

Psicoterapeutas, Trabalho em Equipa e Integração em Psicoterapia

Gonçalves, I. C. & Welling, H.
Instituto Superior Técnico, Lisboa

Publicado em *Psicologia*:Vol XV(2), 2001, pp.267-287

Resumo:

Contrariamente ao que ocorre na prática privada, os psicoterapeutas que trabalham em meio institucional encontram-se menos isolados e podem, pelo menos potencialmente, trabalhar em equipa. No Núcleo de Aconselhamento Psicológico (NAP) do Instituto Superior Técnico, é exactamente isso que acontece - temos permanentemente uma equipa de 6 a 8 elementos, oriundos de diferentes orientações teóricas, que procuram trabalhar num modelo integrativo. As orientações teóricas de base representadas neste serviço incluem a cognitiva-comportamental, a experiencial, a interpessoal e a terapia familiar sistémica.

Os autores propõem-se explicar de que forma o trabalho em equipa permite prevenir o stress e o esgotamento dos terapeutas que trabalham no NAP. Os autores referem-se ainda a alguns aspectos do funcionamento da equipa, incluindo a supervisão e a intervisão, a partilha e a intimidade, a co-terapia, o treino e as actividades de “construção” da equipa, a comunicação e a gestão de conflitos, as rivalidades, o planeamento, a resolução de problemas, a liderança, e ainda a partilha de objectivos e tarefas no seio da equipa.

Esta exploração tem ainda como objectivo ajudar os leitores a reflectirem sobre uma hipótese que julgamos útil para o “movimento integrativo” em geral e para os psicoterapeutas interessados em trabalhar num quadro integrativo: poderá o trabalho em equipa promover/facilitar uma atitude integrativa em psicoterapia? Como? Como poderão os clínicos portugueses, nomeadamente os que trabalham em contexto institucional, tirar partido desta “oportunidade especial”?

Abstract:

Contrary to what is usual in private practice, psychotherapists working in an institution are less isolated and more often work as a team.

This is the case at the Counseling Center, at Technical University, in Lisbon, where a team of 6 to 8 psychotherapists, coming from different theoretical orientations, including the cognitive-behavioral, the experiential, the interpersonal and the systemic family therapy, try to work together. The authors will explain how teamwork helps prevent stress and burnout among therapists working at the Counseling Center.

The authors will also explore in this paper some aspects of the work of this recently created team (2-5 years), including: leadership, supervision and intervision, self-disclosure, sharing and intimacy, co-therapy, training and teambuilding activities, communication and conflict management, rivalry, planning, problem-solving and shared goals and tasks.

This exploration is meant to help us reflect upon an idea we believe might be useful, for the “integrative movement” in general and for clinicians interested to work within an integrative framework : how can teamwork facilitate psychotherapy integration? how? how could we take advantage of this “special quality”?

1. Introdução

Uma suposição de base dos movimentos integrativo e eclético afirma que "uma troca dialectica será mais provavelmente conducente ao progresso científico do que o isolamento ideológico" (Garfield & Kurtz, 1977; Norcross & Prochaska, 1988 cit. por Mahoney e col., 1989). Esta afirmação, que pode sustentar a pesquisa de diferenças e semelhanças entre orientações teóricas distintas, também nos inspirou na nossa reflexão : se opusermos à prática clínica em contexto privado, relativamente isolada, (também provavelmente de um ponto de vista "ideológico"), uma prática num contexto institucional, dentro de uma equipa coesa, onde possam estar representadas diversas orientações teóricas e onde as trocas "dialecticas" possam ser, também, mais frequentes, provavelmente vamos identificar um contexto conducente à adopção de uma atitude integrativa em psicoterapia.

Partimos da nossa experiência de prática clínica num contexto institucional particular - o Núcleo de Aconselhamento Psicológico (NAP) do IST - e da constatação de que, progressivamente, e começando pelos casos com diagnóstico de Eixo II ou com comorbilidade, fomos adoptando (como equipa mas também individualmente) uma abordagem cada vez mais integrativa na nossa prática clínica quotidiana, o que atribuímos, pelo menos em parte, ao contacto diário com colegas de orientações teóricas de base distintas, em interacção próxima no seio de uma mesma equipa.

O nosso intuito não é o de facultar "evidências empíricas" que suportem as nossas observações práticas, no entanto sentimos ter alcançado o nosso objectivo se as reflexões seguintes servirem os inúmeros colegas que, na sua prática profissional e institucional, se encontram a trabalhar em equipas constituídas por profissionais de orientações teóricas distintas, tanto mais que não encontramos qualquer referência, na literatura, ao papel que este tipo de contexto poderá ter tido no "movimento" da integração em psicoterapia. Assim, propomo-nos rever alguns dados da literatura que suportam a importância do trabalho em equipa, nomeadamente na prevenção do stress e burnout dos terapeutas, e, mais especificamente, explicitar os aspectos que, acreditamos, podem facilitar o estabelecimento de um clima de trabalho que promova a adopção de práticas clínicas mais integrativas.

2. Contexto institucional

O NAP iniciou as suas actividades em Maio de 1993 com apenas um terapeuta, um dos autores deste artigo. No entanto, o número de utentes do serviço triplicou em apenas dois anos de funcionamento evidenciando a necessidade premente da existência deste tipo de serviços nas universidades portuguesas. Assim, sete anos depois do seu início, a equipa do NAP é já constituída por dois psicólogos a tempo inteiro e por quatro psicólogos a meio tempo, que apresentam alguma diversidade no seu treino de base: cognitivo-comportamental, sistémico, experiencial e interpessoal, contudo todos interessados nas questões da integração em psicoterapia.

O contexto de trabalho em que se desenrolam as actividades da equipa do NAP parece-nos determinante, quer para a compreensão do "clima" que se criou e nos parece facilitador de uma "atitude pró-integração em psicoterapia", quer para a identificação dos "elementos activos" que, do nosso ponto de vista, mais poderão ser responsáveis pela adopção dessa atitude.

O objectivo do NAP, tal como definido pela "Estrutura e Organização dos Serviços de Acção Social do IST" (CDIST, Junho de 1998), consiste em *"promover o bem-estar psicológico da população do IST, proporcionando aos utentes atendimento especializado e específico nas áreas da orientação e aconselhamento, em situações de crise, e de terapia, em caso de perturbações diagnosticadas. Pode também organizar acções de formação para estudantes, abrangendo áreas como métodos de estudo ou gestão de carreira, por exemplo"*.

Os objectivos definidos e aceites para o NAP são, naturalmente, complexos na medida em que se encontram no cruzamento entre o trabalho estritamente terapêutico (já de si bastante sofisticado) e o trabalho institucional (particularmente difícil quando o discurso dos terapeutas parece tão diferente do discurso de quem gere a universidade), o que obriga a uma constante negociação das estratégias que, a

cada momento, permitem alcançar os objectivos mutuamente acordados. Estas dificuldades funcionaram até aqui, e felizmente, como factor de promoção da coesão do grupo.

Ao reflectirmos sobre as actividades desenvolvidas no NAP durante os sete anos que passaram desde a sua criação, concluímos que um modelo de integração em psicoterapia será mais adequado à intervenção com estes “jovens inteligentes, que estão prontos para fazer uso da terapia” (Veasey, 1997), “numa fase inicial do aparecimento de dificuldades e num estágio de menor gravidade das mesmas, havendo por isso a promessa de benefícios praticamente imediatos” (Figge, 1996). Actualmente, o nosso trabalho clínico pode ser descrito como de orientação comportamental-cognitiva de base integrativa, sobretudo no que diz respeito à intervenção com clientes que apresentam perturbações do Eixo II ou comorbidez entre esta e uma ou mais perturbações do Eixo I do DSM-IV.

