Universidades Lusíada

Reis, Joaquim da Cruz, 1960-

Importância do método clínico ou de exploração crítica no estudo da personalidade

http://hdl.handle.net/11067/3947

Metadados

Data de Publicação 1994

Resumo Este artigo visa caracterizar o método clínico ou de exploração crítica utilizado no contexto do construtivismo piagetiano. Posteriormente, é referida a sua importância no estudo das dimensões da personalidade. Finalmente, são indicadas algumas potencialidades e limitações deste método e alguns cuidados a ter na sua utilização....

Palavras Chave Personalidade

Tipo article

Revisão de Pares no

Coleções [ULL-ISSSL] IS, n. 10 (1994)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T04:08:03Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

IMPORTÂNCIA DO MÉTODO CLÍNICO OU DE EXPLORAÇÃO CRÍTICA NO ESTUDO DA PERSONALIDADE

Joaquim Reis *

Este artigo visa caracterizar o método clínico ou de exploração crítica utilizado no contexto do construtivismo piagetiano. Posteriormente, é referida a sua importância no estudo das dimensões da personalidade. Finalmente, são indicadas algumas potencialidades e limitações deste método e alguns cuidados a ter na sua utilização.

1. Introdução

Sócrates: Ora diz-me cá, moço: reconheces que um espaço quadrado é assim como este?

Escravo: Sim

Sócrates: É, portanto, o quadrado um espaço que tem igual todas estas linhas, que são quatro?

Escravo: Certo

Sócrates: E estas linhas que o atravessam ao meio não são iguais?

Escravo: São

Sócrates: E não poderia ser tal espaço ou superfície maior ou mais pequena?

Escravo: Podia

Sócrates: E se este lado fosse 2 pés e aquele de outros 2, o total de quantos pés seria? Agora observa a figura. Assim vá! Se este lado tivesse 2 pés e aquele 1 sómente, não é verdade que a dita superfície tem 1x2 pés?

Escravo: sim

Sócrates: Mas visto que este tem também 2 pés, não é verdade que assim faz 2x2?

---

* Doutorado em Psicologia. Professor no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Escravo: Faz
Sócrates: Em conclusão, a tal superfície é de 2x2 pés.
Escravo: Sim
Sócrates: Quanto é 2x2 pés? Calcula lá e diz-me
Escravo: 4, Sócrates
Sócrates: E poder-se-ía arranjar uma outra figura que fosse o dobro desta, mas semelhante a ela e que tivesse todas as linhas iguais como esta?
Escravo: Podia
Sócrates: Assim, quantos pés de superfície terá?
Escravo: 8

Este diálogo, incluído no Ménon de Platão, mostra Sócrates a questionar um escravo à medida que vai desenhando no chão as figuras geométricas de que precisa para confirmação da sua teoria. Sócrates utiliza este tipo de diálogos para demonstrar que o escravo já tem conhecimentos de geometria, mesmo sem receber instrução.

Talvez pela primeira vez na história da humanidade se tentou explorar ou estudar a natureza do conhecimento através de um diálogo. Com efeito, pretendia-se com este método responder a questões como: Donde vem o conhecimento? Como é que o conhecimento está representado na mente humana? O conhecimento é inato ou aprendido?

Apesar das suas potencialidades e da sua elegância, o diálogo socrático apresenta duas fraquezas evidentes. Em primeiro lugar, Sócrates induz as respostas no sujeito. Influencia, de forma muito sugestiva, a resposta do seu interlocutor, acabando esta por ser co-construida (Ivey, 1986). Em segundo lugar, Sócrates não pede ao escravo que justifique as suas respostas, de modo a tornar explícito o seu raciocínio. O que torna impossível analisar os seus argumentos. Apenas se pode dar conta de um rendimento ou resposta não se percebendo, pois, como é que o escravo chega à mesma.

De facto, Sócrates conduz o diálogo de modo a que ele confirme a sua teoria, a saber: o conhecimento já está em nós, apenas temos de recordá-lo. Sabemos já tudo. O diálogo pretende, pois, provar que não há ensino, mas sim reminiscência.

O método clínico ou de exploração crítica piagetiano também se traduz num diálogo com o interlocutor e visa uma exploração do conhecimento deste. Contudo, difere do método socrático nalguns aspectos significativos, como se tornará evidente.

