

UM ESTUDO SOCIOCONSTRUCIONISTA DA EXPERTISE TERAPÊUTICA*

UN ESTUDIO SOCIOCONSTRUCCIONISTA DE LA PERICIA TERAPÉUTICA

A SOCIAL CONSTRUCTIONIST EXPLORATION OF THERAPEUTIC EXPERTISE

RESUMO: A questão da expertise terapêutica é importante de se considerar, especialmente no contexto do treinamento de novos terapeutas. Programas de treinamento sistêmicos e construcionistas — assim como a prática terapêutica sistêmica e construcionista — são confrontados com um dilema especial quando se trata de articular as capacidades e habilidades que serão atribuídas à expertise do terapeuta. A construção social é mais bem compreendida como uma postura filosófica que um indivíduo assume e, portanto, nenhuma técnica em particular e conjunto de ações são prescritos. De que forma, então, entendemos a expertise de um terapeuta construcionista? Que tipos de prática a construção social, como opção discursiva, oferece aos terapeutas? O que nós, como terapeutas, fazemos, uma vez que propomos que o significado surge no fluxo contínuo de pessoas em atividades situadas? Quais são as implicações desse tipo de prática para a relação terapêutica? O presente artigo examina essas questões.

Palavras-chave: construção social; expertise do terapeuta; tipos de prática.

RESUMEN: La cuestión de la pericia terapéutica es importante de considerar, especialmente en el contexto de la formación de nuevos terapeutas. Los programas de entrenamiento sistémicos y construcionistas — así como la práctica terapéutica sistémica y construcionista — se enfrentan a un dilema especial cuando se trata de articular las capacidades y habilidades que serán atribuidas a la pericia del terapeuta. La construcción social se entiende mejor como una postura filosófica que un individuo asume y, por lo tanto, ninguna técnica en particular y conjunto de acciones son prescritas. ¿De qué manera, entonces, entendemos la pericia de un terapeuta construcionista? ¿Qué tipos de práctica ofrece la construcción social, como opción discursiva, a los terapeutas? ¿Qué hacemos nosotros, como terapeutas, una vez que proponemos que el significado surge en el flujo continuo de personas en actividades situadas? ¿Cuáles son las implicaciones de este tipo de práctica para la relación terapéutica? El presente artículo examina estas cuestiones.

Palabras claves: construcción social; pericia del terapeuta; tipos de práctica.

ABSTRACT: The issue of therapeutic expertise is important to consider, particularly in the context of training new therapists. Systemic and constructionist training programs — as well as systemic and constructionist therapeutic practice — are confronted with a special dilemma when it comes to articulating the skills or abilities that will be attributed to therapist expertise. Social construction is best understood as a philosophical stance that one takes and therefore, no particular technique or set of actions are prescribed. How then, do we understand the expertise of a constructionist therapist? What forms of practice does social construction, as a discursive option, offer therapists? What do we do, as therapists, once we propose that meaning emerges in the on-going flow of persons in situated activity? What are the implications of this form of practice for the therapeutic relationship? This article examines these questions.

Keywords: social construction; therapist expertise; forms of practice.

SHEILA MCNAMEE

*University of New
Hampshire, Durham,
New Hampshire, US*

CLARISSA SOARES

Tradução

* Meu livro de 1992, co-editado com Kenneth Gergen, é propositalmente intitulado *Therapy as Social Construction* (Terapia como construção social), em vez de *Social Constructionist Therapy* (Terapia construcionista social), para indicar nosso foco em uma postura ou orientação com a qual abordamos o processo terapêutico, e não um foco em um determinado tipo de terapia (por exemplo, um modelo). Como construcionistas, estamos interessados em explorar a terapia (e qualquer outro contexto ou fenômeno), antes de tudo, como uma conversação na qual as realidades são produzidas.

Talvez a maneira mais útil de se começar uma conversa sobre a relação terapêutica e sobre o papel do terapeuta seja abordar o que considero uma questão central nas discussões sobre a construção social e sua relação com a prática da psicoterapia: o que o construcionismo oferece no território da prática? O que nós, como terapeutas, fazemos, uma vez que propomos que o significado surge no fluxo contínuo de pessoas em atividades situadas? Portanto, quais são as implicações desse tipo de prática para a relação terapêutica?

