

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



O MOMENTO PRESENTE NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Isabel Francisca Castelo Costa Sarmiento

Nº 13209

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

## **Agradecimentos**

Começo por expressar os meus agradecimentos ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pela formação de excelência e por ter proporcionado a possibilidade de realizar o presente trabalho na área da investigação.

Ao Doutor António Gonzalez, por cada palavra de amizade e encorajamento, pela disponibilidade e sabedoria e, sobretudo, pela receptividade ao tema proposto para esta dissertação de mestrado, alicerçando desde logo um importantíssimo suporte para a sua concretização.

Ao Professor Daniel Sousa, devo agradecer a pronta disponibilidade para co-orientar esta dissertação, no âmbito da metodologia qualitativa aplicada. A sua amabilidade e experiência tornaram-se fundamentais no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço, ainda, aos psicólogos da área da Psicologia Clínica que participaram neste trabalho de investigação, mostrando a sua disponibilidade para colaborar na realização das entrevistas e posteriores esclarecimentos tidos como necessários.

À minha família e aos amigos que sempre me contiveram nos momentos cruciais, tendo sido um suporte fundamental a nível pessoal, muito obrigada.

Não poderia, de forma alguma, esquecer de salientar o apoio, a partilha e a amizade dos colegas e amigos do ISPA, que estiveram presentes ao longo de todo o meu percurso académico.

## **Resumo**

O presente trabalho de investigação debruça-se sobre a compreensão do conceito de momento presente, enquanto momento de mudança na relação terapêutica. Para o estudo do fenómeno em contexto psicoterapêutico, interessa conhecer a vivência dos terapeutas quanto à sua espontaneidade e o seu foco nos elementos implícitos na relação da díade. Na recolha da informação foi utilizada uma metodologia qualitativa, através da entrevista fenomenológica descritiva aplicada aos sujeitos, com a qual se pretendeu obter descrições das suas experiências face ao fenómeno do momento presente na relação com o paciente. A leitura dos significados psicológicos apurados nas descrições, permite afirmar que os momentos de mudança nem sempre são identificados pelo terapeuta ou são, por vezes, atribuídos a algo inesperado que surge no contexto terapêutico.

**Palavras-chave:** momento presente, conhecimento implícito, mudança terapêutica.

## **Abstract**

This research focuses on the understanding of the concept of present moment, as being the moment of change in the therapeutic relationship. On the study of this phenomenon in psychotherapeutic context, the basis is the experience of therapists with its spontaneity and focus on implicit elements in therapeutic relationship. The gathering of the data was based upon a qualitative methodology through phenomenological description interview applied to subjects, with the descriptions of their experiences related to the present moment in therapeutic setting. The psychological meanings in the descriptions, point that changing moments are not always identified by the therapist and sometimes are related to the unexpected that arises in the context of therapy.

**Key-words:** present moment, implicit knowledge, therapeutic change.

## Índice

1. O momento presente.....	1
1.1. O agora do momento presente.....	1
1.2. O momento presente.....	2
1.3. A noção de tempo no momento presente.....	3
1.4. O momento presente e a história vivida.....	4
1.5. A intersubjectividade e o momento presente.....	6
1.6. O momento presente e o implícito.....	8
1.7. A consciência e a consciência intersubjectiva.....	8
2. A relação terapêutica.....	10
2.1. A relação terapêutica em psicoterapia existencial.....	10
2.2. O encontro terapêutico.....	10
2.3. O aqui e agora na terapia.....	11
2.4. O momento presente em psicoterapia.....	12
2.5. O processo de andamento na terapia.....	12
2.6. O implícito e o explícito na terapia.....	14
2.7. O passado e o momento presente.....	15
2.8. O método fenomenológico em contexto psicoterapêutico.....	16
3. A mudança terapêutica.....	17
3.1. O momento presente e a mudança.....	17
3.2. A nova relação.....	17
3.3. A responsabilidade.....	18
3.4. A espontaneidade.....	18
3.5. A autenticidade.....	19
4. Método fenomenológico descritivo.....	21
4.1. Descrição do método.....	21
4.1.1. Introdução ao método fenomenológico.....	21
4.1.2. Os antecedentes do método fenomenológico.....	22
4.1.3. A fenomenologia e a psicologia fenomenológica.....	24

4.1.4. O método fenomenológico – a filosofia e a psicologia.....	24
4.1.5. Operacionalização do método fenomenológico descritivo.....	25
4.2. Participantes.....	29
4.3. Procedimento.....	29
4.4. Metodologia.....	30
5. Resultados.....	31
5.1. Dados empíricos.....	31
5.2. Análise dos resultados.....	35
6. Discussão dos resultados.....	38
6.1. Elementos do terapeuta.....	38
6.2. Elementos do paciente.....	39
6.3. Elementos da relação.....	40
6.4. A mudança na relação.....	41
7. Conclusão.....	43
8. Reflexões finais.....	46
9. Referências.....	49
Anexos.....	52

**Lista de tabelas**

Tabela 1: Unidades delimitadas na descrição.....	27
Tabela 2: Unidades de significado psicológico.....	28
Tabela 3: Estrutura I.....	32
Tabela 4: Estrutura II.....	32
Tabela 5: Constituintes-chave.....	34

**Lista de anexos**

Anexo 1: Entrevistas fenomenológicas.....52

Anexo 2: Unidades de significado..... 71

## 1. O Momento Presente

### 1.1. O agora do momento presente

A experiência que sucede neste preciso momento, no *agora*, é possível porque só estamos subjectivamente vivos e conscientes nesse mesmo *agora*, traduzindo-se no único momento de realidade subjectiva pura da experiência vivida. Da mesma forma, em contexto terapêutico, o encontro dá-se no *aqui e agora* numa consciência mútua nas mentes do terapeuta e paciente, possibilitando a co-criação e partilha, constituindo-se como um potencial de mudança.

O *agora subjectivo* ocorre num espaço mental, onde é vivido um drama emocional que se inscreve no tempo (Stern, 2004). Contudo, este é um tempo subjectivo, que reporta ao modo como a pessoa vive determinado momento, se lhe parece efémero ou interminável, e que nada tem a ver com o tempo cronológico objectivo (*chronos*). Podemos ilustrar com o exemplo de uma narrativa que é contada sem obedecer necessariamente ao tempo cronológico, mas que comporta um sentimento de continuidade e coerência. Ainda assim, numa narrativa, o *agora* só está presente no momento em que esta é contada, pois reporta-se a um *agora* já vivido que pertence ao passado, e não a uma experiência directa.

O tempo *cairós* marca um momento de consciência no qual ocorre algo de novo, sugerindo uma acção que pode levar à mudança, e ainda que a pessoa opte por não agir, ocorre igualmente mudança. Pode afirmar-se que o *momento presente* é um momento micro-*cairós* (Stern, 2004), pois envolve a tomada de decisões sobre o percurso de vida.

Neste âmbito, importam os *momentos presentes* que constroem a experiência subjectiva no presente consciente, e não o conteúdo inconsciente que reporta ao passado. Importam os *momentos presentes* que contemplam a interacção de mais que uma pessoa, nos quais se desenrola uma história emocional da relação tal como é experienciada, co-criada e partilhada no *agora*. Esta experiência real remete para o *conhecimento implícito*, pois não necessita de ser verbalizada para ser compreendida na partilha subjectiva. Este momento acede à consciência e fica guardado na memória, podendo ser recordado e, desta forma, reescrever o passado numa perspectiva alternativa, reinventada genuinamente.

## 1.2. O momento presente

Vivemos subjectivamente apenas no presente. Para Stern (2004), esta concepção pode ser inquietante, mas vejamos, quando relembramos um acontecimento passado, o acto de recordar está a ocorrer no *agora*, tal como na narração, ao narrar um episódio passado também estamos a reviver uma experiência passada embora o acto de narrar seja presente. Da mesma forma com a antecipação do futuro, sonhos e fantasias, que nos levam a experienciar no *agora*. De acordo com a visão fenomenológica, a experiência está aprisionada ao presente, pois advém do *estar-no-mundo* no *aqui e agora*.

O *momento presente*, segundo Stern (2004), é uma unidade de processo subjectiva e psicológica de algo que é trazido à consciência, mas a forma como chegamos até ao *momento presente* é intuitiva, pelo que não tomamos consciência deste. A duração do *momento presente* relaciona-se com o modo como concebemos a experiência do tempo, pois ocorre num determinado período de tempo no *agora subjectivo*. Não é frequente que se tome conhecimento da passagem de tempo durante um *agora*, embora o tempo continue a avançar sem tomarmos consciência disso. Assim, se o presente está sempre em movimento, como pode este durar o tempo (*chronos*) suficiente para acolher o *cairós*? Husserl (1913, citado por Stern 2004), apresenta a duração do *momento presente* em três fases, o presente do *momento presente*, no instante *chronos* em que sucede; o passado do *momento presente* – *retenção* – é um passado imediato que ainda ressoa no *agora* sentido, e não necessita ser recuperado pela memória por ainda se encontrar ligado ao presente; e o futuro do *momento presente* – *protenção* – que é antecipado no imediato e, portanto, está implícito naquilo que ocorreu nos momentos anteriores (passado e presente) conferindo algum sentido àquilo que irá suceder de seguida. O que importa reter nesta concepção fenomenológica é a união subjectiva destas três fases, como uma experiência global e coerente que ocorre no *agora* e lhe confere um significado psicológico.

Por vezes, o passado pode assolar o presente com os seus padrões de tal modo que este acrescenta pouca novidade, e a sua importância é diminuída porque se trata de uma repetição. Bem como o futuro, que pode impor-se tão prontamente ao presente, com a sua reorganização, que não lhe permite durar o tempo necessário. É fundamental que exista um equilíbrio na dinâmica dos três momentos temporais, pois o presente sofre a influência das estruturas passadas e do futuro antecipado.

O *momento presente*, enquanto entidade psicológica, tem sido alvo de um crescente interesse. Pode ser tomado por várias vertentes como uma unidade de processo da experiência subjectiva, quer se procure o significado, a percepção ou a natureza da consciência.

Para Stern (2004), o *momento presente* encerra uma série de características particulares. Começa por 1) necessitar da consciência, pois ocorre num *agora subjectivo* que é consciente; 2) não se prende com a verbalização mas antes, com a experiência sentida; 3) esta experiência sentida reporta ao conteúdo actual da mente, sendo vivido no *agora subjectivo* e consciente; 4) tem uma curta duração, de apenas alguns segundos, relativa ao presente imediato; 5) contém uma função psicológica, pois surge à consciência como um desafio que implica uma acção, com uma intenção de adaptação à novidade; 6) trata-se de um momento holístico organizado por acontecimentos sucessivos, que formam uma experiência sentida como uma totalidade; 7) a sua dinâmica temporal surge associada aos *afectos vitais* que mantêm o *momento presente* uno; 8) cada *momento presente* é único e imprevisível quanto ao seu início; 9) implica um sentido do *self*, onde cada sujeito é o único experimentador da sua experiência subjectiva; 10) o *self* experimentador pode adoptar uma postura de distanciamento ou de proximidade face ao momento, podendo envolver-se e investir emocionalmente na experiência; 11) cada momento varia quanto à sua importância, podendo ir do mais raro ao mais banal, consoante o contexto em que decorre.

### **1.3. A noção de tempo no momento presente**

O *momento presente* é uma unidade de processo com parâmetros temporais, que nos permite compreender as interacções humanas à medida que estas acontecem. Assim, a sua duração está compreendida entre um e dez segundos, com uma média de três a quatro segundos. Esta concepção temporal pode ser fundamentada pelo facto de ser o intervalo de tempo necessário para que se constituam: 1) agrupamentos significativos dos estímulos percebidos; 2) unidades funcionais do comportamento humano; 3) e a tomada de consciência.

Somos constantemente confrontados com sequências de unidades básicas de percepção. Contudo, estas não encerram em si mesmas qualquer significado mas antes, devem ser agrupadas em unidades maiores para que se tornem um acontecimento importante e significativo. No *momento presente*, a atenção e a consciência focam-se num único acontecimento e, encontram-se simultaneamente receptivas a novos acontecimentos significativos. O *momento presente* faz agrupamentos em unidades significativas que

permitem uma resposta mais adaptada ao acontecimento, permitindo às experiências subjectivas ter um significado psicológico inscrito no tempo.

O comportamento significativo do ser humano pode ser realizado e compreendido em unidades de um a dez segundos, seja ao nível da linguagem, da música, da interacção mãe-bebé ou das operações mentais. Contudo, o *momento presente* é um processo subjectivo único e não tem elementos fora do seu foco de atenção.

Para que um estímulo perceptivo aceda à consciência são necessários cerca de um a dez segundos. Obedece a um processo de reentrada (Edelman, 1990, citado por Stern, 2004), ou seja, o grupo de neurónios activado pelo estímulo vai activar outro grupo, o qual reenvia o sinal para o primeiro grupo, criando um *loop* de entrada na experiência original. As sucessivas passagens pelo *loop* de entrada estabilizam o tempo suficiente para que o estímulo atinja a consciência, correspondendo o *momento presente* ao tempo necessário para a estabilização do *loop*.

#### **1.4. O momento presente e a história vivida**

O *momento presente* possibilita a construção de uma história vivida. Trata-se de uma história peculiar de curta duração formada por sentimentos, assim sendo, é uma narrativa emocional e não verbal. Esta história tem o formato de uma narrativa na mente, mas que não é verbalizada, apenas se destina a construir significados em torno das expectativas e intenções procuradas no outro.

Para Stern (2004), existem elementos fundamentais que caracterizam o *momento presente*. Primeiro, existe uma razão para que a história vivida aceda à consciência, seja uma novidade, um conflito ou uma perturbação que visa uma resolução. As histórias despertam o nosso interesse porque violam as nossas expectativas e requerem o nosso esforço para que seja reposta a normalidade (Bruner, 2002, citado por Stern, 2004). Em segundo, existe um tema em torno do qual se desenvolve a história (Spence, 1976), integrando todos os elementos básicos do formato narrativo (quem, o quê, quando, onde, como e porquê) que prendem a atenção das pessoas e permitem a compreensão e organização do comportamento humano (Schafer, 1981, citado por Stern, 2004). Por fim, o *momento presente* caracteriza-se por uma história com uma tensão dramática que tende para a evolução, no fundo ela é a responsável pela dimensão temporal que possibilita a compreensão da história como uma totalidade (Labov, 1972, citado por Stern, 2004).

O *momento presente* pode ser partilhado enquanto subjectividade vivida, gerando a partir daqui uma *intersubjectividade* que é co-criada, e que constitui a particularidade do *aqui e agora* tanto na psicoterapia como na vida quotidiana. Contudo, esta narrativa é emocional e não formada cognitivamente de modo a ser contada.

A dinâmica temporal e os *afectos vitais* são essenciais na dinâmica micro-temporal e na tensão dramática, tornando a experiência analógica. Os *afectos vitais* estavam inicialmente ligados à sintonia afectiva entre a mãe e o seu bebé, enquanto intersubjectividade precoce (Stern *et al.*, 1984, Stern, 2002, citado por Stern, 2004). Tudo aquilo que as pessoas fazem, sentem e ouvem tem um contorno temporal, veja-se o sorriso, que tem um tempo de formação e vai crescendo até ao seu ponto mais alto, para logo voltar a decair. Os contornos temporais dos estímulos actuam sobre o sistema nervoso, a partir do interior, e são transformados em contornos de sentimentos, os *afectos vitais*. Estes dois tipos de contornos complementam-se, sendo o contorno temporal respeitante às alterações de intensidade e qualidade dos estímulos, internos ou externos, que sucedem no tempo, e, os *afectos vitais* são as mudanças subjectivamente vividas nos estados internos de sentimento, que se fazem acompanhar pelo contorno temporal do estímulo. Assim, podemos dizer que os *afectos vitais* são intrínsecos a todas as experiências, reflectindo a forma como uma acção é executada e o sentimento que lhe está subjacente. A transposição dos contornos temporais do comportamento do outro em *afectos vitais*, que são evocados no observador, é explicada pela teoria dos neurónios-espelho. Também Tustin (1990), descreveu os sentimentos experienciados pelos autistas na observação de comportamentos. No entanto, importa aqui realçar os *afectos vitais* centrados nos sentimentos e não tanto nos comportamentos. Os *afectos vitais* podem expressar os sentimentos que estão para além do comportamento, tanto na sessão de terapia como nas relações interpessoais, os *afectos vitais* ultrapassam os significados explícitos, o que se constitui como base da autenticidade.

Segundo Stern (2004), os *afectos vitais* têm estado ausentes da Psicologia, não tendo sido dada a importância devida à dinâmica micro-temporal, pois os *afectos vitais* conferem um sentimento crescente e evolutivo ao *momento presente*, através de uma tensão dramática que torna a história vivida coerente e una, que progride com o propósito de alcançar estabilidade.

O *momento presente* é uma experiência subjectiva que pode ser descrita objectivamente, com uma estrutura temporal e um formato narrativo que a organiza, possibilitando a sua compreensão enquanto fenómeno clínico emergente na relação.

### 1.5. A intersubjectividade e o momento presente

O *momento presente* surge quando duas pessoas estabelecem um contacto *intersubjectivo* que lhes permite uma leitura do conteúdo da mente do outro. Ao longo deste momento, as pessoas experienciam a mesma *paisagem mental* e portanto pode afirmar-se que esse encontro é fundamental na psicoterapia, pois assenta na criação *intersubjectiva*. Desta forma, podemos fazer uma leitura das intenções do outro, e sentir aquilo que o outro sente, criando uma empatia a partir daquilo que estamos a observar no outro e que ressoa em nós próprios, na mente e corpo. Participamos na experiência do outro como se fosse nossa e nesta partilha, as delimitações do *self* tornam-se penetráveis embora este permaneça diferenciado.

O contacto permanente com a mente do outro permite a co-criação da nossa vida mental, formando assim uma matriz intersubjectiva, desviando o foco do intrapsíquico para o *intersubjectivo*. Em psicoterapia, trabalha-se nesta base *intersubjectiva*, procurando contacto com todo o material proveniente do reportório da pessoa, quer do seu passado quer do seu presente, embora a estes se junte uma parte essencial, que é o momento em que os mesmos surgem e como surgem (forma e conteúdo), construindo os seus significados nesta matriz *intersubjectiva*, que pode ser justificada a vários níveis.

Ao nível das neurociências, os *neurónios-espelho* explicam o facto de as pessoas conseguirem fazer uma leitura da mente dos outros, das suas intenções e ser capaz de sentir o que os outros sentem, empatizando com eles *como se* fossemos nós próprios a experienciar na primeira pessoa. Deste modo, é criado um sentido de partilha e compreensão da própria pessoa e das suas intenções (Damásio, 2000, Gallese, 2001, citados por Stern, 2004).

No que respeita ao nível desenvolvimental, a *intersubjectividade* é precoce, iniciando-se numa primeira fase onde a mãe e o seu bebé têm uma coordenação dos movimentos (*intersubjectividade primária*), onde se verifica uma regulação dos comportamentos (Trevarthen e Hubley, 1978, citado por Stern, 2004). Em seguida, o bebé faz uma imitação das pessoas para aprender mais sobre as mesmas (representação interna) (Meltzoff e Gopnik, 1993, Meltzoff e Moore, 1977, 1999, citados por Stern, 2004). Noutra perspectiva, Stern (2004) aborda a comunicação nas díades baseada no seu estado interno de sentimentos (Stern, 1977, 2000, 2002, Stern *et al.*, 1984, citado por Stern, 2004), colocando a tónica mais na experiência subjectiva (*sintonia afectiva*) e menos no comportamento. Mais tarde na fase pré-verbal, o bebé começa a procurar os objectivos das intenções (*intersubjectividade secundária*), como forma de partilhar as suas experiências e direccionar o seu foco de atenção (Trevarthen e Hubley, 1978, citado por Stern, 2004).

No âmbito clínico, a matriz *intersubjectiva* tem vindo a ser abordada no caso do autismo, pois os autistas parecem viver à parte dela, tal como a conhecemos. Aspectos como o evitamento do olhar, a falta de resposta às solicitações de contacto humano, e o desinteresse pela comunicação verbal e não-verbal, são dados que podem estar relacionados com a falta de empatia que estes revelam. Segundo Tustin (1990), este desinteresse é defensivo.

Na abordagem fenomenológica, Husserl (1964, citado por Stern, 2004) concebe a mente enquanto co-construída na interacção com as outras mentes, sendo que o sujeito só se reconhece por meio da existência do outro (*ser-no-mundo-com-os-outros*). Através da *intersubjectividade* aberta enquanto condição humana, estão reunidas as condições para a *intersubjectividade primária* (imitação, sintonia) e *intersubjectividade secundária* (empatia). Em contexto psicoterapêutico, são privilegiados os *momentos presentes* como unidades de processo co-construídas numa matriz *intersubjectiva*.

A procura da intencionalidade serve de guia para a adaptação humana, motivando o sujeito para a sobrevivência. Esta motivação é potenciadora da evolução psicoterapêutica, pois o sujeito pode dar-se a conhecer e interage com o terapeuta nesse sentido, procurando uma certa estabilidade e até mesmo, a sua sobrevivência.

A *espontaneidade* e *criatividade* são dois conceitos fundamentais no Psicodrama. Tauvon (2005) associa a *espontaneidade* à capacidade de dar uma resposta ajustada a uma situação nova e a *criatividade* pressupõe essa espontaneidade. O *encontro intersubjectivo* só produz mudança se for genuíno e, para tal, a *intersubjectividade* é co-criada por duas mentes e simultaneamente cria essas mentes. Esta afirmação vem reforçar a concepção de Moreno (citado por Tauvon, 2005).

Existem dois tipos de metas intersubjectivas que, ao serem alcançadas, possibilitam uma experiência subjectiva de satisfação. O primeiro prende-se com a necessidade de conhecer as intenções e sentimentos do outro, como uma forma de orientação que nos posiciona no *espaço intersubjectivo* face ao outro. Esta orientação intersubjectiva constitui-se tal como um *momento presente*, em virtude de ser adaptativa e reguladora do comportamento. O segundo trata da confirmação da própria identidade e coesão do *self*, onde o olhar do outro nos serve de guia para nos posicionarmos no *encontro subjectivo* e para dar sentido ao nosso próprio *self*. Há uma procura intensa do olhar do outro, não só para ler as suas intenções, como também para as antecipar.

## 1.6. O momento presente e o implícito

O *momento presente* é apreendido mediante o *conhecimento implícito*. Este é um tipo de conhecimento não simbólico e não verbal e, também, inconsciente por não se reflectir conscientemente. Já o *conhecimento explícito* é simbólico e verbal, de modo que pode ser narrado e reflectido conscientemente. Contudo, o *conhecer implícito* estende-se tanto aos afectos como às palavras, ou melhor, aos significados que estas assumem.

Actualmente, o *conhecer implícito* é abordado para além do domínio do procedimental, considerando que este respeita aos afectos, às expectativas e às motivações que poderão constar no *momento presente* (Stern, 2004). Assim, é bem possível que aquilo que pertence ao domínio do *conhecimento implícito*, se mantenha nesse mesmo registo e nunca venha a ser transposto em palavras, permanecendo silencioso (Bollas 1987, citado por Stern, 2004).

Em contexto clínico existem duas vias de conhecimento. A primeira tem a ver com aquilo que é narrado pelo paciente, tratando-se de um conteúdo explícito que pode ser analisado pelo terapeuta e paciente e, uma vez encontrado o seu significado, pode ser co-construído e verbalizado. A segunda via de conhecimento é implícita, respeita à regulação da relação em terapia, fora da consciência. Aqui, destaca-se o campo *intersubjectivo* imediato como mais importante, pois é este que contextualiza o conteúdo explícito. Na psicoterapia regula-se e corrige-se a leitura da mente do outro momento a momento, de modo que já não estão a atender a algo exterior à relação (história, narrativa) mas antes, ao processo relacional de ambos. Estes dois tipos de conhecer não devem ser considerados isoladamente, dado que se influenciam mutuamente mas, Stern (2004) refere que em contexto psicoterapêutico, o *implícito* tem sido pouco aprofundado. De acordo com Hannush (2007), a visão de Stern remete a nossa atenção para os pequenos detalhes, particularidades implícitas e acontecimentos não verbalizados, alargando o campo de possibilidades do terapeuta e a sua criatividade.

## 1.7. A consciência e a consciência intersubjectiva

Para que uma experiência seja considerada como um *momento presente*, esta deve aceder à consciência, tratando-se de um conteúdo fenomenológico que emerge num breve período de conhecimento. O conhecimento implica o objecto da experiência e a consciência é o processo pelo qual se chega a esse conhecimento.

Como foi referido anteriormente, na prática clínica consideram-se dois tipos de conhecer simultâneos. O *explícito* que respeita ao conteúdo e seu significado, sendo o material consciente reflexivo e passível de verbalização, através dos símbolos e da linguagem. Em terapia este conhecer remete para uma *consciência introspectiva* de cariz verbal. E ainda, o *implícito* que respeita ao conhecer que não necessita ser verbalizado, reportando-se à *consciência fenomenológica* da experiência percebida e vivida no *agora*.

Stern (2004) introduz ainda a noção de *consciência intersubjectiva*. Assim, quando duas pessoas co-criam uma *experiência intersubjectiva* num *momento presente*, a *consciência fenomenológica* de um sobrepõe-se à do outro, de modo a englobar a experiência própria mais a experiência que o outro tem da nossa própria experiência. Estas são experiências semelhantes que implicam uma consciência partilhada da mesma *paisagem mental*, ou seja, uma *consciência intersubjectiva* que sucede no *momento presente*, sobretudo em psicoterapia e que só pode ser criada no *agora*. Podemos então afirmar que a *consciência intersubjectiva* é um acontecimento interpsíquico que envolve duas mentes. A partilha da experiência ocorre quando o segundo faz a devolução ao primeiro através da reflexão no olhar ou no comportamento, interagindo como um espelho da experiência, durante um período de tempo suficiente para que se torne num *momento presente*.

## 2. A Relação Terapêutica

### 2.1. A Relação terapêutica em psicoterapia existencial

O psicoterapeuta procura guiar o sujeito de modo a que este chegue até si mesmo, reconhecendo-se e questionando-se acerca das alternativas que existem e encontrando as suas próprias respostas, numa acepção de liberdade. Pelo que, o objectivo da psicoterapia não é analisar o paciente à luz de um quadro teórico, mas antes, promover a sua auto-compreensão atendendo às particularidades da sua existência e à forma como vivencia e reflecte sobre as suas experiências, as suas relações com o outro, e o seu modo de ser e *estar-no-mundo*, bem como os significados que daí retém e que traduzem a sua leitura do mundo.

A relação terapêutica encerra em si um encontro intersubjectivo que é afectivo, onde o sujeito pode expressar-se e estabelecer uma aliança com o terapeuta, partilhando as questões que considera mais importantes ou que o afligem.

A psicoterapia existencial promove o encontro numa *alteridade*, valorizando o encontro no *aqui* e no *agora* enquanto potenciador da *alteridade* do outro com afectos genuínos de *autenticidade* e *criatividade*.

Na abordagem fenomenológico-existencial, Heidegger (citado por Teixeira, 1997) aponta a propensão do *Dasein*, ou *ser-aí*, para o encontro. O sujeito vai ao encontro do outro revelando uma abertura comunicativa e uma pré-compreensão, que possibilita uma leitura das intenções e expectativas do outro, o mesmo sucede no encontro psicoterapêutico.

A compreensão que temos do outro é naturalmente intrínseca e motivada pelos movimentos de empatia e compaixão, portanto, traduz-se no *ser-com-o-outro*, pelo que ao existirmos no mundo com o outro, aquilo que nos surge é alvo de atribuição de significados, pois a existência do outro define a minha própria existência. Assim, a pré-compreensão do paciente é possível porque este se encontra no mundo, tal como o terapeuta. Este, faz uma compreensão do paciente, porque antes de mais ele próprio tem um modo próprio de *ser-no-mundo-com-o-outro* e, como tal, está sujeito a experiências quotidianas semelhantes às que vai presenciar e, portanto, estas não lhe são estranhas à medida que as ouve contar pelo outro.

### 2.2. O encontro terapêutico

A relação de ajuda em psicoterapia pode ser iniciada, por exemplo, por uma queixa ao nível da *corporalidade* do sujeito, geralmente associada a uma restrição existencial das

possibilidades do sujeito que condiciona a sua *liberdade*. O pedido de ajuda emerge quando o sujeito se dá conta, ao nível da sua consciência, do seu estado de bem-estar e felicidade.

