

## **CICLOS COGNITIVOS INTERPESSOAIS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

**Sónia Cristina Mairos Ferreira**

Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra

**Pedro Machado**

Psicólogo, Ordem dos Psicólogos Portugueses  
smairosferreira@fpce.uc.pt  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.140>

*Fecha de Recepción: 18 Julio 2016*

*Fecha de Admisión: 1 Octubre 2016*

### **RESUMO**

Assumindo como abordagem conceptual de base a proposta teórica de Jeremy Safran, o presente artigo é devotado à problemática dos ciclos cognitivos interpessoais e, no seu âmbito, à relevância que estes possuem no contexto da terapia focada nas relações. Procedede-se, por conseguinte, a uma síntese compreensiva do construto em análise, apontando os seus referentes principais e salientando os atributos chave que o caracterizam. Expostos estes elementos procede-se ao exame das especificidades que o processo de formação e fortalecimento da relação terapêutica deve assumir neste âmbito em específico, salientando-se, para o efeito, o seu papel fundamental enquanto instrumento do próprio processo terapêutico. Explora-se, de forma breve, como esta relação se pode constituir como um importante mecanismo de desconfirmação de esquemas mal-adaptativos e, também, de desagregação de ciclos cognitivos interpessoais cristalizados. Apresentam-se, em complemento ao exposto, algumas estratégias e técnicas de potenciação desta aliança terapêutica, das quais se notabiliza a meta-comunicação, dadas as suas mais-valias no estabelecimento de relação adaptativa entre paciente e terapeuta. Conclui-se apresentando uma análise crítica dos estudos atuais, referenciando necessidades de investigação futuras.

**Palavras-chave:** Ciclos cognitivos interpessoais, relação terapêutica, intervenção focada nas relações

### **ABSTRACT**

*Cognitive interpersonal cycles: Challenges and strategies to the strengthen the therapeutic relation*

Assuming Jeremy Safran theoretical proposal as the frame conceptual approach, the present article is devoted to the problematic of cognitive interpersonal cycles and, in its scope, to their relevance in the context of relationally focused intervention. We proceed to a comprehensive synthesis of the construct in analysis, emphasizing its major referents and highlighting the key attributes that characterize it. These elements exposed, we progress to the examination of the specificities that the process of developing and strengthening of the therapeutic relationship should assume in this context, in specific, underlining, in this matter, its fundamental role as an instrument of the therapeutic process itself. We briefly explore how this relationship can constitute, in itself, as an important mechanism for the disconfirmation of maladaptive schemes and unbundling of crystallized interpersonal cognitive cycles. We present, in addition to the above, some strategies and techniques of strengthening of this therapeutic alliance, of which excels the meta-communication, given its gains in the establishment of an adaptive relationship between patient and therapist. We conclude by presenting a critical analysis of current studies, referencing future research needs.

**Key-words:** Interpersonal cognitive cycles; therapeutic relationship; relationally focused intervention

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo e compreensão da relação terapêutica não se constitui como uma temática recente no campo científico e de intervenção clínica em psicologia. Na atualidade são múltiplas as produções científicas que versam, em específico ou de forma complementar, a relação terapêutica e as suas múltiplas implicações, não apenas no decurso do processo terapêutico, mas, também, considerando os seus outcomes imediatos e diferidos (*e.g.*, Horvath & Luborsky, 1993; Barber, *et al.*, 2000; Crits-Christoph, Gibbons & Hearon, 2006; Crits-Christoph, *et al.*, 2009; Ribeiro, 2009; Ardito & Rabellino, 2011; Tasca & Lampard, 2012). No entanto, e apesar da crescente relevância conferida a esta problemática, esta relação continua a ser vista, por alguns/as investigadores/as, mais como uma condição do que como um elemento com grande dinamismo e vitalidade, *i.e.*, como um agente de mudança substantiva (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; De Bolle, Johnson & De Fruyt, 2010; Castonguay, *et al.*, 2010; Safran & Kraus, 2014).