Começarei falando sobre a construção social como uma **postura filosófica**, em vez de um modelo ou método de psicoterapia. A construção social nos oferece uma “postura” para nos envolvermos na relação terapêutica, assim como uma maneira de expandir nosso entendimento do significado da relação terapêutica. Quando falamos de “terapia como uma construção social”, não estamos enfatizando uma técnica ou um método em particular, e sim uma forma de se pensar sobre o processo terapêutico. Se a terapia, a partir de uma orientação construcionista, é um processo conversacional (por exemplo, não “terapia construcionista social”, mas “terapia como construção social”), o que podemos dizer sobre a relação entre o terapeuta e o cliente? Antes de abordar essa questão, esboçarei a tradição individualista na psicoterapia porque, ao fazê-lo, algumas características construcionistas da relação terapêutica poderão ser articuladas de forma mais clara.

TRADIÇÕES DA PSICOTERAPIA

Como qualquer outra instituição cultural, a psicoterapia é permeada por uma vasta gama de expectativas. Uma expectativa insidiosa é a ideia de uma deficiência ou fraqueza **dentro** da pessoa. A psicoterapia está repleta da noção de uma falha do indivíduo em alguma esfera, não importa se estamos falando de problemas conjugais ou de psicose. Apesar de o processo terapêutico ser, muitas vezes, justificado com base no fortalecimento de pessoas antes frágeis e dependentes, existe um importante sentido segundo o qual o contrário também é verdade, e no qual o diagnóstico se torna o carro-chefe para um enfraquecimento. Nos trabalhos de Michel Foucault (1973), a lógica do enfraquecimento se torna mais clara. Nas palavras de Foucault, quando nos oferecemos para exames de vários tipos, estamos nos entregando aos regimes disciplinares para sermos rotulados e explicados em seus termos. Logo, quando levamos essas terminologias para nossa vida cotidiana, falando para os outros da nossa depressão, da nossa ansiedade, nós nos engajamos em relações de poder — basicamente estendendo o controle dos regimes disciplinares. À medida que nossas disciplinas de estudo começam a influenciar as políticas e as práticas públicas, nos tornamos mais organizados de acordo com seus termos. À medida que a terminologia diagnóstica é, cada vez mais, sancionada por sistemas de saúde controlados, torna-se, portanto, cada vez mais difícil escaparmos dela. Assim, à medida que empresas farmacêuticas lucram com a cura de pessoas rotuladas dessas formas, elas contribuem para o enfraquecimento do indivíduo.

Vamos considerar, por um momento, as ramificações específicas desse foco individualista na psicoterapia e a sua ligação com a relação terapêutica. Embora existam muitos tipos de psicoterapia em que a ênfase é a superação de problemas pessoais e psicológicos, a profissão requer, primeiramente, que um diagnóstico seja identificado, antes de se prosseguir com a solução do problema ou com o tratamento. Na verdade, como a psicoterapia é estreitamente ligada à profissão médica, a crença dominante é a de que a psicoterapia **demand**a um diagnóstico. Como um terapeuta

poderia saber como tratar um cliente se estivesse trabalhando sem, antes de tudo, ter uma ideia clara de qual é o problema do cliente? O tratamento de um problema, portanto, requer um diagnóstico. Duas questões são relevantes aqui: (1) a questão do diagnóstico e sua relação com o individualismo e, portanto, a implicação de que uma deficiência existe dentro da pessoa que requer o diagnóstico individual; e (2) a questão do diagnóstico como uma conversa necessária (particularmente na psicoterapia), que gira em torno da identificação das causas e da solução de problemas. Essas questões não são necessariamente separáveis e têm implicações significativas para a relação terapêutica. Vou alongar-me um pouco mais em cada uma, para ilustrar o contexto para uma alternativa construcionista.