O instante da mudança operada *pelo* e *no* sujeito, pode denominar-se de instante existencial que se inscreve numa *temporalidade*, à altura do encontro na relação com o outro, onde são partilhadas experiências, afectos e ideias. As modificações que a pessoa sofre vão acrescentar uma novidade ao passado vivido, se tal não acontecer, o sujeito vai repetir a sua história numa via de *inautenticidade* ao longo da vida, embora com outro tempo e outro espaço (Lopes, 2006). A renovação é uma atitude corajosa por parte do ser, pois abraça a incerteza do futuro em detrimento da segurança que o passado oferece. No entanto, este movimento pode ser gerador de ansiedade e angústia. Para Kierkegaard (1971, 1972, op. cit. Lopes, 2006), esta renovação (*noética*) existencial deverá surgir nas dimensões estética, ética e espiritual, sob a forma de retoma, recomeço e reconciliação do ser. É uma atitude do sujeito no sentido do aperfeiçoamento de si mesmo, numa dinâmica de criatividade que o potencia e promove.

### **2.3. O aqui e agora na terapia**

O presente, o *aqui e agora*, corresponde aos acontecimentos que ocorrem durante a hora da sessão terapêutica, o que sucede no *aqui e agora* da relação terapêutica. Assim, quando o paciente aborda as suas dificuldades relativamente a uma relação interpessoal, o terapeuta pode explorar essa situação pontual em profundidade, levando o paciente a compreender a sua posição e papel na relação, os comportamentos alternativos e as motivações de ambos, procurando deste modo um padrão de funcionamento. Contudo, o terapeuta tem outra possibilidade de trabalhar a questão. De acordo com Yalom (2002), o *aqui e agora* da sessão terapêutica permite-lhe encontrar um *equivalente* dessa relação interpessoal disfuncional, na relação terapêutica, facilitando o andamento do processo terapêutico no imediato, pois o paciente tende a repetir na terapia o mesmo tipo de interacção que mantém na vida quotidiana.

Na relação terapêutica é fundamental que o paciente receba *feedback* do terapeuta. Sempre que se justifique como um benefício para o paciente, o terapeuta pode partilhar as suas observações mais pertinentes no processo terapêutico e, se estas forem bem acolhidas pelo paciente, Yalom (2002) afirma que o terapeuta não é visto como intrusivo.

A liberdade pode ser encarada como um factor que provoca ansiedade no paciente. Cada pessoa é responsável por si mesma, por ser o autor da sua vida e fazer uma série de escolhas ao longo da sua existência. Estas escolhas caracterizam o projecto existencial único do sujeito

e podem eventualmente resultar em fracasso, pelo que a incerteza que precede uma tomada de decisão, pode gerar angústia face à projecção num futuro desconhecido. Pode então afirmar-se, que a angústia é inerente à condição humana, fazendo parte integrante da existência do *ser-no-mundo-com-os-outros* (Yalom, 1980, citado por Teixeira, 1997).

#### **2.4. O momento presente em psicoterapia**

No domínio do *implícito*, a relação intersubjectiva voltada para a acção privilegia o não verbal, mediante sete elementos como sejam, o olhar mútuo, a postura, os gestos, a expressão facial, a respiração, o tom e a intensidade da voz (Stern, 2004). Assim, é valorizada a partilha, a sintonia e a ressonância que estes elementos evocam no outro, na relação terapêutica.

Na sessão terapêutica devem destacar-se os sentimentos imediatos do terapeuta, face aos elementos anteriormente referidos, os quais representam uma informação crucial para a compreensão do paciente. Para estabelecer uma relação terapêutica genuína com o paciente, Yalom (2004) considera necessário abordar no presente imediato, os sentimentos evocados no terapeuta, pois trata-se de uma base valiosa a ser usada no processo terapêutico. Da mesma forma sucede com os comentários a tecer no *aqui e agora*, acerca dos comportamentos adoptados pelo paciente na relação terapêutica, através do *feedback*.

As revelações feitas pelo paciente são fundamentais em psicoterapia, constituindo um ganho para o próprio e para a relação. Assim, o terapeuta deve proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e de confiança para que facilite as revelações. Ao desvelar um dado novo que é difícil para o paciente, o terapeuta deve atender ao seu conteúdo e focar-se igualmente na forma como o paciente expressa a questão, devolvendo ao paciente que foi importante ter confiado na pessoa do terapeuta para expor essa situação delicada.

#### **2.5. O processo de andamento na terapia**

O *andamento* é o processo que permite a sessão terapêutica avançar no tempo, à medida que esta se desenrola e, a partir do seu interior. Deste processo fazem parte os *momentos presentes* que tomamos conhecimento mas que não entram na memória a longo prazo, e os *momentos presentes* que entram na consciência enquanto conjuntos de significado descritos na primeira pessoa.

Os *momentos presentes* conscientes dividem-se em *momento presente*, *momento agora* e *momento de encontro* (Stern, 2004). O *andamento* é impelido a avançar pela necessidade do

contacto intersubjectivo. Em terapia importam, a nível intersubjectivo, a posição que se ocupa no campo intersubjectivo (orientação intersubjectiva), a partilha da experiência que aumenta o campo intersubjectivo e, a redefinição do *self* a partir do seu reflexo no olhar do outro, enquanto consolidação da identidade.

O *andamento* é então um processo baseado na *espontaneidade* e imprevisibilidade, pois tem por base a interacção de duas mentes em partilha e co-criação, onde novos elementos vão surgindo a cada instante e podem criar novas possibilidades na relação. Este processo de *andamento* é impulsionado a seguir um rumo que pode tomar cinco sentidos distintos, a mudança terapêutica dramática; a oportunidade de mudança falhada; as mudanças progressivas; as novas explorações; e as interpretações.

A mudança terapêutica dramática surge quando um novo elemento põe em causa o campo intersubjectivo, e aumenta a carga emocional. É um *momento agora* que capta a essência do *cairós* introduzindo a novidade, projectando o sujeito para a acção e exigindo uma resposta pronta. Esta resposta é considerada um *momento de encontro*, ou seja, trata-se de um *momento presente* que procura resolver a crise instalada no *momento agora*, por meio de um ajustamento intersubjectivo espontâneo na díade, muito ligado à experiência sentida por ambos nesse momento e, assumindo uma configuração de *autenticidade* que não está ligada à técnica em momento algum. Ramberg (2006) afirma que nenhum processo terapêutico é verdadeiramente iniciado sem que tenha ocorrido um *momento agora*, seguido de um *momento de encontro* autêntico, onde a experiência presente do terapeuta e paciente está focada naquilo que estão a sentir dentro de si. Quando este processo é bem sucedido, assiste-se a um alargamento do campo intersubjectivo numa “*viagem num sentimento partilhado*” (Stern, 2004), onde o terapeuta e paciente partilham a mesma *paisagem mental* introduzindo, desta forma, novas possibilidades que levam à produção de mudança na relação. Caso contrário, este *momento de encontro* pode ser dificultado, por exemplo, pela ansiedade do terapeuta que prontamente procura socorrer-se da técnica terapêutica, não sendo capaz de assegurar uma resposta espontânea e à medida das necessidades do paciente. Para Hannush (2007), os *momentos de encontro* são recordados pelos pacientes como tendo sido os *pivots* da mudança terapêutica. Este é o foco principal da presente investigação, por ser um factor extremamente importante na relação terapêutica e, como tal merece um olhar mais atento por parte dos terapeutas que devem promover um ambiente de sintonia afectiva com os seus pacientes.

As oportunidades falhadas podem resultar em consequências terapêuticas negativas, nomeadamente, se o terapeuta não é capaz de dar uma resposta autêntica e ajustada à nova

situação apresentada, comprometendo a relação terapêutica. Deste modo, não há lugar para a partilha intersubjectiva e o campo terapêutico encolhe ao invés de alargar as oportunidades. Neste parâmetro, estão naturalmente subjacentes as expectativas de ambos na díade, que podem ser frustradas por diversas razões, uma das quais será o facto de o terapeuta não ser capaz de ressentir o vivido emocional do paciente, como se de si próprio se tratasse.

As mudanças progressivas estão implícitas na relação terapêutica e favorecem as mudanças pretendidas. O processo de *andamento* é gradual e provoca alterações quase imperceptíveis, mas estas vão-se acumulando numa sensação de fluxo que altera a relação terapêutica de forma *implícita*. Estas pequenas transformações são inerentes ao processo terapêutico e são apontadas como algo que vai surgindo naturalmente, no decorrer da terapia, contribuindo para o fortalecimento da relação terapêutica.

As novas explorações face ao material explícito que é trazido pelo paciente para a sessão terapêutica, são outra consequência do processo de *andamento*, promovida pela contextualização que o conteúdo *implícito* lhes confere. Assim, o terapeuta faz uma compreensão da informação partilhada no espaço terapêutico e utiliza técnicas terapêuticas, como a exploração, para obter mais elementos que lhe permitam alargar o seu campo de acção face aos objectivos terapêuticos, estabelecidos inicialmente com o paciente.

Por último, as interpretações podem surgir ao longo do processo de *andamento*, onde a situação é solucionada de forma explícita, embora possa ter influência também ao nível *implícito* na relação terapêutica. A técnica serve de suporte ao terapeuta para conduzir a sessão terapêutica a um determinado objectivo, e a interpretação é um meio pelo qual se pode devolver ao paciente algo que este pode não ter ainda compreendido por si próprio, necessitando da ajuda do terapeuta para clarificar aspectos do seu mundo pessoal. No entanto, a técnica reside apenas na mente do terapeuta, o que significa que este se abstraiu do presente da relação, do *aqui e agora*, para aceder ao seu quadro teórico de referência. Embora a interpretação possa levar o paciente à mudança, nomeadamente através do *insight*, podemos afirmar que, até certo ponto, esta afasta o terapeuta e o paciente da relação que acontece no *aqui e agora*, no momento presente.

## **2.6. O implícito e explícito na terapia**

Na abordagem dinâmica e cognitiva, utilizam-se sobretudo as técnicas da *interpretação* e *narrativa da história de vida*. Desta forma, é necessário que o *implícito* se torne *explícito* e o inconsciente consciente. No entanto, o *implícito* e o *explícito* devem ser abordados

conjuntamente, uma vez que a *interpretação* e a *narrativa* também podem criar *momentos presentes*. Quando um certo acontecimento sugere uma situação de crise, uma resposta possível será a *interpretação* enquanto *momento de encontro* que procura solucionar a crise. A *interpretação* é feita no *aqui e agora* e pode ter um impacto emocional no paciente, e a compreensão empática por parte do terapeuta cria um *momento de encontro* com sintonia afectiva. A relação terapêutica altera-se e há uma reorganização do campo intersubjectivo. Contudo, o importante a reter é a reacção à *interpretação* e não a *interpretação* verbal em si mesma. Para a técnica da *narrativa*, é fundamental a utilização da linguagem como instrumento transformador da experiência em história contada. Aqui o problema reside na conversão de experiências implícitas em narrativa explícita, pelo que se perdem elementos importantes do domínio implícito, na procura de significados para as experiências directas. Em qualquer uma destas técnicas existe a necessidade de conjugar o material *implícito* e o *explícito*. Segundo Hannush (2007), os terapeutas poderão usufruir mais da experiência de estar com o outro se não estiverem tão preocupados em atribuir significados ou fazer interpretações, atingindo um nível mais profundo na relação.

## **2.7. O passado e o momento presente**

O passado está envolvido na experiência presente e a experiência presente é capaz de modificar o passado, de outra forma, não existe mudança terapêutica. Como só estamos subjectivamente conscientes no *agora*, o *momento presente* é o ponto de encontro entre o passado e o presente.

O acto de recordar sucede no *agora*, no palco mental do *momento presente*. Assim, o contexto em que ocorre a recordação actua na selecção dos fragmentos do passado a serem integrados no presente. O passado pode ser incorporado no presente, de forma instantânea e sem tomarmos consciência. Pelo que o *momento presente* permite a actuação do passado sobre o presente, por vezes, de modo silencioso o que reduz a liberdade de escolha no presente. O passado pode estar presente na medida em que, as recordações são trazidas para o presente e sentidas como actuais, expandindo o *momento presente* e possibilitando novas experiências. A avaliação da novidade no presente requer a comparação com o habitual, o qual se situa no passado. O passado só está vivo se tiver lugar no palco do *momento presente* (Stern, 2004), exercendo uma influência permanente e ao mesmo tempo, sendo reactualizado e reescrito no *momento presente*.

## 2.8. O Método Fenomenológico em Contexto Psicoterapêutico

A descrição da experiência dos fenómenos permite ao investigador fazer uma leitura do significado psicológico que estes têm para o sujeito, através da forma *como* foram vividos, permitem-lhe clarificar o seu significado, levando o sujeito a uma auto-reflexão (Giorgi, 1985). Não raras vezes, o indivíduo apenas se dá conta de certos aspectos da sua vida quando pára um pouco para reflectir sobre si próprio e, em contexto terapêutico essa componente é favorecida por estar perante o terapeuta que pensa e reflecte consigo, levando à compreensão de certos traços menos conscientes que o caracterizam.

Em contexto psicoterapêutico é possível fazer uma análise existencial do sujeito e compreender a sua forma adaptada de *estar-no-mundo* (Teixeira, 2006), e qual o seu projecto existencial enquanto escolha originária e autêntica, privilegiando neste sentido a liberdade de escolha do indivíduo, sem descurar a sua responsabilidade nas escolhas que faz, em detrimento de outras possibilidades de concretização. Neste encontro entre analista e paciente cria-se um espaço intersubjectivo, onde a relação estabelecida deve ser de confiança e de respeito pela *alteridade* do outro.

O método fenomenológico (Giorgi, A. & Sousa, D. 2010) inscreve-se no seguimento desta relação intersubjectiva, pois a perspectiva a seguir na prática da investigação é a psicológica, onde a sensibilidade do investigador é fundamental na análise dos fenómenos que surgem e, tal como surgem com os seus possíveis significados. A fenomenologia aspira à descoberta dos significados na consciência do sujeito, ordenando e sistematizando esses significados e servindo-se para isso da análise qualitativa, sem nunca descuidar o sentido específico que tem para o sujeito que viveu determinada experiência.

### 3. A Mudança Terapêutica

#### 3.1. O momento presente e a mudança

O *momento presente* é uma experiência subjectiva com uma determinada duração no tempo, que agrupa a experiência e lhe atribui significado à medida que esta se desenrola. Enquadra-se no contexto da história vivida com intenções implícitas e uma dinâmica temporal, onde o *momento presente* é vivido em directo e em tempo real.

A sessão terapêutica contém vários *momentos presentes* motivados pelo desejo de contacto intersubjectivo e alargamento do campo intersubjectivo. Aqui a *intersubjectividade* é crucial, as novas experiências da díade expandem o domínio *implícito*, e a mudança ocorre a nível local. O *momento agora* traz consigo algo de novo (momento *cairós*) que quebra o equilíbrio da relação e visa uma resposta adequada. Resposta essa, que poderá tornar-se um *momento de encontro* desde que se ajuste à situação presente, trata-se de uma resposta autêntica que reorganiza o campo intersubjectivo implicitamente, não necessitando de verbalização. Estes *momentos presentes* focam a díade no *agora*, experienciando uma parte da realidade e fazendo uma leitura dessa experiência no reflexo do comportamento do outro, o que torna a experiência intersubjectivamente consciente. Para Tauvon (2005), esta partilha entre duas pessoas, encerra em si uma experiência que se torna num momento chave para a mudança terapêutica e um ponto de viragem para as outras relações interpessoais.

Para ocorrer mudança, as experiências passadas têm que ser reescritas no presente, numa dinâmica temporal. Jenkinson (2008) está de acordo com esta perspectiva, pois o *momento presente* surge na intensidade do *aqui e agora* do presente, promovendo o *insight* e a mudança terapêutica.

#### 3.2. A nova relação

Na relação terapêutica de inspiração dinâmica, o foco está muitas vezes colocado no material transferencial, o que remete o terapeuta para um tempo psicológico que o pode afastar do *aqui e agora* da relação terapêutica. Pois se for considerada a importância do *momento presente* na componente relacional em terapia, poderá questionar-se porque motivo este não tem merecido um maior destaque no processo psicoterapêutico.

Coimbra de Matos (2007) considera essencial substituir a teoria pulsional da mente por uma teoria relacional, colocando a tónica na nova relação terapêutica ao invés de se centrar na

transferência. Importa o investimento do analista no paciente, através da escuta empática e ressonância emocional e afectiva das vivências e afectos expressos no espaço terapêutico.

Sustenta ainda, que o trabalho analítico deve seguir uma nova perspectiva histórica de reactualização dos elementos que surgem em terapia, sendo o terapeuta um elemento real e participante, oferece-se como objecto facilitador e promotor da nova relação. De acordo com o autor (Matos, 2007), “hoje em dia a atenção recai sobretudo no momento presente da relação encetada e desenvolvida pela e na díade analítica”. O material da ordem do implícito ganha uma dimensão mais saliente no aparecimento e fortalecimento de uma nova relação sanígena e desenvolvutiva, no sentido da retoma do desenvolvimento suspenso e da co-criação de um novo projecto de vida. Sendo o projecto futuro construído com base na experiência passada, é necessária uma experiência actual diferente para poder corrigir a antecipação e, nesse sentido mudar o funcionamento mental. Então, a relação terapêutica enquanto relação nova, desenvolvutiva e sanígena, pode produzir a mudança psicoterapêutica (Matos, 2003).

Numa linha mais recente da Psicanálise, diz-nos Coimbra de Matos (2007) que a regra de ouro “é dissolver a transferência, construir a nova relação”.

### **3.3. A responsabilidade**

O terapeuta vê o seu campo de trabalho restringido sempre que o paciente atribui as suas dificuldades a causas externas. No entanto, almejando a mudança terapêutica, o terapeuta deve conduzir o paciente a assumir a *responsabilidade*, ou seja, Yalom (2002) salienta que o paciente deverá compreender a forma como está a contribuir para a sua condição actual, que papel desempenha nas suas relações interpessoais. Após esta compreensão, o paciente está preparado para ser ajudado e pode assistir-se a uma mudança terapêutica. Da mesma forma, a responsabilidade do paciente deve ser sublinhada em todo o processo terapêutico, para que ganhe consciência de que é a única pessoa capaz e com poder para alterar o curso da sua vida.

### **3.4. A espontaneidade**

A experiência explícita surge em simultâneo com a experiência implícita, ambas se influenciam e se suportam. No entanto, se os objectivos terapêuticos se voltarem para o conteúdo *implícito*, assiste-se a um maior aprofundamento e enriquecimento da experiência clínica e não tanto à sua compreensão ou significado. Verifica-se uma sensibilidade clínica diferente onde o fluxo da sessão é motivado pelo desejo de alargar o campo intersubjectivo,

realçando mais a regulação intersubjectiva e menos o conteúdo intrapsíquico explícito. Para que a relação possa ser vivida no imediato, é necessário suspender a base teórica (Stern, 2004), fundamentando uma total disponibilidade para o outro. A *interpretação* vem do exterior da díade, provém da teoria e apenas reside na mente do terapeuta, reforçando uma assimetria na relação e na co-criação da mesma. Desta forma, pretende ultrapassar-se uma postura de neutralidade, na qual o terapeuta apenas se cinge à técnica, e fomentar o *encontro* genuíno com ênfase na partilha espontânea, tal como sugere Tauvon (2005), ao apontar o psicodrama enquanto psicoterapia de grupo que integra as referidas características.

À relação terapêutica está inerente a imprevisibilidade e *espontaneidade*. Existe um potencial criativo nesta indeterminação pela aceitação dos *momentos agora* que vão surgindo e na atribuição de respostas autênticas por parte do terapeuta, que procura controlar a sua ansiedade e corresponder adequadamente à situação emergente com o seu cunho pessoal. O paciente tende a cristalizar as palavras e os significados ao longo do processo terapêutico, recordando apenas os *momentos de encontro* autênticos como promotores da mudança (Ramberg, 2006). E aqui importa a experiência e não tanto o significado cognitivo, pois a experiência é enriquecedora na medida em que há uma partilha da experiência vivida, correspondente àquilo que é o *estar-com-o-outro*. Os elementos principais desta experiência de co-criação são os *momentos presentes* partilhados, o material *implícito* e o fluxo de *andamento* da sessão terapêutica. Complementarmente, a compreensão cognitiva através dos significados e narrativas pode ser enquadrada no processo *implícito*, dando um contributo para a mudança terapêutica.

Para Moreno (citado por Abreu, 2006) a doença psíquica coarta a *espontaneidade* da pessoa e para alcançar a cura deve libertar-se dessa força coerciva que lhe inibe os movimentos espontâneos.

### **3.5. A autenticidade**

Em contexto psicoterapêutico pode fazer-se uma análise existencial do sujeito, compreendendo os seus modos de agir e de *estar-no-mundo*, qual o seu projecto existencial autêntico, ou seja, *não importa aquilo que fizeram de mim mas aquilo que faço com o que fizeram de mim* (Sartre, 1997). A liberdade de escolha do indivíduo é um dado fundamental, sem descurar a responsabilidade das suas escolhas, abandonando outras opções de concretização. Neste encontro entre terapeuta e paciente cria-se um *espaço intersubjectivo*, onde a relação estabelecida se baseia na confiança e respeito pela alteridade do outro.

A *autenticidade* é essencial na relação terapêutica. Segundo Teixeira (1996), o terapeuta deve apresentar-se tal como é, sendo genuíno nos seus sentimentos face ao paciente, verdadeiro e espontâneo nas suas intervenções. Oferecendo-se à relação como elemento sensível, confiável e seguro, o terapeuta pode levar o paciente à auto-reflexão, auto-questionamento e auto-compreensão, pois a postura desde logo adoptada promove a aceitação e empatia do paciente.

O *projecto existencial* confere um sentido global às experiências do paciente, implicando como tal uma compreensão em toda a sua continuidade. Podem ser criadas novas possibilidades de realização em articulação com a liberdade do sujeito e sua responsabilidade na construção existencial.

A mudança terapêutica envolve a mudança do mundo pessoal do paciente, das suas acções e reflexões. Teixeira (1996) salienta que o desafio terapêutico reside no desenvolvimento do potencial do sujeito, co-criado na *intersubjectividade* da relação terapêutica, contactando e concretizando assim o seu projecto existencial autêntico através da criatividade conjunta.

Neste sentido, desenvolveu-se o presente trabalho com o intuito de contribuir para a compreensão dos momentos em terapia que são identificados pelos terapeutas, como sendo promotores de mudança na relação terapêutica. Mediante a aplicação de entrevistas individuais, pediu-se aos participantes que descrevessem as suas experiências destes *momentos presentes*, como ocorrem, como se sentem face aos mesmos e que significados retiram da vivência global do momento da mudança em terapia.

## 4. Método Fenomenológico Descritivo

### 4.1. Descrição do método

Esta investigação é sustentada por um estudo descritivo, tendo sido aplicado o método fenomenológico descritivo (Giorgi, A. & Sousa, D. 2010) como suporte para a análise qualitativa, através de entrevistas individuais realizadas aos terapeutas que cooperaram neste estudo. Deste modo, pretende obter-se informação acerca da presença do fenómeno em estudo, o *momento presente*, nas descrições das experiências vivenciadas em contexto psicoterapêutico, pelos participantes da amostra visada.

#### 4.1.1 Introdução ao Método Fenomenológico

O método fenomenológico distingue-se do método experimental, por não operar ao nível das ciências naturais, mas antes, ao nível dos fenómenos humanos. O método descritivo apresenta-se adequado para o estudo e compreensão das dimensões do Homem.

No séc. XIX, Dilthey (1977/1894, cit. in Giorgi, 1985) demonstrou que o método experimental não seria aplicável às ciências humanas e, neste seguimento, propõe uma divisão entre os dois níveis de conhecimento. O primeiro refere-se às ciências naturais sendo mediado pelo método experimental, que visa a explicação dos fenómenos (*o que é*) através do nexo de causalidade. O outro respeita ao estudo dos fenómenos no domínio das ciências humanas, procurando a sua compreensão por meio do nexo de significação (*qual o significado*).

Surge então uma preocupação, aliada ao facto de existirem diferentes formas de compreender o mesmo fenómeno. Importa agora, construir um método que sirva este propósito. No séc. XX, Husserl (1970/1900, cit. in Giorgi, 1985) avança com o método fenomenológico, apontando-o como sendo o mais ajustado à compreensão das ciências humanas. Trata-se de um método rigoroso que emerge da linha filosófica, numa altura em que se primava pelo estudo das ciências exactas e pela investigação empírica explicativa, mesmo no âmbito da epistemologia.

O método fenomenológico obedece a alguns passos que permitem aceder melhor às experiências dos sujeitos. Antes de mais, importa atender aos fenómenos *que* surgem (conteúdo dos actos da consciência – *noema*) e tal *como* (forma/tipo de actos da consciência – *noésis*) surgem à consciência do sujeito. Os fenómenos mentais são intencionais e, neste

sentido, remetem para algo fora de si, tal como a consciência, remete-nos para o conceito de *intencionalidade*.

#### 4.1.2. Os Antecedentes do Método Fenomenológico

Husserl (1962/1977, cit. in Giorgi, 2003) concebeu o método no contexto filosófico, embora fosse uma preocupação sua adaptá-lo à psicologia. Outros autores da corrente filosófica europeia procuraram ajustar o método fenomenológico à psicologia, como Merleau-Ponty (1962/1964, cit. in Giorgi, 2003) e Sartre (1936, op. cit. Giorgi, 2003) tendo publicado as suas perspectivas acerca da utilidade do método para a psicologia, através da interrogação mais precisa das experiências no mundo, ainda assim, preocuparam-se mais com os resultados e menos com o processo. O psicólogo americano de orientação fenomenológico-existencial, Giorgi (2006), procurou estratégias alternativas para a investigação, pois constatou que a investigação nas ciências sociais estava a ser conduzida pelos mesmos passos do método filosófico.

Partindo das ideias base de Husserl (1913/1983, cit. in Giorgi, 2003), Giorgi (2006) faz antes de mais a distinção entre o método filosófico e o método fenomenológico aplicado à psicologia. Trata-se de um método fenomenológico descritivo que se insere na metodologia qualitativa. O objectivo do processo analítico é obter uma descrição da estrutura da experiência dos sujeitos, cuja primeira fase é a elaboração dos significados através da variação livre imaginativa e a segunda, reporta à descrição dos constituintes essenciais do fenómeno em questão. Pode existir mais que um constituinte primordial e deve atender-se à inter-relação entre os vários constituintes do fenómeno em estudo. Posteriormente à descrição do fenómeno, segue-se outro passo, a redução fenomenológica, onde os conceitos são reduzidos tal como surgem à consciência dos sujeitos, o que deve ser distinguido do modo como realmente existem, sabendo que este exercício requer vários actos da consciência.

Assim, é efectuado o exercício da *epoché* por parte do investigador no sentido de suspender todos os seus conhecimentos prévios acerca do fenómeno em estudo, para que estes não sejam contaminados e possa ser criado um espaço disponível para uma nova concepção, ao invés de procurar encaixá-los num quadro teórico pré-existente, é possível descobrir novos aspectos e novos perfis para um mesmo objecto a cada vez que reflectimos sobre o mesmo. Sequencialmente, todos os pontos de vista devem ser estudados sem privilegiar nenhum deles. Para tal, é necessário que ocorra uma variação livre imaginativa – *análise eidética*, onde através da capacidade intuitiva do investigador, seja possível aceder àquilo que permanece

constante. Assim, está atingindo o último passo, o qual pretende alcançar a essência do fenómeno que consiste na ideia pura e se reporta ao significado formal, que é invariável e atingível por meio da intuição do investigador. Na redução não existe compromisso com a existência, reduzindo-se os vieses de que as coisas são exactamente como as experienciamos, sem qualquer reflexão crítica sobre o assunto. Assim, apesar de as coisas ganharem existência de modos diferenciados, o que importa é o modo como se apresenta à consciência da pessoa que está a ser entrevistada, aquilo que é verdade para uns pode não o ser para outros, isto é, uma sala pode estar muito fria para um sujeito enquanto os outros podem considerá-la quente. Esta afirmação remete para a subjectividade do indivíduo, na sua forma de *estar-no-mundo* e de se relacionar com o mesmo, cada um faz a sua leitura particular segundo a sua experiência, a qual por vezes pode encontrar-se desajustada. O passo seguinte consiste na procura da essência do fenómeno através da *variação eidética*, mas esta essência psicológica não reside numa dimensão universal, pois considera tanto o conteúdo quanto a forma, o que vem reforçar a importância do contexto, e o intuito do método científico em psicologia é a generalização. O facto de não buscar a universalidade, leva ao afastamento do método filosófico, consistindo numa análise psicológica que implica uma atitude disciplinar e que pode levar à essência psicológica. Mais ainda, esta perspectiva psicológica não deve assentar em nenhuma escola teórica, pelo que importa manter em suspenso todo o conhecimento teórico e assumir uma atitude psicológica generalizada. O mesmo sucede para o método fenomenológico aplicado à psicologia (Giorgi, A. & Sousa, D. 2010), pois este requer a mesma postura neutra na sua prática. Podemos lembrar outra questão que se prende com a intencionalidade da consciência. A consciência é intencional remetendo para algo fora de si e portanto, a essência dos objectos da consciência transcende o acto pelo qual surge, quer seja um acto da consciência ou um objecto empírico. Em psicologia, podemos afirmar que o comportamento também é intencional e remete para as situações, as quais transcendem o comportamento em si mesmo.

