



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Sotero, Luciana; Relvas, Ana Paula

A INTERVENÇÃO COM CLIENTES INVOLUNTÁRIOS: COMPLEXIDADE E DILEMAS

Psicologia & Sociedade, vol. 24, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 187-196

Associação Brasileira de Psicologia Social

Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326538021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A INTERVENÇÃO COM CLIENTES INVOLUNTÁRIOS: COMPLEXIDADE E DILEMAS*

INVOLUNTARY CLIENTS INTERVENTION: COMPLEXITY AND DILEMMAS

Luciana Sotero e Ana Paula Relvas

Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO

O presente artigo de revisão da literatura centra-se na temática dos clientes involuntários. Analisaram-se criticamente os trabalhos de autores que: (1) propõem a sua caracterização, designadamente no que respeita ao posicionamento do cliente na situação de ajuda, concluindo-se pela complexidade da sua identificação; (2) conceptualizam o papel dos profissionais de saúde mental, bem como as singularidades da relação terapêutica, destacando a importância da aliança, dos dilemas éticos e da motivação para a intervenção; (3) apresentam os modelos terapêuticos mais utilizados nestas situações, enfatizando-se as terapias colaborativas, e particularmente as centradas nas soluções, como as que melhor promovem o envolvimento destes clientes. Ao longo da pesquisa manteve-se a preocupação de rever obras abrangentes na área do acompanhamento psicológico que simultaneamente evidenciassem ou favorecessem uma perspectiva crítica e complexa sobre o tema. Na organização do artigo procurou-se seguir uma perspectiva diacrónica que mostrasse a evolução da conceptualização e praxis sobre a problemática.

Palavras-chave: clientes involuntários; intervenção mandatada; abordagem sistémica pós-moderna.

ABSTRACT

The involuntary clients issue is the core of this literature review article. Critical analysis was carried out over the work of authors who: (1) propose their characterization, namely in what concerns the client's positioning in a help situation, leading to a notion of complexity in its identification; (2) conceptualize the role of mental health technicians, as well as the singularities of the therapeutic relationship, highlighting the importance of the alliance, ethical dilemmas and the motivation towards an intervention; (3) point out the therapeutic models mainly used in these situations, emphasizing collaborative therapies, particularly solution focused therapies, as those who better promote the involvement of clients. Reviewing extensive literature on psychological intervention that simultaneously underlined a critical and complex perspective on the matter was a constant concern throughout the research process. The article's structure is outlined diachronically so that the evolution of both conceptualization and praxis on the subject becomes clear.

Keywords: involuntary clients; mandated intervention; post-modern systemic approach.

Introdução

A maioria das teorias e modelos terapêuticos baseia-se no pressuposto de que os clientes procuram e querem a assistência de serviços sociais e humanos. Contudo, a verdade é que um número significativo de vezes os técnicos de saúde mental têm na sua frente indivíduos que não formularam um pedido de ajuda, tendo sido, ao invés, referenciados por serviços ou instituições públicas (tribunais, escolas, serviços de protecção de menores). Esta incoerência fundamenta o interesse por uma temática que têm sido muito pouco abordada, quer do ponto de vista teórico, quer empírico (De Jong & Berg, 2001).

De um ponto de vista psicossocial e crítico, tal interesse é reforçado na medida em que ocorre actual-

mente um importante debate que problematiza o lugar legitimado de saber/poder do profissional de ajuda na intervenção com estes sujeitos, questionando a componente ético-política das acções clínicas e psicológicas e exigindo uma reflexão sobre as suas implicações mais amplas numa multiplicidade de sentidos sociais, políticos e históricos (Nascimento, Manzini, & Bocco, 2006). O terapeuta (perito) é aqui entendido enquanto agente político ou de controlo social, representando um “poder disciplinar” e fazendo parte de um mecanismo alargado de controlo e dominação social com vista à manutenção do status quo (Moraes & Nascimento, 2002). Já em 1984, Cingolani defendia que a intervenção com clientes involuntários é mais um processo político, de sanção e controlo social, do que um processo terapêutico, assu-

minho a existência de um conflito de interesses entre o sujeito e o contexto social. Considerava, contudo, que a relação entre terapeutas e clientes é de uma dimensão distinta, sendo necessário que os primeiros se “liberem” e não lidem com o comportamento problemático como um acto político ou social. Do ponto de vista das terapias sistémicas pós-modernas ou de segunda ordem (Relvas, 2003), ao fazê-lo o terapeuta não se transforma num agente neutro, mas toma uma opção consciente. A desconstrução do papel do psicólogo enquanto especialista objectivo e apolítico (Coimbra & Nascimento, 2001) abre portas à análise crítica das práticas psicológicas e dos seus efeitos na produção de “verdades” a respeito da intervenção mandatada. Este aspecto entronca, de algum modo, nos dilemas éticos destas intervenções.

Seja como for, Rooney (1992) afirma que, nestes casos, a resistência no interior da relação terapêutica é mais a regra do que a excepção e que os “técnicos involuntários” estão, por vezes, tão relutantes em trabalhar com clientes involuntários, como estes com eles. Tohn e Oshlag (1996), descrevem o processo como complexo e frustrante. Também do ponto de vista clínico parece então pertinente reflectir sobre estes pacientes, procurando clarificar de que forma são identificados e caracterizados pelos terapeutas, bem como perceber se a intervenção a que são sujeitos é ou não qualitativamente diferente da realizada com clientes voluntários.