Pesem os argumentos apresentados pelos defensores/as desta posição mais reducionista (*e.g.*, priorização do controlo da subjetividade inerente à relação entre cliente-terapeuta), a comunidade internacional tem vindo a assumir uma posição de tendencial aceitação da centralidade que a relação terapêutica possui, não só enquanto poderoso mecanismo de transformação, mas também enquanto variável mediadora, sendo hoje apontadas as suas potencialidades, em particular no que concerne a utilização, em contexto de consulta, do material interpessoal proveniente do paciente e, também, do/a próprio/a clínico/a (*e.g.*, Safran & Muran, 2000; Puschner, Wolf & Kraft, 2008; Safran, Muran & Proskurov, 2009; De Bolle, Johnson & De Fruyt, 2010; Horvath, *et al.*, 2011). Para esta evolução muito contribuiu, com particular vitalidade nas últimas décadas, o investimento devotado no campo de ação das terapias cognitivo-comportamentais, cujos trabalhos possibilitaram uma compreensão mais profunda desta questão.

A partir da mobilização de um conjunto plural de abordagens, nos quais se incluíram processos de análise de processos internacionais entre clientes e psicólogos/as (*e.g.*, com recurso à observação clínica), foi possível a caracterização de variados processos e componentes da relação terapêutica, assim como a análise das implicações da sua existência e manifestação nas diferentes etapas do processo de intervenção psicológica (*e.g.*, Safran & Seagal, 1990; Ackerman & Hilsenroth, 2001, 2003; Stevens, *et al.*, 2007; Muran, *et al.*, 2009; Zuroff, *et al.*, 2010). Na impossibilidade de proceder à sua sistematização exaustiva, pois estamos perante um domínio com considerável produção científica e técnica, devotaremos este documento à sinopse dos contributos da intervenção focada

na relação (*relationally focused intervention*), em concreto no que concerne aos ciclos cognitivos interpessoais e às estratégias de potenciação da aliança terapêutica (Safran & Seagal, 1990; Stevens, *et al.*, 2007; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). A nossa opção prende-se, na sua essência, com a centralidade conferida, pelos seus proponentes, à relação interpessoal paciente-profissional, enquanto ferramenta do próprio processo clínico, da qual resulta uma notória preocupação com o desenvolvimento e promoção do robustecimento da aliança entre os/as envolvidos/as.

## 1. OS CICLOS COGNITIVO-INTERPESSOAIS NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO FOCADA NAS RELAÇÕES

A intervenção focada na relação (*relationally focused intervention*) constitui uma proposta conceptual da autoria de Safran, em articulação com diversos colaboradores/as (*e.g.*, Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014), a qual se sedimenta (1984, 1990, 1993; Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000) nas propostas pioneiras de Sullivan (1956) e de Bowlby (1973, 1980, 1982, 1988). Segundo Safran (1990) ao se afastar dos conceitos freudianos mais tradicionais, de mente auto-contida e intra-psíquica, Sullivan (1956) ofereceu uma visão inovadora, que se revelou um potente embrião para uma elevada diversidade de teorias da mente, em que se reconhece a importância das interações sociais. Citado como o pai da psicologia interpessoal, este investigador vanguardista defendia que o indivíduo não pode ser compreendido sem que se considere o contexto em que se encontra inserido, uma vez que as interações interpessoais moldam as percepções que cada um/a possui de si próprio, assim como dos outros. Um dos conceitos centrais da sua proposta é, precisamente, o de estruturas mentais, ou seja, personificações que são adquiridas ao longo do tempo e que são responsáveis por guiar a percepção interpessoal auto e hetero-referenciada. Integram-nas dois tipos, sendo o primeiro as personificações que se aplicam à percepção do self e o segundo às percepções dos outros.

Mais em específico, defendia que a geração das auto-personificações ocorre a partir das vivências na infância, estando a percepção do “eu bom” associada a experiências e características avaliadas positivamente e/ou valorizadas pelos/as cuidadores/as, enquanto os aspetos dos “eu mau” e “não eu” se associam a atributos não aceites ou, em alternativa, que provocavam respostas de desaprovação. A distinção entre estas duas últimas auto-personificações residia, para Sullivan (1956) no grau de ansiedade associado com as interações sociais precoces, sendo promotoras de níveis mais elevados de ansiedade, as características que mais tarde a pessoa atribui ao “não eu”.