3. Trabalho em equipa e prevenção do esgotamento

Um aspecto que todos os elementos da equipa do NAP têm em comum é o desempenho desta “profissão impossível” (Freud, 1937/1964 cit. em Sussman, 1995) conduzida inevitavelmente por pessoas “perfeitamente possíveis”. Na raiz desta aparente contradição encontra-se aquele que é, provavelmente, considerado o “risco número um” e a maior fonte de stress identificada pelos que desempenham esta profissão : o isolamento (Bermak, 1977; Deutsch, 1984; Goldberg, 1986; Hellman, Morrison & Abramowitz, 1986; Kotler, 1986; Tryon, 1983a cit por J. D. Guy, 1987). A especificação de todos os aspectos que o isolamento toma nesta profissão (Guy, J. D. 1987) parece-nos necessária, na medida em que não pretendemos afirmar que o trabalho em equipa pode pôr fim a algo que é tão intrínseco ao próprio desempenho desta profissão, ainda que possa contribuir para atenuar algumas das suas consequências mais negativas.

Podemos, assim, identificar: o isolamento físico (tipicamente, a actividade da psicoterapia decorre numa sala fechada); o isolamento dos colegas, família e amigos (é do conhecimento dos colegas, familiares e amigos de qualquer terapeuta, que a interrupção de uma sessão apenas pode ocorrer em circunstâncias muito especiais, e ninguém aparece no local de trabalho de um psicoterapeuta apenas para socializar); isolamento do mundo exterior (quer em termos de acontecimentos a nível nacional ou internacional, quer porque “a própria natureza do trabalho do terapeuta resulta num isolamento geral e quotidiano de pessoas emocionalmente ‘saudáveis’ ” - Chessick, 1978 cit. por J. D. Guy, 1987); isolamento derivado da inactividade física compulsiva (que encontra talvez excepção no trabalho dos terapeutas bioenergéticos); isolamento derivado da necessidade de manter a confidencialidade (“a aura de mistério que rodeia o terapeuta isola-o do suporte da família e dos amigos” Guy, J. D. 1987); isolamento resultante da obediência estrita a um horário; isolamento psicológico resultante da necessidade de contenção por parte do terapeuta que não pode, tipicamente, revelar informações de natureza pessoal (sobretudo as suas dificuldades), que deve praticar algum controle emocional e que frequentemente serve de “contentor” para as idealizações dos seus clientes e para as suas desqualificações (muitas vezes alternadamente); isolamento psicológico resultante do carácter transitório da relação terapêutica que inevitavelmente (e felizmente para o cliente) termina, tornando evidente para o terapeuta o carácter ilusório da intimidade que se estabeleceu; isolamento psicológico resultante da competição profissional, que frequentemente impede os terapeutas de partilharem no seio da sua comunidade as suas dificuldades do foro íntimo; finalmente, o isolamento psicológico resultante da necessidade de estar à altura do estereótipo do terapeuta como um indivíduo equilibrado do ponto de vista emocional.

Naturalmente, o isolamento tendo embora uma grande responsabilidade no aparecimento de stress e, posteriormente, de esgotamento, entre os terapeutas, não será o único factor que podemos identificar: a existência ou ausência de um bom suporte social (família e amigos); as tarefas de desenvolvimento e os acontecimentos de vida (casamento, divórcio, nascimento de um filho, morte de um familiar próximo) com que o terapeuta se confronta, bem como a sua satisfação/insatisfação com as suas condições de trabalho, são também factores a tomar em consideração.

Em virtude da diversidade das fontes de stress possíveis de identificar, não nos surpreende que a prática da psicoterapia confronte os terapeutas com alguns perigos bastante significativos: uma elevada

incidência de doença mental (sobretudo de depressão), abuso do álcool e de drogas, comportamentos sexuais inadequados e mesmo suicídio (Guy, 1987; Kilburg, Nathan & Thorensen, 1986, Sussman, 1992 cit. em Sussman, 1995).

O stress, a insatisfação com a profissão, a dependência do trabalho e o esgotamento tornaram-se assuntos centrais para as profissões de ajuda (Cherniss, 1980; Farber, 1985; Farber & Heifetz, 1982; Freudenberger, 1974; Freudenberger & Robbins, 1979; Prochaska & Norcross, 1983; Wood, Klein, Cross, Lammers & Elliot, 1985 cit. em Sussman, 1995).

O trabalho psicoterapêutico pode ainda ter um impacto negativo na relação conjugal (Bermack, 1977; Cray & Cary, 1977; Farber, 1985 cit. em Sussman, 1995), nas relações pais-filhos (Cray & Cray, 1977; Henry, Sims & Spray, 1973; Maeder, 1989 cit. em Sussman, 1995; Guy, 1987) e ainda nas amizades e na vida social em geral (Burton, 1975; Freudenberger & Robbins, 1979 cit. em Sussman, 1995; Guy, 1987). "O esgotamento [não surpreendentemente] atinge proporções endémicas nas profissões de ajuda" (Grosch, W. N. e Olsen, D. C., 1995).

Ainda que alguns autores (Spurling, L. e Dreyden, W., 1989; Guy, J. D., 1987; Sussman, M. B., 1995; Kottler, 1986; Kottler, J. A. e Blau, D. S., 1989) se refiram, mais ou menos sumariamente, aos factores etiológicos - i.e. da história de desenvolvimento dos psicoterapeutas - que poderão agir como facilitadores dos processos de esgotamento dos terapeutas - respectivamente, a "sensação de isolamento relativamente aos outros e conseqüente necessidade de proximidade, ter desempenhado na família de origem um papel de prestação de cuidados, ter sido emocionalmente ferido e desejar dar aos outros o que se teria precisado para o self, necessidade de reconhecimento"; o "ser curioso, capaz de ouvir os outros, bom comunicador, empático, com bom insight emocional, introspectivo, capaz de auto-negação, tolerante relativamente à ambigüidade, capaz de expressar afectos positivos, confortável com o exercício do poder, tolerante relativamente à intimidade e com sentido de humor"; e ainda a "necessidade de conexão emocional e intimidade"; o "narcisismo"; o "endoutrinamento, desde a mais tenra infância, no papel de salvador ou mediador familiar, no respeito pelo poder nas relações interpessoais e na necessidade de ser bem sucedido". Paradoxalmente, ou talvez não, estes mesmos factores podem ser também responsáveis pelo sucesso profissional dos terapeutas. A maioria dos autores centra-se mais na descrição dos "sinais de alarme do esgotamento no terapeuta" e na sugestão de um conjunto de "estratégias para evitar e lidar com o esgotamento". Freudenberger (1975) cit por J. D. Guy, 1987 recorda que a melhor estratégia de prevenção do esgotamento em psicoterapeutas consiste, precisamente, em alertá-los precocemente para os sintomas e riscos associados ao seu desenvolvimento.

Os sinais de alarme do esgotamento no terapeuta: (adapt. de Kottler, 1986)

- horror perante a perspectiva de fazer uma sessão
- aborrecimento excessivo durante a sessão
- cansaço
- fantasias sobre a possibilidade de mudar de emprego ou de local de trabalho
- resistência em falar socialmente a respeito do trabalho
- relutância em consultar as mensagens no atendedor de mensagens ou no pager, ou em responder a essas mensagens
- ficar excessivamente satisfeito ou mesmo aliviado se um cliente cancela uma sessão
- começar a notar um padrão sintomático consistente em todos os clientes que inclui queixas como pessimismo, frustração e dúvidas sobre o processo terapêutico que, na realidade, expressam os sentimentos do próprio terapeuta
- "escapismo" e dificuldade em se concentrar emocionalmente durante a sessão
- dificuldade em se levantar de manhã e tendência para adiar o momento de iniciar a sessão
- uso indiscriminado de psicofarmacos
- cinismo e falta de respeito relativamente aos clientes e às suas dificuldades
- relutância em levar a cabo tarefas mais burocráticas
- ocupação dos tempos de lazer com actividades essencialmente passivas como ver televisão
- desaparecimento de uma vida social normal
- incapacidade para reconhecer e confrontar os sinais de esgotamento

Estratégias para evitar e lidar com o esgotamento (adapt. de Kottler, 1986)