Em suma, o método fenomenológico científico descreve situações concretas da vivência diária dos participantes, para num segundo momento se obter uma descrição da essência psicológica ou estrutura do fenómeno em estudo (Giorgi, 2003). A variação das ideias tem um fundamento empírico e visa alcançar a essência psicológica, terminando com a redução fenomenológica dos objectos intencionais da consciência, empíricos ou ideais, não sendo aplicada aos actos da consciência, já que estes são considerados actos do sujeito integrado no mundo e em relação com o mesmo.

### 4.1.3. A Fenomenologia e a Psicologia Fenomenológica

A fenomenologia em geral procura lidar com os fenómenos mediante a descrição dos mesmos, sujeita-os à variação das ideias para a partir desta obter uma intuição *eidética* quanto à sua estrutura, de modo a que possa elevar os fenómenos a categorias universais, numa dimensão transcendental. A psicologia fenomenológica difere da fenomenologia, sobretudo no que respeita à selecção dos fenómenos a estudar, pois esta selecção reporta aos fenómenos que possuem pertinência para a disciplina da psicologia. Começa por aceder à descrição pura das experiências quotidianas do sujeito, cujas essências apuradas são psicológicas e não universais.

O método fenomenológico contempla alguns critérios específicos. O primeiro é a *descrição* que provém dos sujeitos que viveram a situação e a apresentam tal como a viveram, de modo que o experimentador possa tomar contacto com essa vivência e extrair o seu significado. De seguida, surge a *redução* que permite contactar com as vivências do outro tal como aparecem à sua consciência, isto permite atingir o significado como se apresenta, não tendo qualquer pretensão de alcançar o fenómeno como existe na realidade mas como ele é para aquele sujeito em particular, melhor ainda, não visa a compreensão da situação como ela é mas antes como foi vivida. Outro critério prende-se com a *análise eidética* que consiste na procura das essências, se a fenomenologia se situa ao nível universal na sua análise, então a fenomenologia psicológica procura o nível geral, onde as essências surgem relacionadas ao contexto. Por último, temos o critério da *intencionalidade*, na medida em que a consciência está projectada para fora de si e o objecto transcende os actos da consciência pelos quais aparece.

### 4.1.4. O Método Fenomenológico – a Filosofia e a Psicologia

No método fenomenológico, destaca-se a importância da *descrição* das experiências dos sujeitos e a forma *como* estas foram vividas, ganhando um significado (Giorgi, 1985). Para o autor, as descrições podem ser consideradas adequadas ou inadequadas, sendo apenas as primeiras aceites para a investigação, desde que sejam baseadas na vida quotidiana.

A fenomenologia aspira à descoberta dos significados na consciência do sujeito, ordenando e sistematizando esses significados e servindo-se para isso da análise qualitativa. Para Giorgi & Sousa (2010), não se pode omitir que a apreensão de um objecto está sempre dependente da postura do observador, isto é, somente será possível compreender o objecto

num dos seus perfis de entre todas as possibilidades que este apresenta, além do mais, se apenas tivermos em conta os objectos empíricos estamos no domínio do concreto (análise empírica) e deixamos para trás todos os outros objectos, como sejam os ideais que obedecem à dimensão dos conceitos abstractos. É importante reter aqui que todos os fenómenos que surgem à consciência do sujeito são fundamentais por serem trazidos à memória, constituem aquilo que é o seu interesse e preocupação, sejam objectos empíricos ou ideais, pertencem à consciência humana intencional por natureza, e devem ser estudados e analisados quanto à sua intencionalidade porque estão projectados para fora do ser.

O estatuto científico do método pode ser questionado pelos autores que defendem unicamente o método empírico em investigação, enquanto recurso exclusivo para alcançar o rigor e exactidão que a quantificação proporciona. Contudo, o método fenomenológico assenta na investigação qualitativa, assumindo-se como científico e preciso, constitui um meio para atingir o conhecimento mais lato possível sobre um dado fenómeno. Segundo Giorgi (1985), o método fenomenológico descritivo é considerado científico por obedecer a uma série de critérios. Assim, o conhecimento é obtido de forma 1) *sistemática*, o que significa que se verifica uma ligação entre os vários campos numa disciplina; 2) *metódica*, pois os seus passos procedimentais podem ser cumpridos por qualquer investigador interessado nesse estudo; 3) *crítica*, sendo que o conhecimento adquirido pode ser alcançado por qualquer outro cientista que pretenda replicar o estudo; e 4) *genérica*, na medida em que o conhecimento obtido pode ser aplicado a outras situações que não a situação específica em que foi adquirido.

#### **4.1.5. Operacionalização do Método Fenomenológico Descritivo**

A investigação começa a partir da descrição das experiências dos sujeitos, recolhidas na entrevista, as quais devem ser compreendidas numa perspectiva psicológica. Deste modo, o objectivo é que os sujeitos descrevam de forma tão fiel quanto possível, todos os pormenores de uma situação vivenciada em que ocorreu o fenómeno em estudo, pois importa saber o papel do participante na situação clínica. Após a fase da descrição que fornece os dados para a análise, entramos na análise propriamente dita, que Giorgi (2003) apresenta em quatro passos fundamentais.

1) O primeiro passo consiste na leitura integral da entrevista, procurando o sentido do todo, ou seja, a perspectiva fenomenológica é holística e os dados das descrições dos

participantes devem ser lidos na sua totalidade, antes de iniciar a análise propriamente dita e passar à etapa seguinte, para uma compreensão global das descrições.

2) No passo seguinte, importa à análise fenomenológica determinar o significado da experiência do sujeito em unidades limitadas da descrição, ou seja, sempre que surgir uma mudança de sentido na descrição do sujeito, esta é assinalada no texto. Assim, as partes estabelecidas pelo investigador, baseiam-se na discriminação dos significados, resultando em unidades de significado. Estas unidades de significado podem ser consideradas como constituintes, os quais são determinados em função do contexto (Gurwitsch 1913/1983, op. cit. Giorgi, 1985). Assim, tal como é ilustrado na Tabela 1, o investigador torna a ler a descrição numa atitude de redução fenomenológica parcial e sempre que detecta uma mudança de significado na leitura da descrição, assinala-a, prosseguindo até ao final do texto utilizando este mesmo procedimento, à medida que delimita as unidades de significado, de acordo com uma perspectiva psicológica. Surge então uma questão, que nos leva a ponderar se outro investigador chegaria a unidades de significado diferentes. A resposta prende-se com a importância do produto final deste procedimento e não com as suas fases intermédias, pelo que o estudo pode ser replicado e as divergências na divisão das unidades psicológicas não implicam necessariamente resultados finais diferentes.

3) Tendo como base a descrição das experiências dos participantes e, uma vez apreendidas as delimitações das unidades de significado psicológico, referentes ao fenómeno em questão, o terceiro passo consiste em transformar as expressões quotidianas dos sujeitos que pertencem ao senso comum, e clarificar o seu significado psicológico, através da variação livre imaginativa. A finalidade do método fenomenológico reside na descoberta e articulação dos significados psicológicos vivenciados pelos sujeitos. As descrições contêm sobretudo expressões idiossincráticas e intenções que devem tornar-se explícitas, relativamente ao fenómeno em análise. Como se pode observar no exemplo da Tabela 2, é apurado o significado psicológico essencial, relevante para o fenómeno em causa, podendo ser analisada a sua pertinência para explicar o contexto em que o fenómeno se expressa.

4) Uma vez apurado o significado das expressões dos sujeitos e a sua transformação em significado psicológico pertinente para o fenómeno em questão, mediante a sensibilidade do investigador, procede-se à *análise eidética* das unidades de significados transformados a fim de verificar aquilo que é essencial e permanece constante, para posteriormente serem apurados estes significados invariantes interligados e pertencentes à experiência. Deste modo, o quarto passo pretende alcançar psicologicamente um encadeamento holístico do fenómeno, através da inter-relação entre as diversas unidades de significado psicológico, numa rede

essencial das ligações entre as várias partes, fazendo sobressair o significado psicológico total.

O propósito de chegar à estrutura final da experiência dos sujeitos, visa outro passo no processo, mas este já corresponde a uma análise pós-estrutural (Giorgi, A. & Sousa, D. 2010), onde se pretende fazer uma compreensão dos dados empíricos de forma sistemática, destacando para esse efeito os constituintes principais (contextuais) da estrutura (generalizada) que estão ao serviço da compreensão das variações encontradas nos dados das descrições.

A partir destes pressupostos metodológicos decidiu-se abordar o conceito de *momento presente*, tal como apresentado Stern (2004), tendo como objectivo contribuir para a compreensão dos momentos chave que promovem a mudança na relação terapêutica. Para tal, é apreciado o ponto de vista do terapeuta, na relação terapêutica, através da descrição das suas vivências, na partilha com o paciente em contexto terapêutico, de modo a compreender-se os significados psicológicos das mesmas e, toda a envolvência invariável em que emerge o fenómeno do *momento presente*.

**I:** “E depois na sessão seguinte, quando estive com essa paciente, como é que foi?”

**P1:** “Na sessão seguinte o que acontece é que essa parte passa já, ganhou existência ali na relação / e portanto já não é algo que eu só possa sugerir que pode estar presente ou não, é algo que ela (paciente) já viveu ali comigo e que portanto já pode ser trabalhado doravante, / já não sou eu a propor por fora e a tentar devolver esta parte, mas é algo que ela (paciente) já trouxe e portanto já experimentou ali, já vivenciou ali comigo, passa a ser parte da relação e do espaço terapêutico partilhado”./

Tabela 1: Unidades delimitadas na descrição

Unidades de significado	Unidades de significado transformadas em significado psicológico	
<p>21. I: E depois na sessão seguinte, quando esteve com essa paciente, como é que foi? P1: Na sessão seguinte o que acontece é que essa parte passa já, ganhou existência ali na relação</p>	<p>21. P1 refere que na sessão seguinte a situação ganhou uma dimensão factual entre a terapeuta e a paciente, a serem abordadas entre ambas</p>	
<p>22. e portanto já não é algo que eu só possa sugerir que pode estar presente ou não, é algo que ela já viveu ali comigo e que portanto já pode ser trabalhado doravante,</p>	<p>22. Para P1 a diferença é que a situação foi vivida em pesenças das duas, ganhando outra dimensão</p>	<p>21+22+23 as questões que a paciente não queria trazer para as sessões e que a levavam a faltar, a partir desse momento puderam ser debatidas e integradas no trabalho terapêutico</p>
<p>23. já não sou eu a propor por fora e a tentar devolver esta parte, mas é algo que ela já trouxe e portanto já experimentou ali, já vivenciou ali comigo, passa a ser parte da relação e do espaço terapêutico partilhado</p>	<p>23. P1 afirma que não se trata apenas de uma problemática que é sugerida mas sim de algo concreto que aconteceu na própria relação terapêutica e que também é vivida pela paciente. Houve uma implicação desta</p>	

Tabela 2: Unidades de significado psicológico

## 4.2. Participantes

A amostra constituiu-se por 4 psicólogos de uma instituição pública, com atendimento no distrito de Lisboa. Dos participantes, três são do sexo masculino com idades compreendidas entre os 30 e os 43 anos, e um pertence ao sexo feminino com 31 anos de idade, sendo a média de idades de 37 anos. Relativamente às suas escolas teóricas de formação, 2 participantes seguem a linha dinâmica, outro tem uma abordagem cognitiva construtivista e o último segue duas escolas de orientação, a cognitiva e a dinâmica. Em média, os entrevistados exercem a profissão de psicólogos há cerca de 6 anos. Foram informados do âmbito deste estudo e solicitada a sua colaboração no mesmo, com a garantia da confidencialidade dos dados fornecidos. Assim, procedeu-se à entrevista fenomenológica individual com duração média de 16 minutos, aos 4 participantes. De entre os sujeitos que participaram neste ensaio, houve necessidade de voltar a entrevistar 3 deles, num segundo momento, no sentido de clarificar e aprofundar mais alguns aspectos referentes ao fenómeno em estudo. A entrevista obedeceu aos critérios de aplicação do método fenomenológico descritivo.

## 4.3. Procedimento

A selecção da amostra de participantes ocorreu numa instituição pública, de acordo com a disponibilidade dos mesmos em participar neste trabalho de investigação, sendo que a respectiva entrevista foi realizada individualmente, aos referidos sujeitos, pelo que ocorreu numa sala fechada nas instalações da instituição, no sentido de garantir o sigilo das informações pessoais facultadas, após a permissão dos entrevistados e o esclarecimento de quaisquer dúvidas existentes quanto ao âmbito da investigação e respectiva participação. Como tal, foram reunidas as condições propícias à aplicação quer da entrevista inicial, quer do segundo momento de entrevistas, de carácter qualitativo e em contexto individual. Neste estudo fenomenológico, procedeu-se à gravação áudio, autorizada, de todas as entrevistas que posteriormente foram transcritas na íntegra. A recolha de dados foi conduzida no sentido de obter informação acerca da vivência dos sujeitos face ao fenómeno em estudo, o *momento presente* em psicoterapia, partindo da descrição dos significados emitidos pelos participantes, naquela que é a sua experiência dos momentos de mudança, enquanto terapeutas.

#### 4.4. Metodologia

A entrevista fenomenológica foi o instrumento seleccionado para a realização deste trabalho de investigação, e foram recolhidas entrevistas a 4 sujeitos participantes. Trata-se de uma metodologia qualitativa, tendo sido aplicado o *método fenomenológico descritivo* de Giorgi (1985).

A pergunta de investigação reside na procura da compreensão dos *momentos presentes* em terapia, tal como os terapeutas os descrevem, sendo que estes são momentos que produzem mudança na relação terapêutica. Pretende saber-se se os terapeutas são particularmente sensíveis a estes momentos que ocorrem em terapia, os quais requerem uma resposta genuína para resultarem numa mudança efectiva da relação terapêutica.

Estamos perante um estudo qualitativo no qual é solicitado aos sujeitos que descrevam as suas experiências, no caso, o seu vivido dos momentos presentes em contexto terapêutico que conduzem à mudança da relação terapêutica, e qual o significado atribuído a essas experiências, que podem traduzir uma postura do terapeuta mais ou menos atenta aos elementos implícitos e não verbais na relação com o paciente, naquela que será a sua forma de estar na relação terapêutica e, de acordo com o seu quadro teórico de referência.

A entrevista é conduzida atendendo aos critérios de aplicação do método fenomenológico descritivo (Giorgi, A. & Sousa, D. 2010), partindo da questão inicial: “*Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que sentiu que contribuíram para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve*”. Pretende aceder-se às experiências do participante e seus significados. Esta questão foi elaborada com especial atenção ao conteúdo linguístico, de modo que este fosse claro para os participantes, que lhes é pedida uma descrição dos momentos de mudança em terapia, não tendo sido explicitamente mencionado o conceito de *momento presente*.

## 5. Resultados

Este capítulo vai debruçar-se sobre os resultados obtidos nas entrevistas recolhidas numa determinada instituição em Lisboa. O fenómeno em estudo respeita ao *momento presente*, ou seja, aos momentos em que ocorre mudança na relação terapêutica, na perspectiva do terapeuta.

### 5.1. Dados empíricos

De acordo com o método fenomenológico descritivo, as entrevistas individuais <ver Anexo 1> efectuadas aos quatro participantes, serviram de base a este estudo de metodologia qualitativa. Após transformar as descrições dos sujeitos em significados psicológicos transformados, onde são explicitados aspectos menos clarificados e, feita uma articulação entre os diversos significados encontrados <ver Anexo 2>, prosseguiu-se para a etapa seguinte que permite salientar os aspectos relativos ao fenómeno que permanecem constantes e definem a sua estrutura final. No entanto, os dados obtidos nas descrições dos quatro participantes remetem para duas estruturas diferentes. De acordo com as tabelas abaixo apresentadas, a primeira estrutura <ver Tabela 3> reporta aos dados de P1 e a segunda estrutura <ver Tabela 4> respeita aos dados de P2, P3 e P4, pois as divergências encontradas quanto aos elementos invariáveis do fenómeno, assim o exigiram.

As estruturas finais reflectem os significados apurados nas descrições dos sujeitos, significados esses que remetem para a contextualização em que o fenómeno emerge, sendo os mesmos comuns a todos os sujeitos e, portanto, pode afirmar-se que para esta amostra é necessário que estejam presentes estes significados para que o conceito de *momento presente* se manifeste em contexto terapêutico. Embora, tenham sido encontrados variantes nestes significados psicológicos, naturalmente justificados pelas idiosincrasias dos sujeitos e interpretação pessoal, que cada participante faz acerca da relação terapêutica.

Relativamente às duas estruturas encontradas I e II, pode depreender-se que existem elementos essenciais, os quais são inerentes ao contexto em que o fenómeno do *momento presente* ocorre. Esses elementos constituem as características fundamentais do significado psicológico do fenómeno, pelo que são invariantes e comuns em todas as descrições dos participantes.

### **Estrutura I para P1**

O participante associa os momentos de mudança, na relação terapêutica, a momentos de surpresa, onde o inesperado e as revelações do paciente partilhadas no espaço terapêutico, surgem de forma espontânea e favorecem a mudança na relação e o sucesso do processo terapêutico, por permitirem uma maior abertura e comunicação na díade que fortalece a relação terapêutica.

Tabela 3: Estrutura I

### **Estrutura II para P2, P3 e P4**

Os participantes associam os momentos de mudança, na relação terapêutica, a momentos de surpresa, onde o inesperado e as revelações do paciente partilhadas no espaço terapêutico, surgem de forma espontânea e favorecem a mudança na relação e o sucesso do processo terapêutico, por permitirem uma maior abertura e comunicação na díade que fortalece a relação terapêutica. No momento inicial com o paciente, o terapeuta adopta uma postura de empatia e confiança, focalizada no estabelecimento da relação. Este momento é considerado particularmente importante e crítico para uma boa evolução da relação terapêutica, pelo facto do terapeuta estar sensível aos elementos implícitos, bem como aos explícitos, à medida que estes acontecem no espaço terapêutico.

Tabela 4: Estrutura II

Factores como, a ocorrência de algo inesperado que exige uma resposta pronta do terapeuta, as próprias revelações que os pacientes fazem em terapia ou, até mesmo a postura empática do terapeuta, contribuem para a ocorrência de momentos de mudança na relação terapêutica. A comunicação aberta é apontada como fundamental para o bom estabelecimento da relação terapêutica, pelo que deve assentar na confiança e segurança no espaço terapêutico. O momento inicial é um factor determinante para que o terapeuta consiga aceder ao paciente, através de um clima acolhedor que o leva a expor o seu sofrimento e a partilhar de forma

genuína as suas questões mais íntimas. Na vivência dos terapeutas, a relação muda quando estes elementos se articulam, o que acaba por se traduzir no sucesso terapêutico, atingido por meio da auto-reflexão e autonomia do paciente.

Perante os dados empíricos revelados e partindo das duas estruturas apresentadas, foram apurados os sete constituintes chave essenciais <ver Tabela 3> para contextualizar o fenómeno do *momento presente* em psicoterapia e as respectivas variações empíricas para cada participante. Sabendo que os constituintes têm importâncias diferentes, estes não valem por si mesmos, ou seja, é a interligação entre os vários constituintes que atribui um significado global e coerente às experiências dos participantes. Como exemplo desta articulação, pode afirmar-se que a *empatia* e a *confiança* são igualmente importantes para que o paciente faça *revelações* na terapia e, por sua vez, estas são essenciais para que ocorra *mudança* na relação e consequentemente, *sucesso* terapêutico. Pelo que os constituintes não devem ser considerados isoladamente, na compreensão psicológica das situações vivenciadas.

O primeiro constituinte chave, o *momento inicial*, está interligado aos constituintes *empatia* e *confiança*, sendo que o foco está centrado na relação terapêutica, não exactamente como momento de mudança mas sim, como momento fulcral para que esta ocorra mais à frente no processo terapêutico. Aqui, importa a atitude do terapeuta e foram encontradas poucas variantes dos elementos chave, ou seja, apenas na *confiança* se verificou que P3 associa a mesma ao respeito pelo paciente e, P2 e P4 consideram a sua importância para que o paciente revele a sua história pessoal. Neste seguimento, surge outro elemento essencial da estrutura psicológica do fenómeno, que são as *revelações* do paciente, as quais aparecem quando a relação está estabelecida e há um clima empático de confiança. Algumas vezes as *revelações* são consideradas como uma surpresa e, portanto, articulam-se com outro constituinte, o *inesperado*. Neste elemento foram encontradas algumas variantes na sua ocorrência, pois P1 refere que este está relacionado com uma resposta genuína do terapeuta, P2 associa-o à revelação de questões da intimidade do paciente, P3 preocupa-se em não demonstrar que se sente surpreendido com determinada revelação do paciente e, P4 mostra-se disponível perante aceitar algo inesperado que possa surgir no espaço terapêutico. No que respeita ao *sucesso* terapêutico, os participantes P1 e P4 atribuem o *sucesso* da terapia ao facto dos pacientes encararem a relação terapêutica como um modelo, extensível às outras relações interpessoais, ao passo que P2 e P3 identificam o *sucesso* quando o paciente adquire autonomia e, é capaz de fazer uma auto-compreensão do seu mundo pessoal.

<b>Constituintes</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
Momento inicial		T foca-se no estabelecimento da relação	Importante para a construção da relação	Importante para a construção da relação
Empatia		T deve ser seguro e dar espaço e tempo ao paciente	T deve ser empático e criar um ambiente acolhedor	Importante para a relação que o paciente empatize com o terapeuta
Confiança		Leva o paciente a transmitir as duas fragilidades	T deve respeitar o paciente	Fundamental para que o paciente aborde a sua história pessoal
Inesperado	Requer uma resposta espontânea do terapeuta	Quando o paciente expõe uma questão íntima que esconde de toda a gente	T não deve transparecer a sua surpresa perante um relato do paciente	T mostra-se disponível e o paciente fala das suas fragilidades
Revelações	Permitem o avanço do processo terapêutico	Surgem quando o paciente ultrapassa a inibição e fortalece a comunicação na relação	Quando o paciente confia e partilha as suas fragilidades	Quando o paciente se centra no seu sofrer e faz uma auto-compreensão
Mudança terapêutica	A relação terapêutica torna-se um modelo para as outras relações interpessoais	Processo em andamento em que a relação sofre constantes alterações	Provocada pela confiança e espontaneidade do terapeuta e paciente	É espontânea e nem sempre tomamos consciência da mesma
Sucesso terapêutico	Boa relação que serve de modelo às outras relações do paciente	Autonomia e auto-compreensão do paciente	Auto-compreensão do paciente	Boa relação que serve de modelo às outras relações do paciente

Tabela 5: Constituintes-chave

## 5.2. Análise dos resultados

O *momento inicial* é apontado como um momento chave para a mudança na qualidade da relação terapêutica, ou seja, dele depende o estabelecimento de uma boa relação com o paciente. P2 atribui uma grande importância ao momento inicial com o paciente, pois é quando estabelece os alicerces da relação terapêutica e procura ganhar a confiança do paciente. P3 afirma que o foco da terapia deve centrar-se na construção da relação terapêutica. Uma boa aliança terapêutica é iniciada logo no primeiro contacto com o paciente, procurando acolher e ajudar a pessoa e, embora o momento inicial possa surpreender o terapeuta, P3 afirma fazer um esforço para não demonstrar a sua surpresa. P4 aponta a primeira consulta como momento chave na relação terapêutica, procurando aceder ao paciente e à forma como se sente na relação com este.

A *empatia* é outro constituinte essencial que sobressai nas descrições dos participantes. P2 afirma que a empatia presta um contributo importante na construção da relação terapêutica, facilitando todo este processo. Para P3, importa acolher o paciente logo de início para estabelecer uma boa relação, oferecendo a sua ajuda para minorar o sofrimento da pessoa. P4 considera a empatia como um elemento importante desde a primeira consulta, que vai facilitar o estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

A *confiança* surge como um constituinte fundamental para o fenómeno em estudo, sendo algumas vezes associado à segurança, esta última implicitamente. P2 refere que o terapeuta deve conquistar a confiança do paciente e criar um espaço terapêutico seguro. Para P3 a relação ganha sentido quando o paciente sente confiança para expor as suas dificuldades. Segundo P4, a relação terapêutica é estabelecida a partir do momento que o paciente sente confiança no trabalho do terapeuta, acelerando o processo terapêutico num ambiente protegido e seguro.

O *inesperado* é outro constituinte apontado nos relatos dos participantes. Para P1 os momentos de mudança na relação estão associados a situações de surpresa, as quais requerem uma resposta espontânea do terapeuta. Por vezes, P2 fica surpreendido com os pacientes que verbalizam a importância da relação e do espaço terapêutico, para abordarem as questões mais íntimas. Para P3, quando o terapeuta se sente surpreendido com alguma situação, não deve demonstrar ao paciente, procurando dominar o espaço terapêutico e apresentar uma resposta ajustada às necessidades do paciente. P4 considera importante a disponibilidade do terapeuta para que o paciente aborde as suas fragilidades, num processo natural de aceitação.

As *revelações* são apontadas como essenciais no processo da mudança terapêutica. Para P1 a partir do momento em que o paciente faz revelações, essas questões passam a ser compartilhadas no espaço terapêutico e não dependem do suporte da técnica para serem trabalhadas, são vivenciadas no presente. P2 afirma que o terapeuta não deve ser intrusivo mas antes, deve dar espaço e tempo para que o paciente faça revelações. P3 considera que o terapeuta não deve ser incisivo e deve esperar que seja o paciente a revelar o verdadeiro motivo de consulta. Para P4 as revelações surgem quando o paciente diminui as suas defesas e a relação está estabelecida, o que conduz à abertura na comunicação e à mudança natural.

A *mudança terapêutica* afigura-se como um elemento primordial na contextualização das descrições obtidas. Assim, P1 associa a mudança na relação terapêutica ao inesperado e, também a pequenas transformações que vão ocorrendo ao longo do processo terapêutico de forma espontânea. Para P2, a mudança acontece quando o paciente expõe questões íntimas que esconde de toda a gente à sua volta, favorecendo a comunicação na relação terapêutica e sendo genuíno consigo próprio. A mudança é um processo em andamento em que a relação sofre constantes alterações. P3 considera a mudança como o produto da confiança e espontaneidade do terapeuta e do paciente. Assim, o terapeuta sente-se confortável na relação, podendo explorar melhor as problemáticas reconhecidas pelo paciente. P4 refere a mudança como resultado do estabelecimento da relação terapêutica, a partir da qual o paciente confia e partilha o seu sofrer no espaço terapêutico, criando uma abertura à comunicação.

O *sucesso terapêutico* é apresentado como um elemento chave que decorre da mudança na relação terapêutica. P1 refere o sucesso da terapia como resultado de algo vivenciado no espaço terapêutico, levando à mudança na relação terapêutica e esta, por sua vez, serve de modelo à forma como o paciente se relaciona com os outros. Para P2 o sucesso reside na autonomia e nos movimentos de auto-compreensão que o paciente adquire. Esta forma do paciente se libertar no espaço terapêutico é gratificante para o terapeuta. P3 associa o sucesso terapêutico ao trabalho conjunto do terapeuta e paciente, levando a uma aceitação e auto-compreensão do paciente acerca do seu sofrer, transmitindo uma sensação de vitória ao terapeuta. Para P4, o sucesso terapêutico decorre da mudança na relação em ambiente protegido. É esperado que a relação com o terapeuta se prolongue às restantes relações interpessoais do paciente, enquanto modelo relacional.

