área do desenvolvimento da linguagem (Vygotsky, 1962) desafiavam as explicações comportamentais tradicionais e indicavam as limitações de uma abordagem não-mediacional para explicar o comportamento humano (Mahoney, 1974).

À medida que a insatisfação com o modelo restrito não-mediacional de estímulo e resposta do comportamento aumentava, o 2.º factor que facilitou o desenvolvimento das TCCs foi a continuação da rejeição do modelo psicodinâmico de personalidade e de terapia, que mantinha a posição de perspectiva alternativa mais forte. Os primeiros escritos sobre TCCs (Beck, 1967; Ellis, 1973; 1979) revelaram divergências filosóficas com diversos princípios básicos dos modelos psicodinâmicos, e a eficácia da psicoterapia tradicional estava a ser cada vez mais questionada por revisões de resultados de pesquisas (Eysenck, 1969). Rachman e Wilson (1980, p.76) referiram que “ainda não há indícios aceitáveis que sustentem a visão de que a psicanálise é um tratamento eficaz” estas afirmações vieram encorajar ainda mais as abordagens psicoterapêuticas alternativas e empiricamente validadas.

Um 3.º factor na formação inicial das TCCs foi o facto das intervenções comportamentais se mostraram irrelevantes para alguns problemas, tais como o pensamento obsessivo. Assim, o desenvolvimento das TCCs, tal como assinalado por Dobson e Dozois, (2001, p. 9) “ajudou a preencher uma lacuna nas técnicas de tratamento clínico”.

O 4.º factor contextual deve-se à crescente atenção que foi dada aos aspectos cognitivos do funcionamento humano na psicologia em geral, com o desenvolvimento, pesquisa e estabelecimento de diversos conceitos mediacionais na psicologia experimental (Neisser, 1967; Paivio, 1971). Os laboratórios de investigação da cognição começaram a apoiar modelos que eram explicitamente mediacionais, e os modelos de processamento de informação eram cada vez mais aplicados a conceitos e contextos clínicos (Hamilton; Ingram & Kendall; Neufeld & Mothersill, in Dobson & Scherrer, 2004). Alguns investigadores foram além dos modelos cognitivos gerais para realizar pesquisas básicas sobre mediação cognitiva em construtos clinicamente relacionados, como os dados relativos à mediação cognitiva na ansiedade, fornecidos por Lazarus e colegas (Lazarus; Lazarus & Alfert; Lazarus & Averill; Lazarus et al.; Lazarus & Folkman; Monat, Averill & Lazarus; Nomikos et al., in Dobson & Scherrer, op. cit.). As crescentes evidências, da psicologia cognitiva em geral, e da “psicologia cognitiva

aplicada”, desafiavam os modelos comportamentais a explicar esses dados pela incorporação de fenómenos cognitivos (Dobson & Dozois, 2001).

O 5.º factor contextual no desenvolvimento das TCCs foi a crescente identificação de diversos terapeutas e teóricos com a orientação “cognitivo-comportamental”. Entre os primeiros proponentes fundamentais da perspectiva Cognitivo-Comportamental (CC) estavam Beck, Cautela, Ellis, Mahoney, Mahoney e Thoresen e Meichenbaum, cuja autodenominação explícita como Cognitivo-Comportamentais (CCs) resultou num *zeitgeist* que chamava cada vez mais a atenção para o campo crescente das TCCs (Dobson & Dozois, 2001). Além disso, o lançamento em 1977 da revista científica “Cognitive Therapy and Research” permitiu um fórum em que investigadores e Ts puderam apresentar ideias e descobertas de investigação para um vasto público, aumentando a disseminação do florescente modelo CC (Dobson & Scherrer, 2004).

O 6.º, e último factor histórico que contribuiu para o interesse e desenvolvimento da perspectiva CC, pode ser identificado nas pesquisas de resultados geralmente positivos das intervenções CCs, as quais se mostram igual ou até mais eficazes, do que as abordagens estritamente comportamentais (Dobson & Scherrer, op. cit.).

A polémica inicial relativa à eficácia das TCCs (Ledgewidge, 1978; Mahoney & Kazdin, 1979) foi seguida por numerosas análises que demonstram o seu impacto clínico (Berman, Miller & Massman; Dobson & Craig; Dush, Hirt & Schroeder; Miller & Berman; Shapiro & Shapiro, in Dobson & Scherrer, op. cit.). No entanto, em 1998, Chambless e Hollon referiam que as TCCs estão bem representadas entre as terapias empiricamente validadas, no campo da psicoterapia. Porém, a superioridade das TCCs em relação às intervenções comportamentais continua a ser questionável, particularmente à luz da evidência de meta-análises de eficácia terapêutica (Berman, Miller & Massman; Glogucen et al.; Miller & Berman, in Dobson & Scherrer, op. cit.).

Posteriormente, foi provado cientificamente que a abordagem de TCCs é eficaz. Centenas de testes clínicos e mais de uma dúzia de meta-análises têm comparado favoravelmente a TCCs com psicoterapias alternativas, com alguns medicamentos, com situações de ausência de tratamento, com listas de espera e com condições de controlo de placebo para a depressão de adultos e adolescentes. Contudo, espera-se que futuras investigações possam continuar a fornecer respostas, não somente sobre a eficácia das TCCs, mas também sobre a eficácia relativa das diferentes intervenções CC (Butler, 2000).

2.2. CARACTERÍSTICAS DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

São três as proposições basilares identificadas como estando no cerne das TCCs: 1) a actividade cognitiva influencia o comportamento; 2) a actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada; e 3) o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2001).

A primeira proposição fundamental é, uma reafirmação do modelo mediacional básico, que afirma que as avaliações cognitivas dos factos podem influenciar a resposta a esses factos (Mahoney, 1974). Embora as questões sobre a legitimidade teórica e empírica do modelo mediacional tenham sido levantadas na história de desenvolvimento das TCCs, a sua base está agora firmemente estabelecida. Existem fortes evidências que apoiam o modelo mediacional não apenas a nível teórico, mas também a nível prático, tendo também sido demonstrado o valor clínico de modificar o conteúdo das avaliações cognitivas (Dobson et. al., 2000; Granvold, 1994; Hollon & Beck, 1994). O grau e a natureza exacta das avaliações feitas por um indivíduo em diferentes contextos continuam a ser objecto de controvérsia (Coyne, 1999 & Held, 1995), mas “a realidade da mediação não é mais vigorosamente contestada” (Dobson & Dozois, 2001, p.5).

A segunda proposição basilar das TCCs refere que a actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada, e que contém diversos corolários implícitos que precisam de ser discutidos. Supõe-se, por exemplo, que podemos ter acesso à actividade cognitiva, o que implica que as cognições são passivas de serem conhecidas e avaliáveis. Entretanto, diversas linhas de pesquisa indicam que o acesso às cognições não é perfeito (Nisbett & Wilson, 1977): embora as estratégias de avaliação cognitiva confiáveis e válidas, estejam a ser documentadas (Blankstein & Segal; Merluzzi, Glass & Genest; Segal & Shaw, in Dobson & Scherrer, 2004), é preciso realizar mais investigação nesta área (Clark, 1997). Presume-se também que a avaliação da actividade cognitiva é um prelúdio para a sua alteração. Embora o conteúdo e os resultados das cognições tenham sido enfatizados pela maioria das estratégias de avaliação cognitiva (Mischel; Segal & Cloitre; Shaw & Dobson, in Dobson & Scherrer, op. cit.), o processo de cognição não foi ainda, na sua maior parte, examinado. Como assinalado por Dobson e Dozois (2001), é pelo exame do processo de cognição, mas também da interdependência entre os sistemas cognitivo, comportamental e afectivo, que a nossa compreensão da mudança terá probabilidade de aumentar; pelo que existe uma clara justificação para mais investigação na área da monitorização.

Enquanto a primeira proposição subjacente às TCCs fundamentalmente reafirma o modelo mediacional, a terceira, a de que o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva, resulta directamente da sua adopção. Por exemplo, muitos estudos demonstraram a importância dos processos de avaliação cognitiva numa série de contextos laboratoriais e clínicos (Bandura, 1997). A suposição de que as mudanças na cognição medeiam mudanças no comportamento é difícil de documentar pois, para isso, a mudança cognitiva precisa de ser avaliada independentemente do comportamento. Por consequência, a inferência sobre a actividade cognitiva teve maior aceitação do que o pressuposto adicional da mediação cognitiva do comportamento (Dobson & Dozois, 2001).

2.3. OBJECTIVOS DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Segundo Grant, Young e DeRubeis (2007) as intervenções CC são planeadas para tratar problemas e as dificuldades do C são operacionalizadas em termos confiavelmente mensuráveis. Depois de quantificáveis esses problemas, o T introduz a objectividade no processo terapêutico (Beck, 1995). A avaliação CC de um problema pode incluir questionários, testes fisiológicos e de comportamento que são administrados continuamente durante todo o tratamento (Blankstein & Segal, in Grant et al., 2007). O progresso do C na terapia pode ser verificado por dados objectivos que esclarecem as decisões de tratamento. As intervenções que as TCCs preparam são derivadas e consistentes com a teoria e os modelos existentes de aprendizagem e cognição humana (Ingram & Siegle, in Grant et al., op. cit.). As técnicas são validadas através de planos experimentais de grupo e de casos isolados, que decorrem nos locais da investigação e na comunidade. A utilização de TCCs para lidar com problemas associados a transtornos específicos é um legado directo da terapia comportamental (Dobson & Dozois, 2001).

CAPÍTULO 3 - COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO TERAPÊUTICA

3.1. COMUNICAÇÃO EM TERAPIA

A comunicação é uma condição *sine qua non* da vida humana e da ordem social. Desde o início da sua existência, o ser humano está envolvido no complexo processo de aquisição das regras de comunicação, tendo apenas uma noção mínima daquilo em que consiste esse corpo de regras, esse *calculus* da comunicação humana (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2004). A capacidade de metacomunicar eficazmente é, não só a condição indispensável da comunicação bem sucedida, mas está intimamente ligada ao grande problema da consciência do eu e dos outros (Watzlawick et al., 2004).

A definição de comunicação indica para a indispensável existência de um repertório comum como necessidade intrínseca, cuja definição primeira - indiciada, desde logo, pela raiz etimológica de “comunicação” - é “tornar-se comum” (Morais, 2006).

Habermas e Habermas e Apel (cit. por Morais, 2006) acrescenta que na linguagem está inscrita a tendência humana para a comunicação, uma vez que as regras e estruturas que a compõem são dominadas por todos os falantes, consubstanciando o conhecimento que todos possuem e cuja validade é generalizável. Habermas encontra na linguagem a possibilidade dos interlocutores, não obstante o que os distingue, recorrerem a símbolos globalmente reconhecidos.

As teorias de Habermas (in Morais, 2006) mostram a necessidade de regulamentação do processo comunicativo, através do estabelecimento de um conjunto de preceitos que os interlocutores partilham e estão obrigados a cumprir, dando por infrutífera a relação comunicacional que não investe na procura de territórios comuns com o Outro. Nestas teorias, a comunicação visa reduzir ou eliminar aquilo que divide os interlocutores, por força da exigência de uma lógica de partilha que a viabilize.

Beck e Alford (2000) referem que o psicoterapeuta, ao orientar uma consulta de terapia, conta em primeiro lugar com a comunicação verbal para facilitar a resolução do problema psicológico. Isto acontece na relação T e C, independentemente da abordagem teórica usada.

Sendo assim, esta troca de informação constitui um processo cognitivo entre os participantes e inclui: 1) estados emocionais, 2) sintomas comportamentais, 3) expectativas de melhoras e 4) experiências e significados ligados às mesmas. Além do mais, esta troca de comunicação na terapia tanto ocorre nos níveis de consciência implícitos como nos explícitos, quer da parte do C, quer do T (Beck & Alford, op. cit.). A teoria cognitiva, sendo uma “teoria de teorias”, i. e., uma teoria que vai articular a maneira na qual os esquemas cognitivos

personais, vão determinar a operação de outros sistemas psicológicos (Beck, 1996), estipula que alterações nos processos cognitivos vão determinar o impacto da terapia.

Embora a interacção terapêutica inclua a aplicação de outras terapias, a psicoterapia é de facto um exercício de troca de comunicação, podendo focar-se em diferentes conceitos. Porém, «independente do conteúdo, o processo de terapia comumente denominado de “relação terapêutica” ou “aliança” é básica e simplesmente uma troca de informações entre terapeuta e cliente - nada mais (ou menos)» (Beck & Alford, 2000, p. 48). «O termo “relação terapêutica” ou “aliança” refere-se simplesmente a este ambiente interpessoal...pressupõe que a relação terá um impacto interpessoal positivo» (op. cit., p. 49).

No seu livro acerca de estratégias de entrevista e de mudança para Ts, Cormier e Nurius (2003) referem-se ao procedimento de escuta, por parte do T, no processo de comunicação em terapia. Assim, as autoras entendem que escutar é uma forma de compreender o quadro de referência do C, e é um pré-requisito para todas as outras respostas e estratégias de ajuda. Estas respostas pretendem transmitir que o T está a ouvir e compreender a mensagem. A definição de escuta envolve três processos: receber a mensagem; processar a mensagem e envio da mensagem. Na comunicação as respostas de escuta efectuadas pelo T são a Clarificação, a Paráfrase, a Reflexão e o Sumário. As considerações de Cormier e Nurius (2003) acerca destas respostas, são apresentadas em seguida. A clarificação é uma questão utilizada depois de uma mensagem ambígua por parte do C. A paráfrase é definida como uma repetição de parte do conteúdo da mensagem que descreve uma situação, acontecimento, pessoa ou ideia. A paráfrase é uma repetição das primeiras palavras e pensamentos do C, envolve atenção selectiva dado a parte cognitiva da mensagem - com as ideias chave do C, traduzidas pelas palavras do T.

Em contraste, a reflexão é uma repetição dos sentimentos do C ou da parte da mensagem que o afecta, revelando os seus sentimentos acerca do conteúdo. Por exemplo, um C pode sentir-se afectado por não ter um bom desempenho na escola (conteúdo). A paráfrase e a reflexão de sentimentos não são respostas mutuamente exclusivas.

O sumário é uma extensão das respostas de paráfrase e reflexão que envolve unir e repetir duas ou mais partes diferentes da mensagem ou mensagens. Os assuntos da mensagem do C são expressos em tópicos que este refere continuamente ou trás à conversa de alguma forma. O T pode identificar os temas escutando aquilo que o C mais repete e com maior intensidade.

Na comunicação verbal, a mensagem que expressa informação ou descreve uma situação ou acontecimento designa-se por conteúdo, ou parte cognitiva da mensagem, inclui referências a situações ou acontecimentos, pessoas, objectos ou ideias. Outra parte da mensagem, pode revelar o modo com o C se sente em relação ao conteúdo, expressar sentimentos ou o tom emocional e é designada de parte afectiva da mensagem (Cormier & Hackney, 1999, in Cormier & Nurius, 2003). Geralmente esta parte afectiva da mensagem verbal é distinguida pelo recurso,

por parte do C, a palavras de afecto ou sentimentos tais como: feliz, zangado ou triste. No entanto, os Cs também podem expressar os seus sentimentos de modo menos óbvio, através de outros comportamentos não verbais (comunicação não verbal) (Cormier & Nurius, 2003).