2. Método clínico e sua evolução

Piaget consagra a introdução da sua obra *La représentation du monde chez l'enfant* (1926) à exposição e à justificação do método clínico. Piaget tinha como

objectivo estudar a estrutura do pensamento dos sujeitos e não um rendimento. Deste modo, o método de avaliação adoptado deveria permitir captar os raciocínios dos sujeitos avaliados. Como referiu Piaget, noutro trabalho, este método teria de ser diferente dos testes clássicos:

"As respostas obtidas (nos testes tradicionais) são limitadas pelas próprias questões que o experimentador coloca, sem possibilidade de sair-se de um tal quadro. Assim, um método desse tipo, implica, por um lado, que se saiba de antemão o que se deseja obter na criança e, por outro, que acreditemos sermos capazes de interpretar as respostas percebidas (...) contentamo-nos, em geral, em avaliar essas respostas como certas ou erradas, sem procurar analizar a razão nem o mecanismo dos erros, porque visa-se calcular um rendimento e não compreender a estrutura do pensamento do sujeito." (Piaget e Inhelder, 1962, p.16).

Piaget pretendia, pois, um método de avaliação que analisasse os processos psicológicos e não apenas os rendimentos ou *performances* dos sujeitos. Face à impossibilidade dos testes clássicos em permitir avaliar os processos psicológicos, Piaget adaptou um método da psicopatologia para sua utilização em Psicologia Experimental. Tal método tem a ver simultâneamente com o diálogo psicoterapêutico (daí o qualificativo de clínico) e com a psicologia experimental, no sentido em que visa pôr em evidência o que é de âmbito do geral - ou passível de generalização- ao nível do comportamento de um sujeito. Por outro lado, o experimentador coloca hipóteses e controla-as à medida que avalia os raciocínios que decorrem da conversação.

O método clínico Piagetiano sofreu, contudo, evoluções. Com efeito, no primeiro período da sua obra (1920-1930) Piaget estudou, sobretudo, a lógica infantil. Registou as verbalizações espontâneas das crianças, conversou livremente com elas sobre a representação que faziam do mundo e apresentou-lhes ainda algumas provas verbais adaptadas dos testes de inteligência clássicos. Estes interrogatórios inspiraram-se, pois, na entrevista psicoterapêutica ou psiquiátrica.

Num segundo período (1930-1940) Piaget estudou as primeiras manifestações da inteligência. As observações desta fase foram conduzidas como verdadeiras experiências, como é o caso da colocação de uma hipótese explícita e da variação sistemática das condições experimentais. (Vinh-Bang, 1966). Trata-se, pois, de uma observação mais dirigida, um "método baseado quer em situações livres, quer em situações provocadas experimentalmente." (Inhelder, Sinclair e Bovet, 1974, p. 37). Pretendia-se demonstrar determinadas hipóteses.

Num terceiro período (1940-1950), Piaget dá-se conta da necessidade de renunciar ao método de conversação simples pois revelou-se insuficiente para explorar a génese das primeiras noções operatórias. É assim que decide adoptar um método misto, que continua a fazer intervir a linguagem, mas agora em relação com a actividade dos sujeitos. Baseia-se num interrogatório maleável e adaptado a cada criança e enriquecido de uma dimensão experimental. As crianças eram interrogadas em presença de objectos observáveis e manipuláveis e a partir dos quais eram

convidadas a raciocinar. Este método, sendo crítico, visava colocar em questão, de forma sistemática, as afirmações do sujeito. Não se procurava medir a solidez das suas convicções mas sim investigar a sua actividade lógica profunda (Vinh-Bang, 1966).

Em resumo, a escolha do método clínico por Piaget teve a ver com a sua insatisfação com os métodos de observação simples e com os testes estandardizados. O método clínico, embora estruturado, é suficientemente flexível de modo a permitir à criança "mover-se" espontâneamente em direcções congruentes com o seu raciocínio. Paralelamente, permite obter informação sobre o estádio de desenvolvimento do seu raciocínio. É, acima de tudo, uma interacção verbal, que pode incluir a realização de uma determinada tarefa, entre o experimentador e o sujeito.

O objectivo consiste em compreender de que modo o sujeito age sobre o seu meio ambiente físico e reage às modificações deste. Numa situação típica, apresenta-se à criança uma tarefa, a qual lhe permite raciocinar sobre uma determinada área do conhecimento da realidade (e.g., conservação do número ou da classificação). O entrevistador regista os raciocínios da criança, expressos nas suas verbalizações, e observa o seu comportamento. Baseado numa hipótese, relativa ao estádio do desenvolvimento do raciocínio dessa área de conhecimento da realidade, o entrevistador vai colocando questões até se convencer que foram alcançadas as exigências de tal nível.

Durante a entrevista, a criança nem sempre responde de acordo com os seus raciocínios ou as suas convicções. Pode responder aleatóriamente ou seguir uma sugestão implícita na pergunta do experimentador. As reflexões mais válidas são, então, as que se baseiam na convicção. E a melhor forma de separar respostas "boas" de respostas "inúteis" consiste em fazer contrasugestões, as quais consistem em contrariar ou contradizer as respostas da criança para se saber em que medida é que elas fazem realmente parte das suas convicções. Wadsworth (1978, p. 236) exemplifica o método clínico piagetiano numa situação em que se pretende avaliar se a criança já adquiriu a conservação do número (pensamento operatório) ou se, pelo contrário, se deixa ainda "guiar" pelas suas percepções (pensamento pré-operatório).

