

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**TRABALHAR COM EXPERIÊNCIA IMEDIATA: UM ESTUDO
QUALITATIVO SOBRE OS PROCESSOS DE MUDANÇA E
DESENVOLVIMENTO DOS TERAPEUTAS**

Ana Isabel Gil Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2012

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**TRABALHAR COM EXPERIÊNCIA IMEDIATA: UM ESTUDO
QUALITATIVO SOBRE OS PROCESSOS DE MUDANÇA E
DESENVOLVIMENTO DOS TERAPEUTAS**

Ana Isabel Gil Silva

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)

2012

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer às pessoas que me acompanharam ao longo destes cinco anos de curso, em especial durante este último ano que foi marcado por muito trabalho, novas aprendizagens e imensos desafios.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Nuno Conceição pela dedicação, pelo apoio, pelo incentivo constante, pelas dicas sempre úteis, pela paciência e acima de tudo por todo o conhecimento que me transmitiu ao longo deste tempo.

Aos Professores que me acompanharam ao longo destes anos e que me ajudaram e inspiraram a gostar cada vez mais de Psicologia.

À Ana Rute pelo apoio, pelas conversas, pelas trocas de ideias, pelas noites de trabalho e confidências, mas principalmente pela amizade durante estes cinco anos. E à Meg pelas dicas, pelos conselhos e pela amizade sempre presente. Sem vocês não seria a mesma coisa! Obrigada!

À Elsa e à Catarina, minhas companheiras de trabalho. Obrigada pelo incentivo, pelas trocas de ideias, pela companhia, pelas trocas de frustrações, pelas gargalhadas e pelos lanches de bolachas de chocolate. E, essencialmente, pela amizade verdadeira que nos uniu durante estes anos e que os tornaram muito mais especiais!

Às minhas colegas de orientação de tese, Andreia, Rita, Inês e Pámela. Obrigada pela troca de ideias, pelas dicas, pelos telefonemas e por me acompanharem neste caminho.

À Verónica e à Filipa pela amizade de longa data, pelas frustrações e preocupações partilhadas e pelo incentivo e partilha de ideias. Obrigada também pelos momentos de diversão que tiveram sempre lugar mesmo durante as alturas de maior trabalho!

À Paula, pelos 18 anos de amizade e por estar sempre presente. E pelos cafés no Starbucks que me ajudaram a relaxar!

Ao Pedro, pelo amor, pela paciência e por estar sempre lá quando é preciso, mesmo nos momentos de mau humor e de maior frustração. E por ter sido o meu maior apoio nesta fase. Obrigada por tudo!

À minha família, Pai e Mãe, pela paciência infinita e por acreditarem sempre em mim.

Ao meu irmão, Ricardo, pela banda sonora proporcionada no quarto ao lado e por me fazer sair de casa para ir ao café! E por todas as distrações que serviram sempre para me fazer rir! E à Filipa pelas conversas, pelos cafés e pela amizade!

Aos terapeutas que estiveram envolvidos na construção do guião e aos que responderam ao mesmo, por tornarem possível esta tese e por me darem a conhecer uma nova visão sobre a psicoterapia, que se revelou ser bastante inspiradora.

Por fim, quero deixar os meus mais sinceros agradecimentos a todos os amigos, família e colegas de curso que não estão aqui referidos mas que me apoiaram, ajudaram e trocaram ideias comigo, contribuindo para a conclusão e sucesso desta dissertação. Obrigada!

RESUMO

A presente dissertação insere-se no âmbito do trabalho psicoterapêutico com experiências imediatas e tem como tema geral o desenvolvimento e os processos de mudança dos terapeutas que aprendem a trabalhar desta forma. Este trabalho envolve um nível significativo de presença e ligação ao cliente, trabalhando com as emoções ou estados do *Self*, por parte da díade à medida que emergem na sessão.

Pretende-se compreender quais as principais motivações que contribuíram para os terapeutas se aproximarem deste tipo de trabalho, assim como quais os processos de mudança inerentes ao treino e ao desenvolvimento dos terapeutas no seu trabalho mais próximo dos pacientes, tendo em conta aspectos mais úteis e menos úteis. Um outro foco deste projecto prende-se com o estudo do trabalho com experiências imediatas nos momentos em que este é bem sucedido e nos momentos em que os terapeutas enfrentam dificuldades.

O estudo foi realizado com uma amostra de 6 terapeutas que trabalham segundo o modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), que é um modelo que tem como base o trabalho com experiências imediatas. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com posterior análise dos dados através de uma metodologia qualitativa com o programa Nvivo e metodologia Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967).

Foram encontradas quatro categorias principais, *Motivações, Treino e Desenvolvimento, Trabalho com Dificuldades e Trabalho com Sucesso*, com 79 subcategorias no final.

São apontadas algumas limitações a este estudo, são dadas sugestões para futuras investigações e são discutidas possíveis contribuições e potencialidades do mesmo.

Palavras-chave: Imediaticidade, desenvolvimento de terapeutas, treino, trabalho experiencial

ABSTRACT

This project falls under the psychotherapeutic work with immediate experiences and has the overall theme of the development and change processes of therapists who learn to work this way. This work involves a significant level of presence and connection to the client, working with emotions or states of the *Self*, by the dyad as they emerge in the session.

The aim is to understand what are the main reasons that contributed to the interest of the therapists in this type of work as well as what are the processes inherent in the development and training of therapists in working closer to the patients, taking into account positive and negative aspects. Another focus of this study lies in investigating the successful work with immediate experiences as well as the difficulties that therapists face.

The study was conducted with a sample of 6 therapists who work on the model AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), which is a model that is based on working with immediate experiences. A semi-structured interview was performed, with subsequent analysis of the data using a qualitative methodology with the program Nvivo and with Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967).

Four main categories were found, *Motivations, Training and Development, Working with Difficulties* and *Working Successfully*, with 79 subcategories in total.

Some limitations to this study are described and suggestions for future research are discussed as well possible contributions and potentials of it.

Keywords: Immediacy, Therapist developments, Training, Experiential work

ÍNDICE

I. Introdução	1
II. Revisão de Literatura.....	2
1. O desenvolvimento dos terapeutas.....	3
2. Imediaticidade	3
3. O modelo AEDP	3
4. Meta-processamento	3
5. Vinculação.....	3
6. Auto-Revelação.....	3
7. Presença	3
8. Mindfulness	3
9. Meta-comunicação	3
10. Focagem	3
III. Metodologia	3
1. Participantes e procedimento	3
2. Análise dos dados	3
IV. Resultados	4
V. Discussão e Conclusões	4
Motivações	3
Treino e desenvolvimento	3
Trabalho com dificuldades	3
Trabalho com sucesso	3
Conclusões	3

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	1
Quadro 2	1
Quadro 3	1
Quadro 4	1

ANEXOS

ANEXO A - Guião semi-estruturado original para as entrevistas

ANEXO B – Consentimento informado para os participantes nas entrevistas

ANEXO C – Árvore das categorias e sub-categorias que emergiram numa primeira análise dos dados

ANEXO D – Descrição de como foi realizada a segunda análise dos dados

ANEXO E – Árvore das categorias e sub-categorias que emergiram da segunda análise dos dados

ANEXO F – Descrição de como foi realizada a terceira análise dos dados

“A adversidade restitui aos homens todas as virtudes que a
prosperidade lhes tira.”

William Shakespeare

I - INTRODUÇÃO

A psicoterapia consiste numa relação que ocorre deliberadamente entre os terapeutas e os seus pacientes, com o objectivo específico de melhorar o bem-estar e aumentar a satisfação dos pacientes, ajudando, assim, a melhorar o estado da saúde mental destes. O papel do terapeuta é definido como sendo a fonte ou o catalisador da mudança terapêutica, ou seja, é um profissional qualificado para guiar e ajudar na implementação de um processo com vários meios para chegar a um fim que consiste na melhoria do estado mental do paciente. Ambos os participantes interagem na terapia como terapeuta e paciente, mas também estão presentes como pessoas, ou seja, como indivíduos que têm uma variedade de traços e características que na maioria das vezes não são consideradas oficialmente relevantes para o seu papel profissional na terapia (Orlinsky & Ronnestad, 2005), mas que de certa forma podem influenciar a interacção, no sentido transformador ou não. Sendo seres humanos tal como os seus pacientes, os terapeutas inevitavelmente trazem recursos e vulnerabilidades consigo para a terapia. Alguns desses recursos e vulnerabilidades podem estar relacionados com determinadas questões relativas ao terapeuta, tanto a nível pessoal como profissional, enquanto outras podem estar relacionadas com a complexidade ou severidade do problema apresentado pelo paciente. É na imediaticidade ou no aqui e agora da interacção que o terapeuta é, de certa maneira, posto à prova, surgindo nessa arena muitas oportunidades para trabalhar e negociar uma autêntica proximidade bem como muitas oportunidades para identificar alvos de desenvolvimento pessoal do terapeuta. Muitas de ambas as oportunidades implicam gerir recursos e vulnerabilidade de forma óptima.

Colocar ambos, recursos e vulnerabilidade, ao serviço da criação e sustentação de uma relação segura que aumente a probabilidade de transformação do paciente é algo que uns terapeutas já conhecem e praticam. Outros, por desconhecimento, medo, vergonha, convicções teóricas antagónicas, ou limitações de outra ordem, ou simplesmente por falta de óptimas oportunidades de aprendizagem, apresentam mais receio de trabalhar com a sua própria experiência, no contexto imediato do aqui e agora relacional.

Desta forma, uma vez que existem variadíssimas questões que envolvem a prática da psicoterapia, é importante e interessante que se compreenda também quais

são os processos de mudança dos terapeutas nas suas várias áreas do desenvolvimento. O objectivo deste estudo é compreender o modo como os terapeutas treinam e aprendem a usar uma abordagem experiencial, pretendendo saber o que os ajuda e os que lhes causa dificuldades ao trabalharem experiencialmente com os seus pacientes num contexto de elevada proximidade onde os recursos e a vulnerabilidade coexistem. Mais especificamente, o projecto vai incidir sobre a forma como os terapeutas que praticam um modelo de terapia chamado AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy) ultrapassam os obstáculos que surgem ao trabalharem com as emoções e estados do *Self* emergentes, e de que forma aprendem a tornarem-se mais abertos à experiência imediata, a estarem presentes e a auto-revelarem-se produtivamente aos seus pacientes. Um terapeuta que trabalhe segundo o modelo AEDP procura, de acordo com a teoria que lhes está associada, alcançar uma transformação da experiência emocional do paciente e por em prática o poder transformador das emoções (Fosha, 2000). Para atingir este objectivo, os autores defendem que é necessário formar uma forte ligação de vinculação entre o terapeuta e o paciente (Fosha & Yeung, 2006). Neste sentido, este modelo foi escolhido pois os terapeutas que o utilizam seriam, à partida, bons candidatos para mostrar como ultrapassaram as dificuldades técnicas e/ou pessoais e como conseguiram passar a trabalhar no contexto de um elevado nível de proximidade com os seus pacientes com a experiência imediata (emoções e estados do *Self* do paciente e do terapeuta) que emerge no contexto momento-a-momento dessa proximidade.

Para começar é explorada a literatura sobre o treino e desenvolvimento dos terapeutas no geral. De seguida, é apresentado e explicado o conceito de imediaticidade tal como descrito na literatura que mais o explicita directamente, aprofundando esta forma de trabalhar segundo experiências imediatas. Depois, é explicado o modelo AEDP como exemplo de um modelo que integra o trabalho com experiências imediatas e que treina os seus terapeutas para trabalharem dessa forma. Posteriormente, são revistos contributos da literatura empírica, teórica ou clínica que partilham alguma semelhança ou mesmo variância conceptual com o constructo de imediaticidade ou no mínimo com o trabalho clínico com experiências imediatas, como aquele que é realizado segundo o modelo AEDP. Isto, com o intuito de poder informar e apoiar a interpretação e codificação dos dados decorrentes do projecto de investigação.

A revisão da literatura realizada demonstrou que existem diversos estudos no âmbito do treino e desenvolvimento dos terapeutas, mas no entanto, a maioria dos

estudos feitos centra-se no desenvolvimento destes em início de carreira. Parece haver aqui uma lacuna de estudos relativamente aos processos de mudança e desenvolvimento deles mesmos enquanto terapeutas que já trabalham há alguns anos em psicoterapia e que passam a querer aprender uma determinada forma de trabalhar. Isto quando estes iniciam de raiz a sua formação ou passam a integrar uma nova forma de trabalhar naquilo que já habitualmente faziam.

Assim, com este estudo procura-se uma compreensão mais aprofundada de como os terapeutas, não necessariamente em início de carreira, se tornam mais proeficientes no desempenho deste tipo de trabalho terapêutico com experiência imediata, num contexto relacional de segurança e proximidade incluindo quais as suas motivações, aspectos relevantes do treino e desenvolvimento, aspectos relacionados com os sucessos e dificuldades tipicamente associados a esta forma de trabalhar. Neste sentido, foi aplicado um guião a seis terapeutas que estão integrados na prática deste modelo, tendo sido as suas respostas posteriormente analisadas segundo uma metodologia qualitativa, a Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) e com o apoio do programa Nvivo 9 e por fim foram elaboradas as conclusões obtidas com esta análise e discutidas as suas implicações no contexto da literatura revista, particularmente no que à prática clínica e treino diz respeito.

O presente estudo é um estudo qualitativo, essencialmente exploratório, e tem como ponto de partida duas questões de investigação com base numa análise qualitativa Grounded Theory: a) quais se revelam ser as motivações e os aspectos do treino significativos de terapeutas que aprendem o modelo AEDP, que enfatiza o trabalho terapêutico com experiências imediatas e, b) quais os processos de mudança e desenvolvimento dos terapeutas decorrentes da prática desse tipo de trabalho, em momentos bem sucedidos e em que encontram dificuldades.

II. REVISÃO DE LITERATURA

1. O desenvolvimento dos terapeutas

Existem duas formas de abordar o desenvolvimento dos terapeutas. Uma abordagem focada na experiência geral dos terapeutas do seu desenvolvimento até à data pode-se chamar de desenvolvimento cumulativo da carreira. Este tipo de avaliação retrospectiva e directa é baseada em perguntas feitas aos terapeutas sobre de que forma, quando, como e em que direcções eles sentiram que houve um desenvolvimento, desde o início das suas carreiras até ao presente. Outra forma de abordagem, mais focada na experiência actual de mudança e no desenvolvimento actualmente experienciado, procura saber o significado que os terapeutas dão a esse desenvolvimento e pode ser avaliado directamente ao perguntar-lhes como, de que forma, em que quantidade e em quais direcções eles se sentem actualmente a mudar (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Em qualquer dos casos, os terapeutas podem ser questionados directamente sobre o julgamento que fazem do seu desenvolvimento, e podem ser questionados indirectamente ao serem explorados aspectos da sua experiência que podem ser vistos como evidência de desenvolvimento (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

A noção de que o treino é central à capacidade do terapeuta de ser eficaz na sua prática profissional existe desde a origem da própria terapia psicológica (Freud, 1926, como citado por Folkes-Skinner, Elliot, & Wheeler 2010). Na verdade, na altura da formação e no início da carreira, os terapeutas são colocados perante desafios emocionais bastante dolorosos. O treino para a prática terapêutica é complexo e, inevitavelmente, envolve mudanças significativas na identidade, auto-conhecimento e auto-confiança, sendo que muitas destas mudanças aparentam estar ligadas ao início do trabalho propriamente dito com pacientes. Os terapeutas em treino têm de mudar a sua forma de pensar e desenvolver novas competências, assim como têm de adaptar aspectos da sua personalidade às necessidades dos seus pacientes, o que não é fácil e requiere sempre tempo de treino e adaptação. O treino em terapia é, assim, uma jornada potencialmente complexa que requiere a desconstrução do *Self* no sentido de haver espaço para a emergência de um novo *Self* terapeuta (Folkes-Skinner et. al., 2010).

O desenvolvimento dos terapeutas não é um processo linear nem ocorre de forma igual para todas as pessoas, estando dependente de diversos factores. Alguns

terapeutas podem experienciar mudanças súbitas no seu desenvolvimento devido a eventos específicos da vida pessoal ou profissional, enquanto outros experienciam um processo de mudança mais ordenado.

Segundo Orlinsky e Ronnestad (2005), o factor mais influente no desenvolvimento dos terapeutas é, de facto, a experiência de trabalhar com os pacientes. As experiências iniciais com pacientes têm o potencial de aumentar a competência profissional e a confiança mas, ao mesmo tempo, podem danificar a confiança e identidade emergentes no terapeuta. Outra questão fundamental para os terapeutas em qualquer altura da sua carreira, mas que tem especial importância durante o treino no início da prática profissional, é que sejam supervisionados por terapeutas mais experientes que os podem ajudar a monitorizar o seu desenvolvimento (Folkes-Skinner et. al., 2010). Aproximadamente dois terços dos terapeutas iniciantes, aprendizes e experientes, assim como a maioria dos terapeutas já estabelecidos, recebem idealmente alguma forma de supervisão em pelo menos alguns dos seus casos (Orlinsky e Ronnestad, 2005).

Assim, as experiências interpessoais, como os pacientes, terapeutas pessoais, supervisores, profissionais mais experientes, e a sua própria vida pessoal tendem a ser mais importantes que fontes de dados mais impessoais como seminários, cursos e teorias no que diz respeito ao contributo para o desenvolvimento dos terapeutas (Skovolt e Ronnestad, 1992).

Se o desenvolvimento implica um processo contínuo de mudança (Orlinsky e Ronnestad, 2005), é importante que se estude esses processos para além dos desenvolvimentos iniciais. Os autores Ronnestad e Skovolt (2003), uns dos que mais se debruçaram sobre o assunto relativo ao desenvolvimento dos terapeutas, estabeleceram seis fases de desenvolvimento dos terapeutas ao longo da sua carreira profissional com base num estudo feito com cem terapeutas, em que cada fase pressupõe que se adquira determinadas competências, sendo que após essas competências satisfeitas se passa para a fase seguinte.

A primeira fase, ocorre num período de pré-treino e está relacionado com o tipo de ajuda prestada a pais, filhos e amigos, antes de qualquer tipo de treino profissional (Ronnestad & Skovolt, 2003). Nesta fase, quando existe um problema para ser resolvido, este é identificado rapidamente e, a partir daí, é fornecido um forte apoio emocional e são dados conselhos com base na experiência do próprio.

A segunda fase está relacionada com o início dos estudos em psicoterapia

(Ronnestad & Skovolt, 2003). Nesta fase, os estudantes iniciam o treino profissional, encarando-o como excitante, mas também desafiador.

Na terceira fase, o estudante já se encontra num nível avançado de estudos, onde já existe um funcionamento a um nível profissional básico (Ronnestad & Skovolt, 2003). Habitualmente, nesta fase existem expectativas muito altas. Mas, por norma, o que acontece é que a dependência do estudante e a necessidade de corresponder às expectativas do curso combinadas com a aspiração à autonomia podem contribuir para uma maior ambivalência, aumento da tensão e constante auto-avaliação.

A quarta fase engloba os primeiros anos de experiência profissional após o curso (Ronnestad & Skovolt, 2003). São anos experienciados de forma intensa e onde ocorrem muitos desafios e escolhas. Após o treino, existe uma mudança gradual no sentido de um foco mais interno, sendo que essa mudança é acompanhada pelo aumento das desilusões com o treino após se ser confrontado com os desafios da prática.

Na quinta fase, o profissional já tem experiência e a tarefa central é criar um papel de terapeuta congruente com as auto-percepções individuais, incluindo valores, interesses, atitudes, para que seja possível para o mesmo aplicar a sua competência profissional de forma autêntica (Ronnestad & Skovolt, 2003). Existe um aumento da flexibilidade no estilo e forma de trabalhar. Na sua maioria, os terapeutas que atingem esta fase confiam nos seus julgamentos profissionais, sentem-se confortáveis com o seu trabalho, sentem-se competentes e capazes de estabelecer boas alianças terapêuticas com os seus clientes, sentindo também, no entanto, que são capazes de os desafiar se for necessário. Mesmo nesta fase mais avançada, as maiores fontes de influência para uma melhoria no desenvolvimento mantêm-se como sendo as teorias e a investigação de base, os pacientes, os profissionais mais experientes, os colegas e pares, a própria vida pessoal do terapeuta e o ambiente sócio-cultural, sendo que a maioria dos terapeutas neste estudo afirmaram que as relações interpessoais têm o impacto mais forte ao longo da sua carreira (Ronnestad & Skovolt, 2003).