Para Bavelas, McGee, Phillips e Routledge (2003) a importância da comunicação em psicoterapia é óbvia, eles consideram que, enquanto uns a podem ver como o meio para trocar informação e ideias, outros podem vê-la como um processo mediante o qual são co-criadas ideias e comportamentos mais benéficos. Os autores referem que, enquanto existem numerosos esforços para ensinar, tanto aos Ts, como aos Cs, a comunicarem melhor, existe muita pouca investigação que avalie estas recomendações e ainda menos análises sobre os processos comunicacionais básicos nas sessões de psicoterapia. Este grupo de investigação, encabeçado por Bavelas e formado por uma combinação de investigadores em comunicação e por psicoterapeutas, começou a levar a cabo esta investigação, estudando a comunicação terapêutica através da micro-análise.

A micro-análise do discurso terapêutico pode ser uma maneira profícua de entender os processos em terapia. Mencionando que ao “observar, registar, examinar e descrever a interacção e a comunicação reais em detalhe” (Weakland, 1967, p. 1, in Bavelas et al., 2003) é possível obter novos *insights* sobre o que ocorre na conversa entre T e C. Além do seu interesse intrínseco, a micro-análise pode começar a identificar e perceber as ferramentas específicas postas à disposição dos Ts (perguntas, formulações e escolhas lexicais) para que possam ser utilizadas com maior precisão, e possam ser ainda mais desenvolvidas e percebidas na sua relação com a eficácia e o sucesso terapêutico. Os autores (2003) apontam que o uso destas ferramentas é inevitável e que deveria ser explícito. O T não pode evitar a influência do micro-nível no diálogo em terapia.

3.2. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Beck e Alford (2000) defendem que a aprendizagem ocorrida na terapia tanto se baseia na relação quanto na cognição, especificando que a expressão “baseado no relacionamento” é referente à pessoa do T mais o C, e o termo “baseado na cognição” é referente à aprendizagem do C, sendo dois níveis interactivos, pois não pode haver aprendizagem que não seja cognitiva.

De acordo com a tradição humanista, a teoria cognitiva coloca grande parte da responsabilidade na mudança sobre o C que procura tratamento com o T cognitivo, mas apesar destas considerações, o T cognitivo não minimiza a importância dos factores de relacionamento entre T/C. Contudo, estes factores já receberam considerável atenção na terapia cognitiva, e já foram revistos (como necessários, mas não suficientes) (Beck & Alford, op. cit.). Beck e Emery (1979, pp. 45-60) forneceram uma revisão detalhada da Relação Terapêutica (RT), incluindo os seguintes componentes: 1) características do T (cordialidade, empatia, autenticidade); 2)

interacção terapêutica (confiança básica, importância do *rapport*); 3) colaboração terapêutica (evocar “dados de base”, autenticar dados introspectivos, investigar pressupostos subjacentes) e 4) reacções de “transferência e contratransferência”.

Vasco (1994) refere dados da investigação de diferentes autores, que mostram os Ts cognitivos e comportamentais, como mais flexíveis e apoiantes do que os Ts gestálticos e os psicanalíticos, como mais calorosos e empáticos do que os Ts psicanalíticos e com qualidades interpessoais no mínimo tão acentuadas como os Ts de outras orientações. O mesmo autor revela que estes resultados podem levar-nos a concluir que o componente relacional tem estado desde sempre na prática da CBT, mas mais de forma implícita do que explícita, sendo que só recentemente a relação começou a ser explicitamente abordada pelos terapeutas CC (Arnkoff; Beck, Rush, Shaw & Emery; Dryden; Goldfried & Davison; Mahoney & Gabriel; Thompson, cit. por Vasco, 1994).

Na mesma obra o autor entende que o T se deve mover entre dois pólos na relação: o “colaborativo/educacional”, papel atribuído aos Ts cognitivos (Arnkoff, 1983; Beck et al., 1979, in Vasco, op. cit.) e o de “companheiro de viagem”, papel desempenhado especialmente pelos Ts experienciais (Greenberg, Safran & Rice, in Vasco, op. cit.).

Bordin (1979) apresentou o conceito de Aliança Terapêutica (AT) que forneceu os elementos fundamentais que permitem o estabelecimento e a progressão da RT. Uma AT forte ou melhorada é considerada o elemento do processo terapêutico que a investigação mais tem mostrado estar relacionado com resultados terapêuticos positivos (Safran, Samstag, Muran, & Stevens, 2001), independentemente da orientação teórica do terapeuta, (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath, 2000, 2006) das formas de terapia e dos contextos de supervisão e formação (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath, 2000).

A AT é constituída por três elementos: 1) o laço terapêutico; 2) o acordo entre C e T referente a objectivos; e 3) o acordo em relação às tarefas terapêuticas que vão utilizar para atingir tais objectivos (Bordin, 1979).

O conceito de AT alcançou um estatuto central, na investigação, na teoria, e na prática da psicoterapia, uma vez que esta influencia os resultados finais da terapia, principalmente no nível da qualidade do laço terapêutico entre T e C, no respeitante a tarefas e objectivos (Horvath & Symonds, in Vasco et al., 2001).

Vasco (1994, p. 145) resumiu a AT positiva como “aquela que se estabelece quando cliente e terapeuta partilham a mesma ‘gramática existencial’ e o mesmo ‘universo terapêutico’, materializados num laço relacional susceptível de mudança, marcado por aceitação, apoio e empatia, contexto no qual existe uma percepção partilhada dos objectivos terapêuticos e onde as tarefas propostas são entendidas como relevantes para os alcançar”.

Kolden, Howard e Maling (1994) referem que para além da AT, a empatia e a afirmação mútua são outros ingredientes essenciais. Tornando-se então importante que os Ts prestem atenção ao desenvolvimento da relação com os seus Cs e regularmente monitorizem a qualidade da relação. Um grande número de estudos que investigam o impacto da AT inicial nos resultados da terapia, concluiu que a aliança inicial (da terceira até à quinta sessão) é um preditor significativo dos resultados finais do tratamento (Horvath, 2000). Estas conclusões indicam que o desenvolvimento de uma relação positiva é um aspecto central desde o início da terapia, sendo uma “janela de oportunidades” para estabelecer uma RT viável nas primeiras sessões, caso contrário o C pode afastar-se prematuramente (Plotnicov; Tracey, in Bachelor & Horvath, 1999), cabendo então aos Ts estarem atentos ao clima relacional inicial com qualquer dificuldade que surja na relação nestas primeiras sessões.

Contudo, C e T parecem enfatizar diferentes componentes da relação que mais vão contribuir para os resultados favoráveis. Os Ts tendem a enfatizar o papel dos contributos do C na sua mudança (e. g., participação activa no processo terapêutico) talvez porque vêem os Cs como agentes do seu próprio melhoramento. Já os Cs tendem a valorizar as características terapêuticas, tais como a ajuda dada pelo T e a demonstração de afecto, o envolvimento emocional e o preocuparem-se com eles (Bachelor; Lambert & Bergin; Lazarus; Murphy, Cramer & Lillie, cit. por Bachelor & Horvath, 1999).

A investigação de Vasco, Silva e Chambel (2001) contribuiu para esclarecer a questão relativamente às semelhanças e diferenças entre as visões epistémicas do mundo do T e do C, e o seu impacto na qualidade da AT. Para os autores, nos últimos anos a investigação em psicoterapia teve um interesse crescente pelas variáveis do T, uma vez que estas variáveis têm uma influência significativa, quer no processo, quer nos resultados terapêuticos (Beutler, Machado & Allesttetr-Neufeldt; Crits-Cristoph et al.; Lambert; Luborsky et al., in Vasco et al., op. cit.).

Vasco e colegas (2001, citando Beutler, 1994; Berzinz, 1977) referem que a investigação tem vindo a apresentar um interesse na articulação entre variáveis do T e do C (história pessoal, expectativas, preferências, valores, variáveis cognitivas e dimensões de personalidade) na tentativa de aumentar a compatibilidade terapêutica e, nesse sentido, a eficácia da intervenção.

Os autores (2001) sublinham que as “teorias implícitas do terapeuta” (Najavits, 1997) têm sido consideradas como potenciais variáveis centrais do processo de conjugação T-C (Highlen & Hill; Ivey, Ivey & Simek-Downing, in Vasco et al., 2001), partindo daqui o conceito de visão epistémica do mundo, que parece ser importante na intervenção terapêutica, uma vez que influencia aquilo que cada indivíduo vai atender como conhecimento válido, bem como a forma de o conseguir (Vasco et al., op. cit.).

No que diz respeito às relações entre visões do mundo, do T, do C e a psicoterapia, os autores (op. cit.) referem que o estudo de Beutler e Clarkin (1990) sugere que as similaridades filosóficas podem aumentar o envolvimento na terapia, e que os poucos estudos empíricos de que têm conhecimento parecem mostrar igualmente que as similaridades têm um impacto positivo na AT e no processo. E que o estudo de Harris, Fontana e Dowds (1977) mostrou que as semelhanças entre a visão do mundo do T e do C têm um impacto positivo na RT.

Vasco (1996, in Vasco et al., op. cit.) concluiu que os Ts que recorrem a uma variedade de estilos epistémicos são também mais flexíveis em termos dos estilos terapêuticos. Ainda que se acredite, refere o autor, que o estilo terapêutico seja mais importante para a terapia do que as suas características subjectivas (Beutler et al., in Vasco et al., op. cit.), também parece verdadeiro, pelo menos em parte, na sequência dos resultados anteriormente referidos, que a flexibilidade no estilo terapêutico dependa da flexibilidade nos estilos epistémicos. Assim, Vasco e colegas (2001) acreditam que a flexibilidade do T relativamente aos estilos epistémicos irá influenciar positivamente a qualidade da AT, dada a maior capacidade dos Ts mais flexíveis para construírem “cumplicidade terapêutica” com um maior número de Cs.

Horvath (2006) remete-nos para uma revisão abrangente da investigação na RT, iniciada pela Division 29 of the American Psychological Association. Os resultados deste esforço multidisciplinar único, *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (Norcross, 2002) listou onze elementos da RT: a aliança, a coesão, a empatia, o consenso dos objectivos e a colaboração, a atenção/respeito positivo, a reparação das rupturas da aliança, a auto-revelação, a contratransferência, o feedback, a congruência, e a interpretação relacional. Existe uma grande convergência de evidências que mostram que os componentes da RT suportam fortes ligações à mudança positiva do C.

Samstag (2007) fala-nos da AT contemporânea como um fenómeno mais específico e altamente complexo, comparativamente com aquilo que Rogers definiu - é um fenómeno que é actualmente compreendido como incluindo um processo de *nuances* que envolve as interacções momento-a-momento do C e do T ao longo de toda a terapia. Refere que a qualidade da AT é importante ao longo de qualquer sessão de tratamento, e não apenas no seu início (ver secção especial de *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 42, 2006).

Por seu lado, Assay e Lambert (1999) referem que, o significado único que um C atribui às características terapêuticas é um preditor mais eficaz do resultado geral, do que escalas de observação das características do T, feitas pelo próprio T, e que as características do C (força do ego e as expectativas de mudança), contribuem em larga medida para a discrepância de resultados, seguidas em importância de valor e impacto das variáveis da relação.

CAPÍTULO 4 - FERRAMENTAS DO DISCURSO, TÉCNICAS DE ESCUTA ACTIVA E MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO

As funções das três ferramentas discursivas específicas à disposição dos Ts podem ser assim descritas: as perguntas, que contém os pressupostos do T e, ao mesmo tempo, convidam o C a co-construir uma versão particular dos eventos; as formulações (como paráfrase e reflexão), que inevitavelmente modificam, de alguma medida, o que é dito pelo C; e a escolha lexical, ou a decisão de usar certas palavras ou frases, que podem criar novas perspectivas. Cremos que os efeitos de cada uma destas ferramentas são inevitáveis: a questão e a escolha a realizar pelo T somente será quais e como usá-las (Bavelas, McGee, Phillips & Routledge, 2003).

4.1. FUNÇÕES DAS TRÊS FERRAMENTAS BÁSICAS DO DISCURSO

4.1.1. Perguntas

À primeira vista as perguntas parecem ir apenas em busca de informação e, até há pouco tempo, os diferentes enfoques terapêuticos tinham entendido as perguntas unicamente dessa perspectiva (Freedman & Combs, 1996, p. 113, cit. por McGee et al., 2004). Para McGee e colegas (2004) o uso das perguntas com propósitos terapêuticos específicos começou como um aspecto pouco evidente de um grupo de abordagens terapêuticas que incluem a terapia breve (Watzlawich, Weakland & Fisch), a terapia centrada na resolução de problemas (Haley), a Escola de Milão (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata), a terapia centrada na solução (De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich & Weiner-Davis) e, mais recentemente, a terapia narrativa (Epson & White; White). O específico destes enfoques é que todos utilizam as perguntas com maior frequência do que as afirmações ou asserções e, nalguns casos, fazem-no de maneira exclusiva.

Num contexto organizacional, e até há bem pouco tempo fora da terapia, a metodologia do inquérito apreciativo (Cooperrider, 1999) utiliza um conjunto de práticas de mudança apoiadas na ideia de que as organizações têm um núcleo positivo que, ao ser tornado explícito, libertará energia positiva e trará melhoras na *performance* do sistema (Cooperrider & Whitney, 2005; Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007). Cooperrider e Whitney (2005) apresentam um modelo que explicitamente propõe o uso de perguntas positivas/apreciativas, em detrimento de questões centradas nos problemas, para levar à mudança dentro das organizações e sistemas.

4.1.1.1. Utilização de Perguntas como Intervenção

McGee e colegas (2004) referem que a possibilidade explícita de considerar as perguntas como algo mais que ferramentas para receber informação começou, no mundo da terapia, com o

trabalho de Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1980) também conhecidos como os autores da Escola de Milão. Este grupo foi pioneiro na utilização das perguntas como intervenções em si mesmas, no sentido de que só com a sua formulação introduziam certas possibilidades alternativas, teorias e visões do mundo.