Igualmente indigitados como centrais para a abordagem da intervenção focada na relação (*e.g.*, Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014), são os contributos de Bowlby (1973, 1980, 1982, 1988), investigador responsável pela teorização dos referentes basilares da teoria da vinculação, em específico pela sua intelecção pioneira acerca da necessidade do ser humano de se relacionar, vincular, desde os primórdios da sua vida, a um/a cuidador/a, desenvolvendo, através dessa relação, modelos internos dinâmicos (*internal working models*), cuja influência se manifestará, ao longo do seu desenvolvimento, no estabelecimento e manutenção de diversos padrões relacionais. À semelhança do que ocorre para as personificações propostas por Sullivan (1965), também Bowlby defende que estes modelos internos dinâmicos se formam desde as primeiras experiências de vinculação, constituindo esquemas cognitivo-afetivos das experiências eu-outro. Não constituirá surpresa, pelo exposto, que sejam descritos como estruturantes no contexto da manutenção da proximidade com significativos, pois é através deles que a criança tece previsões sobre as contingências de interação com outrem. Veja-se, em registo de exemplo, que expressar a mesma emoção, por exemplo raiva, pode associar-se, numa relação de vinculação segura, à expe-

rienciação de suporte e tranquilização por parte do/a cuidador/a, enquanto numa relação de vinculação insegura poderá traduzir-se em experiência de abandono e subsequente aprendizagem de inibição dos sentimentos com o propósito de assegurar a manutenção da proximidade com a figura de referência (Safran, 1990).

Ainda que partindo de referenciais substantivamente distintos, estes dois investigadores (Bowlby e Sullivan) possuem comunalidades de revelo, pois ambos atendem, nas suas abordagens, à formação e manutenção, ao longo da vida, de esquemas relacionais (interpessoal), e de modelos internos (vinculação). Igualmente pertinente, para a problemática em questão nesta revisão teórica, é o alerta, presente nos escritos de ambos, de que, apesar de, quando forçados a partir de experiências de interação positiva com pessoas e contextos, desempenharem um papel chave no processo de contínuo desenvolvimento adaptativo, a sua geração consubstanciada em processos de vinculação insegura ou desorganizada e em experiências mal-adaptativas (especialmente com os cuidadores de referência), tenderá, probabilisticamente, para a emergência e fortalecimento de padrões relacionais disfuncionais. A sua mobilização no decurso da trajetória individual contribuirá, pelos enviesamentos na leitura e compreensão das interações e das situações vivenciadas pela pessoa, para o fortalecimento da sua ativação (em detrimento de interpretações alternativas, de maior valor adaptativo) e, pela sua perseveração no tempo e circunstâncias, para a sedimentação de padrões relacionais e de vinculação mal-adaptativos (Bowlby, 1973, 1980, 1982, 1988; Safran, 1990).

Estes padrões cognitivos e interpessoais negativos são elementos de destaque na abordagem de Safran (*e.g.*, 1990, 1998; Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Muran, *et al.*, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014). Intitulados “ciclos cognitivos interpessoais”, são expostos, neste modelo teórico, como padrões rígidos de atuação, que limitam o indivíduo nas suas experiências e agem no sentido da cristalização dos modelos de relação, *i.e.*, da inviabilização de formas alternativas (e mais adaptativas) de relacionamento (Safran, 1984, 1990; Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Muran, *et al.*, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014). Estes ciclos ancoram-se, à semelhança do que os seus predecessores anteciparam, num conjunto de constrições associadas às experiências precoces com figuras significativas que, para estas pessoas, concorreram na formação de esquemas interpessoais pouco flexíveis e mal-adaptativos (Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000).