A relação terapêutica é sublinhada pelos psicólogos intervenientes neste estudo, como o foco principal do processo terapêutico, a partir do qual se gera um ambiente protector que permite a exposição das questões mais delicadas que preocupam o paciente. Não descurando as idiossincrasias de cada participante, pode afirmar-se que a mudança na relação terapêutica

nem sempre é consciente, sendo algumas vezes referido que esta ocorre de modo espontâneo e natural ao longo do processo terapêutico.

As expectativas do terapeuta são outro aspecto que pode influenciar o processo da mudança terapêutica. Se por um lado o terapeuta espera que o paciente se sinta seguro e confiante para falar abertamente sobre si, também espera não defraudar as expectativas do paciente, mantendo uma postura isenta sem emitir julgamentos, respeitando o espaço que o paciente precisa e, sobretudo, procurando dar uma resposta ajustada às necessidades do paciente.

A segurança é um elemento que ressalta nas experiências dos participantes. Contudo, esta surge de forma pouco explícita sendo muitas vezes associada à confiança no terapeuta. Já a confiança, é expressa em simultâneo com uma atitude empática do terapeuta, o que acaba por conduzir às revelações do paciente em terapia, embora as revelações estejam ligadas ao desbloqueio do paciente, isto é, ao facto do paciente ser capaz de ultrapassar as inibições que o impedem de verbalizar o seu sofrimento.

No que respeita à atitude do terapeuta, é importante que este demonstre disponibilidade e empatia, criando um ambiente protegido, seguro e de confiança. Sempre focalizado na relação com o paciente como elemento principal do trabalho terapêutico.

Em relação ao paciente, é esperado que este empatize e confie no terapeuta para diminuir a resistência em verbalizar as suas questões mais íntimas. Em última análise, o paciente é tido como co-responsável pela mudança terapêutica, atingindo a auto-reflexão que lhe permite conhecer-se melhor e tornar-se autónomo.

Na relação terapêutica, o momento inicial do primeiro contacto com o paciente, é sublinhado como fundamental para uma boa relação. Assim, importa a espontaneidade de ambos na relação, pois desta advêm situações de surpresa que exigem uma resposta autêntica.

O sucesso terapêutico aparece interligado à construção basilar de uma boa relação terapêutica, como elemento facilitador para uma boa evolução do trabalho terapêutico desenvolvido. Este sucesso em terapia é sentido como uma vitória por parte do terapeuta, culminando com a auto-compreensão e auto-reflexão que o paciente efectua sobre si próprio, afirmando a sua autonomia e responsabilidade em todo o processo terapêutico. Mais ainda, o sucesso prende-se com a capacidade do paciente transpor para fora do contexto terapêutico, o modelo relacional estabelecido com o psicoterapeuta. Desta forma, o paciente poderá corrigir o seu modo de se relacionar com os outros no quotidiano, a partir da nova relação criada no ambiente protegido da psicoterapia.

## 6. Discussão dos resultados

Relativamente ao fenómeno estudado, o *momento presente* na psicoterapia, os resultados obtidos nas entrevistas descritivas revelam que os terapeutas participantes nem sempre conseguem identificar esses momentos. Atribuem frequentemente a *mudança* a pequenas transformações que vão ocorrendo naturalmente ao longo do processo terapêutico, como resultado do trabalho terapêutico desenvolvido conjuntamente com o paciente. Contudo, está presente uma grande sensibilidade e disponibilidade para a relação terapêutica, constituindo o foco principal a partir do primeiro momento de contacto com o paciente.

### 6.1. Elementos do terapeuta

Os sentimentos imediatos do terapeuta são essenciais para a compreensão do paciente. Uma relação terapêutica genuína com o paciente é aquela que está direccionada para o presente (Yalom, 2004), onde os sentimentos evocados no terapeuta funcionam como sensor do estado da relação intersubjectiva, não verbal, através de elementos implícitos como, o olhar mútuo, a postura, os gestos, a expressão facial, a respiração, o tom e a intensidade da voz (Stern, 2004). Para P4 é importante a forma como se sente na relação, P3 afirma que a relação muda quando se sente confortável e, P2 sente-se gratificado com a partilha no espaço terapêutico. Estes sentimentos correspondem aos *afectos vitais* descritos por Stern (2004), pois vão além do comportamento e têm um fundamento de *autenticidade*, quer na terapia quer nas relações interpessoais.

O terapeuta deve ter a preocupação em dar *feedback* ao paciente, no sentido de contextualizar a sua problemática, partilhando as observações que considera mais importantes para o processo terapêutico. Segundo Yalom (2002), esta atitude do terapeuta é favorável na relação e este não é visto como intrusivo. Para P2, P3 e P4 é importante que o terapeuta respeite o paciente e lhe dê espaço para este se expressar quando se sentir preparado.

A *empatia* é um factor crítico para que se estabeleça uma boa relação terapêutica. Ao passo que todos os outros participantes apontam a empatia como factor da responsabilidade do terapeuta, P4 salienta a empatia do paciente como indispensável para a construção da relação. O *momento presente* surge no encontro *intersubjectivo*, permitindo uma leitura do conteúdo da mente do outro. Segundo Stern (2004), o terapeuta e o paciente experienciam a mesma *paisagem mental* e afirma que este encontro assenta na criação *intersubjectiva*. A ressonância afectiva possibilita a leitura das intenções do outro, sentindo aquilo que o outro

está a sentir, criando uma empatia a partir daquilo que é observado no outro e que ressoa em si próprio, numa experiência singular.

Nesta sequência, importa a *confiança* e *segurança* criadas pelo terapeuta, com intuito de tornar o espaço terapêutico num ambiente acolhedor que favoreça a comunicação entre a díade. Os participantes afirmam a importância da confiança na relação terapêutica. P2 e P3 salientam ainda este factor como facilitador para ultrapassar as inibições que o paciente possa apresentar.

## 6.2. Elementos do paciente

Na perspectiva do terapeuta, o processo terapêutico sofre um impasse sempre que o paciente atribui as suas dificuldades a causas externas. Importa então, que o terapeuta faça a devolução ao paciente da *responsabilidade* que este tem na relação terapêutica. Tal como Yalom (2002) afirma que o paciente deve compreender a forma como se relaciona com os outros e contribuiu para a sua situação, P2 e P4 referem que esta compreensão beneficia a mudança terapêutica, pois o paciente é o único que tem poder para alterar o curso da sua vida.

A *liberdade* é outro factor que consta nas descrições dos terapeutas. Assim, cada paciente é o responsável por si próprio e pelas suas escolhas. Estas escolhas podem gerar angústia (Yalom, 1980, citado por Teixeira, 1997) e, P2, P3 e P4 falam explicitamente sobre a liberdade do paciente para usufruir do espaço terapêutico a seu proveito.

As *revelações* feitas pelo paciente são fundamentais em psicoterapia, culminando muitas vezes com a mudança na relação da díade. Se o terapeuta proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e de confiança, o aparecimento das revelações é espontâneo. O terapeuta deve atender ao conteúdo e à forma como o paciente expressa as situações, dando-lhe *feedback* sobre a importância da sua confiança para a partilha na terapia (Yalom, 2002). Da mesma forma, os participantes neste ensaio destacaram as revelações do paciente como algo imprescindível para o avanço do processo terapêutico e da própria mudança na relação. Para P3 e P4, estas advêm da confiança que o paciente sente no terapeuta e na relação, para P1 e P2 prendem-se mais com situações que surpreendem o terapeuta, ocorrendo de forma espontânea.

### 6.3. Elementos da relação

O *momento presente* consiste numa experiência subjectiva cuja duração lhe atribui significado, à medida que este se desenrola (Stern, 2004). A história vivida tem intenções implícitas e uma dinâmica temporal, onde o *momento presente* é vivido no *aqui e agora*.

A relação terapêutica desenrola-se no *aqui e agora* da terapia. Para Yalom (2002), quando o paciente expressa as suas fragilidades numa determinada relação interpessoal, o terapeuta deve procurar um *equivalente* dessa relação disfuncional, na própria relação terapêutica, no sentido de promover o andamento do processo terapêutico no imediato, pois como é sabido o paciente repete o seu modo de funcionamento nas várias relações que estabelece com os outros.

A relação terapêutica contempla uma certa imprevisibilidade e *espontaneidade*. O potencial criativo desta indeterminação reside na aceitação dos *momentos agora*, através das respostas autênticas do terapeuta originando os *momentos de encontro* autênticos e promotores de mudança (Ramberg, 2006). Aqui interessa a experiência vivida, cujos elementos principais são os *momentos presentes* partilhados, repletos de material *implícito* que impulsionam o fluxo de *andamento* da terapia. Para P1 os momentos de mudança estão associados a algo inesperado que surge na relação e requer uma resposta autêntica do terapeuta. P2 afirma ficar surpreendido com alguns relatos dos pacientes e atribui este facto ao clima de segurança, proporcionado no contexto terapêutico. P3 procura não demonstrar ao paciente que ficou surpreendido com algo expresso na sessão terapêutica, ao passo que P4 adopta uma postura de disponibilidade para escutar o paciente.

Em contexto psicoterapêutico, tem vindo a ser cada vez mais abordado o *conhecimento implícito*. Stern (2004) considera que este respeita aos afectos, expectativas e motivações que residem no *momento presente*. A dimensão implícita não necessita ser transposta em palavras para ser compreendida, pois respeita à regulação da relação, fora da consciência e no imediato. No processo relacional, regula-se e corrige-se a leitura da mente do outro momento a momento. Concordantemente, Hannush (2007) remete a sua atenção para os pequenos detalhes implícitos, não verbalizados, que alargam o campo de acção do terapeuta e a sua criatividade potenciadora da relação terapêutica.

#### 6.4. A mudança na relação

O processo terapêutico baseia-se na *espontaneidade* e imprevisibilidade, na interacção de duas mentes em partilha e co-criação, onde novos elementos vão surgindo e podem criar novas oportunidades na relação. Neste estudo, os participantes referiram três rumos que o processo de *andamento* pode tomar, a *mudança terapêutica dramática*, as *mudanças progressivas* e as *novas explorações*, anteriormente referidos por Stern (2004). P1 associa o *momento presente* a *mudanças dramáticas* que exigem uma resposta espontânea, a *mudanças progressivas* que nem sempre consegue identificar por serem inerentes ao processo terapêutico e, a *novas explorações* levadas a cabo na terapia. Para P2, as *mudanças dramáticas* advêm das revelações do paciente, alargando a comunicação na díade, as *mudanças progressivas* vão ocorrendo naturalmente ao longo de todo o processo terapêutico e, as *novas explorações* permitem levar o paciente à auto-compreensão. P3 considera que as *mudanças dramáticas* derivam da revelação do paciente, onde há um elemento novo e surpreendente para o terapeuta, as *mudanças progressivas* são contínuas à medida que o terapeuta ganha a confiança do paciente e, as *novas explorações* são utilizadas para fortalecer a comunicação na relação. Para P4 as *mudanças dramáticas* transformam a relação terapêutica levando o paciente à aceitação, as *mudanças progressivas* surgem espontaneamente e não se conseguem identificar e, nas *novas explorações* pretende-se que o paciente fale mais abertamente sobre si. Reafirmando assim, que o *momento presente* procura a resolução da crise, através do ajustamento intersubjectivo espontâneo, não ligado à técnica. Ramberg (2006) afirma que o processo terapêutico necessita de um *momento de encontro* autêntico, onde a díade está voltada para o vivido emocional que estão a sentir dentro de si. Para Stern (2004), esta questão permite o alargamento do campo intersubjectivo e o terapeuta e paciente partilham a mesma *paisagem mental*, conduzindo à mudança na relação.

O sucesso terapêutico está ligado directamente à mudança. Tavon (2005), sublinha que a partilha entre duas pessoas traduz uma experiência, um momento chave para a mudança terapêutica e um ponto de viragem para as outras relações interpessoais. A mudança implica o reescrever das experiências passadas no presente imediato. Na perspectiva de Jenkinson (2008), o *momento presente* ocorre na intensidade do *aqui e agora*, promovendo o *insight* e a mudança terapêutica.

Nas experiências dos participantes, o sucesso terapêutico decorre da vivência no espaço terapêutico. Se existir uma boa relação terapêutica, esta vai servir de modelo para as restantes relações do paciente. P1 espera que o paciente aplique aquilo que é vivenciado em terapia, na

sua vida quotidiana. A ressonância emocional de P2 leva-o a sentir-se gratificado pelo paciente poder usufruir do espaço terapêutico para se libertar dos seus segredos, desenvolvendo uma auto-reflexão acerca si próprio. Para P3 o sucesso prende-se com o conforto sentido na relação e o trabalho elaborado pelo paciente na conquista da sua autonomia. P4 afirma que a ideia máxima do processo terapêutico culmina com a generalização daquilo que é experimentado na relação terapêutica, ou seja, que esta ganhe sentido e sirva de modelo às outras relações interpessoais, fora do contexto terapêutico.

O projecto futuro constrói-se a partir da experiência passada, pelo que é necessária uma experiência actual mais ajustada. Este é o papel da relação terapêutica, enquanto nova relação, desenvolvutiva e sanígena, que promove a mudança psicoterapêutica (Matos, 2003).

A *autenticidade* é um elemento essencial na relação terapêutica. O terapeuta deve ser genuíno nos seus sentimentos, verdadeiro e espontâneo nas suas intervenções. Para Teixeira (1996), o terapeuta representa um elemento sensível, confiável e seguro na relação, levando o paciente à auto-reflexão e auto-compreensão, através da empatia e aceitação por parte do paciente. O *projecto existencial* confere um sentido global às vivências do paciente, de forma contínua, onde podem ser conhecidas novas alternativas de realização pessoal, de acordo com a liberdade do paciente e sua responsabilidade na configuração do sentido existencial.

A mudança terapêutica implica naturalmente a mudança do mundo pessoal do paciente, das suas formas de agir e das suas reflexões. Assim, o desafio terapêutico reside no desenvolvimento do potencial do sujeito, co-criado na *intersubjectividade* da relação terapêutica, realizando o seu *projecto existencial* autêntico através da criatividade conjunta Teixeira (1996).

## 7. Conclusão

O presente estudo tem como objectivo contribuir para a compreensão dos momentos chave que produzem mudança na relação terapêutica, de acordo com a vivência do terapeuta, enquadrando-se no conceito de *momento presente* de Stern (2004). As experiências subjectivas dos terapeutas revelaram que esses momentos impulsionadores da mudança, se prendem com várias dimensões, a saber, elementos da pessoa do próprio terapeuta, elementos dos pacientes e elementos da relação terapêutica propriamente dita. Assim, os componentes principais que foram evocados prendem-se com o estabelecimento de uma boa relação a partir do primeiro contacto com o paciente, com as revelações efectuadas pelos pacientes no ambiente protegido do espaço terapêutico e, com o sucesso terapêutico alcançado por meio da mudança.

A construção da relação terapêutica está subjacente ao processo terapêutico, na mente do terapeuta. Para os terapeutas entrevistados, importa oferecerem-se à relação no encontro com o outro através da sua disponibilidade, procurando ser aceites pelo paciente sem adoptar uma postura intrusiva, conectando com o paciente e compreendendo o seu sofrer. Nesta fase do processo, importa a ressonância afectiva que permite partilhar com o paciente a mesma *paisagem mental* (ver Stern, 2004).

Nesta dimensão não foram encontradas grandes variações entre os participantes, pois todos referem a importância de uma atitude empática e um clima seguro e de confiança, para que o paciente expresse o seu sofrimento. A esta altura, o paciente será capaz de ultrapassar a inibição inicial e falar abertamente sobre si, o que provoca inevitavelmente a mudança, tanto na relação da díade como na vida pessoal do paciente.

Os terapeutas salientaram a importância de uma boa relação terapêutica como base do processo terapêutico, esta deve ser fortalecida de tal forma que favoreça a compreensão do paciente quanto ao seu modo de se relacionar com outros. Na relação terapêutica, o paciente tem a oportunidade para descobrir outras formas de agir e reflectir, corrigindo os padrões de funcionamento que tem vindo a adoptar. A sua forma de estar no mundo com os outros vai sofrer alterações a partir do momento em que se serve do modelo relacional estabelecido com o terapeuta, procurando o aperfeiçoamento de si mesmo na relação com os outros.

As revelações vão surgindo de forma natural e espontânea, à medida que o paciente sente confiança na pessoa do terapeuta. Estas revelações podem ter um conteúdo de cariz mais íntimo ou doloroso para o paciente, daí que seja necessário estabelecer previamente uma boa relação com este, para que possa partilhar no espaço terapêutico a sua dor. Nesta investigação,

a partilha na terapia surge pela *espontaneidade* do paciente, traduzindo-se numa surpresa para o terapeuta. Mais à frente neste processo, a surpresa transforma-se numa espécie de alívio por parte do terapeuta, o qual por meio da empatia se apercebe da dimensão do sofrimento do paciente.

Para os terapeutas participantes, a exposição das fragilidades do paciente não decorre directamente da utilização das técnicas terapêuticas, embora estas sejam consideradas como um suporte fundamental em psicoterapia. Aqui pode depreender-se que apesar dos entrevistados serem terapeutas que seguem as escolas teóricas dinâmica e cognitivo-comportamental, parecem receptivos aos elementos implícitos da relação. Na perspectiva de Stern (2004), estas duas áreas de orientação psicológica auxiliam-se sobretudo, da técnica da interpretação e da narrativa para explicitar o material implícito trazido pelo paciente para o contexto terapêutico. Este estudo reforça a leitura do autor, embora reconhecendo as suas limitações, revelou que estes terapeutas com formação nas referidas escolas de abordagem teórica, dinâmica e cognitivo-comportamental, embora atendam ao material implícito do paciente através da sua disponibilidade para sentir o outro e sentir o que o outro está a sentir, revelaram uma necessidade expressa de tornar os sentimentos e sensações evocadas em palavras, suprimindo-lhe a sua dimensão implícita. Pode então afirmar-se, que as revelações são essenciais para que ocorra mudança na relação e, conseqüentemente o avanço no processo terapêutico. Contudo, as respostas dadas ao paciente em momentos cruciais são sobretudo verbalizadas e, portanto, tornam os conteúdos explícitos, como é o exemplo do *feedback* do trabalho terapêutico.

Para os terapeutas entrevistados, o momento de encontro na terapia, enquanto resposta sua, a uma solicitação do paciente, é frequentemente solucionado com recurso à linguagem verbal, ao esclarecimento verbalizado da situação apresentada, nomeadamente com a utilização das técnicas terapêuticas como um auxílio compreensivo, reduzindo desta forma o campo intersubjectivo da relação terapêutica ao invés de potenciá-lo. Podemos por isso dizer que, no caso deste conjunto de terapeutas, há a identificação de *momentos presentes* mas a sua resposta aos mesmos é de carácter verbal, não parecendo explorar as componentes mais implícitas que, de acordo com Stern, são fundamentais, imprescindíveis até, para o processo de mudança.

O sucesso terapêutico é um factor fundamental apresentado pelos participantes. O sucesso surge a par da mudança, chegando mesmo a misturar-se com esta, não existindo um sem o outro. Assim, o sucesso é sentido pelos terapeutas como uma vitória pessoal, não se tratando apenas de um triunfo ao nível do trabalho terapêutico. Entenda-se este sucesso como

uma parcela integrante do processo terapêutico, e não como a finalização do contrato terapêutico.

Nesta componente essencial da estrutura psicológica do fenómeno do *momento presente*, foram encontradas algumas variações, pois nem todos os terapeutas atribuem o sucesso às mesmas experiências. Alguns profissionais associaram o sucesso da terapia à autonomia do paciente e à sua capacidade para reflectir sobre si e sobre as suas relações interpessoais. Outros apontaram numa perspectiva mais abrangente, onde o paciente prolonga para fora do contexto terapêutico, o modelo relacional que estabelece com o terapeuta, de forma espontânea e genuína, concretizando o seu *projecto existencial* autêntico através da criatividade conjunta na terapia. Daí a valorização atribuída a um bom modelo relacional de suporte na vida pessoal do paciente.

A riqueza do *momento presente* reside nos seus elementos implícitos, os afectos, as expectativas e as motivações que este comporta, possibilitando uma partilha intersubjectiva na relação terapêutica que não recorre a elementos externos ao seu foco de atenção, a díade, mas responde por meio do implícito ressentido no *momento presente*. Se os terapeutas se afastam deste *momento presente* partilhado implicitamente, para aceder ao conhecimento teórico, perdem-se estes componentes essenciais vividos no agora da relação.

Considera-se fundamental uma outra visão, um novo olhar para estas questões da relação terapêutica, mais atento ao vivido intersubjectivo que é sentido em cada instante partilhado com o outro, pois o *momento presente* também sucede fora do ambiente protegido do *setting* terapêutico. O sucesso, em termos de mudança, da forma como se lidará com os futuros momentos presentes, fora do contexto terapêutico, vai depender das boas experiências na relação com o terapeuta. Essa importância fulcral que tem o conhecimento mais exacto e, principalmente, mais vivido, dessas experiências únicas e pessoais levam-nos a terminar reforçando fortemente a necessidade de que se continue a estudar, através de abordagens fenomenológicas – mas também outras – o papel do *momento presente* na relação terapêutica.

## 8. Reflexões finais

O presente trabalho de investigação apresenta algumas limitações que devem ser naturalmente assumidas.

Ao nível teórico do conceito estudado, o fenómeno do *momento presente* introduzido por Stern, verificou-se que existe pouca literatura disponível, uma vez que se trata de um construto ainda recente, de 2004. Embora este assunto tenha merecido a atenção de outros autores no passado, não apresentava a mesma designação, pelo que esta dificuldade foi sentida ao longo do enquadramento teórico do tema em debate, necessitando futuramente de um maior aprofundamento e, até mesmo, fundamentação teórica com outros autores que explorem o conceito. Outros estudos empíricos desenvolvidos nesta área de interesse serão necessários e bem acolhidos, no sentido de reforçar os conteúdos que foram aqui abordados.

No âmbito metodológico, as limitações prenderam-se desde logo com a falta de experiência quanto à aplicação da entrevista fenomenológica descritiva e, posterior operacionalização do método em termos da análise compreensiva do mesmo.

No momento da recolha das entrevistas, foi clarificado aos participantes aquilo que se pretendia, ou seja, que descrevessem situações clínicas em contexto terapêutico, cujas experiências se relacionassem com momentos em que ocorreu mudança na relação com o paciente. No fundo, o propósito era alcançar uma compreensão psicológica dos significados que estes momentos adquirem na mente dos terapeutas e, a forma como reagem perante os mesmos.

Para se compreender o *momento presente* na relação terapêutica, partiu-se da informação obtida nas entrevistas e foi aqui que se encontrou outro obstáculo, o qual se prende ao facto dos sujeitos serem poucos descritivos. Isto significa que os terapeutas participantes revelaram dificuldades em fazer descrições das suas vivências, com a linguagem própria do senso comum. Embora transpareçam uma sensibilidade para detectar os momentos potenciadores de mudança na relação, estas situações são descritas de uma forma reforçada pela terminologia psicológica, respeitante às respectivas escolas teóricas de formação de cada um. Verificou-se que as descrições dos sujeitos estão imbuídas de conceitos teóricos, parecendo ser pouco sentidas ao nível implícito, apesar dos terapeutas terem sido inicialmente instruídos e posteriormente guiados no decorrer da entrevista.

Procurou minimizar-se o efeito desta situação através de um segundo momento de entrevista, para clarificar alguns aspectos considerados pertinentes para o estudo,

nomeadamente com a descrição de exemplos concretos vivenciados em terapia, que se enquadrem no foco desta investigação.

Este factor não se prende com o fenómeno em si mas antes, poderá dever-se ao facto dos sujeitos em geral, estarem mais habituados a darem explicações do tipo *como e porquê* e, haver muito menor propensão para descrever situações concretas que foram vivenciadas, tal como aparecem à consciência e como foram sentidas naquele momento único. Agora, este aspecto poderá ser uma característica da nossa cultura ocidental ou será antes, uma questão defensiva dos próprios sujeitos, que fazem uma selecção prévia dos conteúdos que pretendem revelar. A par desta suposição pode colocar-se outra, a saber: será que houve dificuldades em obter dados mais descritivos da experiência do fenómeno, devido aos terapeutas participantes terem uma orientação teórica das escolas dinâmica e cognitivo-comportamental e, como tal, terem uma tendência para se afastarem do presente da relação, do domínio do implícito, recorrendo nomeadamente à técnica terapêutica? Estaremos perante uma questão que coloca em jogo os próprios paradigmas inerentes a cada escola de psicoterapia? Se assim for, seria pertinente replicar este estudo com sujeitos de outras escolas teóricas, para uma conclusão mais precisa deste aspecto.

Outra questão prende-se com o facto das entrevistas realizadas terem sido recolhidas apenas numa instituição, não permitindo desta forma alcançar uma maior constância dos elementos essenciais ou então, um maior número de variações nos elementos essenciais que ressaltaram nas experiências dos sujeitos. A dimensão da amostra será outra questão a apontar, pois trabalhou-se apenas com os dados de quatro participantes e, numa amostra superior, poderiam ser obtidos resultados mais abrangentes que permitissem uma generalização mais visível da estrutura psicológica do fenómeno estudado.

Relativamente à experiência profissional dos sujeitos entrevistados, esta situa-se numa média de 6 anos de exercício da função de psicólogos. Considera-se pertinente desenvolver uma investigação à semelhança da presente, em terapeutas com mais anos de profissão, pois supõe-se que exista um leque mais alargado de experiências vividas em contexto clínico, que possam emergir nas descrições e constituir um benefício para a compreensão do fenómeno estudado.

No que respeita a investigações futuras, seria interessante incluir na amostra de participantes, terapeutas de outras escolas teóricas, nomeadamente de orientação existencial, no sentido de compreender se as suas experiências vivenciadas em terapia também vão no mesmo sentido das estruturas apuradas ou se, por outro lado, nos remetem para novas perspectivas em relação à mudança terapêutica. Seria ainda pertinente explorar o fenómeno do

*momento presente* nos vários contextos terapêuticos, como o público, o privado e o voluntariado, procurando compreender se existem variações na estrutura psicológica apurada nas vivências descritas pelos sujeitos. Paralelamente a este trabalho, baseado na descrição das vivências dos terapeutas, considera-se relevante o desenvolvimento de um estudo no mesmo âmbito mas desta vez aplicado aos pacientes, permitindo um novo contributo para a compreensão do fenómeno num outro perfil diferente, que possa vir a complementar o conhecimento que se detém actualmente do *momento presente*.

## 9. Referências

- Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi.
- Camic, P. M., Rhodes, J. E. & Yardley, L. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In A. Giorgi & B. Giorgi (Eds), *Qualitative Research in Psychology: expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 353-361. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *O Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Hannush, M. J. (2007). Review of the present moment in psychotherapy and everyday life. *Journal of Phenomenological Psychology*, 38, (2), 278-283. Retirado em 16 de Outubro de 2008 de EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Jenkinson, M. (2008). Review of the present moment in psychotherapy and everyday life. *Existential Analysis*, 19, (1), 188-192. Retirado em 16 de Outubro de 2008 de EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Lopes, R. G. (2006). Renovação noética: fundamento da verdade no encontro terapêutico. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 323-330. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Matos, A. C. (2003). *Mais Amor Menos Doença*. Lisboa: Climepsi.

- Matos, A. C. (2007). O processo de mudança na cura analítica e a mudança no processo analítico: *Conferência no II Congresso Luso-Brasileiro de Psicanálise*, 15-17. Baía: Brasil.
- Ramberg, L. (2006). In dialogue with Daniel Stern: a review and discussion of the present moment in psychotherapy and everyday life. *International Forum of Psychoanalysis*, 15, (1), 19-33. Retirado em 16 de Outubro de 2008 de EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Sartre, J. P. (1997). *O Ser e o Nada: Ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes, 1ª ed.
- Spence, D. (1976). Clinical Interpretation: some comments on the nature of the evidence. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, (5), 367-388. Retirado em 16 de Outubro de 2008 de EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Stern, D. N. (2004). *O Momento Presente na psicoterapia e na vida de todos os dias*. Lisboa: Climepsi.
- Tauvon, L. (2005). A psychodramatist's view of Daniel Stern's latest book: the present moment in psychotherapy and everyday life. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, (3), 227-235. Retirado em 16 de Outubro de 2008 de EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Teixeira, J. C. (1996). A Escolha de si-próprio: relação terapêutica em psicoterapias existenciais. *II Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial*, 51-58. Porto: Hospital Conde Ferreira.
- Teixeira, J. C. (1997). Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (II): as abordagens existenciais. *Análise Psicológica*, 2 (XV), 195-205. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Tustin, F. (1990). *Autisme et Protection*. Seuil: La Couleur des Ideés.