Face a esta tripla fonte de interesse (teórico, psicossocial e clínico) torna-se relevante: 1) discutir como a literatura que se debruça sobre o tema, nos domínios social e da intervenção psicológica, caracteriza os clientes involuntários e a sua relação com os profissionais, e vice-versa; 2) analisar como os modelos terapêuticos, designadamente os mais actuais e enquadrados na perspectiva sistémica, conceptualizam a intervenção nestas situações, comparativamente com o que acontece com os voluntários. Finalmente, o presente artigo pretende encontrar respostas, convergentes e/ou divergentes, que possam inspirar novas interrogações a respeito da realidade designada intervenção “mandatada” que, tanto quanto foi possível perceber na revisão efectuada, tem sido por vezes pouco reconhecida como tal, tanto em termos conceptuais como clínicos.

Complexidade conceptual: clientes involuntários, não voluntários e mandatados

O termo “involuntário” tem diversos significados para diferentes autores, o que faz com que a identificação destes clientes dependa do olhar do técnico face à questão.

Thibaut e Kelley (1959) definiram a relação não voluntária, atribuindo-lhe um ou mais dos seguintes elementos: primeiro, a relação não é voluntária se a pessoa se sentir forçada a nela permanecer devido a coacção psicológica ou legal, inexistindo alternativas válidas ou atractivas, ou ambas; segundo, a escolha de permanecer na relação não voluntária é feita porque o custo de deixar a relação é considerado demasiado alto; terceiro, a pessoa acredita que está em desvantagem na actual relação porque admite estarem disponíveis melhores alternativas. Cingolani (1984) considerou clientes involuntários aqueles que devem lidar com o profissional de ajuda porque se comportaram de forma considerada indesejável ou problemática para a sociedade, sugerindo que os termos e conceitos derivados dos modelos da prática voluntária não devem ser aplicados nestes casos. Dado que a primeira razão para o contacto é desviante, ou pelo menos decorre da identificação de um problema por parte de alguém que não o próprio, existe um conflito ou desacordo fundamental entre técnico e cliente acerca de qual é o problema, o que inviabiliza que a interacção entre eles seja terapêutica (Cingolani, 1984).

De acordo com Rooney (1992), os clientes involuntários podem ser sub-divididos em duas categorias, atendendo à fonte de pressão experienciada: clientes “mandatados” e clientes “não voluntários”. Os “mandatados” são indivíduos que vão ao encontro do profissional de saúde mental (psicólogo, assistente social, psiquiatra) por causa de um mandato legal ou ordem judicial. Os profissionais que trabalham em settings públicos com clientes mandatados estão usualmente conscientes da natureza involuntária destes contactos, uma vez que o mandato legal descreve as responsabilidades do técnico e, frequentemente, especifica os direitos do cliente. Já os “não voluntários” recorrem à intervenção psicológica ou psicossocial devido a pressões de entidades, de outras pessoas e/ou de eventos exteriores, como por exemplo, escolas ou entidades empregadoras, ou outros significativos, como os pais, ou o cônjuge. Assim, são muitas vezes considerados “involuntários invisíveis”, uma vez que os constrangimentos que enfrentam não são judiciais e, com frequência, são encarados por quem os atende como voluntários relutantes ou resistentes. Contudo, tanto os clientes mandatados como os não voluntários devem ser caracterizados como involuntários, e em ambas as situações podem apresentar-se resistentes relativamente ao processo terapêutico. Esta distinção é também considerada por Ivanof, Blythe e Tripodi (1994). Já na definição proposta por Tohn e Oshlag (1996), mandatado refere-se ao cliente que foi enviado ou trazido por alguém à terapia. Esta definição inclui indivíduos referenciados pelas mais diversas fontes,

desde tribunais a outros significativos, não havendo, portanto, uma distinção entre clientes mandatados e não voluntários.

No contexto da Terapia Centrada nas Soluções (Berg & Miller, 1992; De Jong & Berg, 1998, 2001; de Shazer, 1984, 1988), os autores definem três tipos de clientes habitualmente identificados no início da terapia: (a) visitantes (que não reconhecem o problema a trabalhar e não estão disponíveis para negociar os objectivos terapêuticos – em muitos casos acreditam que outros se enganaram a seu respeito, que não existe nenhum problema, sendo este tipo de relação comum quando foram pressionados para a terapia); (b) queixosos (clientes e terapeutas estão de acordo quanto à natureza do problema, mas os primeiros não se reconhecem a si próprios como parte da solução; até podem estar altamente motivados para resolver o problema, mas acreditam que outros, como familiares, profissionais de ajuda ou os que se queixam dele, têm que mudar para que a situação melhore); e (c) clientes (indivíduos que estão motivados e têm objectivos pessoais, marcando uma relação em que terapeuta e cliente definem em conjunto o problema e negociam os objectivos terapêuticos – o sujeito reconhece a sua participação no problema e coopera na planificação do que for necessário para alterar a situação). Friedlander, Escudero e Heatherington (2006) propõem um quarto tipo de relação, “relacionamento refém”, muitas vezes comum nos casos mandatados. Aqui, o cliente não só não reconhece o problema, como vê a terapia como injusta. Consequentemente, torna-se hostil ou tem ressentimentos para com o terapeuta.

Com base no conjunto de definições atrás referidas, nas quais se cruzam expressões como involuntário, mandatado ou não voluntário, apercebemo-nos de que a utilização destes conceitos não é linear. Este dado, por um lado, parece não facilitar a tarefa de estudar a intervenção terapêutica com clientes involuntários e, por outro, traduz a complexidade da realidade que se descreve. Parecem existir, portanto, diversos critérios para a identificação dos clientes involuntários: existe acordo na sua identificação quando há um mandato judicial, mas os “invisíveis involuntários” não são, muitas vezes, considerados como tal.