O experimentador coloca em cima da mesa uma fila de nove cubos azuis, ligeiramente separados entre si:

Experimentador: És capaz de fazer uma fila de cubos igual à minha, utilizando os cubos encarnados? (A criança constrói uma fila de cubos simétrica à construida pelo experimentador, colocando primeiro os dois cubos referentes aos dois extremos da fila e, depois, oito cubos entre esses dois, mas sem comparar a sua fila com a do experimentador).

Experimentador: Alguma destas filas tem mais cubos do que a outra, ou têm ambas o mesmo número?

Criança: Têm o mesmo número de cubos.

E: Tens a certeza?

C: Sim.

E: Como sabes que têm o mesmo número de cubos? (pedido de raciocínio)

C: Posso contá-los. (A criança conta os blocos de cada fila. Conta nove na fila azul e dez na vermelha.) São diferentes. Há mais cubos vermelhos.

E: Podes fazer com que as filas tenham o mesmo número de cubos? (A criança retira um cubo vermelho do meio da fila e alinha os restantes com os cubos azuis.)

E: Agora ambas as filas têm o mesmo número de cubos?

C: Sim.

E. Bem, vou mover os meus cubos azuis deste modo. (A fila de cubos azuis é agora mais pequena, pois o experimentador aproximou-os mais entre si). Agora existem mais cubos na minha fila ou na tua, ou temos os dois o mesmo número de cubos?

C: Eu tenho mais cubos.

E: Porquê? (Pedido de raciocínio)

C: A minha fila é maior (raciocínio pré-operatório).

E: Agora vou fazer com que a minha fila fique igual à tua. Quem tem agora mais cubos, ou temos o mesmo número de cubos? (O experimentador fez com que a sua fila ficasse com o mesmo comprimento que a da criança).

C: Temos o mesmo.

E: Como sabes? (Pedido de raciocínio)

C: Olhe, as duas chegam aqui e aqui. (A criança aponta para ambos os extremos de cada fila)

E: Agora se eu colocar os teus cubos mais perto uns dos outros (a fila da criança fica mais curta em virtude da diminuição do espaçamento entre os cubos), temos os dois o mesmo número de cubos ou um de nós tem mais cubos do que o outro?

C: Você tem mais.

E: Como sabes que tenho mais? (pedido de raciocínio)

C: É como há bocado; a sua fila é maior.

E: Porque é que não contas o número de cubos em cada fila? (é feita uma sugestão para determinar se a contagem influencia o raciocínio) (A criança conta nove cubos em cada fila)

E: Quantos cubos existem na tua fila?

C: Nove.

E: Quantos cubos existem na minha fila?

C: Nove.

E: Qual é a fila que tem mais cubos, ou têm as duas o mesmo número de cubos?

C: Você tem mais cubos.

E: Diz-me, porque é que eu tenho mais cubos do que tu? (pedido de raciocínio)

C: Você tem mais cubos. Eles chegam mais longe (aponta para os extremos da fila do experimentador)

Neste ponto a entrevista podia ter terminado, e poder-se-ía concluir que a criança ainda é pré-operatória, em relação à correspondência termo-a-termo. A entrevista continuou para avaliar melhor o conceito de número.

E: Bem, vou tirar um cubo da minha fila. Quem tem mais cubos agora, ou temos os dois o mesmo número de cubos?

C. Temos o mesmo.

E: Como sabes? (pedido de raciocínio)

C: Porque posso ver.

E: Porque é que não contas novamente o número de cubos em cada fila? (A criança conta ambas as filas. Conta oito cubos na fila do experimentador e nove na sua. A seguir à contagem a criança fica baralhada).

Como refere Wadsworth, parece claro que a criança não consegue conservar o número. Quando é exposta a um conflito entre a sua percepção visual e o seu raciocínio, a criança escolhe a avaliação perceptiva.

Este método clínico veio a designar-se *método de exploração crítica* por Inhelder, Sinclair e Bovet (1974) numa obra centrada sobre a aprendizagem e as estruturas do conhecimento no contexto do construtivismo psicogenético.

Os procedimentos de aprendizagem, utilizados por estas autoras, apoiaram-se largamente em interrogatórios clínicos. A escolha do método clínico tem a ver com o facto de um tal tipo de aprendizagem não ter como objectivo único a constatação dos progressos provocados mas sobretudo a *exploração crítica dos processos subjacentes ao desenvolvimento mental.*

Neste método, o papel do experimentador consiste, por um lado, em fazer incitações que visam exigir soluções autenticamente operatórias e, por outro lado, em evitar uma apreensão dos problemas através de mecanismos perceptivos. Os interrogatórios, destinados a estudar a génese das operações concretas, incidiam não apenas sobre os julgamentos que variam em função da idade ou do estádio de desenvolvimento da criança, mas sobretudo sobre os argumentos que os acompanham.