Yalom, I. (2002). *The Gift of Therapy*. New York: Harper Perennial.

## **ANEXO 1**

### **Entrevistas fenomenológicas**

## Entrevista P1

Idade: 31 anos

Psicólogo com linha de orientação dinâmica

Exerce a profissão há 4 anos

Data: 23/07/2009

I: “Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? ”

P1: “Assim o momento chave que me lembrei, logo quando me falaste foi uma situação com uma paciente em que ao final de cerca de um ano, um ano e meio de terapia, / e é uma paciente com uma patologia *borderline* mas com uma organização mais neurótica, / e ao final desse ano e meio houve uma situação em que eu enviei um sms trocado. / Portanto, ela enviou-me um *sms* e junto outro paciente também me enviou um sms e eu respondi trocado, / respondi a esta a resposta da paciente que me tinha enviado a mensagem a seguir. / E esse momento foi muito importante fora da terapia, por isso é que estou a dizer porque realmente foi completamente longe de qualquer tipo de interpretação, / foi mesmo em termos de vivência e foi...o que é que ela experimentou, ela experimentou que eu me enganei, que me engano e poderia enganar. / Portanto, depois de ter tido uma sessão a seguir com ela, houve momentos em que ela se zangou e queixou pelo engano, / a qualidade da relação mudou radicalmente porque caiu a idealização e passou a ser uma relação muito mais humanizada, / e isso foi importante, ficou como um marco na terapia dela, ela ainda está em terapia e isso ficou como um marco, / o momento em que ela deixou de me ver como alguém idealizado e passou a ver-me como uma pessoa humana, e isso foi importante. / Agora mais momentos chave que mudam a relação, normalmente na minha experiência está sempre associado a este tipo de situações surpresa, ou seja, situações em que às vezes até há este tipo de lapsos por parte do terapeuta, por exemplo, estava a ver se me lembrava de mais algum...momentos em que a qualidade da relação pode mudar.../ depois há, mas esses eu não sei identificar muito bem, aquilo que acontece muitas vezes é que a dada altura do processo terapêutico, a qualidade da relação muda de facto, / mas muda como o resultado de micro transformações que vão acontecendo e de repente muda também de qualidade, / aí já não tanto associado, ou pelo menos que eu consiga retirar um momento que tenha sido significativo em particular,

mais como um conjunto de vários momentos e se calhar mais como consequência do trabalho terapêutico mais ligado à técnica. / Agora assim mais um momento...estou a pensar nos meus pacientes... tenho uma paciente agora que está a passar por um processo, é uma jovem adulta e tem um registo de faltar sempre às sessões quando tem frequências, ela vive a época de frequências com muita ansiedade e falta sempre às sessões nessa altura. / Nesta última época de frequências conseguiu fazer uma coisa diferente do que fazia antigamente, que foi vir à sessão, nomeadamente numa sessão em que veio quando saiu da frequência e estava esgotada e exausta. / Então veio e vinha completamente rabugenta como os bebés quando acordam e nós às vezes também (risos), mas o que quer que fosse que eu dissesse, não prestava, não entendia, não percebia, estava completamente.../ e foi importante essa sessão nesse sentido, e aí lá está não foi um momento em particular, foi mais o poder aceder a uma série de interpretações, pelo facto dela faltar e não querer trazer certas coisas para ali, e mostrar-se em certos estados, em certos níveis de ansiedade, de stress e cansaço e, também foi interessante nesse aspecto. / Portanto, em que ela pôde trazer para a sessão, a partir daquela sessão, pôde trazer para a terapia esta parte completamente intolerante à relação que ela tem. / Mas não me estou a lembrar assim de mais nenhum momento chave como aquele da mensagem, esse foi mesmo claramente identificado ”. /

I: “E depois na sessão seguinte, quando estive com essa paciente, como é que foi?”

P1: “Na sessão seguinte o que acontece é que essa parte passa já, ganhou existência ali na relação / e portanto já não é algo que eu só possa sugerir que pode estar presente ou não, é algo que ela já viveu ali comigo e que portanto já pode ser trabalhado doravante, / já não sou eu a propor por fora e a tentar devolver esta parte, mas é algo que ela já trouxe e portanto já experimentou ali, já vivenciou ali comigo, passa a ser parte da relação e do espaço terapêutico partilhado”./

I: “E em relação à primeira, da mensagem?”.

P1: “Ah isso mudou radicalmente, / foi mesmo uma mudança que teve um impacto estrutural nela, significou o momento da terapia em que ela foi capaz de estar numa relação de igualdade, e não numa relação em que alguém idealizado cuida dela, pela intensidade em que ela sentia a incapacidade dela e os medos e a raiva. / E, portanto, isso mudou mesmo, teve uma mudança que corresponde a uma mudança da personalidade dela e do tipo de relações que ela era capaz de estabelecer”./

I: “Sente que ela ficou mais próxima de si e não a distanciou tanto?”.

P1: “Sim, e foi capaz, e era uma coisa que ela provavelmente fazia muito pouco, ser capaz de se relacionar com as pessoas de igual para igual, / ela tinha tendência a colocar-se sempre nas relações em situações de dependência, / e foi correspondendo a uma mudança importante nela, ou seja, poder aceitar que me tinha ali, onde dava coisas e recebia coisas, mas em que não recebia só, não se limitava só a uma posição mais infantil. / Inclusivamente, podia receber coisas que eu me podia enganar, errar (risos), e ela podia sobreviver a isso, que é o elemento mais importante, ela podia suportar que eu errasse e a nossa relação errasse, / isto permite-lhe aplicar isto para ela e para a forma como se relaciona com os outros, então eu também posso errar sem que os outros se afastem, ou se zanguem, isto foi muito importante para ela”. /

## Entrevista P2

Idade: 30 anos

Psicólogo com linha de orientação dinâmica

Exerce a profissão há 7 anos

1ª Data: 09/04/2009

I: “Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? ”

P2: “Eu acho que há uma grande importância, em contexto psicoterapêutico, há uma grande importância dos momentos iniciais. / Acho que são os momentos do estabelecimento do contrato terapêutico e da aliança terapêutica, aliás o momento em que se começa a estabelecer o contacto terapêutico, toda a abordagem inicial, vai de certa forma ser importante no estabelecimento prévio dos bons alicerces de uma relação terapêutica. / Independentemente de todo o contexto psicoterapêutico dever estar subjacente na cabeça do técnico a importância desta nova relação. / Qualquer movimento de abordagem a resistências no processo terapêutico, qualquer movimento mais empático, são tudo contributos importantíssimos para a construção de uma boa relação terapêutica. / Eu acho que deve ser trabalhada todos os dias, cada vez que estamos com a pessoa devemos trabalhar e queremos enquadrá-la como uma prioridade, como objecto de trabalho que temos, neste processo. / ”

I: “E recorda-se de algum exemplo em especial em que tenha sentido que provocou melhoria na qualidade da relação?”

P2: “Sim. É assim, eu tento de certa forma explicar às pessoas o que é importante e o que se está a fazer com elas. E isso tem funcionado muito bem, pelo menos naquela que é a minha abordagem, / portanto, é evidente que não entramos em pormenores ou preciosismos de explicação de ordem técnica, mas a contextualização de algumas questões e alguns temas abordados, a fundamentação dos mesmos, eu acho que faz todo o sentido e contribui directamente para uma melhor identificação, para uma melhoria da relação terapêutica, / ou seja, explicar às pessoas porque é que é importante sentirem-se à vontade para falar de qualquer tipo de assunto, a qualquer momento, não haver tempos pré-determinados, pelo menos na minha abordagem, / mas haver um espaço de responsabilidade para o próprio para que se sinta à vontade para fazer aquilo que eventualmente sente como mais importante. E

isso acaba por influenciar o processo de confiança e provoca o processo de relação. / Alguns exemplos, sobretudo quando abordamos questões de ordem mais íntima, por exemplo questões sexuais, sempre que falamos com as pessoas, seja neste contexto profissional aqui nesta instituição, seja no sector privado em alguns grupos, é importantíssimo perceber que algumas pessoas precisam de tempo e de espaço, e precisam de ter o caminho aberto, / o veículo de acesso a alguma informação que eles precisam de trabalhar, que reconhecem como uma necessidade mas que se contrarie a intrusão do técnico, / com a preparação do terreno, que se possa constituir como um espaço seguro dentro da relação terapêutica, para que as pessoas mais facilmente possam...mais comodamente até, possam abordar algumas questões. / E tenho ganho, sobretudo nesse âmbito, tenho tido algumas boas surpresas e algum *feedback* das pessoas dizerem-me que de facto, a componente relacional, a componente de à vontade, a construção do espaço seguro, toda a construção do *setting* tem contribuído para que as pessoas cheguem a falar e a verbalizar alguns aspectos da sua vida mais íntima, sobretudo aqui (instituição), / que eu acho que tem a ver com esta construção do espaço seguro, e inerente a isto está a relação terapêutica. / ”

I: “Não só considera importante, como também sente da parte dos pacientes que é importante para eles.”

P2: “Eu acho que a relação terapêutica não é importante...é importantíssima nessa área, / e se não houver o bom estabelecimento da base de segurança da boa relação terapêutica, e bons aspectos de identificação, aliás toda a abordagem psicoterapêutica pelo menos nesta vertente, é assente em bases de contexto relacional e é basicamente aí que temos que trabalhar. / Portanto, é importantíssimo este estabelecimento, a pessoa sentir-se segura, sentir-se à vontade, sentir-se identificada com o “objecto”, a figura securizante em que vai depositar alguns dos aspectos mais dolorosos da sua vida, portanto, eu acho que faz todo o sentido”. /

I: “Há algum momento que se recorde como exemplo, estando com um paciente em que tenha havido por exemplo, alguma revelação a partir da criação dessa base segura?”.

P2: “Há. Há sobretudo no que diz respeito a experiências traumáticas precoces, mais ou menos acessíveis ao nível da consciência, sem dúvida que sim, é um processo facilitador (base segura). / E quando entramos no contexto da vida sexual, saímos do sintoma manifesto e entramos em domínios mais nucleares, sem dúvida que é um processo facilitador da própria comunhão, no espaço terapêutico, de algum problema”. /

2ª Data: 19/10/2009

I: “Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que a relação terapêutica mudou, e como se sentiu no momento inicial?”.

P2: “Eu sigo um paciente, gestor de uma empresa, muito inibido, socialmente até quase desadaptado e, portanto muito resistente à relação com o outro, com dificuldades de inserção e com problemas familiares. / E foi uma fase inicial, naturalmente muito complicada de ganhar confiança. / Daí para cá, há quase um ano, assisti a várias fases do processo, onde senti efectivamente que o “ganhei” através da relação, da pura relação. / Só para resumir a situação, a queixa dele gira à volta do stress e tensão muscular e problemas familiares, é uma pessoa casada, com filhos / e começa, progressivamente à medida que ganha confiança no espaço terapêutico e em mim próprio, a desenrolar um novelo muito interessante que me deixou no início algo surpreendido, / que é uma indefinição quanto à sua orientação sexual que chega ao ponto de relatar algo completamente impensável para ele, poder verbalizar isto com alguém, as experiências homossexuais prévias ao casamento, isto fruto de uma posição muito rígida com um padrão moral muito vincado. / Ele começa a fazer esta apresentação progressiva de si mesmo, do seu mundo interno, a sua sexualidade que escondia de toda a gente, escondia dos pais, dos colegas e investe num casamento quase como uma obrigação social, para ter uma vida enquadrada nos padrões morais. / E de uma forma muito engraçada e gratificante para mim, vem dizer um ano depois “não sei o que sou nem o que quero, mas sei que olho para mulheres mas também para homens e falta-me alguma coisa”, num pedido de ajuda, ajude-me a definir o que faço a seguir, se acaba com o casamento mas a família é importante, se investe em algo mais mas não lhe é permitido moralmente, / começa a fazer este enquadramento em termos de análise onde os problemas familiares se calhar não são problemas relacionais mas são problemas que têm a ver com algo dele, do passado, e está muito perdido nesta fase. / É gratificante porque ele está a pensar sobre ele próprio, para uma pessoa muito inibida que se reprime a si própria chegar a expor-se a outro, eu acho que foi algo muito interessante.” /

I: “E como se sentiu nesse momento em que ele se expõe?”

P2: “Na altura, muito gratificado e até aliviado pelo paciente, por sentir que era importante para ele verbalizar isto com alguém. / E agora toda a compreensão que ele faz da tensão muscular e do stress, tudo é canalizado por ele próprio no espaço terapêutico, que tem um problema de identificação sexual, é uma pessoa com 47 anos e chega a esta altura da vida ainda com um grande potencial para poder pensar sobre ele, sendo honesto e genuíno consigo próprio, na vivência quase natural de uma homossexualidade.” /

I: "Portanto aí o que muda na relação é o facto de falarem mais abertamente das coisas?"

P2: "Completamente aberto e isto demorou bastante tempo, o contexto institucional em que ele se insere é muito competitivo, onde há uma série de questões que têm a ver com a imagem, com um referencial de comportamento exemplar / e, agora tem uma hora semanal para se libertar, para conseguir explicar outro tipo de questões e sobretudo para reflectir que não é mau sentir e pensar coisas que não pode mostrar aos outros. / Esta é uma grande mudança que está em curso, para concretizar internamente alguma estabilidade". /

### Entrevista P3

Idade: 43 anos

Psicólogo com linha de orientação dinâmica e cognitivo-comportamental

Exerce a profissão há 6 anos

1ª Data: 25/03/2009

I: “Qual é a orientação teórica pela qual se rege?”

P3: “Eu utilizo as duas orientações, é mesmo verdade. Porque é assim, quando é uma situação de fobias e questões de ansiedade, deve-se ir pela cognitivo-comportamental, a outros níveis deve-se ir pela dinâmica. E pelas características do paciente, porque há pessoas que se apresentam de uma determinada forma que não dá para ser dinâmico com elas, há pessoas que temos que fazer primeiro o tal acolhimento, estás a ver? Mais subtil, vá lá mais comportamentalista, para depois se começar a trabalhar. A pessoa vem muito “esbaforida” como se costuma dizer, se vem com uma carga emocional muito elevada ou até se tem traços psicóticos, não se deve agir dessa forma. Se calhar querias alguém que apresentasse só uma mas eu utilizo ambas, agora não trabalho é com crianças! Tenho essa opção, senão daqui a bocado fazia de tudo”.

I: “Gostava que me falasse de momentos chave na psicoterapia, com os seus pacientes, que de alguma forma tenham levado à mudança na qualidade da relação terapêutica. Pode descrever-me momentos desses que tenha experienciado?”

P3: “Sim, inicialmente e o mais importante que tudo é logo o primeiro momento, a perspectiva logo no primeiro momento e a forma como se acolhe a pessoa. / Devemos escutá-la quando tem algo a transmitir e, quando não bloqueia. Na busca de estabelecer uma boa aliança terapêutica, depois no desenvolvimento das consultas, / quando a pessoa...enfim, há pacientes e pacientes, eles procuram-nos pelas mais diversas situações, como nós sabemos, / mas também há aquele paciente que nos tenta por à prova, que nos tenta desafiar, nós devemos (isto vem nos livros) sempre centrar-nos no paciente e não reagir aos desafios do paciente em relação a nós, teremos que o fazer sem dúvida, com muita subtileza, / como é evidente não devemos ser nem mal-educados nem arrogantes para com as pessoas, mas também não nos devemos deixar influenciar por elas, temos que desempenhar e fazer sentir à pessoa que ela é que é importante, que estamos ali para a ajudar e lhe resolver, dentro de todas as possibilidades que existam, a problemática da própria pessoa. / É assim, quando a pessoa se apercebe por estas atitudes subtis que nós vamos tendo que ir tomando com elas, é quando a

relação terapêutica começa a fazer sentido. / Embora, evidentemente, há pessoas e pessoas e sendo este um contexto institucional, também vêm pessoas que não vêm de livre vontade, e aí é uma moldura diferente, sem dúvida, de quando nós somos procurados por livre e espontânea vontade da pessoa, isso também é determinante, é muito importante”. /

I: “Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que as coisas melhoraram na relação terapêutica, que se recorde”.

P3: “Sim, há variadíssimos casos. É assim, numa fase inicial, há pessoas que aderem muito facilmente, digamos que... enfim, expõem logo toda a situação / e outras pessoas são reservadas, no aspecto em que ficam com reservas, estão a analisar e ver se realmente podem falar e vai bater ao mesmo local, ou seja, nós temos que procurar criar na pessoa a confiança e o à vontade. / Nós não estamos cá no intuito de descobrir ou estar a fazer, como é lógico a nossa postura não é essa, nós não queremos saber as coisas para saber, nós queremos o maior número de elementos como se estivéssemos a desconstruir um puzzle e torná-lo a construir da melhor forma, juntamente com o paciente. / Este será o nosso objectivo, não é a pessoa vir contar particularidades da sua vida, tudo bem nós temos sempre as nossa impressões sem dúvida alguma, mas em trabalho, nós temos que ser isentos e dar resposta, seja qual for o cariz da problemática, seja relacional, seja sexual, seja patologia severa, seja aquilo que seja, devemos perseguir sempre esses objectivos. / Os exemplos concretos, são inúmeros sem dúvida alguma, há casos a nível institucional em que as pessoas aderem. Já aconteceu pessoas que andaram aqui (Instituição) há anos, andaram até um ano ou dois anos e depois afastam-se, provavelmente porque já se julgam com as ferramentas necessárias para caminhar e para seguir o seu caminho e depois há um revés, e as pessoas voltam e aí está é mais um exemplo de que nós /...cada psicólogo tem a sua postura, mas é assim, eu opto por...a porta estar sempre aberta, digo sempre isso às pessoas, embora as pessoas às vezes até podem ser um pouco indelicadas, mas também se elas estão com problemas nós temos que compreender esse facto, e as pessoas voltam. / Há casos, eu tenho casos, em que as pessoas voltam, ao fim de um ano um ano e meio, voltam a procurar-me e faço por ter a mesma postura de sempre. / Não vou sequer questionar a pessoa porque é que fez isto, porque é que deixou de vir, a consulta ficou marcada e não deu nenhuma satisfação, enfim...temos que manter sempre a nossa postura, nós é que temos que coordenar as coisas, tanto as consultas como tudo, / às vezes a própria pessoa via de regra sente-se e vê que a nossa postura não é desafiá-la ou interrogá-la e ela própria transmite, aí está de uma forma subtil nós podemos...então como está senhor de tal ou senhora de tal, como têm estado as coisas, / quer dizer, há uma forma

subtil de a pessoa que nos procura novamente transmitir o porquê da nova procura e, via de regra, sem dúvida alguma acaba por dar uma justificação do porquê desse afastamento, sem nós termos que ser incisivos com ela ou deselegantes mesmo. / Exemplos, há variadíssimos, é um pouco complexo falar disso sem falar na história da própria pessoa, há várias problemáticas, há pessoas que a nível depressivo recuperam e vão à psiquiatria, com os fármacos ajuda e a determinado momento já se sentem que são capazes de caminhar sozinhos. / A problemática das problemáticas, embora não seja do nosso foro, nós também devemos sempre alertar a pessoa que a medicação é importante e que não deve abandonar, provavelmente os psiquiatras também o dirão, / mas é recorrente as pessoas sentirem-se melhor e abandonarem, começarem por si mesmas a abandonar a medicação e o que é que acontece, evidentemente que via de regra também, as pessoas não se vão sentir tão bem, os sintomas negativos regressam, e com isso a pessoa regressa novamente às nossas consultas. / É quase como que, há uma recaída e não vamos apelar aos ditados populares que a recaída é pior que a doença, mas via de regra nunca é muito positiva e é também um dos factores que faz com que as pessoas acorram novamente, / ou então, acontecimentos de vida, as questões relacionais que são muito significativas na nossa área, em determinados momentos, as pessoas ou porque fizeram as pazes ou porque arranjarão outra pessoa, as coisas normalizam / e se algo corre mal nessa relação a pessoa fragiliza e torna-nos a procurar, também é um dos motivos. / Ou seja, pode ser por inúmeros motivos que as pessoas podem ou não voltar, e cada caso é um caso mas fundamentalmente reside nestas premissas. /

I: “ E quando está em contexto terapêutico, acha que há algo que tenha dito ou feito, que de alguma forma contribuiu para a qualidade da relação, com um paciente específico que se recorde, algo que tenha sucedido em terapia e que tenha sido construído em conjunto e que possa ter provocado mudança”.

P3:”Via de regra é quando a pessoa, como há pouco referi, quando a pessoa não está inteiramente à vontade, quando não é um indivíduo que conta as coisas com toda a espontaneidade, / e faz algumas reservas, nós temos que respeitar essas reservas até ao ponto da pessoa por si própria, nós não podemos ser incisivos, a pessoa começa realmente a apresentar a situação em si, e sente que pode ter essa confiança. / Nós temos que receber esses relatos, essas notícias, da melhor forma, mesmo que fiquemos surpreendidos teremos que fazer um determinado esforço para não nos mostrarmos surpreendidos, / isso é fundamental, temos que estar sempre bastante “senhores” da situação, procurando ter o domínio da situação, para dar resposta àquilo que é necessário para os pacientes. / Um caso prático que aconteceu, talvez pelo teor da situação, foi uma senhora da instituição que veio à consulta

voluntariamente, / apresentou a situação como estava mal a relação com o ex marido, tem um filho dessa relação, depois apresentou algumas dificuldades económicas, depois referiu que se sentia depressiva, dito por ela mesma, andava a tomar *xanax* por auto-medicação e, provavelmente, andámos nesta compreensão talvez há volta de seis sessões, evidentemente que me comecei a aperceber que não era só aquilo. / Inicialmente fui um pouco mais comportamentalista, derivado à forma como a senhora se apresentou e fui subtilmente, sendo mais dinâmico na relação, mas de uma forma muito suave, / até ao ponto da senhora, numa determinada sessão, não sei se foi a sétima ou oitava não dá para precisar porque já tem algum tempo, me dizer que o facto pelo qual estava ali, / e deixou-me surpreendido mas julgo que reagi bem, era porque tinha adoptado uma orientação sexual diferente e que vivia com uma companheira e na realidade a problemática dela era que estava a ter problemas nessa relação. / É evidente que foi um *vol de face*, é uma situação em que ela vem e apresenta a situação, e com certeza estava a sentir-se envergonhada, estava muito resistente e não tinha a confiança para falar logo dessa situação que realmente era aquela que para ela era mesmo significativa, / e foi arranjar situações passadas do marido e do filho, tudo isso também tinha algum significado sem dúvida alguma para a senhora, mas o problema nuclear dela era a relação com essa companheira com quem vivia. / A partir daí estabeleceu-se uma boa relação e sempre falou acerca dessa situação entre outras, mas já de uma forma desinibida, de uma forma bastante agradável até. / E a relação é evidente, que a partir desse momento, deu-se ali uma grande transformação, isto porquê, porque a senhora estava receosa, estava a expor-se demasiado até ao ponto de sentir essa confiança. / Agora é assim, a impressão que eu tinha era que havia ligo mais do que aquilo que ela estava transmitir, mas sempre fiz um esforço, sem dúvida alguma, para não fazer a pergunta aberta “mas qual é o seu problema, o que se passa realmente consigo?”. / É assim, são formas de estar e de exercer a nossa profissão, eu preferi que assim fosse e julgo sinceramente que foi a melhor maneira e, tenho adoptado este sistema e até à data julgo que a estabelecer a melhor relação com os pacientes é por esta via.”/

2ª Data: 15/10/2009

I: “Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que as coisas melhoraram na relação terapêutica, e como se sentiu no momento inicial?”.

P3: “Sim, relativamente a uma paciente que retornou recentemente às consultas, fiquei muito surpreendido no momento inicial do reencontro e não a reconheci, derivado à fisionomia e à elevada perda de peso. / Depois no decorrer fiquei surpreendido mas fiz os possíveis para não

demonstrar, talvez a pessoa possa ter se apercebido mas de uma forma muito subtil, muito ténue. / Depois ao longo do discurso, comecei a associar e a perceber, nomeadamente quando ela falou da questão dos pais que na primeira vez que ela tinha ido às consultas não referia problemáticas ao nível pessoal mas sim da relação com os pais, uma situação que segundo ela ficou sanada e resolvida”. /

I: “Então essa situação do reencontro ainda foi na sala de espera?”.

P3 “Sim, foi na sala de espera, / depois aquele período que medeia entre um corredor comprido e a sala, fiz a pessoa ir à minha frente e ia a olhar para a pessoa, e ainda estava cheio de dúvidas e muito angustiado. / Depois a pessoa sentou-se, tudo muito tranquilo, fazemos a consulta sem secretária com sofás frente a frente / e, então quando a senhora começa a falar abordou logo, e foi um agente facilitador, sobre os pais e aí associei logo e consegui perceber quem era a pessoa e eu próprio ganhei uma grande tranquilidade. / Embora depois a problemática da pessoa em si, pela surpresa, gera alguma ansiedade ao próprio terapeuta, neste caso eu”. /

I: “E a partir daí como é que se sentiu na relação, ficou mais disponível, mais tranquilo para a ouvir?”.

P3: “O estar disponível para ouvir, estarei sempre, mas foi mais agradável, senti-me mais confortável, talvez seja este o termo, senti-me mais confortável ao associar e identificar realmente a pessoa”. /

I: “E depois no evoluir das sessões, houve algum momento chave que possa ter levado à mudança na qualidade da relação, a partir de que momento se sentiu melhor na relação?”.

P3: “É assim, a pessoa estava muito depressiva, extremamente angustiada e num primeiro momento não estava a reconhecer a anorexia, / ela fitou um objectivo que era “vou perder peso” e agarrou-se àquilo de uma forma obcecada, afunilou naquele objectivo, entrando numa anorexia nervosa, / até que a situação piorou e começou a chorar sem motivo e depois apercebeu-se que não estava bem. / Entretanto, recorreu novamente à terapia, está em psiquiatria, está medicada e também foi à nutricionista. / E agora vamos investindo na auto-estima e já estou a confrontá-la e ela já aceita e verbaliza que realmente está na anorexia. / O ponto de viragem é quando ela por si mesma, pois eu opto sempre por dar algum espaço à pessoa para não ser incisivo, e quando ela admite e assume a problemática, aí sim tudo se torna mais simples porque já dá para começar a interferir e a explorar melhor a situação. / Uma das coisas que eu lhe referi logo na primeira consulta foi para ela começar a confrontar com o espelho, não fugir do espelho e encarar o espelho nas mais variadas situações. / Agora na sessão, ela própria já traz que se sente magra, já tem um entendimento que está magra e

estamos a trabalhar toda essa situação, mas as coisas agora estão a funcionar muito bem. / O momento de viragem é mesmo esse, é quando ela percebe isso, pois é conduzida a perceber, de uma forma suave e aceita. / Já podemos debater toda a situação com à vontade, eu sinto-me confortável, mais interventivo sem dúvida alguma, tenho uma sensação de vitória”. /

## Entrevista P4

Idade: 42 anos

Psicólogo com linha de orientação cognitivo-comportamental numa orientação construtivista

Exerce a profissão há 5 anos

1ª Data: 12/05/2009

I: “Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? ”

P4: “Cada caso será sempre um caso, na minha opinião não consigo aceder nem ajudar a todos os casos / e acho que o momento chave, para mim em todo este exercício de cinco anos de profissão, acho que o momento chave tem sido sempre como descreveria a primeira consulta. / O momento chave pela simples razão que é, se eu consigo criar empatia com a pessoa, / se eu consigo aceder não só à problemática que a pessoa traz mas se há um bom entendimento entre o que a pessoa me diz e me traz à consulta e aquilo que é o meu entendimento sobre essa problemática, / se consigo ou não identificar-me, de certa forma a identificação em psicologia carece sempre de algum cuidado, ao identificar-me com a pessoa, / mas é se eu estou capaz ou não de dar a resposta. / Na sequência do resultado desta primeira consulta, eu consigo prever com algum cuidado se vou ou não estar capaz de ajudar aquela pessoa, / porque tenho algumas regras básicas que são estabelecidas nesta primeira consulta, as quais passam muito também por, não só a responsabilidade do terapeuta, mas que devolvo esta responsabilidade para a pessoa, / ela também é responsável pela mudança, não vai ser o terapeuta que é o responsável pela mudança, não vai ser a pessoa que é responsável pela mudança, vai ser o contexto, a pessoa e a nossa própria relação. / O foco muito centrado na relação, se conseguimos ou não estabelecer a relação, se conseguimos ou não confiar no trabalho um do outro e como é que nos sentimos nesta relação. / Se conseguimos estabelecer a relação, o processo torna-se mais produtivo e mais célere na resolução, e conseguimos aceder, para além do problema que a pessoa traz, poderemos sempre aplicar uma técnica A para o problema B, a técnica C para o problema X, muito de orientação cognitivo-comportamental ou outra perspectiva mais existencial-humanista, / as técnicas são sempre um suporte e vão surgindo no decorrer do processo, mas as técnicas por si só não valem nada se não houver relação / e a relação, por vezes, é muito difícil de estabelecer, a relação na sua verdadeira

ascensão da palavra, / uma coisa é criar empatia e “ok, parece-me que estou capaz de resolver o problema que me traz a pessoa”, / a forma como abordámos, como nos olhámos, a forma como nos sentimos na primeira sessão é um bom prognóstico para o estabelecimento ou não da relação. / Há casos em que isso é muito facilitado, as pessoas empatizam sabe lá Deus porquê, / mas há processos em que há uma resistência que dificulta todo o processo terapêutico na sua continuidade, quando na primeira consulta há alguma resistência, alguma coisa que choca ou que interfere e que depois colide nas outras sessões. / Se não se consegue ultrapassar esta interferência, este impedimento, este sentimento de dificuldade de empatizar, dificilmente se consegue estabelecer a relação. / Agora, a partir do momento em que as defesas do outro baixam, em que há uma exposição, em que há uma confiança, que há um abordar das questões de maior dificuldade para a pessoa, em que ela transmite e traz para a consulta tudo aquilo que é o seu sofrimento, / já não há tanta resistência, baixa o evitamento nas sessões, a partir daí se estabelece uma relação, aí acontece a mudança muito naturalmente após o estabelecimento da relação, / porque os nossos problemas são sempre de ordem relacional, relação com o pai, relação com a mãe, relação com os filhos, relação com o irmão, relação com o tio. / Se não conseguirmos estabelecer a relação, dificilmente o processo terapêutico terá sucesso, / então a partir do momento em que se conseguir estabelecer a relação, aquilo que se passa no *setting*, na relação entre o paciente e o terapeuta, será transmissível, amplificável ou generalizável a algumas das outras relações em que a pessoa tem alguma dificuldade. / Por isso, aqui em ambiente de certa forma protegido, contentor, de empatia, com todos estes jargões da psicologia, aquilo que é proporcionado neste ambiente / e a ideia máxima do processo é que posteriormente se generalize nas outras relações, em que a pessoa consiga gradualmente ver os efeitos e prolongar a relação que mantém com o psicoterapeuta nas relações diárias, sociais no contexto em que está inserido. / As técnicas dão sempre uma ajuda, de orientação mais cognitivo-comportamental podem ser muito úteis no decorrer desta relação, / no decorrer de todo o processo, a pessoa vai trazendo dificuldades e vamos experimentando qual é a técnica que se adequa e depois avalia-se. / E se houver até uma boa relação de confiança entre o paciente e o terapeuta, estas técnicas passam a ter outro efeito, se não conseguir a relação estas técnicas não têm efeito, a pessoa não se sente sequer capaz de as pôr em prática porque ainda não está na relação”. /

I: “E há algum exemplo em que se recorde que a pessoa estava resistente e que a partir de um momento, houve um *clic* que fez a pessoa ganhar essa confiança e expor-se um pouco mais?”

