



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

“É COMO SE NOS VÍSSEMOS AO ESPELHO”

AS NARRATIVAS DE AUTO-CONSCIÊNCIA DOS
PSICOTERAPEUTAS ANTES E DEPOIS DO
CONFRONTO COM O DESEMPENHO REAL

Raquel Alexandra da Silva Pereira

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2019

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

O meu maior e mais profundo agradecimento dirige-se ao Prof. David Neto. O meu agradecimento começa mesmo antes desta jornada. Desde o apoio ao voto de confiança, obrigada por todo e cada dia deste ano que passou.

Agradeço à direção da APTCCI a cooperação com o meu trabalho.

Agradeço a disponibilidade, a receção e o apoio do Prof. Branco Vasco e da Prof. Isabel Gonçalves nas minhas muitas visitas aos seus grupos de supervisão.

Agradeço a cada uma das vinte formas de pensar e sentir a psicoterapia, que na pessoa de cada participante da minha amostra, me permitiu concretizar este trabalho. O desafio era grande e sem o ‘sim’ de cada um de vocês para o partilhar comigo, este trabalho seria mais pobre.

Um enorme obrigada por isso. Todas as vossas linhas de reflexão sobre as quais trabalhei, ajudaram a que este estudo fosse para mim mais do que um estudo.

O primeiro título deste trabalho, e a reflexão que o encerra, são retirados de excertos das entrevistas que realizei, a quem agradeço de forma especial.

Ainda sobre as visitas à APTCCI, obrigada à Elisabete.

De forma mais pessoal:

Mãe.

Pai.

Sofia.

Andreia.

Agradeço aos sinceros e preocupados “como está a correr a tese?”.

Mais do que minha melhor amiga, a Maria acompanhou todos os meus dias, de todos os meses, de todos os anos deste curso. A tua presença durante este ano, como mais nenhuma outra, foi só um morango no topo do bolo.

RESUMO

A investigação na área da psicoterapia tem enfatizado a relevância do papel do terapeuta, e nomeadamente os benefícios da auto-reflexão e auto-consciência em termos de eficácia clínica. Para além da resistência que os psicoterapeutas parecem fazer em adotar estratégias de desenvolvimento de auto-consciência, este processo pode ser dificultado pelo seu enviesamento que os leva a sobrestimar significativamente as suas capacidades. O presente estudo tem como objetivo explorar os processos da auto-consciência através das narrativas dos psicoterapeutas, e averiguar a existência de diferenças antes e depois de ouvirem uma gravação de uma das suas psicoterapias. Numa amostra de vinte psicoterapeutas em formação cognitivo-comportamental e integrativa, foram realizadas a cada participante duas entrevistas semiestruturadas baseadas em cinco domínios concretos da auto-consciência: reconhecimento da experiência emocional, avaliação das próprias competências, reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos implícitos, e consciência acerca dos valores pessoais. Os resultados mostram que tanto os domínios como os processos de AC parecem ser distintos e independentes entre si. Ao nível dos processos, as narrativas dos terapeutas vão no sentido de um elevado nível de AC, mas isto verifica-se quando associado a descrições dos aspetos mais positivos da sua prática. O presente estudo discute a fraca expressão das diferenças entre as narrativas anterior e posterior dos terapeutas, assim como a dificuldade em aceder aos aspetos mais negativos da sua prática. Embora o confronto com o desempenho real tenha promovido a auto-reflexão e o ganho subjetivo de consciência, será esta estratégia suficiente para o aumento geral da auto-consciência dos psicoterapeutas?

Palavras-chave: psicoterapeutas, auto-consciência, auto-reflexão, desempenho, gravação de sessões

ABSTRACT

Research in the field of psychotherapy has emphasized the relevance of the therapist's role, and in particular the benefits of self-reflection and self-awareness in terms of clinical effectiveness. In addition to the resistance that psychotherapists seem to make to adopt strategies for developing self-awareness, this process can be hampered by their bias that significantly overestimates their abilities. This study aims to explore the processes of self-awareness through the narratives of psychotherapists, and to ascertain the existence of differences before and after listening to a recording of one of their psychotherapies. In a sample of twenty psychotherapists in cognitive behavioral and integrative training, each participant was given two semi-structured interviews based on five concrete domains of self-awareness: recognition of emotional experience, assessment of one's skills, recognition of prejudices and implicit biases, and awareness about personal values. The results show that both SA domains and SA processes appear to be distinct and independent of each other. At the process level, therapists' narratives move towards a high level of SA, but this is coupled with descriptions of the most positive aspects of their practice. The present study discusses the weak expression of the differences between the therapists' anterior and posterior narratives, as well as the difficulty in accessing the most negative aspects of their practice. Although confrontation with actual performance has promoted self-reflection and subjective awareness, is this strategy sufficient for the general increase of psychotherapists' self-awareness?

Keywords: psychotherapists, self-awareness, self-reflection, performance, session recording

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Enquadramento teórico	1
<i>A investigação em psicoterapia</i>	1
<i>O papel do terapeuta</i>	2
<i>Dúvida e auto-reflexão</i>	4
<i>A auto-consciência</i>	5
<i>O treino da auto-consciência para a eficácia clínica</i>	7
<i>Auto-consciência na formação em psicoterapia</i>	12
<i>O confronto com o desempenho real</i>	13
<i>O presente estudo</i>	16
MÉTODO	17
Participantes	17
Entrevista	17
Procedimento	19
Análise	20
<i>Análise qualitativa</i>	21
<i>Análise quantitativa</i>	25
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	52
Anexo I - Consentimento informado psicoterapeuta	52
Anexo II – Consentimento informado cliente	53
Anexo III – Formulário dos dados sociodemográficos	54
Anexo IV – Dicionário Final	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Sistema de codificação final para análise quantitativa dos dados das entrevistas</i>	26
Tabela 2: <i>Correlações de Spearman entre os Processos de AC para a entrevista (1) – narrativa anterior</i>	29
Tabela 3: <i>Apresentação das frequências e comparação de médias referente ao processo Valência</i>	30
Tabela 4: <i>Apresentação das frequências e comparação de médias referente ao processo Abstração</i>	31
Tabela 5: <i>Apresentação das frequências referente ao processo Alvo/Propósito</i>	31
Tabela 6: <i>Apresentação das frequências e comparação de médias referente aos IAC e AAC</i>	32
Tabela 7: <i>Comparação de médias de cada um dos domínios de AC entre as narrativas anterior e posterior</i>	32
Tabela 8: <i>Comparação de médias de cada um dos processos de AC entre as narrativas anterior e posterior</i>	33

ÍNICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de auto-consciência com os seus cinco domínios - proposto por Knapp, Gottlieb e Handelsman (2017)	7
Figura 2. Esquema dos temas de AC apurados na análise temática	21
Figura 3. Valores médios do domínio EE nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior	34
Figura 4. Valores médios do domínio IC nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior	34
Figura 5. Valores médios do domínio PE nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior	35
Figura 6. Valores médios do domínio IV nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior	35
Figura 7. Valores médios dos IAC e AAC nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior	36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AC – Auto-consciência

EE – Experiência emocional

IC – Identificação de competências

PE – Preconceitos e enviesamentos

IV – Influência dos valores pessoais

IAC – Indicador de auto-consciência

AAC – Indicador de ausência de auto-consciência

INTRODUÇÃO

Os últimos anos de investigação têm procurado mostrar, com evidências, que muito mais do que técnicas específicas, a eficácia da psicoterapia depende do terapeuta – do papel do terapeuta e da pessoa do terapeuta. E assim como noutras profissões, é necessária prática, mas também reflexão sobre a prática, e busca pelo desenvolvimento das nossas competências, para que nunca deixemos de nos reinventar enquanto profissionais. Quando a nossa profissão depende em tão grande parte de nós mesmos como ferramenta, desempenhá-la com sucesso exige que nos questionemos continuamente, e que enfrentemos as barreiras que naturalmente surgem no trabalho entre duas pessoas em relação. A auto-consciência em diferentes níveis na pessoa do terapeuta, permite uma reflexão acerca das emoções, competências, valores ou preconceitos, sem a qual o sucesso da psicoterapia fica comprometido. Esta investigação pretende explorar alguns aspetos da auto-consciência dos psicoterapeutas, nomeadamente os aspetos que surgem depois de um confronto com o seu desempenho real. Serão, depois desse confronto, capazes de mais eficazmente questionar-se e pôr em causa o seu próprio papel enquanto terapeutas?

Enquadramento teórico

A investigação em psicoterapia

A investigação em psicoterapia nas últimas décadas tem-se debruçado não só nas diferentes abordagens teóricas e as suas características, como na tentativa de evidenciar as suas diferenças em termos de eficácia clínica. (e.g., Wampold et al., 1997). Autores como Lambert (2013), Miller, Hubble, Chow e Seidel (2013) ou Wampold, (2013) evidenciam que a psicoterapia é eficaz, mas o debate científico na área das psicoterapias tem procurado mostrar quais são os fatores que explicam a sua eficácia.

Mais recentemente, um estudo (Lambert, 2015) sugere algumas linhas de explicação da variância dos resultados em psicoterapia. Este sugere que 45% correspondem a fatores extra-terapêuticos, nomeadamente a motivação para mudar, 35% correspondem aos fatores comuns, onde se situam os aspetos ligados à relação terapêutica (confiança, compreensão, alívio emocional, etc.), 20% estão ligados aos fatores do terapeuta e apenas 5% a técnicas específicas. Um estudo do mesmo autor em 2013, evidencia nos seus resultados uma tendência para o aumento da relevância dos aspetos ligados ao terapeuta e uma diminuição da relevância das

técnicas específicas. A literatura tem demonstrado que as diferenças entre psicoterapeutas ao nível das suas características são cada vez mais preponderantes na explicação da relativa eficácia da psicoterapia (e.g., Wampold & Imel, 2015)

Partindo deste ponto, a literatura tem procurado explorar os fatores descritos como os mais relevantes para explicar estas diferenças em termos de eficácia clínica. Os fatores comuns entre as psicoterapias parecem ser uma das componentes encontrada como mais significativa em termos de resultados. Laska, Gurman e Wampold (2014) apresentam uma proposta sobre quais são estes fatores comuns, onde enfatizam o papel preponderante do terapeuta. Esta proposta inclui aspetos como um vínculo emocionalmente forte entre o terapeuta e o paciente, um setting de confiança percebido pelo cliente, a explicação psicológica convincente e culturalmente adaptada, e aceite pelo cliente, face às dificuldades específicas que este apresenta, e um conjunto de procedimentos entre terapeuta e paciente que expressem algo que é positivo, útil e adaptativo. As críticas às abordagens dos fatores comuns em psicoterapia referem, entre outros aspetos, que estas descrevem de forma redutora a psicoterapia como um conjunto de fatores relacionais (Asnaani, & Foa, 2014). Contudo, os fatores relacionais, a relação terapêutica ou a empatia do terapeuta, não são os únicos responsáveis pela mudança em psicoterapia, apesar desta abordagem poder prever, de algum modo, maiores competências e uma capacidade de estabelecer alianças terapêuticas, melhor adaptação face ao cliente, e melhor uso das capacidades interpessoais do terapeuta (Wampold & Imel, 2015; Wampold, 2015).

Os fatores do terapeuta são atualmente na literatura uma dimensão muito, e cada vez mais, relevante, com descrições de que o efeito do terapeuta explica entre cinco a nove vezes mais os resultados em psicoterapia do que os modelos teóricos ou técnicas específicas (Miller et al, 2015; Lutz et al., 2015). Na verdade, a investigação das últimas décadas que se debruçou nas diferenças de resultados em psicoterapia a partir dos modelos teóricos ou técnicas específicas, explica apenas 1% da sua variância (Wampold & Imel, 2015).

O papel do terapeuta

Uma das vertentes estudadas na investigação em psicoterapia são os “fatores do terapeuta”, que procura entender quais os aspetos relacionados com o terapeuta que justificam o facto da variabilidade existente em termos de resultados e eficácia clínica, ser mais entre psicoterapeutas do que entre psicoterapias (Baldwin, & Imel, 2013; Miller, Hubble, Chow, & Seidel, 2013).

Em primeiro lugar, a literatura tem sido mais ou menos consistente ao afirmar que determinadas características do terapeuta não estão significativamente correlacionadas com a sua eficácia. Nomeadamente a sua idade, sexo ou orientação teórica (Brown, Lambert, Jones, & Minami, 2005; Wampold, & Brown, 2005; Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009), o facto de serem profissionais em treino ou supervisão (Nyman, Nafziger, & Smith, 2010; Budge et al., 2013), ou mesmo os anos de experiência, não são um preditor significativo do aumento da eficácia da prática clínica, sendo que muitas vezes podem até deteriorá-la (Goldberg et al., 2016). A par disso, a investigação ligada aos fatores do terapeuta tem também procurado encontrar quais as características que definem os terapeutas que apresentam maior eficácia em termos de resultados na clínica. Wampold (2017) e Wampold, Baldwin, Holtforth, e Imel (2017) elaboram um conjunto de considerações que resumem as principais características que procuram responder a esta questão, sendo elas: a formação e manutenção de uma aliança terapêutica, o conjunto das Capacidades Interpessoais Facilitadoras (fluência verbal, empatia, criação de expectativas positivas, persuasão e racional convincente, expressão emocional, flexibilidade e identificação e reparação de rupturas na aliança), a monitorização do progresso clínico, a capacidade de duvidar de si e a prática deliberada. Nissen-Lie e colaboradores (2015) acrescentam uma série de aspetos pessoais significativos do terapeuta, mencionados na literatura como relevantes na explicação das diferenças de eficácia clínica: responsividade, genuinidade, empatia com diferentes clientes (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002), capacidade de responder à rejeição ou desvalorização por parte do cliente (Lambert, & Barley, 2002), e capacidade de gerir as reações contra-transferenciais (Hayes, Galso, & Hummel, 2011).

Como Nissen-Lie e colaboradores (2015) realçam no seu trabalho “os resultados terapêuticos são influenciados por aquilo que os terapeutas experimentam como difícil na prática, e como lidam com essas dificuldades como profissionais” (p.56). A consciência sobre as dificuldades no seu trabalho, assim como a capacidade de duvidar de si, podem ser características benéficas e positivas para o trabalho do psicoterapeuta. Nas investigações de Nissen-Lie e colaboradores (2010, 2013), onde a auto dúvida profissional foi estudada, os autores demonstraram que este aspeto não está relacionado apenas com a preocupação com as suas competências atuais, mas mais especificamente com a auto crítica saudável, a abertura, a sensibilidade, reflexividade e tomada de responsabilidade pelas lutas de relação na terapia, características descritas como benéficas para o terapeuta.

Dúvida e auto-reflexão

Não só a consciência da complexidade do trabalho psicoterapêutico promove o desenvolvimento profissional (Ronnestad, & Skovholt, 2013), como, a nível geral, a capacidade de duvidar de si é construtiva e tem um impacto significativo na eficácia clínica da psicoterapia.

Macdonald e Mellor-Clark (2014) argumentam que os clínicos trabalham mais efetivamente quando estão mais conscientes dos desafios e incertezas do seu trabalho, e menos “cegos” quanto às suas competências. Pensando ainda em termos da relação terapêutica, na previsão dos resultados, e mesmo da taxa de dropouts, os mesmos autores afirmam que os terapeutas mais realistas e com maior consciência das suas próprias limitações são mais capazes de solucionar eficazmente as barreiras no processo terapêutico, nomeadamente identificar os clientes cujo processo não está a progredir. Relatos que demonstram maior nível de insegurança estão associados a terapeutas que facilitam a mudança na relação interpessoal com o cliente (Nissen-Lie et al., 2015). Os mesmos autores reforçam o facto de que uma postura autocrítica saudável é um aspeto relevante no desempenho de um papel profissional bem-sucedido, e contrariamente à insegurança, uma excessiva confiança surge provavelmente como defesa contra sentimentos de incompetência ou falta de domínio, que a maioria dos psicoterapeutas enfrenta profissionalmente. Já em 1991 a investigação de Ronnestad e Skovholt alertou para as consequências daquilo que os autores chamaram *fechamento prematuro* que seriam as consequências inconscientes desses sentimentos de incompetência: atribuições incorretas (por exemplo dos droupouts), distorções e interpretações erróneas, e uma redução disfuncional da complexidade do trabalho terapêutico. Pelo contrário, níveis mais altos de insegurança estão associados a um exercício de controlo reflexivo na busca de resolução de problemas com o paciente e à ajuda na redução do sofrimento interpessoal (Orlinsky, & Ronnestad, 2005).

Até aqui tem sido descrita a importância de olhar para a pessoa do terapeuta quando procuramos falar de eficácia clínica, e um dos aspetos mais relevantes é ainda a capacidade que os psicoterapeutas têm de duvidar de si (Nissen-Lie et al., 2015), colocando em causa as suas capacidades e procurando soluções para as barreiras que o processo terapêutico inevitavelmente enfrenta. Erhlinger e Dunning (2003) afirmam que existe uma expectativa sobre o próprio desempenho que é enviesada por uma visão crónica sobre a capacidade do próprio num determinado domínio. E ainda, quanto ao feedback que os psicoterapeutas recebem, estes tendem a moldá-lo de modo a fazer uma interpretação que vá no sentido do seu enviesamento sobre as próprias capacidades (Dunning et al., 2004). Um estudo (Walfish et al., 2012) com

uma amostra de 129 participantes profissionais na área da saúde mental, apresentou resultados onde 25% considerava estar no percentil 90 quanto às suas competências. Os autores descrevem a existência de um enviesamento ao nível da auto-avaliação sobre as próprias capacidades, presente nos psicoterapeutas em termos de comparação com os colegas e do reconhecimento do sucesso ou deterioração dos processos dos clientes. Sobre as principais consequências práticas deste enviesamento: os psicoterapeutas parecem sobrestimar significativamente as suas capacidades e subestimar a deterioração dos clientes em terapia. Mais do que a descrição deste enviesamento de otimismo dos psicoterapeutas, os autores desta investigação propõem estratégias de combate ao mesmo, como a supervisão, a autoavaliação e autorreflexão quanto ao seu desempenho.