Diagnóstico de indivíduos

Aqui, é fundamental observar que “diagnóstico” na psicoterapia significa o diagnóstico de um indivíduo. Se a identidade de uma pessoa está localizada dentro dela, como nos diz o individualismo, então, tudo o que é problemático deve emanar do interior da mente ou da psique dessa pessoa. Portanto, o diagnóstico tem de ser da pessoa, do indivíduo. Certamente, há situações em que tal diagnóstico pode ser útil. Penso, por exemplo, nas várias reações que diferentes pessoas podem ter ao diagnóstico de depressão crônica. Para algumas, saber do “especialista” (por exemplo, o psicoterapeuta) que elas sofrem de depressão crônica pode ser útil. O diagnóstico lhes transmite o sentimento de que, agora que o problema foi identificado, um programa de tratamento pode começar. Há esperança à vista. Entretanto, não podemos nos esquecer de todas aquelas outras para quem o diagnóstico de depressão crônica (ou qualquer outro diagnóstico) inicia um processo acelerado de aumento do mal-estar. Munidas de um diagnóstico, essas pessoas perdem a esperança, pois se veem identificadas como defeituosas, inferiores, doentes e qualquer coisa, menos como “normais”.

Diagnóstico requer conversa sobre o problema

“Psicoterapia”, “diagnóstico” e “problemas” são termos que, naturalmente, caminham de mãos dadas. Nós procuramos a psicoterapia quando nos sentimos inquietos, transtornados ou perturbados. Quando as coisas não vão bem em nossa vida, a psicoterapia é uma das principais fontes de ajuda que buscamos. Dada essa suposição, é difícil imaginar a utilidade de uma conversa psicoterapêutica em que o tópico central de discussão não seja voltado para um problema¹.

Entretanto, ver a terapia como uma construção social é expandir a conversa terapêutica para uma gama mais ampla de questões. Especificamente, significa levar em consideração a pergunta: “o que **nós** podemos alcançar (ou seja, criar) juntos em nossa conversa?” Há muitas formas em que a transformação pessoal e relacional pode ocorrer. Conversas sobre diagnóstico e problemas podem ser produtivas, assim como conversas com foco em forças, valores e possibilidades futuras também podem ser. Quando vemos a terapia como uma construção social, não estamos particularmente interessados em predeterminar que tipo de conversa vai gerar transformação. Estamos mais preocupados em adotar o que chamo de uma postura relacionalmente comprometida com os clientes. Dentro dessa postura, podemos alcançar conversas terapêuticas produtivas.

1 Há, entretanto, diversos tipos de terapia que tentam ir além da discussão do problema. A terapia de solução de problema (Shazer, 1994; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1988) e a terapia narrativa de White e Epston (1990) são exemplos conhecidos de modelos terapêuticos em que a ênfase é dada à imaginação de construções alternativas da situação em mãos, assim como do futuro. Esses métodos afastam a conversa dos problemas e do diagnóstico, reposicionando o foco da terapia em conversas de possibilidades. No entanto, falar sobre soluções geralmente implica que há problemas, e construir novas narrativas na terapia sugere que a história do cliente é defeituosa. Enquanto esses modelos são vistos como passos significativos no desenvolvimento de alternativas para os modelos de terapia de diagnóstico individualista, para o construcionista, eles não vão longe o suficiente.

Não estou afirmando que o diagnóstico seja ruim ou errado. Em vez disso, meu argumento é que, quando exploramos a psicoterapia como uma construção social, nossa atenção para a relação terapêutica é diferente. Ela tem como foco as maneiras como terapeuta e cliente, juntos, podem expandir a gama de recursos para ação. Isso **pode** requerer que o terapeuta e o cliente construam uma relação em que o terapeuta se torna o especialista ou a autoridade e, em particular, um especialista capaz de chegar a um diagnóstico e um plano de tratamento. No entanto, também pode requerer que o terapeuta e o cliente construam um domínio discursivo em que a interação parte das expectativas culturais das conversas psicoterapêuticas (isto é, o terapeuta como o especialista em diagnósticos). Aqui, o terapeuta e o cliente trabalham juntos para criar um espaço conversacional mais colaborativo, no qual o papel do terapeuta, como especialista, não é central. Sem uma clara noção *a priori* de quem o terapeuta **deve** ser (especialista, autoridade ou parceiro conversacional igualitário), surge uma pergunta em relação ao papel do terapeuta: “podemos **saber** quem devemos ser na relação terapêutica **antes mesmo** de entrarmos nela?”