P4: “Eu não te consigo especificar o que é que acontece, não consigo dizer que foi naquele dia e naquela sessão, / é sempre num conjunto de sessões, gradualmente o processo decorre com a

maior naturalidade, eu nunca te consigo especificar. / Eu sinto, consigo sentir na relação e no processo no decorrer das sessões, a partir de que sessão consigo dizer, relativamente a cada caso, consigo sentir a partir de que momento eu me senti melhor na relação e que aquilo começou a apresentar alguns resultados de mudança na pessoa e no processo e na problemática que trouxe, isso eu identifico. / Mas agora especificar se foi depois de aplicarmos a técnica, foi depois de abordarmos, de reflectirmos, de interpretarmos, não consigo identificar”. /

I: “É algo mais espontâneo?”

P4: “É espontâneo, não consigo especificar o que é, é sempre um conjunto de factores que interfere aqui, não é só a abordagem, é toda a postura, toda a comunicação, todo o empenho e a dedicação do outro, o sentimento do outro em relação a nós, o investimento que a pessoa está ou não disponível para fazer. / Uma psicoterapia carece também de muita iniciativa e da pessoa poder ou não estar preparada, se é este o momento, se quer reflectir se quer expor. / Expor é complicado, as pessoas vêm aqui e não me conhecem de lado nenhum e aceder a material que foi sempre do foro íntimo e pessoal, / chegar e ter que expor e falar de si com a maior naturalidade, como se estivesse a falar com o próprio *self*, não tanto numa orientação psicanalítica mas no facto de expor e falar de si como se para ele próprio falasse, só que tem que falar em voz alta e não é fácil. / Até estas defesas persistirem, eu sei o que bloqueia, não sei o que desbloqueia, / o que bloqueia são as resistências, as dificuldades enquanto não há a confiança e empatia e a relação estabelecidas, aí a pessoa ergue um muro, ergue dificuldades e nós não podemos tentar forçar, sei que não posso forçar, sei onde estão os bloqueios, mas tem que ser um processo natural que leva à aceitação, por a pessoa baixar as “garras” e confiar. / Aí sim, depois de a própria pessoa estar menos resistente, estar menos defensiva, as coisas começam a acontecer”. /

2ª Data: 16/10/2009

I: “Pode descrever-me um exemplo concreto em que tenha sentido que houve mudança na qualidade da relação terapêutica?”

P4: “Aquilo que me pedes é um momento em que eu me tenha sentido bem na relação... para pegar ou não num caso, tem a ver com a problemática que a pessoa me traz. / Relativamente ao momento inicial, tem a ver não só como ele traz o problema e a situação em si, mas com a forma como ele relata e aborda a situação, como ele expõe na primeira sessão. / Se eu o sinto muito bloqueado, defensivo, hesitante ou evitante em falar sobre o assunto, começa a criar-me algum constrangimento, ainda que eu tenha situações em que por vezes me acontece, ele estar

muito bloqueado e eu com um “saca-rolhas”, com dificuldade em abordar a problemática que o trouxe, / ou porque alguém o recomendou e não tinha nada a perder, ou porque acha que não há justificção para estar ali e, eventualmente depois vai colaborando, vai manifestando. / Há alguns casos em que são muito bloqueados inicialmente, em comunicar o problema, que se revelaram difíceis inicialmente e, posteriormente com a minha disponibilidade talvez resulte, talvez seja possível, casos que à partida eram difíceis de aceder, de trabalhar, revelaram o contrário. / Eu tenho um caso muito particular em que na altura não gostei da abordagem muito agressiva, mas houve ali como que um *clic* em que eu senti que esta agressividade não é para mim, ainda que eu esteja a dirigir, mas senti aquilo como muito defensivo, estava a proteger-se de qualquer coisa. / E neste caso eu percebi, ainda que fosse muito de acusar e de apontar os psicólogos e a psicologia, tirando-lhe o mérito de cientificidade ou de resolução de qualquer problema, porque não resulta e não serve para nada, mas muito defensivo / e eu tive que me isolar, não isto não é contra mim, é o conhecimento leigo de alguém que está a proteger-se de algo, num sofrimento que não consegue apresentar de outra forma, apresenta nesta forma de zanga. / E quando eu consegui fazer esta passagem, a pessoa está com um problema sério, vamos tentar nas próximas sessões, numa postura muito externalizadora falar do meio, das outras pessoas, / e quando eu me senti bem na relação, é quando a pessoa deixa de pensar que todo o mundo estava mal, todo o ambiente estava contra ele, o mundo e as pessoas estavam todas contra ele e os problemas eram sempre muito externalizados, / numa incapacidade de integrar este modelo de que não era o mundo que estava mal, era ele que estava a fazer uma péssima interpretação sobre os acontecimentos e, gradualmente, começa a falar e é aí que eu digo que a relação está estabelecida e está no bom caminho, que é quando ele passa a deixar de falar tanto no mundo e nos outros e a colocar-se na primeira pessoa, para falar dele e integrar aquilo nele. / E a partir daí sentimos que então há mudança na relação, conseguimos falar mais abertamente das coisas, estamos na relação numa posição completamente diferente, a falar com uma naturalidade do que ele sofre e do que ele interpreta e não tanto nesta postura mais externa, de apontar aos outros, e a partir daí é que eu sinto que a relação está estabelecida, conseguimos estabelecer a relação. /

Por exemplo, eu tenho um paciente muito reactivo, nesta postura de condenação, “onde é que vocês estavam quando eu fui agredido, onde é que vocês estavam que nunca ninguém me deu apoio, nunca ninguém me deu nada”, insultando a instituição em geral, a família e o mundo em geral, estava isolado de todos, toda a gente o abandonou, ninguém quis saber da situação / e, depois quando começamos a trabalhar esta situação crítica de stress agudo, eu disse inicialmente que gostaria de falar com a pessoa em particular, que me desse o benefício

da dúvida e tivéssemos pelo menos uma conversa. / Nesta conversa inicial apresenta a mesma agressividade, mas na primeira sessão consegui desmontar aquela agressividade toda quando faço uma canalização para o próprio sentir da pessoa e se “desbronca” de tal ordem no próprio sofrimento, ao mínimo toque nas feridas que estava a expressar, que se “desbronca” numa choradeira descomunal. / E a partir daí, nas outras sessões, ainda muito reactivo e a falar no que tinha vivenciado, pois era uma situação reactiva a uma ameaça física grave, mas gradualmente deixamos de abordar a situação e começou a falar dele, da vida dele, da história dele, da forma de reagir e de estar. / E à medida que era confrontado na sessão, com aquilo que lhe era devolvido sobre a sua maneira de funcionar, na sessão porventura não lhe fazia sentido, mas na prática, à medida que aquilo que se passava no *setting* terapêutico era reportado e vivenciado na vida real, para o indivíduo começava-lhe a fazer sentido que aquele era o registo em que ele estava a funcionar e, gradualmente começa a corrigir as suas maneiras de estar e reagir e a ter um processo muito favorável nas relações”. /

## **ANEXO 2**

### **Unidades de significado**

**PARTICIPANTE**

**P1**

Unidades de significado	Unidades de significado transformadas em significado psicológico	
<p>1. I: Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? P1: Assim o momento chave que me lembrei, logo quando me falaste foi uma situação com uma paciente em que ao final de cerca de um ano, um ano e meio de terapia,</p>	<p>1. P1 recordou de imediato uma situação com uma paciente que seguia em terapia há mais de um ano</p>	<p>1+2 a questão sobre os momentos chave na relação terapêutica remeteu de imediato para uma paciente</p>
<p>2. e é uma paciente com uma patologia borderline mas com uma organização mais neurótica,</p>	<p>2. P1 identifica a paciente em termos nosológicos, referindo termos psicopatológicos</p>	
<p>3. e ao final desse ano e meio houve uma situação em que eu enviei um sms trocado.</p>	<p>3. Segundo P1, após um ano e meio de terapia, terá enviado uma mensagem trocada para o telemóvel da paciente</p>	<p>3+4 a terapeuta enganou-se a enviar uma mensagem à paciente</p>

<p>4. Portanto, ela enviou-me um sms e junto outro paciente também me enviou um sms e eu respondi trocado, respondi a esta a resposta da paciente que me tinha enviado a mensagem a seguir.</p>	<p>4. P1 recebeu a mensagem da paciente em simultâneo com outro paciente, tendo enviado uma mensagem de resposta para o contacto errado, pois seria a resposta ao outro paciente</p>	
<p>5. E esse momento foi muito importante fora da terapia, por isso é que estou a dizer porque realmente foi completamente longe de qualquer tipo de interpretação,</p>	<p>5. Para P1 este momento da troca de mensagem foi importante para a relação terapêutica, pois não ocorreu em contexto terapêutico, nem derivou de uma interpretação dirigida à paciente durante uma sessão</p>	<p>5. o momento chave foi importante, pois foi além das técnicas terapêuticas, fora do contexto das sessões</p>
<p>6. foi mesmo em termos de vivência e foi...o que é que ela experimentou, ela experimentou que eu me enganei, que me engano e poderia enganar.</p>	<p>6. P1 afirma que este acontecimento foi significativo do ponto de vista vivencial para o paciente e para a relação terapêutica porque a paciente pode constatar que a terapeuta é humana e pode errar</p>	<p>6. a paciente constatou o lado humano da terapeuta e as suas limitações</p>

<p>7. Portanto, depois de ter tido uma sessão a seguir com ela, houve momentos em que ela se zangou e queixou pelo engano,</p>	<p>7. Segundo P1 este episódio foi debatido na sessão seguinte, tendo a paciente demonstrado zanga para com a terapeuta, devido à troca de mensagens</p>	<p>7. na sessão seguinte a paciente reagiu com zanga</p>
<p>8. a qualidade da relação mudou radicalmente porque caiu a idealização e passou a ser uma relação muito mais humanizada,</p>	<p>8. P1 afirma que houve uma mudança qualitativa e passou a ser mais pessoal, humana, menos técnica. Houve uma mudança no sentido que a paciente desconstrói uma visão idealizada da terapeuta</p>	<p>8. a qualidade da relação mudou quando a paciente percebe que a terapeuta é humana</p>
<p>9. e isso foi importante, ficou como um marco na terapia dela, ela ainda está em terapia e isso ficou como um marco,</p>	<p>9. P1 refere o facto da paciente considerar a terapeuta como humana, como um momento importante na terapia que ainda decorre</p>	<p>9. o momento do engano foi um marco na qualidade da relação</p>
<p>10. o momento em que ela deixou de me ver como alguém idealizado e passou a verme como uma pessoa humana, e isso foi importante.</p>	<p>10. Para P1 foi importante a paciente perceber que a terapeuta é humana, pois esta teria uma visão da terapeuta como alguém que é um ser superior</p>	<p>10. é importante que a paciente considere a terapeuta como ser humano que pode errar</p>

<p>11. Agora mais momentos chave que mudam a relação, normalmente na minha experiência está sempre associado a este tipo de situações surpresa, ou seja, situações em que às vezes até há este tipo de lapsos por parte do terapeuta, por exemplo, estava a ver se me lembrava de mais algum...momentos em que a qualidade da relação pode mudar...</p>	<p>11. P1 associa os momentos chave de mudança na relação a situações surpresa, como um engano, momentos que surgem como contraste em relação ao fluxo natural da terapia e que acabam por implicar mudanças terapêuticas</p>	<p>11. a terapeuta associa os momentos chave ao inesperado, à surpresa</p>
<p>12. depois há, mas esses eu não sei identificar muito bem, aquilo que acontece muitas vezes é que a dada altura do processo terapêutico, a qualidade da relação muda de facto,</p>	<p>12. Para P1 existem situações nos processos terapêuticos que influenciam uma mudança na qualidade da relação entre terapeuta e paciente</p>	<p>12. a terapeuta nem sempre consegue identificar os momentos de mudança na relação terapêutica</p>
<p>13. mas muda como o resultado de micro transformações que vão acontecendo e de repente muda também de qualidade,</p>	<p>13. Segundo P1 há um conjunto de pequenas transformações que ocorrem na terapia, por vezes imperceptíveis, que se vão acumulando e que acabam por mudar repentinamente a qualidade da relação terapêutica</p>	<p>13+14 a mudança resulta de pequenas transformações ao longo do processo terapêutico</p>

<p>14. aí já não tanto associado, ou pelo menos que eu consiga retirar um momento que tenha sido significativo em particular, mais como um conjunto de vários momentos e se calhar mais como consequência do trabalho terapêutico mais ligado à técnica.</p>	<p>14. P1 não é tanto um momento significativo que se torna crucial mas mais como uma sequência e o acumular de momentos que, ligados à técnica terapêutica, promovem mudanças em terapia</p>	
<p>15. Agora assim mais um momento...estou a pensar nos meus pacientes...tenho uma paciente agora que está a passar por um processo, é uma jovem adulta e tem um registo de faltar sempre às sessões quando tem frequências, ela vive a época de frequências com muita ansiedade e falta sempre às sessões nessa altura.</p>	<p>15. P1 procura aceder a mais um destes momentos ao recordar os seus pacientes. P1 relata o caso de uma jovem paciente que habitualmente falta às sessões quando se encontra no período de frequências académicas, por viver a situação com dificuldade e ansiedade</p>	<p>15+16 a terapeuta recorda o caso de outra paciente que falta às sessões na fase das frequências académicas, à</p>
<p>16. Nesta última época de frequências consegui fazer uma coisa diferente do que fazia antigamente, que foi vir à sessão, nomeadamente numa sessão em que veio quando saiu da frequência e estava esgotada e exausta.</p>	<p>16. P1 refere que na última época de frequências houve uma mudança de comportamento e a paciente compareceu à sessão, contrastando com o comportamento habitual em terapia, embora demonstrasse um cansaço visível</p>	<p>excepção da última fase em que foi à sessão muito ansiosa</p>

<p>17. Então veio e vinha completamente rabugenta como os bebês quando acordam e nós às vezes também (risos), mas o que quer que fosse que eu dissesse, não prestava, não entendia, não percebia, estava completamente...</p>	<p>17. P1 sentiu irritação da paciente durante a sessão, encontrando-se pouco receptiva ao diálogo durante a sessão</p>	
<p>18. e foi importante essa sessão nesse sentido, e aí lá está não foi um momento em particular, foi mais o poder aceder a uma série de interpretações, pelo facto dela faltar e não querer trazer certas coisas para ali, e mostrar-se em certos estados, em certos níveis de ansiedade, de stress e cansaço e, também foi interessante nesse aspecto.</p>	<p>18. P1 afirma que esta sessão foi importante porque permitiu à terapeuta interpretar, confrontar as faltas às sessões nesta época de avaliação, valorizando a técnica</p>	<p>17+18 a paciente revelava stress e intolerância na relação com a terapeuta</p>
<p>19. Portanto, em que ela pôde trazer para a sessão, a partir daquela sessão, pôde trazer para a terapia esta parte completamente intolerante à relação que ela tem.</p>	<p>19. Para P1 o impacto foi a paciente passar a trazer para as sessões de terapia, partes dela menos toleráveis para si própria e que se expressam em relação</p>	<p>19. ao trazer estes sentimentos para a sessão, a terapeuta pôde abordá-los, pois ocorreram no espaço terapêutico</p>
<p>20. Mas não me estou a lembrar assim de mais nenhum momento chave como aquele da mensagem, esse foi mesmo claramente identificado</p>	<p>20. P1 afirma que o momento associado à troca de mensagens foi mais claro do ponto de vista da mudança</p>	

<p>21. I: E depois na sessão seguinte, quando esteve com essa paciente, como é que foi? P1: Na sessão seguinte o que acontece é que essa parte passa já, ganhou existência ali na relação</p>	<p>21. P1 refere que na sessão seguinte a situação ganhou uma dimensão factual entre a terapeuta e a paciente, a serem abordadas entre ambas</p>	
<p>22. e portanto já não é algo que eu só possa sugerir que pode estar presente ou não, é algo que ela já viveu ali comigo e que portanto já pode ser trabalhado doravante,</p>	<p>22. Para P1 a diferença é que a situação foi vivida em pesenças das duas, ganhando outra dimensão</p>	<p>21+22+23 as questões que a paciente não queria trazer para as sessões e que a levavam a faltar, a partir desse momento puderam ser debatidas e integradas no trabalho terapêutico</p>
<p>23. já não sou eu a propor por fora e a tentar devolver esta parte, mas é algo que ela já trouxe e portanto já experimentou ali, já vivenciou ali comigo, passa a ser parte da relação e do espaço terapêutico partilhado</p>	<p>23. P1 afirma que não se trata apenas de uma problemática que é sugerida mas sim de algo concreto que aconteceu na própria relação terapêutica e que também é vivida pela paciente. Houve uma implicação desta</p>	
<p>24. I: E em relação à primeira, da mensagem? P1: Ah isso mudou radicalmente,</p>	<p>24. P1 afirma que a paciente da troca de mensagens mudou radicalmente de comportamento</p>	<p>24+25 com a paciente da troca de mensagens, houve mudança não apenas na relação como também ao nível da personalidade</p>

<p>25. foi mesmo uma mudança que teve um impacto estrutural nela, significou o momento da terapia em que ela foi capaz de estar numa relação de igualdade, e não numa relação em que alguém idealizado cuida dela, pela intensidade em que ela sentia a incapacidade dela e os medos e a raiva.</p>	<p>25. Para P1 o momento do erro teve um impacto tal que provocou uma mudança estrutural na paciente, no sentido em que provocou uma mudança interrelacional na paciente com implicação na sua personalidade. Foi capaz de mudar de uma posição de dependência para uma simetria relacional</p>	
<p>26. E, portanto, isso mudou mesmo, teve uma mudança que corresponde a uma mudança da personalidade dela e do tipo de relações que ela era capaz de estabelecer</p>	<p>26. P1 refere mesmo uma mudança de personalidade da paciente, sobretudo ao nível das relações que estabelece com os outros fora do contexto terapêutico</p>	<p>26+27 a paciente compreendeu que pode manter uma relação de igualdade tanto em terapia como com outras pessoas</p>
<p>27. I: Sente que ela ficou mais próxima de si e não a distanciou tanto? P1: Sim, e foi capaz, e era uma coisa que ela provavelmente fazia muito pouco, ser capaz de se relacionar com as pessoas de igual para igual,</p>	<p>27. Para P1 esta mudança permitiu à paciente relacionar-se com os outros como iguais a si, não assumindo uma posição de inferioridade</p>	

<p>28. ela tinha tendência a colocar-se sempre nas relações em situações de dependência,</p>	<p>28. P1 afirma que a paciente assume uma posição de dependência nas relações que estabelece</p>	
<p>29. e foi correspondendo a uma mudança importante nela, ou seja, poder aceitar que me tinha ali, onde dava coisas e recebia coisas, mas em que não recebia só, não se limitava só a uma posição mais infantil.</p>	<p>29. Para P1 esta mudança na relação foi importante para a paciente aceitar a terapeuta como alguém que está disponível e compreender que na relação terapêutica não apenas recebe como também tem algo para dar em troca ao terapeuta. Adquiriu uma maior maturidade</p>	<p>28+29+30 a paciente sentiu que pode relacionar-se com pessoas que erram tal como ela e que pode aceitar esse facto sem causar dano na relação</p>
<p>30. Inclusivamente, podia receber coisas que eu me podia enganar, errar (risos), e ela podia sobreviver a isso, que é o elemento mais importante, ela podia suportar que eu errasse e a nossa relação errasse,</p>	<p>30. P1 afirma que a paciente constatou que poderia receber enganar da parte da terapeuta e suportá-los sem afectar a relação terapêutica e a sua integridade pessoal</p>	
<p>31. isto permite-lhe aplicar isto para ela e para a forma como se relaciona com os outros, então eu também posso errar sem que os outros se afastem, ou se zanguem, isto foi muito importante para ela.</p>	<p>31. Para P1 a paciente pôde canalizar o sucedido na relação terapêutica para as outras relações que estabelece, compreendendo que pode errar e ser aceite pelos outros. Ganhos para além do contexto terapêutico</p>	<p>31. a paciente experimentou que pode haver falhas na relação sem que as pessoas se afastem, havendo tolerância ao erro</p>

**PARTICIPANTE**

**P2**

Unidades de significado	Unidades de significado transformadas em significado psicológico	
<p>1. I: Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? P2: Eu acho que há uma grande importância, em contexto psicoterapêutico, há uma grande importância dos momentos iniciais.</p>	<p>1. P2 considera fundamental para o estabelecimento da relação o primeiro encontro com o paciente</p>	<p>1+2. o momento inicial de contacto com o paciente destaca-se como momento chave para estabelecer uma boa relação terapêutica</p>
<p>2. Acho que são os momentos do estabelecimento do contrato terapêutico e da aliança terapêutica, aliás o momento em que se começa a estabelecer o contacto terapêutico, toda a abordagem inicial, vai de certa forma ser importante no estabelecimento prévio dos bons alicerces de uma relação terapêutica.</p>	<p>2. Para P2 o momento chave na relação será o primeiro contacto com o paciente, a partir do qual se pode alicerçar uma boa relação terapêutica</p>	
<p>3. Independentemente de todo o contexto psicoterapêutico dever estar subjacente na cabeça do técnico a importância desta nova relação.</p>	<p>3. P2 afirma que o terapeuta deve dar especial atenção ao estabelecimento da relação com o paciente</p>	<p>3. a construção da relação terapêutica é muito importante</p>

<p>4. Qualquer movimento de abordagem a resistências no processo terapêutico, qualquer movimento mais empático, são tudo contributos importantíssimos para a construção de uma boa relação terapêutica.</p>	<p>4. Para P2 importa trabalhar as resistências do paciente, partindo de uma atitude empática de base para a relação terapêutica</p>	
<p>5. Eu acho que deve ser trabalhada todos os dias, cada vez que estamos com a pessoa devemos trabalhar e queremos enquadrá-la como uma prioridade, como objecto de trabalho que temos, neste processo.</p>	<p>5. Para P2 o trabalho terapêutico centra-se na construção da relação terapêutica num processo contínuo</p>	<p>4+5+6. a construção da relação terapêutica passa por abordar as resistências do paciente, uma atitude empática do terapeuta e o esclarecimento sobre o contrato terapêutico</p>
<p>6. E recorda-se de algum exemplo em especial em que tenha sentido que provocou melhoria na qualidade da relação? P2: Sim. É assim, eu tento de certa forma explicar às pessoas o que é importante e o que se está a fazer com elas. E isso tem funcionado muito bem, pelo menos naquela que é a minha abordagem,</p>	<p>I: 6. Para P2, esclarecer o paciente acerca do trabalho terapêutico que estão a desenvolver, contribui para a melhoria da relação terapêutica</p>	

<p>7. portanto, é evidente que não entramos em pormenores ou preciosismos de explicação de ordem técnica, mas a contextualização de algumas questões e alguns temas abordados, a fundamentação dos mesmos, eu acho que faz todo o sentido e contribui directamente para uma melhor identificação, para uma melhoria da relação terapêutica,</p>	<p>7. P2 afirma a importância para a relação de contextualizar as problemáticas do paciente, de modo a que este lhes atribua um significado e possa identificar-se com trabalho terapêutico</p>	<p>7. a contextualização da problemática do paciente permite-lhe atribuir significados</p>
<p>8. ou seja, explicar às pessoas porque é que é importante sentirem-se à vontade para falar de qualquer tipo de assunto, a qualquer momento, não haver tempos pré-determinados, pelo menos na minha abordagem,</p>	<p>8. P2 defende a importância da construção de um espaço na relação, onde o paciente possa falar sobre todas as questões sem limitações</p>	<p>8+9. o paciente deve ter espaço na relação para abordar as suas questões, sendo responsável pela utilização do mesmo</p>
<p>9. mas haver um espaço de responsabilidade para o próprio para que se sinta à vontade para fazer aquilo que eventualmente sente como mais importante. E isso acaba por influenciar o processo de confiança e provoca o processo de relação.</p>	<p>9. Para P2 O espaço terapêutico deve ser usado pelo paciente com liberdade e responsabilidade, contribuindo para o avanço da relação terapêutica numa base de confiança</p>	<p>8+9. o paciente deve ter espaço na relação para abordar as suas questões, sendo responsável pela utilização do mesmo</p>

<p>10. Alguns exemplos, sobretudo quando abordamos questões de ordem mais íntima, por exemplo questões sexuais, sempre que falamos com as pessoas, seja neste contexto profissional aqui nesta instituição, seja no sector privado em alguns grupos, é importantíssimo perceber que algumas pessoas precisam de tempo e de espaço, e precisam de ter o caminho aberto,</p>	<p>10. P2 afirma que o paciente necessita de tempo e espaço na relação, para expor as questões mais íntimas, como as sexuais, e o terapeuta deve respeitar essa necessidade</p>	<p>10. o paciente necessita de tempo e espaço na relação para se expor</p>
<p>11. o veículo de acesso a alguma informação que eles precisam de trabalhar, que reconhecem como uma necessidade mas que se contrarie a intrusão do técnico,</p>	<p>11. Para P2, o terapeuta deve esclarecer os aspectos mais importantes a serem debatidos nas sessões sem, no entanto, ser intrusivo</p>	<p>11. o terapeuta não deve ser intrusivo</p>
<p>12. com a preparação do terreno, que se possa constituir como um espaço seguro dentro da relação terapêutica, para que as pessoas mais facilmente possam...mais comodamente até, possam abordar algumas questões.</p>	<p>12. P2 afirma que o espaço terapêutico deve assentar numa base de segurança para fomentar uma relação de confiança que leve o paciente a revelar as questões que o preocupam</p>	<p>12. o espaço terapêutico deve oferecer segurança ao paciente</p>