Outro dado importante aponta para o facto de que as transacções involuntárias não são estáticas, ou seja, mudam ao longo do tempo e são influenciadas por percepções subjectivas, o que torna difícil identificar os clientes involuntários atendendo apenas ao estatuto legal. O seu *status* inicial pode mudar para voluntário, e vice-versa, dependendo de como o cliente percebe os serviços (desejáveis ou indesejáveis) (Chui & Ho, 2006).

Com base nesta discussão, apesar da complexidade inerente ao tema, parecem existir dois critérios fun-

damentais na identificação dos clientes involuntários: por um lado, a questão da referenciação e, por outro, a questão da vontade do cliente. O critério da referenciação diz respeito a quem faz o pedido: o próprio cliente, o tribunal, a escola, os serviços de protecção de menores ou a família, dando os autores diferente relevo à distinção destas fontes (De Jong & Berg, 1998; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Ivanof, Blythe, & Tripodi, 1994; Rooney, 1992; Tohn & Oshlag, 1996). O critério da vontade representa as percepções, objectivas e subjectivas, do(s) próprio(s) cliente(s) a respeito do pedido, dos objectivos da intervenção, das possibilidades de escolha e do poder no processo (Osborn, 1999; Rooney, 1992; Thibaut & Kelley, 1959).

Posicionamento(s) epistémico(s) e atitude do terapeuta

A forma como os profissionais de ajuda percebem estes casos constitui-se como um dos grandes desafios da intervenção e, mais uma vez, diferentes autores equacionam de modo distinto a dimensão da “resistência à terapia”. Na literatura encontra-se, com frequência, a associação entre clientes involuntários e características do processo, tais como resistência, relutância ou ambivalência. Segundo De Jong e Berg (2001) se pedirmos aos terapeutas para apontarem palavras relacionadas com clientes mandatados irão surgir expressões como resistentes, difíceis, não cooperantes, em negação ou hostis. Na sua opinião, este dado é alarmante pois a maioria dos sujeitos com quem os profissionais trabalham nas instituições públicas são clientes mandatados ou, pelo menos, involuntários em algum grau (De Jong & Berg, 2001).

Na literatura, os termos involuntário e resistente são muitas vezes usados indiscriminadamente, pelo que há uma necessidade imperiosa de distinguir os dois conceitos: involuntário refere-se ao estatuto do cliente; resistente diz respeito aos comportamentos ou características que impedem ou dificultam o processo terapêutico (Chui & Ho, 2006). Na revisão efectuada emerge um conjunto de autores que aponta a “resistência” como uma das maiores dificuldades na intervenção com clientes involuntários (Cingolani, 1984; Riordan & Martin, 1993; Ritchie, 1986; Rooney, 1992), contrapondo-se esta posição àquela comungada por quem reenquadra a “resistência” como um desafio relativo à colaboração dos clientes (de Shazer, 1984; Miller, 2003; Miller & Rollnick, 2002; Osborn, 1999). Este último grupo de autores, numa perspectiva pós-moderna ou de segunda ordem, enfatiza a noção de colaboração, propondo aos terapeutas uma posição de (co)construção colaborativa. Defendem que a resistência representa,

com frequência, um desacordo entre terapeuta e cliente face aos objectivos terapêuticos (Miller & Rollnick, 2002). No caso dos involuntários, dada a intervenção de uma terceira parte, o desacordo é ainda mais frequente. Rosenberg (2000) afirma que os terapeutas devem resistir à tentação de se escandalizarem quando os clientes involuntários não querem participar na terapia, ainda que seja muitas vezes desanimador lidar com quem não identifica problemas, não quer soluções e está um pouco “cansado” de múltiplos contactos forçados com técnicos. Alerta para o facto de que as fontes referenciadoras, assim como os terapeutas, desqualificam muitas vezes os clientes mandatados, comportando-se como se soubessem melhor do que eles aquilo de que precisam, o que faz com que estes não se envolvam na relação de ajuda de modo produtivo, mas antes como adversários num processo hierárquico – “quando as pessoas com poder sabem o que a família precisa de fazer, a voz da família com frequência não é ouvida” (p. 94).

Completando a ideia anterior, Miller (2003) define resistência como a existência de problemas na interacção terapeuta-cliente, entendendo-a como algo que ocorre em ambos os lados da transacção, podendo o terapeuta ser tão resistente quanto o cliente. Esta conceptualização oferece um reenquadramento relacional, recursivo e circular, evitando discursos culpabilizantes a respeito dos clientes e permitindo que a resistência seja compreendida como algo que pode ser mutuamente reforçado pelos dois protagonistas da relação terapêutica. De acordo com Chui e Ho (2006), são vários os exemplos da literatura que sustentam que a resistência dos terapeutas que trabalham com clientes involuntários se prende com aspectos como: focalização nas características dos clientes e não na relação; descrições que sublinham a incompetência e o fraco *insight* dos pacientes, permitindo aos profissionais evitar o confronto com as suas próprias limitações ou com as das instituições que representam; ignorância das circunstâncias involuntárias do encontro; minimização do desequilíbrio de poder na relação; e não reconhecimento do conflito entre necessidades individuais e necessidades sociais.