Alguns autores fizeram consideráveis esforços para descrever e documentar as perguntas terapêuticas. Uma parte da investigação em psicoterapia examinou a frequência das perguntas terapêuticas (Baldwin; Long, Paradise & Long; Neimeyer; Snyder; Stiles, cit. por McGee et al., 2004) e, em muitos casos, também tentou categorizar as perguntas de acordo com diferentes tipos (De Shazer et al.; Fleuridas, Nelson & Rosenthal; Jenkins; Penn; Selvini-Palazzoli et al.; Sluzki; Tomm; White, cit. por McGee et al., 2004). Por exemplo, algumas abordagens específicas tinham classificado diferentes perguntas com tipologias e caracterizações tais como: “circulares”, “externalizadoras”, “paisagem”, “triádicas”, “hipotéticas e orientadas para o futuro”, “de escala”, “de intervenção”, “sobre a experiência da experiência” e ainda “perguntas milagre”. Assim, alguns autores foram sugerindo que, consoante o tipo, as perguntas proporcionam características como a, informação, convidavam à tomada de responsabilidade, (des)construíam histórias dominantes e empobrecedoras, e reformulavam a experiência do C. Contudo, apesar de todas estas explicações, parece existir uma notável ausência de curiosidade em relação aos mecanismos específicos através dos quais as perguntas terapêuticas actuam. Isto é, não se pôs suficiente empenho em analisar de que maneira detalhes como a frase, a escolha lexical, ou as implicações das perguntas podem contribuir para a transformação das dificuldades do C (McGee et al., 2004). Mais ainda, foram poucos os que estudaram a sequência “pergunta do T, impacto na resposta do C”, analisando os processos comunicacionais não com base num acto de fala mas só na questão do T (Cronen & Pearce, 1982).

4.1.1.2. O Modelo de McGee

O modelo proposto por McGee (1999, in McGee et al., 2004) sobre como as perguntas funcionam em psicoterapia, é um modelo dinâmico e baseia-se na micro-análise da comunicação entre o T e o C (Bavelas, McGee, Phillips, Routledge, 2000). Para McGee e colegas (2004, p. 57) “O modelo aqui apresentado pode comparar-se com uma câmara lenta, passo a passo, de uma sequência que corre muito rápido em tempo real”.

Os autores desenvolveram uma análise funcional exaustiva das perguntas, que mostra como funcionam, e porque são a miúdo tão úteis. O seu princípio básico é o de que uma das principais funções das perguntas é apresentar novas ideias sem as afirmar directamente. Tomando como exemplo a “pergunta milagre” proposta por Steve De Shazer (1985): “Se uma noite, enquanto estava a dormir, sucedesse um milagre e o problema tivesse desaparecido, como o saberia ao

despertar? Qual seria a primeira coisa que notaria?”. Esta pergunta impõe uma perspectiva que é ao mesmo tempo positiva e orientada face ao futuro. Contrariamente, as terapias tradicionais a miúdo formulam perguntas que contêm pressupostos sobre a patologia e a importância do passado. As perguntas são, mais subtilmente, uma forma na qual o T introduz a sua perspectiva teórica, sem que abertamente aparente fazê-lo. Do ponto de vista de Bavelas e colegas (2003), dado que as perguntas inevitavelmente contêm pressupostos teoricamente motivados, existem somente duas diferenças entre as perguntas do paradigma tradicional (Psicanálise, TCP, Terapia Comportamental, CBT, Terapia Cognitiva, entre outras) e o alternativo (Terapia Breve, Terapia Estilo Milão, TBOS, Terapia Narrativa, PCP, TP, Terapia Positiva de Casal, entre outras): que os pressupostos contidos patologizem ou dignifiquem o C, e que o T inclua estes pressupostos consciente, ou só inadvertidamente. Poderíamos associar mais duas diferenças potenciais: a atenção dada ao passado ou ao futuro e a “neutralidade” valorativa ou a opção por valores.

4.1.1.3. Funções das Perguntas

Para examinar em detalhe o que ocorre desde o momento em que um T formula uma questão até à resposta do C, McGee e colegas (2004, pp. 57-63) referem as dez funções das questões:

1. As perguntas requerem respostas

Logo que uma pergunta é formulada, quem responde está virtualmente convidado a participar, a contribuir com a sua parte do par adjacente pergunta-resposta. Como parte do par adjacente, as perguntas são efectivas no sentido de provocar uma resposta por parte do C e, ao mesmo tempo, a fala do T, para que este possa formular a pergunta seguinte.

2. Quem responde deve dar sentido à pergunta

Uma vez que esperamos que uma pergunta seja genuína e não trivial, sem sentido, ou falsa, quem responde deve dar sentido à pergunta, mesmo supondo o caso em que esta não pareça relevante à primeira vista. Quem responde deve contextualizar a pergunta, retirando inferências conectoras com uma base comum implícita. Ao fazer isto, quem responde começa o processo de co-construção iniciado pela pergunta. Para dar sentido à pergunta, quem responde deve tomar a perspectiva de quem formula a pergunta. Na pergunta da tomada de perspectiva, a pergunta requer que quem responda examine uma nova perspectiva. Portanto, quem responde está comprometido, usando tanto a lógica como a imaginação, num processo de construção de sentido no qual a perspectiva de quem pergunta penetra no mundo discursivo de quem responde, e é envolta por este.

3. A pergunta restringe e orienta a quem responde rumo a um aspecto particular da sua experiência

O tópico da resposta está fixado pela pergunta. Como indicou De Shazer (1994) as perguntas, por um lado, abrem possibilidades para vários tipos de resposta e, ao mesmo tempo, restringem e limitam as respostas possíveis.

4. Para dar sentido à pergunta, quem responde deve fazer um trabalho considerável de revisão

Uma vez que quem responde foi orientado até à perspectiva de quem pergunta, e depois que tenha dado sentido à pergunta, tem ainda mais trabalho que lhe é requerido. No processo de responder à pergunta, quem responde deve examinar a sua própria experiência e conhecimento e pode ter, sobre o percurso, que chegar a conclusões ou formular opiniões. Este compromisso não é trivial, mas chama a atenção de quem responde para, desta maneira, proporcionar os detalhes requeridos, detalhes que dão sentido à narrativa e a tornam relevante e conectada com a sua experiência de vida.

5. Ao formular uma resposta, quem a dá não comenta os pressupostos contidos na questão

Temos tentado mostrar que uma pergunta tem um poder considerável ao conter pressupostos que criam uma base comum e impõem a perspectiva de quem pergunta e, ainda, que este poder opera comumente de forma implícita. Se quem responde avalia cada ideia ou conceito pressuposto que existe como base comum, a conversação tornar-se-á intoleravelmente lenta. Em consequência, seria pouco prático, ou até pouco cooperativo, fazer um comentário explícito sobre os pressupostos implícitos.

6. Um pressuposto contido (na pergunta) é maleável e pode ser corrigido

Pelo facto dos pressupostos não serem pronunciados explicitamente, com frequência podem evitar um ataque directo. Se quem responde desafia algum dos pressupostos contidos na pergunta, quem a formula pode mudar, aparentando uma clarificação (“O que queria dizer...”).

7. Uma vez que quem responde o tenha feito, o simples facto de responder à pergunta aceita implicitamente os pressupostos contidos como base comum

Se o C e o T aceitam a história contada pelo C, como algo que tenha sido construído por ele, nesse momento a base comum parece ter co-construído uma nova perspectiva.

8. O cliente é o dono da resposta, não o terapeuta

Dado que o C tem que prever a informação que o T não possui, ele mesmo descobre e apresenta informação consistente com os pressupostos contidos. Assim, o C está intimamente comprometido na co-construção desta base comum descobrindo, quer capacidades e qualidades positivas, quer deficiências e patologia.

9. Depois da questão ser respondida, a iniciativa volta a quem a formulou, i.e., ao terapeuta

Até aqui foi demonstrado tudo o que sucede dentro de um único par adjacente pergunta-resposta. Nas últimas duas funções, olhamos sucintamente para o que se passa depois. Segundo Coulthard (1992) nos diferentes contextos as perguntas iniciam uma pauta alternante

constituída por três partes, a saber: (1) pergunta; (2) resposta; e (3) continuação. Isto é, depois da resposta do C, o T tem a iniciativa para continuar, com a oportunidade de tanto fazer um comentário sobre a pergunta - reformulando-a, por exemplo - como de iniciar outra pergunta. McGee e colegas (2004, p. 63) dizem: “O terapeuta actua como um jogador de ténis retendo o serviço e o controlo do jogo, mantendo a iniciativa enquanto o turno da fala retorna repetidamente a ele”.

10. À medida que as conversações avançam rapidamente, torna-se cada vez mais difícil voltar aos pressupostos implícitos prévios

Com o avançar das conversações há uma transformação na narrativa do C. As hipotéticas possibilidades, baseadas num cenário imaginário de milagre, por exemplo, podem converter-se em capacidades reais demonstradas pelo C numa ocasião recente, podendo ser dificilmente questionadas nesse momento. Assim, estes pressupostos são base comum, partilhados pelo T e C, permitindo que o T questione o C sobre a possibilidade de ter outro “dia milagroso” na vida.

4.1.1.4. Princípios Teóricos do Modelo de McGee

Um dos principais contributos de McGee (1999, cit. por McGee et al., 2004) foi o emprego de diferentes princípios ligados à investigação da linguagem na comunicação para entender e analisar as perguntas terapêuticas. Estes princípios integram os conceitos de: pares adjacentes, pressupostos, inferências conectoras e de base comum.

1 - Pares adjacentes. As sequências pergunta-resposta são uma instância denominada de par adjacente (Schegloff & Sacks; Goffman, in McGee et al., 2004). Os pares adjacentes são padrões de elocuições sucessivas, produzidas por diferentes falantes, nas quais a segunda parte do par é relevante e esperado, quer dizer, as partes do par adjacente são dependentes entre si (exemplo de pares adjacentes são os cumprimentos “olá”-“olá”). Num par adjacente de pergunta-resposta, a pergunta evoca uma resposta ou, mais ainda, uma resposta de acordo com a pergunta formulada.

2 - Pressupostos. Um pressuposto é aquilo que a pergunta assume (Dillon, 1990). Na maioria dos casos das conversas quotidianas, os pressupostos que as perguntas levam consigo não são explicitamente formuladas, quer dizer, vão contidas na pergunta. Os autores, remetem-nos para o seguinte exemplo: para entender o pressuposto contido na pergunta do T “Quantos irmãos eram na sua família?”, é necessário ter mais informação contextual. Neste exemplo, tanto o T como o C, eram Ts e partilhavam grande quantidade de conhecimento. Um pressuposto típico neste exemplo é que há uma relação entre o lugar que uma pessoa ocupa entre os seus irmãos (e. g., filho do meio) e a maneira como essa pessoa se relaciona com os seus pares enquanto adulto. À primeira vista a pergunta do T parece inesperada e sem relação com a conversação até àquele momento. Contudo, o C entende rapidamente o pressuposto contido na pergunta - que de

alguma forma, o lugar que ele ocupava na sua família na infância pode ter afectado a sua capacidade presente para lidar com os outros. O T não explicou ou justificou este pressuposto com um preâmbulo, mas incluiu-o na pergunta.

3 - Pressupostos, perspectivas e inferências conectoras. De acordo com Clark e Schober (cit. por McGee et al., 2004), uma função importante dos pressupostos é comunicar a perspectiva de quem pergunta. Estes autores consideram que os pressupostos também requerem que quem responde faça conexões lógicas ou inferências conectoras entre os turnos da fala sucessiva. Neste exemplo, a pergunta requer que o C tenha uma inferência que ligue a descrição do seu problema presente em relação ao partilhar informação com um amigo e a pergunta do T sobre a ordem que o C ocupou entre os seus irmãos. Aqui podemos ver com evidência o C a fazer isto: “T: Eh, quantos irmãos eram na sua família?. C: três... (riso) Ah ah! (acenando ao T). Três e eu sou o irmão do meio”. Neste caso o C começou a responder automaticamente e previu a parte do par adjacente. Sorriu e inseriu um comentário metacomunicativo (“Ah ah!”) que faz referência implícita a ter compreendido o pressuposto contido na pergunta. Com a resposta seguinte, respondeu à pergunta explícita “Três” e à implícita “sou o do meio”. Ao fazer isto, o C aceita uma conexão significativa entre a sua infância e a situação actual (McGee et al., 2004).

4 - Base comum. McGee e colegas (2004) referem que o importante de uma perspectiva terapêutica, é que quem responde deve inferir e dar sentido ao significado que o T pode ter querido transmitir, criando uma ponte que encaixe entre o pressuposto de quem pergunta e algo na experiência partilhada entre ambos. Clark, Schreuder e Buttrick (in op. cit.), referiram-se ao conhecimento mutuo acumulado que os interlocutores trazem à conversação como base comum. Esta base comum designa o conhecimento, as crenças, os pressupostos, os fins, que os participantes partilham antes de entrar na conversação e podem, portanto, usar na conversação. Os participantes vão actualizando a base comum no curso da conversação, processo a que Clark e Schober (1992) denominaram princípio de acumulação. Para McGee e colegas (op. cit.) uma pergunta contém sempre pressupostos, e quem responde tem que fazer inferências conectoras, para dar sentido à pergunta. Assim, é habitualmente mais fácil para quem responde aceitar o pressuposto como parte da base comum, em lugar de o questionar ou discutir.

4.1.2. Formulação e Reformulação

Uma das técnicas comunicacionais mais comuns do T, aparentemente neutra, é resumir ou parafrasear o que o C disse. Dado que parece simples repetir o que o C disse, esta ferramenta é frequentemente concebida como não directiva, isto é, considera-se que não influi na narrativa do C. A micro-análise de Phillips (in Bavelas et al., 2003) demonstrou quão influentes e co-constructivas são inevitavelmente estas respostas. Phillips (1998, in op. cit.) serviu-se de

investigações realizadas fora da terapia, em práticas conversacionais comuns. Garfinkel e Sacks (1970, p. 350, in Bavelas et al., 2003), identificaram o processo de formulação, a partir do qual um dos participantes podia descrever, caracterizar, aclarar, traduzir, resumir ou proporcionar o essencial do que a outra pessoa havia dito recentemente.

Heritage e Watson (1979) desenvolveram ainda mais o conceito de formulação assinalando que as formulações, quando parecem constituir simples paráfrases, cumprem três funções: preservam, eliminam e transformam a afirmação original.

Por sua vez Phillips (in op. cit.) afirmou que a diferença entre formulação e reformulação supõe apenas uma questão de gradação e que qualquer formulação deve inevitavelmente mudar a afirmação original. Assim, propôs que o que se chamava de paráfrase, reflexão, re-enquadramento, etc., era empiricamente não distinguível de formulação. Para demonstrar as funções da formulação, comparou como eram usadas numa sessão tradicional de resolução de conflito *versus* uma sessão de resolução de conflito alternativa orientada para a solução, tendo como terapeuta I. K. Berg. A informação foi retirada de vídeos de dramatizações de treino (Brief Family Therapy Center; Rogers & Salem, in Bavelas et al., 2003). Phillips (in op. cit.) identificou dois parâmetros diferentes de formulação. O primeiro, a formulação centrada no problema *vs.* centrada na solução. Uma formulação centrada no problema selecciona os aspectos problemáticos da afirmação original, enquanto que uma formulação centrada na solução seleccionaria os aspectos mais positivos da mesma afirmação. O segundo parâmetro considerado por Phillips foi determinar se a formulação era aberta ou fechada. As formulações abertas deram a oportunidade ao primeiro falante de avaliar e comentar sobre a formulação. Uma formulação fechada restringiria o comentário. A análise detalhada de Phillips mostrou que o mediador tradicional diferia notavelmente do centrado na solução quanto ao uso das formulações centradas no problema *vs.* as formulações centradas na solução. As formulações do T tradicional estavam centradas consistentemente nos problemas em lugar das soluções, enquanto que o oposto se comprovava na sessão de Berg.