Note-se, todavia, que, pese a importância centrais das figuras de vinculação, que na infância promoveram a validação e perpetuação dos referidos esquemas (Safran, 1998), a sua persistência ao longo da vida deve-se, igualmente, à sua confirmação e validação noutras circunstâncias, tempos, e com pessoas diversas (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000). A sua continuidade no decurso da adolescência/adulthood/velhice resulta, então, da sua subsistência nos modelos de relacionamento interpessoal em funcionamento (a ser, atualmente, praticados pelo paciente), e que sofrem confirmação e validação com regularidade, em grande medida devido às consequências, na esfera relacional, do seu comportamento. Em parte sustentados devido à corporificação do princípio da complementaridade, segundo o qual as ações tendem a incitar, nos outros, respostas comportamentais complementares, e validantes, a pessoa que apresenta estes ciclos cognitivos interpessoais não tem disso consciência, interpretando as verbalizações e comportamentos dos outros como evidência de que a sua leitura/interpretação é acertada (Safran, 1990).

Este registo contribui, num formato que se retro-alimenta, para o incremento da probabilidade de que os indivíduos com maiores dificuldades e/ou limitações adaptativas obtenham respostas complexivas por parte daqueles/as com quem interagem que robustecem essas mesmas dificuldades e limitações. Como principal consequência verifica-se que os indivíduos com perfis de mais

acentuada mal-adaptação tendem a experienciar um conjunto mais restritivo de interações e moldes relacionais, os quais se pautam pela perpetuação dos padrões de comportamento já descritos (Muran, *et al.*, 2009; Safran, Muran & Proskurov, 2009; Zuroff, *et al.*, 2010; Safran & Kraus, 2014). Apesar de não serem específicos das perturbações da personalidade, a sua frequência em doentes com este tipo de psicopatologia é consideravelmente mais expressiva, sendo reconhecidas pela vasta maioria dos/as terapeutas que com eles lida, as dificuldades e limitações do foro interpessoal, apresentadas por este grupo de pacientes (Safran & McMain, 1992; Safran & Muran, 2000).

Podemos, em consequência do que temos vindo a aflorar, afirmar que os ciclos cognitivo-interpessoais podem ser entendidos enquanto cristalização, e manutenção no tempo, de esquemas interpessoais disfuncionais, que são confirmados nas suas vivências quotidianas pelos pares com quem contacta, estando o/a terapeuta, enquanto ser humano que é, em risco de constituir um dos elementos que fornece estas respostas complementares, reforçando, pelas suas ações, os ciclos cognitivo-interpessoais (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Safran & Kraus, 2014). Pelo exposto se depreende que é essencial, neste âmbito, que a ação do/a terapeuta se pautar pela desconfirmação destes ciclos, permitindo ao paciente a abertura a novas respostas (*e.g.*, Safran, 1990; Safran & Muran, 2000; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Ribeiro, 2009). Se a relação entre ambos assumir estas premissas, rompendo com os padrões de interação a que o paciente se encontra habituado, quer o estabelecimento da aliança terapêutica, quer a sua manutenção, são elementos fundamentais para uma intervenção bem-sucedida. Neste cenário, a qualidade e força da aliança terapêutica são essenciais para que se possa materializar uma real adesão do doente às propostas do terapeuta (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000; Ribeiro, 2009; Safran & Kraus, 2014).

Abordadas as questões basilares sobre os ciclos cognitivo-interpessoais no contexto da intervenção focada nas relações dedicamos a rubrica seguinte deste documento à exploração do conceito de aliança terapêutica. No momento subsequente, procede-se à especificação de estratégias que permitem a sua criação e robustecimento, salientando as suas mais-valias para a quebra dos ciclos viciosos em que o indivíduo se encontra enredado e, simultaneamente, para a flexibilização dos padrões relacionais do paciente.

## 2. ESTRATÉGIAS DE POTENCIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA

Como vimos no ponto precedente, a aliança terapêutica constitui-se como um elemento de grande relevância no contexto da intervenção psicológica, em particular, quando esta se concretiza com pacientes que apresentam padrões relacionais pobres, pouco flexíveis, e mal-adaptativos (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000; Ribeiro, 2009; Safran & Kraus, 2014). Contudo, ainda que a constatação da sua centralidade não traga grandes dúvidas no seio da comunidade científica e de profissionais da psicologia, a sua definição consensualizada ainda não foi, completamente, conseguida. De facto, se podemos situar os seus primórdios numa publicação de Freud, em 1912, em que este sugere que o analista deve manter um “interesse sério” associado a uma “compreensão solidária (*sympathetic understanding*) do seu paciente, possibilitando que o seu self saudável pudesse estabelecer uma relação positiva com o/a seu/a analista, as suas ramificações há muito ultrapassaram as fronteiras da psicanálise.