De facto, da perspectiva das autoras, considera-se que são os argumentos que podem esclarecer sobre a natureza dos obstáculos inerentes ao pensamento da criança e à resistência que o real opõe à formação das estruturas operatórias.

Este método exige uma análise qualitativa das condutas observadas, permitindo detectar (*a*) a formação de estratégias cognitivas pelo sujeito em função de situações experimentais e, sobretudo, (*b*) captar os próprios processos de aquisição.

Conclui-se, nesta obra, entre outras coisas, que uma situação experimental que deseje conduzir a uma aprendizagem terá que considerar a acção da criança e a criação de situações conflituais. São os conflitos que provocarão, pela sua superação, o progresso do conhecimento, devido a uma nova diferenciação e coordenação.

Um aspecto importante do trabalho de Inhelder, Sinclair e Bovet, é que o método clínico ou de exploração crítica começou a ser utilizado pelas autoras, de uma forma

clara, como método promotor do crescimento e do progresso intelectual, isto é, como método capaz de provocar ou estimular mudanças conceituais.

3. Utilização do método clínico no estudo das dimensões da personalidade

O método clínico ou de exploração crítica era utilizado por Piaget e seus colaboradores com crianças que manipulavam problemas e acontecimentos dizendo respeito aos objectos do mundo físico. Contudo, como referiu recentemente Joyce-Moniz (1993), este sujeito epistémico acaba por desvendar as regularidades desses movimentos e transformações. O experimentador conhece bem a situação experimental e os movimentos e transformações dessa situação são previsíveis e regulares. As hipóteses do experimentador também estão estabelecidas à priori e não apresentam ambiguidades. As coisas são desta maneira e não são de outra.

Com efeito, quer o sujeito, quer o experimentador, talvez sintam mais dúvidas e mais dificuldade em prever os acontecimentos no mundo dos objectos sociais ou imaginados. Este é, de facto, um mundo que apresenta muitas incoerências e contradições. As coisas não são palpáveis e manipuláveis do mesmo modo que os objectos do mundo físico.

Em questões que dizem respeito à personalidade das pessoas, e que envolvem, portanto, as dimensões psicológica e social, o investigador não se preocupa apenas com problemas epistemológicos mas também com problemas ontológicos. Com efeito, as teorias que se fundam exclusivamente em problemas epistemológicos tendem a enfatizar problemas racionais e lógicos negligenciando problemas existenciais fundamentais. Como refere Gonçalves (1992), os modelos racionalistas e lógicos tendem a ser mais apropriados para questões como: "Será que tenho memória suficiente no computador para aquilo que estou a escrever?"; "Hoje vou à reunião com o Director?"; "Sou casado?". Estas questões podem ser fácilmente respondidas através duma resposta sim/não e raramente representam problemas existenciais. Contudo, questões como: "Será que aquilo que estou a escrever vale alguma coisa?"; "O que é que senti na reunião com o Director?"; "Porque é que casei?", representam problemas existenciais e exigem mais do que uma explicação lógica ou uma resposta sim/não.

Assim, quando pretendemos investigar as dimensões da personalidade, levantam-se mais incertezas e ambiguidades do que acontece quando estudamos problemas referentes ao mundo físico ou lógico. Apesar disso, o método clínico ou de exploração crítica pode e deve ser utilizado no estudo das dimensões da personalidade. Aliás, é o principal método utilizado em Psicoterapia Cognitiva (Beck et al, 1979; Beck e Emery, 1985; Beck e Freeman, 1991; Ellis, 1962; 1987).

Com efeito, os autores deste modelo psicoterapêutico, à semelhança de Piaget, optam por recolher preferencialmente dados qualitativos, isto é, processos de

conhecimento. Os processos cognitivos inadaptativos são identificados e modificados através de um diálogo em que o cliente tem de justificar as suas respostas e compará-las com justificações alternativas, supostamente mais racionais e adaptativas. Habitualmente, são as racionalizações do terapeuta que servem de critério de racionalidade, funcionalidade ou adaptação. O paciente é, pois, convidado a expôr o seu raciocínio, sujeitando-se, posteriormente, a contra-sugestões.