A auto-consciência

Considerando como essenciais para o bom desempenho do psicoterapeuta a reflexividade e a capacidade de duvidar de si, e tendo em conta a presença de um enviesamento que parece descrever uma incapacidade de pôr em causa as próprias capacidades, surge como relevante a compreensão da própria consciência do psicoterapeuta, e de que modo a podemos desenvolver ou exercitar. Assim surge a temática central deste estudo: a auto-consciência.

A “pessoa do terapeuta” é uma ferramenta essencial na psicoterapia eficaz (Baldwin, 2000), e a utilização do self como instrumento implica a existência de auto-consciência (AC) (Pieterse, Lee, Ritmenten, & Collins, 2013). O conceito de AC é vulgarmente considerado um sinónimo de auto-conhecimento (Williams, 2008). Embora a autora reconheça esta conceptualização como ponto de partida, refere que, na sua conceção, a auto-consciência deve ser mais especificamente descrita como uma transição de estados de consciência, de forma a que, consoante diferentes momentos possamos estar mais ou menos sintonizados com os nossos estados internos. Assim, este conceito é mais amplo que a contratransferência (e.g., Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) e distingue-se, como referido, do autoconhecimento. Williams (2008) propõe a seguinte definição de AC: “reconhecimento e atenção momentâneos do terapeuta dos seus pensamentos imediatos, emoções, reações fisiológicas e comportamentos durante a sessão de terapia” (p. 374).

A valorização da atenção e consciência sobre os aspetos do próprio terapeuta no momento da sessão e para o processo terapêutico, surgiu na terapia sistémica, onde conhecer as próprias dinâmicas e antecedentes familiares ajudava o terapeuta na própria relação de ajuda (Jorgensen et al., 2003). O próprio conceito e a sua abrangência foi evoluindo e atualmente,

seja qual for o modelo teórico, os aspetos socioculturais vistos como uma influência no terapeuta e no processo terapêutico, começaram a ser cada vez mais tidos em conta (Pieterse et al., 2013). Mais especificamente no trabalho com diferentes raças e culturas, a literatura descreve a relevância do treino da consciência para o melhor desempenho profissional (Flowers, & Davidov, 2006)

E se nas primeiras conceptualizações do termo, a AC abrangia aspetos mais globais e subjetivos, como a compreensão por parte do terapeuta dos próprios valores, experiência de vida e visão do mundo (McGoldrick, 1998), as definições mais atuais incluem aspetos mais concretos e focados na sua utilidade prática em termos de influência na clínica. Por exemplo Williams, Hurley, O'Brien e DeGregorio (2003) consideram que a AC é, por um lado, o conhecimento sobre as próprias perceções e experiências (numa lógica de compreensão cognitiva do sistema de valores e processos de relação), e por outro uma condição temporária de se concentrar nas reações fisiológicas e afetivas do próprio (consciência momento-a-momento das suas reações). A literatura mais atual sobre o tema, refere que a AC compreende os aspetos da consciência sobre pensamentos, sentimentos, crenças, comportamentos e atitudes, sendo estes moldados pelas experiências e história de vida do terapeuta (Pieterse et al., 2013), mas o mais relevante é, nas palavras dos autores, promover o desenvolvimento desta capacidade para melhor capacitar os psicoterapeutas para serem mais eficazes.

Para além da definição do conceito onde os autores afirmam a relevância da AC na prática clínica, alguma literatura não é consensual sobre o facto de esta ser benéfica para o terapeuta e para o processo terapêutico. Gelso e Haves (2001 e 2007) têm estudado as reações do terapeuta, geralmente chamadas contratransferência, e no modo como a AC pode ser benéfica para o processo terapêutico. Williams (2003) nos resultados da sua investigação encontra uma relação inversa entre a absorção momentânea do terapeuta e a perceção da sua utilidade para os clientes, mostrando que a partir de um determinado momento, a preocupação com os aspetos da consciência podia não ser benéfica, e pelo contrário distrair o terapeuta do essencial. Posteriormente o estudo de Fauth e Williams (2005) mostra, através de medidas que incluem o feedback dos clientes, que a AC é geralmente útil e não condiciona negativamente o processo terapêutico, exceto quando a intensidade da consciência é um distrator para o terapeuta no momento da sessão. Assim, o mesmo autor num estudo em 2008 reconhece e realça a diferença entre atenção auto-focada e AC. Atualmente existe uma distinção clara entre os conceitos, sendo a AC descrita como um auto-insight, com demonstrações na literatura do seu carácter benéfico para a psicoterapia eficaz, contrariamente ao auto-foco (Pieterse et al., 2013).

O treino da auto-consciência para a eficácia clínica

Tendo em conta as inúmeras definições para o conceito, este estudo irá debruçar-se sobre os domínios da AC segundo um modelo apresentado por Knapp, Gottlieb e Handelsman (2017) – figura 1. Algumas conceções de AC para além de abrangentes e com falta de uma definição concreta, descrevem a AC como resultado de uma série de fatores relacionados com a pessoa do terapeuta em termos de características pessoais. A escolha deste modelo de AC deve-se ao facto de, para além de ser recente, definir o conceito de AC num conjunto de domínios concretos possíveis de ser desenvolvidos e que se referem à prática e ao contexto da psicoterapia.

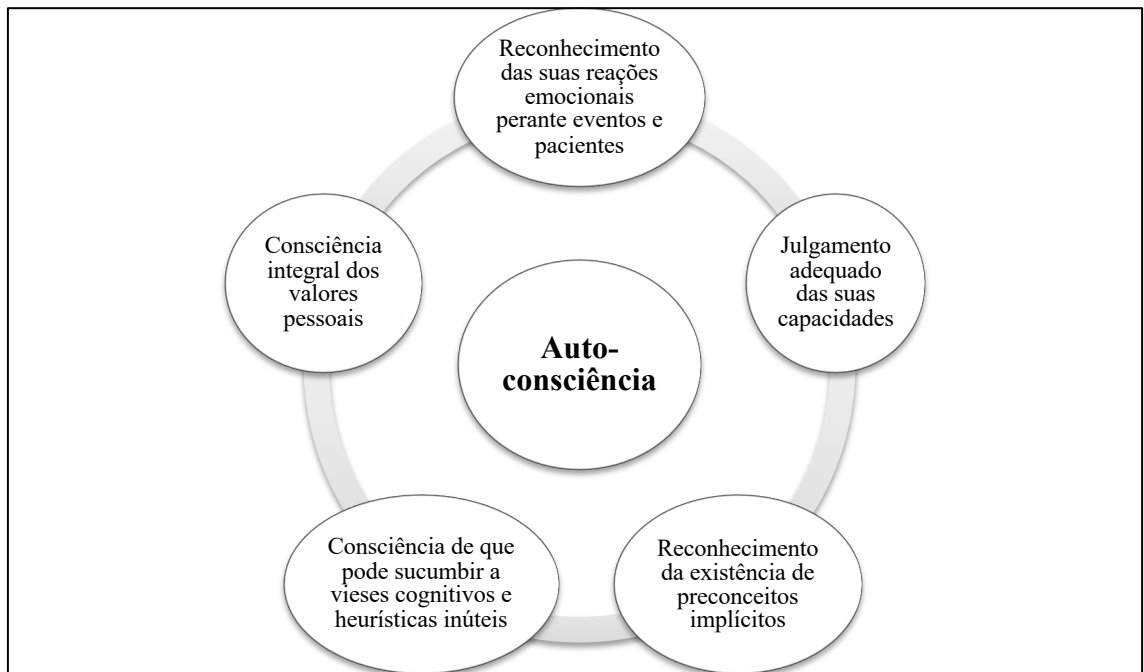


Figura 1: Modelo de auto-consciência com os seus cinco domínios - proposto por Knapp, Gottlieb e Handelsman (2017).

Segundo os autores do modelo escolhido para o presente estudo, os psicoterapeutas devem procurar refletir sobre cada um destes domínios com vista a desenvolver a AC que é vista como “um componente essencial na psicoterapia eficaz” (p. 163). O modelo realça os seguintes domínios da AC: a) reconhecimento das próprias reações emocionais perante eventos e pacientes, b) julgamento adequado das suas capacidades, c) reconhecimento da existência de preconceitos implícitos, d) consciência de que se pode sucumbir a vieses cognitivos e heurísticas inúteis e e) consciência integral dos valores pessoais.

Os cinco domínios da AC descritos pelos autores e de seguida aprofundados, são aspetos que podem contribuir para o aumento da eficácia dos psicoterapeutas e contribuir para a diminuição dos aspetos que a literatura evidencia como consequências de um baixo nível de AC.

Reconhecimento das suas reações emocionais perante eventos e pacientes

Os psicoterapeutas que, no momento da sessão, perante os seus clientes, são mais conscientes dos seus pensamentos e emoções, são considerados mais eficazes (Wolf, Goldfried & Muran, 2017). O trabalho com pessoas desperta inevitavelmente uma variedade de emoções que podem ser entendidas na sua subjetividade pelas idiossincrasias do terapeuta, algo chamado vulgarmente “contratransferência”, que é sentida pelo paciente e sobre o qual deve incidir uma grande consciência por parte do terapeuta para melhor dar resposta às emoções que surgem em tempo real. Pelo contrário, quanto mais se ignoram as emoções que surgem, maior a probabilidade do cliente, assim como o processo terapêutico serem prejudicados por isso (Knapp et al., 2017). O reconhecimento das reações emocionais de acordo com o modelo implica a atenção às emoções e aos sinais internos do corpo, que, no caso dos psicoterapeutas considerados mais eficazes, permitem discernir de que modo isto pode influenciá-los, antes de qualquer resposta ou julgamento. Este facto é reforçado por Hayes, Gelso e Hummel (2011) que consideram que os psicoterapeutas que têm estratégias de reconhecimento da sua experiência emocional, têm melhores resultados terapêuticos.

Julgamento adequado das suas capacidades

Como já referido, o enviesamento de perceção em relação às próprias capacidades dos psicoterapeutas tem mostrado que estes tendem a sobrestimar-se (Walfish et al., 2012), e este é um dos aspetos que o modelo contempla como relevante para a definição de AC. A literatura considera que os psicoterapeutas mais eficazes apresentam domínios nos quais são bons bastante variados, e reconhecem os seus pontos fortes e os seus pontos fracos (Krans, Castomguay, Bostwell, Nordberg, & Hayes, 2011). Num estudo de Storey (2016) nenhum dos psicoterapeutas da sua amostra se considerou abaixo da média nas suas capacidades, e 30% ainda se considerou muito acima da média. Para além das consequências deste enviesamento já referidas noutra seção, a sobrestimação dos psicoterapeutas em relação às suas capacidades influencia o modo como são feitas as previsões sobre os clientes, e interfere mesmo na avaliação das próprias questões éticas, pessoais e profissionais (Knapp et al., 2017).

Nas sociedades mais individualistas este enviesamento está mais presente (Balcetis, Dunning, & Miller, 2008), e tem sido bastante estudado e refere-se muitas vezes a um *narcisismo profissional* por parte dos psicoterapeutas (Younggreen, 2007) que, se por um lado pode ser benéfico a níveis moderados na resistência à adversidade, por exemplo, por outro lado pode ser prejudicial e ter diversas consequências ao nível da avaliação e intervenção com os clientes, incluindo o facto do terapeuta trabalhar em áreas ou domínios nos quais não está habilitado. Podemos considerar que aquilo que o autor menciona como um certo narcisismo profissional influencia o modo como os terapeutas interpretam o feedback que recebem, no sentido de proteger a visão que criam em relação às suas próprias competências.

Um número significativo de psicoterapeutas considera que melhora as suas competências com o tempo, ou seja, com os anos de experiência (Orlinsky et al., 1999), no entanto a literatura mais recente tem tentado mostrar que este aspeto não é suficiente para as melhorias na eficácia dos terapeutas: é preciso continuamente duvidar de si (Nissen-Lie et al., 2015). Os psicoterapeutas mais eficazes adotam uma atitude mais humilde, olham para o seu comportamento de uma forma mais objetiva e não rejeitam o feedback menos positivo sobre si e sobre o seu desempenho (Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014).

Não é consensual se os psicoterapeutas melhoram ou não com o tempo, como mostram os estudos de Goldberg e colaboradores (2016), Huppert e colaboradores (2001), ou Spengler e colaboradores (2009), mas parece que esta evolução depende de fatores como o enviesamento de auto-avaliação dos terapeutas (ou narcisismo profissional), um certo nível de exaustão emocional do psicoterapeuta ou desvio do psicoterapeuta (quanto ao abandono gradual do modelo terapêutico). Segundo Waltman, Frankel e Willston (2016) estes fatores estão na base do desfasamento entre o desempenho real e o desempenho percebido pelos psicoterapeutas. Ao mesmo tempo, é consensual que nem todos os terapeutas aumentam as suas capacidades e competências ao longo do tempo, com os anos de experiência, assim como nem todos diminuem. O tempo não é um fator suficiente para o desenvolvimento das capacidades do terapeuta, se este não tiver um papel ativo nesse desenvolvimento (Knapp et al., 2017). Neste sentido, são de extrema importância a contínua reflexão: nos grupos de supervisão, pelo contacto e discussão com os pares, e através pedidos regulares de feedback aos clientes (Boswell, Krans, Constantino, Bugatti, & Custonguay, 2017).

Reconhecimento da existência de preconceitos implícitos

“A autoconsciência inclui consciência dos preconceitos e enviesamentos” (Knapp et al., 2017, p. 167), e apesar de um dos trabalhos dos psicoterapeutas ser não incorrer neles, é algo

humano e universal. Não se trata, como afirmam os autores, de um racismo nítido e descarado, mas a maioria, segundo consta a sua experiência profissional, tem uma preocupação genuína com a justiça social e acredita que trata todos os pacientes de forma igualmente justa. No entanto, todos podem não aceder de forma consciente a estes inevitáveis vieses implícitos, e por vezes mesmo sem intenção levam a que os psicoterapeutas não sejam assim tão justos no seu tratamento (Banaji e Greenwald, 2013). Os mesmos autores descrevem que mesmo os indivíduos que se consideram mais abertos e comprometidos com valores igualitários, têm vieses implícitos que influenciam o seu comportamento, mesmo sem que tenham consciência imediata dos mesmos. “O primeiro passo é que os psicoterapeutas conscientes, reconheçam que podem ter preconceitos implícitos, e em caso afirmativo, identificá-los. Tendo feito isto, eles podem esforçar-se para monitorizá-los, determinar como eles podem influenciar o seu trabalho e compensá-los ou substituí-los” (Knapp et al., 2017, p. 167). A literatura apresenta enviesamentos específicos que têm sido estudados, como por exemplo considerar mais saudáveis e com características pessoais mais positivas e atrativas (LaChapelle, Lavoie, Higgins, & Hadjistravropoulos, 2014) que podem dar origem a avaliações ou intervenções desadequadas. Por exemplo, um estudo de Bruss, Brack, Brack, Glickauf-Hughes e O’Leary (1997), descreve um modelo criado que incide, para psicoterapeutas em formação, nos vieses relativos à orientação sexual. Dirigia-se a formandos com pacientes gay, lésbicas ou bissexuais, e que pretendia através de estratégias práticas, promover a auto-consciência do seu real entendimento e reações perante este tema.

Quando descrevem este domínio de AC, os autores não se referem apenas aos preconceitos ditos negativos, mas também positivos. Existem enviesamentos, que podem acompanhar um certo grau de identificação com aspetos que vai conhecendo sobre o cliente que são de certo modo inevitáveis. Este facto pode influenciar os comportamentos ou tomada de decisões do terapeuta, no sentido de favorecer certos clientes, e que pode ser prejudicial quando leva a uma perda de objetividade (Knapp et al., 2017). Os autores referem ainda que é por vezes difícil reconhecer que abrigamos preconceitos, mas a única forma de nos protegermos das suas consequências é aceitar que os temos inevitavelmente, e por isso devemos olhar para o próprio comportamento com aceitação.

Consciência de que pode sucumbir a vieses cognitivos e heurísticas inúteis

Assim como os preconceitos, os atalhos mentais e heurísticas são inevitáveis ao nível da nossa cognição. Ainda assim, enquanto profissionais de saúde mental, estes podem por vezes reduzir a qualidade do nosso trabalho, ainda mais se não tivermos consciência deles (Knapp et

al., 2017). Os vieses cognitivos mais comumente encontrados no trabalho dos psicoterapeutas são o viés de confirmação – que leva à interpretação da informação de acordo com as crenças ou hipóteses pré-existentes – e o erro fundamental da atribuição – que leva a sobrestimar as suas características pessoais em detrimento das características do contexto (Rogerson, Gottlieb, Hendelsman, Knapp, & Younggreen, 2011). Para além de sucumbir nestes enviesamentos, os psicoterapeutas são mais capazes de ver a sua presença nos outros do que em si e acreditam que são menos tendenciosos do que os outros (Pronin, & Kugler, 2007). Este facto pode ser prejudicial na medida em que pode influenciar julgamentos, comportamentos, nomeadamente na tomada de decisões, e tornar os indivíduos menos recetivos a contribuições úteis (Scopelliti et al. 2015).

A introspeção não facilita o reconhecimento destes vieses porque eles operam a um nível não consciente (Molouki, & Pronin, 2015). Ainda assim, os psicoterapeutas devem questionar-se, como rotina, sobre até que ponto são influenciados por vieses cognitivos, mantendo-os presentes, até pelo reconhecimento destas consequências (Knapp et al., 2017).