Proliferam, na atualidade, diversificadas propostas de explanação deste conceito, das quais se notabiliza a definição pan-teórica da autoria de Bordin, em 1979, quer pela sua abrangência, quer pela sua influência até ao presente, nomeadamente na perspetiva relacional apresentada por Safran (1990; Safran & Muran, 2000). Segundo este autor, a aliança terapêutica pode ser definida como a representação do limite ao qual o doente e o terapeuta são capazes de manter um vínculo relacional afetivo forte, à medida que trabalham, em registo colaborativo, nas tarefas e objetivos da tera-

pia (Safran & Kraus, 2014). Esta aceção remete-nos, pois, para um posicionamento teórico em que a aliança terapêutica é concetualizada enquanto relação dinâmica e de implicação mútua, na qual interagem terapeuta e paciente, moldando a forma como este/a último/a se relaciona, tanto consigo como com os outros com quem contacta (Safran, 1984, 1990; Safran & Muran, 2000; Ribeiro, 2009). Assumindo este enfoque analítico, torna-se evidente a imprescindibilidade, ao longo de todo o processo terapêutico, de proceder a negociação e renegociação desta aliança, pela diáde em interação. Este processo ocorre, simultaneamente a nível (in)consciente, apresentando-se como um mecanismo essencial de promoção de mudança, de flexibilização dos padrões relacionais e, por inerência, de constante desafio (inter)pessoal (Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Safran & Kraus, 2014).

Pela interdependência que a aliança terapêutica pressupõe, e pela complexa teia de partilhas e afetos em que se sustenta, a perspetiva relacional reconhece a existência de paralelismos entre a relação mantida em contexto terapêutico, pelo/a profissional e o/a doente, e a relação existente na diáde mãe-filho, dado que ambas funcionam num circuito oscilatório, onde existem períodos de interação, tensão, e ruturas – ruturas estas que numa relação saudável são seguidas de momentos de reparação da relação (Safran, 1993; Safran & Muran, 2000, 2011). Desta forma, e atendendo à afinidade já referida, é previsível que muitas das problemáticas que surgem em contexto de tratamento se relacionem com tensões interpessoais. Neste sentido, será também expectável que a utilização das tensões, ruturas, e posterior reparação da relação, surjam como importantes momentos no processo terapêutico, pelo seu potencial de produção de mudança com significado (Safran & Muran, 2000, 2011; Safran, Muran, & Proskurov, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011).

Safran e colaboradores (Safran & Muran, 2000, 2011; Safran & Kraus, 2014) destacam dois grandes tipos de ruturas que podem ocorrer na relação terapeuta-paciente, sendo estes a rutura por cedência (*withdrawal*) e rutura por confrontação. Em termos globais, estas diferenciam-se pelas suas características e padrões, bem como pelas especificidades que o processo que visa a sua resolução tende a assumir. Quanto à rutura por cedência, o/a paciente tendencialmente lida com as dificuldades relacionais, no processo de terapia, através do recurso ao silêncio, de respostas curtas, de alteração do tópico em discussão, ou apresentando uma postura de aparente concordância todas as posições e sugestões do/a terapeuta, retirando-se, por essa via, da discussão do tema. Quando estamos perante este tipo de reação por parte do/a doente, as tentativas de resolução podem integrar, entre outras, a exploração dos medos e a crítica interna, permitindo ao/à paciente exprimir sentimentos negativos, e expressar as suas necessidades e desejos, i.e., desconfirmando o esquema interpessoal mal-adaptativo que este evidencia (Safran & Muran, 2000, 2011; Safran & Kraus, 2014). Por sua vez, na rutura por confrontação, o indivíduo tende a comunicar de forma direta, expressando raiva, ressentimento e insatisfação, por vezes culpabilizando o/a terapeuta e fazendo exigências. Neste caso, a intervenção poderá pautar-se pelo estabelecimento de uma relação empática, permitindo-lhe expressar que se sentiu ferido nos seus sentimentos, vulnerabilidade, clarificando, adicionalmente, a necessidade de apoio. De novo, o/a terapeuta produz uma resposta não complementar, i.e., desconformatória do esquema mal-adaptativo hiper-valente (Safran & Muran, 2000; Safran & Kraus, 2014).