Em último lugar, na fase seis, o profissional já está estabelecido e, geralmente já tem 20 a 25 anos de prática (Ronnestad & Skovolt, 2003). Uma das diferenças em relação à fase anterior é que algumas fontes de inspiração na fase anterior deixam de o ser como consequência da evolução e divergência de interesses e valores. Pode também existir uma maior sensação de realismo, um desaparecer de ilusões e um aumento da percepção de realidade no sentido em que sabem o que pode ser alcançado ou não no campo profissional.

No entanto, o modelo destes autores não nos diz como se processa a transição de uma fase para outra. Muitos dos estudos que se focam no desenvolvimento dos estudantes de psicoterapia apresentam fases e estágios que se distinguem uns dos outros através do número de anos de experiência necessária em cada uma, ficando por saber como os terapeutas passaram de uma fase para outra. Por exemplo, uma mudança da primeira fase para uma fase de experiências profissional (10 a 15 anos de experiência) marca o desenvolvimento de um estilo clínico pessoal que é congruente com a personalidade, com a visão do mundo do terapeuta, e com o estilo interpessoal deste. O terapeuta passa a confiar no paciente, a valorizar a relação terapêutica como agente de mudança, a atingir um nível mais alto de envolvimento emocional e abertura, no sentido de aumentar e melhorar a satisfação para com a sua carreira profissional. Mas será que é preciso esperar todo esse tempo? E será que esperar todo esse tempo é garantia de alcance dessa fase? Estas questões abrem naturalmente espaço para estudar os processos de mudança no processo de desenvolvimento do terapeuta, utilizando um paradigma de investigação de processo.

Hill, Sullivan e Knox (2007) também realizaram uma investigação acerca do treino e desenvolvimento de terapeutas em início de carreira e concluíram que os maiores desafios que estes terapeutas enfrentam são a auto-crítica, as reacções aos clientes, a utilização das competências aprendidas e a gestão das sessões. Por outro lado, os ganhos com este treino também existiram e foram, essencialmente, a aprendizagem de competências, uma maior auto-aceitação e a capacidade de estabelecerem uma relação com os clientes, ganhos esses que ocorreram no espaço de um semestre. Estes resultados são importantes pois chamam a atenção para o facto de, habitualmente, ser considerado que o mais importante no treino de novos terapeutas é a aprendizagem de técnicas, de competências e de diferentes abordagens teóricas, ficando esquecido, muitas vezes, a parte que diz respeito a ajudar os estudantes a gerirem as suas reacções internas à aprendizagem da psicoterapia, área onde ocorre um crescimento mais significativo. Assim, os terapeutas deveriam idealmente aprender não só as competências técnicas necessárias mas também a estarem sintonizados para o que estão a fazer, livres de demasiada auto-crítica e auto-consciência. É importante também ter em conta que o treino inicial dos terapeutas é a base da sua aprendizagem futura, atingindo assim uma grande importância na sua formação e nas suas escolhas futuras enquanto terapeutas (Hill, Sullivan & Knox, 2007).

Ao longo do desenvolvimento do terapeuta, é normal que vá ocorrendo uma

reflexão sobre os processos que vão acontecendo e esta é entendida como sendo uma procura contínua e focada de uma compreensão mais profunda da própria pessoa e dos outros e dos processos e fenómenos que o terapeuta vai encontrando no seu trabalho. A capacidade e vontade de reflectir sobre as experiências profissionais em geral e sobre os desafios e dificuldades em particular é um pré-requisito para evitar o processo de estagnação (Ronnestad & Skovolt, 2003). Tendo em conta este aspecto, é importante referir e explicar o que ocorre quando os terapeutas procuram aprender mais e investir num novo modelo de terapia, seja uma aprendizagem de raiz ou após formação noutros modelos.

Para estudar os processos de mudança e desenvolvimento dos terapeutas pode-se fazê-lo de forma genérica como se viu anteriormente, mas também de forma específica, ancorando o estudo em torno do seu desenvolvimento em torno de um modelo específico ou em torno do desenvolvimento de uma competência ou capacidade específica, idealmente formulada em termos transteóricos ou em torno de construtos transteóricos. Por exemplo, relativamente à aliança terapêutica e às rupturas nessa aliança (Safran, 2000), seria interessante estudar como os terapeutas se desenvolvem e como mudam ao tornar-se mais proficientes na identificação e reparação de rupturas de aliança, e a que esforços e dores de crescimento isso obriga. O conhecimento que daqui adviesse, poderia ser útil para outros terapeutas menos sensibilizados para a questão se aproximassem dela, independentemente da sua orientação teórica ou modelo dominante em que fundamentam o seu trabalho, ou mesmo independentemente do seu estilo integrativo que já possuam

Neste projecto de investigação em particular, pretende-se encontrar uma compreensão dos processos de mudança em torno de uma prática terapêutica que contempla um constructo transteórico de imediaticidade. Este constructo vai ser descrito de seguida com base na literatura revista.

2. Imediaticidade

A imediaticidade como intervenção terapêutica pode ser definida como sendo um modo de estar dentro das sessões terapêuticas que inclui revelações e explorações sobre como o terapeuta se sente sobre o paciente, sobre si próprio em relação ao paciente ou sobre a própria relação. É uma forma de comunicação aberta e honesta e

tem como objectivos principais clarificar expectativas e negociar tarefas e objectivos, para resolver dificuldades na relação, para modelar boas relações e para fornecer ao paciente uma forma nova e diferente de interagir (Hill, 2008).

A imediaticidade tem muita importância em termos terapêuticos e, por isso, é uma intervenção complexa, sendo considerada um processo facilitador da mudança em psicoterapia. Hill (2008) mostrou três formas diferentes de esta ser utilizada, consoante o objectivo da intervenção terapêutica. Por um lado, pode ser utilizada para negociar as tarefas e objectivos da terapia, no sentido em que os terapeutas perguntam sobre as reacções dos pacientes às estratégias terapêuticas utilizadas e sobre o que está a resultar e o que não está a resultar, promovendo uma atitude de honestidade e transparência. Por outro lado, também pretende chegar a sentimentos não expressos ou a tornar evidente o que estava escondido de modo a que a comunicação seja mais directa, honesta e ocorra no “aqui e agora”. Neste sentido, o terapeuta pergunta por sentimentos imediatos ou desenha paralelos sobre o que o paciente diz acerca das suas relações exteriores e sobre o que pode estar a acontecer na relação terapêutica. Neste último caso, os terapeutas devem ajudar os pacientes a reconhecerem se estão a agir na relação terapêutica de modo a recriar os conflitos interpessoais que ocorrem nas suas outras relações e que, muitas vezes, fazem parte dos problemas que os trouxeram para a terapia. Se os terapeutas tiverem uma atitude de imediaticidade com os seus pacientes para que estes discutam abertamente esses conflitos na relação, estes podem tornar-se conscientes destes processos e conseguir mudar esses padrões interpessoais (Kasper, Hill, & Kivlighan, 2008). A imediaticidade é, ainda, usualmente utilizada para reparar rupturas pois implica uma comunicação aberta, directa e próxima sobre o que está a acontecer entre o terapeuta e o paciente. Também encoraja a expressão de sentimentos imediatos tanto positivos como negativos, transmite proximidade, dá corpo à necessidade de conexão entre terapeuta e paciente e, por fim, ajuda a processar o fim da terapia (Hill, et al., 2008), tornando-se assim uma intervenção imprescindível a trabalho terapêutico com experiências imediatas.

A imediaticidade tem um grande poder de ajuda se usada no momento certo com o paciente certo por razões terapêuticas de forma a encaixar-se nas necessidades deste (Hill, et al., 2008). Pode ajudar os pacientes a mudar porque lhes permite terem uma oportunidade de discutir e partilhar os seus sentimentos e reacções com outra pessoa numa relação significativa de uma forma diferente da que estão habituados nas suas outras relações. Uma das contribuições da imediaticidade para os pacientes é estes

perceberem o papel que desempenham nos seus conflitos inter-pessoais ao aprenderem quais são as consequências emocionais dos seus comportamentos problemáticos através da relação com o terapeuta (Kasper, 2005).

Hill e colaboradores (2008) estabeleceram algumas condições que se espera que este tipo de intervenções tenham de reunir para que possam ocorrer com sucesso, tais como ter de ser sobre o terapeuta e o cliente no momento imediato, ou seja, no aqui e agora, e ter de envolver os dois elementos, pelo menos moderadamente. É necessário também que os terapeutas estejam conscientes das suas reacções aos pacientes e estejam seguros que estão a utilizar esta operação terapêutica em resposta às necessidades dos pacientes e não às suas próprias necessidades (Kasper, et al., 2008).

Com base na literatura revista, a prática da imediaticidade ao longo da terapia deve incluir determinados componentes no que diz respeito à atitude do terapeuta (Kasper, 2005), uma vez que esta intervenção é equivalente a um estado que o terapeuta tem de alcançar na sua relação com o paciente e requer determinadas regras para que seja realizada com o objectivo de ajudar o paciente.

O terapeuta deve explicar e discutir com o cliente os componentes e a utilização da imediaticidade, educando o paciente sobre esta intervenção. As afirmações auto-envolventes que o terapeuta faz devem ser abertas e claras, de modo a que o paciente entenda o que está a acontecer e concorde com isso, conseguindo assim fazer parte também do estado de imediaticidade que o terapeuta pretende instalar na terapia. O terapeuta deve fornecer *feedback* de uma forma que confronte o paciente mas sempre de uma forma que proteja a sua auto-estima e não o envergonhe. Ao ser claro e concreto a transmitir o seu *feedback*, o terapeuta revela quais as acções do paciente que elicitaram determinadas reacções da sua parte e toma responsabilidade, quando apropriado, pelas suas interacções.

Uma das tarefas do terapeuta ao utilizar a imediaticidade é questionar o paciente sobre a sua opinião, pensamentos e sentimentos relativamente à relação terapêutica existente, especialmente face a algum acontecimento significativo na relação que precise de ser explicitado. Neste sentido, o terapeuta pode permitir-se fazer uma ligação entre o que acontece na relação terapêutica e o que acontece nas outras relações exteriores do paciente.

Noutro âmbito, a imediaticidade também permite que o terapeuta questione o paciente sobre quais as consequências que o seu próprio comportamento tem nos seus sentimentos e pensamentos, explorando essas mesmas consequências com o paciente.

Os pacientes, geralmente, não estão familiarizados com este tipo de comunicação mais imediata e, por isso, podem ter dificuldade em expressar-se quando querem falar de certo tipo de sentimentos ou sentirem-se desconfortáveis aos receberem determinadas questões, afirmações ou reacções do terapeuta. É necessário que o terapeuta os familiarize primeiro com o que está a acontecer e os encoraje para revelarem esses sentimentos, principalmente quando estes se referem ao próprio terapeuta. Assim, os terapeutas podem ter de avaliar os pacientes para saber se estes estão prontos para trabalhar com imediaticidade antes de a introduzir na terapia e determinar se é apropriado utilizá-la com eles (Hill, et al., 2008).

Uma questão importante de referir sobre a imediaticidade é que esta é uma intervenção que conduz à intimidade entre o paciente e o terapeuta e por isso é normal que, por vezes, alguns pacientes fiquem confusos com certos tópicos envolvidos neste tipo de interacção como os relacionados com o carinho. Isto é particularmente significativo quando possa existir atracção sexual por parte do paciente ou diferenças nas normas culturais que dizem respeito às conversas sobre relações íntimas (Kasper, et al., 2008). Alguns pacientes podem mesmo tentar evitar ou sentir-se ansiosos quando se deparam com maior intimidade psicológica, podendo chegar, por isso, a desistir da terapia (Owen, 2011).

Mais recentemente, os autores Mayotte-Blum, Slavin-Mulford, Lehmann, Pesale, Becker-Matero, & Hilsenroth (2012) realizaram um estudo com base nos conceitos de imediaticidade já antes utilizados pelos autores acima citados e com o objectivo de examinar a utilização da imediaticidade numa terapia longa, de quatro anos, entre um terapeuta experiente e uma paciente sua. Concluiu-se que a imediaticidade era iniciada por ambos os participantes e não apenas pelo próprio terapeuta e esses momentos mais imediatos ocorriam com diferentes objectivos como o início da terapia, a identificação dos principais problemas relacionais, a exploração dos pontos fortes das paciente, promover o aumento de expressões afectivas adaptativas, a resolução de rupturas na aliança terapêutica, e a terminação do processo.

Deste modo, este último estudo vem acrescentar mais dados clínicos que apoiam o construto já desenvolvido por Hill (2004), dando-lhe validade também no que diz respeito às terapias longas. Concluiu-se ainda que estes resultados são muito semelhantes aos apresentados por Hill e colaboradores (2008) no que diz respeito às funções da imediaticidade e à forma como os pacientes reagiram à sua utilização.

Assim, compreende-se a utilidade deste conceito enquanto intervenção

terapêutica, essencialmente no que diz respeito a terapias que exigem uma maior proximidade entre paciente e terapeuta e um maior empenho deste último em estar com o paciente no momento presente. Fica também claro que uma prática terapêutica que contempla um bom trabalho com as variedades da experiência imediata, pode servir de arena para estudar os processos de mudança e desenvolvimento em torno dessa capacidade por parte dos terapeutas.

Um exemplo de um modelo que integra este tipo de trabalho e que, de alguma forma, integra a imediaticidade como essencial no modo de trabalhar dos seus terapeutas é o modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), que será revisto de seguida.

3. O modelo AEDP

Após a revisão de literatura sobre o desenvolvimento dos terapeutas e sobre o conceito de imediaticidade nota-se que houve uma mudança na forma como é encarado o papel do terapeuta. Antigamente, o terapeuta era visto como sendo alguém que era apenas um observador imparcial e que se encontrava fora do campo relacional, mas hoje em dia este, em muitos casos, é considerado um participante central numa situação clínica (Safran & Belotserkovsky, 2009). Deste modo, o terapeuta é um interveniente numa relação terapêutica cujas emoções e atitudes interagem com as do paciente, criando-se assim uma influência mútua. Este modo de encarar o terapeuta é partilhado, essencialmente, por abordagens mais experienciais e imediatas nas quais se insere o modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy).

Os proponentes do modelo AEDP defendem a facilitação de transformações através de uma relação terapêutica próxima que visa potenciar o poder transformador das emoções. diversos construtos teóricos e estratégias clínicas de intervenção. A chave para alcançar este objectivo é formar uma relação de vinculação que seja reguladora dos afectos entre paciente e terapeuta (Fosha & Yeung, 2006). A sintonia afectiva entre o terapeuta e o paciente é, assim, um dos pontos centrais deste. Este envolve uma postura receptiva, de ambos os intervenientes, um estado de abertura através do qual se consegue compreender as intenções que surgem dentro de nós e naqueles à nossa volta (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

O modelo AEDP em descrição tem como base a teoria da vinculação. É um

modelo que utiliza a relação terapêutica como sendo uma base segura a partir da qual se pode explorar experiências aversivas (Fosha & Yeung, 2006), tendo em conta que uma vinculação segura promove resiliência emocional e permite o estabelecimento de experiências afectivas de qualidade. Fosha e Yeung (2006) afirmaram que as estruturas psicológicas e as regras internas que governam as experiências emocionais são aprendidas dentro das relações interpessoais precoces e como resultado destas. A exploração destas experiências torna-se uma parte crucial desta terapia. Ainda de acordo com estes autores, a exploração dos afectos negativos e a expansão gradual da capacidade do paciente de experienciar e integrar os afectos só pode ser possível no contexto de uma relação de vinculação segura com o terapeuta, o que está de acordo com os princípios básicos deste modelo. Esta base segura assegura o paciente e serve como uma experiência correctiva na qual as ideias antigas sobre os afectos podem ser desaprendidas e regras novas e mais eficazes podem ser internalizadas.

No modelo AEDP espera-se que os terapeutas utilizem no tempo de terapia, o máximo de interacções positivas e de afectos positivos associados, de modo a restaurar, o mais rapidamente possível, a capacidade de experienciar as experiências afectivas positivas. Assim, e tendo em conta as suas funções, a postura do terapeuta AEDP é intencionalmente positiva, acolhedora, encorajadora, afirmativa e emotiva. O terapeuta deve estar focado não só na experiência intra-psíquica do paciente mas também na relação terapêutica em si, tendo em conta as defesas do cliente e respondendo-lhes com empatia (Fosha, 2000). Quando o paciente já não se considera sob ataque ou a ser desacreditado, as defesas já não são tão necessárias e, aos poucos, consegue colocá-las de parte. Deste modo, o terapeuta abre uma porta a uma nova experiência de segurança para o cliente. Mas, para que surjam estas novas formas de lidar com as suas emoções, este precisa de se sentir mais do que acarinhado e respeitado, precisa também de perceber que provoca um impacto perceptível e bem recebido no terapeuta, ou seja, é necessário que o terapeuta esteja presente com e para o cliente num ambiente propício à utilização de uma intervenção imediata, com todos os componentes que isso implica.

Os objectivos e as intervenções do modelo AEDP procuram promover uma vinculação segura de modo a aumentar a resiliência transformativa dessa vinculação para potenciar uma mudança psicológica profunda e duradoura. O modelo AEDP, que como já foi descrito tem como base a teoria da vinculação, tira várias lições das interacções entre mãe e filho, no que diz respeito ao trabalho que é realizado com as emoções positivas, na amplificação e expansão das mesmas, apesar de também existir

muito trabalho terapêutico relacionado com trauma e dor e que é igualmente importante e necessário. No que diz respeito à comparação com a interacção entre mãe e filho, os afectos que são partilhados através de sorrisos e de lágrimas e de gargalhadas aumentam a sensação de segurança e promovem o aumento do prazer. Fazendo um paralelo com uma verdadeira mãe, o terapeuta AEDP privilegia o positivo e trabalha rapidamente as emoções e os afectos negativos (Prenn, 2011).

Este modelo promove a sintonia com os pacientes e procura ajudá-los a processar várias formas de afectos (*core affects*) através de experiências alternadas e reflexão sobre essas experiências, o que conduz a pessoa através de uma série de transformações por etapas (Lamagna, 2011). O trabalho transformacional é realizado em cada paciente por três etapas. As intervenções terapêuticas estão relacionadas com as etapas em que o paciente se encontra e com a transformação que é o objectivo a alcançar. Sob boas condições terapêuticas, o terapeuta pode facilitar e esperar um surgimento rápido, assim como uma aceleração, das várias etapas e transformações numa só sessão (Fosha & Yeung, 2006).

Na primeira fase, a primeira etapa, é necessário verificar que estratégias utiliza o paciente, pois geralmente, são utilizadas, inconscientemente, uma variedade de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais para excluir experiências emocionais. Sendo atencioso e respeitador, o terapeuta colabora com o paciente no “aqui e agora” para conseguir ultrapassar a parede defensiva. Após terem sido ultrapassadas essas defesas, surge a segunda etapa que tem início com o acesso sem restrições à experiência visceral e à expressão das experiências emocionais e dos afectos centrais (*core affect*). A sintonia momento-a-momento e a coordenação mútua na relação terapêutica ajudam o paciente a sentir-se seguro e acompanhado nas emoções intensas. Com o fim de cada onda de emoção, um alívio autêntico das experiências negativas é acompanhado por um sentimento profundo de alegria e exuberância. À medida que o paciente se sente melhor e recuperado, vai-se sentindo também compreendido e cuidado, sentimentos esses acompanhados por uma experiência profunda de gratidão, amor e ternura para com o terapeuta (*healing affects*). A terceira etapa (*core state*) chega e é marcada por um sentimento de autenticidade, uma sensação que a pessoa sente de que tem de estar em contacto com a verdade subjectiva da sua experiência pessoal. Esta etapa é experienciada com abertura, vitalidade, relaxamento e calma. O terapeuta pode agir simplesmente como uma testemunha validante e afirmante, estando presente com o paciente ou como participante activo. Assim, a mudança, segundo este modelo, é

positiva e sabe bem mesmo quando envolve lidar com experiências muito dolorosas. Segundo Fosha (2004), o processo de transformação terapêutica é acompanhado por um sentimento de alívio e por um relaxamento da tensão, no sentido em que o paciente se sente bem, verdadeiro, e concordante.