Neste ponto, devemos considerar a ênfase construcionista na colaboração, no “não saber” (Anderson, 1997) e na construção comum de significado. Tais ênfases parecem, de um ponto de vista extremo, desacreditar o terapeuta como profissional. Especificamente, elas põem em questão expectativas tradicionais sobre a psicoterapia, incluindo as expectativas de que o terapeuta, em virtude de sua especialidade profissional e de sua autoridade, está “certo”; de que o terapeuta **deve** manter o foco da conversa terapêutica no passado; de que o terapeuta **deve** dar ao cliente novos recursos de ação; de que o terapeuta **deve** se concentrar nos problemas que os clientes trazem para a terapia.

TERAPIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL: PRÁTICA COMPROMETIDA RELACIONALMENTE

Se falta ao construcionismo uma especificação de uma técnica terapêutica em particular, o que, precisamente, o construcionismo oferece para o campo da psicoterapia? Talvez a forma mais útil de falarmos sobre a relação entre o construcionismo e a terapia seja reconhecer que não existem terapias construcionistas *per se*. Em vez disso, o construcionismo, como uma postura filosófica, nos faz ver o processo terapêutico como uma **conversa** ou um **diálogo**. Isso se distingue dos modelos cognitivo, comportamental, psicodinâmico e psicanalítico que impõem determinados tópicos, questões ou mesmo estilos para a conversa terapêutica. No entanto, essa questão ainda não foi bem articulada na literatura construcionista.

Lembremos que, para nós construcionistas, a linguagem é o foco de nossa preocupação. É na linguagem que criamos os mundos em que vivemos. Portanto, não deve ser novidade que, na terapia, nós nos concentramos no discurso de todos os participantes e na maneira como determinados movimentos discursivos restringem ou potencializam diferentes formas de ação e, conseqüentemente, diferentes realidades. Essa postura é libertadora porque, quando temos curiosidade, em vez de julgarmos sobre a maneira como as pessoas se relacionam umas com as outras, nós nos abrimos para a consideração de alternativas. Este aspecto, em particular, é muitas vezes associado ao foco construcionista na **incerteza**. Atenção à linguagem (que, para o construcionista, inclui todas as expressões corporais) nos faz ter uma relação reflexiva com nossas próprias ações, assim como com as ações dos outros. Estamos prontos e preparados para perguntar: “de que outras formas posso convidar

este cliente a criar uma história de transformação?"; "como ele está me convidando a legitimar/transformar/desafiar (etc.) a sua história?"; "que outras vozes posso usar agora?"; "que outras vozes ele pode usar?", e assim por diante.

Para manter um foco na **terapia como conversa**, acho útil ter atenção à maneira como podemos nos concentrar em nossa atividade com outros. O construcionismo não é uma postura melhor para se ter no contexto psicoterapêutico. Não é uma técnica. O construcionismo é uma orientação para o processo terapêutico que privilegia o que está acontecendo na conversação. O foco é no diálogo, não em pessoas, situações ou problemas. Essa é uma diferença significativa, porque ela coloca o terapeuta numa posição aberta a **qualquer** método de terapia. Os modelos comportamental, cognitivo, psicanalítico, narrativo, de solução de problemas, e assim por diante, **todos** se tornam formas **potencialmente** viáveis e produtivas de nos comprometermos relacionalmente com os clientes.

TEORIAS E TÉCNICAS COMO OPÇÕES DISCURSIVAS

Qualquer discurso em particular (ou, neste caso, qualquer teoria ou modelo em particular) se torna uma fonte em potencial para transformação, no lugar de uma ferramenta que vai **trazer** (leia-se: causar) transformação. A construção social, como uma postura terapêutica, nos liga ao momento interativo em que uma mudança terapêutica possa ser possível. O desafio, é claro, é que não há técnicas específicas, nem há nenhum desejo, para se determinar quais maneiras de falar são terapêuticas e quais não são. A questão do que é terapêutico continua aberta e indeterminada, assim como a conversação. Quando a terapia é entendida como um **processo conversacional**, nunca podemos saber ao certo para onde ela irá. Eu nunca posso prever, com certeza, a próxima ação da alguém e, consequentemente, o potencial para seguir em novas direções, gerar novas conclusões e possibilidades (e restrições) está sempre presente. O que podemos fazer, contudo, é continuar atentos a que tipos de fontes conversacionais nós selecionamos e quais podem servir como alternativas úteis. É importante, neste momento, enfatizar que (1) na prática construcionista, não tentamos agir de uma determinada maneira, a não ser reagir ao momento interativo, (2) nós nos tornamos comprometidos relacionalmente concentrando nossa atenção nos processos conversacionais de todos os envolvidos (e não em indivíduos, objetos, problemas ou estratégias específicas), e (3) não podemos "saber" que tipos de comprometimento relacional (que ações específicas) vão contribuir para a mudança terapêutica.