A Psicoterapia Cognitiva adere ao primado da mediação cognitiva sobre as reacções emocionais e as atitudes verbais ou motoras. São as significações da realidade, ou dos acontecimentos percepcionados, que provocam a resposta emocional e atitudinal. Por exemplo, no modelo de psicopatologia cognitiva de Beck os *esquemas* representam estruturas cognitivas profundas das quais o paciente habitualmente não tem consciência. Um esquema é mais geral e abstracto do que um pensamento. Assim, dois exemplos de esquemas cognitivos podem ser: (1) "devo ser sempre aceite" e (2) "se alguém discorda de mim, significa que não gosta de mim". Por seu lado, os pensamentos estão a um nível mais superficial. São mais fácilmente acessíveis à consciência do que os esquemas. São específicos, concretos e ligados ao contexto. Exemplo de dois pensamentos relacionados com os esquemas anteriores: "Não aguento ser rejeitado pela Clara"; " É horrível quando o João não concorda comigo". O modelo beckiano refere ainda a existência de processos cognitivos disfuncionais, os quais podem conduzir a reacções emocionais excessivas. Por exemplo, o *pensamento dicotómico* refere-se à tendência para interpretar os eventos em termos de tudo-ou-nada. É o caso de um estudante que acha que ou tem um dezoito no teste de matemática e será um êxito ou então, se a nota for inferior, significa que não sabe nada.

Uma asserção metodológica básica da Psicoterapia Cognitiva refere que os esquemas, pensamentos e processos cognitivos disfuncionais e consequentes significações e afectos sintomáticos, podem ser mudados por meio do confronto com processos racionais ou empíricos. Neste contexto, visa-se, primeiro, uma identificação dos pensamentos e esquemas e processos cognitivos disfuncionais e consequentes significações e afectos sintomáticos e, depois, uma modificação dos mesmos.

A principal metodologia utilizada pela Psicoterapia Cognitiva é o confronto racional. Através dele, o terapeuta procura saber como o cliente pensa e quais os seus argumentos. Questiona-o relativamente às suas asserções ontológicas e epistemológicas. Trata-se, pois, do método clínico ou de exploração crítica, já que o terapeuta confronta (contradiz, questiona) as asserções do paciente. As perguntas habituais do terapeuta são abertas e visam explorar a organização cognitiva e os processos cognitivos do paciente: Que evidência tem para pensar dessa maneira? Existem outras formas de interpretar essa situação? É realmente tão catastrófico, mesmo sendo verdade? Quais são as vantagens e desvantagens de manter esta crença?

Beck (1976) designou este método de experimental. Para este autor, o paciente deve ser capaz de testar as hipóteses antes de as aceitar como válidas. O conhecimento válido depende, em última análise, de uma base de informação suficiente de modo a poder fazer-se uma escolha entre hipóteses alternativas.

Numa obra fundamental do modelo beckiano publicada em 1979 (Beck et al., 1979) é referida a função deste método: (1) abrir portas para a organização cognitiva do cliente; (2) identificação dos pensamentos ilógicos e a determinação das regras de acordo com as quais o paciente organiza a realidade; e (3) "chegar" à representação que o paciente faz da realidade. Paralelamente, são feitas as seguintes recomendações: (1) as perguntas do terapeuta e outras técnicas verbais derivam da sua própria teoria; deve, pois, evitar "colocar as suas idéias na cabeça do cliente" e, (2) o terapeuta deve ter consciência das suas perguntas indutoras, da sugestionabilidade do cliente e do seu desejo de lhe agradar, respondendo, pois, de acordo com as expectativas do terapeuta.

Em síntese, o confronto racional ou exploração crítica do pensamento do paciente visa ajudar os pacientes na (1) identificação dos pensamentos que causam as emoções excessivas; (2) análise desses pensamentos, através da verificação da sua validade e utilidade; e (3) modificação dos pensamentos disfuncionais ou irracionais para pensamentos mais racionais ou funcionais, de acordo com o modelo teórico do terapeuta.

Este método é, pois, de grande utilidade quando se pretende investigar a organização cognitiva do paciente e respectivos processos cognitivos. Por exemplo, as investigações cognitivistas em Psicologia da Saúde têm privilegiado três tipos de significações ou interpretações que as pessoas fazem relativamente a alterações corporais percebidas (Joyce-Moniz e Reis, 1991): (1) significações sobre os seus processos de saúde e doença; (2) significações sobre sintomas emocionais (e.g., ansiedade, depressão); e (3) significações sobre processos de confronto, isto é, possibilidade de modificação dessas significações para promover comportamentos em prol da saúde, da prevenção da doença e das emoções excessivas ou da reabilitação.

Assim, no estudo dos processos hipocondríacos o método clínico ou de exploração crítica torna possível identificar as significações ou interpretações do paciente em relação a uma determinada alteração corporal (e.g., sintoma físico) ou em relação a sintomas emocionais. Permite ainda analisar as significações de confronto do paciente, isto é, os processos que utiliza na prevenção ou modificação das suas significações sintomáticas e, finalmente, promover modificações das significações sintomáticas ou inadaptativas por outras mais adaptativas.