Deste modo, é possível perceber que as emoções são um aspecto central deste modelo. Para promover o poder transformacional das emoções, estas têm de ser experienciadas de forma visceral e ligada ao corpo, serem seguidas momento-a-momento, reguladas e trabalhadas até ser cumprido o objectivo. O trabalho com as emoções envolve não apenas empatia, contacto, afirmação, partilha e apoio por parte do terapeuta como também é necessário que este seja emocionalmente afectado pelo paciente e, permitir que este último saiba disso, o que é muito importante mas também é complexo e difícil de gerir por parte do próprio terapeuta, principalmente quando não está muito familiarizado com este tipo de emoções em terapia. Fosha (2004) explica a razão de ser importante e necessário que o paciente também afecte o terapeuta afirmando que a experiência de provocar um impacto numa figura de vinculação é uma experiência profunda e potencialmente curativa para a maioria das pessoas. Ligadas às emoções encontram-se também as experiências somáticas que têm como objectivo a mudança de foco da mente (a parte cognitiva, intelectual e verbal) para o corpo (a parte somática, sensorial e visual) ao acelerar o processo de monitorização momento-a-momento das experiências de mudança no corpo (Fosha, 2004).

A parte final do processo terapêutico neste modelo é essencial para o sucesso de cada caso. O paciente não necessita só de fazer uso da experiência da mudança em si, é necessário que este tenha a consciência de que teve realmente essa experiência (Fosha, 2001). Por isso, após a mudança, o paciente e o terapeuta juntam-se num processo colaborativo em que reflectem sobre o processo de mudança, que na generalidade dos artigos sobre o modelo AEDP é chamado de meta-processamento, sendo crucial para o processo terapêutico geral.

Tendo em consideração todas as especificidades deste modelo, espera-se que o terapeuta não se mantenha escondido e reservado, de modo a que o paciente siga o seu exemplo. Como parte integrante do trabalho do terapeuta, este deve utilizar uma linguagem experiencial que tem como objectivos tentar ajudar a fazer uma mudança do pensamento para o sentimento, da linguagem da mente para a linguagem das emoções com origem corporal, de falar sobre a experiência para realmente experimentar e estar numa experiência em conjunto. As palavras elaboradas devem ser substituídas por

palavras mais pequenas, não devem ser feitas interpretações mas sim pequenas intervenções, a um ritmo calmo e de espera, e passar do vago para o particular e do linear e lógico para o imaginário e emocional. Esta linguagem experiencial típica desta terapia envolve também a forma de falar e de pronunciar as palavras, que deve ser simples e repetitiva. Assim sendo, as palavras são curtas, muitas vezes monossilábicas, e as afirmações são mais utilizadas que as questões (Prenn, 2011)

O modelo AEDP é um modelo relativamente recente no mercado, e será explícita ou implicitamente influenciado por inúmeros modelos que o antecedem, até porque se afirma como modelo integrativo, ainda aberto e em dinâmica reformulação. E anteriormente, o construto de imediaticidade também foi apresentado como transteórico, podendo ser compreendido e assimilado por terapeutas de diversos modelos ou orientações. Seguidamente são revistos alguns contributos da literatura empírica, teórica ou clínica, que partilham alguma semelhança ou mesmo variância conceptual com este constructo de imediaticidade ou, no mínimo, com o trabalho clínico com experiências imediatas, como aquele que é realizado segundo o modelo AEDP.

4. Meta-processamento

O meta-processamento consiste em explorar a experiência do paciente sobre uma intervenção (Prenn, 2011), tendo por isso um foco maior no paciente do que no próprio terapeuta. Fazer uma intervenção de meta-processamento no final de uma sessão, no fim de um trabalho terapêutico mais emocional ou no final de terapia que terminou com sucesso tem uma grande importância a nível relacional, no sentido em que ajuda o paciente a reflectir sobre a experiência de ter sido ajudado e sobre a relação terapêutica que permitiu que isso acontecesse (Prenn, 2011).

No modelo AEDP, como exemplo do que acontece em terapia que integre experiências imediatas na sua prática, existe uma grande ênfase no meta-processamento no final da terapia e é dada aos pacientes a oportunidade de processarem e de aprenderem sobre a natureza das experiências que foram úteis para eles e os ajudaram com sucesso. Fosha (2000) defende que este processamento ajuda a que haja uma transferência do que foi aprendido na terapia para experiências fora desta, pois essas experiências tornam-se algo sobre o qual os clientes sabem reflectir. A essência do meta-processamento, neste modelo, tem como base o processamento experiencial, entre o

terapeuta e o paciente, sobre a reacção do último à mudança e ao facto de ter sido ajudado de forma útil e significativa. Os objectivos deste meta-processamento são facilitar a experiência terapêutica, nomea-la e reconhece-la como tal, explorando a experiência terapêutica do paciente.

Deste modo, não conta só o facto de o paciente ter sido ajudado mas também o facto de este o saber e de saber que foi capaz de conseguir melhorar, o que contribui para a auto-eficácia e para a capacidade de confiar. Assim, o paciente também compreende como é que ele próprio experiencia o sucesso que teve na terapia e o que isso significa para si (Fosha, 2000).

5. Vinculação

Os humanos iniciam o desenvolvimento das suas capacidades de regulação dos afectos através de interacções com figuras de vinculação (Safran & Belotserkovsky, 2009). A vinculação entre mães e filhos e as partilhas emocionais entre eles têm a potencialidade de expandir a consciência de cada indivíduo com consequências para o desenvolvimento. Neste sentido, quando a mãe e o filho se tornam componentes de uma díade ganham maior complexidade e coerência. A criação desta díade necessita que o filho e a mãe apreendam elementos do estado de consciência um do outro, caso contrário o sistema diádico não existiria. Este sistema pode ser transportado para o ambiente terapêutico, no sentido de haver uma melhor compreensão da interacção entre o paciente e o terapeuta.

Assim, embora algumas características e forças de uma relação de vinculação entre mãe e filho já não estejam disponíveis numa situação terapêutica, uma característica que leva à mudança está disponível e consiste na troca social entre o paciente e o terapeuta. Também as trocas entre mãe e filho são construídas com base em comunicação emocional, que é exactamente uma característica também presente num processo terapêutico (Tronick, 1998). Perante isto, é possível fazer uma comparação com o que se passa entre mães e filhos, no sentido em que quando a mãe não responde às emoções do filho, este protesta manifestando-se contra essa falta de resposta emocional, ocorrendo algo semelhante quando o terapeuta não responde emocionalmente ao seu paciente (Tronick, 1998).

Prenn (2011), relativamente a este tema, acrescentou que as interacções

emocionais com o terapeuta permitem criar uma experiência emocional mais correcta e, não só contribuem para que o paciente crie uma vinculação com o terapeuta, como permite a mudança intra-psíquica no que diz respeito às suas outras relações. A vinculação segura que existe entre paciente e terapeuta é uma pré-condição crucial para a mudança, independentemente de teorias específicas ou intervenções que sejam usadas (Gold, 2011). Tem o poder de conseguir reparar problemas interpessoais previamente existentes e que podem estar na origem das disfunções apresentadas pelos pacientes.

Segundo a literatura relacionada com a vinculação, o terapeuta, como figura de vinculação, deve ser inteligente e sensível. Envolve-se emocionalmente, é afectivamente competente e confidente e auto-revela afecto e a sua história pessoal ao serviço do seu cliente (Prenn, 2011). Efectivamente, numa relação onde exista vinculação segura, não só é satisfatório estar perto do outro e fornecer e receber carinho, como é aceitável mostrar angústia e compreender e minimizar possíveis causas dessa angústia, sendo que a intimidade é desejada, segura e satisfatória. Um *Self* seguro aprecia os outros e empatiza com eles (Owen, 2011).

Um paciente com uma vinculação segura com o seu terapeuta, vai ter provavelmente mais facilidade em falar sobre o que está a acontecer interpessoalmente entre eles (Prenn, 2011). Por isso, uma boa vinculação entre cliente e terapeuta é um requisito essencial no sentido em que permite a meta-comunicação e o meta-processamento, assim como facilita uma terapia mais próxima e imediata e em que existe confiança.

6. Auto-revelação

A auto-revelação é uma intervenção muito utilizada em terapia e que tem sido estudada no sentido de perceber quais os seus objectivos e que efeitos tem. Nem todos os terapeutas a fazem ou concordam que seja útil, mas o modelo AEDP é um exemplo de um modelo de terapia em que as auto-revelações são uma parte integrante do modo de trabalhar dos terapeutas, até porque as auto-revelações estão muito relacionadas com a vinculação, que é considerada toda a base deste modelo. Uma auto-revelação do terapeuta para o paciente pode ser definida como sendo uma interacção na qual o terapeuta revela informação pessoal sobre si próprio e/ou revela reacções e respostas ao paciente à medida que elas vão surgindo durante a sessão (Knox, Hess, Peterson, & Hill,

1997).

Uma auto-revelação feita pelo terapeuta pode ter um grande poder de ajuda e uma grande influência na relação terapêutica no sentido em que os pacientes passam a ver os seus terapeutas como mais humanos ou mais como uma pessoa igual a eles (Knox et. A., 1997). Deste modo, os pacientes passam a sentir-se menos ansiosos se pensarem que não estão sozinhos no seu sofrimento, ou seja, que os seus problemas são normais e que podem ser partilhados por outros.

Uma intervenção feita com base em auto-revelações promove uma vinculação segura, pois uma das formas mais rápidas de aprofundar uma experiência entre duas pessoas é uma delas dizer algo pessoal ou vulnerável, o que se torna um convite a que a outra pessoa partilhe algo vulnerável também (Prenn, 2011). Portanto, pode-se dizer que o facto de o terapeuta fazer uma auto-revelação ajuda a que o paciente o faça também e partilhe de forma mais aberta as suas experiências pois sente que o outro também pode ficar vulnerável.

Segundo Prenn (2011), e estabelecendo uma ligação entre vinculação e auto-revelação, numa relação de vinculação, tal como numa relação terapêutica, as auto-revelações são cruciais. São intervenções muito versáteis no sentido em que permitem atenuar o sentimento de solidão, tornam o implícito em explícito (Fosha 2000a) e, por isso, estão geralmente integradas nos processos de meta-comunicação e meta-processamento que também são parte integrante da terapia AEDP e, por isso, do trabalho com experiências imediatas. São intervenções que aumentam a sensação de segurança e permitem ultrapassar as defesas, colocam a relação terapêutica numa posição central e, muito importante, necessitam de uma postura por parte do terapeuta envolvente, activa, empática, aberta e sem medo de arriscar.

Apesar de actualmente ser dada uma grande importância a estas definições de auto-revelação por parte de diversas abordagens, as investigações nesta área tiveram origem com autores de orientação psicodinâmica (Farber, 2006). Desde aí, vários autores, mesmo de outras orientações, procuraram diferenciar tipos de auto-revelações sendo que nem todos são semelhantes nem se enquadram nos mesmos parâmetros, partindo, no entanto, geralmente de uma definição de auto-revelação semelhante à já apresentada.

Como intervenção terapêutica, Linehan (1993) referiu dois tipos de auto-revelações, uma auto-envolvente e outra auto-reveladora. A auto-revelação auto-envolvente é a mais importante e a que mais ajuda a aproximar o terapeuta e o paciente,

consistindo na revelação por parte do terapeuta dos seus próprios afectos à medida que estes ocorrem na sessão, e de sessão para sessão. Este tipo de auto-revelação pode acontecer quando o terapeuta diz exactamente tudo o que sente, revelando sentimentos, emoções e pensamentos sobre si próprio, ou quando o terapeuta tenta adivinhar o que sente ou pensa o cliente com base em experiências próprias. A auto-revelação auto-reveladora é uma revelação de experiências de vida actuais, incertezas ou dilemas e permite aos pacientes perceberem que não estão sozinhos nos seus problemas, promovendo uma sensação de que há mais alguém que se debate com questões semelhantes às suas.

Yalom (2002) estabeleceu outras três formas possíveis de auto-revelações, que, de certo modo, não são muito diferentes das apresentadas anteriormente, estando apenas mais especificadas. A primeira realiza-se sobre o mecanismo da terapia, a segunda sobre os sentimentos no aqui e agora e, por último, a terceira é sobre a vida pessoal do terapeuta.

No que diz respeito aos mecanismos da terapia, o autor refere que a psicoterapia só tem a ganhar com auto-revelações sobre o processo e sobre o progresso do paciente, enfatizando a importância de, no início da terapia com um novo cliente, o terapeuta informá-lo sobre o que é a psicoterapia e o que cada um pode fazer para maximizar o sucesso da mesma. Deste modo, evita-se que o cliente fique ansioso perante uma situação nova e na qual não sabe como agir e que regras existem, pois está prestes a iniciar um tipo de relação com a qual não está familiarizado e que requiere que confie plenamente no outro, que revele tudo sobre si, que explore todos os seus sentimentos perante outra pessoa, recebendo do outro lado aceitação sem julgamento. Este tipo de auto-revelação não foi contemplado pela autora anterior, mas revela ser útil uma vez que contribui para que o paciente se sinta mais informado sobre os processos e intervenções que vão ser realizados e, conseqüentemente, que se sinta mais integrado no processo terapêutico.

O tipo de auto-revelação referente aos sentimentos no aqui e agora, é semelhante à auto-revelação auto-envolvente apresentada por Linehan (1993) e contribui para a construção de uma relação genuína entre o terapeuta e o paciente, sendo necessário, no entanto, confirmar se uma determinada revelação será para o melhor interesse do paciente antes de a fazer.

Por último, são contempladas as revelações sobre a vida pessoal dos terapeutas que, geralmente, são as mais difíceis de fazer e as que geram mais dúvidas nos

terapeutas sobre se é correcto fazê-las ou se vão ser úteis. Mas, segundo este autor, podem ser bastante pertinentes e em alguns casos ajudar na evolução da relação terapêutica e do próprio processo, pois dificilmente pode existir uma relação genuína em que um dos intervenientes é totalmente opaco.

Uma outra autora, Farber (2006) vai um pouco mais além e mostra as auto-revelações como sendo intervenções menos rígidas como as apresentadas pelos autores anteriores, no sentido em que dependem de diversos factores, podendo ser mais pessoais ou mais no âmbito profissional, mais em resposta a questões elicítadas pelos pacientes ou reacções espontâneas às necessidades destes, mais racionais ou mais emocionais, com o objectivo de oferecer apoio, de oferecer conselhos ou opiniões ou de normalizar determinadas questões trazidas pelos pacientes, entre outros. Deste modo, esta autora demonstra que os objectivos das auto-revelações e mesmo a sua forma e conteúdo podem variar, não sendo umas mais apropriadas ou mais benéficas que outras, desde que sejam feitas no âmbito de uma relação de ajuda próxima e genuína com os pacientes.

Independentemente das definições e separações dadas pelos diversos autores às auto-revelações, estas intervenções são, geralmente, intensas e acarretam riscos, e por isso o terapeuta deve monitorizar as reacções do paciente às suas auto-revelações de modo a perceber se o paciente se sente invadido, perturbado, bloqueado ou ansioso ou, por outro lado, fortalecido, tocado ou valorizado. Seja qual for a situação, as reacções do paciente devem também fazer parte do trabalho terapêutico (Fosha, 2000a).

7. Presença

Pode-se definir a presença como sendo um processo que se passa dentro do terapeuta e do cliente e que está relacionado, entre outras coisas, com a sua disponibilidade e abertura para estarem ambos no momento presente.

Num ambiente de presença terapêutica, o *Self* do terapeuta vai de encontro ao do seu paciente, estando completamente presente no momento a múltiplos níveis: físico, emocional, cognitivo e espiritual (Gellar & Greenberg, 2002). A presença envolve estar totalmente em contacto com o outro no momento, com uma atitude de abertura e receptividade para tudo o que surgir no momento, assim como com a intenção de se estar com e para o paciente no cumprimento dos seus objectivos para a terapia.

Devido às suas características, a presença implica uma grande disponibilidade, receptividade e envolvimento por parte dos terapeutas, caracterizando-se por uma atitude próxima e envolvente destes perante os pacientes. Os terapeutas para se envolverem nesta intervenção terapêutica, têm de se encontrar num estado interno receptivo, estando completamente abertos ao mundo interno e multidimensional dos seus pacientes (Geller, Greenberg, & Watson, 2010). Deste modo, tem de existir uma determinada abertura por parte dos terapeutas para receberem da parte dos pacientes as suas expressões verbais e não-verbais, tal como a sua experiência corporal no momento. Os terapeutas têm de estar totalmente presentes no momento, o que permite uma sintonia e responsividade que é baseada no sentir a experiência e afecto do outro, no sentir a própria intuição, assim como no sentir a relação terapêutica (Gellar, et al., 2010).

A presença é algo que vem de dentro, como um estado em que a pessoa se encontra e que é demonstrado na sua atitude, sendo expressa tanto em processos internos como em comportamentos externos. A experiência da presença reflecte-se também no corpo dos terapeutas, reflectindo o que eles sentem ou experienciam quando estão presentes e, segundo os autores Gellar e Greenberg (2002) inclui quatro categorias: imersão, expansão, ligação e estar com e para o cliente. Envolve a sensação de imersão no momento com os pacientes, a expansão da consciência dos terapeutas nesses momentos, estando sintonizados nas várias partes que existem num dado momento com os pacientes, dentro do *Self* e dentro da relação. Este estado também consiste em sentirem-se ligados a uma experiência saudável e integrada do *Self*. Por fim, os terapeutas, para estarem presentes, necessitam de manter a intenção de estar com e para os pacientes no sentido de alcançarem resultados positivos que contribuam para a melhoria destes.

Para alcançar este estado em terapia, o terapeuta tem de se manter livre de preconceitos, eviesamentos, julgamentos ou qualquer outro conhecimento sobre o paciente em questão, que possam influenciar a sua postura na terapia. A postura do terapeuta deve ser sempre o mais genuína possível. Portanto, é necessário que o terapeuta se encontre totalmente disponível e aberto ao outro, estando atento e tomando nota das suas opiniões e dos seus preconceitos quando estes eventualmente surjam para que não interfiram na sua disposição e na sua relação com o paciente. Esta forma de estar em terapia requer algum treino para que o terapeuta consiga aprender a permanecer em pleno nesta atitude, o que não deixa de ser complexo nem acontece

rapidamente. É, por isso, muito importante o desenvolvimento e crescimento dos terapeutas, tanto profissional como pessoalmente, até conseguirem estar totalmente presentes, com tudo o que isso implica, de modo a permitir-lhes estarem conscientes da sua própria experiência e reacções emocionais e, assim, serem mais reais com os seus clientes (Gellar, 2001), salientando-se aqui a extrema importância de um treino mais específico para os terapeutas que trabalham desta forma.

8. Mindfulness

O *mindfulness* é uma técnica que ajuda a promover a experiência da presença, sendo uma abordagem para trabalhar com o próprio mundo interno ou com o do paciente (Gellar, et al., 2010).

O conceito de *mindfulness* tem raízes no Budismo, mas na psicologia contemporânea tem sido adoptado como uma abordagem para aumentar a percepção e para responder de forma eficaz aos processos mentais que podem contribuir para a desregulação emocional e para o comportamento não adaptativo (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, Abbey, Speca, Velting & Devins, 2004), tendo como um dos seus conceitos básicos o facto de consistir em perceber os estímulos simplesmente como eles são (Brown & Ryan, 2003). O *mindfulness* inclui a premissa de prestar atenção sem julgar, pois ao não haver julgamento da experiência pode-se vê-la tal e qual como ela é. É um processo psicológico e é uma competência que pode ser desenvolvida e melhorada com a prática (Bishop, et al., 2004).