4.1.3. Escolha Lexical

Formulando as afirmações do C, ou fazendo uso de outras formas de conversação (e. g., asserções tais como aconselhar, interpretar, descrever ou oferecer informação), o T deve eleger as palavras precisas entre todas aquelas disponíveis. A escolha lexical (van Dijk, 1983, in Bavelas et al., 2003), é um termo técnico para este aspecto do discurso, a selecção sistemática da frase ou formulação e a sua influência potencial no receptor. Routledge (1997) examinou a escolha lexical num contexto terapêutico específico ou seja, a linguagem que os psiquiatras, e muitos outros, usam para falar sobre a medicação. Dois aspectos da escolha lexical são de

particular interesse: 1º) as metáforas, que constróem a realidade de uma maneira em detrimento de outra, e reflectem versões subjacentes dos acontecimentos. Por exemplo, falar dos empregados como “companheiros de equipe” ou como “recursos humanos” são ambas metáforas, porém criam versões muito diferentes dos empregados na sua relação com o empregador. Os médicos frequentemente falam da medicação fazendo uso de escolhas lexicais que os situam a eles mesmos como os agentes, e ao paciente como o objecto do tratamento. 2º) o processo de re-lexicalização refere-se “a gerar novas formulações que são construídas como alternativas, e em oposição às existentes (Fairclough, 1992, p. 194)”; e “promove uma nova perspectiva para os ouvintes, frequentemente em áreas especializadas (Fower & Kress, 1979, p. 210, in Bavelas et al., op. cit.)”.

Routledge (1997) propõe uma linguagem alternativa, mais colaborativa, usualmente com perguntas em vez de afirmações, recorrendo à re-lexicalização para introduzir novas metáforas.

As escolhas lexicais efectuadas pelo médico definem inevitavelmente o triângulo da relação entre quem prescreve, o paciente e a medicação. Quem tem o controle ou a autoridade desta situação, e quem recebe o reconhecimento da culpa? Como se viu, as ferramentas de re-lexicalização e a introdução de novas metáforas podem criar uma visão e uma função mais positiva e interventiva do paciente (Bavelas et al., 2003).

4.2. INVESTIGAÇÃO - TÉCNICAS DE ESCUTA ACTIVA

Outra forma de questionar os modelos que prescrevem a maneira como os Ts comunicam ou devem comunicar é a partir das difundidas técnicas de escuta activa. Dois autores, Norgaard, Armstrong, cit. por Bavelas et al., 2003, concluíram que a considerável literatura sobre estas técnicas não contém, virtualmente, estudos de avaliação, no sentido de demonstrar se são eficazes com os Cs ou preferidas por eles. Norgaard (in op. cit.) demonstrou que os ouvintes preferiam uma gravação áudio de escuta normal a outra com técnicas de escuta activa. Armstrong (in op. cit.) continuou estas descobertas estudando diálogos verdadeiros com participantes reais. Este autor criou uma ampla gama de escalas de comparação, incluindo possíveis reacções positivas e negativas. Os resultados foram claros: a escuta activa obteve a maioria das atribuições negativas. Os narradores avaliaram estas técnicas como significativamente mais estranhas, artificiais, falsas e fictícias que a escuta não treinada. avaliaram os ouvintes activos como mais propensos a mal interpretar e interromper em certas ocasiões. Houve dois resultados positivos: os narradores avaliaram os ouvintes activos como mais compreensivos, aparentemente reconhecendo as suas boas intenções e também como mais propensos a fazerem que o falante pense diferentemente em relação ao problema. Uma possível interpretação destes resultados é a de que os narradores apreciaram a pessoa do ouvinte, porém não estiveram satisfeitos com o seu estilo comunicacional (Bavelas et al., 2003).

A investigação de laboratório sobre ouvintes naturais (Bavelas, Coates & Johnson, 2000) demonstrou que um ouvinte que estivesse preocupado durante a experiência não podia escutar normalmente e que as suas respostas fictícias afectavam, significativamente, a história do narrador, tornando-a menos elaborada e menos coerente. Se extrapolarmos estes resultados para contextos naturais ou clínicos, seria possível que os ouvintes activos (e talvez os Ts que usam a escuta activa) estivessem igualmente preocupados com as suas técnicas, as quais induziam narrativas aparentemente monótonas e sem nexos nos seus Cs. Estes investigadores (2000) têm dúvidas sobre estas supostas capacidades comunicacionais, as quais continuam a ser amplamente ensinadas na formação de Ts e apresentadas como a maneira como a comunicação “deveria ser”, sem análise sistemática de como funcionam, de facto, na interacção em terapia.

4.3. MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO

4.3.1. Origens Históricas e Definição

Os princípios históricos da Micro-análise da Comunicação remetem-nos ao projecto “História Natural de uma Entrevista”. O início da investigação interdisciplinar sobre processos comunicacionais básicos em psicoterapia pode procurar-se directamente na analista neo-freudiana e terapeuta, Frieda Fromm-Reichmann. Em 1955, começou o projecto Natural History of an Interview (NHI) no Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences, por estar interessada em obter evidências palpáveis para as suas reacções intuitivas sobre os seus pacientes psiquiátricos. Esperava que a linguística e a antropologia pudessem ser capazes de conferir a evidência pretendida, e confiava que o estudo detalhado das entrevistas psiquiátricas a conduziria a descobertas concretas que poderia transmitir aos seus estudantes (Leeds-Hurwitz, in Bavelas et al., 2003).

Este projecto não foi publicado, mas está disponível em microfilme, bem como outros trabalhos relacionados, mas de menor extensão (McQuown, Leeds-Hurwitz, in Bavelas et al., 2003). Felizmente, a sua história e ganhos pioneiros foram bem resumidos por Leeds-Hurwitz (in op. cit.) o qual indica que foi o primeiro trabalho a recorrer à micro-análise como o principal método para analisar a interacção social. Isto foi possível devido ao uso sistemático de registos filmados que podiam ser estudados detalhada e repetidamente. Nesta altura, (desde 1955 até por volta de 1971) era pouco usual ter uma colaboração interdisciplinar tão extensa entre psiquiatras, antropólogos e linguistas, todos dedicados à transcrição e análises detalhadas de uma entrevista filmada. O objectivo do projecto era visionário e extenso, pensando em generalizações que iam desde esta análise particular, até mesmo a todo o processo comunicacional.

O projecto do NHI surgiu num contexto mais amplo dos começos do moderno campo da comunicação do pós-guerra, incluindo o desenvolvimento e a aplicação da teoria da informação e a cibernética (Ashby; Cherry; Miller; Shannon & Weaver, cit. por Bavelas, 2003). Neste particular, as Conferências Interdisciplinares Macy (Schaffner, in Bavelas et al., op. cit.) dedicadas à aplicação da cibernética às ciências do comportamento, haviam incluído alguns dos participantes do projecto NHI (em particular Gregory Bateson e Henry Brosnin) e contribuíram para iniciar uma mudança de ênfase desde os processos intrapsíquicos até à interacção social, assim como a dispor de um modelo de colaboração interdisciplinar. Bateson havia imediatamente começado a aplicar os princípios da cibernética nas suas investigações com John Weakland, Jay Haley, Don Jackson e William Fry na comunicação de famílias com um C esquizofrénico (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, in Bavelas et al., 2003).

Na década de sessenta, o que se conheceu como o Grupo de Palo Alto foi formado por Jackson, Watzlawick e Weakland, resultando numa combinação do grupo de investigadores da equipa de Bateson e que trabalharam junto de Jackson no Mental Research Institute. Contudo, o trabalho inicial do Grupo de Palo Alto foi melhor conhecido pelo estudo da interacção familiar e do desenvolvimento da terapia familiar, e a maioria dos seus membros principais haviam sido directa ou indirectamente influenciados pelo projecto do NHI. Eles tinham um forte interesse, tanto na terapia, como na comunicação terapêutica, que culminou no Brief Therapy Center do qual faziam parte, Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) e, também, no desenvolvimento de uma teoria geral da comunicação como interacção social (Watzlawick et al., 2004).

A micro-análise da comunicação é o exame detalhado de sequências comunicacionais reais, momento a momento, expressão por expressão, sendo uma maneira útil de compreender como funciona a comunicação terapêutica (Bavelas et al., 2003; Tomori & Bavelas, 2007) com ênfase no modo como estas sequências funcionam na interacção (McGee et al., 2004).

Faremos recurso da micro-análise da comunicação verbal como metodologia do estudo exploratório desta tese. Os trabalhos de Tomori e Bavelas (2007) encontram-se na base da referida investigação. Estas autoras micro-analisaram sessões de TCP e sessões de TBOS, analisando o como e o modo com os Ts estruturam as sessões. De um modo geral, os resultados indicam que os peritos da TCP usam quase exclusivamente formulações e os peritos da TBOS tanto usam as formulações como as questões (Tomori & Bavelas, 2007).

PARTE II - ESTUDO EXPLORATÓRIO

CAPÍTULO 5 - MICRO-ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO

5.1. MÉTODO

5.1.1. Recolha de dados

Os dados analisados são oriundos de duas sessões terapêuticas descritas em capítulos de livros por peritos das duas abordagens terapêuticas. A sessão de CBT é da autoria de Judith Beck (1997, cap. 1, pp. 19-20) e a sessão de PCP é de Perloiro, Neto e Marujo (no prelo). O conteúdo destes capítulos corresponde a entrevistas de demonstração com propósito de ensino, levadas a cabo por terapeutas com experiência e publicações no domínio.

5.1.2. Contextualização dos Casos

Descrevem-se em seguida os enquadramentos contextuais e históricos dos Cs analisados. A disparidade na quantidade de informação existente sobre os casos é subsequente à informação prestada em cada uma das respectivas fontes de onde os casos foram retirados.

a) Caso descrito por J. Beck relativo à prática de CBT: A **C** era uma mulher solteira, caucasiana, chamada **S**, de 18 anos, estudante universitária, frequentando o primeiro ano da faculdade, que buscou terapia durante o segundo semestre na faculdade devido à tristeza, ansiedade e solidão persistentes. Tinha estado bastante deprimida e moderadamente ansiosa durante os últimos quatro meses, além de ter experimentado dificuldades nas suas actividades diárias. O profissional que lhe fez a triagem apurou que **S** sofria de um episódio depressivo maior de severidade moderada que começara durante o primeiro mês na faculdade, quatro meses antes da sua entrada na terapia. Este diagnóstico foi feito com base no DSM-IV da APA, 1994 (Beck, 1997, cap. 1, p. 19; cap. 2, p. 34) .

b) Caso descrito por Perloiro, Neto e Marujo relativo à prática da PCP: Os Cs, chamados **P** e **A**, formam uma díade há quinze anos. Ambos na casa dos trinta, casados há cinco anos, depois de um período de 10 anos de namoro. O **P** era empregado bancário e a **A** era psicóloga educacional. Tinham um filho de três anos, o **D**, que se estava a desenvolver bem e de modo feliz. Procuraram terapia devido à deterioração da relação, manifestando episódios frequentes de conflito aberto e intenso. **P** saiu de casa três meses antes de procurarem apoio terapêutico, consequência de uma relação extra conjugal por parte de **P**. **A** descobriu a infidelidade por acaso e ficou com muita raiva, humor volátil e com dúvidas em relação a si mesma, bem como na capacidade de ambos abandonarem o passado negativo e a relação poder voltar a ser satisfatória. **P** ficou deprimido e confuso, sentindo-se culpado, mas também irado com a insegurança de **A** em seguir em frente, face ao comportamento de controle excessivo de **A**

desde essa altura e pelo facto de ela estar constantemente a trazer o episódio às conversas. **P** manifesta não saber como voltar a ganhar de novo a confiança, o amor e o perdão de **A**. Ele expressou que queria lutar pelo casamento, que já finalizara há muito a outra relação, mas por vezes experienciava desânimo e falta de forças para lutar mais pela relação.

5.1.3. Material

O material de análise aqui apresentado é uma selecção da conversa terapêutica retirada de sessões clínicas entre T e C, publicadas por escrito. O material da abordagem CBT foi recolhido de uma tradução do livro de J. Beck (1997, cap. 1, pp. 19-20). O material da PCP encontra-se num capítulo de Perloiro, Neto e Marujo (no prelo). Os diálogos foram, respectivamente, adaptados de uma tradução brasileira (Anexo A) e traduzidos do inglês (Anexo C).

5.2. ANÁLISE

Houve uma fase sequencial de análise, utilizando a metodologia da micro-análise da comunicação verbal (Tomori & Bavelas, 2007), identificando-se o tipo de declarações que cada T fez como “formulação” ou “questão”, bem como as declarações que cada C fez como “respostas” (McGee et al., 2004) (Anexo B e D).

5.2.1. Questões, Formulações e Respostas

Classificaram-se as declarações dos Ts como “formulações” ou “questões” e as dos Cs como “respostas”. As “formulações” foram classificadas como reflexão de sentimentos ou clarificação. As “questões” e as “respostas” foram classificadas quanto ao conteúdo (centrado na solução, centrado no problema, cognitiva, emocional), quanto à polaridade (positivas, negativas, positivas-negativas, neutras) e quanto à perspectiva temporal (passado, presente, futuro). A seguir indicam-se definições e exemplos para cada categoria com base nos trabalhos de Tomori e Bavelas (2007), Cormier e Nurius (2003) e Perloiro, Neto e Marujo (no prelo).

5.2.2. Operacionalizações

Uma declaração de um T corresponde a uma unidade de fala e termina quando o C começa a falar. Uma declaração do C corresponde a um uso da fala e termina quando o T fala de novo. Contudo, as sobreposições ou interjeições às respostas do ouvinte (T ou C), como por exemplo “O.k.”, não são declarações separadas; estas respostas mínimas do ouvinte foram tratadas como um *background* dentro da declaração do falante, sendo consideradas cada declaração do T ou C como uma unidade inteira. Assim, registou-se apenas um valor para uma declaração durante cada fase, exceptuando as intervenções do T em que há distinção entre formulação e questão na mesma declaração (Tomori & Bavelas, 2007, p. 5). Como exemplo:

Cliente: Claro. Eu acho que simplesmente desistiria.

Beck: E o que seria o melhor que lhe podia acontecer?

Cliente: Ahn... Que eu fosse capaz de trabalhar com facilidade.

Garfinkel e Sacks (1970, p. 350, cit. por Bavelas, McGee, Phillips & Routledge, 2002) definem “formulações” como declarações que descrevam, caracterizam, explicitam, traduzem, resumam ou fornecem a essência daquilo que é dito.

No presente estudo foram usados um ou mais dos seguintes critérios utilizados pelos analistas de Tomori e Bavelas (2007) e Cormier e Nurius (2003) para orientarem as decisões de classificação das formulações nos seus estudos: 1) uma formulação não introduz nova informação, apenas diz o que o C disse primeiro (a declaração inicial de uma sessão não pode ser uma formulação pois não precede nenhuma declaração do C); 2) é um sumário razoável daquilo que o C disse primeiramente; 3) o T tem que demonstrar que compreende o C; 4) convida a uma resposta mínima por parte do ouvinte (“O.k.”), e 5) frequentemente começa com uma marca de discurso como “então...”.