- impôr limites ao número de horas diárias e semanais de prática terapêutica, bem como ao tipo de clientes que se aceitam (limitando, nomeadamente, os clientes com perturbações de personalidade severas, os clientes activamente suicidas e os clientes agressivos)
- rodear-se de relações pessoais que ofereçam um suporte emocional
- aumentar as competências clínicas, procurando supervisão, assistindo a conferências e workshops profissionais, completando uma pós-graduação em terapia
- gerir o tempo adequadamente, deixando espaços para actividades administrativas, preparação de sessões e supervisões, e, naturalmente, tempo para refeições, prática de exercício físico, hobbies, etc.
- combater a sensação de isolamento criando oportunidades para socializar com colegas de profissão
- procurar apoio terapêutico pessoal, quando necessário (é de notar que até ao presente os dados não são claros quanto à possibilidade de a terapia pessoal aumentar a eficácia dos terapeutas - no entanto, há que diferenciar entre a terapia pessoal que se faz como pré-requisito para a formação num dado modelo teórico e a terapia que se escolhe fazer por motivações de ordem pessoal)
- diversificar a actividade clínica de modo a evitar a monotonia - o aforismo “suficientemente difícil para ser desafiante mas não tão desafiante que possa ser esmagadora” traduz adequadamente o tipo de equilíbrio desejável
- organizar períodos de férias frequentes, mesmo se curtos, e regulares
- criar condições de solidão e privacidade, tão necessárias quando se é frequentemente “bombardeado” com experiências de elevada carga emocional
- desdramatizar o insucesso terapêutico, aceitando as imperfeições como algo de intrínseco e inerente ao trabalho terapêutico
- Grosch, W. N. e Olsen, D. C. (1995) sugerem ainda uma auto-reflexão em torno de questões relacionadas com a família de origem (quais as regras da família para lidar com o conflito? quais as regras explícitas e implícitas sobre o valor do trabalho?)

No NAP, onde se privilegia o trabalho em equipa e o estabelecimento de relações próximas entre os terapeutas, não é difícil manter algum tipo de monitorização dos sinais de esgotamento dos colegas. Adicionalmente, o funcionamento em equipa constitui um bom auxiliar na prevenção do isolamento e do stress dos terapeutas - passamos a explicitar de que forma isso acontece no NAP:

Em primeiro lugar, identificámos as fontes de stress no NAP: o trabalho em excesso, o número excessivo de clientes difíceis, as pressões de tempo, a incerteza económica, a auto-responsabilização pelo bem-estar dos clientes (muito característica em terapeutas inexperientes - Kottler e Blau, 1989), tentativas ou afirmações suicidas por parte dos clientes, ansiedade intensa, encontros sociais relativamente inesperados com os clientes, e resistência. Procurámos depois eliminar alguns destes stressores: reduzimos, na medida do possível, o número de sessões, criámos alguns períodos de pausa entre sessões e distribuímos os "clientes difíceis" mais ou menos equitativamente por todos os elementos da equipa. Negociámos contratos a termo certo com o IST e estruturámos algumas supervisões em torno da ideia de responsabilidade pessoal do terapeuta.

Felizmente, outras fontes de stress (Mahoney, 1990) encontram-se relativamente ausentes no NAP, devido às próprias características do Serviço: isolamento (há três salas de sessão a funcionar, sendo bastante incomum que um terapeuta se encontre a trabalhar sózinho no Serviço), conflitos profissionais (o ambiente de trabalho é bastante agradável, com amplas oportunidades de socialização), dúvidas sobre a eficácia da terapia (fazemos avaliações periódicas dos outcomes terapêuticos), finalização prematura e cobrança aleatória das sessões (devido ao baixo custo das sessões, estas duas ocorrências são menos frequentes do que, por exemplo, na prática privada), chegadas tardias (os traços e sintomatologia obsessiva dos clientes, frequente na população-alvo, tornam este comportamento pouco frequente, exceptuando os períodos de exame).

Finalmente, promovemos algumas estratégias que têm como objectivo explícito a prevenção do esgotamento dos terapeutas e colaboradores do Serviço:

- os estágios (sobretudo os académicos) são organizados de modo a que a exposição à terapia seja bastante gradual, começando pela integração na equipe (normalmente aos pares), continuando com a observação de sessões realizadas por terapeutas seniores, com o treino de competências através de role-playing, passando pela realização de sessões primeiro de rastreio e com observação através de sala de visão num só sentido, depois sem observação, para só depois passar à realização de psicoterapia, começando com casos mais simples e com observação pelo supervisor, para terminar nos casos mais complicados e sem supervisão “in loco”;

- alertamos os finalistas e recém-licenciados para alguns dos erros mais comuns em terapeutas inexperientes - problemas ao nível da responsabilidade (ou assumem total responsabilidade pela “cura” dos clientes, acreditando que uma palavra ou um gesto seu poderá causar um mal irreparável -sensação de onipotência - ou se desresponsabilizam totalmente, explicando o que corre mal com a patologia do cliente); ao nível do uso das técnicas (p.ex. dificuldades ao nível do contacto com o olhar, excessivo uso de questões fechadas que geram defensividade no cliente, dificuldade em tolerar os silêncios, tendência para confrontos excessivamente agressivos ou punitivos); ao nível do ritmo e do “timing” do processo terapêutico, errando os terapeutas mais jovens em ambos os extremos, i.e. intervindo com demasiada rapidez ou com demasiada lentidão; ao nível da necessidade de aprovação pelo cliente (que podem levar o terapeuta inexperiente a aceitar pedidos ou exigências desadequadas por parte do cliente); e ainda problemas que resultam do facto de os terapeutas se verem confrontados com “temas” com que ainda não tiveram oportunidade de lidar nas suas próprias vidas; do facto de os terapeutas jovens não confiarem (ainda) na sua intuição, e dependerem excessivamente das avaliações e sugestões de outros colegas, ou até dos seus supervisores; do facto de os terapeutas inexperientes serem excessivamente confiantes ou excessivamente inseguros das suas capacidades; finalmente, problemas que resultam da excessiva impaciência dos terapeutas mais jovens (que desejam obter resultados rapidamente, e agem muitas vezes precipitadamente, sem confiarem nas capacidades dos clientes para o crescimento e para a mudança), do facto confiarem excessivamente nos “rótulos clínicos” que dão aos seus clientes, partindo para as sessões com uma ideia pré-concebida sobre quem é o cliente e qual o “tratamento” mais indicado para ele, esquecendo a velha máxima de que “cada caso é um caso”, e ainda da sua dificuldade em lidarem com insucessos terapêuticos (adapt. de Kottler e Blau, 1989)

- procuramos diversificar as actividades de todos os terapeutas, acrescentando e promovendo, para além das actividades de terapia individual, actividades de rastreio, de terapia conjugal e de grupo; incentivamos a elaboração e/ou a colaboração em projectos de investigação, a tradução de instrumentos de avaliação e materiais de apoio para os estudantes, a realização de acções de formação, de avaliação clínica e de diagnóstico, para além da colaboração na elaboração do relatório anual do NAP, facilitamos ainda o desenvolvimento de projectos não clínicos como sejam o “Mentorado”, o “Treino Assertivo”, a “Gestão de Carreira” e os “Métodos de Estudo”;

- atribuímos os casos mais complicados (Eixo II do DSM IV ou comorbilidade) aos terapeutas mais experientes; embora nenhum dos terapeutas tenha mais de dez anos de experiência, dois deles completam este ano precisamente dez anos de prática (num estudo realizado por Orlinsky e col, 1996 verificou-se que “quanto mais seniores os terapeutas, maior a estimativa apresentada para a mudança e crescimento pessoais, bem como para a capacidade para ultrapassar as suas limitações como terapeuta”; Dreyden e Spurling, 1989 afirmam mesmo que “dificilmente será possível ser-se um terapeuta sofisticado em menos de dez anos de prática”);

- incentivamos os terapeutas a procurar terapia pessoal sempre que o julgarem necessário; numa equipa de 8 elementos, 5 estão neste momento a fazer terapia, e os restantes três mostram interesse em o fazer; os terapeutas que fazem terapia pessoal pazem-no por motivações de ordem pessoal; estes resultados vão no sentido dos obtidos no estudo internacional conduzido por Orlinsky et all, 1996, em que cerca de 80% dos terapeutas tinham obtido terapia pessoal ;