Da discussão apresentada conclui-se que o posicionamento epistémico dos terapeutas face à questão da resistência determina, quer a forma como percebem os clientes involuntários, quer a forma como vão intervir. Numa primeira linha, encontramos autores que se focalizam na resistência dos clientes e que, eventualmente, poderão intervir com estratégias mais confrontativas, e, numa segunda linha, autores que colocam o enfoque no terapeuta e/ou na interacção terapeuta-cliente, sublinhando a co-construção da cooperação através de abordagens mais colaborativas.

Singularidades: aliança terapêutica, dilemas éticos, motivação e mudança

Aliança terapêutica

Muitas são as dúvidas relativamente à possibilidade de estabelecer uma “boa” aliança com clientes involuntários. Parece assim fazer sentido perguntar se é possível criar uma boa relação terapêutica eficaz com pessoas que não vêm voluntariamente procurar ajuda. De que forma é afectada a natureza da relação quando trabalhamos num contexto de coacção? Pode uma intervenção mandatada ser realmente terapêutica (baseada na confiança, abertura, respeito, genuinidade, empatia)? A resposta não é obviamente simples e, como seria esperável, nem todos os autores têm a mesma posição face ao tema, apesar de ser hoje comumente aceite a importância da aliança terapêutica nos resultados da terapia (Griffin & Honea-Boles, 2001; Horvath & Symonds, 1991).

Grande número dos modelos de intervenção terapêutica conceptualiza a relação terapeuta-cliente como a construção de uma aliança fundada na verdade, confiança, respeito, empatia, aceitação positiva, abertura, confidencialidade, genuinidade e congruência. Rogers (1957) hipotetizou que a mudança terapêutica ocorre numa relação em que o terapeuta é empático, autêntico e aceita incondicionalmente o cliente. No contexto da Terapia Centrada na Pessoa, reconhece-se que um relacionamento caloroso e responsivo, num ambiente permissivo (livre de pressão ou coacção), encoraja o sujeito a expressar-se livremente, resultando (habitualmente) esta liberdade de expressão numa mudança psicoterapêutica posterior (Griffin & Honea-Boles, 2001). Talvez por isso Cingolani (1984) sustentasse que “a relação terapêutica forçada é um logro” (p. 446). No seu ponto de vista, este tipo de relação é desumana e desonesta, uma vez que estão delineados papéis de dominância e submissão. A autora defende, ainda, a necessidade de se reconhecer esta relação como fazendo parte de um processo mais político do que terapêutico.

O desafio de estabelecer uma relação terapêutica com um cliente involuntário é também determinado pelo número de pessoas envolvidas e pelos motivos inerentes ao pedido, o que significa que o terapeuta deve ter não só a capacidade de estabelecer uma boa relação com cada um dos elementos presentes, mas também a habilidade de gerir os eventuais motivos em conflito (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Segundo Friedlander et al. (2006), quando a obrigatoriedade é explícita e reconhecida por todos os envolvidos, o terapeuta pode planear estratégias apropriadas para criar a aliança. Na primeira sessão, o terapeuta deve falar acerca da pressão ou mandato,

com vista a negociar os objectivos e os termos da terapia, bem como o tipo de relação que vai estabelecer com o cliente. Deve ser claro e transparente acerca dos seus contactos com a entidade referenciadora, explicitando qualquer condição limitadora imposta pela terceira parte. Através do encorajamento de uma discussão aberta acerca dos pensamentos e sentimentos associados a esse tópico, o terapeuta demonstra a intenção de criar uma atmosfera de verdade e liberdade dentro dos limites estabelecidos. No caso de a pressão ser encoberta, isto é, quando a terapia surge como voluntária mas não o é, o profissional pode detectar constrangimentos “escondidos” através da consideração das diferentes dimensões da aliança terapêutica. É improvável que numa terapia associada ao “relacionamento refém” os clientes estejam inicialmente conectados com o terapeuta, ou que facilmente cooperem nas tarefas e procedimentos da terapia (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

Dilemas éticos

O'Hare (1996) descreve da seguinte forma as questões éticas no trabalho com clientes involuntários: “the ethical dilemmas inherent in working with involuntary and court-ordered clients smolder beneath the profession like a quiescent volcano” (p. 421). De acordo com Kirakofe e Wells (2007), na terapia ou no aconselhamento mandatado emergem, pelo menos, quatro questões profissionais e éticas. A primeira questão é definir quais os interesses que estão a ser servidos através do processo terapêutico. A maioria dos terapeutas concordará, seguramente, que trabalha no sentido do melhor interesse dos clientes. O desacordo aparece quando tem que se decidir quem é o cliente e qual é o maior interesse. Com efeito, pese embora o argumento anterior, se o sujeito percebe o processo terapêutico como uma extensão de uma acção judicial, facilmente este se transforma num castigo. Quando acredita que nada fez para merecer o “castigo” da terapia, os dilemas éticos na intervenção são ainda mais complicados (Griffin & Honea-Boles, 2001). Sem a aceitação da necessidade de terapia, com vista à mudança de comportamento, por parte do indivíduo, o processo terapêutico torna-se uma actividade ao serviço da instituição e, consequentemente, a instituição, não o sujeito, torna-se o cliente.

A segunda questão diz respeito ao consentimento informado, aspecto bastante relevante nos processos psicoterapêuticos e de aconselhamento. O consentimento informado tem o carácter voluntário como elemento essencial, assumindo que quando o indivíduo dá o seu consentimento para a intervenção está a agir sem pressões no processo de tomada de decisão. Segundo

Rooney (1992), a investigação acerca da implementação do consentimento informado sugere, contudo, que este “espírito” é frequentemente violado. As formas de consentimento são muitas vezes descritas em termos legais incompreensíveis para o sujeito, são apresentadas como meras formalidades e raramente são disponibilizadas vias alternativas de intervenção.