A clarificação é o tipo de formulação que consiste numa declaração utilizada depois de uma mensagem ambígua por parte do C. Pode começar: “Quer dizer que...” e continua com uma paráfrase de toda ou parte da mensagem anterior do C. A clarificação pode ser usada para tornar a mensagem anterior do C mais explícita e para confirmar a precisão da percepção do T acerca da mensagem. A clarificação é apropriada para situações em que o T não tem a certeza se entendeu a mensagem e necessita de mais elaboração (Cormier & Nurius, 2003). Exemplo:

Cliente: Não sei... Ainda estou tão cansada. É-me difícil sair até mesmo para procurar emprego, quanto mais para ir trabalhar todos os dias.

Beck: Daqui a pouco nós examinaremos isso. Na realidade, neste momento, talvez seja mais difícil para a S sair e procurar empregos do que seria para a S ir para um emprego que já tivesse conseguido. [...]

A reflexão de sentimentos é usada para repetir a parte afectiva da mensagem. Uma reflexão é semelhante a uma paráfrase mas diferente no sentido em que a reflexão adiciona um tom ou componente emocional à mensagem, o que não existe na paráfrase. Exemplo:

Cliente: Triste. Realmente em baixo.

Beck: Então a S tem o pensamento “Eu não serei capaz de dar conta do emprego” e esse pensamento fá-la ficar triste. [...]

Cliente: Bem eu estou a ter problemas simplesmente em assistir às minhas aulas até ao fim.

Quanto às questões, são declarações que pedem informações acerca de algo e convidam o C a responder ao T (Garfinkel & Sacks (1970, p. 350, cit. por Bavelas et al., 2002), servindo para direccionar o contributo do C para determinados tópicos e não para outros (McGee et al., 2005). Uma questão tem de ir ao encontro de um ou mais dos seguintes critérios: 1) pede nova

informação - critério mais importante; 2) o tom de voz torna-se mais alto no final da declaração ou 3) convida a mais do que uma resposta mínima de ouvinte. Como exemplo:

Perloiro e colegas: Como é que pretende alcançar esse sonho?

Cliente P: A A deve parar de falar acerca daquele “episódio”... vou-me sentir menos culpado.

Isto é uma questão, porque o T perguntou ao C como pretendia fazer algo, o que era informação que não estava directamente disponível ao T.

Quando se formula uma questão, quem responde encontra-se convidado a participar, a contribuir com a sua parte do par adjacente pergunta-resposta. Como parte deste par, as perguntas são efectivas no sentido de provocar uma resposta por parte do C e, em simultâneo, a fala do T, para que este possa enunciar a pergunta seguinte (McGee et al., 2004).

Declarações que incluam respostas mínimas de ouvinte e uma questão, são simplesmente questões, por exemplo:

Beck: O.K. E que mais?

Entendem-se como questões emocionais ou respostas emocionais as declarações, respectivamente do T ou do C, cujo conteúdo se reporta a afectos ou sentimentos. Exemplo:

Beck: E como é que isso a faz sentir?

Cliente: Triste. Realmente em baixo.

As questões cognitivas ou respostas cognitivas são as declarações, respectivamente do T ou do C, sobre pensamentos, raciocínios, percepções ou auto-consciência. Exemplo:

Beck: Mas o que é que se está a passar pela sua mente agora?

Cliente: Que eu não vou ser capaz de dar conta do emprego.

Se as declarações do T e do C incidem em aspectos que facilitam uma possível resolução da situação que levou o C à consulta, são respostas solução ou questões solução. Exemplo:

Perloiro e colegas: O é que, como indivíduos e como casal, aprenderam desta experiência?

Cliente A: Ficarmo-nos a conhecer muito melhor agora.

Se as declarações do T ou do C focam aspectos da situação que conduziu o C à consulta, designam-se por respostas ou questões problema. Exemplo:

Beck: [...] De qualquer maneira, há alguma outra evidência de que a S não pudesse lidar com um emprego, supondo que conseguisse encontrar um?

Cliente: ... Não, que eu me lembre.

Quanto à polaridade, as questões e respostas positivas do T e do C, respectivamente, correspondem a declarações positivas que enfatizam os aspectos positivos das acções ou objectivos e reflexões do C, indo numa direcção desejável (Tomori & Bavelas, 2007). Exemplo:

Beck: Tem alguma ideia de onde a S pudesse trabalhar?

Cliente: Talvez na livraria da universidade. Eu vi num anuncio que eles estão a precisar de recepcionistas.

As questões ou respostas negativas do T e do C, respectivamente, são as declarações cujo conteúdo enfatiza os aspectos negativos das acções, objectivos e reflexões do C, indo numa direcção indesejável (Tomori & Bavelas, 2007). Exemplo:

Beck: [...] Quais são as evidências de que a S não seria capaz de trabalhar?

Cliente: Bem, eu estou a ter problemas simplesmente em assistir às minhas aulas até ao fim.

Uma declaração positiva-negativa acontece quando uma declaração incluiu direcções tanto desejáveis como indesejáveis (Tomori & Bavelas, 2007). Exemplo:

Cliente: Eu preciso de dinheiro... mas não sei.

Se a declaração tem um fim aberto e não compromete a análise em nenhuma direcção (positiva ou negativa), a declaração é designada neutra (Tomori & Bavelas, 2007). Exemplo:

Beck: O.K. E que mais?

Dependendo do enfoque dado pelo T ou pelo C às declarações, quanto à perspectiva temporal, se centrar em acontecimentos passados, presentes ou futuros, assim se designam as questões ou respostas, respectivamente, de passado, de presente ou de futuro.

As declarações de passado envolvem a dimensão da gratidão e ajudam o C a sentir-se ligado à sua história pessoal (Perloiro et al., no prelo). Exemplo:

Perloiro e colegas: O que é que vos fez pensar que gostaríam de partilhar a vossa vida um com o outro?

Cliente A: Eu amava-o...o que é que eu posso dizer...?

Cliente P: Dávamo-nos tão bem...

As declarações de presente aumentam a perspectiva optimista da experiência actual do C (Perloiro et al., no prelo). Exemplo:

Perloiro e colegas: O que é que o seu companheiro/a faz, que a/o faz feliz?

Cliente A: Ser querido e sorrir quando eu chego a casa... Dar-me um abraço... [...]

As declarações de futuro têm como objectivo desenvolver a esperança sobre as possibilidades que possam vir acontecer ao C (Perloiro et al., no prelo). Exemplo:

Perloiro e colegas: Como é que se imaginam como casal no futuro? [...]

Cliente A: Vejo-nos juntos... Noutra casa. Aquela tem muitas memórias negativas [...]

5.3. RESULTADOS

Como se pode confirmar na Tabela 1 o material analisado relativo à CBT contém 19 declarações do T, havendo 2 declarações cujo conteúdo implicou serem classificadas em 2

categorias distintas. Deste modo, há 19 questões e 2 formulações. Quanto ao conteúdo das questões, para um total de 19 perguntas, 11 foram perguntas centradas na solução, 4 centradas no problema, 2 perguntas cognitivas e 2 emocionais. Quanto à polaridade das questões, para um total de 19 perguntas, 10 foram positivas, 2 foram negativas e 7 foram neutras. Quanto à perspectiva temporal, para um total de 19 perguntas, 15 incidiram sobre o presente e 4 sobre o futuro. Relativamente às formulações, 1 foi clarificação e outra foi reflexão de sentimentos.

Tabela1. Categorização das declarações dos Ts das abordagens CBT vs PCP

Abordagem Terapêutica	Categorias	QUESTÕES									FORMULAÇÕES							
		Conteúdo				Polaridade					Perspectiva Temporal			Clarificação	Reflexão de Sentimentos	Total		
		Solução	Problema	Cognitiva	Emocional	Total	Positiva	Negativa	Positiva / Negativa	Neutra	Total	Passado	Presente				Futuro	Total
CBT		11	4	2	2	19	10	2	0	7	19	0	15	4	19	1	1	2
PCP		17	0	0	0	17	17	0	0	0	17	2	10	5	17	0	0	0

O material em análise referente à PCP evidenciou 17 declarações, todas classificadas como questões (Tabela 1). Quanto ao conteúdo, todas as perguntas foram centradas na solução. Quanto à polaridade, as 17 questões foram positivas. No que respeita à perspectiva temporal, das 17 questões, 2 incidiram sobre o passado, 10 centraram-se no presente e 5 focaram o futuro.

As declarações do C da abordagem CBT evidenciaram 19 respostas (Tabela 2). Analisando-as quanto ao conteúdo, verificou-se que das 19, 11 foram questões centradas na solução, 5 foram centradas no problema e 3 foram emocionais. Relativamente à polaridade das 19 respostas, 8 foram positivas, 9 foram negativas e 2 foram em simultâneo positivas e negativas. A perspectiva temporal das 19 questões indicou 15 no presente e 4 no futuro.

Tabela 2. Categorização das declarações dos Cs das abordagens CBT vs PCP

Abordagem Terapêutica	Categorias	RESPOSTAS													
		Conteúdo				Polaridade					Perspectiva Temporal				
		Solução	Problema	Cognitiva	Emocional	Total	Positiva	Negativa	Positiva / Negativa	Neutra	Total	Passado	Presente	Futuro	Total
CBT		11	5	0	3	19	8	9	2	0	19	0	15	4	19
PCP		23	0	0	4	27	27	0	0	0	27	4	14	9	27

O material analisado dos Cs da PCP indicou 27 declarações categorizadas como respostas. No que diz respeito ao conteúdo das 27 respostas, 23 foram centradas na solução e 4 foram

emocionais. Relativamente à polaridade, as 27 respostas foram positivas. Quanto à perspectiva temporal das 27 respostas, 4 incidiram sobre o passado, 14 no presente e 9 no futuro.

5.4. DISCUSSÃO

Através da micro-análise da comunicação verbal, verificou-se que as duas abordagens terapêuticas diferem no processo comunicacional durante as sessões clínicas com os Cs. Nas sessões analisadas, Beck recorre a questões e a formulações, enquanto Perloiro e colegas usam somente questões. As questões pedem ao C para fornecer novas informações que o T não tenha. As questões introduzem o foco e os pressupostos do T numa via directa, condicionando o diálogo terapêutico. Por seu lado, as formulações voltam a dizer o que o C disse anteriormente, não procurando nova informação, e introduzem a influência do T de uma forma diferente (McGee et al., 2004; Tomori & Bavelas, 2007). As questões de Perloiro e colegas centram-se exclusivamente em soluções e no positivo. À semelhança dos Ts da PCP, as questões de Beck também se centram maioritariamente na solução, no entanto as perguntas centradas no problema apresentam a segunda maior frequência, predominando questões positivas e neutras. As outras categorias de conteúdo e polaridade são também abrangidas pelas questões de Beck. Relativamente à perspectiva temporal, Perloiro e colegas, embora percorram o espectro temporal, centram-se maioritariamente no presente e em seguida no futuro. Beck recorre ao presente e ao futuro nas suas questões, sendo também predominantes as perguntas sobre o presente. As questões sobre o presente fomentam respostas optimistas relativas à experiência actual do C (Perloiro et al., no prelo).

Quanto às respostas que os Cs verbalizam ante as declarações do T, verificou-se que a C de Beck deu mais respostas centradas na solução, e em seguida centradas no problema, e quase igual número de respostas positivas quanto negativas. Já os Cs de Perloiro e colegas deram maioritariamente respostas de conteúdo centradas na solução e exclusivamente de polaridade positiva. No que diz respeito à perspectiva temporal, a C de Beck deu mais respostas a incidir sobre o presente do que sobre o futuro. De igual modo, as respostas dos Cs de Perloiro e colegas incidiram mais no presente do que no futuro e do que no passado.

Comparando as declarações dos Cs da PCP com as dos Ts, verifica-se que responderam de modo a contextualizarem as questões, começando o processo de co-construção iniciado pela pergunta. As categorias das respostas dos Cs vão no mesmo sentido das categorias das questões dos Ts, o que vai ao encontro das ideias defendidas por De Shazer (1994, in McGee et al., 2004) de que as perguntas possibilitam diversos tipos de resposta, porém restringem e direccionam as respostas possíveis. Quanto à comparação das categorias das respostas da C de Beck face às categorias das questões da T, os resultados vão no mesmo sentido dos anteriores,

salvo no que diz respeito às categorias da polaridade, onde se notam algumas respostas não espelhadas, havendo uma predominância de questões positivas para um número aproximado de respostas positivas e negativas. Possivelmente este aumento de respostas negativas e diminuição de positivas deve-se ao facto das questões formuladas por Beck serem dispersas e abrangerem as várias categorias de conteúdo e apresentarem um número considerável de questões neutras, não orientando a C numa possível direcção desejável, como se verifica para a abordagem da PCP.

Os Ts da PCP recorrem a perguntas centradas apenas na solução e positivas, orientando deste modo as categorias de resposta dos Cs no sentido desejável. Já a T da CBT recorre a várias categorias de perguntas, conduzindo a C a um mais diversificado uso de categorias de respostas, podendo estas serem desejáveis ou não. O efeito destas duas formas no C e na comunicação em terapia será provavelmente diferente.

Parece-nos relevante e interessante fazer a distinção entre investigação de resultados e de processos da terapia. Os nossos dados sugerem que há diferenças quanto aos processos no que acontece nas sessões destas duas abordagens terapêuticas. Tomori e Bavelas (2007) entendem que a prática baseada nas evidências deveria considerar tanto os processos como os resultados, e que é necessário saber o que acontece nas sessões de terapia para podermos saber qual é a explicação para os bons (ou maus) resultados. Os autores propõem que a investigação dos processos comece (ou pelo menos inclua) um estudo minucioso do comportamento dos Ts (Tomori & Bavelas, 2007) e dos Cs em terapia.

5. 5. CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho foi proceder à micro-análise relativa ao modo como as perguntas, as formulações e as respostas operam no contexto terapêutico e impactam a comunicação C/T. Este modelo pode ser uma ferramenta analítica para ajudar os Ts a tornar visível o impacto que essas expressões verbais podem ter na conversação terapêutica. Para entender o processo iniciado por uma pergunta terapêutica é necessário focalizarmo-nos, tanto em quem pergunta, como em quem responde. A micro-análise pode ajudar a identificar possíveis discrepâncias entre teorias e práticas sobre o que sucede quando T e C fazem terapia.

É importante realçar que o propósito foi analisar processos e não resultados. Assim, interessava-nos revelar e descrever as subtilezas implicadas nas acções de interacção entre T e C relativamente às intervenções verbais, e não fazer asserção alguma em relação à eficácia das abordagens teóricas estudadas. Por sua vez limitámos o nosso trabalho à análise da fala, com recurso ao discurso escrito. Não incluímos os aspectos prosódicos do discurso (acento e entoação) nem tão pouco as características visuais (índices faciais, olhar e gestos).