Este último argumento, em particular, pode ser muito inquietante para vários de nós (assim como para nossos clientes e bancas examinadoras). No entanto, lembre-se, terapia é conversação. Nunca podemos prever com precisão o resultado. Isso é um problema? Não acho que seja. Se nos mantivermos atentos ao próprio processo de relacionamento, estaremos simultaneamente atentos às vozes adicionais que todos carregamos (amigos, colegas, família, cultura e assim por diante). Ao fazermos isso, acredito que temos uma tendência maior para criar questionamentos que encorajem várias histórias, várias possibilidades e, assim, o potencial para transformação terapêutica.

IMPLICAÇÕES PARA A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Selecionar uma teoria ou técnica como uma **opção prática** (em oposição a uma opção verdadeira) de ação melhora nossa capacidade de nos comprometermos relacionalmente com nossos clientes. Nós nos tornamos sensíveis às histórias deles e à nossa, de maneiras que nos permitem reagir e sermos relacionalmente responsáveis (McNamee & Gergen, 1999). Há muitas formas por meio das quais podemos atingir pragmaticamente essa reatividade. Gostaria de identificar três temas conversacionais que podem ser úteis para concentrarmos nossa atenção no compromisso relacional, em vez de métodos propriamente ditos. Certamente, muitos outros temas podem ser adicionados à lista. Estes três servem simplesmente como algo útil para se alcançar uma prática terapêutica relacionalmente comprometida. Vamos olhar rapidamente estes temas e considerar como cada um pode ser útil para abordar o **processo terapêutico como uma atividade conversacional e, assim, construir o potencial para uma gama de relações terapêuticas**.

Usando recursos conhecidos em lugares desconhecidos

Tom Andersen fala de se introduzir nem muita e nem pouca mudança, apenas mudança o suficiente. Ele ecoa a famosa frase de Bateson (1972) “a diferença que faz a diferença”. Aqui, estou sugerindo uma variação desse tema comum. Todos levamos conosco muitas vozes, muitas opiniões, visões e atitudes divergentes, mesmo sobre o mesmo assunto. Essas vozes representam o acúmulo de nossos relacionamentos (verdadeiros, imaginados e virtuais). Na verdade, carregamos conosco os resíduos de muitos outros; “nós contemos multidões”. No entanto, a maioria de nossas ações, juntamente com as posições que adotamos nas conversações, é unidimensional. Elas representam apenas um pequeno segmento de tudo o que podemos fazer e dizer. O desafio é recorrer a essas outras vozes, esses recursos conversacionais que são familiares em um grupo de relacionamentos e situações, mas não em outro. Ao fazê-lo, alcançamos a **diferença suficiente** que Tom Andersen propõe.

Usar recursos familiares em contextos nos quais os usamos geralmente nos convida a novas formas de compromisso relacional com outros. Se pensarmos em todas as nossas atividades como convites a diferentes construções relacionais, podemos nos concentrar em como a utilização de determinados recursos atrai certas reações/construções em alguns relacionamentos e como ela atrai diferentes reações e construções em outros. Permita-me elaborar este argumento, mantendo a atenção, no momento, na questão da identidade profissional.