É possível estar-se consciente dos pensamentos, motivações e emoções, assim como dos estímulos perceptivos e sensoriais. Estar consciente engloba dois processos muito importantes, a percepção e a atenção. A percepção é a base da consciência ao monitorizar o ambiente interno e externo. Uma pessoa pode estar consciente de um estímulo sem que este esteja necessariamente no centro da sua atenção (Brown & Ryan, 2003). Uma vez que quase todas as pessoas têm a capacidade de conseguirem estar atentas e conscientes pode-se assumir que diferem na sua disponibilidade e vontade de estarem atentas e de permanecerem com atenção ao que está a acontecer no presente. Esta capacidade varia numa só pessoa devido a diversos factores que podem interferir, não sendo o *mindfulness*, por isso, um processo linear e estável nem que se mantém igual uma vez aprendido. Assim, apesar da atenção e da consciência serem componentes

relativamente constantes do funcionamento normal, o *mindfulness* pode ser considerado um processo onde existem atenção e percepção mais profundas da experiência actual e da realidade presente (Brown & Ryan, 2003).

Os processos que constituem o *mindfulness* não são apenas técnicas de relaxamento ou de controlo do humor mas sim também uma forma de treino mental com o objectivo de reduzir a vulnerabilidade cognitiva que pode causar stress e desregulação emocional ou mesmo contribuir para o surgimento de psicopatologias. Estes processos também não se limitam só à meditação mas baseiam-se nestas de modo a poderem ser aprendidas as competências básicas para iniciar o *mindfulness* (Bishop, et al., 2004).

Os autores Bishop e colaboradores (2004) fizeram uma proposta de um modelo de *mindfulness* com dois componentes. O primeiro componente envolve a auto-regulação da atenção de forma a que esta seja mantida na experiência imediata, mas permitindo um aumento do reconhecimento dos eventos mentais do momento presente. O segundo componente envolve a adopção de uma orientação particular no sentido das experiências do próprio no momento presente, orientação essa que é caracterizada pela curiosidade, pela abertura e pela aceitação.

Segundo este modelo, o primeiro componente refere que o *mindfulness* inicia-se através do aumento da consciência da experiência actual, observando e atendendo à mudança de pensamentos, sentimentos e sensações de momento para momento, ao haver uma regulação do foco da atenção. A auto-regulação da atenção também permite a percepção de pensamentos, sentimentos e sensações à medida que estes vão surgindo. É também importante de salientar que o *mindfulness* não suprime os pensamentos pois todos os pensamentos podem ser considerados um objecto de observação em vez de serem uma fonte de distração. No entanto, uma vez que são reconhecidos, o *mindfulness* permite uma observação do que vai surgindo como se fosse a primeira vez que ocorresse, em vez de existir uma observação através do filtro feito pelas crenças, suposições, expectativas e desejos.

O segundo componente deste modelo, a orientação para a experiência, refere-se ao facto de esta orientação ter início com uma atitude de curiosidade sobre onde vai a mente, assim como uma curiosidade sobre os diferentes objectos que fazem parte da experiência de cada um em todos os momentos. Todos os pensamentos, sentimentos e sensações que surgem são vistos como relevantes e sujeitos a observação. Deste modo, a pessoa não está a tentar encontrar um estado em particular como o relaxamento ou

mudar o que esta a pensar ou a sentir no momento, mas sim a aceitar cada momento da experiência. Trata-se de um processo activo em que a pessoa escolhe permanecer com o que lhe é oferecido com uma atitude de abertura e receptividade para o que quer que seja percebido.

Durante uma sessão de psicoterapia em que se introduz o *mindfulness*, o paciente é instruído para fazer um esforço para reparar em cada objecto no campo da consciência, para discriminar entre diferentes elementos da experiência e para observar como de uma experiência surge outra. Segundo Bishop e colaboradores (2004), monitorizar o campo da consciência desta forma ao longo do tempo leva a um aumento da complexidade cognitiva que se reflecte na capacidade de criar representações diferenciadas e integradas da experiência cognitiva e afectiva. Estes mesmos autores referem, como exemplo deste processo, que o desenvolvimento do *mindfulness* resulta numa maior capacidade de distinguir sentimentos das sensações corporais e na compreensão da natureza complexa dos estados emocionais. O desenvolvimento do *mindfulness* também está associado a uma maior capacidade de compreender as relações entre pensamentos, sentimentos e acções, assim como os significados e as causas da experiência e do comportamento.

Usualmente, o *mindfulness* é utilizado para adicionar clareza à experiência, contribuindo para o bem-estar e para a felicidade de forma directa (Brown & Ryan, 2003). As perturbações emocionais passam a ser experienciadas como menos desagradáveis e menos ameaçadoras uma vez que o contexto de aceitação inerente ao *mindfulness* muda o seu significado subjectivo (Bishop, et. al., 2004). Esta intervenção encoraja os pacientes a atenuarem os problemas relacionados com os seus pensamentos e sentimentos e a livrarem-se de estratégias de evitamento não eficazes, assim como também os ajuda a estarem em contacto com as suas experiências privadas de modo a comportarem-se de forma mais eficaz. Resumidamente, o *mindfulness* representa um equilíbrio emocional que envolve a aceitação das experiências internas, o aumento da clareza na forma de lidar com os afectos, a capacidade de regular as emoções e o humor, a flexibilidade cognitiva e uma abordagem saudável aos problemas.

Para perceber quais os objectivos do *mindfulness* e a sua utilidade, tanto em terapia como após esta, é necessário salientar que um dos objectivos da terapia é mudar a relação do paciente com o seu sofrimento. De facto, se este estiver menos preocupado com várias situações da sua vida, o seu sofrimento vai diminuir. Ensinar competências de *mindfulness* aos pacientes permite-lhes atingirem este estado, ao torna-los menos

reactivos aos que lhes acontece. Deste modo, aprendem uma forma de se relacionarem com todo o tipo de experiências, positivas, negativas ou neutras, de forma a que o sofrimento geral seja reduzido e a sensação de bem-estar aumente (Germer, 2004). Por outro lado, é também necessário que exista uma capacidade por parte do paciente para tolerar o material negativo antes de dar início à aprendizagem do *mindfulness*, pois vai ter de o enfrentar assim que deixar de utilizar as suas estratégias de *coping* habituais (Hayes & Feldman, 2004).

Actualmente, o *mindfulness* é reconhecido como sendo um fenómeno com resultados tão diversos como na saúde física, no bem-estar psicológico, no ambiente do trabalho, no desempenho desportivo e nas relações interpessoais (Brown & Ryan, 2004). No entanto, para aprender estas técnicas é preciso muita prática, assim como uma mudança fundamental na forma como se vê as emoções (Hayes & Feldman, 2004), não só por parte do paciente como também por parte do terapeuta no sentido de acompanhar e ensinar o paciente mas também como praticante das técnicas de *mindfulness* consigo próprio.

O *mindfulness* também pode ser útil ao próprio terapeuta, tanto para a sua vida pessoal como profissional. Para que possa explorar momento-a-momento o que vai surgindo na terapia, o terapeuta tem de ter a capacidade de tolerar emoções intensas, dolorosas ou assustadoras que o paciente possa elicitar nele. De facto, principalmente no âmbito de trabalhos terapêuticos mais de foro emocional e imediato, o terapeuta precisa de processar os sentimentos mais intensos que o paciente elicita de uma forma não defensiva e, para o conseguir, deve ser capaz de regular de forma eficiente as suas próprias emoções dolorosas (Safran & Belotserkovsky, 2009), sendo o *mindfulness*, por exemplo, uma forma de as conseguir regular. Com a prática do *mindfulness*, o objectivo é o terapeuta tornar-se consciente dos seus sentimentos e das suas acções de modo a utilizá-las como uma fonte de informação. Mesmo durante as sessões, o terapeuta deve fazer este tipo de trabalho momento-a-momento, examinando os sentimentos, as intuições e as observações que vão surgindo, tomando consciência delas.

Ainda relativamente à prática de *mindfulness* por parte dos terapeutas, o processamento da consciência dos sentimentos, intuições e observações vai facilitar a regulação dos afectos do próprio terapeuta. A consciência de um determinado sentimento conduz a um menor vínculo com ele, abrindo um maior espaço interno no terapeuta, o que cria maiores possibilidades para trabalho criativo com os pacientes. O *mindfulness* também permite que os terapeutas redefinam as suas perspectivas e

redereccionem a sua atenção para as suas experiências internas (Safran & Belotserkovsky, 2009). A capacidade dos terapeutas reconhecerem, tolerarem e integrarem os seus pensamentos, sentimentos, fantasias e acções é facilitada pelo cultivo de uma postura de auto-aceitação de si próprio e das suas experiências (Safran & Belotserkovsky, 2009).

9. Meta-comunicação

A meta-comunicação é utilizada em terapia para facilitar a comunicação entre o terapeuta e o paciente ao tornar conscientes e ao clarificar todas as situações que podem ocorrer em terapia, incluindo sentimentos, pensamentos e comportamentos que de outra forma seriam mantidos implícitos. Austin (2011) define a meta-comunicação como uma competência do terapeuta que torna explícita a comunicação implícita entre si e o seu paciente, tornando também essa informação mais disponível para exploração conjunta. Este autor acrescenta ainda que este conceito é o acto de “comunicar sobre a comunicação”, no sentido em que ocorre quando dois participantes, numa conversa, falam sobre a comunicação em si.

Apesar de existirem algumas diferenças subtis quanto ao propósito da meta-comunicação nas várias abordagens terapêuticas e mesmo o seu propósito dentro de uma só abordagem, a função da meta-comunicação prende-se, de modo geral, com o transformar o que está implícito em explícito, ou seja, transformar o que está implícito naquilo que possa ser compreendido e que esteja disponível para futura exploração, no sentido de elicitar auto-consciência e reflexão por parte do paciente. Deste modo, a meta-comunicação pode ser também um processo com objectivos definidos, dependendo do contexto, e no qual tanto o paciente como o terapeuta participam de igual forma (Austin, 2011). É uma intervenção que tenta diminuir o grau de inferência e transmitir, o mais possível, a experiência imediata do terapeuta relativamente a algum aspecto da relação terapêutica (Safran & Muran, 2000).

Os autores Safran & Muran (2000) salientaram a existência de alguns princípios no que diz respeito à meta-comunicação. Segundo estes autores, existem princípios gerais, onde se incluem os princípios de participação e orientação, de foco e, por último, de atenção e de expectativas. Também existem princípios mais específicos deste

processo que consistem em princípios de consciência e de comunicação.

Assim, no que diz respeito à participação e orientação da meta-comunicação, dentro dos princípios mais gerais, estes autores referem que a comunicação deve ser feita por tentativas no sentido de convidar o paciente a explorar melhor algumas ideias, de modo a mostrar ao paciente que existe a necessidade de se estabelecer uma partilha, em que está implícito que ambos devem trabalhar em conjunto. Deve existir cuidado para não se assumir que existe sempre um paralelo entre a relação terapêutica e as outras relações inter-pessoais do paciente, pois embora isso possa acontecer e seja importante meta-comunicar nesses casos, não é um dado adquirido, além de que uma afirmação desse género pode ser vista pelo cliente como uma acusação. A meta-comunicação também está relacionada com a subjectividade das comunicações e das percepções do terapeuta, sendo importante que o paciente se aperceba dela pois evita que se sinta controlado. É necessário dar mais ênfase à consciência do que ocorre no momento, devendo existir sempre a consciência dos próprios sentimentos por parte do terapeuta ao comunicar com o seu paciente. Por fim, o terapeuta deve aceitar a responsabilidade das suas próprias intervenções e interacções, tendo por isso sempre muita atenção a elas.

Ainda dentro dos princípios mais gerais, no que diz respeito ao foco e à atenção, o foco deve ser sempre no aqui e agora, no que é concreto e no que é específico. Os terapeutas devem monitorizar a sua proximidade emocional com os pacientes de forma regular pois deste modo conseguem avaliar a qualidade da relação com estes e avaliar a responsividade destes às intervenções realizadas em terapia.

Relativamente às expectativas, os princípios desenvolvidos prendem-se com o reconhecimento de que as situações estão constantemente a fluir e a mudar, influenciando a própria meta-comunicação e os seus objectivos. Além de que é importante esperar sempre futuras rupturas e pôr a hipótese de que uma intervenção de meta-comunicação possa mesmo agravar essas rupturas, sendo normal que os terapeutas percam a esperança após um impasse prolongado e perante a possibilidade de não conseguirem avançar mais.

Os princípios organizadores da meta-comunicação mais específicos, que se dividem entre princípios da consciência e da comunicação, na prática, ocorrem simultaneamente pois enquanto o terapeuta comunica com o cliente já está, de certa forma, a dar voz às suas percepções que deste modo passam a ficar explícitas. Portanto, no que diz respeito à consciência no processo da meta-comunicação, é preciso saber que

tem de existir uma consciência dos sentimentos, das imagens e das fantasias de ambos os participantes, das tendências de acção e das acções que já foram tomadas até ao momento. Tem também de existir uma identificação dos marcadores inter-pessoais, no sentido em que estes possam estar a contribuir para a forma como se sente o terapeuta. Relativamente à questão da comunicação, os terapeutas podem fazer auto-revelações sobre a sua própria experiência com os seus vários pacientes e podem fazer possíveis relações entre os seus próprios sentimentos e os marcadores interpessoais mostrados pelos pacientes para os ajudar a meta-comunicar. Deve ser fornecido *feedback* relativamente à experiência subjectiva ou à percepção do paciente e devem ser explorados os sentimentos, percepções ou atitudes do paciente que possam estar associados a uma interacção partilhada por ambos. Por fim, também é importante que o paciente seja convidado a explorar as contribuições do terapeuta.

Safran e Belotserkovsky (2009) também estipularam princípios relacionados com a meta-comunicação, estes mais sucintos e específicos que os anteriores, embora também existam alguns muito semelhantes. Um dos que se destaca é o princípio que se refere ao facto de o terapeuta não dever estabelecer meta-comunicações sem estar totalmente consciente dos seus próprios sentimentos, pois as suas contribuições para a terapia são muito importantes e o terapeuta tem de saber responsabilizar-se por elas. Uma questão também importante é a avaliação e a exploração que o terapeuta deve fazer das reacções e respostas dos pacientes às intervenções e o cuidado que se deve ter para que a relação terapêutica não entre em ciclos disfuncionais devido a intervenções de meta-comunicação.

É necessário salientar que a meta-comunicação acarreta alguns riscos, no sentido em que pode vir a provocar mais rupturas, como indica um dos princípios apresentados por Safran & Muran (2000). Por vezes, os terapeutas ficam relutantes em meta-comunicar com receio de provocarem rupturas na aliança ou também porque se sentem desconfortáveis com os seus próprios sentimentos em determinadas sessões.

O acto de meta-comunicar deve ser encarado como sendo um passo na terapia para conseguir encaixar as várias peças. Ao verem a meta-comunicação desta forma, os terapeutas podem permitir-se ser mais livres, criativos e experimentais nas suas intervenções (Safran & Muran, 2000).

10. Focagem

Nos últimos anos, a focagem tem sido alvo de investigação, tem sido utilizada em terapia, em questões de criatividade artística, em questões de tomada de decisão, em teorias e métodos e em resolução de conflitos (Madison, 2007).

Gendlin (1996) define este método de forma simplificada como sendo um modo de atenção corporal interna. É um método de auto-exploração que consiste no facto de um indivíduo tomar atenção a si próprio, num processo lento de auto-atenção e auto-reflexão, tendo também algumas qualidades da meditação. É uma capacidade natural do ser humano, que muitas vezes se perde e não é utilizada (Madison, 2007). Pode ser aprendida e praticada em qualquer situação do dia-a-dia e também pode ser colocada em prática em sessões de psicoterapia, no sentido de provocar mudanças nos pacientes.

De acordo com as suas características e objectivos, a focagem não tem uma filosofia própria, não pretende fazer julgamentos, não pretende mostrar como uma pessoa deve viver a sua vida. Sendo assim, é complementar a qualquer filosofia pessoal, religião ou crença (Madison, 2007). Não é esperado que a focagem force nada a acontecer nem a surgir, tratando-se de um processo que permite a evolução e transformação natural dos sentimentos e sensações, tendo como objectivo que a pessoa se aperceba aos poucos do que está a sentir e se deixe ser surpreendida. No entanto, também não é obrigatório seguir o que se sente mas sim apenas permitir que esses sentimentos estejam presentes e dar-lhes espaço para existirem.

A focagem ajuda a manter a atenção em sentimentos que não podem ser definidos como sendo emoções. São sentimentos físicos, que se sentem no corpo e que geralmente ocorrem na zona entre a garganta e o abdómen, sendo que ao se focar a atenção neles podem surgir *insights*, resoluções de problemas, alívio de sintomas, e um aumento do bem-estar na vida quotidiana (Madison, 2007). É um modo de focar a atenção no corpo a partir de dentro, compreendendo o que se sente em cada parte do corpo sem lhe tocarmos, apenas a partir de sentimentos que vêm de dentro (Gendlin, 1996). A sensação física que advém da focagem é mais vaga que as emoções habituais, podendo ser descrita como sendo a sensação de que algo se está finalmente a conectar, mesmo que o significado concreto do que está a acontecer não seja ainda claro. Gendlin (1996) refere que essa sensação física é sentida como um todo e conduz a um estado de alívio, como se o corpo se sentisse grato por finalmente se sentir completo.

Quando a sensação descrita acima é demais ou é desconfortável, a pessoa é encorajada a voltar para um lugar onde se sinta melhor. Uma palavra, uma frase ou uma imagem pode ajudar a manter a sensação física sentida, tornando-se num símbolo utilizado na focagem para esse propósito, representando assim a forma como o corpo se sente e como está a ser essa sensação.

Devido às suas características e ao facto de ser um processo sentido de forma diferente de pessoa para pessoa, a focagem não é um conceito fácil de explicar nem de aprender, sendo necessária, geralmente, uma aprendizagem gradual. No entanto, depende muito da capacidade de cada pessoa de sentir o seu corpo a partir do interior e de conseguir entrar aí, pelo que algumas pessoas fazem-no com facilidade quando iniciam a terapia e outras não conseguem interiorizar este método (Gendlin, 1996).

Para iniciar o processo de focagem, a pessoa deve perguntar a si própria como se sente no momento e esperar que chegue uma resposta, sem que haja uma procura específica por essa resposta e sem que diga a si mesma o que deve sentir ou como deve agir. É uma aceitação, sem censura, do que quer que seja que surja. A aprendizagem da focagem faz-se através de vários passos que vão sendo introduzidos lentamente. Uma vez aprendidos, a focagem começa a surgir naturalmente, tornando-se um processo único para cada pessoa.

Mais especificamente ao que diz respeito à focagem como é utilizada em terapia, esta é uma técnica que também ajuda os indivíduos a manterem uma atitude positiva para com a sua própria experiência, permitindo-lhes ter mais respeito e abertura para com esta. Intervém em processos de auto-crítica e auto-análise, ajudando os pacientes no sentido de resolverem melhor os seus problemas e preocupações. Como intervenção terapêutica, que se mantém como uma competência em vários aspectos da vida, a focagem também permite aumentar a resiliência e a independência e apoia uma comunicação interpessoal mais honesta e satisfatória. É uma forma de adicionar profundidade à forma como uma pessoa compreende o mundo à sua volta e a como entende os problemas, promovendo sempre o respeito pela resistência da pessoa e pelos seus próprios limites. Ajuda o paciente a descrever a sua experiência e a descobrir símbolos ou rituais que funcionem consigo. A prática da focagem é realizada de forma gentil, respeitadora, mas profunda e transformadora (Madison, 2007).