- a componente de formação contínua é promovida pelo próprio NAP, quer através da divulgação de Congressos, Simpósios, Encontros, Workshops, quer através da ligação a uma organização profissional

de terapia (APTCC), quer através da organização de acções de formação e sessões de discussão de artigos científicos); naturalmente, a reflexão sistemática sobre o próprio Serviço é uma constante em todas as actividades, nomeadamente através da emissão de relatórios anuais de avaliação (Gonçalves, 1995, 1996) ;

- estão planeados momentos de pausa e reflexão, que coincidem frequentemente com os períodos de férias dos alunos (Natal, Verão e Páscoa), períodos durante os quais escolhemos interromper a actividade clínica por alguns dias;

- estão escalonadas supervisões quinzenais, sendo que cada supervisão tem a duração média de quatro horas;

- mantemos bem presentes os “Princípios Éticos” que devem reger o trabalho dos terapeutas, bem como os procedimentos de emergência a seguir em casos de clientes com comportamentos antisociais, ou potencialmente homicidas e suicidas, mesmo que eles nunca venham a ocorrer

4. Prevenção do esgotamento e desenvolvimento pessoal: o contributo das supervisões para a dinâmica da equipa

A supervisão tem sido identificada como uma intervenção útil para prevenir o esgotamento (Farber, 1983a cit. in Guy, 1987), uma vez que constitui uma fonte de suporte, uma oportunidade para testar a realidade e para obter feedback. A supervisão proporciona ao terapeuta uma oportunidade de monitorizar e reduzir as fontes de stress e insatisfação associadas com uma série de características dos pacientes, do local de trabalho, etc. Proporciona ainda um contacto directo com colegas de profissão, com quem se podem partilhar reflexões a respeito das limitações da profissão, os insucessos terapêuticos, as limitações pessoais e os problemas comuns da prática terapêutica.

A supervisão de grupo, como formato específico de supervisão, tem obtido, desde os anos 60, grande popularidade, nomeadamente devido às numerosas vantagens que apresenta por oposição à supervisão individual: maior eficácia e economia, graças à integração do contributo dos pares e dos especialistas (GlicKauf-Hughes & Campbell, 1991). Axelson, 1967 (cit por GlicKauf-Hughes & Campbell, 1991) põe a hipótese de que a supervisão de grupo permite reduzir a incongruência entre as auto-percepções e a percepção dos outros, enquanto que Yogev, 1982 (cit por GlicKauf-Hughes & Campbell, 1991) a considera como uma estratégia de intervenção eficaz no desenvolvimento de aptidões terapêuticas e na promoção da consciência interpessoal. Curiosamente, até 1991, a supervisão de grupo raras vezes foi investigada empiricamente, recebendo também pouca atenção no desenvolvimento formal de modelos de supervisão (Blocher, 1983; Holloway & Johnston, 1985; Patterson, 1983 cit por GlicKauf-Hughes & Campbell, 1991) sendo (erroneamente, em nosso entender) considerada exclusivamente como uma variante da supervisão individual. Em 1996, no entanto, a incorporação do formato de "equipa de reflexão" quer na prática terapêutica, quer na prática de supervisão, tornou-se de tal forma popular que já não podia mais ser considerada uma prática inovadora (Lowe, R. e Guy, G. , 1996).

A supervisão de grupo pode, no entanto, permitir e até facilitar o desenvolvimento de um conjunto de condições que poderão ser potencialmente prejudiciais para o outcome final. GlicKauf-Hughes & Campbell (1991) identificam algumas dessas condições: competição entre supervisandos; acentuados sentimentos de vergonha; acentuada defensividade dos supervisandos; interferência na supervisão de outros elementos do grupo; normas de grupo não facilitadoras e maior explicitação das competências diferenciais dos vários elementos do grupo. As condições que descrevemos poderão aumentar os sentimentos de vulnerabilidade dos supervisandos, o que poderá ser particularmente complicado em supervisões de cariz mais experiencial.

No NAP, as supervisões são de grupo, e envolvem todos os elementos da equipa, têm periodicidade quinzenal e a assiduidade é bastante boa. O modelo mais comum é o da apresentação de casos, no entanto existem supervisões “especiais” e “extraordinárias” em que se faz mais um trabalho de role-playing, bem como de modelagem e treino de técnicas mais experienciais (Greenberg, Rice e Elliott,

1993). Aliás, o modelo designado por Glickauf-Hughes & Campbell, 1991 como de “Supervisão Experiencial” parece ser o que melhor define o trabalho que temos vindo a desenvolver.

Um problema que se coloca, no entanto, aos supervisandos, passa pelo facto de o supervisor ter também responsabilidades administrativas e/ou de coordenação no local onde os terapeutas prestam serviço, podendo estes não se sentir seguros para se expôr, emocionalmente (Zaro, Barach, Nedelman e Deiblat, 1977). Este problema foi contornado ao longo dos anos, sendo que o supervisor foi procurando estar progressivamente mais atento (sensível) à vulnerabilidade dos supervisandos, e foi desenvolvendo um conjunto de normas facilitadoras do processo de supervisão: disponibilidade para correr riscos, encorajamento de uma partilha honesta de sentimentos, estruturação de feedbacks construtivos, reconhecimento e aceitação dos erros e, finalmente, estabelecimento de uma atmosfera de cooperação (seguindo o esquema proposto por Glickauf-Hughes & Campbell, 1991).

A experiência entretanto adquirida pelos vários terapeutas e o seu contributo progressivamente mais activo na co-construção de um modelo de supervisão mais eficiente, tornou o papel do supervisor bastante mais ténue, a tal ponto que actualmente falamos em intervisão mais do que em supervisão.

Gostaríamos de salientar ainda algumas das estratégias desenvolvidas ao longo dos anos pela equipa com o objectivo de otimizar a supervisão, nomeadamente no que diz respeito à criação de um clima de amior segurança interpessoal:

- gestão dos “feedbacks” dos colegas, nomeadamente através de uma maior explicitação dos pedidos: “não quero sugestões de intervenção”, “quero só que me ouçam”, “quero que me façam perguntas”, “ajudem-me a conceptualizar” ou “digam-me em que é que o meu estilo/história pessoal poderá estar a influenciar negativamente o meu trabalho com este caso”;
- consideração crescente do quadro teórico em que cada terapeuta "opera" habitualmente, com a consequente adaptação dos feedbacks e até da linguagem usada, de forma a serem consistentes com esse enquadramento;
- atribuição de prioridade, em termos de supervisão, às situações de impasse terapêutico

Existem ainda supervisões mais formais no NAP, conduzidas por terapeutas seniores da equipa e dirigidas aos terapeutas juniores, no âmbito da situação de estágio (académico ou profissional).

5. Promoção de uma atitude de integração em psicoterapia

Que o trabalho em equipa contribui para a prevenção do esgotamento entre os terapeutas, bem como para o desenvolvimento pessoal dos mesmos, nomeadamente através do desenvolvimento de actividades de supervisão e intervisão, parece-nos neste momento claro, e parece-nos também que é legítimo inferir que a prática clínica daí resultante poderá ser também de maior qualidade do que a prática clínica praticada em condições de maior isolamento, no entanto não fica ainda claro em que medida poderá promover uma atitude de integração em psicoterapia.

Pensamos que a resposta a esta questão passa, necessariamente, pela definição do conceito de integração em psicoterapia, que pode fazer-se recorrendo a "caminhos" distintos, sendo os três predominantes: “os factores comuns, o eclecticismo técnico, e a integração teórica, colectivamente caracterizados por um desejo de olhar para além dos limites de uma teoria única e das técnicas que tradicionalmente lhe estão associadas, concretizando no entanto esse olhar de modos distintos e a diferentes níveis” (Norcross & Newman, 1992 cit. por Norcross, J. C. e Halgin, R. P. , 1997).