Nós herdamos do discurso modernista a expectativa (suposição) de que existe uma maneira certa de se ser um terapeuta profissional. Muitas vezes, a vemos em aprendizes, quando começam a atender clientes. Eles tendem a falar da forma que acreditam que um terapeuta deve falar e acabam ignorando os recursos conversacionais que são familiares. O familiar se torna alienado e o que antes era alienado (por exemplo, a identidade do terapeuta) deve milagrosamente se tornar instantaneamente familiar! Isso lembra meu próprio treinamento clínico. Como pesquisadora do processo terapêutico, passei anos entrevistando famílias, casais e indivíduos sobre sua terapia. Depois de muitos anos como pesquisadora, decidi tomar coragem e estudar para ser terapeuta. Quando finalmente iniciei meu treinamento, me vi quase sem fala com os clientes. Eu tinha dificuldades não apenas de pensar em que perguntas fazer (não importava quanto tempo antes da sessão eu havia passado criando hipóteses e questões), como também ficava monitorando **como** eu fazia

as perguntas. Pensava todo o tempo se tudo o que eu fazia ou dizia estava “certo”, dado o meu novo papel de terapeuta.

Um dia, numa sessão com um cliente, meus supervisores me chamaram para fora da sala. Eles me fizeram uma pergunta muito simples: “você se sente à vontade e confiante quando entrevista pessoas para sua pesquisa?”. Minha resposta foi afirmativa. Eles disseram: “então volte lá e aja como uma pesquisadora”. Esse conselho foi tão libertador para mim que esqueci meu medo de **agir como um terapeuta** e, simplesmente, tive uma conversa com o cliente. O que percebi nesse momento foi como nossas tentativas de sermos bons profissionais podem, na verdade, atrapalhar nossa capacidade de reagir relacionalmente (como profissionais) em nossas conversas com clientes. Também percebi o benefício de usar um repertório familiar em um contexto no qual eu não esperaria que ele servisse como um recurso apropriado. Se pudermos nos encorajar (e a outros) a recorrer amplamente aos recursos conversacionais que já são familiares, talvez possamos agir de maneiras que sejam **diferentes o suficiente**, e convidar outros a usar algo diferente daquele velho padrão indesejado.

Acredito que essa ideia seja diferente do que esperamos de nós mesmos como terapeutas. Esperamos (e nossos clientes esperam de nós) conversar dentro de uma gama limitada e pré-legitimada de tópicos e termos. Tal gama é ditada pela teoria segundo a qual praticamos. Portanto, para o terapeuta comportamental, toda conversa provém do âmbito de padrões de comportamento aprendidos e conceitos associados. A novidade ao se usar teorias ou modelos como formas de discurso é que, quando o fazemos, podemos interagir com nossos clientes de uma forma reativa. Ficamos livres de ter que convencer nossos clientes de que o nosso conhecimento de seus problemas é não apenas autoritário, mas também correto. Em vez disso, podemos nos envolver **juntamente** com nossos clientes em uma construção colaborativa (mesmo que a nossa parte da colaboração seja da postura de autoridade **adquirida**) de formas alternativas de discutir suas circunstâncias de vida e de agir dentro delas.

Foco no futuro

Se você examinar o campo da psicoterapia, notará que uma boa parte da conversa terapêutica remexe no passado. Ambos os terapeutas e os clientes exploram a história e a evolução dos problemas que os clientes trazem para a terapia. Quando o problema começou? Há quanto tempo é uma dificuldade? Como você conseguiu entender (avaliar) o problema? O que você acha que causa o problema? O que os outros dizem dele (e você)? O que você já fez para tentar resolver esse problema? As perguntas que os terapeutas fazem guiam a conversa terapêutica em direção ao passado, assim como as expectativas que muitos clientes trazem para a terapia. A maioria das apresentações culturais da terapia (considere qualquer filme de Woody Allen) retratam o cliente e o terapeuta presos a uma conversa sobre o passado (infância, adolescência etc.).

Com tamanha ênfase nessas perguntas voltadas para o passado, sobra pouco espaço para se imaginar o futuro. O potencial para se sedimentar o passado, concretizar a história e, portanto, torná-la estática e imutável, é tremendo. Provavelmente, o mais importante é a lógica inerente no foco terapêutico do passado. Ao nos concentrarmos no que já aconteceu, nós inadvertidamente damos credibilidade a modelos informais que são a marca registrada da ciência modernista. Privilegiamos a lógica que alega que o que veio antes causa o que se seguiu.