III. METODOLOGIA

Os objectivos deste trabalho, como já foi enunciado anteriormente, estão assentes em dois pontos, que se influenciam mutuamente e que, de certo modo, têm semelhanças entre si. Um deles é o estudo dos processos que estão inerentes à mudança efectuada por terapeutas experientes ao começarem a trabalhar com base num novo modelo de terapia que inclua o contacto com experiências imediatas, exigindo dos terapeutas determinadas competências de modo a trabalharem desta forma com os seus pacientes. O outro objectivo assenta sobre o estudo e a compreensão de como é trabalhar deste modo e segundo as características próprias deste trabalho, procurando-se saber o que mais contribui para o sucesso profissional e pessoal nesta área e quais são as dificuldades que estes terapeutas têm de enfrentar.

Para que os terapeutas sejam capazes de trabalhar desta forma, é necessário que passem por algum treino especializado, supervisão ou experiências específicas pessoais ou profissionais que os ajudem a desenvolver as competências necessárias e a ultrapassar possíveis obstáculos. Assim, pretende-se compreender o modo como os terapeutas iniciaram o trabalho imediato com os seus pacientes e qual o processo de aprendizagem por que passam, tanto profissional como pessoal, para se tornarem mais capazes, competentes e satisfeitos no que diz respeito à sua forma de trabalhar, incluindo quais os pontos positivos deste trabalho como quais as dificuldades que têm de ultrapassar, quando já estão efectivamente a praticar este tipo de terapia.

Para atingir estes objectivos, foi estudado um modelo em particular, o AEDP, que reúne determinadas características como partes integrantes do trabalho dos terapeutas que trabalham de forma mais imediata. Assim, este mostrou ser um modelo adequado a este estudo, de modo a poder ser feita uma generalização para outras formas semelhantes de trabalho psicoterapêutico a partir das suas características e dos seus terapeutas. Foram realizadas entrevistas a terapeutas experientes que trabalham segundo este modelo, no sentido de se chegar às conclusões desejadas através da utilização de um método de análise qualitativo.

1. Participantes e Procedimento

De forma a atingir os o objectivo proposto, foram realizadas seis entrevistas a terapeutas experientes que trabalham segundo o modelo AEDP com base num guião semi-estruturado previamente desenvolvido e elaborado por quatro investigadores de modo a orientar as entrevistas. De acordo com a revisão de literatura realizada, existem duas formas diferentes de abordar o desenvolvimento dos terapeutas, uma abordagem focada na experiência geral dos terapeutas do seu desenvolvimento até à data e outra mais focada na experiência actual de mudança e no desenvolvimento actualmente experienciado (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Neste estudo, procurou-se misturar estas duas abordagens no sentido de serem conseguidos uns resultados mais completos e conclusões mais ricas.

Os participantes no estudo são 6 terapeutas experientes, recrutados através de uma lista de e-mails e de e-mails pessoais. É uma amostra de conveniência com alguns elementos de amostra intencional, são terapeutas com experiência no modelo AEDP. São 2 participantes do sexo masculino e 4 do sexo feminino, sendo que 5 têm Doutoramento e 1 tem Mestrado. Nesta amostra, 5 trabalham em prática privada e 1 trabalho em contexto hospitalar com grupos.

Todos os participantes são psiquiatras ou psicólogos residentes nos Estados Unidos. Trabalham predominantemente dentro da perspectiva do modelo AEDP. Frequentaram um curso e tiveram treino especializado (30 horas de treino), com mais alguns componentes adicionais como *core training*, grupos de competências, etc.

O guião utilizado está dividido em sete questões principais que estão redigidas em inglês, uma vez que os entrevistadores e os entrevistados são de nacionalidades diferentes. Das setes questões apenas algumas vão ser alvo de análise. O guião original está apresentado em anexo (Anexo A). As questões principais que estão presentes no guião e cujas respostas vão ser analisadas estão descritas de seguida.

A primeira questão a ser explorada está relacionada com as motivações para trabalhar com experiências imediatas, procurando-se saber o que permitiu aos terapeutas que reparassem neste modo de trabalhar, mais próximo das experiências dos pacientes e pedindo aos terapeutas que especifiquem se houve alguns desafios que os moveram no sentido de tentar esta abordagem, mais emocionalmente envolvente, reveladora e íntima. A segunda questão procura saber como é trabalhar com sucesso em situações

particulares nas sessões, pedindo exemplos de momentos específicos que ilustrem esta nova postura como terapeuta e as novas formas de estar e trabalhar com os pacientes e, mais especificamente, pedindo aos terapeutas que falem sobre um cliente e o contexto das sessões, que expliquem como é trabalhar com experiências imediatas com esse cliente e os resultados e impactos observados. A terceira questão em análise pede para os terapeutas falarem sobre como é trabalhar com dificuldades em momentos específicos das sessões, ou seja, que desafios, conflitos ou bloqueios ocorreram enquanto aprendiam ou trabalhavam segundo esta forma de terapia, sugerindo que descrevam situações ou casos em que não se tenham sentido bem a trabalhar desta forma, que bloqueios já tiveram e como os explicam e como lidaram com estes desafios e o que aprenderam com todo este processo. Ainda dentro desta questão, é pedido que descrevam também situações ou casos em que não se tenham sentido bem a trabalhar desta forma mas que conseguiram ultrapassar essa questão, incluindo que recursos utilizaram e como explicam a sua presença, assim como lidaram com estes desafios e o que aprenderam com todo este processo. Por fim, é-lhes pedido que descrevam situações ou casos em que o trabalho com experiências imediatas não foi bem recebido pelo paciente e como lidaram com estes desafios e o que aprenderam com eles. A quarta questão prende-se com um pedido de uma reflexão sobre o treino e desenvolvimento dos terapeutas, procurando-se saber se existiram experiências específicas (relativas ao treino, à prática clínica ou à vida pessoal) que ajudaram no desenvolvimento desta forma de trabalhar, salientando o que foi mais útil nesta fase e o que foi menos útil, negativo ou desapontante. A quinta e última questão está relacionada com o processo de mudança nos terapeutas, pedindo-se que expliquem como foi experienciada a mudança no estilo de trabalhar, falando no que foi mais significativo, mais importante e mais apelativo na mudança para este modo de terapia.

As entrevistas foram realizadas através da Internet via Skype pelos investigadores que elaboraram o guião, tendo cada uma a duração aproximada de noventa minutos.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas por mim e pelos outros participantes no guião.

Os dados não são anónimos pois os entrevistadores sabiam com antecedência quem eram os terapeutas que iam entrevistar mas todos os dados recolhidos são confidenciais, pois apesar de as entrevistas serem transcritas todos os dados susceptíveis

de identificar os participantes foram transformados ou omitidos. Todos os dados recolhidos são utilizados para fins de investigação e foi entregue a cada participante um documento de consentimento informado (Anexo B).

Para analisar as entrevistas foi utilizada uma metodologia qualitativa que combina a Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) e o programa Nvivo 9, um programa para análise de dados qualitativos.

O objectivo principal da investigação qualitativa é compreender e representar as experiências e acções de pessoas à medida que estas as encontram, interagem com elas e as vivem. Assim, o investigador, neste âmbito, tenta desenvolver compreensões do fenómeno em estudo, baseado na perspectiva dos sujeitos que estão a ser estudados (Elliot, Fisher, & Rennie, 1999). A investigação qualitativa do processo terapêutico oferece, assim, uma potencialidade de contributos para a prática psicoterapêutica e constitui um modelo adequado para a construção de compreensões acerca de como a psicoterapia se processa (Sousa, 2006). O objectivo científico deste tipo de investigação está orientado para a compreensão e construção, não pretendendo encontrar teorias gerais mas sim compreender a experiência humana (Sousa, 2006).

Dentro das metodologias qualitativas, foi escolhida a Grounded Theory por ser a que mais se adequava aos dados recolhidos e aos recursos existentes. Este método é um processo indutivo e interpretativo que tem como objectivo analisar experiências subjectivas e, assim, gerar teorias. Este tipo de análise envolve a exploração e a compreensão do significado de um texto ou textos em particular, sendo que o que resulta dessa análise refere-se à percepção da pessoa ou pessoas que produziram esses textos (Pascual-Leone, Wolfe & O'Connor, 2012), ainda que neste estudo o objectivo era apenas o de edificar uma árvore de codificação com os primeiros 6 participantes de uma sequência de vários até se obter a dita saturação (normalmente 14 ou mais). Para iniciar a análise dos dados, as respostas gerais às entrevistas são divididas em unidades mais pequenas com significado. As unidades são comparadas entre si e as que são semelhantes segundo o seu significado formam uma categoria, que são nomeadas de modo a reflectirem e a descreverem as experiências dos participantes que estão representadas em cada uma. O passo seguinte é criar temas mais gerais a partir da comparação entre as categorias. São feitas notas para explicar as relações entre as categorias. As que têm poucas unidades com significado ou que estão isoladas são postas de parte ou, se possível, integradas noutras categorias. É criada uma hierarquia dos temas que pode ser usada para obter uma teoria descritiva do fenómeno. O processo

continua até já não serem encontradas mais categorias ou sub-categorias, chegando-se ao que se chama de saturação teórica (Pascual-Leone, Wolfe & O'Connor, 2012). Têm de existir pelo menos duas pessoas a analisar os dados para que os resultados adquiram a validade desejada.

2. Análise dos dados

Uma vez realizadas as entrevistas e posteriormente transcritas, estas foram inseridas no programa Nvivo 9.

A análise dos dados foi realizada por dois investigadores. Um deles, que fez a primeira análise, é um terapeuta integrado no desenvolvimento do guião utilizado nas entrevistas e é orientador da presente investigação. Tem experiência clínica e de investigação há cerca de dez anos, praticando actualmente estas duas vertentes. O outro investigador que participou em duas partes da análise dos dados é uma aluna do Mestrado Integrado em Psicologia, sendo a investigadora principal deste estudo.

Uma primeira análise dos dados foi realizada no programa Nvivo, tendo os dados ficado organizados por categorias e subcategorias. Após esta primeira análise, as categorias principais que emergiram foram *Preocupações actuais e futuras; Motivações; Processo de mudança dos terapeutas; Treino e desenvolvimento; Revelações inesperadas; Trabalho com sucesso; e Trabalho com dificuldades* (Árvore das categorias e subcategorias em anexo – Anexo C).

Uma segunda análise foi realizada no sentido de pegar nas categorias já existentes e nos respectivos excertos e conseguir resumir e organizar melhor os dados. Após esse objectivo ter sido atingido, as transcrições das entrevistas foram todas relidas e revistas para procurar possíveis excertos que faltassem e encaixa-los nas categorias e subcategorias correctas, de acordo com os passos necessários para a metodologia Grounded Theory, em que é necessário repetir este procedimento até que se chegue a uma saturação teórica, quando já não é possível inserir mais excertos ou criar mais categorias. Ao longo deste processo foram sendo criadas categorias, apagadas as que já não faziam sentido ou estavam a mais e foram combinados excertos e categorias que faziam mais sentido juntos. O modo mais detalhado de como foi produzida esta segunda análise encontra-se em anexo (Anexo D). Deste modo, emergiram as seguintes categorias principais: *Preocupações e desafios actuais; Motivações; Perspectivas para*

o futuro; Processo de mudança nos terapeutas; Treino e desenvolvimento; Revelações inesperadas; Trabalho com sucesso; e Trabalho com dificuldades (Árvore das categorias e subcategorias em anexo – Anexo E).

Mais tarde, uma terceira análise foi feita por mim em cima destas últimas categorias no sentido de tentar juntar mais categorias para resumir ainda mais a análise e ter a certeza que os dados existentes ficavam saturados. Desta última análise que emergiu foram escolhidas as categorias importantes de serem apresentadas neste projecto, uma vez que não faria sentido apresentar resultados de categorias que não fossem de encontro às questões centrais que se pretendem ver respondidas aqui. Os passos que foram realizados para se atingir estes últimos objectivos estão descritos em anexo (Anexo F). Assim, as categorias que emergiram ao fim destas três análises e cujos resultados vão ser apresentados na secção seguinte são: *Motivações; Treino e desenvolvimento; Trabalho com sucesso; e Trabalho com dificuldades* (Árvore das categorias e subcategorias em anexo – Anexo G).

IV. RESULTADOS

A análise dos resultados foi realizada através do programa Nvivo 9 e tendo como base os princípios da metodologia qualitativa Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). Foram realizadas 297 codificações nesta investigação. Dessa análise emergiram dois temas principais, em que cada um deles apresenta duas categorias principais, com as suas respectivas subcategorias. O primeiro tema relaciona-se com as motivações e com o treino dos terapeutas e dele surgiram as categorias *Motivações* e *Treino e Desenvolvimento*. O segundo tema geral prende-se com o trabalho efectivo dos terapeutas com experiências imediatas e tem como categorias *Trabalho com Sucesso* e *Trabalho com dificuldades*. As categorias principais e as suas subcategorias são apresentadas e explicadas a seguir.

Uma das categorias principais que emergiu da análise dos dados chama-se *Motivações* e contém excertos das 6 entrevistas, incluindo ao todo 57 referências dessas 6 entrevistas, o que corresponde a 19,2 % de codificações. Esta categoria refere-se às motivações que conduziram os terapeutas a iniciarem o treino e a prática terapêutica segundo uma forma de trabalhar mais imediata e mais próxima dos pacientes, sendo essas diferentes motivações que estão representadas nas suas 13 subcategorias, podendo ser visualizada a organização desta categoria no Quadro 1.

Quadro 1: Motivações para os terapeutas trabalharem com experiências imediatas

Motivações (6 – 57 - 19,2%)

- Ressonância do modelo no terapeuta (6 – 30 - 52,6%)
 - Experiência particular de treino (6 – 19 - 33,3%)
 - História, características e interesses pessoais (5 – 17 - 29,8%)
 - Ajudar melhor (5 – 9 - 15,8%)
 - Experimentar novos estilos (5 – 6 - 10%)
 - Experiência acumulada (4 – 8 - 14%)
 - Insatisfações (4 – 13 - 22,8%)
 - Aprender mais (3 – 8 - 14%)
 - Procura pelo que funciona melhor (3 – 6 - 10,5%)
 - Permissão para trabalhar a partir do *Self* (3 – 5 - 8,8%)
 - Proficiência no principal factor comum, a aliança (1 – 3 - 5,3%)
 - Sensação de pertença (1 – 2 - 3,5%)
 - Exposição ao modelo na faculdade (1 – 1 - 1,8%)
-

A segunda categoria a ser analisada neste estudo é o *treino e desenvolvimento* que inclui 74 referências de 6 entrevistas, o que corresponde a 24,9% de codificações. Esta categoria inclui excertos das entrevistas em que os terapeutas relataram a sua experiência de treino e desenvolvimento profissional e pessoal no âmbito de um trabalho mais imediato, neste caso mais especificamente no que diz respeito ao treino do modelo AEDP. As 19 subcategorias que emergiram dizem respeito ao que foi mais útil no treino e no desenvolvimento enquanto terapeutas mais experientes (o que corresponde a 71,6 % das codificações desta categoria) mas também situações que foram menos úteis ou mesmo desafortunadas (o que corresponde a 13,5% das codificações desta categoria) e podem ser observadas no Quadro

Quadro 2: Experiências específicas que ajudaram ou dificultaram o desenvolvimento desta forma de trabalhar

Treino e Desenvolvimento (6 – 74 - 24,9%)

- O mais útil (6 – 53 - 71,6%)
 - Treino e supervisão (6 – 18 - 24,3%)
 - Trabalhar através da própria experiência (5 – 15 - 20,3%)
 - Exposição experiencial repetitiva (5 – 12 - 16,2%)
 - Dinâmicas de grupo (4 – 14 - 18,9%)
 - Partilha de vulnerabilidades (4 – 8 - 10,8%)
 - Ressonância do modelo no terapeuta (3 – 8 - 10,8%)
 - Fazer tentativas e permitir erros (3 – 5 - 6,8%)
 - Reconhecer a dificuldade do processo de aprendizagem (3 – 4 - 5,4%)
 - Figura de vinculação profissional e modelo de mestria (2 – 13 - 17,6%)
 - Possibilidade de integrar técnica com estilo pessoal (2 – 5 - 6,8%)
 - Reconhecer e cuidar das feridas do passado (2 – 4 - 5,4%)
 - Reconhecer e cuidar da auto-crítica no processo de aprendizagem (2 – 3 - 4%)
 - Terapia pessoal dentro do modelo (2 – 3 - 4%)
 - Tomar consciência de vários modelos teóricos (2 – 3 - 4%)
 - Experimentar intervenções novas (1 – 1 - 1,4%)
 - Menos útil (5 – 10 - 13,5%)
 - Aspectos específicos durante o treino (3 – 6 - 8,2%)
 - Crítica ou vergonha (3 – 3 - 4%)
 - Divergência entre o que se fala e o que se mostra (1 – 5 - 6,8%)
 - Rigidez no local de trabalho rígido (1 – 4 - 5,4%)
-

A terceira categoria principal que emergiu da análise das entrevistas é o *trabalho com dificuldades* e refere-se às dificuldades, desafios e problemas que os terapeutas enfrentam ao trabalharem com experiências imediatas, incluindo a forma como lidam com essas situações mais negativas. Esta categoria contém 85 referências de 6 entrevistas, o que corresponde a 28,6% de codificações. É apresentada, juntamente com as suas 19 subcategorias, no Quadro 3.

Quadro 3: Dificuldades no trabalho com experiências imediatas

Trabalhar com Dificuldades (6 – 85 - 18,6%)
• Bloqueios ao trabalho experiencial (6 – 12 - 14,1%)
• Persistir sem desistir (5 – 10 - 11,8%)
• Mudar para outro tipo de trabalho terapêutico (4 – 15 - 17,6%)
• Ganhar razão e estar certo mais do que estar próximo (4 – 7 - 8,2)
• Abrir espaço para descobrir mais (4 – 6 - 7,1%)
• Reconhecer a própria responsabilidade e limitações (5 – 23 - 27%)
• Permitir-se não saber (3 – 8 - 9,4%)
• Pedir ajuda ao paciente (3 – 6 - 7,1%)
• Reparar rupturas na aliança (3 – 5 - 5,9%)
• Balancear as intervenções (3 – 4 - 4,7%)
• Reconhecer a necessidade de regular o <i>Self</i> (2 – 6 - 7,1%)
• Ajudar os pacientes a manterem-se no momento (2 – 6 - 7,1%)
• Negociar teoria da adaptação (2 – 5 - 5,9%)
• Usar a contra-transferência (2 – 4 - 4,7%)
• Vontade de continuar a ajudar (2 – 3 - 3,5%)
• Meta-comunicar (2 – 3 - 3,5%)
• Negociar (2 – 2 - 2,4%)
• Incitar à vontade e participação do paciente (1 – 3 - 3,5%)
• Juntar-se ao paciente onde ele está (1 – 2 - 2,4%)

A quarta e última questão do guião referia-se ao trabalho positivo com experiências imediatas, pelo que emergiu das entrevistas uma categoria chamada *trabalho com experiências imediatas com sucesso*. Esta categoria contém 81 referências das 6 entrevistas, correspondendo a 27,3% de codificações, e mostra como é para os terapeutas trabalharem de forma mais imediata, quais foram os processos de mudança por que passaram para conseguirem praticar este tipo de trabalho e que intervenções características deste tipo de modelos mais utilizam com sucesso. As 28 subcategorias incluídas nesta categoria principal podem ser visualizadas no Quadro 4.