Em terceiro lugar, a intervenção mandatada em resposta a um comportamento disruptivo pode criar outros dilemas. Pode dar-se o caso de um cliente estar a trabalhar adequadamente no processo terapêutico e agir de forma disruptiva noutro(s) contexto(s). Nesta situação deverão os objectivos da terapia ser independentes dos parâmetros de comportamento esperados? Kiracofe e Wells (2007) criticam a assumpção implícita (pela entidade referenciadora) de que o comportamento disruptivo pode ser gerido ou alterado como resultado da participação regular nas sessões de terapia, uma vez que esse pressuposto tem como efeito remover a responsabilidade da mudança do cliente para o contexto terapêutico. Deste modo, o terapeuta é frequentemente colocado numa posição difícil, em que está implícita a sua responsabilidade relativamente ao comportamento inadequado do cliente.

A quarta questão está associada à frequente expectativa, ou exigência, de que na intervenção mandatada devem ser feitos e enviados relatórios periódicos à entidade referenciadora. A este propósito Kiracofe e Wells (2007) citam a pesquisa de Gallagher, Zhang e Taylor (2003) que revelou que 65.5% dos técnicos inquiridos confirmaram a realização da sessão inicial na sequência do aconselhamento mandatado, 34.5% confirmaram que os clientes cumpriram as recomendações da intervenção, 8.1% fizeram declarações acerca dos progressos, e apenas 5.1% foram livres de não fazer nenhum relatório à entidade referenciadora. Os relatos para assegurar o cumprimento da sanção, ainda que limitados, servem para minar a confidencialidade, um dos maiores pilares do processo terapêutico.

Griffin e Honea-Boles (2001) escreveram a propósito da questão da confidencialidade dos terapeutas que trabalham nas instituições sociais e que interveem com clientes involuntários do Sistema de Protecção de Menores (SPM). Nestes casos, é muitas vezes esperado que os clientes partilhem tudo, enquanto o SPM tem acesso às informações recolhidas no âmbito do processo terapêutico. Sugerem que muitos dos clientes involuntários podiam ser envolvidos na terapia com sucesso, se a única informação partilhada entre terapeutas e entidade referenciadora dissesse respeito à frequência das sessões (i.e. se os sujeitos estão ou não a ser acompanhados). Quando existe um protocolo que estipula que o SPM define objectivos para a intervenção,

recebe um feedback acerca do desenrolar das sessões e mantém um contacto regular com a equipa terapêutica, os terapeutas tornam-se agentes duplos (Popiel, 1980). O cliente experiencia, também, o double-bind de recusar a intervenção vs. admitir “falhas” a um terapeuta aliado das autoridades, enquanto o profissional enfrenta o dilema de respeitar o cliente e investir no estabelecimento da relação terapêutica, à medida que “conspira” com as autoridades (Griffin & Honea-Boles, 2001).

Motivação e mudança

São várias as referências bibliográficas acerca dos clientes involuntários que apontam para a necessidade de atender à sua motivação para perceber se estão ou não prontos para a mudança. Os terapeutas podem ter o conhecimento e o domínio das estratégias que levam à mudança dos comportamentos, mas isso não é mais determinante do que o próprio desejo de mudar dos clientes (Kiracofe & Wells, 2007).

Dado que existe um continuum entre voluntário e involuntário e, tal como afirmado anteriormente, uma vez que a entidade referenciadora, de forma isolada, não nos permite identificar “onde está o cliente”, torna-se premente a utilização de outros recursos. O’Hare (1996) sugere os estádios ou fases do Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1984) como um dos recursos possíveis. De forma simples, este modelo prevê que, quer o sucesso do cliente em realizar acções com vista à mudança durante a intervenção, quer a continuidade do sucesso após o tratamento estão relacionados com a fase na qual foi iniciada a intervenção. Com base na investigação, foram estabelecidas cinco fases de mudança, representando, cada uma, um nível motivacional: précontemplação (momento em que o cliente minimiza ou nega o problema e sente-se forçado no tratamento); contemplação (fase em que tem consciência do problema e considera mudar); preparação (ponto em que quer mudar mas precisa de ajuda para o conseguir); acção (fase em que está motivado e activamente envolvido em fazer tentativas para mudar); e manutenção (fase em que o cliente já fez mudanças, quer mantê-las e consolidá-las, prevenindo a recaída).

O’Hare (1996) realizou um estudo em que examinou a relação entre fonte referenciadora, identificação de problemas pelo cliente e disponibilidade para a mudança em indivíduos admitidos num serviço de saúde mental. Nas conclusões, afirma que, apesar da fonte referenciadora, só por si, parecer ter algum valor como indicador clínico útil da motivação, a disponibilidade para a mudança manifesta-se num continuum; embora os clientes mandatados tenham sido 10 vezes mais classificados na fase de précontemplação, os

resultados mostram que um quarto (28.3%) destes sujeitos involuntários pensam acerca da mudança (contemplação), envolvem-se activamente a fazer algo acerca do problema (acção), ou pretendem manter os ganhos prévios ao lidar com o problema (manutenção). Segundo o autor, a identificação das fases de mudança providencia um indicador mais refinado e discriminante da motivação do cliente do que a fonte referenciadora de modo isolado. Sendo certo que a relação entre fonte referenciadora e disponibilidade para a mudança mostra uma tendência para que os clientes voluntários expressem mais envolvimento no processo de mudança, é também verdade que não confirma a assumpção de que os mandatados são incapazes ou não desejam mudar. A disponibilidade para a mudança é, para Kiracofe e Wells (2007), um factor chave para o sucesso da intervenção. Segundo estes autores, os serviços que emanam de um processo judicial só deviam ser aceites quando o cliente evidencia comportamentos indicadores das fases de preparação e acção do modelo de mudança. Deveriam, portanto, ser capazes de identificar as suas próprias preocupações, bem como ser capazes de se comprometer a um certo nível com o processo de mudança.