A abordagem dos factores comuns procura identificar os "ingredientes" centrais partilhados por todos os modelos de terapia, com o objectivo eventual de criar tratamentos mais parsimoniosos e eficazes. O eclecticismo técnico pressupõe a capacidade de o terapeuta seleccionar a melhor intervenção terapêutica para o cliente "x" com a perturbação "y", tomando como ponto de partida a experiência clínica e a investigação empírica. Na integração teórica, um ou mais modelos teóricos são sintetizados na esperança de que o resultado seja superior ao uso de cada uma das terapias aplicadas de forma isolada (Norcross & Newman, 1992 cit. por Norcross, J. C. e Halgin, R. P. , 1997).

No NAP, a consideração de factores como a "aliança terapêutica", a "catarse", a "promoção de expectativas positivas" e a "aquisição e prática de novos comportamentos" e a sua inclusão, de forma explícita, nomeadamente nas supervisões da equipa evidenciam a adopção de uma perspectiva integrativa e representam o "caminho" dos "factores comuns". A disponibilidade, no seio da equipa, de terapeutas com orientações teóricas de base distintas - cognitiva-comportamental, experiencial, interpessoal e terapia familiar sistémica - facilita a selecção da técnica mais adequada para um determinado cliente e com uma determinada perturbação, com a vantagem adicional de não ser tão fácil que uma dada técnica possa ser usada "desgarrada" do seu contexto teórico-metodológico e representa o "caminho" do "eclecticismo técnico". Os terapeutas da equipa do NAP conhecem e aplicam na sua prática clínica alguns modelos teóricos que podem considerar-se integrativos - Beutler & Clarkin, 1990; Lazarus, 1981; Prochaska & DiClemente, 1984; Linehan, M. M. (1993) - entreajudando-se sempre que existe alguma dúvida a respeito da aplicação destes modelos, e esta atitude, finalmente representa o "caminho" da "integração teórica". Assim, pensamos ser seguro afirmar que o trabalho em equipa, em determinadas condições (que passamos a explicitar, a título de exemplo) promove uma atitude de integração em psicoterapia.

6. Estrutura e processo de grupo: uma descrição da equipa do NAP

Moss (1981), cit por J. A. Kottler (1986) considera o grupo como " uma tremenda força curativa, na medida em que proporciona uma sensação de partilha e pertença a uma comunidade, um envolvimento relacional, e uma energia universal, dinâmica e focalizada de que todos os que a ele pertencem podem beneficiar". Aquele autor identifica ainda alguns elementos-chave que devem fazer parte daquilo a que chama um "grupo transformacional" : várias pessoas "acordadas" multidimensionalmente, um local conducente a um processo inspirado; empenhamento da parte dos participantes no sentido de libertarem antigos padrões, de confiarem e de estarem em conjunto; a infusão de afectos positivos. Moss (1981), cit por J. A. Kottler (1986) acredita que estes grupos surgem espontaneamente nas organizações (possivelmente obedecendo às mesmas regras que presidem à formação das amizades - "proximidade física, familiaridade, semelhança, complementaridade e potencial reforçador" Porter & Tomaselli, 1989) e constituem uma importante fonte de suporte e crescimento pessoal para o psicoterapeuta, tendo como enorme vantagem a sua existência num registo quotidiano.

Linehan, M. M. (1993) vai um pouco mais longe, ao definir a importância do grupo (de supervisão) no trabalho com perturbações de personalidade, nomeadamente com os clientes borderline: " a equipa de aconselhamento ajuda a que cada terapeuta individual permaneça na relação terapêutica, dando-lhe suporte e encorajando-o", afirmando mesmo a impossibilidade de fazer um trabalho de qualidade com este tipo de clientes caso não se possa recorrer a uma equipa "de suporte".

“A estrutura de um grupo num contexto orientado para objectivos, consiste na organização de um conjunto de elementos pré-determinados, característicos de ou resultantes da interacção dos seus membros num dado momento no tempo” (Rose, S. D. 1989). Vamos descrever a estrutura e processo do grupo constituído pelos elementos da equipa do NAP:

6.1. Coesão

“A coesão do grupo consiste no grau em que os membros do grupo se sentem atraídos uns em relação aos outros, em relação aos objectivos ou em relação ao líder” (Lott e Lott, 1965 cit por S. D. Rose, 1989). A coesão é considerada um atributo fundamental uma vez que parece estar correlacionada, em certas condições, com a produtividade, a participação, o auto-relato, a capacidade para assumir riscos, assiduidade e outros aspectos vitais para o grupo (Stokes, 1983 cit por S. D. Rose, 1989).

A coesão no seio da equipa do NAP é elevada, como se pode verificar quer pelos laços de amizade e cumplicidade que se estabeleceram, quer pela aceitação e empenhamento de todos os membros dos objectivos da equipa e do serviço onde desempenham a sua actividade profissional.

6.2. Liderança

“O líder do grupo é responsável por certificar-se de que os objectivos do grupo são alcançados e de que o grupo se mantenha no processo, para além de ser responsável por manter um equilíbrio entre estes dois aspectos. É ainda da responsabilidade do líder criar as oportunidades e o treino necessários para que os outros elementos do grupo possam desenvolver capacidades de liderança” (S. D. Rose, 1989).

No NAP a liderança é assegurada, essencialmente, pela coordenadora, que foi também a fundadora do serviço - digamos, pois, que se trata de uma líder “natural” face ao contexto. As funções de liderança são frequentemente partilhadas com outros elementos da equipa, nomeadamente os “seniores”, sobretudo para actividades como a supervisão e a orientação de estágios académicos e profissionais.

Existe uma atitude deliberada por parte da liderança no sentido de usar quer estruturas de poder formais, quer estruturas de poder informais, num estilo democrático de grande responsividade face às situações e face aos diferentes elementos da equipa.

Existem **reuniões de equipa quinzenais**, que servem propósitos de supervisão e intervenção, bem como de coordenação do trabalho dos vários elementos da equipa, e existem ainda reuniões anuais entre a coordenadora e cada um dos colaboradores, em que se faz uma avaliação qualitativa do trabalho desenvolvido em cada ano, sendo ainda oferecido algum apoio por parte da coordenadora no **estabelecimento de objectivos** profissionais explícitos para o ano seguinte, bem como na identificação de dificuldades e linhas de desenvolvimento pessoal consideradas apropriadas para cada terapeuta.

Quando julgado útil e/ou necessário, sugere-se a hipótese de iniciar uma terapia pessoal, no entanto o “timing” para essa decisão e a escolha do modelo teórico apropriado para esse processo ficam inteiramente ao critério dos próprios terapeutas.

A liderança desempenha também funções de **gestão de conflitos** - até muito recentemente estes não eram comuns, talvez devido a uma certa tendência dos membros para idealizarem a própria equipa. Esta situação não podia, no entanto, manter-se por muito mais tempo e de certa forma a organização de uma formação em “terapia de grupo” orientada por uma terapeuta de formação psicodinâmica acabou por funcionar como catalizador para que a equipa se desse conta da existência (inevitável) de rivalidades e da necessidade de as gerir adequadamente. Uma vantagem adicional desta nova “consciência” consiste na emergência de uma liberdade ainda maior para cada um expressar as suas opiniões pessoais e a sua individualidade como terapeuta, sem receio de “danificar” a coesão do grupo ou de sentir a desaprovação do mesmo pelo simples facto de expressar opiniões diferentes.

Uma outra forma de entender esta mudança inclui a noção de que a equipa poderá vir a revelar-se, no futuro, ainda mais criativa - na verdade, um excesso de coesão no seio do grupo pode conduzir a um “pensamento de grupo” que pode diminuir o potencial crítico dos seus membros, criar uma falsa sensação de optimismo, promover ilusões de unanimidade e de uma forma geral diminuir a eficácia dos processos de tomada de decisão.