Quadro 4: Trabalho com experiências imediatas com sucesso**Trabalhar com Sucesso (6 – 81 - 27,3%)**

-
- Impacto positivo nos pacientes e nos terapeutas (6 – 24 - 29,6%)
 - Focar no experiencial (6 – 22 - 27,2%)
 - Atitude de estar com o paciente (6 – 20 - 24,7%)
 - Ficar no momento (6 – 19 - 23,5%)
 - Focar no momento presente (6 – 15 - 18,5%)
 - Meta-comunicar (6 – 11 - 13,6%)
 - Sentir-se sensibilizado ou emocionado (5 – 16 - 19,8%)
 - Cuidar de si próprio (5-12 - 14,8%)
 - Focar no corpo (4 – 21 - 25,9%)
 - Abrir-se a mudar como pessoa (4 – 15 - 18,5%)
 - Trabalho que dá prazer (4 – 14 - 17,3%)
 - Lidar com a intimidade (4 – 11 - 13,6%)
 - Meta-processar (4 – 8 - 9,9%)
 - O iniciar das sessões (4 – 7 - 8,6%)
 - Trabalho energético e vitalizante (3 – 13 - 16%)
 - Abrandar o ritmo do paciente (3 – 9 - 11,1%)
 - Curiosidade (3 – 8 - 9,9%)
 - Lugar da teoria (3 – 8 - 9,9%)
 - Permitir e partilhar afectos e preocupação (3 – 8 - 9,9%)
 - Auto-revelações (3 – 6 - 7,4%)
 - Chamar a atenção do paciente (3 – 6 - 7,4%)
 - Mais autêntico e livre (3 – 5 - 6,2%)
 - Convergência dos *Selfs* pessoal e profissional (3 – 5 - 6,2%)
 - Recorrer à supervisão e gravação da sessão (3 – 5 - 6,2%)
 - Apreciar a teoria ou abordagem do paciente (3 – 4 - 4,9%)
 - Não parar de crescer/aprender (3 – 3 - 3,7%)
 - Criar espaço para o paciente colapsar (2 – 5 - 6,2%)
 - Focar no positivo (1 – 3 - 3,7%)
-

Na secção seguinte irão ser analisadas e explicadas as subcategorias mais significativas de cada uma das 4 categorias principais, com apresentação de alguns excertos representativos retirados das transcrições das entrevistas originais.

V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Motivações

Na categoria *motivações*, a subcategoria *ressonância do modelo no terapeuta* é a mais significativa, representando 52,6% das codificações nesta categoria. A *ressonância do modelo no terapeuta* mostra que os terapeutas consideram que uma das maiores motivações que sentiram para trabalhar de forma mais imediata com os pacientes foi o facto de o modelo AEDP lhes parecer apropriado, ilustrando exactamente o que gostavam de fazer ou mesmo o que já faziam antes, provocando-lhes uma certa ressonância assim que começaram a trabalhar dessa forma ou que passaram a ter um modelo a legitimar aquilo que já faziam em parte. O excerto seguinte exemplifica esta motivação que foi geral a todos os terapeutas entrevistados.

“And when I read that book it really described. It put into words the experience and philosophy that I already had. (...) Hum... and it spoke about emotions in a way that I already thought about then. And it was so liberating for me to hear that philosophy of work. That so beautifully put into words the way I am thinking. And... hum... So that was an amazing experience for me.”

Outra subcategoria bastante significativa, que representa 33,3% das codificações desta categoria, é a *experiência particular de treino*, que se refere a experiências de treino no âmbito deste modelo que os terapeutas tiveram e que os motivaram a continuar e a trabalhar nele. Também a *história, características e interesses pessoais*, com 29, 8%, mostrou ser bastante relevante como agente motivador, no sentido que mostra que existem características particulares dos terapeutas que fazem com que estes se identifiquem com esta forma de trabalhar.

As *insatisfações* com modelos, orientações e modos de trabalhar anteriores, representando 22,8% das codificações, também surgem como sendo motivadores para os terapeutas, no sentido de os incitar a tentar outros modos de praticar psicoterapia, uma vez que anteriormente não se sentiam suficientemente realizados, como mostra o excerto seguinte.

“Yes, well, I think I have always searched for what is the best way and where I started was... you know they thought the psychoanalytic was the best and training that and learning it I always thought I was breaking the rules by being more human or... hum... actually educating patients to what I thought they needed to know...”

Treino e Desenvolvimento

A categoria *treino e desenvolvimento* inclui subcategorias que ilustram o que foi mais útil e menos útil durante o treino para um estilo de terapia mais experiencial e imediata e durante o posterior desenvolvimento enquanto profissionais. De modo geral, é possível concluir que durante o treino existiram mais aspectos úteis, do que aspectos menos úteis ou desapontantes.

No que diz respeito ao que foi mais útil, a subcategoria mais significativa foi a do *treino e supervisão*, correspondendo a 24,3%. Esta categoria mostra que o treino e a supervisão durante o treino e o desenvolvimento profissional são de grande importância para os terapeutas que aprendem nesta área, como pode ser lido no excerto apresentado a seguir.

“I was in core training for four years ago. (...) And so I learned so much, so much. Hum... my goodness, I learned so much. And... I am... I'm so much better therapist now.”

As subcategorias *trabalhar através de experiências próprias* e *exposição experiencial repetitiva* também emergiram como sendo bastante significativas, correspondendo a 20,3% e 16,2% respectivamente. A primeira refere-se ao facto de os terapeutas terem tentado trabalhar a partir da sua própria experiência a partir do que sentem como terapeutas, e como pessoas, o que os ajudou a melhorarem profissionalmente, como no seguinte excerto.

“It's about having a chance to be in the phenomenology and meta-process it as well as experience it. That's what's taught me the most.”

A segunda está relacionada com exposição a diferentes tipos de trabalho experiencial repetido várias, pois deste modo, parece que o treino torna-se mais significativo e contribui de melhor forma para a aprendizagem dos terapeutas. Relativamente ao desenvolvimento em termos pessoais dos terapeutas, as subcategorias que se destacaram foram a *dinâmica de grupo*, com 18,9% de codificações e a *partilha de vulnerabilidades*, com 10,8% de codificações. A *dinâmica de grupo* refere-se às dinâmicas entre os grupos de treino que contribuíram para a aprendizagem e crescimento dos terapeutas e a *partilha de vulnerabilidades* mostra a importância da partilha de dificuldades, dúvidas e medos entre os terapeutas durante a fase de treino e desenvolvimento. Esta última vem ilustrada no excerto a seguir.

“I think that there were moments of that that were excruciating, as any kind of transformation can be—just that level of vulnerability and the level of exposure. Taking those kinds of risks-- coming out from a sheltered, comfortable, drawn place and feeling that I wanted to be out there and connected to people in new ways.”

Relativamente ao que é menos útil no treino e desenvolvimento, a subcategoria com resultados que mais se salientam é a *aspectos específicos durante o treino*, com 8,2% de codificações, o que mostra que embora o treino tenha implicações fundamentais no desenvolvimento dos terapeutas, também pode causar danos na sua confiança ou tornar-se desapontante, não deixando de contribuir para o crescimento dos terapeutas enquanto pessoas e profissionais. O excerto seguinte ilustra esta subcategoria.

“...here were too many people in the room, it was too crowded, it was not comfortable and every time someone moved on, they would be replaced by someone else. Despite that we all said it's too many people, was not comfortable, we're pressured and... and also so the changing group, we didn't have just one group, we got used to certain people and actually the more advanced people moved on to also become leaders but new people came in and they didn't know what we know, they hadn't been in a group experience.”

\A partir dos resultados destas duas categorias, é possível traçar algumas conclusões relativamente ao que diz respeito ao primeiro objectivo deste estudo, compreender quais são as motivações e mudanças inerentes ao treino de terapeutas que

estão a aprender a trabalhar com experiências imediatas.

Relativamente às motivações para trabalhar desta forma, parece que os interesses pessoais e a ressonância que o trabalho com experiências imediatas tem nos terapeutas são os factores mais decisivos, salientando-se aqui como sendo os principais motivadores dos terapeutas, mas que não foram encontradas na revisão de literatura realizada. Estes resultados obtidos mostram que o interesse dos terapeutas por este tipo de trabalho é um agente motivacional, assim como o facto de considerarem que é uma forma de trabalhar que é apropriada para eles próprios e para a sua forma de encarar a psicoterapia.

No que diz respeito ao treino e desenvolvimento, segundo Orlinsky e Ronnestad (2005), o factor mais influente no desenvolvimento dos terapeutas é a experiência de trabalhar com os pacientes. As experiências iniciais com pacientes têm o potencial de aumentar a competência profissional e a confiança mas, ao mesmo tempo, podem danificar a confiança e identidade emergentes no terapeuta. Isto pode ser corroborado pelo facto de ter emergido a subcategoria *exposição experiencial repetitiva* que mostra que é no trabalho efectivamente feito com colegas de treino, com pacientes ou com videos que os terapeutas crescem bastante a nível profissional quando estão a aprender a trabalhar desta forma. No entanto, tal como afirmaram os mesmos autores e como pode ser apoiado com a subcategoria *aspectos específicos durante o treino*, que foi apontada como sendo a subcategoria menos útil no treino e desenvolvimento, é também no contacto com pacientes e com aspectos específicos com alguns pacientes que podem surgir desilusões, especialmente quando os terapeutas se encontram em fase de aprendizagem.

Outra questão fundamental para os terapeutas em qualquer altura da sua carreira, mas que tem especial importância durante o treino no início da prática profissional, é que tenha supervisão de modo a monitorizarem o seu desenvolvimento (Folkes-Skinner et. al., 2010), o que é apoiado também neste estudo pelo facto de a subcategoria mais significativa no que diz respeito ao que foi mais útil para o desenvolvimento ter sido o *treino e supervisão*.

Assim, de acordo com os resultados emergentes da análise realizada e com as afirmações dos autores Skovolt e Ronnestad (1992), as experiências interpessoais, como os pacientes, terapeutas pessoais, supervisores, profissionais mais experientes, e a sua própria vida pessoal tendem a ser importantes. Os resultados emergentes da análise realizada desafiam contudo a posição destes autores quando afirmam que estas

experiências interpessoais são mais importantes do que fontes de dados mais impessoais como seminários, cursos e teorias no que diz respeito ao contributo para o desenvolvimento dos terapeutas. Isto porque na mesma categoria *Treino e Supervisão* se encontram vários exemplares de descrições muito convincentes em como os treinos no modelo AEDP, que inclui seminários, cursos intensivos de imersão, e workshops tendem a deixar um impacto muito marcante e transformador nos terapeutas, provavelmente porque são muito frequentemente convidados a trabalhar em contextos de grupo com a sua própria experiência e a partilhar aspectos pessoais, incluindo vulnerabilidades. Estas partilhas ao encontrar um contexto de aceitação e ao tocarem a experiência de transformação veiculada na teoria por meio de exercícios específicos e pela envolvimento criada, acabam por ter muito a ensinar.

Rønnestad & Skovolt, (2003) salientaram a importância do estudo do desenvolvimento contínuo dos terapeutas, estabelecendo seis fases de desenvolvimento dos terapeutas. Os terapeutas entrevistados, tendo alguns muita experiência em psicoterapia e outros menos, referem-se na entrevista à fase em que estavam em treino e desenvolvimento nesta nova área, que era diferente da sua área de formação inicial. Poderia até ser possível situa-los na fase três, que se caracteriza por ser uma fase de grande desejo de aprender e de ser cada vez melhor, mas que acarreta algumas dificuldades como desilusões e auto-avaliações negativas, geralmente provenientes do treino como indicam os resultados obtidos nos aspectos negativos do treino e desenvolvimento. Contudo ter terapeutas com 40 anos de experiência e com 10 anos de experiência, como existem nesta pequena amostra, foi suficiente para elucidar a importância de, para além de se estudar modelos de desenvolvimento de carreira, generalistas, é muito importante estudar os processos de mudança dos próprios terapeutas nesse desenvolvimento. Assim assegura-se que se estudam efectivamente variáveis de carácter essencialmente psicológicas, que nalguns casos são muito mais informativas do que as temporais, por idade ou anos de experiência. Pode ser possível com menos anos de experiência, mas com uma determinada formação que promova aspectos específicos a pessoa do terapeuta encontrar-se um estágio mais avançado do modelo de Rønnestad & Skovolt (2003). Da mesma forma que muitos anos de experiência também não garantem a progressão para níveis avançados.

Trabalho com dificuldades

A categoria trabalho com dificuldades mostra que a questão que mais causa dificuldades aos terapeutas está relacionada com *os bloqueios ao trabalho experiencial*, uma vez que essa subcategoria corresponde a 14,1% desta categoria. O excerto seguinte pretende exemplificar uma dificuldade sentida ao realizar trabalho experiencial.

“I think that I most struggle with difficulty when someone won't let me in. So when someone resists a connection or an intimacy and I know that they're suffering but they won't let me get to them. So despite my best efforts to get into something experiential or to create a connection where we can take it on together, there is just so much fear or blockading or resistance or re-enactment that I somehow still feel shut out: those are the difficult moments for me. And I think especially when that takes the form of someone whose defenses take the form of being argumentative and kind of pushing away. I definitely have a part of me that if I can't get past that quickly, can get drawn into that and fight back. That's not very helpful. “

11,8% das codificações desta categoria dizem respeito à subcategoria *persistir sem desistir* que se refere ao facto de os terapeutas terem de insistir com determinados pacientes e repetir as diversas intervenções até começarem a ver melhorias e alcançar sucesso. E por vezes a ausência de resultados ou de determinadas conquistas relacionais e experienciais pode torna-se desgastante e desapontante, sendo importante que não se desista e se continue a insistir e a procurar o melhor para o paciente com o objectivo de conseguir atingir os objectivos pretendidos. O excerto apresentado ilustra o conteúdo desta subcategoria.

“Yeah! I have a great deal of perseverance. It's hard to get me out of their way... (E: laughs, lucky them...) But I... I certainly... and yes, there is at least one other patient. I just realized that they're not gonna be there. It's gonna take a long time, it'll be like taking a foster child. You wouldn't expect that you give them a hug and like their whole background would vanish and they think it's fine and now I'm in this loving household. It's gonna take a long time with people who put up these walls or learn something very different.”

Outra subcategoria que igualmente se destaca no que diz respeito às dificuldades dos terapeutas foi o *mudar para outro tipo de trabalho terapêutico*, que corresponde a 17, 6% de codificações e refere-se a situações em que os terapeutas sentem que o trabalho experiencial não está a resultar e precisam de introduzir outras abordagens que reflecte uma abertura à integração em psicoterapia, integrando aspectos interventivos de outras orientações ou modelos ou simplesmente de outras formas de trabalhar, sem insistir no aspecto experiencial ou na imediaticidade. O excerto seguinte ilustra esta subcategoria.

“So there is some awkward moments. Hum... Because it became kind of obvious the thing to the patient that I have no idea what I'm doing. Hum... And it felt, you know, silly because I really have no idea what I'm doing at those times. So I would become more directive.”

Por fim, outra subcategoria que se salienta é a *reconhecer a própria responsabilidade e limitações*, representando 27% de codificações, que apesar de ter referências de apenas três entrevistas, foi referida 16 vezes, sendo que uma dessas referências se encontra apresentada a seguir. Esta subcategoria representa o facto de os terapeutas terem a necessidade de conseguir reconhecer e trabalhar os seus próprios problemas, no sentido de melhorarem como terapeutas e como pessoas. É importante também que estes reconheçam a sua responsabilidade quando a têm, evitando repetir os mesmos erros. Assim, esta subcategoria ilustra as dificuldades que os terapeutas têm de ultrapassar quando cometem erros ou quando deixam os seus problemas serem superiores, como se pode deduzir a partir dos excertos apresentados de seguida.

“I think it's easier as a concept but to knowing you're wrong... takes time sometimes if you're really activated.”

“I think the problem is I don't look inside enough at those times. But my guess is some version of anxiety. Or a sense... it's a sense of responsibility for the other. And wanting to make sure it goes as well as it can. Or believing that I have some little (), little gift. I'm gonna gift to them. Yeah it's a dilemma. It has experience and discovery is great. But sometimes experience and discovery isn't enough. Sometimes people need a little bit of new perspective too.”

Esta última subcategoria apresentada apoia alguns princípios da meta-comunicação desenvolvidos por Safran e Muran (2000). Dentro do âmbito dos princípios gerais, no que diz respeito à participação e orientação da meta-comunicação, estes autores referem que é necessário existir sempre a consciência dos próprios sentimentos por parte do terapeuta ao comunicar com o seu paciente e que o terapeuta deve aceitar a responsabilidade das suas próprias intervenções e interações, tendo por isso sempre muita atenção a elas. Ainda no que diz respeito à meta-comunicação, esta pode também ser utilizada no sentido de resolver ou esclarecer com o paciente possíveis questões ou mal-entendidos relativas a este tema.

Trabalhar com sucesso

No que diz respeito ao trabalhar com sucesso, a subcategoria que mostrou ter mais significado é o *impacto positivo nos pacientes e nos terapeutas*, correspondendo a 29,6% de codificações. Esta subcategoria permite perceber que uma das questões que mais conta para se trabalhar desta forma com sucesso é ter consciência do impacto que este trabalho tem nos terapeutas e nos pacientes tanto a nível do impacto nos próprios pacientes que se sentem satisfeitos e realizados após a terapia, como o impacto sentido pelos próprios terapeutas ao aperceberem-se de como estão a conseguir ajudar os seus pacientes. No excerto seguinte está exemplificado um dos conteúdos desta subcategoria.

“This guy also came back and started using language that’s the part of the AEDP vocabulary for the phenomenology of state transformations. He described himself as transformed because of our work. So to me, this was powerful. This I call like “process validity”. There is a validation of the model in the process.”

Ainda no âmbito do trabalho com sucesso, as subcategorias *focar no experiencial*, *atitude do terapeuta de estar com o paciente* e *ficar no momento* também mostraram ter resultados bastante significativos, tendo 27,2%, 24,7% e 23,5% respectivamente de codificações nesta categoria. A subcategoria *foco no experiencial* permite compreender a importância de intervenções mais experienciais com os pacientes neste tipo de terapia pois parece contribuir para o sucesso da mesma. A

atitude do terapeuta estar com o paciente em sessão refere-se à capacidade dos terapeutas de conseguirem estar presentes com e para o paciente e o *focar no momento* mostra a capacidade do terapeuta conseguir estar com o paciente no momento presente, estando apenas ali com ele nesse mesmo momento.

Uma grande parte dos constructos revistos na literatura e que se relacionam com a experiência imediata com os pacientes têm como característica principal o focar no momento. Por exemplo, na presença, espera-se que o *Self* do terapeuta esteja completamente presente no momento a múltiplos níveis: físico, emocional, cognitivo e espiritual (Gellar & Greenberg, 2002). A presença envolve estar totalmente em contacto com o outro no momento, com uma atitude de abertura e receptividade para tudo o que surgir no momento. O *mindfulness* também é um constructo que integra o foco no momento, uma vez que este pode ser considerado como sendo um processo onde existe atenção e percepção mais profundas da experiência actual e da realidade presente (Brown & Ryan, 2003).

O excerto apresentado de seguida mostra de forma mais clara esta subcategoria.

“So was really slowing things down. Saying less. So creating the space for the here and now experience. Inviting him to be attentive and curious about his experience of the present moment in relationship.”

Uma subcategoria que também mostrou ser bastante forte por ter muitas referências (24), o que corresponde a 25,9% de codificações, apesar de só ter sido referido por 4 entrevistas foi o *foco no corpo*. Deste modo pode-se concluir que a existência de um foco no corpo tanto do paciente como do terapeuta e nas respostas que o corpo de ambos transmite é muito importante para o sucesso da terapia neste âmbito pois permite um melhor reconhecimento de sinais do que se está a passar e contribui para uma maior aproximação entre terapeuta e paciente. Em seguida estão uns excertos exemplificativos.

“Most of the people that, when I ask them to experience and, you know, go inside and see if they feel anything.... hum... they... they often find things inside their chest, their stomach or they're very... hum... they do.”

“The body tells the story and you can't, you can't side that and do anything else and the body doesn't lie!”

Era também objectivo desta dissertação compreender o que está presente nos exemplos de sucesso dos terapeutas ao trabalharem com experiências imediatas e de uma forma mais próxima dos pacientes, assim como quais as dificuldades que surgem aos terapeutas quando tentam trabalhar desta forma. Conseguiu-se encontrar algumas respostas interessantes nas categorias *trabalho com dificuldades* e *trabalho com sucesso*.

As dificuldades com que se deparam mais estes terapeutas parecem ser bloqueios sentidos com o trabalho experiencial, principalmente quando surgem dificuldades com os pacientes que obrigam os terapeutas a encontrar intervenções mais eficazes em determinada situação e tentarem sempre mais uma vez, sem desistir. Também se revelou importante o facto de os terapeutas conseguirem reconhecer quais as suas vulnerabilidades e limitações, para assim conseguirem ultrapassá-las e serem melhores terapeutas.