Consciência integral dos valores pessoais

Em relação a este domínio, considera-se que os psicoterapeutas, face a um conflito ético, tendem a pensar de acordo com o código de conduta profissional, mas na resposta ao que fariam na prática tendem a reger-se pelos valores pessoais (Smith, McGuire, Abbott, & Blam, 1991). Os autores salientam que seria impossível evitar por completo esta relação entre os valores pessoais e o comportamento profissional, mas é importante estar consciente da influência que as nossas crenças podem ter no nosso comportamento, nomeadamente no trabalho da psicoterapia (Knapp et al., 2017). É ainda relevante considerar as situações em que os valores entram em conflito entre si (Crowley, & Gottlieb, 2012).

Expostos os cinco domínios que o modelo de Knap e colaboradores (2017) apresenta na conceção de AC, os autores sublinham ainda algumas considerações relevantes. Perante os aspetos que podem impedir os psicoterapeutas de ser mais eficazes e dos quais devem, portanto, estar mais conscientes, os autores enumeram estratégias específicas que desenvolvem esta capacidade de AC na prática, nomeadamente terapia pessoal, realizar formação contínua e regular, estimular a auto-reflexão, solicitar regularmente feedback dos pacientes e dos pares. Estas estratégias são relevantes na medida em que permitem melhorar a prática clínica e evitar as consequências descritas acima.

Partindo da relevância das estratégias sugeridas pelos autores, a estratégia de gravação de sessões de psicoterapia promove uma oportunidade de reflexão acerca do próprio desempenho na clínica, assim como pode ser um ponto de partida para a autoavaliação ou avaliação a partir de um feedback externo. Esta será a estratégia explorada no presente estudo para melhor compreender as questões da AC dos psicoterapeutas.

Auto-consciência na formação em psicoterapia

Existe ainda uma considerável falta de estudos na área da AC, nomeadamente no seu processo de desenvolvimento, e especificamente nas fases de formação em psicoterapia. Isto pode dever-se à tendência para a AC ser vista como um resultado da experiência do terapeuta, não havendo um foco no seu exercício ou desenvolvimento nas fases iniciais da sua formação (Pieterse et al., 2013). “O desenvolvimento da AC de um terapeuta deve ser, no mínimo, tanto peso na sua formação profissional quando a acumulação de conhecimento sobre teorias e metodologias” (Edwards, & Bess, 1998, p. 98). Apesar das lacunas, a literatura indica que o crescimento profissional dos psicoterapeutas em formação está fortemente associado ao desenvolvimento da consciencialização das próprias reações perante os clientes (Hill, Sullivan, Knox, & Scholler, 2007), e especificamente para terapeutas em formação. Em relação aos aspetos mais benéficos no treino da auto-consciência a literatura indica a terapia individual, os grupos de desenvolvimento pessoal (Pieterse et al., 2013), a AC e o insight (Howard, Imman, & Altemen, 2006).

Os mesmos autores descrevem através de um modelo, alguns aspetos que consideram especificamente relevantes para o desenvolvimento da AC em psicoterapeutas nas fases iniciais de formação: o estilo de personalidade, a dinâmica da família de origem, o género e orientação sexual, a identidade racial/ étnica, o estilo relacional, a classe social e a orientação espiritual e religiosa. Estes seriam os pontos de partida em termos de reflexão para um melhor entendimento das próprias experiências e reações emocionais. A fase inicial da formação em psicoterapia é considerada (Collins, & Pieterse, 2007; Hill et al., 2007) especialmente relevante quanto à experiência sobre as reações emocionais perante diferentes clientes (e diferentes processos terapêuticos), pelo desafio imposto aos seus valores e visões do mundo, e é também nesta altura que devem procurar ser mais flexíveis e entender o modo como os seus diversos aspetos pessoais e de identidade influenciam profissionalmente o processo terapêutico com os clientes que acompanham. Estes são fatores relevantes porque influenciam aspetos pessoais do

terapeuta nas suas próprias reações, percepção global do cliente e até mesmo conceptualização do caso (Aponte, & Winter, 2000; McGoldrick, 1998; Williams, 2008).

Apesar do reconhecimento positivo da auto-reflexão e AC nos psicoterapeutas, parece existir ainda uma significativa resistência em aderir a estratégias que promovem o seu treino. Como explicação, Pieterse et al., (2013) destacam a possível linha ténue na percepção entre a própria terapia individual e o uso destas técnicas com vista ao aprofundamento da AC. Para além disso, esta exposição, em grupos de supervisão, por exemplo, pode estar associada a um certo nível de ansiedade e desconforto por explorar aspetos pessoais difíceis que possam surgir como reflexão. Assim, a condução do supervisor em termos de dinâmica e processo é considerada fundamental para o sucesso destas estratégias.

Desde muito cedo a literatura considera relevante o aumento da consciência, até para a definição do próprio estilo terapêutico (McConnautghy, 1987), nomeadamente a consciência das próprias forças, conflitos, vulnerabilidades e potenciais.

O confronto com o desempenho real

Haggerty e Hilsenroth (2011) alertam no seu estudo para a frequência com que podemos encontrar psicoterapeutas que nunca observaram o seu próprio desempenho em sessão, e mesmo em formação, é possível que toda ela seja feita sem o supervisor observar diretamente o desempenho do formando em sessão. Desde os anos 60 que a gravação de sessões tem sido uma prática com utilização crescente, ainda assim, não tem um papel central na clínica (Abbass, 2004).

A literatura refere a crescente utilização desta prática, nomeadamente na área das terapias cognitiva e comportamental, e especifica que a sua utilização é muitas vezes direcionada aos clientes, porque lhes permite retomar conteúdos das sessões, e para os terapeutas, enquanto ferramenta de trabalho em supervisão (Shepherd, Salkovskis, & Morris, 2009). Parece haver uma lacuna em termos de exploração desta prática para utilização do próprio terapeuta e desenvolvimento do seu nível de AC sobre diversos aspetos das sessões e processos terapêuticos. Alpert (1996), refere que para além dos benefícios em termos de treino e supervisão, os psicoterapeutas podem beneficiar da observação das suas sessões gravadas como oportunidade de observar os seus erros, os aspetos positivos e oportunidades perdidas no momento da sessão.

Em relação às atitudes de terapeutas e clientes acerca desta prática, Shepherd, Salkovskis e Morris (2009) mostram nos resultados do seu estudo que ambos a consideram

vantajosa, sendo o aspeto mencionado como mais positivo o facto de ajudar em termos de memorização. Estes dados são concordantes com a investigação de Elis (2010) que reforça o facto de que os clientes não apresentam uma resistência significativa a esta prática, contrariamente à expectativa dos terapeutas, e gostam até desta ferramenta quando percebem a sua finalidade. Outro estudo nesta área (Shepherd, Salkovskis, & Morris, 2009) mostra que para os clientes não são encontradas desvantagens para a gravação de sessões. Para os terapeutas, a expectativa de desconforto dos pacientes é uma desvantagem. O aspeto da confidencialidade é apontado por ambos, assim como o aumento da auto-consciência, que neste caso foi vista como obstáculo ou desvantagem.

Ainda assim, são enumeradas na literatura (e.g., Huhra, Yamokoski-Maynhart, & Prieto, 2008) várias vantagens desta prática, especialmente relevantes em contextos de supervisão, como a possibilidade de mudança na auto-perceção dos psicoterapeutas, o fomento da autoanálise, a re-experienciação da sessão e a possibilidade que daí surge de o supervisor apreciar, de forma mais precisa, o seu desempenho. A meta-análise de Diener, Hilsenroth. & Weinberger, (2007) descreve ainda que as gravações, em vídeo ou áudio, demonstram ter efeitos positivos na clínica a curto prazo.

Um dos aspetos mais mencionados como relevante na prática de gravar sessões, é a facilidade em aceder a informação que não conseguimos reter na memória. A partir do estudo de Schacter (2007), percebemos que, por não sermos capazes de reter e armazenar toda a informação ao mesmo tempo, muitos detalhes da sessão são inevitavelmente esquecidos. Haggerty, & Hilsenroth (2011) referem o importante facto de que, mesmo com a rotina de tirar notas no final das sessões, estas podem muitas vezes ser enviesadas, não só por estas falhas na precisão da nossa memória, como pela própria forma como filtramos a informação quando a recuperamos sem termos acesso ao seu conteúdo real. Os mesmos autores reforçam a impossibilidade de nos mantermos focados e atentos durante 45 ou 50 minutos, o que nos empobrece em termos de recuperação de informações e detalhes importantes como a comunicação não verbal. Os clínicos estão mais aptos a cometer erros quando dependem da memória, incorrendo naquilo que foi descrito como erro da acomodação de nova informação.

A gravação de sessões é ainda pouco usada devido às dificuldades com a tecnologia, crença dos terapeutas sobre a resistência no consentimento dos clientes e a própria ansiedade do terapeuta (Shepherd, Salkovskis, & Morris, 2009). E se muitas vantagens são enumeradas na literatura, podem também levantar-se objeções. A gravação introduz uma mudança no ambiente da sessão que leva o terapeuta a consciencializar-se de que o seu comportamento será observado e possivelmente avaliado, e segundo Haggerty, & Hilsenroth (2011) isto poderá levar

a que os psicoterapeutas alterem o seu comportamento. Para além desta prática poder influenciar a relação terapêutica (ex. Brown, 1990), o estar em sessão com um gravador, influencia inevitavelmente o terapeuta que posteriormente terá de se confrontar com o seu desempenho e o quão bom ou mau foi (Haggerty, & Hilsenroth, 2011). Aveline (1992) enfatiza a ansiedade que as gravações de sessão podem gerar no terapeuta, referindo que esta prática pode ativar um certo grau de ansiedade e desconforto perante a consciência sobre o próprio que põe também em jogo a necessidade de suporte por parte de um supervisor, relevante para concretizar os benefícios desta prática. O terapeuta precisa, segundo Haggerty, & Hilsenroth (2011) de acompanhar este confronto com o seu desempenho, de suporte e de uma paralela crítica construtiva, e prestar atenção aos erros é parte do processo de melhorar enquanto clínico.

Para além dos benefícios da utilização desta prática para fins de supervisão, a literatura (Brown, Moller, & Ramsey-Wade, 2013) tem procurado entender a visão mais atual dos terapeutas e clientes em relação esta prática, tendo descoberto que um dos tópicos mais mencionados é o benefício das gravações para o próprio. Para além disso os terapeutas neste estudo mencionaram o facto de não saberem o impacto que a gravação pode ter no cliente, o facto dos clientes raramente recusarem as gravações, e o quanto as falhas tecnológicas podem ser uma barreira; e estes aspetos ajudam-nos a entender qual o caminho relativamente a esta prática, quais as barreiras a superar e que a maior resistência é ainda por parte do terapeuta.

Mesmo nos primeiros estudos sobre esta prática, a gravação de sessões tem sido vista como benéfica no aumento da AC dos psicoterapeutas em formação, relativamente aos seus comportamentos (Chodoff, 1972; Star, 1977), assim como tem sido vista como uma base para o desenvolvimento de técnicas ao longo da formação em psicoterapia (Hilsenroth, DeFife, Blagys, & Ackerman, 2006). Especificamente a utilização de vídeo por parte dos psicoterapeutas em formação é tida como uma vantagem na medida em que permite rever o que de facto aconteceu na sessão com os pacientes (Haggerty, & Hilsenroth, 2011). E os autores apontam ainda que, para além do desenvolvimento de competências para aplicar conceitos teóricos a casos reais, a ajuda do supervisor é tanto maior quanto melhor ele perceber o que realmente ocorreu no momento da sessão. Este aspeto é considerado especialmente relevante na formação, porque, consideram os autores, é quando os psicoterapeutas estão mais concentrados na utilização das técnicas básicas, podendo valorizar menos os aspetos da relação.

Segundo os mesmos autores, ouvir uma sessão gravada permite retomar conteúdos da sessão, mas também refletir sobre aspetos que possam ter sido perdidos naquele momento. Esta prática é vista como uma ferramenta útil para o desenvolvimento profissional e frequentemente é mencionada pelos terapeutas a necessidade de acompanhar o visionamento das sessões de

reflexões de modo a que consigam consciencializar-se do que correu bem e do que é necessário melhorar.

Como Haggerty, & Hilsenroth (2011) referem, a criatividade surge como uma necessidade na prática psicoterapêutica, onde, para além do crescimento e da aprendizagem, cometer erros e solucioná-los são partes do processo de criar uma identidade profissional. “*Bons psicoterapeutas lutam pela sua auto-consciência, apreciam as suas limitações e monitorizam a qualidade dos seus serviços*” (p.170), ainda assim, todos podem incorrer em processos que levam à diminuição de uma humildade que é útil para o seu trabalho e uma insegurança positiva e construtiva (Knapp et al., 2017).

O presente estudo

Este estudo pretende, em primeiro lugar, resumir algumas das conceções apresentadas pelos autores nos últimos anos acerca do conceito de auto-consciência. Para além disso, é mencionada uma lacuna ao nível da compreensão dos aspetos específicos deste conceito, nomeadamente em psicoterapeutas em fases de formação. O presente estudo pretende compreender, a partir das narrativas dos psicoterapeutas, o conceito de AC nas suas particularidades, e através de uma estratégia concreta, em que os psicoterapeutas ouvem uma sessão de psicoterapia gravada por si, pretende compreender de que modo se altera a sua narrativa de auto-consciência. Ao nível dos objetivos específicos pretende:

1. Compreender como se refletem, nas narrativas dos psicoterapeutas, os processos de AC nas cinco dimensões do modelo
2. Compreender como se relacionam, nas narrativas dos psicoterapeutas, os domínios de AC do modelo com os processos de Valência, Abstração e Propósito
3. Que relação existe entre as narrativas anterior e posterior dos psicoterapeutas, face à audição da sessão de psicoterapia gravada por si

Para além dos objetivos gerais, surgem como objetivos mais específicos compreender em que medida os participantes diferem nas suas narrativas sobre as diferentes dimensões do modelo; que diferenças existem ao nível das narrativas sobre os processos de auto-consciência (valência, abstração e propósito) em cada uma das dimensões do modelo; e que diferenças existem ao nível das narrativas, em relação à expressão subjetiva de ganho de consciência

MÉTODO

Participantes

O presente estudo tem como população alvo os psicoterapeutas do modelo cognitivo-comportamental em fases de formação em psicoterapia, e estão incluídos nesta amostra todos os psicoterapeutas, sem critério de idade ou anos de experiência. A recolha da amostra foi feita por conveniência na APTCCI – Associação Portuguesa de Terapias Cognitiva Comportamental e Integrativa, através da visita a cada um dos grupos de supervisão de adultos. A amostra final do estudo é composta por 20 participantes, entre os 28 e os 59 anos, com média de idades nos 40 anos. Do total de participantes, 17 são do género feminino. A nível da caracterização da amostra, 80% dos participantes concluiu a formação teórica em psicoterapia, sendo que nenhum deles apresentava menos de 2 anos de formação concluída. 75% dos participantes concluiu o desenvolvimento pessoal, e em relação às horas de supervisão a amostra apresentou uma distribuição que varia entre as 5 e as 500 horas, sendo a média 118 horas. A totalidade da amostra tem como formação base Psicologia, tendo entre 1 a 20 anos de experiência na área da psicoterapia, com uma média de cerca de 9 anos.

Entrevista

A entrevista realizada foi desenvolvida para o presente estudo a partir do modelo de Knapp, Gottlieb e Handelsman (2017), que inclui questões centrais referentes a cada uma das dimensões da auto-consciência no modelo, sendo elas: 1. Reconhecimento da experiência emocional, 2. Avaliação das próprias competências, 3. Reconhecimento dos preconceitos implícitos, 4. Reconhecimento de vieses cognitivos e heurísticas e 5. Consciência acerca dos valores pessoais.

Sendo que a entrevista foi desenvolvida para o presente estudo, contou com um estudo piloto antes da sua aplicação na amostra global, que permitiu averiguar aspetos mais específicos ao nível da formulação das questões da entrevista, e por exemplo a junção de dois domínios de AC na mesma questão, que levaram ao desenvolvimento da sua versão final.

Foi construída uma entrevista semiestruturada com as questões centrais referidas em relação a cada dimensão do modelo, com questões de follow-up, uma questão inicial introdutória e uma final para conclusão. É de ressaltar que na construção da entrevista, as dimensões 3 e 4 foram fundidas na mesma questão. Foram tidos em conta os devidos aspetos na construção da entrevista, que esclarecem as questões da confidencialidade dos clientes, e que excluem qualquer enviesamento na resposta dos participantes, tendo em conta o carácter

sensível dos temas abordados, como os próprios autores do modelo mencionam. De acordo com o procedimento do estudo, foram realizadas duas entrevistas - pré e pós gravação de uma sessão de psicoterapia por parte de cada participante - que se baseiam na exploração do reconhecimento de cada psicoterapeuta em relação às diferentes dimensões da auto-consciência propostas no modelo, tendo como base o processo terapêutico com um cliente à sua escolha. A entrevista completa nas versões (1) e (2) – antes e depois da audição da sessão gravada, será de seguida apresentada.

Guião base entrevista (1)

Em primeiro lugar gostaria de esclarecer que esta entrevista deve ser feita tendo por base um cliente em particular, escolhido por si, relativamente ao seu processo terapêutico.

Apesar de ser baseada neste caso em particular, a confidencialidade do cliente será sempre mantida e nem mesmo será questionado sobre qualquer detalhe do cliente nem sobre as suas impressões do caso.

Deste modo as questões seguintes (em exceção da primeira) referem-se a si enquanto psicoterapeuta neste processo.