A noção de que os clientes, para beneficiarem inteiramente da intervenção, devem estar motivados, e de que a utilização de pressões legais está amplamente afastada da importância da motivação na recuperação, é uma questão complexa, sem uma resposta conclusiva (Fargan, 1999). A este propósito, Burke e Gregoire (2007) afirmam que a resolução do debate em torno do impacto dos contextos de coacção nos resultados da intervenção é, em grande parte, uma questão empírica, ainda que, por exemplo, os estudos efectuados com clientes mandatados para o tratamento do consumo abusivo de substâncias não tenham sido consensuais nas suas descobertas. Estes autores reportam um conjunto de investigações que concluíram que os sujeitos mandatados se saem tão bem ou melhor do que aqueles que entram voluntariamente no tratamento, enquanto noutros estudos não se encontram diferenças significativas na retenção no tratamento entre clientes mandatados e voluntários. As conclusões daí decorrentes são, portanto, de algum modo divergentes, o que, para além de alimentar a controvérsia em torno das intervenções mandatadas, leva a reflectir acerca das limitações dos estudos apresentados (falhas na identificação dos clientes involuntários, diferentes medidas dos resultados da intervenção, necessidade de várias avaliações ao longo do tempo, etc.). Deste modo, e ainda de acordo com Burke e Gregoire (2007), torna-se premente uma abordagem mais abrangente e compreensiva da avaliação das pressões sobre os

clientes, o que poderá ajudar a clarificar a análise dos resultados da intervenção em função de um continuum de circunstâncias divergentes, mais do que uma simples dicotomia, tal como é encontrado na maior parte dos estudos.

Paradigmas de intervenção, objectivos e processo

O paradigma dominante indica que o psicólogo deve envolver os clientes através da escuta activa e da empatia, de modo a que a confiança e a cooperação possam ser construídas. Este paradigma assume que os indivíduos são livres de pedir ajuda e que, embora possam sentir-se ansiosos ou com incertezas relativamente à mudança, estão motivados para perceber os seus problemas, com o objectivo de os verem resolvidos. Assim, tendo em atenção o que foi descrito atrás acerca dos clientes involuntários, o paradigma dominante parece não responder às dificuldades apontadas.

O desenvolvimento de modelos e estratégias de intervenção com estes sujeitos emergiu, sobretudo, na literatura dedicada à área social (Cingolani, 1984; Ivanoff, Blythe, & Tripodi, 1994; Rooney, 1992; Trotter, 2006). Cingolani (1984) foi uma das primeiras a escrever que trabalhar com clientes involuntários requer um modelo prático diferente. A autora sugere que se trabalhe a partir do modelo do conflito social, que assume que o cliente e o sistema que o referenciou têm potencialmente interesses em conflito e definições diferentes acerca da situação. Deste modo, o técnico não deve assumir a responsabilidade de resolver as visões em conflito, mas funcionar como um negociador que conhece a realidade e respeita o direito de escolha do cliente. Embora a autora discuta diferentes formas do papel de negociador, não oferece procedimentos práticos específicos.

Na literatura surgem outras contribuições para a intervenção com clientes involuntários que discutem procedimentos práticos. Rooney (1992) e Ivanoff et al. (1994) são autores de referência nesta área porque sugerem estratégias que procuram, por um lado, maximizar o controlo e as escolhas do cliente e simultaneamente, por outro, clarificar os aspectos não negociáveis, como é o caso daqueles que são mandatados judicialmente. São cinco as estratégias que sugerem: aceitar sem julgamentos o cliente, de forma a explorar os seus pontos de vista e a reduzir a sua reactividade; reenquadrar no sentido de aumentar o ajuste entre a motivação do sujeito e as pressões externas; incentivar com o objectivo de favorecer a conformidade com as condições não negociáveis; explorar o objectivo de o cliente pretender eliminar o sistema ou as pressões

externas da sua vida como uma fonte de motivação, e informá-lo do seu direito a poder escolher não acatar as consequências prováveis como factor de motivação para o cumprimento de requisitos mínimos. Ambas as fontes admitem a utilização do confronto, favorecendo a sua forma menos intrusiva e reservando o seu uso directo para questões não negociáveis.

De forma similar, Trotter (2006) desenvolveu um modelo prático, designado “abordagem integrada”, com base na sua experiência profissional na área da protecção de menores. Para este autor, a resistência é minimizada numa relação terapêutica que é clara, honesta e inclui discussões frequentes acerca dos papéis do cliente e do profissional. As estratégias por ele apresentadas como mais eficazes são: modelar e encorajar expressões e acções pró-sociais, recompensando e reforçando comportamentos positivos; utilizar uma abordagem colaborativa de resolução dos problemas, focada nas definições do cliente acerca do(s) problema(s) e dos objectivos. O(s) problema(s) deve(m) ser claramente definido(s) e compreendido(s) por ambas as partes, os objectivos devem ser concretos e alcançáveis e o interventor deve utilizar competências de comunicação como a empatia e a escuta reflexiva. Nesta linha, Chui e Ho (2006) argumentam que há evidência científica que suporta a noção de que os técnicos devem encorajar a auto-determinação dos clientes. Trabalhar com as forças e recursos dos indivíduos aumenta a noção de controlo dos mesmos.