A imediaticidade, como sendo uma intervenção central no trabalho experiencial, pode também causar algumas dificuldades no sentido em que os pacientes podem não conseguir expressar certo tipo de sentimentos ou mostrarem-se desconfortáveis ao receberem determinadas reacções do terapeuta, levando a que o terapeuta procure outra abordagem ou que os familiarize primeiro com a imediaticidade, educando-os para esta intervenção (Kasper, 2005).

O reconhecimento das suas dificuldades e limitações, embora não tenha sido encontrado na literatura revista, emergiu como tendo uma grande importância neste tipo de trabalho. Assim, conclui-se que o reconhecimento do que se encontra mal na terapia ou mesmo com o próprio terapeuta pode ser um primeiro passo para resolver esses mesmos problemas ou para encontrar uma forma de lidar com estes, com o objectivo de obter melhorias na terapia e de proteger os interesses e necessidades dos pacientes.

Nos momentos bem sucedidos da terapia com experiências imediatas, revelou-se importante o impacto positivo que as sessões têm tanto nos terapeutas como nos pacientes, quando se sentem ambos satisfeitos com a terapia e revelam os seus sentimentos. Conseguir fazer um bom trabalho experiencial, estando com o paciente momento-a-momento também mostrou estar marcadamente presente nos momentos bem sucedidos a trabalhar com experiências imediatas.

A partir dos resultados encontrados é possível perceber também a importância da imediaticidade enquanto trabalho experiencial que contribui para o sucesso da terapia

como alguns autores encontrados na literatura já tinham delineado (Hill, 2008; Hill, et al., 2008; Kasper, 2005; Mayotte-Blum, Slavin-Mulford, Lehmann, Pesale, Becker-Matero, & Hilsenroth, 2012). Tendo em conta também os resultados que surgiram relativamente à atitude de estar com e para o paciente em sessão e o estar com ele momento-a-momento, é possível concluir a importância destes aspectos para o sucesso terapêutico nesta área. Deste modo, destaca-se a importância da presença terapêutica que, segundo a revisão da literatura efectuada, enfatiza as vantagens de o terapeuta poder estar completamente presente no momento a múltiplos níveis: físico, emocional, cognitivo e espiritual (Gellar & Greenberg, 2002).

Por fim, o foco no corpo está presente nos exemplos bem sucedidos a trabalhar com experiências imediatas. Alguns conceitos revistos na revisão da literatura e que são inerentes ao trabalho experiencial mostram a importância do corpo na terapia, como por exemplo a focagem e o *mindfulness*. No *mindfulness*, existe a premissa de que é necessário iniciar a sua prática com o foco na respiração (Bishop et. al., 2004). Estes mesmo autores, referem, também no sentido do foco no corpo, que a prática do *mindfulness* resulta numa maior capacidade de distinguir sentimentos das sensações corporais e na compreensão da natureza complexa dos estados emocionais. Relativamente à focagem, esta tem uma forte ligação com o focar e sentir o corpo, sendo considerada uma forma de manter a atenção corporal interna (Gendlin, 1996). A focagem ajuda a manter a atenção em sentimentos físicos, que se sentem no corpo e que geralmente ocorrem na zona entre a garganta e o abdómen (Madison, 2007). É um modo de focar a atenção no corpo a partir de dentro, compreendendo o que se sente em cada parte do corpo sem lhe tocarmos (Gendlin, 1996).

Conclusões

Nesta fase final do trabalho é importante discutir quais as conclusões e implicações delineadas a partir dos resultados que surgiram e que foram apresentados, assim como possíveis limitações do estudo e implicações para investigações futuras.

O presente estudo permitiu alargar os horizontes no que diz respeito a um tipo de trabalho terapêutico com características muito próprias e que não é, de todo, um modo de trabalhar comum entre todos os terapeutas, dando a conhecer alguns resultados que vão de encontro à literatura revista e outros que mostram ser novos e interessantes.

Procurou-se, primeiro, compreender o que envolve o treino e o desenvolvimento dos terapeutas que trabalham com experiências imediatas, passando pelas motivações iniciais que contribuíram para o seu interesse e envolvimento nesta área.

O que mais motiva os terapeutas a trabalharem com experiências imediatas é o facto de terem encontrado um modelo de terapia apropriado ao que gostam e querem fazer, o que demonstra que é normal que haja terapeutas que sintam que este é um modelo adequado. Juntamente com o facto de outra forte motivação ser os seus próprios interesses e características, é possível compreender que há terapeutas cujas características os levam a identificarem-se com este tipo de trabalho ou modelo, talvez mais que outros terapeutas que não tenham essas preferências.

Parece haver mais aspectos úteis no que diz respeito ao treino terapêutico do que aspectos menos úteis ou negativos, não deixando estes últimos de existir, e desempenhando também um papel no crescimento pessoal e profissional dos terapeutas. Todo o treino terapêutico e a supervisão são essenciais para os terapeutas, especialmente no momento em que estão a aprender uma forma nova de trabalhar e um modelo diferente daquele que aprenderam inicialmente. Também em termos pessoais parece existir uma evolução e crescimento durante a fase de treino e mudança para um novo modo de trabalhar, onde estão incluídas as relações entre as pessoas nos grupos de treino e a partilha de vulnerabilidades entre estes ou com o supervisor.

Os aspectos relacionados com os bloqueios ao trabalho experiencial são uma das fontes de dificuldades para estes terapeutas, o que mostra que é uma área que precisa de treino especializado e com maior frequência, de modo a ajudar estes terapeutas a sentirem-se mais seguros nestas intervenções. Isto porque o facto de os terapeutas terem de mudar para outra intervenção por não saberem o que fazer no momento também é uma dificuldade apontada por estes durante o seu trabalho. A vulnerabilidade do terapeuta também pode ser uma dificuldade numa grande maioria de casos, pelo que além do treino técnico também parece ser necessário mais treino no âmbito pessoal e interno dos terapeutas, uma vez que estes podem nem sempre lidar bem com algumas questões que surgem com os pacientes ou terem dificuldades em lidar com as suas próprias dificuldades e vulnerabilidades pessoais.

Os terapeutas mostraram também que o facto de terem um feedback positivo nos seus pacientes e de isso os fazer, conseqüentemente, sentir-se bem consigo próprios profissional e pessoalmente contribui para o seu sucesso enquanto terapeutas que trabalham com experiências imediatas.

Os terapeutas entrevistados estão vinculados a um modelo específico, o modelo AEDP, e por isso as respostas obtidas e analisadas referem-se ao trabalho segundo este modelo em particular. No entanto, este modelo defende uma relação terapêutica próxima que procura potenciar o poder transformador das emoções, através da formação de uma relação de vinculação reguladora dos afectos entre paciente e terapeuta (Fosha & Yeung, 2006), reunindo assim as principais características de um trabalho com experiências imediatas e podendo-se, por isso, deduzir que os resultados obtidos são semelhantes aos que se poderiam obter com terapeutas que trabalhassem sem uma base deste modelo em específico mas que também praticassem uma terapia experiencial e relacionalmente próxima dos pacientes.

A presente investigação apresenta também algumas limitações, principalmente a nível metodológico. Nesse sentido, relativamente à metodologia, existem alguns aspectos a apontar. O facto de a amostra para o estudo ser reduzida pode ter influenciado os resultados e não ter existido uma saturação teórica forte como será exigido pelo método qualitativo utilizado. No entanto o objectivo deste trabalho era contribuir para edificar uma árvore de categorias plausível e coerente para permitir a categorização de futuras entrevistas. A literatura refere que com 14 entrevistas é provável que surja a dita saturação. Também a questão de todos os terapeutas utilizados estarem ligados especificamente ao modelo AEDP pode ter tornado menos válidas possíveis generalizações para outros modelos que trabalhem com experiências imediatas, algo que só pode ser verificado com estudos com outros terapeutas de outros modelos ou influências

Perante estas limitações encontradas, sugere-se que na continuação deste estudo se aumente a amostra de modo a se ter a certeza que é atingida uma saturação teórica nas categorias encontradas. Ainda neste sentido pode ser importante a contribuição de mais do que dois investigadores na análise dos dados. Realizar entrevistas a terapeutas de outros modelos ou orientações mas que estejam ligados a um trabalho com experiências imediatas também pode ajudar a enriquecer os resultados obtidos e a fazer generalizações.

Com o presente trabalho procurou-se contribuir de alguma forma para a investigação em psicoterapia, com especial ênfase no trabalho com experiências imediatas. Desta forma, pretendeu-se acrescentar um pouco mais de conhecimento nesta área no que diz respeito aos terapeutas que trabalham desta forma, pois a revisão da literatura mostrou existir uma lacuna na investigação referente ao desenvolvimento dos

próprios terapeutas que trabalham com a imediaticidade.

Hill, Sullivan e Knox (2007) também contribuíram para a investigação sobre o desenvolvimento de terapeutas, embora sem se focarem nas experiências imediatas. A investigação que realizaram acerca do treino e desenvolvimento de terapeutas em início de carreira ajudou a concluir que os maiores desafios que os terapeutas enfrentam são a auto-crítica, as reacções aos clientes, a utilização das competências aprendidas e a gestão das sessões, o que é apoiado em parte pelos resultados do presente estudo no sentido em que as subcategorias relativas aos aspectos do treino e à auto-crítica emergiram como sendo uma parte negativa do desenvolvimento. Por outro lado, em Hill, Sullivan e Knox (2007), os aspectos positivos do treino mostraram ser, essencialmente, a aprendizagem de competências, uma maior auto-aceitação e a capacidade de estabelecerem uma relação com os pacientes, ganhos esses que ocorreram no espaço de um semestre. Estes resultados também estão de acordo com o que surgiu no decorrer deste estudo.

É de salientar que habitualmente, é considerado que o mais importante no treino de novos terapeutas é a aprendizagem de técnicas, de competências e de diferentes abordagens teóricas, ficando esquecido, muitas vezes, a parte que diz respeito a ajudar os estudantes a gerirem as suas reacções internas à aprendizagem da psicoterapia (Hill, Sullivan e Knox, 2007) mas, segundo os resultados apresentados por estes autores e os que foram concluídos através deste estudo, é nesta área onde ocorre um crescimento mais significativo. Desta forma, estes podem ser resultados essenciais para a prática clínica em psicoterapia no âmbito das experiências imediatas pois mostra, mais uma vez, a importância das questões mais pessoais e internas dos terapeutas durante o treino e a aprendizagem.

A análise realizada mostra claramente que a imediaticidade pode ser um constructo com um grande poder no que diz respeito ao trabalho com experiências imediatas. Wiggins, Elliot & Cooper (2012) realizaram um estudo sobre a profundidade relacional da relação terapêutica e concluíram que constructos como a intimidade, a mutualidade e os sentimentos contribuem, entre outros, para o conceito de profundidade relacional e para a mudança dos pacientes em terapia. Uma vez que estes constructos também são inerentes à imediaticidade, no sentido em que esta última pode ser definida como sendo um modo de estar dentro das sessões terapêuticas que inclui revelações e explorações sobre como o terapeuta se sente sobre o paciente, sobre si próprio em relação ao paciente ou sobre a própria relação. Estes autores apontam também para o

facto destes constructos mais relacionais ou experienciais não estarem suficientemente bem estudados e, conseqüentemente, ligados com a relação terapêutica. Assim, espera-se que mais investigações sejam realizadas neste âmbito, com o objectivo também de ajudar na prática clínica mas também ajudar a formar terapeutas especializados e com boas bases no que diz respeito à relação terapêutica, ou não fosse esse o factor comum mais importante descrito na literatura.

Espera-se que esta investigação venha a contribuir para um maior entendimento do que é necessário para um treino eficaz dos terapeutas nesta área mais específica e também para uma compreensão do que faz com que o trabalho com experiências imediatas tenha ou não sucesso. O conhecimento do impacto que esse sucesso tem nos terapeutas e na sua forma de trabalhar também pode vir a contribuir para dar uma nova visão do que é a terapia com experiências imediatas e como a vivem os terapeutas que a praticam, em particular. É esperado que tenha sido feito um contributo para a melhoria da qualidade do treino e da supervisão nesta área específica, mostrando o que é mais necessário para formar bons terapeutas, de acordo com as suas próprias opiniões.

No desenvolvimento dos terapeutas, este estudo pode proporcionar uma melhor compreensão de como os terapeutas se podem desenvolver de forma adequada e quais são as suas necessidades ao trabalharem com experiências imediatas, que já de si é um trabalho exigente e com alguns obstáculos, não deixando de ser extremamente gratificante e curiosamente vitalizante e prazeroso, como foi concluído através deste trabalho. A literatura existente sobre o desenvolvimento dos terapeutas centra-se, na sua maioria, no desenvolvimento destes em início de carreira, deixando as outras etapas da sua evolução enquanto profissionais da psicoterapia um pouco de parte, apesar de começar a existir um interesse crescente no desenvolvimento dos terapeutas ao longo da carreira. É importa também investigar o desenvolvimento dos terapeutas em capacidades específicas ancoradas em modos de trabalhar, orientados por constructos e princípios que possam ser transteóricos e facilmente adoptáveis por terapeutas do mundo real (Conceição, 2010; Castonguay & Beutler, 2006; Levitt, Neimeyer, & Williams, 2005).

Seria, portanto, importante existir mais investigação ligada a esta área. O conhecimento das mudanças que os terapeutas podem encontrar durante as suas vidas profissionais e a forma como conseguem alcançar essas mudanças pode contribuir para o avanço da educação em psicoterapia e melhorar a qualidade do treino e supervisão de terapeutas. Uma compreensão mais clara dos processos de mudança e das dores de

crescimento no processo de desenvolvimento pode ser útil para estabelecer etapas realistas na educação especializada de psicoterapia e mesmo em competências específicas necessárias a algum tipo de práticas profissionais deste ou daquele modelo. Se uma conceptualização mais precisa e compreensiva do desenvolvimento do terapeuta for tida em conta, pode vir a ser mais fácil regular ou lidar com as partes difíceis do desenvolvimento como a sensação de incompetência, as dificuldades e a desilusão (Ronnestad & Skovolt, 2003). Estudar o psicoterapeuta e o seu desenvolvimento pode ajudar a criar uma aproximação entre investigadores e clínicos, pois é um objecto de estudo de extrema importância para quem pratica, assim como para investigações transversais a diferentes linguagens e a diferentes orientações teóricas (Carvalho, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Austin, T. M. (2011). *A task analysis of metacommunication in time-limited dynamic psychotherapy*. Tese de doutoramento, Antioch University, New England, Keene, New Hampshire, United States.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Andersen, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.11, 13.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 78, N°5, 717-723.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.11, 3.
- Burum, B. A. & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotions to psychology change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 14, 4.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006b). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-370). New York, NY: Oxford University Press.
- Carvalho, H. (2011). *Á procura da base segura: Contributos da história profissional e desenvolvimental dos psicoterapeutas*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Conceição, N. M. (2005). *Articulation between promotion and assimilation of strategic objectives: markers for temporal sequencing of therapeutic process*. (Unpublished Master's Thesis). University of Lisbon. Cooper,
- DiGiorgio, K., Arnkoff, D., Glass, C., Lyhus, K., & Walter, R. (2004). EMDR and theoretical orientation: A qualitative study of how therapists integrate eye movement desensitization and reprocessing into their approach to psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(5), 227-252.
- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 215-229.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*, New York: The Guildford Press.
- Folkes-Skinner, J., Elliott, R., & Wheeler, S. (2010). 'A baptism of fire': A qualitative investigation of a trainee counsellor's experience at the start of training. *Counselling & Psychotherapy Research, 10*(2), 83-92. doi:10.1080/14733141003750509
- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E.L, Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalisation, and the Development of the Self*, New York: Other Press.
- Fosha, D. (2000a). Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: Affirmation and the healing affects. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 71-97.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 57*(2).
- Fosha, D. (2004). 'Nothing that feels bad is ever the last step:' the role of positive emotions in experiential work with difficult emotional experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 30-43. doi:10.1002/cpp.390.

- Fosha, D. (2009). Positive Affects and the Transformation of Suffering into Flourishing. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1172252-262. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04501.x.
- Fosha, D. & Yeung, D. (2006). Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy: The seamless integration of emotional transformation and dyadic relatedness at work. In G. Stricker & J. Gold, (Eds). *A Casebook of Psychotherapy Integration* (pp. 165-184).
- Gellar, S. M. (2001). *Therapist's presence: The development of a model and a measure*. Tese de Doutoramento, Faculty of Graduated Studies, York University, North York, Ontario, Canadá.
- Geller, S. M. and Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapist's experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1/2),71–86.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a model. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-61.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, Vol.22, 24-29.
- Glaser, B. G.,&Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gold, J. (2011). Attachment theory and psychotherapy integration: An introduction and review of the literature. *Journal of Psychotherapy integration*, Vol, 21, (Nº 3), 221-231.
- Hayes, A. D. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the

context of emotion regulation and process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.11, 3.

Hill, C. E., Sullivan, C., & Knox, S. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 44, N°4, 434-449.

Hill, C. E. (2008). Rejoinder: The what, when, and how of the immediacy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 45, (N°3), 324-328.

Hill, C. E., W., Spangler, P., Stahl, J., & Sullivan, C. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 45, (N°3), 298-315.

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29. doi:10.1080/10503300802621206.

Kasper, L. B. (2005). *The process of immediacy in brief psychotherapy: Components, events and relationship to in-session client change within a single case*. Tese de doutoramento, Faculty of the Graduate School, University of Maryland, United States.

Kasper, L. B., Hill, C. E., & Kivlighan Jr, D. M. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy Theory, Practice, Training*, Vol. 45, (N°3), 281-297.

Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative study of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 44, (N°3), 274-283.

Lamagna, J. (2011). Of the self, by the self, and for the self: An intra-relational perspective on intra-psychic attunement and psychological change. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 21, (N°3), 280-307.

- Levitt, H. M., Neimeyer, R. A., & Williams, D. C. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 117- 129.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guildford Press.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 21, (N°3), 232-252.
- Lipton, B. & Fosha, D. (2011). Attachment as a transformative process in AEDP: Operationalizing the intersection of attachment theory and affective neuroscience. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol.21 (N°3), 253-279.
- Madison, G. (2007). Focusing group proposal for counseling waiting list. Focusing group waiting list proposal.
- Mayotte-Blum, J., Slavin-Mulford, J., Lehmann, M., Pesale, F. Becker-Matero, N., & Hilsenroth, M. (2012). Therapeutic immediacy across long-term psychodynamic psychotherapy: An evidence-based case study. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 59, N°1, 27-40.
- Orlinsky, D. E. & Rennestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American psychological Association.
- Owen, I. (2011). The dance of attachment. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 21, (N°3), 330-347.
- Pascual-Leone, A., Wolfe, B., & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential

- psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(2), 152-168. doi:10.1080/14779757.2011.648099.
- Prenn, N. (2011). Mind the gap: AEDP interventions translating attachment theory into clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 21, (Nº3), 308-329.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on development. *Journal of Career Development*, 30, 5-44.
- Russell, E. & Fosha, D. (2008). Transformational affects and core state in AEDP: The emergence and consolidation of joy, hope, gratitude and confidence in the (solid goodness of the) self. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol.18 (Nº2), 167-190.
- Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guildford Press.
- Safran, J. D. & Belotserkovsky, J. N. (2009). Affect regulation, metacommunication, and mindfulness in action. *Hellenic Journal of Psychology*, Vol. 6, 292-309.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling and Development*, 70, March/April, 505–515.
- Sousa, Z. (2006). *Psicoterapia, narrativa e mudança: Histórias sobre o processo terapêutico*. Tese de Doutorado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19(3), 290-299.
- Wiggins, S., Elliot, R., & Cooper, M. (2012). The prevalence and characteristics of relational depth events in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 22:2, 139-158

Yalom, I. (2002). *The gift of therapy*. New York: HarperCollins.