0 – Enquanto psicoterapeuta, em geral quando pensa nas suas várias terapias, quais são as dimensões do processo para si mais relevantes?

1 – Em relação a este cliente em particular, de que modo considera relevante a sua experiência emocional, em sessão com o/a cliente?

2 – Que competências suas, enquanto psicoterapeuta, considera mais relevantes para o processo terapêutico com este/a cliente em particular?

3 – Existe algum tipo de preconceito ou enviesamento que considere mais relevantes no processo terapêutico com este cliente particular?

4 – Qual é a influência dos seus valores pessoais neste processo terapêutico?

Guião base entrevista (2)

Esta entrevista será referente ao mesmo cliente sobre a qual respondeu à primeira entrevista. Desta vez, iremos focar-nos na sessão com o cliente que gravou e ouviu. Peço-lhe que nos foquemos apenas na audição da gravação, sendo mais uma vez garantida a confidencialidade do cliente, pelo que as perguntas se referem a si enquanto terapeuta.

0 – Em primeiro lugar gostaria de saber se algum aspeto o surpreendeu ao ouvir a sua sessão gravada?

1 – De que modo considerou relevante, nesta sessão particular, a sua experiência emocional na sessão com o/a cliente?

2 – Quais as suas competências enquanto psicoterapeuta que considera terem sido mais relevantes nesta sessão particular?

3 – Considera que existiram algum tipo de preconceitos ou enviesamentos da sua parte mais relevantes nesta sessão?

4 – De que modo considera que os seus valores pessoais influenciaram esta sessão com o cliente?

Procedimento

O procedimento do presente estudo teve início na fase de contactos e pedido de autorização junto da APTCCI para facilitar a divulgação do estudo junto dos grupos de supervisão de adultos. Seguidamente foi entregue à Associação e aos psicoterapeutas dos respetivos grupos de supervisão um consentimento informado (Anexo I), com a descrição dos detalhes metodológicos da investigação. Em cada visita aos grupos, foram recolhidos os contactos dos psicoterapeutas interessados em cooperar com o estudo, que foram posteriormente contactados. Foi igualmente disponibilizado um consentimento informado a cada psicoterapeuta, dirigido ao cliente de quem iriam gravar a sessão (Anexo II).

Foi de extrema importância referir no primeiro contacto, e durante todo o procedimento, a questão da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, tanto do psicoterapeuta como do cliente. Foi referido que toda a informação recolhida ao longo do procedimento se dirigia ao próprio psicoterapeuta e à sua experiência; as questões do cliente seriam apenas o ponto de referência para as entrevistas, não sendo necessário ou relevante quaisquer questões específicas em relação ao caso. Para além disso foi reforçado que a gravação da sessão de psicoterapia seria ouvida exclusivamente pelo próprio psicoterapeuta, nunca saindo da sua posse.

O procedimento do estudo contou com diversas etapas. Após o contacto e consentimento de cada participante, numa primeira fase, foi feita uma entrevista, realizada e gravada via Skype ou presencialmente, a cada um dos psicoterapeutas, tendo como base o processo terapêutico com um cliente à sua escolha. De seguida, foi pedido a cada psicoterapeuta que gravasse em áudio a sessão seguinte de psicoterapia com o mesmo cliente a quem se referiu a primeira entrevista. Após o psicoterapeuta ouvir a sessão que gravou, a última fase consistiu

em realizar uma segunda entrevista nos mesmos moldes, com questões semelhantes à entrevista inicial, tendo esta como referência a sessão específica que o psicoterapeuta gravou e ouviu com o mesmo cliente escolhido.

Antes do início da primeira entrevista com cada um dos participantes, estes preencheram um formulário com alguns dados sociodemográficos que pode ser consultado em anexo (Anexo III). No total cada um dos participantes respondeu a duas entrevistas, pelo que o resultado final da amostra de vinte participantes foi de quarenta entrevistas.

Como mencionado na secção Entrevista, numa primeira fase, anterior à recolha da amostra, foi realizado um estudo piloto para avaliar as qualidades da entrevista que levou à construção da sua versão final.

Análise

Cada uma das quarenta entrevistas foi transcrita de forma integral e fidedigna. A análise dos dados resultantes das entrevistas foi feita através de um método misto: numa primeira fase através da análise temática das entrevistas e numa segunda fase numa análise quantitativa de conteúdo que partiu dos resultados na análise temática.

A partir das entrevistas realizadas, (1) e (2), foi elaborada uma análise qualitativa através do método de Análise Temática (Braun, & Clarck, 2006; 2013). Esta permitiu identificar e descrever padrões ao nível dos temas encontrados nas entrevistas. A análise qualitativa foi realizada tendo como ponto de partida categorias pré-definidas - os domínios da AC correspondentes a cada questão da entrevista. A partir das categorias pré-definidas foram encontrados outros temas, transversais às entrevistas, com o objetivo posterior de codificar os resultados, permitindo traduzi-los em termos quantitativos.

O cruzamento do primeiro eixo de análise (categorias pré-definidas como domínios de AC) com o segundo eixo de análise (categorias transversais aos domínios encontradas na análise temática), permitiu desenhar um modelo ortogonal. Este modelo – apresentado na secção dos resultados – gerou um sistema de codificação que permitiu analisar quantitativamente os dados de cada entrevista. O dicionário final (Anexo IV) apresenta a definição de cada tema, em cada um dos eixos de modo a ser possível codificar as entrevistas segundo o modelo desenhado. A unidade de análise em cada uma das entrevistas (1) e (2) corresponde à “expressão” (*utterance*). Deste modo foram codificadas cada expressão de cada resposta inserida no sistema de codificação. Depois de recodificada cada entrevista com este sistema de codificação final, foi gerada uma base de dados, cujo tratamento foi feito através do programa estatístico SPSS.

Análise qualitativa

Os dados das entrevistas foram analisados através do método de Análise Temática, a partir da qual foram descritos os principais temas encontrados em termos de padrão nas entrevistas (1) – narrativa anterior – e (2) – narrativa posterior.

Seguidas todas as etapas sugeridas pelo método de Análise Temática, o resultado permitiu distinguir os seguintes temas como descreve a Figura 3.

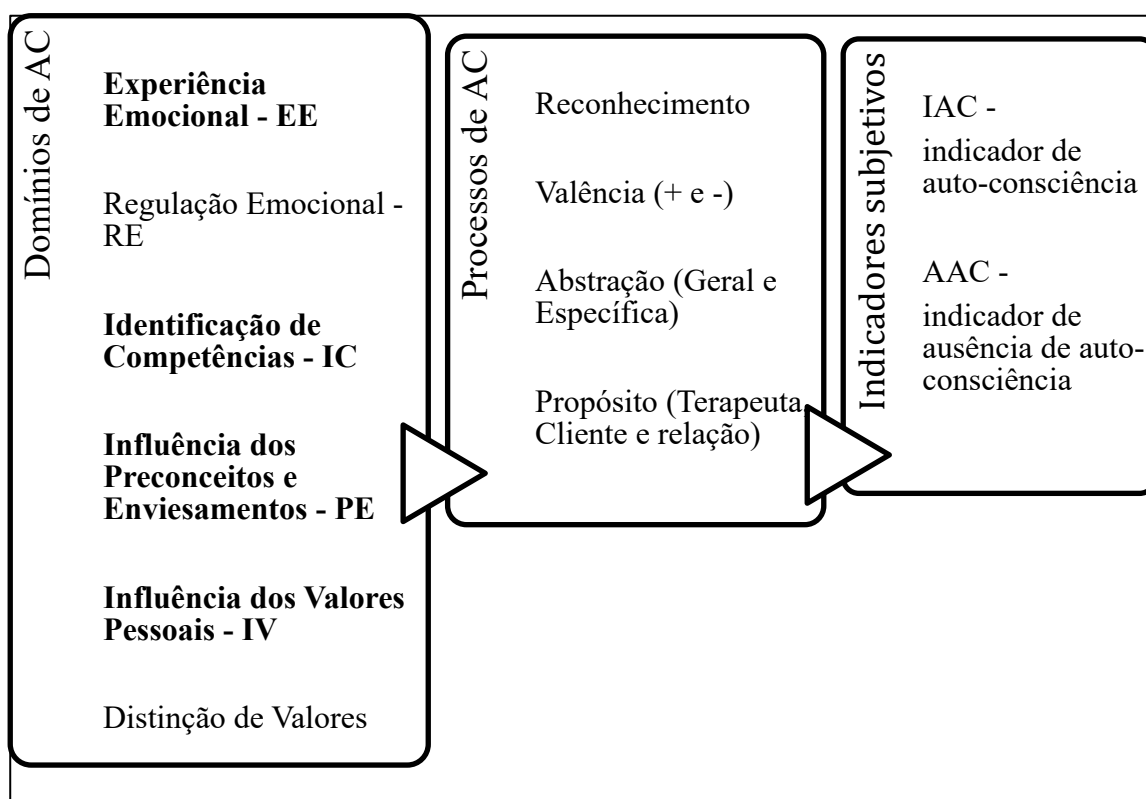


Figura 2: Esquema dos temas de AC apurados na análise temática.

Como podemos observar, é possível distinguir os diferentes temas em três grupos. O primeiro refere-se aos domínios de AC, ao qual, para além dos quatro grandes temas pré-definidos que o modelo sugere, foram acrescentados a *Regulação Emocional* e a *Distinção de Valores*. No grupo seguinte, estão mencionados os temas que surgiram na análise temática, e que se referem aos Processos nos quais ocorrem as narrativas dos psicoterapeutas acerca dos domínios. Estes, assim como o grupo dos Indicadores Subjetivos, são transversais às entrevistas da narrativa anterior e posterior.

O primeiro grupo de temas apresentado corresponde ao primeiro eixo de análise e o segundo grupo de temas – referente aos Processos de AC – refere-se ao segundo eixo.

Relativamente ao primeiro eixo - Domínios de AC – correspondentes aos temas pré-definidos, cada um deles está explicado em detalhe no dicionário final (Anexo IV). Os temas adicionados a este eixo foram:

Regulação emocional – Este tema foi apurado a partir do domínio da Experiência Emocional e inclui as descrições do próprio terapeuta referentes à sua necessidade de regular ou controlar a própria experiência emocional no momento da sessão com o cliente. Também inclui as descrições que se referem à necessidade de separar a experiência emocional do cliente com a própria experiência emocional.

Exemplos: T “é importante não confundir isso [as minhas emoções] com o processo terapêutico em si”

T “às vezes podemos ter dificuldade em nos desligarmos, não é? Eu acho que consigo fazer essa separação muito bem”

Distinção de valores – Este tema foi apurado a partir do domínio da Influência dos Valores Pessoais, e surge quando é mencionada por parte do terapeuta, a propósito da influência dos valores pessoais, a necessidade ou prática de distinção de valores, seja ela entre os valores pessoais e profissionais do terapeuta, ou entre os valores do terapeuta e os valores do cliente.

Exemplo: T: “Sempre foi uma questão que eu sempre consegui muito bem pôr um travão ou separar. Uma coisa sou eu enquanto pessoa, outra coisa sou eu enquanto psicoterapeuta.”

No segundo eixo de análise, referente aos Processos de AC, os temas apurados são os seguintes:

1. Reconhecimento – Em ambas as entrevistas – narrativa anterior e posterior – sobre cada um dos domínios da AC que os psicoterapeutas descrevem, o principal tema expressa o reconhecimento da influência o domínio pode ter no contexto da sua prática clínica.

1.1. Reconhecimento

Exemplo: T “Porque eu penso que essa variável de alguma forma pode interferir na eficácia da intervenção terapêutica.” – sobre a relevância da experiência emocional em sessão com a cliente.

1.2. Não reconhecimento

Exemplo: T “Preconceito também não. Preconceito... estava a pensar em preconceitos em relação a eventuais outros pacientes, mas não.” – expressão de não reconhecimento da influência do domínio na sua prática clínica.

2. Valência – Para além da expressão do reconhecimento, um dos aspetos centrais mencionados nas narrativas dos psicoterapeutas, diz respeito à valência que estes atribuem a determinado domínio de AC na sua prática. Pode reconhecer a influência de determinado domínio, mas discriminá-la como positiva ou negativa para a sua prática.

2.1. Valência positiva

Exemplo: T “Pronto, para já acho que com este cliente em particular, o facto de (eu) ser uma pessoa com bastante formação é importante, porque ele é uma pessoa desconfiada por natureza e muito crítico.” – sobre as competências do próprio relevantes para o processo com o cliente.

2.2. Valência negativa

Exemplo: T “(...) E acho que estou a sentir a mesma dificuldade agora, não deixar realmente que o meu lado pessoal interfira” – sobre a influência dos preconceitos e enviesamentos do próprio no processo terapêutico.

3. Abstração – a análise temática sugere uma distinção ao nível da abstração do discurso na narrativa dos psicoterapeutas. Este tema inclui as descrições dos terapeutas que expressam o nível de abstração que a influência de cada domínio de AC pode ter na sua prática. Nas suas narrativas, os terapeutas descrevem uma influência geral/ transversal de determinado domínio para todos os clientes que acompanham, ou que determinado domínio poderá influenciar de forma generalizada em todos os terapeutas. Por outro lado, pode descrever que a influência de determinado domínio na sua prática é exclusiva ou mais acentuada quando se refere ao cliente específico a quem se refere.

3.1. Geral/Transversal

Exemplo: T “Isso é geral, isso é uma coisa transversal. Todos os bons terapeutas devem ter essa capacidade.” – sobre as competências do próprio mais relevantes para o processo com o cliente

3.2. Específico

Exemplo: T “Eu acho que é muito importante pelo cliente em particular que escolhi. Acho que não escolhi a mais fácil.” – sobre a relevância da experiência emocional no processo com a cliente

4. Propósito – inclui as descrições dos terapeutas referentes ao propósito da influência de cada domínio de AC, ou seja, o terapeuta pode reconhecer que determinado domínio influencia a sua prática, e distinguir qual o propósito dessa influência – a quem se dirige. As descrições das entrevistas permitiram apurar em termos de propósito uma atribuição ao próprio terapeuta, ao cliente, e/ou à relação terapêutica.

4.1. Terapeuta

Exemplo: T “E, portanto, eu sinto necessidade não só de eu conseguir... digerir a minha frustração e colocá-la de uma forma produtiva no processo terapêutico. (...) de alguma forma isso também funciona como um guia para mim (...).” – sobre a relevância da experiência emocional no processo com a cliente.

4.2. Cliente

Exemplo: T “E o meu estar, naquele momento, apesar de o que interessa ali é o paciente e não eu. Mas o meu estar naquele momento ajuda o paciente a estar melhor com ele próprio e ele precisa disso.”

4.3. Relação

Exemplo: T “Pode-se considerar positiva uma vez que é fácil considerar as situações e a postura dela. No sentido de facilitar a nossa relação, sim.” – sobre a influência dos valores pessoais do terapeuta no processo com a cliente.

5. Indicadores subjetivos de auto-consciência – na narrativa dos psicoterapeutas acerca dos diferentes domínios da auto-consciência, surgem descrições mais ou menos subjetivas que indicam a presença ou ausência de aspectos que, segundo o modelo, são indicadores de auto-consciência. Para além do discurso direcionado para os domínios sobre os quais é questionado, as reflexões mais subjetivas das entrevistas permitiram apurar este tema que distingue os seguintes subtemas:

5.1. Indicador de auto-consciência

Inclui descrições em que o terapeuta reconhece a importância da tomada de consciência acerca dos aspectos mencionados, que podem ser mais gerais ou incluir estratégias concretas com vista a este aumento de AC. Inclui descrições do terapeuta de dúvida ou questionamento acerca do seu desempenho. Inclui também aspectos mais específicos como a importância do feedback do cliente ou as vantagens associadas à supervisão.

Exemplo: T “(...) tem de haver algum enviesamento meu, pessoal, não é? (...) Que desconstruo, e que eu só na supervisão às vezes é que os enviesamentos para mim são mais claros (...) que uso para posteriormente me debruçar sobre o assunto”

5.2. Indicador de ausência de auto-consciência

Inclui descrições em que o terapeuta expressa a ausência de consciência em relação aos aspectos mencionados, a revelação de que está a refletir sobre o assunto pela primeira vez, ou a expressão de dificuldades na resposta.

Exemplo: T “A minha experiencia emocionalOk essa pergunta é complicada! (...) Tem que me deixar pensar um bocadinho, porque a pergunta é muito complexa.”

Análise quantitativa

A análise quantitativa dos resultados partiu da análise qualitativa anteriormente descrita, que permitiu apurar o segundo eixo de temas encontrado na análise das entrevistas, sendo que o primeiro eixo corresponde as categorias pré-definidas que correspondem a cada domínio de AC do modelo. O cruzamento dos dois eixos de categorias permitiu criar um sistema de codificação num modelo ortogonal apresentado se seguida, de modo a traduzir os dados qualitativos em quantitativos para posterior análise.

Tabela 1: Sistema de codificação final para análise quantitativa dos dados das entrevistas

	Valência		Abstração		Propósito/Alvo		
	+ Positiva	- Negativa	Transversal /Geral	Específico	Terapeuta	Cliente	Relação
Reconhecimento da experiência emocional	EE1	EE2	EE3	EE4	EE5	EE6	EE7
*EE0 – não reconhecimento da experiência emocional							
Regulação emocional	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	RE7
Identificação de competências	IC1 (funcionais)	IC2 (disfuncionais)	IC3	IC4	IC5	IC6	IC7
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7
**PE0 – não reconhecimento da influência dos preconceitos e enviesamentos							
Influência dos valores pessoais	IV1	IV2	IV3	IV4	IV5	IV6	IV7
***IV0 – não reconhecimento da influência dos valores pessoais							
****DV – distinção dos valores							

Nota:

EE - Reconhecimento da experiência emocional

RE - Regulação emocional

IC - Identificação de competências

PE - Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos

IV - influência dos valores pessoais

DV - Reconhecimento da distinção de valores

Nas linhas da tabela está descrito o primeiro eixo de categorias pré-definidas que correspondem aos domínios do modelo, sendo que no desenho do sistema de codificação, inclui a discriminação do reconhecimento/ não reconhecimento desse mesmo domínio. Para além disso, é de notar que foi acrescentada uma linha neste eixo referente ao tema *Regulação Emocional* que embora não pertença aos domínios do modelo, surgiu como padrão na análise qualitativa dos dados das entrevistas. Surge também associado ao domínio de IV, o tema apurado na análise qualitativa *Distinção de valores*. Nas colunas da tabela estão descritos os temas e subtemas encontrados na análise qualitativa acima referida, referentes aos Processos de AC.