O'Hare (1996) não apresenta nenhum modelo de intervenção com clientes involuntários, mas argumenta que o primeiro objectivo da intervenção deve ser transformá-los em “clientes” através da aceitação da sua relutância inicial, evitando a confrontação prematura, clarificando o papel duplo do terapeuta na matriz terapêutica-sistema judicial, e promovendo alguma noção de controlo e de poder de escolha do cliente na selecção dos objectivos e métodos de intervenção.

Embora não exista um modelo de intervenção que se sobreponha, as abordagens colaborativas são muitas vezes descritas como uma “boa prática” no trabalho com clientes involuntários, especialmente aquelas que são centradas nas soluções. As referências à utilização da terapia centrada nas soluções com clientes involuntários começaram a aparecer na segunda metade da década de 90 (De Jong & Berg, 1998; Osborn, 1999; Tohn & Oshlag, 1996). Este modelo terapêutico promove a co-construção de versões futuras alternativas, sem recorrer a conselhos ou à confrontação, mas como consequência do questionamento dos clientes acerca do que querem que seja diferente e de como podem fazer para que isso aconteça. De acordo com De Jong e Berg (2001), a co-construção de uma base de cooperação é a forma mais

produtiva de envolver clientes mandatados. No trabalho centrado nas soluções, o objectivo não é transformar clientes resistentes em clientes colaborantes através da influência de técnicas, mas co-construir uma maneira de cooperar com eles, perguntando-lhes e ouvindo-os acerca do seu próprio conhecimento sobre o contexto mandatado em relação com as suas esperanças para o futuro. Um dos pilares da abordagem centrada nas soluções é convidar os sujeitos a desempenharem o papel de peritos, ou seja, reconhecê-los como os maiores conhecedores das suas próprias vidas, experiências e percepções. Para além disso, os terapeutas adoptam uma postura de *not-knowing* (Anderson & Goolishian, 1992), na qual formulam as questões de forma a colocar os clientes em posição de informar os profissionais sobre si próprios. Este posicionamento é especialmente importante para envolver os clientes mandatados, uma vez que são convidados a assumir o controlo de descrever a sua situação mandatada (De Jong & Berg, 2001). Para De Jong e Berg (2001) existe uma grande similitude entre o trabalho com clientes mandatados e voluntários, daí que esta distinção conceptual não tenha sido considerada pertinente na investigação suportada na terapia centrada nas soluções. Nesta prática clínica, os pressupostos acerca dos clientes e dos procedimentos práticos são os mesmos para clientes mandatados e voluntários.

Osborn (1999) apresenta igualmente a terapia centrada nas soluções como uma alternativa positiva na intervenção com clientes involuntários, identificando a cooperação como a chave para o sucesso. Com base na abordagem humanista, a terapia centrada nas soluções centra-se no cliente, aceitando a assumpção de que a mudança positiva é possível, ressaltando e amplificando as forças e recursos do cliente. Ainda neste contexto, Rosenberg (2000) apresenta uma variação da questão milagre, específica para casos mandatados, argumentando que, elaborada da forma tradicional, a questão milagre nem sempre permite a integração dos três componentes em influência: entidade referenciadora, cliente e terapeuta. De recordar que a tradicional questão milagre (de Shazer, 1988) promove as descrições do cliente acerca de como é que este irá agir no dia a seguir à resolução do problema: “Suppose that one night, while you were asleep, there was a miracle and this problem was solved. How would you know? What would be different?” (p. 5). A variação da questão milagre proposta por este autor oferece uma conexão ao que o cliente quer a partir do momento em que a questão é feita, e permite aproximar os objectivos da entidade referenciadora e os objectivos da família:

Suppose that one night, while the (insert the referring agency or person) was asleep, a miracle happened in your life and (the referring agency) recognized that

you never had to go back to see them again. The next day this person says that he or she could not believe it, but you never have to come back again. The case was closed. What would that person notice that is different in your lives that would allow he or she to say that. (p. 94)

A questão formulada proporciona ao cliente a oportunidade de se imaginar como a pessoa que tem o poder (“juiz”), respondendo às questões desse ponto de vista. Este processo metafórico permite trazer a voz do “juiz” para a sessão, desmistificando-o enquanto poder supremo e voz da autoridade. Quando se favorece o balanço entre as várias perspectivas em influência, enquanto se privilegia e amplifica a voz do cliente, oferece-se com frequência ao cliente mandatado a possibilidade de escolher uma terapia de sucesso (Rosenberg, 2000).

Conclusão

A atenção prestada à natureza involuntária do contacto terapêutico tem sido marcada por períodos de intenso debate, alternados por períodos de desatenção e de falta de reconhecimento da questão (Rooney, 1992). No mesmo sentido, o número de artigos e livros acerca dos clientes involuntários é, em muito, proporcionalmente inferior ao número de vezes que os técnicos de saúde mental trabalham com estes clientes (De Jong & Berg, 2001). Também o facto de a maioria dos modelos de intervenção partirem do pressuposto de que os clientes são voluntários denota o desinteresse por esta problemática. Da revisão feita sobressai a complexidade da tarefa de identificar os clientes involuntários, o que obviamente tem implicações na forma como se investiga e, consequentemente, nas conclusões retiradas. A este respeito, pode sublinhar-se a evidente necessidade de, na investigação a desenvolver futuramente nesta temática, se cruzarem diferentes critérios para identificação dos clientes involuntários, nomeadamente o critério da referenciação e o critério da vontade, reconhecendo, por um lado, que a maior parte dos clientes involuntários não fez um pedido espontâneo de ajuda e, por outro, que é necessário atender à vontade expressa, interesse e/ou disponibilidade para o processo terapêutico. Deste modo, os clientes que não formularam um pedido de terapia, foram referenciados formalmente por uma entidade e, para além disso, manifestam o seu desinteresse, falta de envolvimento e desmotivação face ao processo terapêutico podem, com alguma segurança, ser identificados como clientes involuntários. Não obstante, esta diferenciação, apesar de útil porque permite categorizar e organizar a realidade que se pretende investigar, não passa de um artefacto intelectual que não deve ser reificado. Deste ponto de vista, um cliente é involuntá-