<p>13. E tenho ganho, sobretudo nesse âmbito, tenho tido algumas boas surpresas e algum feedback das pessoas dizerem-me que de facto, a componente relacional, a componente de à vontade, a construção do espaço seguro, toda a construção do setting tem contribuído para que as pessoas cheguem a falar e a verbalizar alguns aspectos da sua vida mais íntima, sobretudo aqui (instituição),</p>	<p>13. P2 ficou surpreendido quando os pacientes referiram o factor da segurança na relação terapêutica como fundamental para a revelação de aspectos do foro íntimo</p>	
<p>14. que eu acho que tem a ver com esta construção do espaço seguro, e inerente a isto está a relação terapêutica.</p>	<p>14. P2 considera a segurança no espaço terapêutico como um elemento essencial à relação terapêutica</p>	<p>13+14+15. o paciente deve sentir segurança na relação terapêutica para confiar e partilhar as questões mais íntimas</p>
<p>15. I: Não só considera importante, como também sente da parte dos pacientes que é importante para eles. P2: Eu acho que a relação terapêutica não é importante...é importantíssima nessa área,</p>	<p>15. Para P2, a relação terapêutica é fundamental em psicoterapia e deve assentar numa base de segurança</p>	

<p>16. e se não houver o bom estabelecimento da base de segurança da boa relação terapêutica, e bons aspectos de identificação, aliás toda a abordagem psicoterapêutica pelo menos nesta vertente, é assente em bases de contexto relacional e é basicamente aí que temos que trabalhar.</p>	<p>16. Para P2 uma boa relação terapêutica implica aspectos como a segurança e identificação com o terapeuta, pois trata-se de um trabalho de nível relacional</p>	
<p>17. Portanto, é importantíssimo este estabelecimento, a pessoa sentir-se segura, sentir-se à vontade, sentir-se identificada com o “objecto”, a figura securizante em que vai depositar alguns dos aspectos mais dolorosos da sua vida, portanto, eu acho que faz todo o sentido</p>	<p>17. Segundo P2, o paciente deve sentir segurança e identificar-se com o terapeuta para poder confiar e partilhar as questões mais dolorosas</p>	
<p>18. I: Há algum momento que se recorde como exemplo, estando com um paciente em que tenha havido por exemplo, alguma revelação a partir da criação dessa base segura? P2: Há. Há sobretudo no que diz respeito a experiências traumáticas precoces, mais ou menos acessíveis ao nível da consciência, sem dúvida que sim, é um processo facilitador</p>	<p>18. P2 teve revelações de pacientes que sofreram experiências traumáticas, as quais foram facilitadas pelo estabelecimento de uma relação segura</p>	<p>16+17+18+19. a psicoterapia deve assentar na relação, proporcionando segurança e confiança para a exposição das problemáticas íntimas</p>
<p>19. E quando entramos no contexto da vida sexual, saímos do sintoma manifesto e entramos em domínios mais nucleares, sem dúvida que é um processo facilitador da própria comunhão, no espaço terapêutico, de algum problema</p>	<p>19. P2 afirma que a segurança é importante para que o paciente partilhe acerca das suas problemáticas íntimas e sexuais</p>	

<p>20. I: Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que a relação terapêutica mudou, e como se sentiu no momento inicial? P2: Eu sigo um paciente, gestor de uma empresa, muito inibido, socialmente até quase desadaptado e, portanto muito resistente à relação com o outro, com dificuldades de inserção e com problemas familiares.</p>	<p>20. P2 descreve o exemplo de um paciente com dificuldades ao nível relacional, revelando-se muito inibido na relação com os outros e com questões familiares</p>	<p>20+21. acompanha um paciente muito inibido, dificultando o estabelecimento de uma relação de confiança</p>
<p>21. E foi uma fase inicial, naturalmente muito complicada de ganhar confiança.</p>	<p>21. P2 refere que inicialmente foi difícil aceder ao paciente e criar uma relação de confiança</p>	
<p>22. Daí para cá, há quase um ano, assisti a várias fases do processo, onde senti efectivamente que o “ganhei” através da relação, da pura relação.</p>	<p>22. P2 afirma que desde há um ano tem vindo a trabalhar no sentido de conquistar a confiança do paciente na relação</p>	<p>22. o trabalho de ganhar a confiança do paciente tem sido longo</p>

<p>23. Só para resumir a situação, a queixa dele gira à volta do stress e tensão muscular e problemas familiares, é uma pessoa casada, com filhos</p>	<p>23. P2 resume a problemática do paciente com queixas somáticas, referindo que é casado e tem filhos</p>	<p>23. resume o caso clínico do paciente</p>
<p>24. e começa, progressivamente à medida que ganha confiança no espaço terapêutico e em mim próprio, a desenrolar um novelo muito interessante que me deixou no início algo surpreendido,</p>	<p>24. Para P2, o paciente tem vindo a sentir confiança no terapeuta e na relação, o que o levou a abordar uma questão pessoal que surpreendeu o terapeuta</p>	<p>24+25. quando o paciente sente confiança na relação, expõe uma questão de identificação sexual que surpreende o terapeuta</p>
<p>25. que é uma indefinição quanto à sua orientação sexual que chega ao ponto de relatar algo completamente impensável para ele, poder verbalizar isto com alguém, as experiências homossexuais prévias ao casamento, isto fruto de uma posição muito rígida com um padrão moral muito vincado.</p>	<p>25. P2 refere que essa questão reporta à orientação sexual do paciente, e que antes de existir confiança na relação não haviam sido reveladas estas experiências homossexuais que vão contra os padrões morais do paciente</p>	<p>25. P2 refere que essa questão reporta à orientação sexual do paciente, e que antes de existir confiança na relação não haviam sido reveladas estas experiências homossexuais que vão contra os padrões morais do paciente</p>

<p>26. Ele começa a fazer esta apresentação progressiva de si mesmo, do seu mundo interno, a sua sexualidade que escondia de toda a gente, escondia dos pais, dos colegas e investe num casamento quase como uma obrigação social, para ter uma vida enquadrada nos padrões morais.</p>	<p>26. P2 afirma que o paciente expõe na sessão esta problemática íntima que escondeu de todos à sua volta, tendo assumido um casamento para corresponder aos seus padrões morais</p>	<p>26. o paciente assume em terapia algo que escondeu de toda a gente</p>
<p>27. E de uma forma muito engraçada e gratificante para mim, vem dizer um ano depois “não sei o que sou nem o que quero, mas sei que olho para mulheres mas também para homens e falta-me alguma coisa”, num pedido de ajuda, ajude-me a definir o que faço a seguir, se acaba com o casamento mas a família é importante, se investe em algo mais mas não lhe é permitido moralmente,</p>	<p>27. Para P2 foi gratificante que o paciente tenha exposto esta problemática, revelando-se confuso e indeciso quanto ao rumo a seguir e solicitando a ajuda do terapeuta para definir as alternativas ao seu problema</p>	<p>27. o terapeuta sentiu-se gratificado com esta revelação</p>
<p>28. começa a fazer este enquadramento em termos de análise onde os problemas familiares se calhar não são problemas relacionais mas são problemas que têm a ver com algo dele, do passado, e está muito perdido nesta fase.</p>	<p>28. P2 afirma que o paciente inicia uma auto-análise da qual conclui que os seus problemas familiares poderão estar relacionados com esta questão da homossexualidade</p>	<p>28+29+30. o terapeuta sente-se gratificado e aliviado pelo facto do paciente verbalizar o problema e iniciar uma auto-análise</p>

<p>29. É gratificante porque ele está a pensar sobre ele próprio, para uma pessoa muito inibida que se reprime a si própria chegar a expor-se a outro, eu acho que foi algo muito interessante.</p>	<p>29. P2 sente-se gratificado pelo facto do paciente fazer esta auto-análise e expor uma questão íntima na sessão, sendo ele uma pessoa inibida</p>	
<p>30. I: E como se sentiu nesse momento em que ele se expõe? P2: Na altura, muito gratificado e até aliviado pelo paciente, por sentir que era importante para ele verbalizar isto com alguém.</p>	<p>30. P2 sentiu alívio pelo paciente quando este verbalizou na sessão a questão da homossexualidade</p>	
<p>31. E agora toda a compreensão que ele faz da tensão muscular e do stress, tudo é canalizado por ele próprio no espaço terapêutico, que tem um problema de identificação sexual, é uma pessoa com 47 anos e chega a esta altura da vida ainda com um grande potencial para poder pensar sobre ele, sendo honesto e genuíno consigo próprio, na vivência quase natural de uma homossexualidade.</p>	<p>31. P2 afirma que o paciente faz na terapia uma ligação entre as suas queixas somáticas e a questão da identificação sexual, referindo que o paciente tem potencial para elaborar a sua problemática, sendo autêntico consigo próprio e aceitando a sua homossexualidade</p>	<p>31. o paciente faz uma compreensão sobre a sua identificação sexual estar na origem das suas queixas somáticas</p>

<p>32. I: Portanto aí o que muda na relação é o facto de falarem mais abertamente das coisas? P2: Completamente aberto e isto demorou bastante tempo, o contexto institucional em que ele se insere é muito competitivo, onde há uma série de questões que têm a ver com a imagem, com um referencial de comportamento exemplar</p>	<p>32. P2 refere que a partir desta exposição do paciente começam a abordar esta questão abertamente na terapia,</p>	<p>32. a exposição do problema permite falar abertamente</p>
<p>33. e, agora tem uma hora semanal para se libertar, para conseguir explicar outro tipo de questões e sobretudo para reflectir que não é mau sentir e pensar coisas que não pode mostrar aos outros.</p>	<p>33. Para P2 o paciente dispõe de uma hora semanal em terapia para abordar esta questão central, sendo o único espaço onde verbaliza e sente a sua homossexualidade</p>	<p>33. a terapia é o único espaço onde fala abertamente</p>
<p>34. Esta é uma grande mudança que está em curso, para concretizar internamente alguma estabilidade.</p>	<p>34. P2 considera que a mudança terapêutica é um processo em andamento, onde espera que o paciente alcance alguma estabilidade na sua vida</p>	<p>34. a mudança terapêutica é um processo em andamento</p>

**PARTICIPANTE**

**P3**

Unidades de significado	Unidades de significado transformadas em significado psicológico	
<p>1. I: Gostava que me falasse de momentos chave na psicoterapia, com os seus pacientes, que de alguma forma tenham levado à mudança na qualidade da relação terapêutica. Pode descrever-me momentos desses que tenha experienciado? P3: Sim, inicialmente e o mais importante que tudo é logo o primeiro momento, a perspectiva logo no primeiro momento e a forma como se acolhe a pessoa.</p>	<p>1. P3 afirma a importância do primeiro contacto e o acolhimento ao paciente</p>	<p>1. o momento do contacto inicial é essencial para a relação</p>
<p>2. Devemos escutá-la quando tem algo a transmitir e, quando não bloqueia. Na busca de estabelecer uma boa aliança terapêutica, depois no desenvolvimento das consultas,</p>	<p>2. Para P3 é importante escutar o que o paciente tem a dizer para estabelecer uma boa relação</p>	<p>2+3. uma boa relação depende da</p>
<p>3. quando a pessoa...enfim, há pacientes e pacientes, eles procuram-nos pelas mais diversas situações, como nós sabemos,</p>	<p>3. P3 refere que os pacientes trazem problemáticas variadas para a terapia</p>	<p>escuta da problemática do paciente</p>

<p>4. mas também há aquele paciente que nos tenta por à prova, que nos tenta desafiar, nós devemos (isto vem nos livros) sempre centrar-nos no paciente e não reagir aos desafios do paciente em relação a nós, teremos que o fazer sem dúvida, com muita subtileza,</p>	<p>4. P3 afirma que há pacientes que têm uma postura de desafiar o terapeuta e este não deve ceder à provocação</p>	
<p>5. como é evidente não devemos ser nem mal-educados nem arrogantes para com as pessoas, mas também não nos devemos deixar influenciar por elas, temos que desempenhar e fazer sentir à pessoa que ela é que é importante, que estamos ali para a ajudar e lhe resolver, dentro de todas as possibilidades que existam, a problemática da própria pessoa.</p>	<p>5. P3 afirma que o terapeuta deve acolher o paciente com respeito sem se deixar influenciar por ele</p>	<p>4+5. o terapeuta deve aceitar o paciente sem ceder a desafios ou provocações</p>
<p>6. assim, quando a pessoa se apercebe por estas atitudes subtis que nós vamos tendo que ir tomando com elas, é quando a relação terapêutica começa a fazer sentido.</p>	<p>É 6. Para P3 a relação terapêutica ganha sentido quando o paciente compreende a atitude subtil do terapeuta</p>	<p>6. quando o paciente compreende o terapeuta, a relação ganha sentido</p>

<p>7. Embora, evidentemente, há pessoas e pessoas e sendo este um contexto institucional, também vêm pessoas que não vêm de livre vontade, e aí é uma moldura diferente, sem dúvida, de quando nós somos procurados por livre e espontânea vontade da pessoa, isso também é determinante, é muito importante</p>	<p>7. P3 refere que cada caso é único e o paciente nem sempre surge à consulta de livre vontade, o que condiciona a relação terapêutica</p>	<p>7. se o paciente vem de livre vontade, a relação é facilitada</p>
<p>8. I: Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que as coisas melhoraram na relação terapêutica, que se recorde. P3: Sim, há variadíssimos casos. É assim, numa fase inicial, há pessoas que aderem muito facilmente, digamos que... enfim, expõem logo toda a situação</p>	<p>8. P3 afirma que há pacientes que expõem logo de início a sua problemática</p>	<p>8+9. o terapeuta deve conquistar a confiança dos pacientes mais defensivos</p>
<p>9. e outras pessoas são reservadas, no aspecto em que ficam com reservas, estão a analisar e ver se realmente podem falar e vai bater ao mesmo local, ou seja, nós temos que procurar criar na pessoa a confiança e o à vontade.</p>	<p>9. P3 afirma que há outros pacientes que são mais defensivos e o terapeuta deve transmitir confiança à pessoa</p>	

<p>10. Nós não estamos cá no intuito de descobrir ou estar a fazer, como é lógico a nossa postura não é essa, nós não queremos saber as coisas para saber, nós queremos o maior número de elementos como se estivéssemos a desconstruir um puzzle e torná-lo a construir da melhor forma, juntamente com o paciente.</p>	<p>10. Para P3 o terapeuta adopta uma postura de recolher informação para posteriormente reconstruir a história do paciente em conjunto com o mesmo</p>	
<p>11. Este será o nosso objectivo, não é a pessoa vir contar particularidades da sua vida, tudo bem nós temos sempre as nossas impressões sem dúvida alguma, mas em trabalho, nós temos que ser isentos e dar resposta, seja qual for o cariz da problemática, seja relacional, seja sexual, seja patologia severa, seja aquilo que seja, devemos perseguir sempre esses objectivos.</p>	<p>11. P3 refere que o terapeuta faz considerações acerca do paciente mas o seu objectivo terapêutico passa por uma postura isenta, seja qual for a natureza da problemática abordada</p>	<p>10+11. o terapeuta recolhe informação sobre o paciente para fazer uma compreensão da sua história, sem emitir juízos de valor</p>
<p>12. Os exemplos concretos, são inúmeros sem dúvida alguma, há casos a nível institucional em que as pessoas aderem. Já aconteceu pessoas que andaram aqui (Instituição) há anos, andaram até um ano ou dois anos e depois afastam-se, provavelmente porque já se julgam com as ferramentas necessárias para caminhar e para seguir o seu caminho e depois há um revés, e as pessoas voltam e aí está é mais um exemplo de que nós...</p>	<p>12. P3 aponta casos clínicos que surgem na Instituição onde trabalha, em que o paciente abandona a terapia e depois acaba por retomar mais tarde quando se apercebe que necessita de ajuda</p>	<p>12. por vezes os pacientes retomam a terapia após o seu abandono</p>

<p>13. cada psicólogo tem a sua postura, mas é assim, eu opto por...a porta estar sempre aberta, digo sempre isso às pessoas, embora as pessoas às vezes até podem ser um pouco indelicadas, mas também se elas estão com problemas nós temos que compreender esse facto, e as pessoas voltam.</p>	<p>13. P3 afirma que o terapeuta deve receber os pacientes que retornam à terapia, pois estes estão com problemas e precisam de ajuda</p>	
<p>14. Há casos, eu tenho casos, em que as pessoas voltam, ao fim de um ano um ano e meio, voltam a procurar-me e faço por ter a mesma postura de sempre.</p>	<p>14. P3 refere situações em que os paciente regressam passado mais de um ano de terem abandonado a terapia</p>	
<p>15. Não vou sequer questionar a pessoa porque é que fez isto, porque é que deixou de vir, a consulta ficou marcada e não deu nenhuma satisfação, enfim...temos que manter sempre a nossa postura, nós é que temos que coordenar as coisas, tanto as consultas como tudo,</p>	<p>15. P3 afirma que o terapeuta deve manter uma postura de não questionar as pessoas acerca do abandono da terapia</p>	<p>13+14+15+16+17. o terapeuta deve aceitar o paciente que retorna à terapia sem lhe pedir justificações acerca do abandono da mesma</p>
<p>16. às vezes a própria pessoa via de regra sente-se e vê que a nossa postura não é desafiá-la ou interrogá-la e ela própria transmite, aí está de uma forma subtil nós podemos...então como está senhor de tal ou senhora de tal, como têm estado as coisas,</p>	<p>16. P3 afirma que há pacientes que justificam o motivo de abandono da terapia</p>	

<p>17. quer dizer, há uma forma sutil de a pessoa que nos procura novamente transmitir o porquê da nova procura e, via de regra, sem dúvida alguma acaba por dar uma justificação do porquê desse afastamento, sem nós termos que ser incisivos com ela ou deselegantes mesmo.</p>	<p>17. P3 refere que o terapeuta não deve ser incisivo para com o paciente, questionando o motivo do abandono da terapia</p>	
<p>18. Exemplos, há variadíssimos, é um pouco complexo falar disso sem falar na história da própria pessoa, há várias problemáticas, há pessoas que a nível depressivo recuperam e vão à psiquiatria, com os fármacos ajuda e a determinado momento já se sentem que são capazes de caminhar sozinhos.</p>	<p>18. P3 há pacientes com determinadas patologias que abandonam a terapia devido à melhoria que sentem com a medicação, julgando estar autónomos</p>	
<p>19. A problemática das problemáticas, embora não seja do nosso foro, nós também devemos sempre alertar a pessoa que a medicação é importante e que não deve abandonar, provavelmente os psiquiatras também o dirão,</p>	<p>19. P3 considera importante que o paciente adira à toma da medicação</p>	<p>18+19+20. os pacientes abandonam a terapia porque a medicação oferece uma melhoria, mas quando abandonam a medicação pioram e voltam à terapia</p>
<p>20. mas é recorrente as pessoas sentirem-se melhor e abandonarem, começarem por si mesmas a abandonar a medicação e o que é que acontece, evidentemente que via de regra também, as pessoas não se vão sentir tão bem, os sintomas negativos regressam, e com isso a pessoa regressa novamente às nossas consultas.</p>	<p>20. Para P3, o abandono da medicação também leva os pacientes a regressarem à terapia por não se sentirem bem</p>	

<p>21. É quase como que, há uma recaída e não vamos apelar aos ditados populares que a recaída é pior que a doença, mas via de regra nunca é muito positiva e é também um dos factores que faz com que as pessoas acorram novamente,</p>	<p>21. Para P3, a recaída é um motivo que faz o paciente retomar a terapia</p>	
<p>22. ou então, acontecimentos de vida, as questões relacionais que são muito significativas na nossa área, em determinados momentos, as pessoas ou porque fizeram as pazes ou porque arranjaram outra pessoa, as coisas normalizam</p>	<p>22. P3 afirma que as questões relacionais são outro motivo para o regresso à terapia</p>	
<p>23. e se algo corre mal nessa relação a pessoa fragiliza e torna-nos a procurar, também é um dos motivos.</p>	<p>23. Para P3, o paciente procura novamente ajuda terapêutica porque se sente fragilizado</p>	<p>21+22+23+24. o retorno à terapia passa pela fragilidade do paciente nos seus relacionamentos</p>
<p>24. Ou seja, pode ser por inúmeros motivos que as pessoas podem ou não voltar, e cada caso é um caso mas fundamentalmente reside nestas premissas.</p>	<p>24. P3 identifica várias razões para o regresso à terapia</p>	

<p>25. I: E quando está em contexto terapêutico, acha que há algo que tenha dito ou feito, que de alguma forma contribuiu para a qualidade da relação, com um paciente específico que se recorde, algo que tenha sucedido em terapia e que tenha sido construído em conjunto e que possa ter provocado mudança.</p> <p>P3: Via de regra é quando a pessoa, como há pouco referi, quando a pessoa não está inteiramente à vontade, quando não é um indivíduo que conta as coisas com toda a espontaneidade,</p>	<p>25. P3 afirma que a mudança na relação terapêutica ocorre quando o paciente começa a abordar as questões com espontaneidade</p>	<p>25. a espontaneidade do paciente provoca mudança na relação</p>
<p>26. e faz algumas reservas, nós temos que respeitar essas reservas até ao ponto da pessoa por si própria, nós não podemos ser incisivos, a pessoa começa realmente a apresentar a situação em si, e sente que pode ter essa confiança.</p>	<p>26. P3 afirma que o terapeuta deve respeitar as resistências do paciente para que este adquira confiança e exponha por si próprio a problemática</p>	<p>26. o terapeuta deve transmitir confiança ao paciente</p>
<p>27. Nós temos que receber esses relatos, essas notícias, da melhor forma, mesmo que fiquemos surpreendidos teremos que fazer um determinado esforço para não nos mostrarmos surpreendidos,</p>	<p>27. Para P3, o terapeuta não deve demonstrar-se surpreendido com as revelações feitas na terapia</p>	<p>27. o terapeuta não deve demonstrar surpresa</p>

<p>28. isso é fundamental, temos que estar sempre bastante “senhores” da situação, procurando ter o domínio da situação, para dar resposta àquilo que é necessário para os pacientes.</p>	<p>28. P3 refere que o terapeuta deve procurar controlar a situação e dar uma resposta adequada ao paciente</p>	<p>28. o terapeuta deve estar preparado para dar uma resposta cabal</p>
<p>29. Um caso prático que aconteceu, talvez pelo teor da situação, foi uma senhora da instituição que veio à consulta voluntariamente,</p>	<p>29. P3 indica um caso clínico de uma paciente que acorreu à Instituição por livre vontade</p>	<p>29+30.</p>
<p>30. apresentou a situação como estava mal a relação com o ex marido, tem um filho dessa relação, depois apresentou algumas dificuldades económicas, depois referiu que se sentia depressiva, dito por ela mesma, andava a tomar xanax por auto-medicação e, provavelmente, andámos nesta compreensão talvez há volta de seis sessões, evidentemente que me comecei a aperceber que não era só aquilo.</p>	<p>30. P3 afirma que a paciente apresentou a sua problemática familiar relacional e económica, mas parecia existir outra questão de fundo</p>	<p>uma certa paciente surgiu por livre vontade mas estava resistente em contar o motivo de consulta</p>
<p>31. Inicialmente fui um pouco mais comportamentalista, derivado à forma como a senhora se apresentou e fui subtilmente, sendo mais dinâmico na relação, mas de uma forma muito suave,</p>	<p>31. P3 utilizou determinadas técnicas terapêuticas na terapia para fazer uma compreensão do caso</p>	<p>31. sem sucesso, o terapeuta utilizou técnicas terapêuticas para compreensão do caso</p>

<p>32. até ao ponto da senhora, numa determinada sessão, não sei se foi a sétima ou oitava não dá para precisar porque já tem algum tempo, me dizer que o facto pelo qual estava ali,</p>	<p>32. P3 refere que numa dada sessão, a paciente revelou o motivo pelo qual procurou ajuda</p>	
<p>33. e deixou-me surpreendido mas julgo que reagiu bem, era porque tinha adoptado uma orientação sexual diferente e que vivia com uma companheira e na realidade a problemática dela era que estava a ter problemas nessa relação.</p>	<p>33. P3 ficou surpreendido com a revelação que dizia respeito à orientação sexual da paciente, cuja problemática é relacional</p>	
<p>34. É evidente que foi um vol de face, é uma situação em que ela vem e apresenta a situação, e com certeza estava a sentir-se envergonhada, estava muito resistente e não tinha a confiança para falar logo dessa situação que realmente era aquela que para ela era mesmo significativa,</p>	<p>34. P3 afirma que inicialmente a paciente estava resistente e não sentia confiança para falar no seu problema real</p>	<p>32+33+34+35. a paciente revelou o motivo de consulta quando sentiu confiança na relação</p>
<p>35. e foi arranjar situações passadas do marido e do filho, tudo isso também tinha algum significado sem dúvida alguma para a senhora, mas o problema nuclear dela era a relação com essa companheira com quem vivia.</p>	<p>35. P3 afirma que a paciente começou por abordar outras questões embora o problema real residisse na relação homossexual que mantinha</p>	

<p>36. A partir daí estabeleceu-se uma boa relação e sempre falou acerca dessa situação entre outras, mas já de uma forma desinibida, de uma forma bastante agradável até.</p>	<p>36. P3 refere que foi estabelecida uma boa relação a partir do momento em que a paciente expôs a sua problemática real, e puderam falar abertamente do assunto</p>	
<p>37. E a relação é evidente, que a partir desse momento, deu-se ali uma grande transformação, isto porquê, porque a senhora estava receosa, estava a expor-se demasiado até ao ponto de sentir essa confiança.</p>	<p>37. Para P3 a relação sofreu uma mudança nesse momento porque a paciente sentiu confiança no terapeuta</p>	<p>36+37. houve mudança na relação quando a paciente sentiu confiança</p>
<p>38. Agora é assim, a impressão que eu tinha era que havia lago mais do que aquilo que ela estava transmitir, mas sempre fiz um esforço, sem dúvida alguma, para não fazer a pergunta aberta “mas qual é o seu problema, o que se passa realmente consigo?”.</p>	<p>38. P3 afirma que embora sentisse que o problema ia mais além do que aquilo que era verbalizado, fez um esforço e respeitou a paciente dando-lhe o tempo necessário para expôr a questão</p>	
<p>39. É assim, são formas de estar e de exercer a nossa profissão, eu preferi que assim fosse e julgo sinceramente que foi a melhor maneira e, tenho adoptado este sistema e até à data julgo que a estabelecer a melhor relação com os pacientes é por esta via.</p>	<p>39. P3 prefere adoptar a postura de aguardar que a paciente exponha sem a questionar directamente, o que vem reforçar uma boa relação terapêutica</p>	<p>38+39. para construir uma boa relação, o terapeuta deve esperar que a paciente sinta confiança para falar sobre si</p>

<p>40. I: Pode dar-me um exemplo de algum caso que teve e que achou que houve um momento em que houve alguma mudança, em que as coisas melhoraram na relação terapêutica, e como se sentiu no momento inicial? P3: Sim, relativamente a uma paciente que retornou recentemente às consultas, fiquei muito surpreendido no momento inicial do reencontro e não a reconheci, derivado à fisionomia e à elevada perda de peso.</p>	<p>40. P3 relata o caso de uma paciente que o surpreendeu por não a reconhecer fisicamente no primeiro momento do reencontro</p>	
<p>41. Depois no decorrer fiquei surpreendido mas fiz os possíveis para não demonstrar, talvez a pessoa possa ter se apercebido mas de uma forma muito subtil, muito ténue.</p>	<p>41. P3 ficou surpreendido e preocupou-se em não demonstrar isso à paciente</p>	<p>40+41+42. o terapeuta não reconheceu a paciente que retomou a terapia, ficando surpreendido</p>
<p>42. Depois ao longo do discurso, comecei a associar e a perceber, nomeadamente quando ela falou da questão dos pais que na primeira vez que ela tinha ido às consultas não referia problemáticas ao nível pessoal mas sim da relação com os pais, uma situação que segundo ela ficou sanada e resolvida.</p>	<p>42. P3 à medida que escutava a paciente começou a identificá-la devido à sua problemática anterior da relação com os pais, assunto que segundo a paciente estava resolvido</p>	