O cruzamento dos dois eixos permitiu atribuir um código a cada célula da tabela, que remete para as características da narrativa de cada psicoterapeuta em relação a cada domínio de AC sobre o qual foi questionado. A descrição mais detalhada do sistema de codificação com os respetivos exemplos encontra-se em anexo como dicionário final de categorias (Anexo IV). Para além dos códigos referidos, as categorias referentes ao tema Indicador Subjetivo de AC, foi traduzido nos códigos IAC - Indicador de auto-consciência e AAC - Indicador de ausência

de auto-consciência, que embora transversais, não pertencem ao modelo do sistema de codificação apresentado.

A partir deste sistema de codificação, cada uma das entrevistas (1) e (2) foi recodificada tendo como unidade de análise a “expressão”. Foi elaborada uma base de dados com a frequência de cada um dos códigos deste sistema de codificação em cada uma das quarenta entrevistas.

Os seguintes dados quantitativos foram analisados a partir do SPSS.

RESULTADOS

Numa primeira análise, e antes de partir para os objetivos específicos do estudo, os resultados mostram que, nem os domínios nem os processos da AC, estão correlacionados com as variáveis sociodemográficas apuradas junto da amostra – nomeadamente a idade, os semestres de formação, as horas de supervisão ou os anos de experiência. Ainda assim, os dados mostram correlações significativas negativas entre os semestres de formação teórica e o processo 2 (do tipo negativos) ($r_s=-,565$) e com os IAC ($r_s=-,505$), que sugere de certo modo que um maior nível de formação teórica, diminui o reconhecimento de aspetos negativos da consciência, assim como da sua expressão subjetiva.

A análise quantitativa dos resultados permitiu responder aos objetivos do presente estudo, sendo que o primeiro procura compreender o próprio processo de AC, através da sua estrutura, ao verificar possíveis relações entre os domínios que o próprio modelo sugere. Para a análise das correlações entre os domínios do modelo, foi utilizada a soma das variáveis Processo 1 e 2 – referentes ao reconhecimento de aspetos positivos e negativos de cada domínio – relativas à entrevista (1). Os resultados mostram que nenhuma das correlações foi significativa, o que sugere que cada domínio da AC, pelas suas características específicas funciona de certa forma, como um processo independente. A mesma análise feita à entrevista (2), mostrou alterações apenas do surgimento da correlação entre o domínio da EE (Reconhecimento da experiência emocional) e da IC (Identificação de competências do próprio) ($r_s=-,507$). Ainda assim, os resultados sugerem que os processos da AC se mantêm de certo modo independentes entre si em ambas as narrativas. Ainda através da análise quantitativa da entrevista (1), desta vez referente aos processos de AC, os dados revelam algumas correlações importantes de destacar.

A nível dos processos de AC, o output seguinte mostra como, por exemplo o processo de Propósito para o próprio – um dos maiores indicadores de AC – está correlacionado significativamente com as descrições concretas ao nível da abstração ($r_s=-,513$) mas também com as descrições positivas ao nível da Valência ($r_s=-,497$). De igual modo, o processo de Valência positivo aparece correlacionado significativamente com o Propósito do próprio e do cliente ($r_s=-,566$) o que sugere que as modalidades vistas como significativas em termos de AC aparecem, mas com maior frequência associadas a descrições positivas da prática dos terapeutas. Os rótulos das linhas e colunas do output referem-se a cada um dos processos, em que os números correspondem a cada um dos Processos, conforme o sistema de codificação.

Tabela 2: *Correlações de Spearman entre os Processos de AC para a entrevista (1) – narrativa anterior*

		PRE_1	PRE_2	PRE_3	PRE_4	PRE_5	PRE_6	PRE_7
PRE_1	Correlation Coefficient	1,000	-,298	,252	,327	,497*	,566**	,215
	Sig. (2-tailed)	.	,202	,284	,159	,026	,009	,362
PRE_2	Correlation Coefficient	-,298	1,000	,228	,136	,226	-,207	,078
	Sig. (2-tailed)	,202	.	,334	,569	,337	,381	,744
PRE_3	Correlation Coefficient	,252	,228	1,000	-,382	,022	,060	-,178
	Sig. (2-tailed)	,284	,334	.	,097	,926	,802	,454
PRE_4	Correlation Coefficient	,327	,136	-,382	1,000	,513*	,459*	,574**
	Sig. (2-tailed)	,159	,569	,097	.	,021	,042	,008
PRE_5	Correlation Coefficient	,497*	,226	,022	,513*	1,000	,350	,235
	Sig. (2-tailed)	,026	,337	,926	,021	.	,130	,319
PRE_6	Correlation Coefficient	,566**	-,207	,060	,459*	,350	1,000	,309
	Sig. (2-tailed)	,009	,381	,802	,042	,130	.	,185
PRE_7	Correlation Coefficient	,215	,078	-,178	,574**	,235	,309	1,000
	Sig. (2-tailed)	,362	,744	,454	,008	,319	,185	.

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analisando agora a relação que cada domínio de AC tem com cada um dos seus processos, as tabelas seguintes reúnem uma série de valores mais descritivos, relevantes para a sua compreensão. Os dados referem-se a uma análise das entrevistas (1), mostrando assim as características das narrativas AC numa fase inicial, relativamente ao modo como cada domínio se estrutura a partir dos processos. As tabelas apresentadas são o resumo de uma série de informações retirada da estatística descritiva.

Em relação à Valência, é possível destacar as diferenças significativas encontradas em relação aos domínios da EE, IC e PE, que revelam alguns dados a destacar. Os psicoterapeutas da amostra reconhecem significativamente mais aspetos positivos acerca da sua experiência emocional em sessão com os seus clientes do que negativos ($Z=-1,897$, $p=0,058$), bem como enumeram significativamente mais competências positivas suas enquanto psicoterapeutas do que negativas ($Z=3,740$, $p=0,000$). Em relação ao reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos, para além da diferença significativa no que diz respeito à sua valência ($Z=-2,309$, $p=0,035$), os valores mostram que, quando os psicoterapeutas são capazes de reconhecer

algum tipo de preconceito ou enviesamento da sua parte, mencionam mais os PE negativos do que positivos. Já no reconhecimento da IV, embora a diferença não seja significativa, os valores mostram que os psicoterapeutas se referem mais vezes a uma influência positiva do que negativa. Numa análise mais global, os dados mostram que a expressão do reconhecimento da consciência dos psicoterapeutas é feita através de um número significativamente maior de aspetos positivos do que negativos, independentemente do domínio a que se referem. A exceção verifica-se no domínio dos PE, no qual os psicoterapeutas se referem mais vezes a aspetos negativos.

Tabela 3: *Apresentação das frequências e comparação de médias referente ao processo Valência*

	Valência +	Valência -	Teste	Sig.
Reconhecimento da experiência emocional	M 1.15 DP 1.089	M 0.55 DP 0.945	-1,897	0,058
Identificação de competências	M 3.80 DP 1.963	M 0.70 DP 1.031	-3,740	0,000
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos	M 0.10 DP 0.308	M 0.50 DP 0.688	-2,309	0,035
Influência dos valores pessoais	M 0.75 DP 0.910	M 0.35 DP 0.813	-1,254	0,243
TOTAL	M 5,800 DP 2,820	M 2,100 DP 1,970	-3,165	0,001

No que diz respeito ao processo de Abstração, embora nem todas as diferenças sejam estatisticamente significativas, podemos observar que os psicoterapeutas, ao nível das suas narrativas de AC, reconheceram em média mais aspetos concretos em relação aos seus clientes, do que a uma consciência mais generalizada, relativamente a todos os domínios. Em relação ao último processo que se refere ao Alvo/Propósito, os valores mostram que as narrativas dos psicoterapeutas tendem na sua maioria a alcançar o propósito do próprio terapeuta, também em todos os domínios.

Ainda em relação à análise destes dados podemos retirar que as descrições dos psicoterapeutas parecem remeter maioritariamente para narrativas concretas acerca do cliente a quem se refere a entrevista, bem como reconhecer os domínios de consciência com um alvo ou propósito para o próprio, o que seriam indicadores positivos em termos do nível de consciência. Porém, retomando as primeiras conclusões, estes processos ocorrem de forma

significativamente mais frequente em descrições que os psicoterapeutas fazem em termos de aspetos positivos sobre as suas práticas, levando à reflexão sobre a sobrestimação dos próprios psicoterapeutas e à dificuldade em aceder em termos de AC aos aspetos percebidos como negativos.

Tabela 4: *Apresentação das frequências e comparação de médias referente ao processo Abstração*

	Abstrato	Concreto	Teste	Sig.
Reconhecimento da experiência emocional	M 0.70 DP 0.801	M 1.30 DP 0.865	-1,812	0,087
Identificação de competências	M 0.60 DP 1.273	M 1.85 DP 1.631	-2,190	0,026
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos	M 0.30 DP 0.733	M 0.65 DP 0.988	-1,208	0,293
Influência dos valores pessoais	M 0.55 DP 0.759	M 0.80 DP 0.834	-0,965	0,412
TOTAL	M 2,1500 DP 2,084	M 4,650 DP 2,476	-2,465	0,012

Tabela 5: *Apresentação das frequências referente ao processo Alvo/Propósito*

	Próprio	Outro	Relação
Reconhecimento da experiência emocional	M 1.80 DP 1.542	M 0.95 DP 1.317	M 0.55 DP 0.759
Identificação de competências	M 1.60 DP 1.729	M 1.20 DP 1.105	M 0.30 DP 0.470
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos	M 0.70 DP 0.979	M 0.10 DP 0.308	M 0.15 DP 0.366
Influência dos valores pessoais	M 1.10 DP 1.252	M 0.35 DP 0.489	M 0.35 DP 0.587
TOTAL			

E ainda, no que diz respeito aos Indicadores subjetivos IAC e AAC, na entrevista (1) – narrativa anterior – não existem diferenças significativas entre os dois tipos de expressões, enquanto na entrevista (2) – narrativa posterior – parece existir uma diferença acentuada no que toca à expressão da consciência, sendo que existe uma diferença significativa ($Z=-2,524$, $p=0,012$) entre o IAC que aumenta e o AAC que diminui.

Tabela 6: Apresentação das frequências e comparação de médias referente aos IAC e AAC

			Teste	Sig.
<i>Entrevistas (1)</i> <i>Narrativa anterior</i>	IAC	M 2,95 DP 2,685	-0,594	0,552
	AAC	M 2,35 DP 2,390		
<i>Entrevistas (2)</i> <i>Narrativa Posterior</i>	IAC	M 3,85 DP 3,897	-2,524	0,012
	AAC	M 0,95 DP 1,099		

Como objetivo, este estudo pretende também apurar se existem diferenças significativas ao nível dos domínios da AC entre a narrativa anterior e posterior dos psicoterapeutas, numa tentativa de compreender se o exercício de gravar e ouvir a sua sessão de psicoterapia, poderá ou não levar a uma mudança no que toca ao aumento da tomada de consciência. Numa análise feita através da comparação de médias partindo da soma por linha – cada domínio de AC – os resultados mostraram não existir diferenças significativas na expressão dos domínios da AC antes e depois dos psicoterapeutas ouvirem a sessão gravada. Como podemos observar nas tabelas seguintes, surge uma diferença no valor de AAC entre as narrativas anterior e posterior ($Z=-2,582$, $p=0,010$), e em relação à comparação das narrativas no que toca aos processos, não surgem novamente diferenças significativas.

Tabela 7: Comparação de médias de cada um dos domínios de AC entre as narrativas anterior e posterior

		M/ Std. Deviation	Z	Sig.
Rec. da experiência emocional (EE)	Pre_EE	7,150/ 4,133	-1,071 _b	0,284
	Pos_EE	6,700/ 4,402		
Regulação emocional (RE)	Pre_RE	1,200/ 2,308	-0,933 _b	0,351
	Pos_RE	0,600/ 1,500		
Identificação de competências (IC)	Pre_IC	10,050/ 5,093	-0,428 _c	0,669
	Pos_IC	10,650/ 6,635		
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos (PE)	Pre_PE	3,800/ 2,375	-1,244 _b	0,214
	Pos_PE	3,400/ 3,719		

Influência dos valores pessoais (IV)	Pre_IV	5,250/ 2,314	-0,066 ^b	0,948
	Pos_IV	5,250/ 2,221		
Indicador de AC	Pre_IAC	2,95/ 2,685	-1,490 ^c	0,136
	Pos_IAC	3,85/3,897		
Indicador de ausência de AC	Pre_AAC	2,35/ 2,390	-2,582 ^b	0,010
	Pos_AAC	0,95/ 1,099		

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Tabela 8: *Comparação de médias de cada um dos processos de AC entre as narrativas anterior e posterior*

		M/ Std. Deviation	Z	Sig.
Valência + (1)	Pre_1	5,800/ 2,821	-1,130 ^b	0,258
	Pos_1	5,500/ 3,547		
Valência – (2)	Pre_2	2,100/1,971	-0,754 ^c	0,451
	Pos_2	2,900/ 3,582		
Abstração geral (3)	Pre_3	2,150/ 2,084	-1,157 ^b	0,247
	Pos_3	1,550/ 1,317		
Abstração específica (4)	Pre_4	4,650/ 2,476	-0,631 ^b	0,528
	Pos_4	4,250/ 2,653		
Propósito terapeuta (5)	Pre_5	5,450/ 3,734	-0,404 ^b	0,687
	Pos_5	5,300/ 4,193		
Propósito cliente (6)	Pre_6	2,700/ 2,386	-1,587 ^c	0,113
	Pos_6	3,650/ 3,133		
Propósito relação (7)	Pre_7	1,350/ 1,308	-0,996 ^b	0,319
	Pos_7	1,050/ 1,099		

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

No entanto, uma análise mais pormenorizada e descritiva através dos gráficos apresentados de seguida, permitiu compreender que embora as narrativas não apresentem diferenças significativas a nível geral, ao nível dos seus processos específicos, surgem diferenças. Os valores que constam nos gráficos referem-se sempre a valores médios.

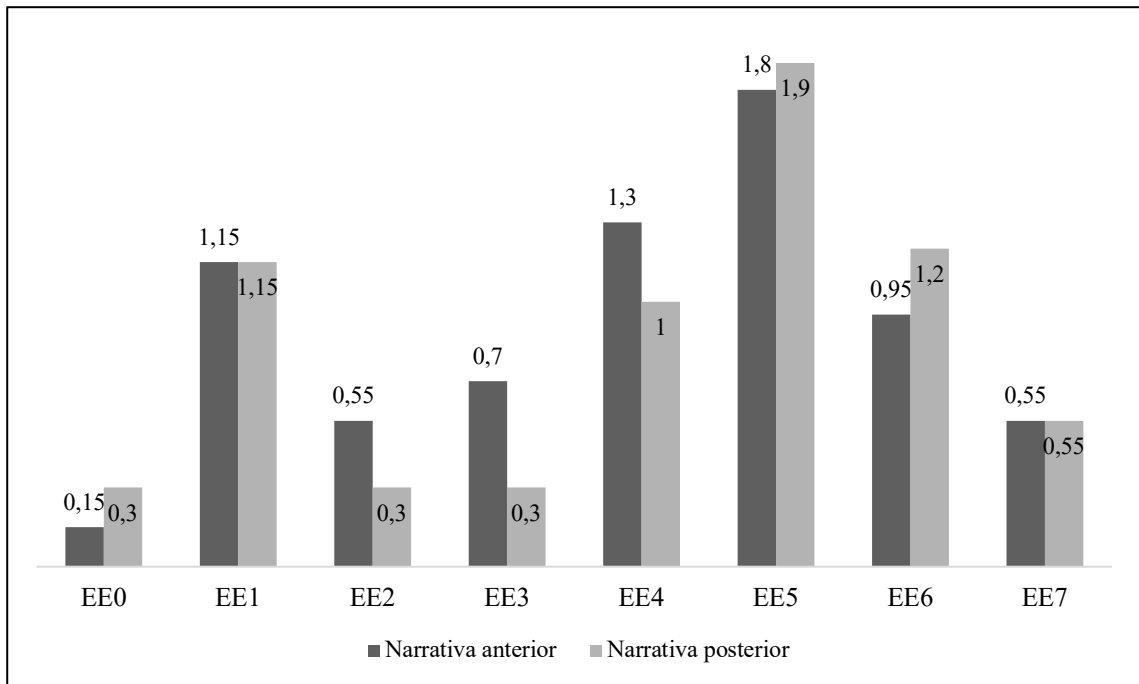


Figura 3: Valores médios do domínio EE nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior.