Parece que a especificidade da Terapia Positiva de Casal - uma abordagem da PCP, vai na direcção dos enfoques como a TBOS e a Terapia Breve, em que se utilizam as perguntas com maior frequência do que as afirmações ou asserções e, nalguns casos, o fazem de maneira claramente predominante ou exclusiva, como parece ser o caso da Terapia Positiva de Casal.

As sessões de PCP focam-se somente em perguntas centradas na solução e positivas, orientando deste modo as respostas dos Cs no sentido favorável à resolução da situação. Na sessão da CBT, as perguntas são de diversas categorias, conduzindo a C a um mais diversificado uso de categorias de respostas, podendo estas ser favoráveis, ou não, à resolução da situação.

A motivação que moveu a elaboração deste trabalho prendeu-se com um profundo interesse pela perspectiva da Psicologia Positiva como uma abordagem inovadora e actual, que poderá abrir novos horizontes de compreensão do Ser Humano, centrando-se num modo positivo de viver e intervir. Supõe-se que a Psicologia Positiva, ao tentar abordar as situações para além dos problemas, possa ser uma alternativa às terapias tradicionais, e ser eventualmente tão eficaz quanto satisfatória.

5.6. LIMITAÇÕES, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES OU COMPLEMENTO PARA FUTUROS ESTUDOS

Existem outras possíveis direcções futuras para a micro-análise da comunicação em terapia. As ferramentas analíticas aqui usadas podem servir para comparar quaisquer outras abordagens à Terapia, para as quais estejam disponíveis, quer gravações de vídeos adequadas, quer transcrições de sessões. Assim, se estiverem disponíveis gravações ou transcrições de sessões completas de PCP e TP, então a micro-análise comparativa poderá ser possível. Estas ferramentas analíticas podem também ser úteis para a formação de novos Ts de modo a tornarem-se mais conscientes daquilo que estão a fazer ou que podem mesmo fazer durante a conversa terapêutica. Além disso, existem outras características da comunicação terapêutica para além daquelas que examinámos aqui (e. g. comunicação não verbal, léxico) as quais são acessíveis para estudar sob a alçada desta técnica. Quando nos focamos cada vez mais de perto na comunicação, podemos ver a Psicoterapia como qualquer coisa que o T e o C “fazem” em conjunto (Tomori & Bavelas, 2007).

Alguns estudos já foram feitos neste sentido. McGee (1999, cit. por McGee et al., 2004) serviu-se do modelo interactivo de perguntas como intervenções terapêuticas para comparar diversas abordagens terapêuticas e examinar as diferenças entre elas. Fez a distinção entre paradigmas “tradicional” e “alternativo” em psicoterapia de acordo com o uso que cada abordagem terapêutica fazia das perguntas. Referiu vários exemplos de cada paradigma, que podem ser úteis para os T que estejam interessados em rever criticamente o seu próprio trabalho

aprendendo ao mesmo tempo a fazer a micro-análise. Nesta sua investigação McGee e colegas (2004) propuseram que a micro-análise pode ajudar a identificar possíveis discrepâncias entre as teorias acerca do que sucede e que podemos observar quando T e C fazem terapia.

Esperamos que este estudo aqui proposto contribua e ajude os Ts na investigação sobre as suas próprias práticas - avaliando, quer as suas próprias perguntas, quer as respostas subsequentes dos Cs.

No contexto da psicoterapia, as perguntas deverão ser construtivas ao oferecerem uma nova perspectiva na qual é mais possível que o C se assuma, contribua e reinvente. Perguntar acerca de sucessos pode criar um espaço conversacional para uma perspectiva cheia de detalhes positivos e úteis, enquanto perguntar acerca de dificuldades ou fracassos é possível que conduza a uma perspectiva muito diferente da mesma experiência de vida.

Ao entender em detalhe que as perguntas funcionam interaccionalmente no decurso da conversação terapêutica podemos esculpir perguntas que ajudem melhor os nossos Cs a identificar opções para melhorar as suas capacidades e qualidades, aquelas que McGee chamou de perguntas duplamente construtivas (1999, cit. por McGee et. al., 2004).

Refiram-se como limitações do estudo o facto de não se terem trabalhado transcrições totais, nem se tratar de casos reais, bem como a limitação de um dos casos ser individual e outro ser conjugal.

A ausência de material existente em PCP justificou esta limitação, que esperamos venha a ser superado no futuro próximo, à medida que esta abordagem terapêutica se desenvolve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1965). Vicarious processes: A case of no-trial learning. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: Academic Press.
- Bavelas, J. B., Coates L., & Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941-952.
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B., & Rutledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11, 47-66.
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B., & Rutledge, R. (2003). Microanálises de la comunicación en psicoterapia (A. Del Vento, trad.). *Sistemas Familiares*, 19, 23-41.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva* (M. C. Monteiro, trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed (1997).
- Beck, A. T., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (S. Costa, trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed (1995).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bozarth, J. (1998). *Person-centred therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.

- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In C. Snyder, & S. J. Lopez, (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 608-618). London: Oxford Univ. Press.
- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *J. Res. Personal.* 38, 150-163.
- Butler, A. C. (2000). *Meta-analysis findings favor cognitive therapy for many disorders*. Retirado em Julho de 2008 de: <http://www.beckinstitute.org/Library/InfoManage/ZoomPopup.asp?InfoID=179&InfoGroup=Main&FolderID=180&SessionID={44F8E48B-3393-44FD-B9DF-8CB9D31820F3}>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Chambless, D., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cogn. Ther. Res.* 18, 143-161.
- Clark, H., & Schober, M. (1992). Asking questions and influencing answers. In J. Tanur (Ed.), *Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys* (pp. 15-48). New York: Russell Sage Foundation.
- Clark, D. A. (1997). Twenty years of cognitive assessment: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 996-1000.
- Cooperrider, D. L. (1998). Getting started. In S. Hammond & C. Royal (Eds.), *Lessons from the field: Applying appreciative inquiry* (pp. 148-159). Plano, TX: Practical Press.
- Cooperrider, D.L. (1999). Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. In S. Srivastva & D.L. Cooperrider (Eds.), *Appreciative management and leadership* (2nd ed.) Williams Custom Publishing
- Cooperrider, D. L. (2004). *Introduction to advances in appreciative inquiry. Constructive discourse and human organization* (Vol. 1). Oxford: Elsevier Science.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (1999). *Appreciative inquiry: Collaboration for change*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Cormier, S., & Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (5^a Ed.). Califórnia: Thomson, Brooks/Cole.
- Coulthard, M. (1992). *Advances in spoken discourse analysis*. Londres: Routledge.

- Coyne, J. C. (1999). Thinking interactionally about depression: A radical restatement. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interaction nature of depression* (pp. 365-392). Washington: American Psychological Association.
- Cronen, V. E., & Pearce, W. B. (1982). The coordinated management of meaning: A theory of communication. In F. X. Dance (Ed.), *Human communication theory*, (pp. 61-89). New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow*. New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self*. New York: HarperCollins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2003). *Legs or wings? A repay to R. S. Lazarus*. *Psychological Inquiry*, 14, 113-115.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. S. (1988). *Optimal experience*. London: Cambridge Univ. Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, Vol. 38: *Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 4, 227-268.
- Della Fave, A., & Massimini, F. (1992). *The ESM and the measurement of clinical change: A case of anxiety disorder*. In M. DeVries (Ed.), *Experience of Psychopathology* (pp. 280-289). New York : Cambridge Univ. Press.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference at work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Dillon, J.T. (1990). *The practice of questioning: International series on communication skills*. In Owen Hargle (Ed.). Londres: Routledge.
- Diner, E., Emmons, R. A., Larsen R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *J. Personal. Assess.*, 49, 71-75.
- Diner, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction*. See Snyder & Lopez, 2002, pp. 463-473.
- Dobson, K. S., Backs-Dermott, B. J., & Dozois, D. (2000). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In Snyder, C. R., & Ingram, R. E. (Eds.), *Handbook of psychology change:*

- Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 409-428). New York: John Wiley & Sons.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson, K. S. (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp 3-39, 2ª ed.). New York: Guilford.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 907-923.
- Dobson, K. S., & Scherrer, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In P. Knapp & colaboradores (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 42-57, D. Bueno & D. Moraes, trads.). São Paulo, Brasil: Artmed.
- Duckworth, L. A., Steen, A. T., & Seligman, P. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1979). The basic clinical theory of rational emotive therapy. In A. Ellis, M. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey: Brooks/Cole.
- Emmons, R. A., & McCullough, M.E. (2003). Counting blessing versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*, 295-309.
- Eysenck, H. (1969). *The effects of psychotherapy*. New York: Science.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *J. Couns. Psychol. 24*, 511-521.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *J. Couns. Psychol. 30*, 483-498.
- Fordyce, M. W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty-second index of happiness and mental health. *Soc. Indic. Res. 20*, 355-381.
- Frisch, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 19-40.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology, 9*, 103-110.

- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Gonçalves, M. M. (2008). *Terapia centrada nas soluções*. Braga: Psiquilibrios
- Granvold, D., K. (1994). *Cognitive and behavioural treatment: Methods and applications*. Belmont: Wadsworth.
- Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S., Frisch, M. B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychol. Rep.*, 76, 1203-1208.
- Grant, P., Young, P. R., & DeRubeis, R. J. (2007). Terapias cognitivas e comportamentais. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 30-44, M. F. Lopes & R. C. Costa, trads.). Porto Alegre, Brasil: Artmed (2005).
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 26, 127-135.
- Held, B. S. (1995). *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Heritage, J., & Watson, R. (1979). Formulations as conversational objects. In G. Pasathas (Ed.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology* (pp. 123-162). New York: Irvington.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. In C. Vázquez, G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada* (2, pp. 41-71). Bilbao, Espanha.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed., pp. 428-466). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 258-263.
- <http://inqueritoapreciativo.atspace.com/>
- <http://www.authentic happiness.org/>
- Joseph, S. (2003). Client-centred psychotherapy: Why the client knows best. *The Psychologist*, 16, 304-307.
- Joseph, S. (2003). Person-centred approach to understanding posttraumatic stress. *Person-centred Practice*, 11, 70-75.
- Joseph, S. (2004). Person-centred therapy, posttraumatic stress, and posttraumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 77, 101-120.

- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive psychological approaches to therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*, 5-10.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 6*, 262-280.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). *Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice*. London: Routledge.
- Joseph, S., Linley, P. A., Harwood, J., Lewis, C. A., & McCollam, P. (2004). Rapid assessment of well-being: The short depression-happiness scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 1-44.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Change in outlook following disaster: Preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 271-279.
- Kazdani, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1979). *Cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Kolden, G. G., Howard, K. I., & Maling, M. S. (1994). The counselling relationship and treatment process and outcome. *The Counselling Psychologist, 22*, 82-89.
- Ledgewidge, B. (1978). Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin, 85*, 353-375.
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 601-610.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2002). Posttraumatic growth. *Counselling and Psychotherapy Journal, 13*, 14-17.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2003). Putting it into practice. *The Psychologist, 16*, 143.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Applied positive psychology: A new perspective for professional practice. In P. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 3-12). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 3-16.
- Lubin, S. J., & Whitlock, R. V. (2004). Psychometric properties of the brief life satisfaction scales. *J. Clin. Psychol. 60*, 11-27.

- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Soc. Indic. Res.* 46, 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Sckkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potencial. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational psychotherapy*. New York: Springer.
- Mahoney, M. J., & Kazdin, A. E. (1979). Cognitive-behavior modification: Misconceptions and premature evacuation. *Psychological Bulletin*, 86, 1044-1049.
- Mahoney, M. J., & Thoresen, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey: Brooks/Cole.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*, 13, 115-136.
- McGee, D., Del Vento, A., & Bavelas, J. B. (2004). Un modelo interactivo de preguntas como intervenciones terapéuticas (A. Del Vento, trad.). *Sistemas Familiares*, 20, 51-66.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Morais, S. I. M. (2006). *Comunicação e estranheza: Contingências da intersubjectividade*. Dissertação da tese de mestrado em Ciências da Comunicação. Universidade da Beira Interior, Departamento de Comunicação e Artes. Covilhã.
- Nakamura, J., & Csikszentmihaly, M. (2002). The concept of flow. In C. Snyder & S. J. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). London: Oxford Univ. Press.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- O'Connell, B. (2001). *Solution-focused stress counselling*. London: Continuum.
- Park, N., & Peterson, C. (2007). Methodological issues in positive psychology and assessment of character strengths. In A. D. Ong & M. H. M. Van Dulmen (Eds.), *Oxford handbook of methods in positive psychology* (pp. 292-305). Oxford: Oxford University Press.
- Pavio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

- Perloiro, M. F., Neto, L. M., & Marujo, H. A. (no prelo). *We will be laughing again: Restoring relationship with positive couples therapy*. In George Burns (Ed.), Wiley and Sons.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Assessment of character strengths. In G. P. Koocher, J. C. Norcross & S. S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). Oxford: Pergamon.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *App. Psychol. Meas.*, *1*, 385-401.
- Routledge, R. (1997). Speaking about medication. *Journal of Collaborative Therapy*, *4*, 18-24.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, *63*, 397-427.
- Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother. Psychosom.* *65*, 14-23.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, *5*, 2425-2432.
- Rogers, C. (1959). A theory, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology: A study of a science, vol. 3: Formulations of the person and the social context*, 184-256. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1964). Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *68*, 160-167.
- Rogers, C. (1969). *Freedom to learn*. Columbus, OH: Merrill.
- Safran, J. D., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, *38*, 406-412.
- Samstag, L. W. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change: Reactions to Roger' 1957 article. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*, 295-299.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.

- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist* 50, 965-974.
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51, 1072-1079.
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2005). *Positive psychology network 2004 progress report*, Retirado a 19 de Junho de 2008, de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/progressreport2004.pdf>.
- Seligman, M. E. P. (2008). *Felicidade autêntica - Os princípios da psicologia positiva* (Editora Pergaminho SA, trad.). Nova Iorque: Free Press (2004).
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology: In L. G. Aspinwall, & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of intervention. *American Psychologist*, 60, 410- 421.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model of motivation. *J. Personal. Soc. Psychol.* 76, 482-497.
- Sheldon, K. M., Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *J. Humanistic Psychol.* 41, 30-50.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Sheldon, K. M., Arndt, J., & Houser-Marko, L. (2003). In search of the organismic valuing process: The human tendency to move towards beneficial goal choices. *Journal of Personality*, 71, 835-886.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows of the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Snyder, C., Ilardi, M. S., & Cheavans, J. (2000). Hope theory: Updating a common process for psychological change. In C. Snyder & R. Ingram (Eds.), *Handbook of psychotherapy change: Processes and practices for the 21st Century* (pp. 128-135). New York: Wiley.
- Snyder, C., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press.