Segundo o modelo da Psicoterapia Cognitiva, nos processos hipocondríacos o paciente selecciona apenas a informação que é consistente com a sua eventual doença e ignora as evidências que apontam para a normalidade do estado de saúde (Warwick e Salkovskis, 1989). Os sintomas do paciente tendem a ter um efeito de

confirmação das suas interpretações. Um sintoma (i.e., uma percepção de alteração corporal: dor, tonturas, etc.) é interpretado como sendo sinal de uma doença. Isto é, o paciente não reflecte sobre interpretações alternativas para esses sintomas. O diálogo que se segue ilustra, de forma muito sintética, a utilização do método clínico com um paciente hipocondriaco que tinha a convicção de ter uma úlcera no estômago. Depois de ter sido examinado pelos médicos, foi-lhe comunicado que o seu estômago estava óptimo, sem quaisquer sinais de úlcera. Apesar disso, o paciente ainda continuava ansioso e convencido que tinha uma úlcera:

Terapeuta: Pensa que existe uma ligação entre a sua dor de estômago e o que lhe aconteceu no trabalho?

Paciente: Sim! Tenho estado debaixo de uma grande tensão ultimamente e se calhar o meu enervamento naquele dia prejudicou-me a digestão.

T: Mas se você tem uma úlcera no estômago, porque é que os médicos não conseguiram encontrar nada?

P: Não sei. Talvez seja tudo imaginação minha... não sei. Mas realmente sinto uma dor no estômago. A dor não é imaginação minha!

T: Não duvido que você tenha uma dor no seu estômago. Aquilo que pretendemos saber é a razão da sua existência. Consegue pensar noutra explicação para a sua dor no estômago que não tenha a ver com a existência de uma úlcera?

P: Não.

T: Nota alguma ligação entre a sua dor no estômago e a sua ansiedade?

P: Sim. Quanto mais me dói mais ansiosa fico...

T: Quer dizer, quanto mais ansiosa fica mais dores tem.

P: Está a pretender dizer que tudo isto que eu sinto é causado pela minha ansiedade?

T: Estou a perguntar-lhe. Não lhe estou a dizer. É claro que tenho algumas idéias sobre aquilo que se passa consigo, mas gostaria de identificar os seus pensamentos disfuncionais. Aquilo que me intriga na sua situação é quando você diz que o seu problema de estômago se desenvolveu, espontâneamente, três meses atrás num dia de muito *stress*. Nunca teve problemas de estômago e os médicos não encontraram a mínina evidência que pudesse indicar a existência de uma úlcera. De modo que volto a perguntar-lhe: acha que as suas dores no estômago são devidas a uma úlcera ou existe outra razão?

P: Bem, de facto não tenho uma prova real que me leve a acreditar que o problema está no meu estômago. Mas sempre que sinto a dor fico assustada.

T: É claro. Mas o que é que você diz a si própria sempre que sente dores no estômago?

P:(pausa de 30 segundos) Que estou a ter uma hemorragia no estômago. (pausa) Ah! Estou a ver onde quer chegar. Talvez me sinta assustada porque me convenço a mim mesma naquele momento que tenho uma úlcera!

Como se pode constatar, o terapeuta explora, de forma crítica, o pensamento do paciente, confrontando-o com raciocínios ou interpretações alternativas no sentido de promover mudanças conceituais.

A utilização do método clínico não é apenas utilizado em Psicoterapia Cognitiva. Outros modelos psicoterapêuticos servem-se deste método. A este propósito, Rosen (1991) defende que todos os modelos psicoterapêuticos se baseiam na idéia de que a promoção no paciente do conflito e da contradição leva a uma reequilibração dos seus processos cognitivos ou a uma reorganização cognitiva. Em apoio desta tese, Ivey (1986) refere:

"A psicoterapia pode ser definida como a arte da perturbação- o acto de confrontar as discrepâncias e as contradições do cliente... O confronto eficaz do comportamento do cliente é o principal percussor do crescimento, do desenvolvimento e da integração do conhecimento." (p.191-192).

Por exemplo, na Terapia Gestalt (Perls, 1973) utilizam-se métodos que levam o paciente a envolver-se em "experiências" que contradizem ou confrontam os seus conhecimentos. Numa metodologia típica, o paciente envolve-se num "diálogo" entre duas partes opostas de si próprio. Este confronto de opostos expõe e acentua o conflito da pessoa promovendo tentativas de resolução da perturbação. Neste caso, o método clínico é utilizado pelo paciente consigo próprio.

Parece claro, pois, que a exposição do paciente a raciocínios e formas de pensar alternativas ou contraditórias das suas, pode conduzir ao progresso do conhecimento e à resolução da perturbação. Esta parece ser também a idéia de Inhelder, Sinclair e Bovet (1974) quando referem:

"a fonte do progresso deve ser procurado no desequilibrio que incita o sujeito a ir além do seu estado actual na busca de novas soluções" (p.264).