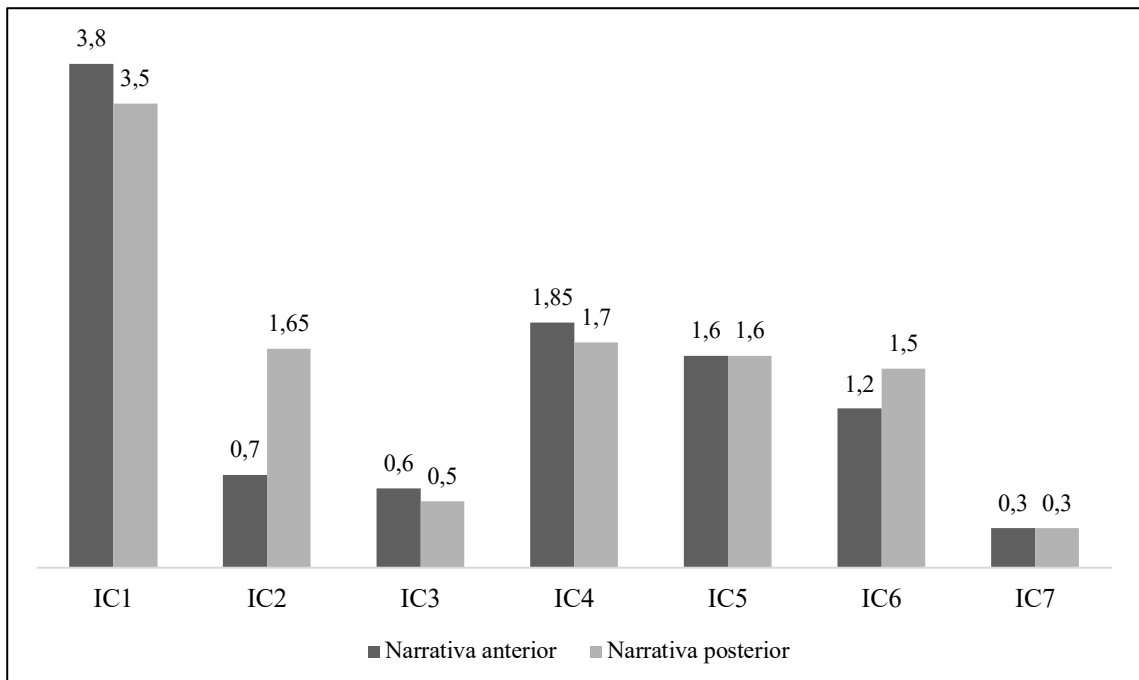


Figura 4: Valores médios do domínio IC nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior.

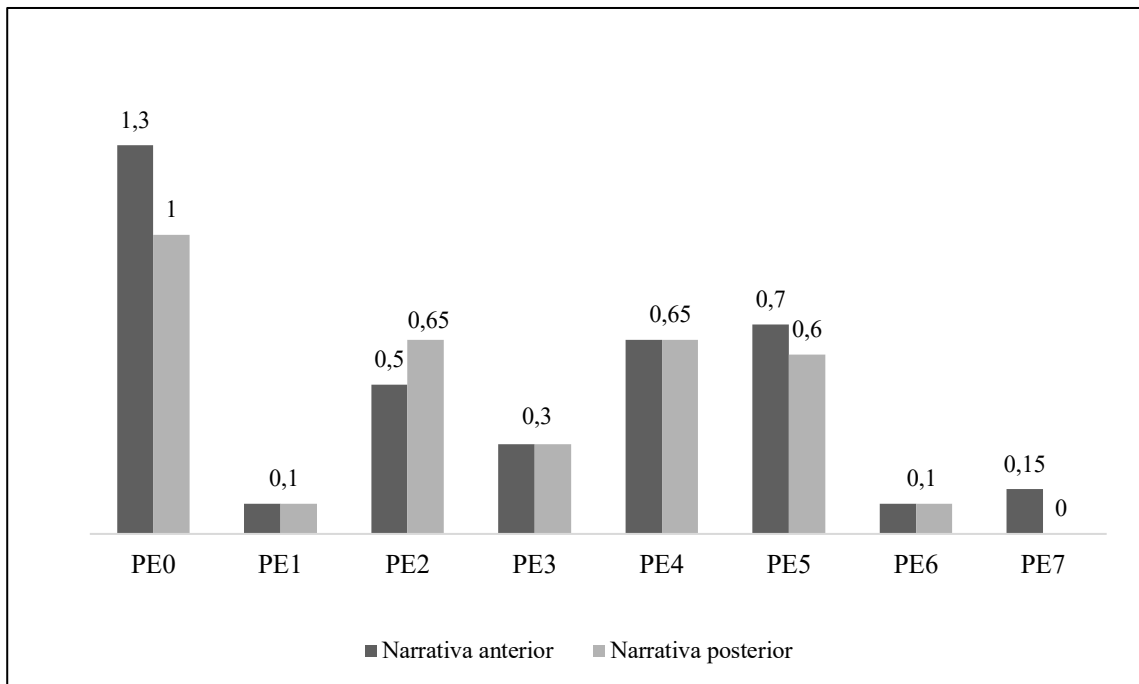


Figura 5: Valores médios do domínio PE nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior.

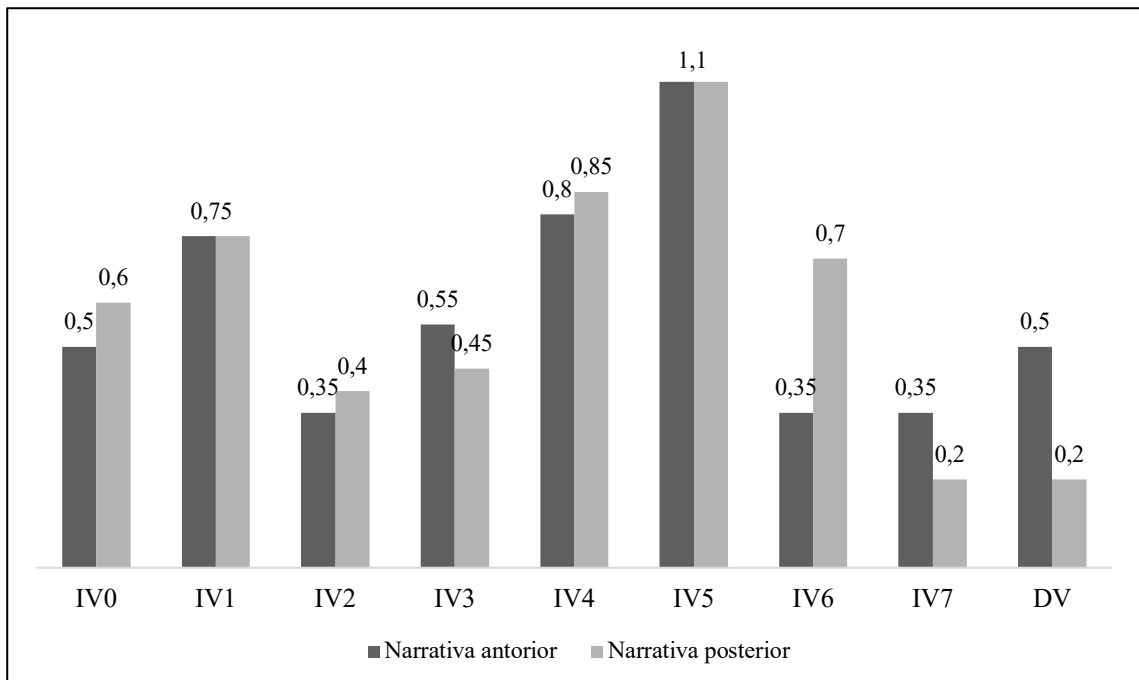


Figura 6: Valores médios do domínio IV nos diferentes processos para as narrativas anterior e posterior.

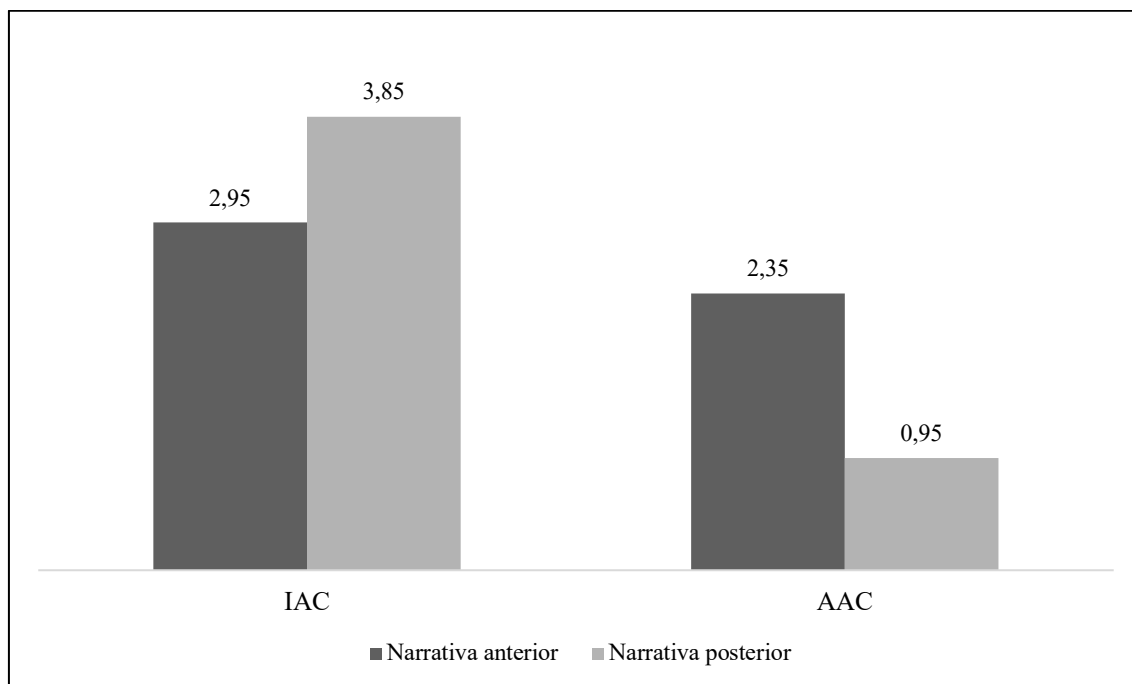


Figura 7: Valores médios dos IAC e AAC para as narrativas anterior e posterior.

No primeiro gráfico (figura 4), que representa a EE em cada uma das narrativas anterior e posterior, podemos observar que embora estas sejam semelhantes ao nível dos processos que as caracterizam, apresentam diferenças na narrativa posterior, nomeadamente na diminuição de descrições de EE negativa, e de EE geral. Estes valores apontam para a possibilidade de que as narrativas dos psicoterapeutas, quando baseadas numa visão mais concreta do seu desempenho – através do confronto com o desempenho real – têm menos tendência a generalizar as suas narrativas, mas ao mesmo tempo têm mais dificuldade em expressar os aspetos negativos da sua experiência emocional com os respetivos clientes.

O mesmo gráfico para a comparação de médias no domínio da IC (Figura 5) mostra que os psicoterapeutas foram bastante consistentes entre as narrativas anterior e a posterior, exceto no domínio da identificação de competências negativas, em que este valor aumentou de forma bastante acentuada da primeira para a segunda entrevista, mostrando que a audição de uma sessão gravada permitiu que conseguissem em média identificar cerca de 3x mais competências negativas acerca do seu desempenho.

Em relação aos PE, este parece ser o domínio de AC mais consistente entre as narrativas anterior e posterior, podendo apenas destacar o facto de diminuírem, na narrativa posterior, as descrições de não reconhecimento da influência dos PE, ainda que se mantenham constantes ao nível dos processos. O facto deste domínio ser o mais consistente ao nível da ausência de diferenças, permite-nos distingui-lo como possivelmente o mais internalizado e cristalizado e

difícil de alterar através de uma estratégia deste tipo. Por muito que ao nível dos processos, este domínio não tenha sofrido alterações, é de salientar a importância de diminuir as descrições em que os terapeutas não reconhecem a influência deste domínio, que segundo o modelo seria um dos maiores indicadores de ausência de AC.

O gráfico referente à IV mostra que ao nível dos processos de Valência e Abstração, as narrativas são semelhantes, mas no que diz respeito ao Propósito, surgem algumas diferenças. Aumentam – da narrativa anterior para a posterior – as descrições de propósito da influência dos valores pessoais do terapeuta no cliente e reduzem as descrições relacionadas com a necessidade de distinção de valores por parte dos mesmos. Recordo que a *distinção de valores* surgiu na análise qualitativa dos resultados, não fazendo parte dos domínios da AC, e revelou que à partida, nas descrições dos psicoterapeutas, surgia por vezes uma maior necessidade de distinção dos valores pessoais do que propriamente de aceitação dos mesmos (que segundo o modelo seria característico da AC). O facto deste tipo de descrições ter diminuído, pode ser, nesta sequência, indicador de tomada de consciência.

O último gráfico ilustra a mudança expressiva que existiu nos indicadores subjetivos de consciência, entre a narrativa anterior e posterior, sendo que os IAC aumentaram e os AAC reduziram para mais de metade na segunda entrevista. Esta mudança, e numa análise conjunta com os gráficos anteriores, sugere que embora este exercício não tenha expressado diferenças significativas estatisticamente nas narrativas dos psicoterapeutas, estes parecem ter alterado a sua expressão subjetiva de consciência acerca dos domínios em geral.

DISCUSSÃO

Se até há alguns anos, o foco principal da investigação em psicoterapia se centrava nas técnicas, a investigação atual procura conhecer e valorizar as questões relacionadas com o próprio terapeuta. Inserido nesse contexto, e pelo interesse dedicado às questões da reflexividade do próprio psicoterapeuta, este estudo surge com o principal contributo de avançar com uma estratégia concreta para o aumento da auto-consciência que ainda faz divergir opiniões. Ainda retomando alguns aspetos teóricos, a relevância do presente estudo está na contribuição para a área da investigação em psicoterapia que salienta a importância de o terapeuta duvidar de si, de refletir sobre o próprio desempenho, e de fomentar o uso de estratégias concretas para o contínuo desenvolvimento profissional. Para além da autocrítica saudável, a literatura aponta como fundamental uma visão realista e concreta sobre o desempenho do próprio terapeuta, como base para o desenvolvimento das suas competências. Este estudo foi pensado de modo a introduzir uma estratégia concreta de gravação de uma sessão de psicoterapia, como oportunidade de confronto com esse desempenho real do terapeuta, mas também como ponto de partida para a reflexão, e, como hipótese, para o aumento da tomada de consciência. Como referido na revisão de literatura, a estratégia da gravação de sessões é ainda maioritariamente pensada com o propósito de auxílio ao cliente ou para utilização em contextos de supervisão.

Em termos de objetivos gerais, o presente estudo pretende compreender como se refletem os processos de auto-consciência nas narrativas dos psicoterapeutas, qual a relação destes processos com os domínios de AC do modelo, e a relação entre as narrativas dos psicoterapeutas antes e depois de ouvirem a sua sessão de psicoterapia gravada.

No que diz respeito à discussão dos resultados, irei começar pela análise qualitativa cujos dados permitiram apurar qual a perceção dos psicoterapeutas da amostra relativamente às questões dos domínios da AC, no exemplo concreto dos respetivos clientes escolhidos por si. Isto é, para além da importante base teórica que o modelo de AC utilizado sustenta, este estudo permitiu acrescentar ao nível dos temas, os processos nos quais a AC se desenrolou, permitindo compreendê-la de uma forma mais concreta. Em primeiro lugar será importante referir que no conjunto de domínios de AC - que corresponderam aos temas pré-definidos da análise - , foram acrescentados dois temas que surgiram no conteúdo das entrevistas: *Regulação Emocional* e *Distinção de Valores*. Estes temas revelam que em relação a dois dos domínios (EE e IV), os psicoterapeutas quando questionados, são levados a uma reflexão através de estratégias contrárias àquelas que o modelo de AC caracteriza como sendo reveladora de maior

consciência. No caso concreto, em relação à EE, os dados mostram que os psicoterapeutas por vezes, mais do que identificar e dar resposta às reações emocionais provocadas no contexto clínico, procuram regular e controlar de algum modo estas mesmas emoções. Também no que diz respeito à IV, como referido, os dados mostram que mais do que a reflexão acerca dos próprios valores do terapeuta e do modo como estes podem influenciar a sua prática, os psicoterapeutas acrescem na preocupação em distinguir os valores pessoais dos profissionais ou os valores do terapeuta com os valores do cliente.