Para maior eficácia deste processo de desconformação o/a terapeuta pode, ainda, implementar, segundo Kiesler (1996), estratégias de explicitação do conceito de “complementaridade” nas relações interpessoais, nomeadamente através da especificação, com base em acontecimentos/ilustrações retirados da própria relação terapêutica, dos efeitos que um determinado padrão comportamental tende a evocar, em termos de resposta, no outro. A nível terapêutico, este processo de meta-comunicação, pode ser vital, pois através da identificação, e subsequente ilustração dos efeitos potenciais destes padrões, o/a terapeuta auxilia o reconhecimento, por parte do/a paciente, dos

comportamentos que evoca e dos ciclos comportamentais e comunicacionais não adaptativos que dele podem resultar. A sua exploração, no registo de uma relação de confiança e num plano relacional colaborativo, no momento oportuno do processo de intervenção psicológica, constitui uma mais-valia substantiva no processo de mudança que se pretende promover (Safran & Kraus, 2014). Em suma, o/a terapeuta, em conjunto com o/a doente, exploram, desafiam e em última análise desconfirmam a expectativa mal-adaptativa deste último, no que concerne o relacionamento interpessoal (Kiesler, 1996; Safran & Muran, 2000, 2011).

A estratégia de metacomunicação pode, neste registo, ser encarada como uma via de fortalecimento da aliança terapêutica de grande interesse clínico, visto englobar uma série de princípios essenciais, que permitem a negociação de ruturas no seio de uma aliança terapêutica e trabalhar, construtivamente, através de processos de transferência e contratransferência (Safran & Kraus, 2014). Ainda alusivo a esta matéria, Safran e Muran (2000, 2011) apresentaram um conjunto de princípios orientadores do uso da metacomunicação, os quais citamos, em seguida, de forma sumária. De acordo com a perspetiva destes autores o/a terapeuta deve:

1) examinar, de forma tecnicamente eficaz, a subjetividade do/a paciente, comunicando de forma exploratória, ou seja, transmitindo a mensagem, tanto em termos explícitos como implícitos, e incentivando o/a paciente a compreender, de forma colaborativa, os elementos presentes neste processo comunicacional;

2) aceitar responsabilidade, isto é, deve produzir e apresentar as suas formulações tendo em conta os seus próprios sentimentos, comprometendo-se com as suas contribuições, de forma aberta e clara (de forma a clarificar as intervenções, prevenindo sentimentos de culpa, ou medo por parte do/a paciente);

3) utilizar aquilo de que dispõe no momento, i.e., a metacomunicação deve ancorar-se naquilo que sente, pensa e nas suas intuições no momento, assentando no pressuposto que o que pode fazer sentido/ser relevante em dada sessão, pode já não o ser na seguinte;

4) focar-se no concreto e específico, ou seja, as questões e/ou observações realizadas pelo/a terapeuta devem concentrar-se, sempre que possível, no real vivenciado, e não em abstrações e/ou generalizações, de forma a que contribuam, em efetivo, para a perceção experiencial;

5) avaliar e explorar as respostas do/a paciente às suas propostas de intervenção, monitorizando a qualidade das respostas e a perceção que este possui da experiência da terapia;

6) clarificar e refletir acerca do significado relacional da intervenção para o/a paciente, e também para si, tendo em conta que as significações possuem um potencial impacto muito significativo na experiência terapêutica, podendo ser influenciado não só pelas características e experiência do/as paciente, mas também pelas suas próprias;

7) estabelecer uma permanente sensação de colaboração e o “nós”. O ênfase no trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta é de grande importância, conferindo um contexto de partilha e de responsabilidade partilhada, essencial ao estabelecimento da relação terapêutica e à desconfirmação dos esquemas mal-adaptativos;