A coesão traduz-se ainda pela preocupação de cada elemento quer com o seu próprio bem-estar quer com o dos restantes colegas da equipa - assim, os períodos de férias são organizados de forma a haver sempre alguém disponível para emergências, as refeições são frequentemente em comum, sobretudo se sabe que alguém dentro da equipa necessita de um apoio “especial” e, finalmente, está frequentemente alguém disponível para dar apoio a um colega caso este tenha de fazer uma sessão particularmente extenuante do ponto de vista emocional (p.ex. sessões com clientes suicidas);

6.3. Padrões de desempenho e procedimentos de tomada de decisão

Considerando as dimensões da equipa, o grau de sofisticação do trabalho desenvolvido e as implicações práticas da abertura do serviço a estagiários oriundos do mundo académico e do mundo profissional, a coordenadora sintetizou, sob a forma de um regulamento, um conjunto de procedimentos formais e técnicos que incluem:

- especificação dos objectivos do serviço
- especificação do(s) modelo(s) teórico(s) adoptado(s)
- especificação dos recursos humanos afectos ao serviço e respectivas funções

- localização e horário de funcionamento do serviço
- especificação das tabelas de pagamento para os utentes
- especificação das regras relativas à marcação de sessões, procedimentos de rastreio, gestão da lista de espera e organização dos processos clínicos
- especificação de algumas regras de conduta profissional e de procedimentos a adoptar numa situação de crise,
- especificação dos principais momentos do processo terapêutico e dos instrumentos de avaliação usados no serviço

Os padrões de desempenho que estas especificações no fundo traduzem, refinados e co-construídos ao longo dos anos por toda a equipa, encontram-se em revisão permanente, e acabam por de alguma forma , traduzir importantes momentos de crescimento da equipa, para além de funcionarem de modo a permitirem o ajuste entre os recursos do serviço e as necessidades/disponibilidades dos vários elementos da equipa. Adicionalmente, contribuem para estabilizar as energias no seio do grupo, para promover a coesão e para otimizar o desempenho do serviço.

No NAP existe uma grande flexibilidade ao nível dos procedimentos de tomada de decisão, sendo precisamente esta flexibilidade que, a nosso ver, garante a possibilidade de inovar e de resistir num ambiente relativamente hostil como ainda é o do aconselhamento a estudantes do ensino superior em Portugal. Assim, as linhas estratégicas para o funcionamento do serviço são definidas em uma ou duas reuniões anuais realizadas em fins-de-semana em que toda a equipa se reúne num clima de maior informalidade e sem pressões de tempo. Estas linhas estratégicas são depois implementadas e actualizadas ao longo do ano em encontros quinzenais que coincidem também com o espaço para a supervisão de casos clínicos. As decisões quotidianas (p.ex. relativas à gestão da lista de espera) são tomadas pela coordenadora, ainda que esta possa, e frequentemente recorra a um ou outro elemento da equipa caso o tema da decisão o justifique. As decisões relativas aos estagiários são tomadas pelos supervisores de estágio destes. Finalmente, as decisões clínicas são, evidentemente, tomadas por cada um dos terapeutas no espaço terapêutico, ainda que as linhas estratégicas que guiam essas decisões possam ser negociadas em supervisão (sobretudo em fases em que se registam impasses terapêuticos). As excepções a estes processos individuais de tomada de decisão clínica ocorrem nos processos de terapia de grupo, conjugal ou familiar, em que as decisões são, logicamente, negociadas entre os membros da equipa responsáveis pelo trabalho com o grupo, com o casal ou com a família.

6.4. Padrões de participação e comunicação

O clima comunicacional no seio da equipa é um clima de trocas livre e democrático, em que as opiniões e o “input” de todos os membros é activamente solicitado e expresso de forma igualitária. As oportunidades de participação são também asseguradas pelo facto de se garantir que, em cada momento, não existem mais de 10 elementos (incluindo estagiários) na equipa, uma vez que a experiência nos permitiu concluir ser este o número máximo que permite ainda a coesão interna.

Existem naturalmente diferenças no grau de participação dos elementos que trabalham a tempo parcial ou a tempo inteiro no NAP, no entanto, existe um esforço deliberado por parte da liderança no sentido de integrar os contributos individuais considerando, nomeadamente as **competências específicas** de cada um, sejam elas clínicas ou não (p.ex. aconselhamento organizacional e de carreira; experiência como formador na área interpessoal, incluindo a produção de materiais de apoio à formação; organização e execução de actividades gráficas e de marketing; implementação de um sistema de mentorado) e as suas **preferências**, quer em termos teóricos quer mesmo de autores-referência.

6.5. Clima emocional

“A emocionalidade do grupo pode ser definida como a manifestação mútua e intensa de respostas afectivas entre os elementos do grupo” (Rose, S. D. 1989). O nível de coesão do grupo também contribui para o clima emocional e de intimidade que nele se vive - assim, “sem um elevado nível de

coesão, é improvável que a intimidade necessária para reforçar o auto-relato exista” (Rose, S. D., 1989). Adicionalmente, se algum elemento do grupo revela informação que o vulnerabiliza, e não recebe apoio dos outros membros, poderá mesmo desejar sair do grupo” (Rose, S. D. 1989).

Uma vez que as vivências partilhadas pelos membros de uma determinada equipa ao longo do tempo influenciam o modo como essa equipa funciona, especificamente no que diz respeito à disponibilidade emocional subjectivamente sentida por eles. Passaremos a descrever agora os aspectos que nos parecem mais relevantes das vivências partilhadas pelos membros da equipa do NAP ao longo do tempo e as implicações das mesmas para o clima emocional que se vive na equipa, que nos parece um dos principais factores facilitadores da integração em psicoterapia.

Assim, algumas das tradições da equipa incluem:

- a sensação de ser uma das **pioneiras** num campo de trabalho relativamente recente no nosso país (sem contar com o Gabinete de Aconselhamento e Acolhimento da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, o NAP é o primeiro serviço com estas características nas universidades portuguesas), sensação que cria uma grande motivação para o investimento pessoal e para a entre-ajuda entre os elementos da equipa;
- a **abertura para a auto-revelação**, promovida no seio da equipa desde o início, nomeadamente através da realização de supervisões com características experienciais (p.ex. exercícios individuais de “role-play” baseados nas técnicas descritas por Greenberg, Rice e Elliot, 1993 - “cadeira vazia” e “duas cadeiras”);
- a **partilha de um mesmo “background” teórico, linguístico e académico** (note-se que, à excepção de um dos elementos, todos os terapeutas são licenciados pela mesma escola, e que alguns deles já se conheciam, quer através da frequência dos mesmos grupos de supervisão, quer pelo facto de terem sido colegas de faculdade), factores que facilitam a comunicação entre os elementos da equipa e diminuem a possibilidade de ocorrência de desentendimentos;
- a disponibilidade para participar em actividades que facilitam especificamente a **partilha de sentimentos pessoais** num clima de uma certa intimidade; destas actividades, destacam-se os encontros bi-anuais da equipa, que geralmente decorrem numa quinta relativamente isolada, durante um fim-de-semana inteiro, em que, a par de actividades como o planeamento estratégico e a tomada de decisão relativamente a assuntos que se prendem com o funcionamento do NAP, se organizam actividades menos estruturadas, que incluem a partilha e confecção de refeições, a realização de jogos e a discussão, à lareira, de sonhos e objectivos profissionais individuais; o ambiente de intimidade é suficientemente rico para permitir a partilha de questões pessoais mais delicadas, mais, essa partilha tem vindo a ser incrementada em profundidade e extensão graças à segurança de que o grupo suportará todas as auto-revelações, mesmo as de maior vulnerabilidade;
- a existência de um **clima de informalidade, liberdade de expressão, e aceitação das diferenças individuais**, o que por sua vez encoraja a abertura, a participação e a partilha, bem como a criatividade e a horizontalidade na equipa; o **sentido de humor** é também bastante apurado, e permitiu, ao longo do tempo, ultrapassar com alguma facilidade quer os conflitos internos dentro da equipa, quer as dificuldades que têm vindo a ser vivenciadas ao longo do tempo e nos parecem próprias da vida de uma instituição, sobretudo quando esta é “forçada” a gerir uma actividade relativamente inovadora e perpendicular relativamente ao seu objectivo central, que é, neste caso, ensinar;
- a existência de um **ambiente descontraído, quente e amigável**, em que os vários elementos da equipa procuram constituir-se como uma rede de suporte, presente nos momentos mais difíceis e/ou significativos da vida de cada um: casamentos, separações, nascimento dos filhos e aniversários;
- os **estilos de comunicação “feminino” e “masculino”** surgem bastante equilibrados na equipa - assim, e invariavelmente, o número de elementos do sexo feminino e do sexo masculino tem-se mantido igual - este equilíbrio traduz-se, nomeadamente, ao nível da comunicação não-verbal, que é rica em gestos de afecto, traduzindo também a proximidade e o grau de suporte existentes no seio da equipa;