Como construcionista, eu não quero necessariamente brigar por uma dissociação entre passado, presente e futuro. Simplesmente, quero levantar a questão da narração. O passado é sempre uma história. Todos nós sabemos que há várias maneiras de se contar uma história. Não apenas abrigamos muitas vozes, cada uma com um grupo diferente de narrações possíveis, como também os outros envolvidos na mesma “história” também tenderão a contá-la de forma diferente. Portanto, a causalidade de passado para presente (e futuro suposto) vai tomar caminhos diferentes, realçar características diferentes e tornar patológicos aspectos diferentes, dependendo de qual história seja privilegiada.

Uma razão pela qual o discurso voltado para o futuro melhora o compromisso relacional é que todos nós entendemos que ainda não **conhecemos** o futuro. Ainda não o personificamos. Portanto, quando temos **com outros** (nossos clientes, neste caso) uma conversa sobre o futuro, enfatizamos a construção relacional do nosso mundo. Fabricamos juntos o que poderemos viver.

Não quero sugerir que conversas sobre o passado são errôneas ou emblemáticas de terapia “ruim”. Em vez de privilegiar uma determinada maneira de se conversar e/ou certos temas ou tópicos para a terapia, o construcionismo enfatiza a criação colaborativa e situada de possibilidades e **uma das formas** de se alcançá-la é usando o discurso voltado para o futuro.

Considerando situações ideais

Algo que está relacionado ao foco no futuro é a conversa centrada no ideal. Muitas vezes, associamos conversas sobre o ideal a conversas sobre o futuro. Ela é, afinal, fantasiosa, pois geralmente é desconhecida — assim como o futuro. Entretanto, podemos convidar nossos clientes a falar sobre como as coisas seriam para eles no presente, se o passado tivesse sido ideal. Conversas sobre o ideal podem melhorar o compromisso relacional respeitando uma história dolorosa ou sedimentada do cliente. Perguntar como as coisas teriam sido, deveriam ser ou seriam idealmente não desconsidera como são narradas no presente por um cliente e, portanto, não tornam o cliente mais patológico. Essa atenção à história do cliente promove uma sensibilidade relacional. Aqui, no entanto, não estou discutindo a sensibilidade relacional como uma postura estratégica do terapeuta, mas como uma personificação do foco construcionista na linguagem e no **processo conversacional**. A sugestão aqui é, simplesmente, de que a linguagem do ideal pode servir como uma ponte entre histórias de desespero e histórias de esperança.

A PROVOCATIVA QUESTÃO POSTA NA MESA PARA A PSICOTERAPIA

Tentei articular que a terapia como construção social não pode ser coerentemente igualada a uma imagem de terapeutas e a clientes criando significado **ao seu bel prazer**. O construcionismo concentra-se na importantíssima noção do **compromisso relacional**. Somos todos responsáveis não apenas por aqueles com quem nos envolvemos no contexto terapêutico, como também somos **relacionalmente responsáveis** por um grande número de outros em nossas comunidades profissional, pessoal, cultural e global². Contudo, falar da terapia como uma conversa levanta questões interessantes sobre a relação terapêutica.

2 Obviamente, isso levanta uma questão significativa que merece muito mais discussão. Como pode qualquer pessoa ou grupo de relacionamentos ser, simultaneamente, responsável (isto é, relacionalmente responsável) por comunidades concorrentes e divergentes? Se um terapeuta é relacionalmente responsável por seu cliente, isso significa que ele também é relacionalmente responsável por uma banca de supervisão profissional? O que acontece quando tais responsabilidades relacionais são incomensuráveis? Na era dos sistemas de saúde controlados, essa questão é claramente negociada em benefício das empresas de seguro e, muitas vezes, às custas (psicológicas, físicas, relacionais e financeiras) do cliente.

Resumindo, permita-me rever o que vejo como as questões específicas que o construcionismo levanta para a relação terapêutica. Primeiro, a construção social, com seu foco relacional, representa um desafio para as noções tradicionais de conhecimento do especialista e de neutralidade profissional. Isso não quer dizer que os construcionistas não reconheçam a *expertise* ou a autoridade. O que os construcionistas põem em questão é a **suposição inquestionável** de que o terapeuta **deve** ser a autoridade (e de que é só com a posição do terapeuta como autoridade ou especialista que o sucesso psicoterapêutico pode ser alcançado). Sugiro que a tarefa que temos em mãos demanda coordenação entre terapeuta e cliente. Tal coordenação pode incluir conversas sobre o problema, diagnósticos e uma postura autoritária por parte do terapeuta. Também é provável que ela requeira que o terapeuta adote a postura de um parceiro de conversa igualitário, o qual não sabe com certeza como entender ou avaliar o problema do cliente. Além disso, ela pode envolver conversas sobre possibilidades, potenciais, ideais e assim por diante. A questão é que, do ponto de vista de uma postura construcionista, não podemos saber com antecedência qual vai ser a relação terapêutica mais produtiva para um determinado cliente.