rio porque numa dada altura do processo se comporta como involuntário, podendo alterar esse “estatuto” a qualquer momento, ou novamente regressar a ele.

Um outro aspecto relevante que ressalta desta revisão teórica prende-se com a aparente falta de eficácia quando se trabalha com clientes involuntários numa abordagem centrada nos problemas, geralmente confrontativa, culpabilizadora e em que a mudança é prescrita pelos profissionais. Por oposição, acresce a evidência científica da eficácia das intervenções colaborativas com clientes involuntários, baseadas na co-construção, caracterizadas pela partilha de responsabilidade e poder entre clientes e profissionais e, sobretudo, centradas nas soluções e competências.

Há contudo razões para afirmar que muito falta saber a respeito de uma realidade que tem sido algo menosprezada em termos teóricos e investigativos, tornando-se determinante (re)conhecer os limites e os desafios da intervenção com clientes involuntários, avaliando-se por exemplo, como é influenciada a aliança terapêutica nos processos terapêuticos mandatados, ou quais as contribuições do terapeuta que facilitam ou dificultam a passagem de clientes involuntários a voluntários (ou vice-versa).

Nota

- * Trabalho realizado no âmbito da Bolsa de Doutoramento financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/65773/2009), atribuída à primeira autora.

Referências

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks: Sage.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution oriented approach*. New York: Norton.
- Burke, A. C. & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & Social Work, 32*, 7-15.
- Chui, W. H. & Ho, K. M. (2006). Working with involuntary clients: Perceptions and experiences of outreach social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice, 20*, 205-222.
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work, 29*, 442-446.
- Coimbra, C. & Nascimento, M. L. (2001). O Efeito Foucault: desnaturalizando verdades, superando dicotomias. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*(3), 245-248.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work, 46*, 361-374.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process, 23*, 79-93.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- Fargan, R. W. (1999). The use of required treatment for substance abusers. *Substance Abuse, 20*, 249-261.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Griffin, J. E. & Honea-Boles, P. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal, 29*, 149-160.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Ivanoff, A., Blythe, B. J. & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: A research-based approach*. New York: Aldine De Gruyter.
- Miller, G. (2003). Writers, clients, counsellors and readers perspectives in constructing resistant clients. In C. Hall, K. Juhila, N. Parton, & T. Poso (Eds.), *Constructing childhood in social work and human services: Interaction, identities and practices* (pp. 193-207). London: Jessica Kingsley.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Nascimento, M. L., Manzini, J., & Bocco, F. (2006). Reinventando as Práticas Psi. *Psicologia e Sociedade, 8*(1), 15-20.
- Moraes, T. & Nascimento, M. L. (2002). Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo, 7*(1), 91-102.
- O'Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work, 41*, 417-422.
- Osborn, C. J. (1999). Solution-focused strategies with “involuntary” clients: Practical applications for the school and clinical setting. *Journal of Humanistic Education and Development, 37*, 169-181.
- Papiel, D. J. (1980). Confidentiality in the context of court referrals to mental health professionals. *American Journal of Orthopsychiatry, 50*, 678-685.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Down Jones Irwin.
- Kiracofe, N. M. & Wells, L. (2007). Mandated disciplinary counseling on campus: Problems and possibilities. *Journal of Counseling and Development, 85*, 259-268.
- Relvas, A. P. (2003). Hipotetização em terapia familiar. A curiosidade co-construída. In A. P. Relvas, *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (pp. 39-84). Coimbra: Quarteto Editora.
- Riordan, R. J. & Martin, M. H. (1993). Mental health counseling and mandated client. *Journal of Mental Health Counseling, 15*, 373-383.
- Ritchie, M. H. (1986). Counseling the involuntary client. *Journal of Counseling and Development, 64*, 516-518.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Rosenberg, B. (2000). Mandated clients and solution focused therapy: “It’s not my miracle”. *Journal of Systemic Therapies, 10*, 90-99.

- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Tohn, S. L. & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 152-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Trotter, C. (2006). *Working with involuntary clients: A guide to practice* (2ª ed.). NSW: Allen & Unwin.

Recebido em: 25/07/2010

Revisão em: 18/10/2010

Aceite em: 17/11/2010

Luciana Sotero é Assistente Convidada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e doutoranda do Programa de Doutoramento Inter-Universitário em Psicologia Clínica, área de especialização em Família e Intervenção Familiar, em

regime de associação entre as Universidades de Coimbra e de Lisboa. Endereço: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, Apartado 6153. Coimbra, Portugal. 3001-802.
Email: lucianasotero@fpce.uc.pt

Ana Paula Relvas é Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Terapeuta Familiar e Supervisora da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.
Email: aprelvas@fpce.uc.pt

Como citar:

Sotero, L. M. L. & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 187-196.