Para além do contributo para a reflexão que o acrescento destes temas permitiu, a análise qualitativa dos resultados permitiu apurar os processos sobre os quais ocorre a narrativa dos psicoterapeutas em relação à sua AC. Procurando refletir e compreender cada um dos processos à luz da literatura conhecida sobre este tema, podemos pensar que em primeiro lugar o aspeto a ser destacado é o *Reconhecimento*. Para além do desencadear dos restantes processos, foi bastante expressiva a ocorrência de descrições de não reconhecimento por parte dos psicoterapeutas, em relação a um determinado domínio de AC na sua prática. Embora possamos admitir que muitos possam estar a ser questionados acerca destes aspetos pela primeira vez, podemos pensar que o próprio indicador de não reconhecimento de qualquer um dos domínios, é revelador de uma falta de investimento na auto-reflexão. O tema referente ao processo *Valência* pode direcionar a discussão para a questão do enviesamento que leva muitas vezes os psicoterapeutas a sobrestimar as suas capacidades, e que aqui aparece através do grande número de descrições de valência positiva nas narrativas dos psicoterapeutas sobre a sua prática. Mesmo através de questões que podem ser interpretadas como de certo modo confrontativas ou que permitem refletir sobre os aspetos mais negativos, a análise mostra que muitas vezes os psicoterapeutas procuraram responder, nas suas reflexões, a partir de casos de clientes com maior nível de identificação ou cujo processo terapêutico é percecionado como mais positivo no que toca à prática e desempenho do terapeuta. A análise quantitativa em discussão de seguida poderá complementar este tema. O processo de *Abstração* surgiu como tema pela distinção entre as descrições mais generalizadas ao conjunto dos terapeutas, e a capacidade de expressão concreta acerca das questões colocadas, a partir do cliente e experiências particulares. A capacidade de adequação às particularidades de cada cliente e de cada contexto é, como afirma a literatura, uma das mais relevantes capacidades quando pensamos a AC. Isto deve-se ao facto da própria AC ser definida tendo por base a capacidade de atender momento-a-momento, e para cada cliente, de forma consciente aos aspetos internos do próprio terapeuta. Sobre o *Alvo/Propósito* surgiu na análise temática a distinção entre os subtemas: *Próprio*, o *Cliente* e a *Relação Terapêutica*. A reflexão em torno dos dados recolhidos leva a compreender que as

descrições dos psicoterapeutas sobre a sua AC, mesmo que vão no sentido do reconhecimento, são muitas vezes vistas como tendo uma outra finalidade que não a de desenvolvimento do próprio terapeuta, das suas competências ou potencialidades. Se pensarmos que uma maior capacidade de AC acerca destes domínios prevê que os terapeutas sejam capazes de utilizar estas reflexões como instrumentos de trabalho na sua prática, as narrativas que deslocam a reflexão destes domínios para um propósito direcionado ao cliente ou à relação, podem ser pensadas como reveladoras de um menor nível de consciência. Muitas vezes os psicoterapeutas nas suas narrativas mostraram ser capazes de reconhecer os domínios de AC, mas afirmaram utilizar a reflexão acerca dos mesmos, como oportunidade de ajudar o seu cliente, por exemplo. Para além dos processos, os temas definidos como *IAC Indicador de AC* e *AAC Indicador de ausência de AC*, embora surjam como descrições mais subjetivas nas narrativas dos psicoterapeutas, permitiram analisar na sua forma mais autêntica as reações dos participantes às questões colocadas na entrevista.

Em relação à análise quantitativa dos resultados, e respondendo aos objetivos do presente estudo, podemos distinguir dois tipos de conclusões: acerca do processo de consciência analisado através da narrativa anterior – entrevistas (1), e acerca da diferença entre as narrativas anterior e posterior – entrevistas (1) e (2), tanto ao nível dos domínios de AC como dos próprios processos. Sobre o primeiro ponto, os resultados apontaram para o facto dos domínios de AC postulados pelo modelo – pela ausência de correlações – serem de certo modo domínios independentes uns dos outros. A própria literatura evidencia as características particulares para a compreensão de cada um dos domínios. A ausência de correlação entre os domínios da AC, que nos leva a considerá-los independentes, leva-nos igualmente a questionar a possível discrepância que pode existir, não só na facilidade do reconhecimento de cada um deles, como na diferença de estratégias que podem ser necessárias para trabalhar a consciência sobre os mesmos. O estudo sobre as diferenças entre cada um dos domínios de AC e sobre as estratégias eficazes para o desenvolvimento de cada um seriam uma proposta interessante de estudo futuro.

Ainda na análise das narrativas anteriores, os resultados quantitativos mostram uma correlação significativa entre alguns processos de AC, nomeadamente o *Propósito para o próprio* e a *Abstração específica*, considerados característicos de um elevado nível de AC, que aparecem paralelamente correlacionados com o processo de *Valência positiva*. Podemos pensar que a tomada de consciência elevada que parece mostrar-se na narrativa anterior dos psicoterapeutas, possivelmente tem como base descrições maioritariamente de valência positiva, pondo em causa a capacidade real dos psicoterapeutas questionarem ou elaborarem os

aspectos da sua prática quando são percebidos como mais negativos. Este facto remete-nos novamente para o enviesamento de sobrestimação dos psicoterapeutas, que é reforçado na continuação da análise quantitativa dos dados. Na amostra de psicoterapeutas, estes apresentaram significativamente mais descrições positivas em relação à maioria dos domínios de AC na sua prática, incluindo em particular a identificação de competências positivas sobre o mesmo, significativamente superior às negativas. E embora, ao nível dos processos, os dados mostrem uma maior prevalência de descrições reveladoras de maior AC, estes dados parecem partir de reflexões sobre aspectos vistos como positivos nas suas experiências/prática clínica.

Sobre o segundo grande objetivo desta secção, que pretende analisar as diferenças entre as narrativas anterior e posterior dos psicoterapeutas, são de destacar as seguintes conclusões: embora a nível global a comparação das narrativas não apresente diferenças significativas, uma análise mais detalhada, nomeadamente atendendo aos processos, mostra algumas conclusões relevantes. Os psicoterapeutas nas suas narrativas posteriores, após um confronto com o seu desempenho real em sessão, mostraram (sobre a EE), uma tendência para diminuir as descrições mais generalizadas, mas ao mesmo tempo foram menos capazes de referir aspectos mais negativos acerca da sua EE. Na narrativa posterior aumentou (sobre a IC) a capacidade de identificar competências negativas acerca do seu desempenho em cerca de três vezes. Sobre os PE, este parece ter sido o domínio de AC com menos expressão de diferenças entre as narrativas, que, como descrito na literatura, pode ser compreendido como um aspecto mais internalizado e cristalizado da consciência. Podemos pensar como limitação que em relação a este domínio particular, a questão da entrevista, ou a própria audição da sessão, podem não ter sido suficientemente sensíveis a apurar as questões sobre os PE dos psicoterapeutas. Sobre a IV o aspecto mais relevante foi a diminuição das descrições referentes à *Distinção de valores*, que neste contexto pode ser pensada como expressão do aumento de AC. A mudança mais expressiva na passagem das narrativas foi nos indicadores subjetivos de AC, em que os IAC aumentaram e os AAC diminuíram de forma significativa. Refletindo sobre a diminuição expressiva dos AAC, este espelha de forma subjetiva, mas direta, as descrições dos psicoterapeutas com menos reflexividade acerca de determinado domínio. O facto deste indicador ter diminuído, mostra como a gravação foi de algum modo suficiente para que aumentasse a reflexão dos terapeutas e uma primeira tomada de consciência acerca dos temas.

Do ponto de vista mais prático, em termos metodológicos e do próprio delineamento do estudo, um dos aspectos mais relevantes a discutir é a taxa de atrito existente na própria recolha da amostra. Ao todo foram convidados a participar no estudo cerca de 45 psicoterapeutas a

quem foi apresentada a proposta de reflexão, através das entrevistas sobre a sua prática com um cliente à sua escolha, e por sua vez, foi feito o convite à gravação e audição de uma sessão de psicoterapia. Neste primeiro contacto foi desde logo permitido pensar sobre os motivos pelos quais muitos psicoterapeutas não aderiram a esta proposta, sendo que para além de alguma resistência em relação à gravação da sessão, foi de notar que não só para os contextos, mas para os terapeutas e clientes, esta continua a ser uma prática com a qual estão pouco familiarizados e que pode ser capaz de gerar um certo desconforto, como a própria literatura prevê. Podemos refletir paralelamente acerca das características dos participantes que prontamente se disponibilizaram a este confronto e reflexão, considerado por muitos um desafio que tinham vontade de superar. Podemos pensar que de certo modo, os psicoterapeutas que numa primeira fase aceitaram esta participação, seriam também os psicoterapeutas de certo modo mais abertos e disponíveis às questões da reflexão e da tomada de consciência sobre a sua prática. Assim, e embora esta limitação seja difícil de contornar, os resultados podem não representar os psicoterapeutas em geral, mas uma amostra que se caracterize por ser mais consciente à partida. Para além disso, a amostra foi recolhida num contexto específico, onde todos os participantes seguem o modelo teórico cognitivo-comportamental e integrativo, e estão em fase de formação/supervisão das suas psicoterapias, o que reforça a ideia anterior de que seria interessante a replicação do estudo atual abrangendo mais psicoterapeutas, de diferentes modelos teóricos e diferentes anos de experiência na clínica, por exemplo.

O presente estudo apresenta ainda uma série de questões com alguma sensibilidade, nomeadamente a grande preocupação com a proteção dos clientes. Este ponto foi salvaguardado em todos os momentos de contacto com os participantes, de modo a assegurar o cumprimento das questões éticas juntos dos mesmos e junto dos seus clientes. A proteção dos clientes assim como da confidencialidade da informação recolhida foi salvaguardada sobretudo no desenho do estudo onde está previsto que apenas o psicoterapeuta tem acesso à gravação da sessão, por exemplo. A própria construção das entrevistas assegurou que as linhas orientadoras se referiam às reflexões dos terapeutas, que embora utilizassem o caso dos clientes como referência, quaisquer informações sobre eles seriam protegidas com anonimato e confidencialidade.

Surge como pertinente a reflexão sobre instrumento utilizado no estudo, não só por ter sido utilizada uma entrevista elaborada pela primeira vez, mas pela sensibilidade de reações que as questões da entrevista poderiam gerar nos participantes. Como a própria literatura e os autores do modelo de AC indicam, estas podem ser vistas com um carácter confrontativo ou numa procura de “avaliação”, que pode inibir ou enviesar as respostas e a própria capacidade de reflexão. Para tentar contornar estes aspetos, em relação à construção da entrevista, esta

seguiu todos os cuidados metodológicos na sua construção, incluindo a sua aplicação num teste piloto, que permitiu desenvolver a sua versão final e garantir a sua fiabilidade. Em relação à sensibilidade que as questões da entrevista podem provocar, o próprio contacto que é necessário estabelecer com os participantes para a sua realização pode ser visto como limitação, na medida em que pode introduzir um certo nível de desabilidade social e de preocupação com uma análise avaliativa das suas respostas por parte do entrevistador.

Podemos pensar ainda que uma das razões pelas quais foi difícil obter mudanças significativas através da audição da sessão, é que esta estratégia de gravação de sessões foi utilizada apenas uma vez por muitos dos participantes. A literatura revista aponta para as várias razões que nos levam a criar a hipótese do aumento da consciência a partir de estratégias como esta, mas até que ponto será necessária a sua repetição para se manifestarem claramente as mudanças?

A ausência de diferenças significativas entre as narrativas anterior e posterior dos terapeutas, pode, em primeiro lugar dever-se ao número de participantes. Embora uma amostra de vinte participantes seja significativa, sobretudo pela recolha de duas entrevistas a cada um deles, este número em termos estatísticos pode não ser suficiente para a expressão dos resultados. Podemos pensar igualmente que, se na primeira entrevista os participantes são questionados sobre os domínios de AC acerca do processo terapêutico com o seu cliente particular, na segunda entrevista, as mesmas questões são feitas referentes apenas a uma sessão, onde podem não surgir as temáticas sobre as quais o terapeuta foi questionado. Em relação a este facto, os próprios participantes indicaram as raras exceções em que isto aconteceu, e clarificaram espontaneamente que embora determinada questão pudesse não ter surgido na sessão sobre a qual nos referíamos, foi capaz ou não, de refletir de forma diferente acerca da questão em causa.

Ainda sobre as limitações que podem surgir pelas questões da entrevista é importante referir que estas foram pensadas de modo a ser suficientemente abrangentes para evitar enviesamentos na resposta. O facto de as questões serem bastante abertas e pouco estruturadas foi pensado propositadamente, mas se por um lado pretendia não condicionar as reflexões de algum modo, por outro lado deu algum espaço a uma certa contradição. Isto é, muitas vezes os participantes, por pensarem nas questões pela primeira vez, ou pela abrangência da pergunta pouco direcionada, responderam de modo contraditório em relação a alguns aspetos. Considero que este facto pode ser sido relevante nomeadamente em termos quantitativos e de expressão na cotação das entrevistas, mas é simultaneamente um indicador que reforça a ausência de auto-reflexão por parte dos terapeutas.

Em particular sobre as questões da gravação da sessão, considero que o próprio exercício da gravação pode trazer enviesamentos que são necessários ter em conta. Primeiro, como a própria literatura indica, gravar uma sessão de psicoterapia pode gerar algum nível de ansiedade e desconforto, assim como a noção de uma certa avaliação que leva muitas vezes a que os terapeutas se comportem de forma diferente. Este facto foi mencionado por alguns dos próprios participantes. E ainda, é de notar que para alguns foi a primeira vez que tiveram contacto com um tipo de exercício destes, enquanto para outros é uma prática mais ou menos frequente, o que pode colocar à partida os participantes em diferentes condições no que diz respeito ao impacto da gravação desta sessão. Ainda assim, se este for pensado como um elemento de enviesamento, reforça a ideia de que o contacto com o desempenho real em psicoterapia, através da gravação de sessões, é uma influência na tomada de consciência. Seria interessante também em termos de estudos futuros, refletir sobre outro tipo de estratégias que podem influenciar a tomada de consciência em relação a estes domínios na prática dos psicoterapeutas, a nível geral, e ainda na particularidade de cada um dos domínios de AC.

Gostaria de terminar a reflexão com um pequeno excerto de uma entrevista que considero resumir as questões mais relevantes no debate deste tema:

T: “Os psicoterapeutas têm muitas vezes dificuldade em confrontar-se consigo mesmos. Têm esta resistência. Passam tempo a ver de fora, a analisar de fora, e é difícil às vezes parar e olhar para o próprio. (...) Não nego que ao início é sempre aquela resistência, não é? Ouvir-me, ver-me, não sei se me apetece muito. Não sei se estou muito para aí virada. Mas é um desafio. (...) Acho que na maioria das vezes, este nosso hábito nos cria essa resistência. Pararmos e olharmos mais para nós. Naquele tempo e naquele espaço, e não só para o outro.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbass, A. (2004) Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Academic Psychiatry*, 28(2), 151–5.
- Alpert, M. (1996). Videotaping psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 93–105.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 755-768.
- Aponte, H. J., & Winter, J. E. (2000). The person and practice of the therapist: Treatment and training. In M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (pp. 127–166). New York, NY: The Haworth Press.
- Asnaani, A., & Foa, E. B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy*, 51(4), 487-490
- Aveline, M. (1992) The use of audio and videotape recordings of therapy sessions in the supervision and practice of dynamic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 8(4): 347–58
- Baldwin, M. (2000). *The use of self in therapy* (2nd ed.). New York, NY: The Haworth Press.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and Methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6^a ed., p. 258–297). John Wiley & Sons.
- Balcetis, E., Dunning, D., & Miller, R. L. (2008). Do collectivists know themselves better than individualists? Cross-cultural studies of the holier than thou phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1252–1267. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013195>
- Banaji, M., & Greenwald, A. (2013). *Blindspot*. New York, NY: Delacorte Press.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Weston, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Constantino, M. J., Bugatti, M., & Castonguay, L. G. (2017). The implications of therapist effects for routine practice, policy, and training. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 309–323). <http://dx.doi.org/10.1037/0000034-017>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London, UK: Sage.
- Brown, E. (1990). Problems in the use of video recordings in training for psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics*, 53, 139-141. doi:10.1159/000288356
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 513-520.
- Brown, E., Moller, N., & Ramsey-Wade, C. (2013). Recording therapy sessions: What do clients and therapists really think?. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13 (4), 254-262
- Bruss, K. V., Brack, C. J., Brack, G., Glickauf-Hughes, C., & O'Leary, M. (1997). A developmental model for supervising therapists treating gay, lesbian, and bisexual clients. *The Clinical Supervisor*, 15,61–73. doi:10.1300/J001v15n01_05
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, 50(2), 150.
- Chodoff, P. (1972) Supervision of psychotherapy with videotape: Pros and cons. *American Journal of Psychiatry*, 128, 819–23.
- Collins, N. M., & Pieterse, A. L. (2007). Critical incident analysis based training: An approach to training for active racial and cultural awareness. *Journal of Counselling and Development*, 85,14–23.
- Crowley, J., & Gottlieb, M. C. (2012). Objects in the mirror are closer than they appear: A primary prevention model for ethical decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 65–72. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026212>
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J. & Weinberger, J. (2007) Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 164(6): 936-41.
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. (2004) Flawed self-assessment: implications for health, education, and the workplace. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 69-106.
- Edwards, J. K., & Bess, J. A. (1998). Developing effectiveness in the therapeutic use of self. *Clinical Social Work Journal*, 26, 89–105. doi:10.1300/J001v15n01_05
- Ehrlinger, J., & Dunning, D. (2003) How chronic self-views influence (and potentially mislead) estimates of performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 5-17.
- Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95-116.