8) partilhar e explorar, de forma criteriosa, a sua própria experiência, precavendo dificuldades causadas pelas suas verbalizações, comportamentos, sentimentos, etc., e permitindo ao/a paciente explorar formas alternativas e, eventualmente, mais eficientes de efetuar o processo terapêutico;

9) estar preparado para que as tentativas de resolução e reparação possam resultar em novas ruturas, assim como da possibilidade de visitar ruturas anteriores. Os terapeutas devem fazer uso, e aproveitar a forma única como estas ruturas se materializam, agindo, no imediato, e mobilizando-as como elemento de relevo no contexto terapêutico. Acresce ao referido que, o/a terapeuta;

10) não deve assumir paralelo entre a relação específica com aquele/a paciente e outras relações em que já esteve (mesmo que em contexto de intervenção psicológica), ou em que o/a pacien-

## TÍTULO PONENCIA

te já esteve envolvido/a, ou seja, deve ser particularmente cauteloso/a em estabelecer pontes de associação entre a relação terapêutica que em causa e relações prévias ou concorrentes no tempo.

Ainda segundo Safran (1984), quando cabe ao/à profissional que intervém com pacientes que apresentam ciclos cognitivo-interpessoais do tipo que temos vindo a analisar, estar particularmente atento/a à (i) identificação das emoções e respostas (concretas ou simbólicas), que o/a paciente põe em prática, para, de seguida, e (ii) registar os marcadores interpessoais presentes (comportamentos verbais e não-verbais). Através destes dois cuidados estará em condição de (iii) proceder à sua exploração destes no âmbito da aliança terapêutica formada e (iv) de os tornar claros, e conscientes, para o/a paciente, possibilitando, em suma, a sua efetiva desconfirmação.

Recapitulando, o objetivo primordial de uma intervenção terapêutica, cognitivo-comportamental, com pacientes que apresentam ciclos cognitivo-interpessoais negativos, passa por proceder à sua desconfirmação, recorrendo, para tal, a uma abordagem interpessoal positiva, aberta e honesta, na qual se privilegia o estabelecimento e contínuo fortalecimento da aliança terapêutica (Safran & Kraus, 2014). O processo terapêutico é indissociável do contexto de relação entre o terapeuta e o paciente, e é na riqueza desta díade relacional que surgem ruturas (Safran & Muran, 2000, 2011). Apesar de nem todas as ruturas possibilitarem a continuidade da intervenção, a consciencialização do/a terapeuta para as diferentes flutuações na relação/aliança terapêutica apresentam-se como oportunidades valiosas, para a minimização de efeitos não desejados e, potencialmente, irremediáveis (*e.g.*, desistência do processo terapêutico) e, também, para a própria exploração dos esquemas interpessoais do paciente (Safran & Muran, 2000; Safran, Muran, & Proskurov, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014).

## CONCLUSÃO

Tida, na contemporaneidade, como uma temática de grande importância no âmbito do estabelecimento da relação, em contexto de terapia psicológica, a aliança terapêutica tem vindo a ser estudada por diversos prismas científicos no seio da psicologia, sendo hoje reconhecidas as suas implicações múltiplas para o (in)sucesso da intervenção, assim como para a níveis diferenciais de manutenção dos ganhos terapêuticos, no imediato e em diferido (*e.g.*, Horvath & Luborsky, 1993; Barber, *et al.*, 2000; Crits-Christoph, Gibbons & Hearon, 2006; Crits-Christoph, *et al.*, 2009; Ribeiro, 2009; Ardito & Rabellino, 2011; Tasca & Lampard, 2012). No âmbito da reflexão que agora se finda, procuramos analisá-la a partir do referente conceptual da intervenção focada na relação, proposta por Safran e colaboradores (Safran & Seagal, 1990; Stevens, *et al.*, 2007; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011).