4. Potencialidades e limitações do método clínico ou de exploração crítica

Como se viu, a utilização do método clínico ou de exploração crítica permite o acesso à organização cognitiva do paciente e às suas estruturas ou processos cognitivos. Contudo, tal método não é uma panaceia e deve ser utilizado de acordo com alguns cuidados. A seguir serão referidas as principais potencialidades e limitações deste método e alguns cuidados a ter na sua utilização.

Em primeiro lugar, este método permite a recolha de dados qualitativos, incidindo em processos e não em resultados ou estados finais. Esta característica do método vai ao encontro de propostas recentes no domínio da psicologia e da psicoterapia (Barros, 1990; Joyce-Moniz, 1990; Lourenço, 1990; Mahoney, 1991; Peixoto, 1990; Reis, 1990) as quais defendem que os métodos de investigação tradicionais, baseados na quantificação de variáveis "independentes" e "dependentes", devem ser expandidos ou complementados de modo a incluir métodos qualitativos

que se adequem ao estudo dos processos individuais de construção de significações. Com efeito, as metodologias de avaliação qualitativas, permitem investigar diferentes padrões individuais de mudança e de evolução, tornando possível explorar e compreender melhor as diferenças individuais e o seu papel nos processos de adaptação e de perturbação. Assim, as diferenças entre os indivíduos deixam de ser consideradas "erros de variância" para serem uma fonte de exploração e reflexão teórica de padrões individuais.

Segundo, este método não tem uma acção estritamente avaliadora, pois tem um forte poder terapêutico. Como se viu, permite que o paciente identifique os seus processos de conhecimento (e.g., a natureza da sua forma de pensar, as suas contradições ou a sua rigidez conceptual) e, paralelamente, promove o pensamento alternativo, a dialéctica e a mudança, características dos processos adaptativos; contraria a "fixação" do paciente em processos de estagnação ou tautológicos (Joyce-Moniz, 1993).

Relativamente às limitações do método clínico podem referir-se as seguintes:

Em primeiro lugar, a sua característica qualitativa não permite a recolha de dados quantitativos para tratamentos estatísticos.

Segundo, este método privilegia a actividade verbal e os processos de conhecimento racionais, negligenciando os processos de conhecimento relacionados com a experiência emocional. Com efeito, alguns autores têm defendido a existência de dois modos de representação do conhecimento, um mais racional, proposicional ou lógico e outro mais experiencial, afectivo e narrativo (Bruner, 1986 e Epstein, 1994). Esta segunda forma de conhecimento parece ter um papel fundamental nos processos de mudança não devendo ser desprezada durante o processo terapêutico (Epstein, 1994; Mahoney, 1991).

Terceiro, o método clínico parece adaptar-se melhor a pessoas que funcionam habitualmente em níveis superiores de desenvolvimento sócio-cognitivo. Com efeito, se estabelecermos uma equivalência entre níveis de significações do paciente e metodologias de intervenção (Joyce-Moniz e Reis, 1991), o racional e os objectivos deste método são melhor compreendidos pelos pacientes de níveis superiores, porque mais consentâneos com as possibilidades dialécticas desse paciente.

Deve ainda referir-se que a utilização do método clínico durante o processo terapêutico tem um "timing" próprio. A falta de arte e engenho do terapeuta, pode levar a uma resposta do paciente bem conhecida dos psicoterapeutas: "percebo o que você diz e acho que tem razão, mas mesmo assim continuo a sentir-me mal!". Nem sempre a simples exploração crítica leva a uma modificação emocional. Com efeito, Kegan (1982) defende que o paciente já está em desequilibrio e, em determinadas alturas, precisa mais do apoio emocional do terapeuta do que do confronto racional e verbal dos seus pensamentos. Na mesma linha, Bowlby (1988) salienta a importância das "comunicações emocionais entre o paciente e o terapeuta" (p.157) nos processos de perturbação e de mudança. Também Greenberg e Safran (1987) defen-

dem que existem períodos, ao longo do processo terapêutico, em que o cliente quer expressar emoções intensas e não está disponível para receber confrontos verbais. Ao contrário, são bem vindas tranquilizações e empatia.

O diálogo que se segue (Lazarus, 1977) pode exemplificar a insistência de um terapeuta no confronto racional, numa altura em que o paciente parece ter compreendido bem as suas "irracionalidades" e os pensamentos alternativos "racionais" mas, apesar disso, não consegue sentir-se melhor. Possivelmente, nesta altura do processo terapêutico, o paciente estaria mais necessitado de uma atitude compreensiva e empática:

Terapeuta: O que aconteceria se o seu patrão lhe dissesse que o ía despedir?