- Snyder, C., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). Oxford University Press.
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *Sch. Psychol. Q.*, *19*, 93-105.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). Hoboken, NJ: Wiley.
- Tomori, C., & Bavelas, J. B. (2007). Using microanalysis of communication to compare solution-focused and client-centered therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, *18*, 25-43.
- Vasco, A. B. (1994). No reino de Pã: Abordagem cognitivo-comportamental do caso José. *Psicologia*, *IX*, 139-152.
- Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: Impactes na aliança terapêutica. *Psicologia*, *XV*, 299-308.
- Watkin, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality*, *32*, 431-452.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2004). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (A. Cabral, trad.). São Paulo, Brasil: Pensamento - Cultrix (1967).
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch R. (1974). *Change*. New York: Norton.
- Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and posttraumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *76*, 267-283.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: M. I. T.

As fronteiras da Investigação
não começaram nas margens do nada;
elas vêm de uma paisagem vasta e frutífera de velhas fronteiras.
Se a Psicologia Positiva está na extremidade de algo novo,
isso deriva de algo tão antigo quanto a própria Humanidade:
a procura da FELICIDADE.

In: Duckworth, Steen, Seligman, 2005

ANEXOS

ANEXOS (A, B, C, D, E)

ANEXO A

ANEXO A

Textos e diálogos extraídos do capítulo do livro de Judith S. Beck (1997). Terapia cognitiva - teoria e prática, (cap.1, pp. 19-20).

TERAPEUTA = T

CLIENTE = C

Esta transcrição «é extraída da quarta sessão de Terapia com a C denominada S. Exemplifica o carácter de uma intervenção de terapia cognitiva típica. O problema central da cliente foi especificado, a ideia disfuncional foi identificada e avaliada, um plano razoável foi delineado e a efectividade da intervenção foi avaliada» (Beck, 1997, (1), pp. 19-20).

Quarta sessão de Terapia

T: O.k., hoje a S disse-me que desejava conversar sobre o problema de encontrar um emprego no meio do semestre?

C: É. Eu preciso de dinheiro... mas não sei.

T: (*Percebendo que a paciente parece mais disfórica*). Mas o que é que se está a passar pela sua mente agora?

C: Que eu não vou ser capaz de dar conta do emprego.

T: E como é que isso a faz sentir?

C: Triste. Realmente em baixo.

T: Então a S tem o pensamento “Eu não serei capaz de dar conta do emprego” e esse

pensamento fá-la ficar triste. Quais são as evidências de que a S não seria capaz de trabalhar?

C: Bem, eu estou a ter problemas simplesmente em assistir às minhas aulas até ao fim.

T: O.k. E que mais?

C: Não sei... Ainda estou tão cansada. É-me difícil sair até mesmo para procurar emprego, quanto mais para ir trabalhar todos os dias.

T: Daqui a pouco nós examinaremos isso. Na realidade, neste momento, talvez seja mais difícil para a S sair e procurar empregos, do que seria para si ir para um emprego que já tivesse. De qualquer maneira, há alguma outra evidência de que a S não pudesse lidar com um emprego, supondo que conseguisse encontrar um?

C: ... Não, que eu me lembre.

T: Existe qualquer evidência do oposto? De que a S poderia ser capaz de lidar com um emprego?

C: Na verdade, eu já trabalhei o ano passado. E isso foi a par da escola e de outras actividades. Mas este ano... eu simplesmente não sei.

T: Existe qualquer outra evidência de que a S pudesse lidar com um emprego?

C: Não sei... Seria possível que eu pudesse fazer algo que não exigisse tanto tempo. E que não fosse difícil demais.

T: O que poderia ser?

C: Um emprego em vendas, talvez. Fiz isso o ano passado.

T: Tem alguma ideia de onde a S possa vir a trabalhar?

C: Talvez na livraria da universidade. Eu vi num anúncio que eles estão a precisar de recepcionistas.

T: O.K. E qual seria a *pior* coisa que lhe poderia acontecer se a S de facto conseguisse um emprego na livraria?

C: Acho que seria eu não conseguir desempenhá-lo.

T: E a S acha que iria sobreviver a isso?

C: Claro. Eu acho que simplesmente desistiria.

T: E o que seria o *melhor* que lhe podia acontecer?

C: Ahn... Que eu fosse capaz de trabalhar com facilidade.

T: E qual seria o resultado mais *realista*?

C: Provavelmente não seria fácil, especialmente no começo. Mas conseguiria depois dar conta do recado.

T: Qual é o efeito de acreditar nesse pensamento inicial: “Eu não serei capaz de dar conta do emprego”?

C: Faz-me ficar triste... Faz-me mesmo nem tentar.

T: E qual é o efeito da S mudar o pensamento, de perceber que possivelmente poderia trabalhar na livraria?

C: Eu sentir-me-ia melhor. E ficaria mais propensa a candidatar-me ao emprego.

T: Então, o que deseja fazer em relação a isso?

C: Ir á livraria. Poderia ir lá hoje à tarde.

T: Quão disposta está a S a ir à livraria?

C: Oh, eu acho que posso ir hoje. Eu vou lá hoje.

T: E como é que a S se sente agora?

C: Um pouquinho melhor. Um pouco mais nervosa, talvez. Mas um pouco mais esperançada, acho eu.

ANEXO B

ANEXO B

Micro-análise da Quarta Sessão de Terapia com a C denominada de S.

Judith S. Beck. Terapia cognitiva - teoria e prática, (1997, cap. 1, pp. 19-20).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (do inglês Cognitive Behavioral Therapy, **CBT**)

TERAPEUTA = **T**

CLIENTE = **C**

TERAPEUTA
CLIENTE

DIÁLOGO

MICRO-ANÁLISE
CBT

T: O.k., hoje a S disse-me que desejava conversar sobre o problema de encontrar um emprego no meio do semestre?

Questão/Problema/Neutra/Presente

C: É. Eu preciso de dinheiro... mas não sei.

Resposta/Solução/Positiva-Negativa/Presente

T: *(Percebendo que a paciente parece mais disfórica).*

Mas o que é que se está a passar pela sua mente agora?

Questão/Cognitiva/Neutra/Presente

C: Que eu não vou ser capaz de dar conta do emprego.

Resposta/Problema/Negativa/Presente

T: E como é que isso a faz sentir?

Questão/Emocional/Neutra/Presente

C: Triste. Realmente em baixo.

Resposta/Emocional/Negativa/Presente

T: Então a S tem o pensamento “Eu não serei capaz de dar

Reflexão de sentimentos

conta do emprego” e esse pensamento fá-la ficar triste.

Quais são as evidências de que a S não seria capaz de trabalhar?

Questão/Problema/Negativa/Presente

C: Bem, eu estou a ter problemas simplesmente em assistir às minhas aulas até ao fim.

Resposta/Problema/Negativa/Presente

T: O.k. E que mais?

Questão/Problema/Neutra/Presente

C: Não sei... Ainda estou tão cansada. É-me difícil sair até mesmo para procurar emprego, quanto mais para ir trabalhar todos os dias.

Resposta/Problema/Negativa/Presente

T: Daqui a pouco nós examinaremos isso.

Na realidade, neste momento, talvez seja mais difícil para a S sair e procurar empregos, do que seria para a si ir para um emprego que já tivesse.

Clarificação

De qualquer maneira, há alguma outra evidência de que a S não pudesse lidar com um emprego, supondo que conseguisse encontrar um?

Questão/Problema/Negativa/Presente

C: ... Não, que eu me lembre.

Resposta/Problema/Positiva/Presente

T: Existe qualquer evidência do oposto? De que a S poderia ser capaz de lidar com um emprego?

Questão/Solução/Positiva/Presente

C: Na verdade, eu já trabalhei o ano passado.

Resposta/Problema/Positiva-Negativa/Presente

E isso foi a par da escola e de outras actividades.

Mas este ano... eu simplesmente não sei.

T: Existe qualquer outra evidência de que a S pudesse lidar com um emprego?	Questão/Solução/Positiva/Presente
C: Não sei... Seria possível que eu pudesse fazer algo que não exigisse tanto tempo. E que não fosse difícil demais.	Resposta/Solução/Positiva/Presente
T: O que poderia ser?	Questão/Solução/Positiva/Presente
C: Um emprego em vendas, talvez. Fiz isso o ano passado.	Resposta/Solução/Positiva/Presente
T: Tem alguma ideia de onde a S possa vir a trabalhar?	Questão/Solução/Positiva/Presente
C: Talvez na livraria da universidade. Eu vi num anúncio que eles estão a precisar de recepcionistas.	Resposta/Solução/Positiva/Presente
T: O.K. E qual seria a <i>pior</i> coisa que lhe poderia acontecer se a S de facto conseguisse um emprego na livraria?	Questão/Solução/Negativa/Futuro
C: Acho que seria eu não conseguir desempenhá-lo.	Resposta/Solução/Negativa/Futuro
T: E a S acha que iria sobreviver a isso?	Questão/Solução/Positiva/Futuro
C: Claro. Eu acho que simplesmente desistiria.	Resposta/Solução/Negativa/Futuro
T: E o que seria o <i>melhor</i> que lhe podia acontecer?	Questão/Solução/Positiva/Futuro
C: Ahn... Que eu fosse capaz de trabalhar com facilidade.	Resposta/Solução/Positiva/Futuro
T: E qual seria o resultado mais <i>realista</i> ?	Questão/Solução/Positiva/Futuro
C: Provavelmente não seria fácil, especialmente no começo.	Resposta/Solução/Positiva/Futuro

Mas conseguiria depois dar conta do recado.

T: Qual é o efeito de acreditar nesse pensamento inicial: **Questão/Cognitiva/Neutra/Presente**

“Eu não serei capaz de dar conta do emprego?”

C: Faz-me ficar triste... Faz-me mesmo nem tentar. **Resposta/Emocional/Negativa/Presente**

T: E qual é o efeito da S mudar o pensamento, de perceber **Questão/Solução/Positiva/Presente**

que possivelmente poderia trabalhar na livraria?

C: Eu sentir-me-ia melhor. E ficaria mais propensa a **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

candidatar-me ao emprego.

T: Então, o que deseja fazer em relação a isso? **Questão/Solução/Positiva/Presente**

C: Ir á livraria. Poderia ir lá hoje à tarde. **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

T: Quão disposta está a S a ir à livraria? **Questão/Solução/Positiva/Presente**

C: Oh, eu acho que posso ir hoje. Eu vou lá hoje. **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

T: E como é que a S se sente agora? **Questão/Emocional/Neutra/Presente**

C: Um pouquinho melhor. Um pouco mais nervosa, talvez. **Resposta/Emocional/Positiva/Presente**

Mas um pouco mais esperançada, acho eu.

ANEXO C

ANEXO C

Textos e diálogos extraídos do capítulo “We will be laughing again: Restoring relationships with positive couples therapy”, Perloiro, Neto e Marujo (no prelo)

TERAPEUTA = T

CLIENTES = A e P (casal)

«As sessões foram organizadas e estruturadas com base no conceito de “instalar a esperança” (Snyder, 2002) tomado como um tipo de orientação metodológica. Para avaliar a esperança, o terapeuta colocou questões dirigidas aos horizontes futuros e aos possíveis, e nos objectivos individuais e partilhados pelo casal» (in Perloiro, Neto & Marujo, no prelo).

Acontecem assim, duas linhas de questionamento:

A primeira linha de questionamento relacionou-se com a agência humana (de “agency”, Snyder, 2002):

T: *“Quando pensa na sua relação, neste preciso momento da sua vida, qual é o seu sonho mais importante, tem esperança em quê?”*

A: *“Eu desejo que possamos continuar em frente e curar esta ferida. Estou pronta para perdoar. Talvez seja por isso que estou agora aqui. Tenho esperança que nos possamos curar. Mas nem posso imaginar que fiquemos juntos e algo parecido aconteça de novo! Alguma coisa vai ter de mudar.”*

P: *“Penso que também tenho de desculpar a **A** por não se ter esforçado o suficiente para aceitar a minha infidelidade e se ter mantido desconfiada em relação ao meu comportamento. Penso por vezes que sou um homem diferente. Acima de tudo, tenho*

de me desculpar a mim mesmo por ter causado sofrimento aqueles que mais amo.

Mas creio que podemos seguir em frente em direcção ao futuro”.

Os autores (Perloiro, Neto & Marujo, no prelo) referem que «o sonho comum e mais importante para o **P** e **A** era manterem a relação viva e salvarem o casamento. Dizem que ambos queriam o re-enquadramento claro da situação bem como o negociar de um novo conjunto de regras e razões para voltarem a ganhar a confiança um no outro, e que a esperança e o perdão pareciam elevados em ambos».

A segunda linha de questionamento relacionou-se com as formas de agir (de “pathways”, Snyder, 2002):

T: *“Como é que pretende alcançar esse sonho?”*

P: *“A **A** deve parar de falar acerca daquele «episódio»... Vou-me sentir menos culpado.”*

A: *“Eu preciso de me assegurar de que uma coisa destas nunca mais vai ocorrer.”*

T: *“Como terapeuta, também me interessa saber o que é que seria uma coisa importante acontecer daqui a dois anos, de modo a experienciarem felicidade e bem-estar no vosso casamento?”*

A: (muito rápida a responder) *“Voltarmo-nos a abraçar e a beijar apaixonadamente. Eu parar de chorar a toda a hora e rir, sorrir, sentir-me leve, menos negativa, não ter problemas em dormir à noite. Voltar a ganhar a confiança e parar de verificar as mensagens no telemóvel do **P**. Deixar de sentir que tenho de controlar todos os*

actos e movimentos dele porque me sinto confiante.”

«Esta resposta mostra como foi imediato começar o diálogo acerca das soluções e do futuro sonhado» (Perloiro, Neto & Marujo, no prelo).

T: (como consequência) *“Estou também interessado em saber como é que as outras pessoas à vossa volta irão ver as vossas transformações positivas.”*

P: *“Eles irão ver-nos a rir de novo, a ir jantar fora, com um aspecto relaxado, a trocarmos carícias e a sermos amáveis.”*

«Para continuar o diálogo e mante-lo à volta de imagens de possibilidades desejáveis, o terapeuta introduziu a próxima questão» (Perloiro et. al., op. cit.)

T: *“Se fosse pedido aos vossos amigos para vos descreverem como um casal feliz, o que é que diriam?”*

A: (pensou por um momento, começou a gaguejar e disse) *“Eles diriam que gostamos de estar um com o outro, que gostamos de estar juntos...”*

«Imaginarem-se a si mesmos juntos no futuro previsto é uma forma de se focarem em soluções e resultados positivos. Ao investir neste objectivo e ao avançar cada vez mais para soluções concretas e possíveis o terapeuta perguntou» (Perloiro et al., op. cit.)

T: *Como é que se imaginam como casal no futuro? Se conseguissem ‘desenhar’ ou descrever a imagem da vossa relação de casamento, como é que seria?”*

A: *“Vejo-nos juntos... Noutra casa. Aquela tem muitas memórias negativas. Eu ganharia confiança no P.”*

P: *“Eu voltaria a rir... Mas ao mesmo tempo, não sei... estou muito cansado, não sei se*

devemos continuar com o nosso casamento. Às vezes acho que sim, outras, acho que não.”