Globalmente, podemos afirmar que este clima emocional que se criou naturalmente e que foi, depois, alimentado activamente pela criação de algumas tradições e rituais que o reforçam quase quotidianamente, é um dos grandes responsáveis pela facilidade com que diferentes pontos de vista e preferências teóricas foram, num primeiro momento partilhadas e num segundo momento integradas, de forma “natural”. Adicionalmente, este é também um dos factores que consideramos mais importantes

no combate ao isolamento típico da nossa profissão e, conseqüentemente, na prevenção do stress e do esgotamento, contrariando nomeadamente a tentação do terapeuta de esconder precisamente as suas fragilidades emocionais.

7. Conclusões

Após termos descrito o funcionamento e estrutura da equipa do NAP , retomamos a nossa questão de referência: “será que o trabalho em equipa facilita ou (mesmo) promove a integração em psicoterapia?”, em caso afirmativo, então como funciona (i.e. ocorre em todo e qualquer contexto institucional, com toda e qualquer equipa clínica, com membros de toda e qualquer orientação teórica) ? Será que podemos, de algum modo, potenciar o seu “poder integrativo”?

Acreditamos que a resposta para a primeira questão é “sim”, sobretudo se compararmos o trabalho num serviço com as características que acima enunciámos com a tradicional e isolada prática em clínica privada. As respostas às duas outras questões parecem-nos, no entanto, mais complexas, exigindo talvez uma investigação alargada orientada simultaneamente por psicólogos sociais e por psicólogos clínicos, abrangendo simultaneamente vários contextos de trabalho, da prática privada ao trabalho institucional, começando aqui por incluir, naturalmente, todos os serviços e/ou clínicos que se auto-definam como integrativos e que estejam dispostos a partilhar o processo pelo qual acreditam que “chegaram” a uma atitude integrativa em psicoterapia.

No entanto, e partindo da nossa experiência, descrita no presente artigo, vamos resumir os factores que, acreditamos terem sido fundamentais na formação da nossa identidade como terapeutas integrativos:

1) O clima de abertura que se vive na equipa parece ter facilitado uma atitude de aceitação face à diferença. Assim, as diferenças psicosexuais (sexo feminino, sexo masculino), as diferenças culturais (cultura portuguesa, cultura holandesa), as diferenças de estilo terapêutico (mais caótico e emocional, mais estruturado e didático), as diferenças teóricas (cognitivista, comportamental, sistémica, interpessoal, dinâmica), as diferenças técnicas, metodológicas e de formação académica são aceites e até mesmo bem-vindas, num quadro onde as semelhanças também desempenham um papel não negligenciável. Assim, existem grandes semelhanças entre os elementos da equipa ao nível da idade (todos têm entre 25 e 35 anos), ao nível do estágio de desenvolvimento (todos são jovens adultos, a negociar tarefas como a intimidade, a vivência a dois, a constituição de uma família) e ao nível dos valores, objectivos de vida e atitude face à profissão.

O clima de proximidade afectiva que se vive também dá suporte a uma atitude mais experimental por parte dos elementos da equipa, que desta forma se sentem mais capazes de arriscar técnicas ou metodologias de intervenção oriundas de outras orientações teóricas que não a sua, sem perder de vista o contexto em que estas foram desenvolvidas, na medida em que há sempre colegas para clarificar dúvidas que surjam sempre que se corre o risco de assumir uma atitude mais inovadora.

Aliás, consideramos que a integração em psicoterapia se deve constituir tomando em consideração simultaneamente os factores que são comuns a todas as orientações teóricas (Norcross e Halgin, 1997) e aquelas que, sendo específicos a uma orientação particular, se mostraram particularmente eficazes na intervenção com tipos de pacientes e/ou problemáticas específicas p.ex. terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal dinâmica para o tratamento da depressão; exposição e prevenção da resposta no tratamento da perturbações obsessivo-compulsivas; programas de intervenção familiar no tratamento da esquizofrenia; terapia comportamental dialéctica para a perturbação “borderline” (para uma revisão das intervenções terapêuticas empiricamente validadas, ver Roth & Fonagy, 1996).

2) A integração é também facilitada durante as supervisões: estas são estruturadas e conduzidas pelos autores do presente artigo, que são simultaneamente os terapeutas mais experientes da equipa, e que têm formações complementares de base cognitiva-comportamental e de base experiencial-interpessoal, sendo que ambos contribuem para a identificação dos impasses terapêuticos, para a discussão de casos e para o planeamento das intervenções terapêuticas, num quadro em que a regra mais importante é a do respeito pelo estilo pessoal e preferências teóricas de cada terapeuta. No entanto, e cada vez mais, o grupo assume um formato de intervenção, em que cada terapeuta contribui com as suas próprias perspectivas teóricas, técnicas, metodológicas e experienciais na análise dos casos inscritos para supervisão. As leituras, a experiência clínica e o trabalho que cada um dos elementos da equipa vem realizando na sua própria terapia são cada vez mais evidentes, enriquecendo o trabalho clínico de todos

e de cada um dos terapeutas, num clima que é sempre de cooperação, mesmo quando as rivalidades entre terapeutas se tornam mais explícitas.

3) Todos os elementos da equipa estão bastante familiarizados com os dados da investigação sobre factores comuns (Weinberger, 1993) e sobre os diferentes modelos de integração em psicoterapia (Norcross & Halgin, 1997), estando por isso mesmo sensibilizados, nomeadamente para a importância da aliança terapêutica e das características pessoais do terapeuta para o “outcome” terapêutico (Lambert, 1989; Horvath & Symonds, 1991), bem como para a importância de adoptar uma perspectiva integrativa, nomeadamente na intervenção com perturbações do Eixo II ou em que exista comorbidez, o que aliás é característico de uma nova geração de terapeutas mais interessados na eficácia da sua intervenção do que na defesa dogmática de qualquer modelo puro de terapia. Aliás, em Portugal, os mais jovens terapeutas são mais integrativos. O “esforço consciente” que os elementos da equipa assumem no sentido de adoptarem uma atitude integrativa no seu trabalho como terapeutas é reforçado pela insatisfação que todos sentem relativamente às limitações dos modelos teóricos de base em que foram treinados, bem como pelo facto de todos se encontrarem numa fase relativamente inicial das suas carreiras como terapeutas e, conseqüentemente, todos procurarem um modelo terapêutico com que se sintam confortáveis e que lhes permita serem eficazes no seu trabalho.

4) Sempre que possível, os membros da equipa participam em actividades de treino, formais e informais, em diversos modelos teóricos, nomeadamente modelos que são já de natureza integrativa (Beutler & Clarkin, 1990; Lazarus, 1981; Prochaska & DiClemente, 1984; Linehan, M. M. , 1993), mostrando clara preferência por acções de formação com uma forte componente prática. As actividades de treino mais formais incluem seminários e “workshops”.

As actividades de treino mais informais incluem mini-acções de formação organizadas dentro da equipa, por elementos da equipa, dedicadas a temas do interesse simultaneamente do “formador” e dos “formandos”. Incluem ainda a partilha de bibliografia julgada interessante, a organização de sessões de “role-play” e a discussão de sessões observadas através da sala de visão num só sentido.