<p>43. I: Então essa situação do reencontro ainda foi na sala de espera? P3: Sim, foi na sala de espera,</p>	<p>43. P3 relata que o reencontro com a paciente deu-se na sala de espera</p>	
<p>44. depois aquele período que medeia entre um corredor comprido e a sala, fiz a pessoa ir à minha frente e ia a olhar para a pessoa, e ainda estava cheio de dúvidas e muito angustiado.</p>	<p>44. P3 refere que no percurso para a sala de consulta ia a olhar para a paciente e ainda surgiam dúvidas quanto à sua identidade, o que deixou o terapeuta angustiado</p>	<p>43+44. o momento do reencontro deixou o terapeuta angustiado</p>
<p>45. Depois a pessoa sentou-se, tudo muito tranquilo, fazemos a consulta sem secretária com sofás frente a frente / e, então quando a senhora começa a falar abordou logo, e foi um agente facilitador, sobre os pais e aí associei logo e consegui perceber quem era a pessoa e eu próprio ganhei uma grande tranquilidade.</p>	<p>45. P3 afirma que entraram na sala e ficaram sentados frente a frente e quando a paciente aborda a questão dos pais, o terapeuta começou a identificar a paciente, sentindo uma tranquilidade imediata</p>	<p>45. o terapeuta ficou tranquilo quando identificou a paciente</p>
<p>46. Embora depois a problemática da pessoa em si, pela surpresa, gera alguma ansiedade ao próprio terapeuta, neste caso eu.</p>	<p>46. P3 afirma que a nova problemática da paciente além de ser uma surpresa, provocou uma certa ansiedade no terapeuta</p>	<p>46. o terapeuta sentiu-se ansioso relativamente ao motivo se consulta</p>

<p>47.</p> <p>E a partir daí como é que se sentiu na relação, ficou mais disponível, mais tranquilo para a ouvir?</p> <p>P3: O estar disponível para ouvir, estarei sempre, mas foi mais agradável, senti-me mais confortável, talvez seja este o termo, senti-me mais confortável ao associar e identificar realmente a pessoa</p>	<p>I: 47.</p> <p>P3 indica que está sempre disponível para ouvir os pacientes, mas neste caso específico sentiu-se mais confortável na relação após ter reconhecido a paciente</p>	<p>47.</p> <p>o terapeuta sentiu-se confortável no momento em que reconheceu a paciente</p>
<p>48.</p> <p>E depois no evoluir das sessões, houve algum momento chave que possa ter levado à mudança na qualidade da relação, a partir de que momento se sentiu melhor na relação?</p> <p>P3: É assim, a pessoa estava muito depressiva, extremamente angustiada e num primeiro momento não estava a reconhecer a anorexia,</p>	<p>I: 48.</p> <p>P3 afirma que a paciente surge angustiada e no início não reconhecia nem abordava a sua patologia</p>	<p>48+49.</p> <p>a paciente seguiu o seu objectivo de tal modo que não reconhecia a sua patologia</p>
<p>49.</p> <p>ela fitou um objectivo que era “vou perder peso” e agarrou-se àquilo de uma forma obcecada, afunilou naquele objectivo, entrando numa anorexia nervosa,</p>	<p>49.</p> <p>P3 afirma que a paciente tinha o objectivo de perder peso e isso tornou-se o tema central da sua vida, levando-a à patologia</p>	

<p>50. até que a situação piorou e começou a chorar sem motivo e depois apercebeu-se que não estava bem.</p>	<p>50. P3 refere que a paciente começou a admitir o seu problema e chorava sem razão aparente</p>	
<p>51. Entretanto, recorreu novamente à terapia, está em psiquiatria, está medicada e também foi à nutricionista.</p>	<p>51. P3 relata que a paciente retoma a terapia e também se encontra medicada com acompanhamento psiquiátrico</p>	<p>50+51. a paciente reconhece a patologia e procura ajuda terapêutica</p>
<p>52. E agora vamos investindo na auto-estima e já estou a confrontá-la e ela já aceita e verbaliza que realmente está na anorexia.</p>	<p>52. P3 fala sobre o trabalho terapêutico onde tem sido reforçada a auto-estima, sendo confrontada com a sua situação que agora já reconhece</p>	<p>52. terapeuta confronta a paciente com a doença patológica</p>
<p>53. O ponto de viragem é quando ela por si mesma, pois eu opto sempre por dar algum espaço à pessoa para não ser incisivo, e quando ela admite e assume a problemática, aí sim tudo se torna mais simples porque já dá para começar a interferir e a explorar melhor a situação.</p>	<p>53. P3 mudança na relação terapêutica surge quando a paciente usa o espaço terapêutico para verbalizar a problemática, permitindo ao terapeuta explorar melhor</p>	<p>53. a relação terapêutica muda quando a paciente assume a doença</p>

<p>54. Uma das coisas que eu lhe referi logo na primeira consulta foi para ela começar a confrontar com o espelho, não fugir do espelho e encarar o espelho nas mais variadas situações.</p>	<p>54. P3 solicitou à paciente logo ao início, para se olhar no espelho e encarar a imagem reflectida no mesmo</p>	<p>54+55. a paciente reconhece a doença quando confrontada pelo terapeuta</p>
<p>55. Agora na sessão, ela própria já traz que se sente magra, já tem um entendimento que está magra e estamos a trabalhar toda essa situação, mas as coisas agora estão a funcionar muito bem.</p>	<p>55. P3 afirma que a paciente já se sente magra e isto facilita o trabalho terapêutico</p>	
<p>56. O momento de viragem é mesmo esse, é quando ela percebe isso, pois é conduzida a perceber, de uma forma suave e aceita.</p>	<p>56. Para P3 a mudança surge quando a paciente faz a compreensão da sua condição física tendo, para isso, sido conduzida pelo terapeuta</p>	<p>56. o terapeuta conduz a paciente à auto-compreensão</p>
<p>57. Já podemos debater toda a situação com à vontade, eu sinto-me confortável, mais interventivo sem dúvida alguma, tenho uma sensação de vitória.</p>	<p>57. P3 afirma sentir-se melhor na relação, mais confortável e interventivo, com uma sensação de vitória</p>	<p>57. o terapeuta tem um sentimento de conquista na relação</p>

**PARTICIPANTE**

**P4**

Unidades de significado	Unidades de significado transformadas em significado psicológico	
<p>1. I: Vou pedir-lhe para me descrever situações e experiências que tenha vivido em contexto psicoterapêutico, que tenha sentido que tenham contribuído para a mudança na qualidade da relação com o paciente. Se há momentos chave que marcam a qualidade da relação, quais serão e como os descreve? P4: Cada caso será sempre um caso, na minha opinião não consigo aceder nem ajudar a todos os casos</p>	<p>1. Para P4 cada caso clínico é único e não consegue ajudar em todos os casos</p>	<p>1. o terapeuta não consegue ajudar todos os paciente</p>
<p>2. e acho que o momento chave, para mim em todo este exercício de cinco anos de profissão, acho que o momento chave tem sido sempre como descreveria a primeira consulta.</p>	<p>2. Para P4 o momento chave na relação relação é o momento inicial do primeiro contacto com o paciente</p>	<p>2+3+4. o momento inicial é um momento chave na relação terapêutica</p>
<p>3. O momento chave pela simples razão que é, se eu consegui criar empatia com a pessoa,</p>	<p>3. P4 afirma que o momento inicial é um momento chave para a relação, se conseguir criar empatia</p>	<p>o momento inicial é um momento chave na relação terapêutica</p>

<p>4. se eu consigo aceder não só à problemática que a pessoa traz mas se há um bom entendimento entre o que a pessoa me diz e me traz à consulta e aquilo que é o meu entendimento sobre essa problemática,</p>	<p>4. P4 refere o momento inicial como importante para a relação e para perceber se consegue ajudar a pessoa</p>	
<p>5. se consigo ou não identificar-me, de certa forma a identificação em psicologia carece sempre de algum cuidado, ao identificar-me com a pessoa,</p>	<p>5. Para P4 é importante identificar-se com o paciente</p>	
<p>6. mas é se eu estou capaz ou não de dar a resposta.</p>	<p>6. P4 afirma a importância do terapeuta dar uma resposta adequada às necessidades do paciente</p>	<p>5+6+7. o terapeuta deve identificar-se com o paciente para poder ajudá-lo</p>
<p>7. Na sequência do resultado desta primeira consulta, eu consigo prever com algum cuidado se vou ou não estar capaz de ajudar aquela pessoa,</p>	<p>7. P4 a partir da primeira sessão com o paciente consegue antecipar se vai conseguir ajudá-lo</p>	

<p>8. porque tenho algumas regras básicas que são estabelecidas nesta primeira consulta, as quais passam muito também por, não só a responsabilidade do terapeuta, mas que devolvo esta responsabilidade para a pessoa,</p>	<p>8. P4 estabelece as regras terapêuticas logo na primeira sessão onde faz uma devolução da responsabilidade ao paciente</p>	
<p>9. ela também é responsável pela mudança, não vai ser o terapeuta que é o responsável pela mudança, não vai ser a pessoa que é responsável pela mudança, vai ser o contexto, a pessoa e a nossa própria relação.</p>	<p>9. P4 afirma que o paciente é co-responsável pela mudança terapêutica</p>	<p>8+9. o paciente é co-responsável pela mudança na relação terapêutica</p>
<p>10. O foco muito centrado na relação, se conseguimos ou não estabelecer a relação, se conseguimos ou não confiar no trabalho um do outro e como é que nos sentimos nesta relação.</p>	<p>10. Para P4 o centro da terapia está na relação e na confiança mútua entre o terapeuta e o paciente</p>	<p>10. a confiança é fundamental na relação terapêutica</p>
<p>11. Se conseguimos estabelecer a relação, o processo torna-se mais produtivo e mais célere na resolução, e conseguimos aceder,</p>	<p>11. P4 afirma que o estabelecimento de uma boa relação acelera o processo terapêutico, porque o acesso ao paciente está facilitado</p>	<p>11. uma boa relação terapêutica facilita o processo terapêutico</p>

<p>12. para além do problema que a pessoa traz, poderemos sempre aplicar uma técnica A para o problema B, a técnica C para o problema X, muito de orientação cognitivo-comportamental ou outra perspectiva mais existencial-humanista,</p>	<p>12. P4 utiliza as técnicas terapêuticas de acordo com a problemática dos pacientes</p>	<p>12+13. as técnicas terapêuticas só têm o efeito desejado se a relação estiver estabelecida</p>
<p>13. as técnicas são sempre um suporte e vão surgindo no decorrer do processo, mas as técnicas por si só não valem nada se não houver relação</p>	<p>13. P4 afirma que as técnicas terapêuticas servem de apoio ao processo terapêutico, mas apenas surtem efeito se a relação estiver estabelecida</p>	
<p>14. e a relação, por vezes, é muito difícil de estabelecer, a relação na sua verdadeira ascensão da palavra,</p>	<p>14. Para P4 é difícil conseguir estabelecer uma boa relação terapêutica</p>	<p>14+15. a empatia não é suficiente para estabelecer uma boa relação terapêutica</p>
<p>15. uma coisa é criar empatia e “ok, parece-me que estou capaz de resolver o problema que me traz a pessoa”,</p>	<p>15. P4 refere que é importante empatizar com o paciente para aceder à sua problemática, mas a empatia por si só não é suficiente para criar uma boa relação</p>	

<p>16. a forma como abordámos, como nos olhámos, a forma como nos sentimos na primeira sessão é um bom prognóstico para o estabelecimento ou não da relação.</p>	<p>16. P4 considera importante para a relação a forma como olha e sente o paciente</p>	<p>16+17. para o terapeuta importa a empatia e a forma como olha e sente o paciente</p>
<p>17. Há casos em que isso é muito facilitado, as pessoas empatizam sabe lá Deus porquê,</p>	<p>17. Para P4 há pacientes que empatizam com o terapeuta com alguma facilidade</p>	
<p>18. mas há processos em que há uma resistência que dificulta todo o processo terapêutico na sua continuidade, quando na primeira consulta há alguma resistência, alguma coisa que choca ou que interfere e que depois colide nas outras sessões.</p>	<p>18. P4 afirma que na primeira sessão há pacientes que apresentam resistência à construção da relação e isso arrasta-se para as sessões seguintes</p>	<p>18+19+20. só se pode estabelecer a relação terapêutica após ultrapassar a resistência inicial do paciente</p>
<p>19. Se não se consegue ultrapassar esta interferência, este impedimento, este sentimento de dificuldade de empatizar, dificilmente se consegue estabelecer a relação.</p>	<p>19. Para P4 só é possível estabelecer a relação se esta resistência inicial for ultrapassada</p>	

<p>20. Agora, a partir do momento em que as defesas do outro baixam, em que há uma exposição, em que há uma confiança, que há um abordar das questões de maior dificuldade para a pessoa, em que ela transmite e traz para a consulta tudo aquilo que é o seu sofrimento,</p>	<p>20. Para P4, o paciente expõe a sua problemática e confia no terapeuta quando reduz a sua resistência à relação</p>	
<p>21. já não há tanta resistência, baixa o evitamento nas sessões, a partir daí se estabelece uma relação, aí acontece a mudança muito naturalmente após o estabelecimento da relação,</p>	<p>21. P4 afirma que a mudança surge quando a relação é estabelecida e o paciente se torna mais cooperante</p>	<p>21. o paciente coopera na relação e contribui para a mudança</p>
<p>22. porque os nossos problemas são sempre de ordem relacional, relação com o pai, relação com a mãe, relação com os filhos, relação com o irmão, relação com o tio.</p>	<p>22. P4 refere que as questões relacionais são as mais abordadas pelos pacientes</p>	<p>22. as questões relacionais são as mais abordadas em terapia</p>
<p>23. Se não conseguirmos estabelecer a relação, dificilmente o processo terapêutico terá sucesso,</p>	<p>23. Para P4 o sucesso do processo terapêutico depende de uma boa relação terapêutica</p>	<p>23. uma boa relação terapêutica é indicador do sucesso da terapia</p>

<p>24. então a partir do momento em que se conseguir estabelecer a relação, aquilo que se passa no setting, na relação entre o paciente e o terapeuta, será transmissível, amplificável ou generalizável a algumas das outras relações em que a pessoa tem alguma dificuldade.</p>	<p>24. P4 afirma que se a relação estiver estabelecida, aquilo que sucede no <i>setting</i> terapêutico é extensível às demais relações do paciente</p>	
<p>25. Por isso, aqui em ambiente de certa forma protegido, contendor, de empatia, com todos estes jargões da psicologia, aquilo que é proporcionado neste ambiente</p>	<p>25. P4 afirma que o ambiente terapêutico protege o paciente e promove o seu desenvolvimento</p>	<p>24+25+26. a relação terapêutica é desenvolvida num ambiente protegido e pode ser extensiva às restantes relações que o paciente mantém, enquanto modelo relacional</p>
<p>26. e a ideia máxima do processo é que posteriormente se generalize nas outras relações, em que a pessoa consiga gradualmente ver os efeitos e prolongar a relação que mantém com o psicoterapeuta nas relações diárias, sociais no contexto em que está inserido.</p>	<p>26. Para P4, o processo terapêutico deve contemplar a possibilidade do paciente transpor o novo modo de relacionamento para as outras relações que mantém</p>	
<p>27. As técnicas dão sempre uma ajuda, de orientação mais cognitivo-comportamental podem ser muito úteis no decorrer desta relação,</p>	<p>27. Para P4 as técnicas terapêuticas podem servir de apoio ao fortalecimento da relação</p>	<p>27+28+29. as técnicas terapêuticas servem de apoio à construção da relação</p>

<p>28. no decorrer de todo o processo, a pessoa vai trazendo dificuldades e vamos experimentando qual é a técnica que se adequa e depois avalia-se.</p>	<p>28. P4 afirma que utiliza várias técnicas terapêuticas ao logo do processo terapêutico, de acordo com a problemática que é apresentada</p>	
<p>29. E se houver até uma boa relação de confiança entre o paciente e o terapeuta, estas técnicas passam a ter outro efeito, se não conseguir a relação estas técnicas não têm efeito, a pessoa não se sente sequer capaz de as pôr em prática porque ainda não está na relação</p>	<p>29. P4 afirma que as técnicas que utiliza apenas produzem efeito no paciente se a relação terapêutica for boa, senão o paciente nem adere</p>	
<p>30. I: E há algum exemplo em que se recorde que a pessoa estava resistente e que a partir de um momento, houve um “clic” que fez a pessoa ganhar essa confiança e expor-se um pouco mais? P4: Eu não te consigo especificar o que é que acontece, não consigo dizer que foi naquele dia e naquela sessão,</p>	<p>30. P4 tem dificuldade em identificar o momento em que há mudança na relação</p>	<p>30+31. a mudança na relação ocorre espontaneamente e o terapeuta nem sempre consegue identificá-la</p>
<p>31. é sempre num conjunto de sessões, gradualmente o processo decorre com a maior naturalidade, eu nunca te consigo especificar.</p>	<p>31. Para P4 a mudança na relação ocorre espontaneamente ao longo do processo terapêutico</p>	

<p>32. Eu sinto, consigo sentir na relação e no processo no decorrer das sessões, a partir de que sessão consigo dizer, relativamente a cada caso, consigo sentir a partir de que momento eu me senti melhor na relação e que aquilo começou a apresentar alguns resultados de mudança na pessoa e no processo e na problemática que trouxe, isso eu identifico.</p>	<p>32. P4 consegue identificar o momento a partir do qual se sente melhor na relação, produzindo mudança na relação</p>	
<p>33. Mas agora especificar se foi depois de aplicarmos a técnica, foi depois de abordarmos, de reflectirmos, de interpretarmos, não consigo identificar</p>	<p>33. P4 não consegue identificar o que motivou a mudança na relação, se foi pela técnica utilizada ou por outra situação</p>	<p>32+33+34. o terapeuta associa a mudança na relação ao momento em que se sente bem na relação e não ao sucesso das técnicas terapêuticas</p>
<p>34. I: É algo mais espontâneo? P4: É espontâneo, não consigo especificar o que é, é sempre um conjunto de factores que interfere aqui, não é só a abordagem, é toda a postura, toda a comunicação, todo o empenho e a dedicação do outro, o sentimento do outro em relação a nós, o investimento que a pessoa está ou não disponível para fazer.</p>	<p>34. Para P4 a mudança ocorre de forma espontânea por uma série de factores inerentes à relação, que fazem parte de todo o contexto terapêutico</p>	
<p>35. Uma psicoterapia carece também de muita iniciativa e da pessoa poder ou não estar preparada, se é este o momento, se quer reflectir se quer expor.</p>	<p>35. Para P4 é importante a disponibilidade do paciente na relação, para o avanço do processo terapêutico</p>	<p>35+36+37+38. na relação é importante a disponibilidade do paciente para confiar e expor as suas dificuldades ao terapeuta, sendo este um estranho</p>

<p>36. Expor é complicado, as pessoas vêm aqui e não me conhecem de lado nenhum e aceder a material que foi sempre do foro íntimo e pessoal,</p>	<p>36. P4 afirma que é difícil para o paciente revelar os seus problemas íntimos a um desconhecido, neste caso o terapeuta</p>	
<p>37. chegar e ter que expor e falar de si com a maior naturalidade, como se estivesse a falar com o próprio self, não tanto numa orientação psicanalítica mas no facto de expor e falar de si como se para ele próprio falasse, só que tem que falar em voz alta e não é fácil.</p>	<p>37. P4 compreende a dificuldade do paciente em verbalizar os seus problemas perante um estranho</p>	
<p>38. Até estas defesas persistirem, eu sei o que bloqueia, não sei o que desbloqueia,</p>	<p>38. Para P4 a dificuldade em verbalizar os problemas é um bloqueio à relação, mas não consegue identificar o que desbloqueia</p>	
<p>39. o que bloqueia são as resistências, as dificuldades enquanto não há a confiança e empatia e a relação estabelecidas, aí a pessoa ergue um muro, ergue dificuldades e nós não podemos tentar forçar, sei que não posso forçar, sei onde estão os bloqueios, mas tem que ser um processo natural que leva à aceitação, por a pessoa baixar as “garras” e confiar.</p>	<p>39. Para P4, o bloqueio à relação não permite ao paciente ter empatia e confiança no terapeuta, este processo é natural e não se pode obrigar a pessoa a aceitar</p>	<p>39+40. a relação muda quando o paciente sente confiança e empatiza com o terapeuta</p>
<p>40. Aí sim, depois de a própria pessoa estar menos resistente, estar menos defensiva, as coisas começam a acontecer.</p>	<p>40. P4 afirma que a relação muda quando o paciente desbloqueia e aceita a relação</p>	

<p>41. I: Pode descrever-me um exemplo concreto em que tenha sentido que houve mudança na qualidade da relação terapêutica? P4: Aquilo que me pedes é um momento em que eu me tenha sentido bem na relação... para pegar ou não num caso, tem a ver com a problemática que a pessoa me traz.</p>	<p>41. P4 afirma que a problemática apresentada pelo paciente é importante para a sua decisão de acompanhar o caso clínico</p>	<p>41+42. o momento inicial permite avaliar a forma como o paciente apresenta a sua problemática</p>
<p>42. Relativamente ao momento inicial, tem a ver não só como ele traz o problema e a situação em si, mas com a forma como ele relata e aborda a situação, como ele expõe na primeira sessão.</p>	<p>42. Para P4 o momento inicial é importante para compreender a forma como o paciente apresenta a sua situação</p>	
<p>43. Se eu o sinto muito bloqueado, defensivo, hesitante ou evitante em falar sobre o assunto, começa a criar-me algum constrangimento, ainda que eu tenha situações em que por vezes me acontece, ele estar muito bloqueado e eu com um “saca-rolhas”, com dificuldade em abordar a problemática que o trouxe,</p>	<p>43. P4 afirma ficar constrangido quando o paciente se mostra resistente inicialmente, chegando por vezes a forçar e tentar retirar mais alguma informação</p>	<p>43+44+45. a disponibilidade do terapeuta favorece a verbalização dos problemas do paciente</p>

<p>44. ou porque alguém o recomendou e não tinha nada a perder, ou porque acha que não há justificação para estar ali e, eventualmente depois vai colaborando, vai manifestando.</p>	<p>44. Para P4 o paciente apresentou-se descrente que alguém o pudesse ajudar</p>	
<p>45. Há alguns casos em que são muito bloqueados inicialmente, em comunicar o problema, que se revelaram difíceis inicialmente e, posteriormente com a minha disponibilidade talvez resulte, talvez seja possível, casos que à partida eram difíceis de aceder, de trabalhar, revelaram o contrário.</p>	<p>45. Para P4 a disponibilidade do terapeuta tem vindo a revelar-se um aspecto facilitador do desbloqueio do paciente</p>	
<p>46. Eu tenho um caso muito particular em que na altura não gostei da abordagem muito agressiva, mas houve ali como que um clic em que eu senti que esta agressividade não é para mim, ainda que eu esteja a dirigir, mas senti aquilo como muito defensivo, estava a proteger-se de qualquer coisa.</p>	<p>46. P4 refere um paciente que inicialmente apresentava uma postura agressiva e o terapeuta compreendeu que aquela agressividade não respeitava à sua pessoa, mas era sim uma defesa do paciente</p>	<p>46+47. a agressividade do paciente era uma forma de defesa</p>
<p>47. neste caso eu percebi, ainda que fosse muito de acusar e de apontar os psicólogos e a psicologia, tirando-lhe o mérito de cientificidade ou de resolução de qualquer problema, porque não resulta e não serve para nada, mas muito defensivo</p>	<p>E 47. P4 afirma que a postura agressiva do paciente era uma forma de se defender de algo</p>	

<p>48. eu tive que me isolar, não isto não é contra mim, é o conhecimento leigo de alguém que está a proteger-se de algo, num sofrimento que não consegue apresentar de outra forma, apresenta nesta forma de zanga.</p>	<p>e 48. P4 afirma que se abstraiu das acusações do paciente para compreender que a zanga provinha do seu sofrimento</p>	
<p>49. quando eu consegui fazer esta passagem, a pessoa está com um problema sério, vamos tentar nas próximas sessões, numa postura muito externalizadora falar do meio, das outras pessoas,</p>	<p>E 49. P4 compreendeu que o problema do paciente estava a ser exteriorizado através da agressividade</p>	<p>48+49. a agressividade expressa o sofrimento do paciente</p>
<p>50. quando eu me senti bem na relação, é quando a pessoa deixa de pensar que todo o mundo estava mal, todo o ambiente estava contra ele, o mundo e as pessoas estavam todas contra ele e os problemas eram sempre muito externalizados,</p>	<p>e 50. P4 afirma que se sente bem na relação quando o paciente deixa de exteriorizar a sua zanga e de culpar os outros à sua volta</p>	<p>50+51+52. a relação terapêutica é estabelecida quando o paciente deixa de fazer uma leitura errada do mundo e dos outros</p>

<p>51. numa incapacidade de integrar este modelo de que não era o mundo que estava mal, era ele que estava a fazer uma péssima interpretação sobre os acontecimentos e, gradualmente, começa a falar e é aí que eu digo que a relação está estabelecida e está no bom caminho, que é quando ele passa a deixar de falar tanto no mundo e nos outros e a colocar-se na primeira pessoa, para falar dele e integrar aquilo nele.</p>	<p>51. Para P4, o paciente estava a fazer uma interpretação errada do mundo e dos outros, e a relação é estabelecida quando o paciente começa canalizar as causas dos problemas para si próprio</p>	
<p>52. E a partir daí sentimos que então há mudança na relação, conseguimos falar mais abertamente das coisas, estamos na relação numa posição completamente diferente, a falar com uma naturalidade do que ele sofre e do que ele interpreta e não tanto nesta postura mais externa, de apontar aos outros, e a partir daí é que eu sinto que a relação está estabelecida, conseguimos estabelecer a relação.</p>	<p>52. P4 refere que há mudança na relação a partir do momento em que o paciente verbaliza as suas questões sem dirigir a culpa para o exterior</p>	
<p>53. Por exemplo, eu tenho um paciente muito reactivo, nesta postura de condenação, “onde é que vocês estavam quando eu fui agredido, onde é que vocês estavam que nunca ninguém me deu apoio, nunca ninguém me deu nada”, insultando a Instituição em geral, a família e o mundo em geral, estava isolado de todos, toda a gente o abandonou, ninguém quis saber da situação</p>	<p>53. P4 apresenta o caso de um paciente que acompanha, que tem uma postura acusadora da Instituição, da família e do mundo, sentindo-se abandonado por todos</p>	<p>53+54. a postura crítica do paciente é um entrave à relação terapêutica</p>

<p>54. e, depois quando começamos a trabalhar esta situação crítica de stress agudo, eu disse inicialmente que gostaria de falar com a pessoa em particular, que me desse o benefício da dúvida e tivéssemos pelo menos uma conversa.</p>	<p>54. P4 afirma que procurou falar a sós com o paciente, dado que se tratava de um incidente crítico e havia mais pessoas à volta</p>	
<p>55. Nesta conversa inicial apresenta a mesma agressividade, mas na primeira sessão consegui desmontar aquela agressividade toda quando faço uma canalização para o próprio sentir da pessoa e se “desbronca” de tal ordem no próprio sofrimento, ao mínimo toque nas feridas que estava a expressar, que se “desbronca” numa choradeira descomunal.</p>	<p>55. P4 refere que o paciente chorou quando o terapeuta o confrontou com o seu próprio sofrimento, ao invés de canalizar a agressividade para o exterior</p>	<p>55. o terapeuta compreendeu o sofrimento do paciente</p>

<p>56. E a partir daí, nas outras sessões, ainda muito reactivo e a falar no que tinha vivenciado, pois era uma situação reactiva a uma ameaça física grave, mas gradualmente deixamos de abordar a situação e começou a falar dele, da vida dele, da história dele, da forma de reagir e de estar.</p>	<p>56. P4 refere que nas sessões posteriores, o paciente falou na situação de ameaça mas também já falava da sua história pessoal</p>	<p>56. o paciente sente confiança para falar na sua história pessoal</p>
<p>57. E à medida que era confrontado na sessão, com aquilo que lhe era devolvido sobre a sua maneira de funcionar, na sessão porventura não lhe fazia sentido, mas na prática, à medida que aquilo que se passava no setting terapêutico era reportado e vivenciado na vida real, para o indivíduo começava-lhe a fazer sentido que aquele era o registo em que ele estava a funcionar e, gradualmente começa a corrigir as suas maneiras de estar e reagir e a ter um processo muito favorável nas relações</p>	<p>57. P4 afirma que confrontava o paciente com o seu modo de funcionamento e mesmo quando o paciente não concordava, fora do contexto terapêutico isso começava a fazer-lhe sentido e procurava corrigir-se, até mesmo ao nível relacional</p>	<p>57. o paciente começou a conhecer melhor o seu modo de funcionamento ao nível relacional</p>