ANEXOS

Anexo A - Guião semi-estruturado original para as entrevistas

**AT THE EDGE OF EXPERIENCE: A QUALITATIVE STUDY ON
THERAPISTS WORKING WITH VARIETIES OF IMMEDIATE
EXPERIENCE**

Principal Researchers:

Nuno Conceicao (University of Lisbon, Portugal)

Shigeru Iwakabe (Ochanomizu University, Japan)

Antonio Pascual-Leone (University of Windsor, Canada)

Beatriz Rebelo (Psychotherapist in Independent Private Practice, Portugal)

Collaborators:

Ana Isabel Silva (University of Lisbon, Portugal)

...

THERAPISTS WORKING WITH CLIENTS' IMMEDIATE EXPERIENCE

[Experience of change toward working with clients' immediate experience]

1. MOTIVATIONS FOR WORKING WITH CLIENTS' IMMEDIATE EXPERIENCE.

What have been the motivations that drew you to this way of working more closely to clients' experience? Have there been technical and/or personal challenges that moved you toward such an approach, i.e., one that is more open, emotionally involved, self-disclosing, or intimate?

a) Was it a particular training experience that led you to move toward this direction? (e.g., the influence of a particular supervisor with whom you identified with or even imitated; being in an experiential therapy as a client; watching tapes a million times; being part of a group training with like-minded or supportive others; any dissatisfactions, difficulties, failures or limited successes, etc.)

b) Was there a moment when you knew you had to work this way? If so, can you tell me about it?

c) Was there a moment when you knew something had to change? (in your previous way of working if there was a previous way of working) If so, can you tell me about it?

d) Was the change cumulative? Did it happen in big leaps?

[Session examples]

2. WORKING SUCCESSFULLY IN SPECIFIC IN-SESSION EVENTS. Please give one or two examples from your work describing specific moments or events from your sessions that illustrate your new stance, new experience, and new ways of being and working with your client.

3.

- a) [CLIENT AND CONTEXT] Tell me briefly about your client and about the context of therapy with this client: what was happening in therapy (progress, impasse, therapeutic relationship, etc.)
- b) [EVENT OF WORKING WITH CLIENTS' IMMEDIATE EXPERIENCE] What did your client say that led you to using a more experiential approach? (Consider your own actions: e.g., what did you say? How did you say it? What did you feel when you said it? What did you want to communicate? What did you emphasize? In what ways were you emotionally more involved, disclosing, or present?")
- c) [OBSERVED OUTCOME OR IMPACT] Please describe your client's reaction. (Consider: What was the client's immediate reaction? How did it impact your session, therapeutic relationship, or course of therapy?)

3. WORKING WITH DIFFICULTIES IN SPECIFIC IN-SESSION EVENTS. While practicing or learning to work and connect intimately with clients you may have noticed some challenges, conflicts or blocks of your own. Sometimes these difficulties might have led you back in the direction of older stances or habits or simply away from a more experiential stance.

- a) Please describe any situations/cases where you withdrew from working at the edge of experience. What blocks were you experiencing and how do you explain them? How have you struggled with these challenges and what have you learned in the process?
- b) Please describe any situations/cases where you noticed yourself withdrawing but then again approaching the edge of experience. What resources did you use and how do you explain their presence? How have you struggled with these challenges and what have you learned in the process?
- c) Please describe any situations/cases in which a shift to working at the edge of experience was not received well by clients (e.g., perhaps the client reacted negatively or in a self-protective way). How have you struggled with these challenges and what have you learned in the process? How do you understand the client's reaction?
 - In a), b) and c) Consider: e.g. fear/anxiety over loss of self control or rejection by patient; concern about harming your patient; not satisfying a patient's need for distance; Catastrophic expectations or any specific beliefs? How passively/automatically was this process happening? Were you attributing the block to your own or your client's variables? How were you feeling about that choice or lack of thereof? Were you more or less judgmental/accepting of yourself? What do you think of it, now?)

[Reflection]

4. REFLECTING ON THERAPIST TRAINING AND DEVELOPMENT. Were there certain experiences (training, clinical, or personal) that helped you develop your way of working with immediate experience? What seemed most helpful to you?

5. What seemed least helpful, hindering, negative or disappointing? Did anything change regarding your clinical decision making process?
 - ① Consider: e.g., your decision-making criteria, or the weight you put on intuition/theory/emotional processes...

6. REFLECTING ON THERAPIST'S CHANGE PROCESS. How do you experience the change in your working style? What is or was particularly significant while learning this way of working? What seems important or appealing about it? Did your level of interest or involvement change? What was that like?
 - ① Consider: e.g., pleasant, stimulating, flowing as well as *un*-pleasant, painful or difficult aspects of the relational and the affective parts of this process ...

7. REFLECTING ON THERAPIST CURRENT AND FUTURE CONCERNS. Have you ever had concerns (professional, technical, or personal) about working with clients in this emotional and highly personal way? If so, what were they? How do you feel about it now and how did you [are you] working with that challenge? Is there anything that you wanted to change regarding your experiential skills or self-efficacy? What are your current and future goals in further developing this experiential approach? What challenges or benefits do you anticipate?

8. UNEXPECTED REVELATIONS Do you have anything else that you want to tell me, or that you think might be useful for us to know in this study? After being so generous with your answers do you have anything that you want to ask?

Anexo B – Consentimento informado para os participantes nas entrevistas

Informed Consent Form for the Therapist Participant AT THE EDGE OF EXPERIENCE: A QUALITATIVE STUDY ON THERAPISTS WORKING WITH VARIETIES OF IMMEDIATE EXPERIENCE

Principal Researchers:

Nuno Conceicao (University of Lisbon, Portugal)

Shigeru Iwakabe (Ochanomizu University, Japan)

Antonio Pascual-Leone (Windsor University, Ontario, Canada)

Beatriz Rebelo (Psychotherapist in Independent Private Practice, Portugal)

Collaborators: - Ana Isabel Silva (University of Lisbon, Portugal)

- ...

This study examines both professional and personal aspects of the learning process involved in becoming a therapist who uses an experiential approach. We are inviting therapists to disclose, in their own words, the things that helped, as well as things that have hindered, their own professional development of working experientially with their clients.

Participating therapists will be interviewed for 90 minutes by one of the researchers named above, either in person or on skype. Participants will be asked (1) what their clinical style was prior to their exposure to AEDP courses and training; (2) what changes took place after taking AEDP courses and; (3) how AEDP has affected their practice. *There is an option of answering the interview questions in a written document. If you prefer this way of participating, please let the above researchers know.*

The interview will be audiotaped and transcribed in order to analyze common themes and patterns across participants. All the research data will be kept in a locked filing cabinet to which only the researchers will have access.

Strict confidentiality will be maintained: all identifying information will be removed from the data that is used for analysis. The researchers assure the protection of confidentiality in transporting and storing the research materials. When the study is published in academic journals, pseudonyms will be used and no personally identifying information will be disclosed.

Participating in this study poses minimal risk. However, risks include:

1. Participating in this study may impact the therapeutic relationship with your clients, if some examples you discuss are from ongoing cases.
2. Participants may feel discomfort in the interview process, as it involves talking about your personal changes.

Participation is voluntary, and you may stop the interview at any time. After the interview, you retain the right to ask to have your data removed from the study until

such time as the data is entirely de-identified and grouped.

I have read this consent form, and agree to participate in this study given that all the above terms are appropriately fulfilled. I also allow the recording of the interview.

Participant's Signature

Date

Anexo C – Árvore das categorias e subcategorias que emergiram numa primeira análise dos dados

Current and Future Concerns

- Body language
- Boundaries
- Brain and neuro
- Efficacy
- Goals
- Inclusion in graduate training
- Learn more
- Money commitment
- Ongoing supervision
- Teaching
- Time commitment

Motivations

- Common factors research
- Cumulative path
- Dissatisfaction
- Graduate training
- Hero or mastery model
- Model fit
- Particular training experience
- Permission to work from the *Self*
- Personal history, characteristics or interests
- Relational work
- Search for what works best
- Transformation leaps

Therapist's Change Process

- Able to feel change processes in body
- Allow and share affection and caring
- Allow emergence of unexpected experience
- Challenge of ongoing growth
- Changes therapist as a person too
- Changing agenda
- Connection arousal
- Convergence of personal and professional selves
- Dropping down and core awareness
- Energizing work
- Less theorizing
- Like myself more
- Loose fear of intimacy
- More authentic and free
- More confident about my work
- More disclosing
- More open and curious
- Out session thinking about theory
- Pleasant work
- Self care
- Shift focus

Training and Development

- Decision making criteria
- Encounters with supervisor
- Helpful
 - (Profession) Attachment figure or mastery model
 - Acknowledge self-criticism in learning process
 - Acknowledge difficulty of learning process
 - Acknowledge and soothe past wounds of therapist
 - Awareness of various theoretical models
 - Change in personal *Self*
 - Coping (vs mastery) models
 - Core training experiences
 - Didactics
 - Dual role (patient and therapist) exposure
 - Experiment of just trying (allowing failure)
 - Experiment with novelty
 - Group dynamics
 - Meeting like minded people
 - Model fit
 - Personal therapy (within the model)
 - Rehearse model vernacular
 - Repetitive experiential exposure
 - Sharing vulnerability
 - Time
 - Working through own experience to feel the theory
- Negative
 - Criticism or shaming
 - Format of training
 - Group dynamics
 - Rigid work setting
 - Clinical prejudice
 - Fear of experience
 - Negative competition
 - Teach one thing but show another

- Success indicators
- Technical and personal
- Values

Unexpected Revelations

- Embodiment of *Self*
- Innovate research

Working Successfully

- Ask for permission
- Attitude
- Beginnings
- Call for attention
- Creating space to collapse into therapist arms
- Delight
- Disclose affectionate feelings
- Exposure
- Feeling touched or moved
- Focus on body
- Focus on experiencing
- Focus on present moment
- Getting the patient
- Impact
- Intentions
- Invite curiosity
- Metaprocessing
- Opening new horizons to explore
- Processing gratitude
- Responsibility differentiation
- Self-disclosure
- Show enthusiasm or curiosity
- Slow down
- Specific interventions
- Stay in the place

- Stretch or edge relatedness
- Timeless
- Trial
- Weness

Working with Difficulties

- Acknowledge own responsibility in cycle
- Ask for help
- Ask patient to care about it
- Balance
- Being right or close
- Countertransference
- Explication of lack of will
- Fifty fifty
- Help differentiate healthy from unhealthy roads
- Help patient have an experience and stay with it
- Humour
- Join the patient where he is or wants to be
- Limited (experiential) success
- Look for impact on patient
- Make room to figure out
- Metacommunication
- Mindfulness
- Monitor connection level
- Negotiate
- Not knowing
- Participant observer *Self*
- Persistence
- Regulate *Self*
- Relationship strength
- Rupture repair
- Steady and spacious
- Supervision or watch video
- Switch to other kind of work

- Switch to positive
- Therapist shows vulnerability spots
- Trust, curiosity and honor for patient theory or approach
- Undo previous patient role
- Willingness to keep trying to help

Anexo D – Descrição de como foi realizada a segunda análise dos dados

Nas categorias principais mudei o *current and future concerns* para *current concerns and challenges* e *perspectives about the future*, fazendo assim uma divisão entre as preocupações actuais e as que se esperam para o futuro, pois encontrei vários excertos significativos para cada grupo.

O resto das categorias principais manteve com o mesmo nome.

A categoria *unexpected revelations* manteve-se igual, tanto no nome como nas suas subcategorias e respectivos nomes.

Na categoria *current concerns and challenges* manteve quase todas as subcategorias. Apaguei a *efficacy*, mudei o *neuro and brain* para apenas *brain*, acrescentei a *intimacy*, apaguei o *goals*, acrescentei o *learn more*, apaguei o *inclusion in graduate training*, e apaguei o *teaching*.

Na categoria *perspectives about the future* acrescentei o *more competencies, more training e teach*.

Na categoria *motivations* acrescentei o *help people, o learn more and be a better therapist*, apaguei o *hero or mastery model*, acrescentei o *working and trying* e apaguei o *relation work e transformative leaps*.

Na categoria *therapist's change process* apaguei o *allow emergence of unexpected experience*, apaguei o *dropping down and core awareness*, mudei de *energizing work* para *energizing and stimulating work*, apaguei o *more disclosing*, apaguei o *self care*, acrescentei o *transformative leaps* e o *use de self of the therapist*.

Na categoria *training and development*, apaguei o *encounters with supervisor*, acrescentei o *feelings*, apaguei o *success indicator, o technical and personal*, e o *values*. Na subcategoria *helpful*, apaguei o *coping models, o core training experiences, o dual role exposure, o metting like minded people*, acrescentei *techniques into personal style*, apaguei o *time* e acrescentei o *training and supervision*. Na subcategoria *negative*, apaguei o *format of training* e acrescentei o *training*, apaguei o *group dynamics* e as subcategorias no *rigid work setting*, colocando o conteúdo das subcategorias todo incluído nesta última.

Na categoria *unexpected revelations* só acrescentei alguns excertos à subcategoria *innovate research*.

Na categoria *working succesfully*, apaguei *ask for premission*, acrescentei *atitude of being together*, apaguei *attitude*, acrescentei *curiosity e dealing with intimacy*,

apaguei *disclose of affectionate feelings*, mudei o *impact* para *impact in therapists and in patients*, apaguei *intentions* e *invite curiosity*, acrescentei o *meta-communication*, acrescentei o *self-care* e o *self-disclosure*, apaguei o *processing gratitude* e o *responsibility diferenciation*, apaguei o *specific interventions*, apaguei o *stretch or edge relatedness*, acrescentei *talk about the positive*, apaguei *weness*, e acrescentei *trust, curiosity and honor for patient theory or approach*.

Na categoria *working with difficulties*, apaguei o *aknowledge own responsibility in cycles*, mudei o *ask for help* para o *ask patients for help*, apaguei o *ask patients to care about it*, apaguei o *being right or close*, apaguei o *explicitations of lack of will*, apaguei o *fifty fifty*, apaguei o *help patient have an experience and stay with it*, acrescentei *help patients stay*, apaguei o *humor, limited success*, apaguei o *look for impact on patientes*, apaguei o *mindfulness*, apaguei o *monitor connection level*, apaguei o *participant observer self*, acrescentei o *recognize responsibility and problems*, apaguei o *relationship strength*, apaguei o *rupture repair* e criei o *ruptures*, apaguei o *steady and spacious*, acrescentei o *supervision and watch videos*, acrescentei o *shame*, acrescentei o *trying to be right or close*, apaguei o *undo previous patient role*.

Anexo E – Árvore das categorias e subcategorias que emergiram da segunda análise dos dados

Current Concerns and Challenges

- Body language
- Boundaries
- Brain
- Intimacy
- Learn more
- Money
- Ongoing supervision
- Time commitment

Motivations

- Common factors research
- Cumulative path
- Dissatisfactions
- Graduate training
- Help people
- Learn more and be a better therapist
- Model fit
- Particular training experience
- Permission to work from the *Self*
- Personal history, characteristics or interests´
- Search for what works best
- Sense of belonging
- Working and trying

Perspectives about the Future

- More competencies
- More training
- Teach

Therapist's Change Process

- Thinking about the theory
- Able to feel change process in body
- Allow and share affection and caring
- Challenge of ongoing growth
- Changes as a person
- Changing agenda
- Connection arousal
- Convergence of personal and professional selves
- Energizing and stimulating work
- Less theorizing
- Like myself more
- Loose fear of intimacy
- More authentic and free
- More confident about my work
- More open and curious
- Pleasant work
- Shift focus
- Transformative leaps
- Use the Self of the therapist

Training and Development

- Decision making criteria
- Feelings
- Helpful
 - Acknowledge self-criticism in learning process
 - Acknowledge difficulty of learning process
 - Acknowledge and soothe past wounds
 - Awareness of various theoretical models
 - Change in personal *Self*
 - Experiment of just trying (allowing failure)
 - Experiment with novelty
 - Group dynamics
 - Model fit
 - Personal therapy (within the model)
 - Repetitive experiential exposure
 - Sharing vulnerability
 - Technics into personal style
 - Training and supervision
 - Working through own experience
- Negative
 - Training
 - Criticism or shaming
 - Rigid work setting
 - Teach one thing and show another

Unexpected Revelations

- Embodiment of *Self*
- Innovate research

Working Successfully

- Attitude of just trying
- Beginnings
- Call for attention
- Creating space to patient collapse
- Curiosity
- Dealing with intimacy
- Delight
- Exposure
- Feeling touched or moved
- Focus on body
- Focus on experiencing
- Focus on present moment
- Getting the patient
- Impact in therapists and in patients
- Meta-communication
- Metaprocessing
- Moment-to-moment
- Opening new horizons to explore
- Self-care
- Self-disclosure
- Self-awareness
- Show enthusiasm
- Slow down
- Stay in the place and in the moment
- Supervision and watch videos
- Talk about the positive
- Timeless
- Trust, curiosity and honor for patient theory or approach

Working with Difficulties

- Differentiate healthy from unhealthy roads
- Ask patients for help
- Balance
- Countertransference
- Difficulties in experiential work
- Help patients stay
- Join the patient where he is
- Make room to figure out
- Meta-communication
- Negotiate
- Not knowing
- Patients and the will to get better
- Perseverance
- Recognize own responsibility and problems
- Regulate *Self*
- Ruptures
- Shame
- Switch to other kind of work
- Therapist vulnerability
- Trying to be right or close
- Willingness to keep trying to help

Anexo F – Descrição de como foi realizada a terceira análise dos dados

Na categoria *motivações* mudei de *common factors research* para apenas *common factors* de modo a ficar mais simples e a ilustrar melhor o conteúdo. Mudei dois excertos do *cumulative path para learn more and be a better therapist*, tendo apagado um deles do *cumulative path*. Um desses dois excertos coloquei também nas *dissatisfactions*. Apaguei um excerto de *search for what Works best* que achei que não pertencia aquela subcategoria.

Uma vez que as subcategorias e os próprios excertos apresentavam muitas semelhanças e alguns até se estavam quase a repetir, incluí a categoria *therapist's change process* na categoria *working successfully* e comecei a trabalhar nas subcategorias a partir daí, tornando-se assim o *therapist's change process* uma subcategoria do *working successfully*. Mudei a subcategoria *thinking about theory* do *therapist's change process* para *working successfully*. Coloquei os excertos da subcategoria *allow to feel change processes in body* para o *focus on body*, tendo eliminado a primeira, de modo a simplificar e porque eram muito semelhantes e se encaixavam mais na categoria geral do trabalho em si com sucesso. Mudei um excerto de *allow and share affection and caring para dealing with intimacy* e por fim mudei o *allow and share affection* do *therapist's change process* para *working successfully*. Apaguei a subcategoria *connection arousal* e coloquei os seus excertos no *focus on the body*, uma vez que eram semelhantes e alguns até já se repetiam. Mudei o *energizing and stimulating work* para *working successfully*. Mudei os excertos de *less theorizing* para *thinking about theory* e para que fizesse mais sentido de acordo com os excertos que estavam incluídos mudei o nome para apenas *theory*. Mudei os excertos de *loose fear of intimacy* para *dealing with intimacy*, tendo apagado o primeiro uma vez que se estavam a repetir. Mudei o *pleasant work* para o *working successfully*. Mudei o *shift focus* para o *working successfully*. Mudei os excertos de *delight* para *pleasant work* por achar que ficavam lá bem e eram semelhantes, tendo apagado o primeiro. Mudei os excertos de *exposure* para *focus on experiencing* porque deste modo ficava mais arrumado e com mais sentido, tendo apagado o primeiro. Apaguei o *getting the patient* por os excertos lá incluídos também já estarem noutras categorias onde faziam mais sentido. Mudei os excertos de *self-awareness* para *more confident about my work* e apaguei o primeiro. Mudei os excertos de *show enthusiasm* para *energizing and*

stimulating work e apaguei o primeiro.

Dentro da categoria *training and development*, mudei os excertos de *changes in personal self* e meti-os na subcategoria *changes as a person* dentro do *working successfully*. No fim acabei por apagar as categorias *decision making criteria* e *feelings*.

O primeiro investigador que realizou a primeira análise, fez mais umas alterações no final em algumas subcategorias da categoria *trabalho com sucesso* e *trabalho com dificuldades*.