Na terceira, quarta e quinta sessões, Perloiro, Neto e Marujo (no prelo) «mostram com mais detalhe o processo das “questões como intervenção” e o diálogo baseado no modelo da felicidade descrito por Seligman, 2003, - [3 tipos de Felicidade: vida prazerosa, vida de envolvimento e vida com significado] como um esquema estrutural, de modo a descobrir o que é que contribui para a felicidade do indivíduo e do casal».

Questões do T ao nível da “vida prazerosa” (de pleasant life level, Duckworth & et al., 2005; Seligman, 2002):

T: *“O que é que o seu companheiro/a faz, que a/o faz feliz?”*

A: *“Ser querido e sorrir quando eu chego a casa...dar-me um abraço...”*

“Não se esquecer de pagar as contas”

P: *“Dizer-me que me ama...”*

T: «questão feita ao casal para trabalharem entre sessões, como exercício: ver um filme ou um álbum de fotografias em que apareciam juntos». *“Gostaria que ambos vissem um filme/ fotos em que estejam juntos. Enquanto as observam, que emoções positivas vêm à memória? O que é que as tornou possíveis?”*

P: (depois de assistir ao filme do seu casamento) *“Eu via-nos como uma família e disse a mim mesmo...não quero perder tudo isto... Todos estes anos vão agora por água abaixo? Não... ”.*

T: *“Por favor, escolham um local que invoque boas recordações. Depois, dirijam-se até lá na vossa imaginação. Tentem lembrar-se de todos os pormenores. Porque é que têm boas recordações acerca desse local?”* (novamente um convite para trabalharem entre as sessões).

A: *“Lembro-me quando fomos de viagem aos Açores... foi tão romântico e bonito”* (viagem quando estavam noivos).

P: *“Caminhámos e falámos durante horas, descobrindo-nos um ao outro. Já não falamos assim há muito tempo”* (viagem depois de se terem casado).

Questões do T ao nível da “vida de envolvimento” (de engaged life level, Duckworth & et al., 2005; Seligman, 2002):

T: *“Quero pedir-vos que escrevam uma carta ao vosso marido/mulher acerca do momento em que mais se sentiram próximo dele/a. O que é que o/a fez experienciar tal proximidade?”*

A: *“Ele tem um sentido de humor maravilhoso (excepto acerca do assunto dinheiro...)”*

P: *“Ela é muito determinada, enérgica e aceita sempre as minhas sugestões para actividades e programa”.*

*“Senti-me mais próximo quando a minha mãe morreu. Estávamos a namorar há um ano e a **A** foi extremamente apoiante na minha dor.”*

Questões do T ao nível da “vida com significado” (de meaningful life level, Duckworth & et al., 2005; Seligman, 2002):

T: *“O que é que vos fez pensar que gostaríam de partilhar a vossa vida um com o outro?”*

A: *“Eu amava-o...o que é que eu posso dizer...?”*

P: *“Dávamo-nos tão bem...”*

T: *“O casamento ajudou-o/a a tornar-se numa pessoa melhor? Em que sentido?”*

A: *“Aprendi a perdoar e a ser mais paciente e compreensiva.”*

T: *“Gostaria de convidar-vos a fazerem alguma coisa de modo a mostrarem ao outro o quanto gostam dele.”*

P: *“Penso que irei voltar para casa... embora tenha receio do que possa acontecer ... Sou uma parte desta família, desta casa... somos uma família!”*

T: *“Gostava de vos convidar para fazerem algum tipo de acção que honre a relação que têm.”*

A: *“Já o fiz, já te perdoei, estou preparada para voltar a ter confiança em ti...”*

Questões do T para desenvolver as forças e a esperança do casal para o futuro, (com base no modelo de Peterson & Seligman, 2004, “Character strengths and virtues” e de (Snyder, 2002, “Hope theory: rainbows of the mind”):

T: *“Imagem que estamos 5/10 anos à frente no futuro e que olham para trás, para este momento. De que é que sentiriam orgulho?”*

A: *“De eu ser capaz de perdoar...”*

P: *“Seremos capazes de resolver a situação...”*

T: *“O que é que, como indivíduos e como casal, aprenderam desta experiência?”*

A: *“Ficarmo-nos a conhecer muito melhor agora...”*

P: *“Vou-me lembrar de pensar a sério antes de fazer alguma coisa... Se é que me faço entender...”*

T: *“Se conhecessem um casal nas mesmas circunstâncias, o que é que lhes sugeriam para ultrapassar o problema?”*

P: *“Para terem confiança... Não se vão sentir mal para sempre”*

A: *“Pedir ajuda profissional rapidamente quando alguma coisa sair fora de controlo...”*

«Novamente, esta resposta mostra como o questionamento e o diálogo à volta de perspectivas positivas e orientadas para o futuro pode inspirar soluções práticas (voltar para casa; ser atencioso quando o outro volta do trabalho; pensar positivo, etc.), e novos espaços de vida. O passado e o futuro são co-construídos com uma visão das forças acerca de um futuro desejável, possível» (Perloiro, Neto & Marujo, no prelo).

ANEXO D

ANEXO D

Micro-análise dos diálogos extraídos do capítulo: “We will be laughing again: restoring relationships with positive couples therapy” Perloiro, Neto e Marujo (no prelo).

PSICOLOGIA CLÍNICA POSITIVA = PCP

TERAPEUTA = T

CLIENTES = A e P (casal)

**TERAPEUTA/
CLIENTES**

DIÁLOGO

**MICRO-ANÁLISE
PCP**

T: *“Quando pensa na sua relação, neste preciso momento da sua vida, qual é o seu sonho mais importante, tem esperança em quê?”*

Questão/Solução/Positiva/Presente

A: *“Eu desejo que possamos continuar em frente e curar esta ferida. Estou pronta para perdoar. Talvez seja por isso que estou agora aqui. Tenho esperança que nos possamos curar. Mas nem posso imaginar que fiquemos juntos e algo parecido aconteça de novo! Alguma coisa vai ter de mudar.”*

Resposta/Solução/Positiva/Futuro

P: *“Penso que também tenho de desculpar a A por não se ter esforçado o suficiente para aceitar a minha infidelidade e se ter mantido desconfiada em relação ao meu comportamento. Penso por vezes que sou um homem diferente. Acima de tudo, tenho de me desculpar a mim mesmo por ter causado sofrimento aqueles que mais amo. Mas creio que podemos seguir em frente em direcção ao futuro”.*

Resposta/Solução/Positiva/Futuro

- T:** *“Como é que pretende alcançar esse sonho?”* **Questão/Solução/Positiva/Presente**
- P:** *“A A deve parar de falar acerca daquele «episódio»... Vou-me sentir menos culpado.”* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**
- A:** *“Eu preciso de me assegurar de que uma coisa destas nunca mais vai ocorrer.”* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**
- T:** *“Como terapeuta, também me interessa saber o que é que seria uma coisa importante acontecer daqui a dois anos, de modo a experienciarem felicidade e bem-estar no vosso casamento?”* **Questão/Solução/Positiva/Futuro**
- A:** (muito rápida a responder) *“Voltarmo-nos a abraçar e a beijar apaixonadamente. Eu parar de chorar a toda a hora e rir, sorrir, sentir-me leve, menos negativa, não ter problemas em dormir à noite. Voltar a ganhar a confiança e parar de verificar as mensagens no telemóvel do P. Deixar de sentir que tenho de controlar todos os actos e movimentos dele porque me sinto confiante.”* **Resposta/Solução/Positiva/Futuro**
- T:** (como consequência) *“Estou também interessado em saber como é que as outras pessoas à vossa volta irão ver as vossas transformações positivas.”* **Questão/Solução/Positiva/Futuro**
- P:** *“Eles irão ver-nos a rir de novo, a ir jantar fora, com um aspecto relaxado, a trocarmos carícias e a sermos amáveis.”* **Resposta/Solução/Positiva/Futuro**

- T:** *“Se fosse pedido aos vossos amigos para vos descreverem como um casal feliz, o que é que diriam?”* **Questão/Solução/Positiva/Presente**
- A:** (pensou por um momento, começou a gaguejar e disse) **Resposta/Emocional/Positiva/Presente**
“Eles diriam que gostamos de estar um com o outro, que gostamos de estar juntos...”
- T:** *Como é que se imaginam como casal no futuro?* **Questão/Solução/Positiva/Futuro**
Se conseguissem ‘desenhar’ ou descrever a imagem da vossa relação de casamento, como é que seria?”
- A:** *“Vejo-nos juntos... Noutra casa. Aquela tem muitas memórias negativas. Eu ganharia confiança no Pedro.”* **Resposta/Solução/Positiva/Futuro**
- P:** *“Eu voltaria a rir... Mas ao mesmo tempo, não sei... estou muito cansado, não sei se devemos continuar com o nosso casamento. Às vezes acho que sim, outras, acho que não.”* **Resposta/Solução/Positiva-Negativa/Futuro**

Na terceira, quarta e quinta sessões, Perloiro, Neto e Marujo (no prelo) «mostram com mais detalhe o processo das “questões como intervenção” e o diálogo baseado no modelo da felicidade (Duckworth & et al., 2005; Seligman, 2002) - [3 tipos de Felicidade: vida prazerosa, vida de envolvimento e vida com significado] como um esquema estrutural, de modo a descobrir o que é que contribui para a felicidade do indivíduo e do casal».

- T:** *“O que é que o seu companheiro/a faz, que a/o faz feliz?”* **Questão/Solução/Positiva/Presente**
- A:** *“Ser querido e sorrir quando eu chego a casa... dar-me um abraço...”* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

“Não se esquecer de pagar as contas”.

P: *“Dizer-me que me ama...”*

Resposta/Emocional/Positiva/Presente

T: (questão feita ao casal para trabalharem entre sessões,

Questão/Solução/Positiva/Presente

como exercício: ver um filme ou um álbum de fotografias em que apareciam juntos). *“Gostaria que ambos vissem um filme/fotos em que estejam juntos. Enquanto as observam, que emoções positivas vêm à memória? O que é que as tornou possíveis?”*

P: (depois de assistir ao filme do seu casamento) *“Eu*

Resposta/Solução/Positiva/Presente

via-nos como uma família e disse a mim mesmo...não quero perder tudo isto... Todos estes anos vão agora por água abaixo? Não... ”.

T: (novamente um convite para trabalharem entre sessões).

Questão/Solução/Positiva/Passado

“Por favor, escolham um local que invoque boas recordações. Depois, dirijam-se até lá na vossa imaginação. Tentem lembrar-se de todos os pormenores. Porque é que têm boas recordações acerca desse local?”

A: *“Lembro-me quando fomos de viagem aos Açores...*

Resposta/Solução/Positiva/Passado

foi tão romântico e bonito” (viagem quando estavam noivos).

P: *“Caminhámos e falámos durante horas, descobrindo-nos*

Resposta/Solução/Positiva/Passado

um ao outro. Já não falamos assim há muito tempo” (viagem depois de se terem casado).

T: *“Quero pedir-vos que escrevam uma carta ao vosso*

Questão/Solução/Positiva/Presente

marido/mulher acerca do momento em que mais se sentiram próximo dele/a. O que é que o/a fez experienciar tal proximidade?"

A: *"Ele tem um sentido de humor maravilhoso (excepto acerca do assunto dinheiro...)"* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

P: *"Ela é muito determinada, enérgica e aceita sempre as minhas sugestões para actividades e programas"* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**
"Senti-me mais próximo quando a minha mãe morreu. Estávamos a namorar há um ano e a A foi extremamente apoiante na minha dor."

T: *"O que é que vos fez pensar que gostariam de partilhar a vossa vida um com o outro?"* **Questão/Solução/Positiva/Passado**

A: *"Eu amava-o ...o que é que eu posso dizer...?"* **Resposta/Emocional/Positiva/Passado**

P: *"Dávamo-nos tão bem..."* **Resposta/Emocional/Positiva/Passado**

T: *"O casamento ajudou-o/a a tornar-se numa pessoa melhor? Em que sentido?"* **Questão/Solução/Positiva/Presente**

A: *"Aprendi a perdoar e a ser mais paciente e compreensiva."* **Resposta/Solução/Positiva/Presente**

T: *"Gostaria de vos convidar a fazerem alguma coisa de modo a mostrarem ao outro o quanto gostam dele."* **Questão/Solução/Positiva/Presente**

P: *"Penso que irei voltar para casa... embora tenha receio do que possa acontecer ... Sou uma parte desta família, desta casa... somos uma família!"* **Resposta/Solução/Positiva-Negativa/Futuro**

T: <i>“Gostava de vos convidar para fazerem algum tipo de acção que honre a relação que têm.”</i>	Questão/Solução/Positiva/Presente
A: <i>“Já o fiz, já te perdoei, estou preparada para voltar a ter confiança em ti...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Presente
T: <i>“Imaginem que estamos 5/10 anos à frente no futuro e que olham para trás, para este momento. De que é que sentiriam orgulho?”</i>	Questão/Solução/Positiva/Futuro
A: <i>“De eu ser capaz de perdoar...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Futuro
P: <i>“Seremos capazes de resolver a situação...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Futuro
T: <i>“O que é que, como indivíduos e como casal, aprenderam desta experiência?”</i>	Questão/Solução/Positiva/Presente
A: <i>“Ficarmo-nos a conhecer muito melhor agora...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Presente
P: <i>“Vou-me lembrar de pensar a sério antes de fazer alguma coisa... Se é que me faço entender...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Presente
T: <i>“Se conhecessem um casal nas mesmas circunstâncias, o que é que lhes sugeriam para ultrapassar o problema?”</i>	Questão/Solução/Positiva/Futuro
P: <i>“Para terem confiança... Não se vão sentir mal para sempre”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Futuro
A: <i>“Pedir ajuda profissional rapidamente quando alguma coisa sair fora de controlo...”</i>	Resposta/Solução/Positiva/Futuro

ANEXO E

ANEXO E - Lista de Siglas

APA - American Psychological Association

AT - Aliança Terapêutica

BE - Bem-Estar

BES - Bem-Estar Subjectivo

C - Cliente

CC - Cognitivo-Comportamental

CCs - Cognitivo-Comportamentais

Cs - Clientes

CBT - do inglês (Cognitive Behavioural Therapy), Terapia Cognitivo-Comportamental

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EN - Emoção Negativa

EP - Emoção Positiva

ESM - Métodos de Amostragem da Experiência

ESV - Escala de Satisfação com a Vida

IA - Inquérito Apreciativo

OVP - Processo de Valoração Organismico

PP - Psicologia Positiva

PCP - Psicologia Clínica Positiva

RT - Relação Terapêutica

SDT - Self Determination Theory

T - Terapeuta

Ts - Terapeutas

TBOS - Terapia Breve Orientada para a Solução

TCCs - Terapias Cognitivo-Comportamentais

TCP - Terapia Centrada na Pessoa

T/C - Terapeuta/Cliente

TP - Terapia Positiva

TQV - Terapia da Qualidade de Vida

VAIS - Values in Action Inventory of Strengths

VAYS - Values in Action for Young People

VIA - Classification of Strengths and Virtues