- Fauth, J., & Williams, E. N. (2005). The in-session self-awareness of therapist-trainees: Hindering or helpful? *Journal of Counseling Psychology*, 52, 443–447. doi:10.1037/0022-0167.52.3.443
- Flowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The virtue of multiculturalism. *American Psychologist*, 61, 581–594.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. H. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Training, & Practice*, 38, 418–422. doi:10.1037/0033-3204.38.4.418
- Gelso, C. J., & Hayes, J. H. (2007). *Countertransference and the therapists inner experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1.
- Haggerty, G., & Hilsenroth, M. (2011). The use of video in psychotherapy supervision. *British Journal of Psychotherapy*, 1-18
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing counter- transference. *Psychotherapy*, 48 (1), 88–97. DOI: 10.1037/a0022182
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Scholler, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory. Research, Practice, Training*, 44, 434–449. doi:10.1037/0033-3204.44.4.434
- Hilsenroth, M., DeFife, J., Blagys, M. & Ackerman, S. (2006) Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. *Psychotherapy Research* 16: 292–303.
- Howard, E. E., Inman, A. G., & Altman, A. N. (2006). Critical incidents among novice counsellor trainees. *Counselor Education & Supervision*, 46,88–102
- Huhra, R.L., Yamokoski-Maynhart, C.A. & Prieto, L.R. (2008) Reviewing videotape in supervision: A developmental approach. *Journal of Counseling and Development* 86(4): 412–18.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive- behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747–755.
- Jorgensen, A., Boyle, A., Young, J., Stuart, J., McCormick, F., Halloran, K., ... Rubestein, R. (2003). Revisiting family of origin in the training of family therapists. *Australia and New Zealand Journal of Family Therapy*, 24, 132–140.
- Knapp, S., Gottlieb, M., & Handelsman, M. (2017). Self-Awareness Questions for Effective Psychotherapists: Helping Good Psychotherapists Become Even Better. *Practice Innovations*, 2 (4), 163-172
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nord- berg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267– 276. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.563249>

- LaChapelle, D. L., Lavoie, S., Higgins, N. C., & Hadjistavropoulos, T. (2014). Attractiveness, diagnostic ambiguity, and disability cues impact perceptions of women with pain. *Rehabilitation Psychology, 59*, 162–170. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035894>
- Laska, K., Gurman, A., & Wampold, B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy, 52* (4), 381-390.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that works*. (17-32). New York: Oxford University Press.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A.-K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research, 25*(6), 647-660.
- Macdonald, J., & Mellor-Clark, J. (2014). Correcting psychotherapists' blindsidedness: Formal feedback as a means of overcoming the natural limitations of therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. DOI:10.1002/cpp.1887.
- McConaughy, E. A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy, 24*, 303–314. doi:10.1037/h0085720
- McGoldrick, M. (1998). Introduction: Re-visioning family therapy through a cultural lens. In M. McGoldrick (Ed.), *Re-visioning family therapy: Race, culture and gender in clinical practice* (pp. 3–19). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*(1), 88-97.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy, 52*, 449-457.
- Molouki, S., & Pronin, E. (2015). Self and other. In M. Mikulincer & P. Shaver (Eds.), *Handbook of personality and social psychology* (Vol. 1, pp. 387–414). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi?. In Hartmann, E. J., Axelsen, E., Benum, K., & PAX forlag (Ed.), *Techniques or relationship in psychotherapy: An unfruitful dichotomy?* Book chapter in *God psykoterapi? Et integrativt perspektiv*. [Good psychotherapy. An integrative perspective].
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*(6), 627–646.

- Nissen-Lie, Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Nissen-Lie, H., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havick, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Mosen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 204-209.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., Ambühl, H., Wil-lutzki, U., Botersman, J.-F., Cierpka, M.,... Davis, M. (1999). Psychotherapists' assessment of their development at different career levels. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 203–215.
- Pieterse, A., Lee, M., & Ritmeester, A, & Collins, M. (2013). Toward a model of self-awareness development for counseling and psychotherapy training. *Counselling Psychology Quarterly*, 26 (2), 190-207
- Pronin, E., & Kugler, M. B. (2007). Valuing thoughts, ignoring behavior: The introspection illusion as a source of the bias blind spot. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 565–578.
- Rogerson, M. D., Gottlieb, M. C., Handelsman, M. M., Knapp, S., & Younggren, J. (2011). Non-rational processes in ethical decision making. *American Psychologist*, 66, 614–623
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (1991). En modell for profesjonell utvikling hos terapeuter og rådgivere. [A model of the professional development of therapists and counselors] *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* [The Journal of the Norwegian Psychological Association], 28, 555–567.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Schacter, D.L. & Addis, D.R. (2007) The cognitive neuroscience of constructive memory: Remembering the past and imagining the future. *Philosophical Transactions of the Royal Society (B)* 362: 773–86.
- Scopelliti, I., Morewedge, C. K., McCormick, E., Min, H. L., Lebrecht, S., & Kassam, K. S. (2015). Bias blind spot: Structure, measurement, and consequences. *Management Science*, 61, 2468–2486. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.2014.2096>
- Smith, T. S., McGuire, J. M., Abbott, D. W., & Blau, B. I. (1991). Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to justify doing less than one believes one should. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 235–239
- Spengler, P. M., White, M. J., Ægisdóttir, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S.,... Rush, J. D. (2009). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Effects of experience on judgment accuracy. *Counseling Psychologist*, 37, 350–399.

- Shepherd, L., Salkovskis, P., & Morris, M. (2009). Recording therapy sessions: An evaluation of patient and therapist reported behaviours, attitudes and preferences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37 (2), 141-150
- Star, B. (1977) The effects of videotape self-image confrontation on helping perceptions. *Journal of Education for Social Work*, 13, 114–19.
- Storey, J. (2016). Hurting the healers: Stalking and stalking-related behaviors perpetrated against counselors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47, 261–270.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218–229.
- Walfish, S., McAlister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Waltman, S. H., Frankel, S. A., & Williston, M. S. (2016). Improving clinician self-awareness and increasing accurate representation of clinical competencies. *Practice Innovations*, 1, 178–188.
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: a 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16-24.
- Wampold, B. E. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age - with the usual developmental challenges. *Psychotherapy*, 458-462.
- Wampold, B. E. (2017). What Should We Practice?. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training*. (p. 49-65). John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists?. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?.* (p. 37-54). American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 914.
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2^a ed.). New York: Routledge.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological bulletin*, 122(3), 203.
- Williams, E. (2003). The relationship between momentary states of therapist self-awareness and perceptions of the counseling process. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 177–186.

- Williams, E. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self focused attention after a decade of research. *Psychotherapy Research*, 18 (2), 139-146
- Wolf, A., Goldfried, M., & Muran, C. (2017). Therapist negative reactions: How to transform toxic experiences. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (pp. 175–192). Washington, DC: American Psychological Association.
- Younggren, J. N. (2007). Competence as a process of self-appraisal. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 515–516

ANEXOS

Anexo I - Consentimento informado psicoterapeuta



Consentimento informado

O presente estudo insere-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-IU, tendo como tema principal - A auto-consciência dos Psicoterapeutas - pelo que conto com a sua participação na realização destas entrevistas.

A sua participação conta com duas fases, em que responderá a duas entrevistas que serão gravadas em áudio. Entre as duas entrevistas será solicitado que grave uma sessão específica de um cliente particular que acompanhe, cujo processo terapêutico será a referência para as entrevistas. Ainda assim, sublinho os seguintes pontos:

- 1. O investigador nunca tem acesso à gravação (que fica na posse do terapeuta que se compromete a destruir depois do estudo),**
- 2. Apenas o psicoterapeuta tem conhecimento sobre o caso do cliente, e não será questionado sobre ele - as entrevistas referem-se apenas ao psicoterapeuta e não ao cliente**
- 3. É disponibilizada informação facilitadora do consentimento informado que esclareça os pontos anteriores.**

A identificação dos participantes no estudo, assim como dos clientes, será sempre mantida anónima e a utilização dos dados da entrevista será apenas utilizada para os objetivos do presente estudo. A sua participação neste estudo é voluntária, não existindo custos ou riscos envolvidos.

Terá sempre a possibilidade recusar a sua participação ou de se retirar da realização das entrevistas, a qualquer momento, sem necessidade de justificação ou penalização.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, junto o meu contacto
raaquel.alexandra@gmail.com

Após ter lido e compreendido a informação anteriormente mencionada, declaro que aceito participar neste estudo.

O participante

Muito obrigada pela sua colaboração!
Raquel Silva Pereira

Anexo II – Consentimento informado cliente



Consentimento informado

Obrigada pela sua colaboração neste estudo.

Para fins de uma investigação na área da psicoterapia, na qual o seu psicoterapeuta está a colaborar, irá ser-lhe solicitada autorização para gravar em áudio esta sessão. Esta gravação será ouvida posteriormente **APENAS** pelo seu psicoterapeuta, que se compromete em destruí-la após a realização da entrevista que terá esta gravação como base. Esta entrevista será referente ao seu psicoterapeuta e à apreciação do seu próprio desempenho na consulta, **não sendo questionado sobre qualquer informação ou reflexão acerca do seu caso.**

A sua participação é voluntária, não existindo custos ou riscos envolvidos

O cliente

O psicoterapeuta

A investigadora,
Raquel Pereira

Anexo III – Formulário dos dados sociodemográficos

A auto-consciência dos psicoterapeutas

***Obrigatório**

Dados socio demográficos

Idade *

A sua resposta

Gênero *

A sua resposta

Indique por favor quantos semestres de formação concluiu *

A sua resposta

Indique por favor quantas horas de supervisão concluiu (número aproximado) *

A sua resposta

Indique por favor se concluiu o desenvolvimento pessoal *

Sim

Não

Indique por favor qual a sua formação de base *

Psicologia

Medicina

Outra: _____

Indique por favor os seus anos de experiência na área da psicoterapia *

A sua resposta _____

[ANTERIOR](#) [SUBMITER](#)

Anexo IV – Dicionário Final

- A partir da análise temática, foram elaborados uma série de temas (apresentados seguidamente nas linhas da tabela), que tinham em comum características como
 - a valência (positiva ou negativa), ou seja, se determinado aspeto é sentido pelo terapeuta como positivo/favorável/ benéfico ou negativo/desfavorável/prejudicial
 - a abstração (transversal ou específico), ou seja, se o terapeuta relata determinado aspeto como transversal a todas as pessoas que acompanha ou se refere aspetos específicos em relação ao cliente de quem estamos a falar
 - o propósito (para o terapeuta, para o cliente ou para a relação), ou seja, o alvo. Refere-se, nas descrições dos terapeutas, quem é impactado com determinado aspeto, se é o próprio terapeuta, o cliente ou a relação.

Estas características, presentes em cada um dos temas, estão então presentes nas colunas, dando origem à tabela de codificação que se segue. Fez sentido desenhar este esquema de categorias de forma ortogonal com os temas a seguir apresentados nas linhas e nas colunas: Cada entrevista (1 e 2) é cotada de cada vez que uma citação do terapeuta se insere em cada um destes códigos.

	<i>Valência</i>		<i>Abstração</i>		<i>Propósito/Alvo</i>		
	+ Positiva	- Negativa	Transversal /Geral	Específico	Terapeuta	Cliente	Relação
Reconhecimento da experiência emocional	EE1	EE2	EE3	EE4	EE5	EE6	EE7
*EE0 – não reconhecimento da experiência emocional							
Regulação emocional	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	RE7
Identificação de competências	IC1 (funcionais)	IC2 (disfuncionais)	IC3	IC4	IC5	IC6	IC7
Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7
**PE0 – não reconhecimento da influência dos preconceitos e enviesamentos							
Influência dos valores pessoais	IV1	IV2	IV3	IV4	IV5	IV6	IV7
***IV0 – não reconhecimento da influência dos valores pessoais							
****DV – distinção dos valores							

EE - Reconhecimento da experiência emocional

RE – Regulação emocional

IC – Identificação de competências

PE – Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos
IV – influencia dos valores pessoais
DV – Reconhecimento da distinção de valores

Outras categorias (desenvolvidas no dicionário):

- **IAC** - Indicador de auto-consciência
- **AAC** - Indicador de ausência de auto-consciência

EE - Reconhecimento da experiência emocional

Inclui descrições de reconhecimento do modo como a experiência emocional em sessão com o cliente pode estar presente ou de certo modo influenciar.

- Pode ser visto como um aspeto positivo ou negativo pelo próprio, transversal a todos os clientes ou específico ao cliente a quem se refere, e ter um propósito para o próprio terapeuta, para o cliente ou para a relação.

Exemplo:

T “Eu acho que aqui a minha experiência emocional é importante (...)”

T “(...) Acho difícil responder com esta cliente em particular, porque acho importante com todos”

*Cota-se **EE0 – Não reconhecimento da experiência emocional** quando o terapeuta explicitamente refere não reconhecer a sua própria experiência emocional.

Exemplo:

T: “Não é um cliente cujas temáticas de vida dele me coloquem perante situações que eu sinta que há um eco dentro de mim (...)”

RE – Regulação emocional

Inclui descrições do próprio terapeuta referentes à sua necessidade de regular ou controlar a experiência emocional. Também inclui as descrições que se referem à necessidade de separar a experiência emocional do cliente com a própria experiência emocional.

- Pode ser visto como um aspeto positivo ou negativo pelo próprio, transversal a todos os clientes ou específico ao cliente a quem se refere, e ter um propósito para o próprio terapeuta, para o cliente ou para a relação.

Exemplo:

T “(...) e se eu não estiver muito consciente da minha experiência emocional, e capaz de a regular, também não vou ser capaz de trabalhar (...)”

T “é importante não confundir isso com o processo terapêutico em si”

T “às vezes podemos ter dificuldade em nos desligarmos, não é? Eu acho que consigo fazer essa separação muito bem”

Nota: Pode confundir-se ‘Reconhecimento da Experiência Emocional’ com ‘Regulação Emocional’ – EE refere-se ao reconhecimento desta influência, enquanto a RE diz respeito a qualquer tipo de estratégia/ atitude de regulação que o terapeuta mencione como consequência desse reconhecimento. Surge em alguns casos o reconhecimento da EE sem que seja mencionada a RE.

IC – Identificação de competências

Inclui referências do próprio terapeuta às suas competências. (Cada competência enumerada é cotada uma vez).

- Podem ser vistas como funcionais/ positivas, ou disfuncionais/ negativas; podem ser transversais a todos os clientes ou específicas ao cliente a quem se refere, e ter um propósito para o próprio terapeuta, para o cliente ou para a relação

Exemplo:

T “Eu tenho muito isto, sou muito genuína, muito direta às vezes (...)”

T “A história desta paciente é tão complexa que eu evitei confrontá-la muitas vezes, desafiá-la”

Nota: muitas vezes são mencionadas características pessoais do terapeuta como competências, sejam elas funcionais ou disfuncionais

PE – Reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos

Inclui as descrições de reconhecimento da presença de preconceitos e enviesamentos por parte do próprio terapeuta

- Podem ser vistos como aspetos positivos ou negativos pelo próprio, transversais a todos os clientes ou específicos ao cliente a quem se referem, e ter um propósito para o próprio terapeuta, para o cliente ou para a relação.

Exemplo:

T: “Todos os processos terapêuticos nos... a mim, me trazem sempre alguma coisa, não é? Por isso enviesamentos vão sempre haver”

T: “Acho que há um enviesamento que eu geralmente tenho em relação aos homens, que eu acho que eles têm às vezes um bocadinho mais dificuldade em aderir à terapia”

****Cota-se PE0 - Não reconhecimento dos preconceitos e enviesamentos** - quando existe a expressão de não reconhecimento. Cotamos esta categoria quando o terapeuta afirma explicitamente a ausência dos preconceitos e enviesamentos.

Exemplo:

T: “Sou das pessoas mais livres dessas coisas todas, e, portanto, não”

IV – Influência dos valores pessoais

Inclui as descrições por parte do terapeuta, do reconhecimento da influência dos próprios valores pessoais

- Pode ser visto como um aspeto positivo ou negativo pelo próprio, transversal a todos os clientes ou específico ao cliente a quem se refere, e ter um propósito para o próprio terapeuta, para o cliente ou para a relação.

Exemplo:

T: “Sim, eu acho que os meus valores estão sempre presentes”

T: “(...) e pessoas que trabalham com determinados valores, é capaz de mexer um bocadinho comigo”

*****Cota-se IV0 – Não reconhecimento da influência dos valores pessoais** - quando existe a expressão de não reconhecimento da influência dos valores pessoais do próprio no processo terapêutico ou no cliente.

Exemplo:

T: “Eu acho que não têm influência os meus valores pessoais”

****Cota-se **DV – Distinção de valores** – quando é mencionada por parte do terapeuta, a propósito da influência dos valores pessoais, a necessidade ou prática de distinção de valores, seja ela entre os valores pessoais e profissionais do terapeuta, ou entre os valores do terapeuta e os valores do cliente.

Exemplo:

T: *“Sempre foi uma questão que eu sempre consegui muito bem pôr um travão ou separar. Uma coisa sou eu enquanto pessoa, outra coisa sou eu enquanto psicoterapeuta.”*

T: *“(…) percebo que uma coisa são os meus valores, outra coisa são os dela”.*

Nota: Também são cotadas desta forma, descrições onde é valorizada esta distinção de valores, ainda que o terapeuta não explicita a sua prática.

Outras categorias:

Para além das categorias mencionadas, que geralmente estão presentes na secção da entrevista que especificamente refere determinado tema, ao longo de toda a entrevista podemos encontrar as seguintes categorias, que não seguem a mesma lógica do esquema ortogonal. Devem então ser cotadas de cada vez que o terapeuta faz determinadas afirmações, como explicado de seguida. Ao longo da entrevista o terapeuta pode ter várias citações deste tipo ou não ter qualquer uma delas.

IAC - Indicador de auto-consciência

Inclui discursos onde o terapeuta reconhece a importância da tomada de consciência acerca dos aspetos mencionados, que podem ser mais gerais ou incluir estratégias concretas com vista a este aumento de A.C. Inclui descrições do terapeuta de dúvida ou questionamento acerca do seu desempenho. Inclui também aspetos mais específicos como a importância do feedback do cliente ou as vantagens associadas à supervisão

Exemplos:

T: *“(…) tem de haver algum enviesamento meu, pessoal, não é? (...) Que desconstruo, e que eu só na supervisão às vezes é que os enviesamentos para mim são mais claros (...) que uso para posteriormente me debruçar sobre o assunto”*

T: *“Conseguir ouvir insatisfações, sem também sentir que são uma crítica pessoal ou personalizar (...) haver esse espaço para falar sobre o que satisfaz ou insatisfaz, também me parece importante”.*

AAC - Indicador de ausência de auto-consciência
--

Inclui discursos onde o terapeuta expressa a ausência de consciência em relação aos aspectos mencionados, a revelação de que está a refletir sobre o assunto pela primeira vez, ou a expressão de dificuldades na resposta

Exemplos:

T: *“Para mim até é difícil responder aqui a esta questão dos valores pessoais (...)”*

T: *“A minha experiência emocionalOk essa pergunta é complicada! (...)”*

Tem que me deixar pensar um bocadinho, porque a pergunta é muito complexa.”