Cliente: Eu sei onde quer chegar. Não seria o fim do mundo, não seria catastrófico nem horrível. Mas não era apenas um simples aborrecimento. Primeiro que tudo, tenho um salário óptimo nestes tempos díficeis da economia e, além disso, tenho hipóteses de ser promovido para uma posição que excede tudo o que poderia querer. Li os livros de Ellis e devo dizer-lhe que não estou a exigir ou a insistir que devo ficar com este emprego, mas é difícil pensar em deixar um modo de vida ao qual já estou habituado.

T: Apesar das suas palavras em contrário, penso que você está a insistir e a exigir que não deve comprometer o seu modo de vida.

C: Deixe-me perguntar-lhe uma coisa. Suponha que o obrigam a deixar a psicoterapia e as aulas de psicologia. Como é que se sentiria?

T: Está a querer dizer que a perda do seu trabalho seria idêntico a eu ser expulso da psicoterapia e da psicologia?

C: Não, aquilo que estou a pretender dizer é que você investiu muito tempo e esforço na sua carreira e que seria muito mais do que uma "inconveniência" se tivesse de ser obrigado a ter outro estilo de vida.

T: Claro!, seria muito aborrecido e perturbador, mas não catastrófico.

C: Ah! Deixe-se disso...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Luísa (1990) Construção e Dialéctica em Investigação Psicoterapêutica: Aconselhamento Parental. *Psychologica*, 3: 101-108.

BECK, Aaron. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press

BECK, Aaron; RUSH, A. John; SHAW, Brian e EMERY, Gary. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

BECK, Aaron e EMERY, Gary (1985) *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books.

BECK, Aaron e FREEMAN, Arthur. (1991) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

BOWLBY, John. (1988) *A Secure Base*. New York: Basic Books.

BRUNER, Jerome (1986) Actual Minds, Possible Worlds. Cambridge: Harvard University Press.

ELLIS, Albert (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.

ELLIS, Albert (1987) Rational-Emotive Therapy: current appraisal and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 2: 73-86.

EPSTEIN, Seymour (1994) Integration of the Cognitive and the Psychodynamic Unconscious. *American Psychologist*, 49, 8, 709-724.

GONÇALVES, Oscar (1992) From epistemological truth to ontological meanin in cognitive narrative psychotherapy. *III International Conference on Constructivism in Psychotherapy*. Barcelona, September.

GREENBERG, Leslie. e SAFRAN, Jeremy (1987) *Emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

INHELDER, Bärbel; SINCLAIR, H. e BOVET, M. (1974) *Apprentissage et Structures de la Connâssance*. Paris: PUF

IVEY, Allen (1986) *Developmental Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

JOYCE-MONIZ, Luís (1990) Construção e Dialéctica em Investigação Psicoterapeutica e Educacional: Introdução Geral ao Problema. *Psychologica*, 3: 71-74.

JOYCE-MONIZ, Luís. (1993) *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGrawHill

JOYCE-MONIZ, Luís e REIS, Joaquim (1991) Desenvolvimento e Dialéctica de Significações de Doença e Confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

KEGAN, Robert. (1982) *The evolving self. Problem and process in human development*. Cambridge: Harvard University Press.

LAZARUS, Arnold. (1977) *Toward an Egoless State of Being*. Em ELLIS, Albert e GRIEGER, R. (Org.) Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer.

LOURENÇO, Orlando. (1990) Construção e Dialéctica em Investigação Psicoterapêutica e Educacional: O Contributo da Psicologia do Desenvolvimento. *Psychologica*, 3: 87-92.

MAHONEY, Michael (1991) *Human Change Processes*. New York: Basic Books

PEIXOTO, Ermelindo (1990) Construção e Dialéctica em Investigação Educacional. *Psychologica*, 3: 75-86.

PERLS, Frederick (1973) *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. Palo Alto, Cal.: Science & Behavior Books.

PIAGET, Jean. (1926) *La Représentation du Monde chez l'Enfant*. Paris: PUF

PIAGET, Jean. e INHELDER, Bärbel (1962) *Le Dévelopment des Quantités Physiques chez l'Enfant.* Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

REIS, Joaquim (1990) Construção e Dialéctica em Investigação Psicoterapêutica e de Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 3: 93-99.

ROSEN, Hugh (1991) *Constructivism: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy.* Em KEATING, Daniel e ROSEN, Hugh (Org.) Constructivistic Perspectives on Developmental Psychopathology and Atypical Development. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

VINH-BANG (1966) *La Méthode Clinique et la Research en Psychologie de l'Enfant.* Em: Psychologie et Epistémologie Génétiques, Thémes Piagétiens. Paris: Dunod.

WADSWORTH, B. (1978) *Piaget for the classroom teacher.* New York: Longman, inc.

WARWICK, Hilary e SALKOVSKIS, Paul (1989) *Hypochondriasis.* Em SCOTT, Jan; WILLIAM, Mark e BECK, Aaron (Org.) Cognitive Therapy in Clinical Pratice. New York: Routledge