Conforme referimos, a nossa escolha prendeu-se com o predomínio atencional que estes/as investigadores/as conferem à relação interpessoal paciente-profissional, neste âmbito conceptualizada enquanto ferramenta do próprio processo terapêutico, no seio de um processo de desconfirmação de esquemas mal-adaptativos e conseqüente quebra de ciclos cognitivos interpessoais cristalizados. Nesta abordagem, estes últimos surgem caracterizados como limitações na adaptação a novas situações, e conseqüentemente criação de novos padrões de interação, gerando um “ciclo vicioso”, que tende a ser perpetuado no tempo pela recorrente tentativa de resolução do problema por parte do individuo (Safran & Segal, 1990). Podemos, assim, afirmar que, embora todos os indivíduos apresentem regularidades nos seus padrões interpessoais, algumas pessoas, exibem uma apresentação, tendencialmente, mais rígida, a qual se manifesta através de ciclos cognitivo-interpessoais, que contribuem para a manutenção das dificuldades experienciadas pelo doente. A meta-comunicação, como tivemos oportunidade de indicar, apresenta-se como uma importante estratégia, não só enquanto potente reforço da aliança terapêutica, assim como no contexto da (imprescindível) clarificação dos ciclos cognitivo-interpessoais do/a paciente, permitindo uma eficiente des-

confirmação dos esquemas mal-adaptativos (Safran & McMain, 1992; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014).

Destaque-se, no entanto, que se a importância da aliança terapêutica e da necessidade de a potenciar para incrementar o sucesso da intervenção, é um dado de relevo na proposta de Safran e colaboradores (Safran & Muran, 2000, 2011; Safran, Muran, & Proskurov, 2009; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011), as evidências empíricas em que estas afirmações assentam continuam a ser limitadas, sendo de grande pertinência o incremento de estudos científicos neste domínio (Safran, Muran, & Proskurov, 2009). É, pois, de grande pertinência que se produza investigação científica de qualidade sobre a aliança terapêutica, e, mais em específico, subordinada à compreensão dos processos de reconhecimento, identificação, e utilização das ruturas terapêuticas. Em aditamento, seria interessante que este conhecimento fosse introduzido nas componentes de formação de base e complementar dos (futuros) terapeutas, de forma a potenciar as suas competências de intervenção neste domínio, e a qualidade da sua prestação junto de pacientes que apresentam ciclos cognitivo-interpessoais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185. DOI: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. DOI: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ardito, R. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychology*, 2, 1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. DOI: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 252-260.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety, and anger* (vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss* (vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment* (vol. 1, 2nd ed. rev.) New York: Basic Books (original publicado em 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy development*. New York: Basic Books.
- Castonguay, L., Constantino, M., McAleavey, A., & Goldfried, M. N. (2010). The Alliance in cognitive-behavioral therapy. In J. Muran, & J. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based approach to practice and training* (pp. 150-165). New York: Guilford Press.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 280-285. DOI: 10.1037/0033-3204.43.3.280
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1125-1135. DOI: 10.1037/a0017045

## TÍTULO PONENCIA

- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378-385. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000320895>
- Horvath, A. O., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. DOI: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Kiesler, D. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and Therapeutic alliance predicts outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248. DOI: 10.1037/a0016085
- Puschner, B., Wolf, M., & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, 18(2), 167- 178. doi: 10.1080/10503300701367984
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquibrios.
- Safran, J. (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy & Research*, 333-384.
- Safran, J. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory I: Theory. *Clinical Psychology Review*, 87-105. DOI: 10.1016/0272-7358(90)90108-M
- Safran, J. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 11-24. DOI: 10.1037/0033-3204.30.1.11
- Safran, J. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: The Therapeutic Relationship, Emotion, and the Process of Change*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Safran, J., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 381-387. DOI: 10.1037/a0036815
- Safran, J., & McMain, S. (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 6, 59-68.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J., & Muran, J. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80 – 87. DOI: 10.1037/a0022140
- Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J., Muran, C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. Levy, & J. Ablon (Ed.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (pp. 201-225). New Jersey: Humana Press.
- Safran, J., Muran, J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 80-87.
- Stevens, C. L., Muran, J., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109-129.
- Sullivan, H. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology* 59, 507-517. DOI: 10.1037/a0029947
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression:

Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 130-140. DOI: 10.1037/0022-006X.74.1.130

Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697. DOI: 10.1002/jclp.20683