5) Todos os elementos da equipa pertencem à SEPI, todos estão abertos e genericamente motivados para a necessidade de conduzir investigação em psicoterapia, e todos se disponibilizam para dar conta das suas aprendizagens e para as partilhar, explicitando-as sob a forma de artigos e relatórios que, por serem escritos em conjunto, permitem a criação de um vocabulário comum e um refinamento constante dos nossos modos de intervir clinicamente.

6) O último factor, que é talvez o mais importante, é o compromisso que todos os elementos da equipa estabelecem com a sua profissão. Esta é a actividade profissional a que todos dão maior relevância e todos se imaginam a exercê-la para o resto das suas vidas. Um dos modos como os terapeutas se referem a este “enriquecimento pessoal” traduz-se pela sensação de viverem uma actividade privilegiada - nada parece comparar-se à possibilidade de assistirem à definição, reestruturação e expansão de um ser humano distinto e único - o cliente - ou ao compromisso, que frequentemente dura uma vida, no sentido de aceitarem uma posição de permanente desafio e crescimento pessoais. Não surpreende, por isso, que quanto mais experientes os terapeutas, maior a satisfação com a actividade terapêutica.

“ Multiplas e convergentes são as fontes que indicam que a *pessoa* do terapeuta está profundamente interligada com o resultado (outcome) da terapia (...) reconhecendo-se a sua centralidade no processo de mudança. Nem a teoria nem as técnicas, apenas a sintomatologia do cliente se revela um determinante mais poderoso do que o terapeuta no processo de mudança terapêutica” (Dreyden & Spurling, 1989).

Como Goldberg, 1990 (cit. em Lenson, 1994) muito adequadamente recorda, “ A terapia é a mais humana das artes e das ciências. Muitos de nós esquecem-se rapidamente de que a fonte da nossa capacidade para tocar os outros reside, precisamente na nossa humanidade” e no entanto é precisamente essa “humanidade” que confronta os terapeutas no exercício da sua actividade clínica com os maiores riscos (“the agony”) , mas também as maiores recompensas (“the ecstasy”). É por isso justo que nos dediquemos ao estudo da pessoa do terapeuta. Recentemente, aliás, esta “tendência de investigação” tem vindo a receber a atenção da literatura estrangeira (Sussman, 1992,1995; Dreyden & Spurling, 1989; Guy, 1987; Kottler, 1986; Kottler & Blau, 1989; Orlinsky et all, 1996 e Parsons, 1989 entre outros) e também nacional (Vasco, 1993, 1994a, 1994b).

Referências bibliográficas:

- Beutler, L. E. e Clarkin, J. F. (1990) Systematic Treatment Selection Brunner/Mazel: N. Y.
- Dryden, W. e Spurling, L. (Eds.) (1989), On becoming a Psychotherapist, Tanistock/Routkedge: London e N.Y.
- Figge, P. (1996) Counseling Institutions as Academic Service-Centers: Advocating an integrated approach to counseling
Guidance an Psychological Counseling in Higher Education: An European Challenge Coimbra, Portugal, September
- Freeman et al (eds) (1990), The practice of cognitive therapy in Freeman et al., Clinical Applications of Cognitive Therapy, Plenum: N.Y.
- Freeman, A. (1992) The Development of Treatment Conceptualisations in Cognitive Therapy in Arthur Freeman and Frank M. Dahilio (Eds), Comprehensive casebook of cognitive therapy, Plenum Press: N.Y. pp 13-23
- Glickauf-Hughes, C. e Campbell, L.F. (1991), Experimental supervision: applied techniques for a case presentation approach, Psychotherapy, vol. 28, Winter. Nº. 4, pp 625-635
- Gonçalves, I. (1995), Relatório do trabalho desenvolvido no serviço de apoio psicológico ao longo do seu segundo ano de funcionamento, Objectivos e Descrição SAP Tipo de Clientes págs. 23-25, 121-125, 128-133
- Gonçalves, I., (1996), O serviço de apoio psicológico do Instituto Superior Técnico: Balanço do trabalho realizado durante o ano de 1995, UTL-IST
- Gonçalves, I. C. Vasco, A. B. (1997) Paradigmatic Complementarity: an integrative cognitive behaviorally based intervention for Personality Disorders Paper presented at the 13th Conference of the Society for the Exploration and Psychotherapy Integration
- Greenberg, L.S., Rice, L.R. e Elliot, R. (1993) Facilitating emotional change: The moment-by-moment process, The Guilford Press, N.Y. - London
- Grosh, W. N. e Olsen, D. C. (1995) Prevention: avoiding burnout in M. B. Sussman (Ed.), A perilous calling - The hazards of psychotherapy practice, John Willey & Sons Inc., N.Y.
- Guy, J.D., (1987), The personal life of the psychotherapist, John Wiley & Sons, N.Y.
- Kottler, J.A. (1986), On being a therapist, Jossey-Bass Pub. San Francisco - London
- Kottler, J.A. e Blau, D.S. (1989), The imperfect therapist, Jossey-Bass Pub., San Francisco - London
- Lazarus, A. A. (1981) The practice of multimodal therapy McGraw-Hill Book Comp.: N. Y.
- Lenson, E.S., (1994) Succeeding in private practice, Sage Pub., Thousand Oaras, London, New Delhi
- Linehan, M. M. (1993) Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder The Guilford Press: N. Y. & London
- Lowe, R. e Guy, G. (1996) A reflecting team format for solution-oriented supervision: practical guidelines and theoretical distinctions Journal of Systemic Therapies, vol. 15, nº 4 pp 26-45
- Mahoney, M. J. Norcross, J. C. Prochaska, J. O. & Missar, C. D. (1989) Psychological development and optimal psychotherapy: converging perspectives among clinical psychologists Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy 8, 3 pp 251-263

- Norcross, J. C. e Halgin, R. P. (1997) Integrative approaches to psychotherapy supervision in C. Edward Watkins (ed) Handbook of Psychotherapy Supervision John Wiley & Sons, N. Y.
- Orlinsky, D. et al, (1996), The development of psychotherapists - II: Therapist's perspectives on professional growth, SPR Collaborative Research Network, Unpublished paper
- Omer, H. (1994), Critical Interventions in Psychotherapy, W.W. Norton & Company, Inc., N.Y.-London
- Parsons, J.B., (1984), Cognitive therapy for the cognitive therapist in J.B. Parsons, Cognitive therapy in practice, Norton, N.Y.
- Porter, R. e Tomaselli, S. (1989) The dialectics of friendship Routledge: London
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. e Diclemente, C.C., (1994) Changing for good, William Monward Comp. Inc., N.Y.
- Rose, S. D. (1989) Understanding group structure and process in S. D. Rose Working with adults in groups Jossey-Bass: San Francisco pp 23-44
- Roth, A. E Fonagy, P. (1996) What works for whom? The Guilford Press: N. Y.
- Sussman, M.B. (Ed.) (1995), A perilous calling - The hazards of psychotherapy practice, John Willey & Sons Inc., N.Y.
- Vasco, A.B., (1993), Resistência e erros inferenciais: notas sobre as “perturbações do psicoterapeuta”, Psicologia, IX, 1:75-80
- Vasco, A.B. (1994), Psicoterapeutas portuguesas: Características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira, Psicologia, IX, 3: 405-428
- Vasco, A.B. (1994), Aventuras e Desventuras do Psicoterapeuta no reino do amor”, Comunicação apresentada no Seminário “Do amor”, Lisboa
- Veasey, H. (1997) How can the Student Counseling Service benefit the University Community? First Portuguese Meeting of Counseling Services for University Students, Lisbon, Portugal, February
- Weinberger, J. (1993) Common Factors in Psychotherapy in G. Striker e J. R. Gold (eds) Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration Plenum Press: N. Y. & London pp 43-56
- Yerushalmi, H. (1992), Psychoanalytic supervision and the need to be alone, Psychotherapy, vol. 29, Summer, N° 2, pp 262-268
- Zaro, J.S., Barech, R., Nedelman, B.J. e Dreiblat, I.S., (1997), A guide for beginning psychotherapists, Cambridge University Press, N.Y. - London