Em segundo lugar, o construcionismo levanta a questão do que se torna o foco da conversa terapêutica. A terapia tradicional se concentra no passado para entender o presente. A terapia baseada em uma sensibilidade construcionista coloca o foco no **momento interativo** — o passado, o presente e o futuro como são narrados no presente. Para isso, em vez de tentar transmitir aos clientes novos recursos de ação, a terapia tenta ajudá-los usando os recursos conversacionais que eles **já possuem**, em situações conversacionais novas e diferentes. Ademais, a conversa terapêutica pode se concentrar no futuro, como também no discurso do ideal.

Finalmente, existe uma diferença entre se ignorar o passado (ao ser narrado) e se valorizar o entendimento dos participantes sobre o passado como algo coerente, racional e legítimo. Com os construcionistas defendendo a atenção para o momento interativo, muita confusão tem surgido a respeito de **como** um terapeuta pode respeitar o desejo, ou a falta dele, de se concentrar no passado.

A conversa sobre o passado sempre acontece no presente

A “justificativa” para se falar sobre o passado não é, para o construcionista, explorar as causas do problema do cliente. O passado só precisa ser discutido à medida que o cliente considere relevante contar sua história. Quando isso realmente possui relevância para um cliente, o terapeuta que enxerga a psicoterapia como um processo de construção social pode explorar como passar de um valor do passado (respeito pelo passado) para um futuro produtivo.

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA O PSICOTERAPEUTA?

A incerteza associada ao construcionismo é aquela que dá lugar à multiplicidade e, assim, a que convida ambos os terapeutas e os clientes a questionarem suas suposições e a explorarem recursos alternativos para a transformação pessoal, relacional e social. Podemos chamá-la de **incerteza produtiva**. Incerteza produtiva coloca terapeuta e cliente numa relação terapêutica que reage ao momento interativo. O terapeuta é agora um parceiro conversacional e, como tal, fica livre para se mover na relação de formas que melhorem tanto as capacidades do terapeuta quanto as do cliente de recorrer a uma vasta gama de recursos conversacionais.

O terapeuta não carrega o fardo de ter que estar “certo”, mas de **estar presente** e de **saber reagir**. O terapeuta e o cliente se tornam responsáveis um pelo outro. No entanto, responsabilidade, presença e reação de um ao outro não são suficientes. Nossas conversas, no contexto psicoterapêutico, podem ser mais utilmente centradas na transformação da comunidade. Como podemos, como psicoterapeutas, convidar nossos clientes a terem os tipos de relações que efetivamente transformam nossas maneiras de viver em comunidade. Para isso, o construcionismo sugere que nosso entendimento da expressão **relação terapêutica** seja expandido para muito além da relação terapeuta-cliente.

REFERÊNCIAS

- Anderson, H.** (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. NY: Basic Books.
- Bateson, G.** (1972). *Steps to an ecology of mind*. NY: Ballentine.
- Foucault, M.** (1973). *Madness and civilization*. Trans. R. Howard. New York: Pantheon.
- Mcnamee, S. & Gergen, K.J.** (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- O’Hanlon, W. & Weiner -Davis, M.** (1989). *In search of solutions*. New York: W. W. Norton.
- Shazer, S.** (1994). *Words were originally magic*. WW Norton & Co.
- White, M., & Epston, D.** (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

SHEILA MCNAMEE

Professora de Comunicação Social, Universidade de New Hampshire. Fundadora e membro do The Taos Institute. Professora visitante, School of Governance, Universidade Utrecht, Holanda.

<https://orcid.org/0000-0002-2364-033X>

Email: sheila.mcnamee@unh.edu