

# Instituto Universitário da Maia -ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

A Presença Terapêutica: aplicação da medida observacional adaptada do  
*Therapeutic Presence Inventory* em sessões de psicoterapia de diferentes  
modelos teóricos

Maria Francisca Figueiredo Lima

Nº 30642

Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora

Professora Doutora Daniela Carla Oliveira Alves Nogueira

Janeiro, 2021



## Agradecimentos

O ano letivo 2019/2020 foi sem dúvida o mais desafiante que já vivi. Lembro-me perfeitamente do dia em que escrevi a minha carta de auto recomendação para a Dra. Daniela, queria muito trabalhar com ela e naquela linha de investigação. As perdas e o luto têm sido demasiado frequentes na minha vida e senti que seria útil à investigação, mas seria sobretudo proveitoso para mim, enquanto ser humano que vagueia perdido no meio desta dor que não quer calar.

Mas a vida nada mais é do que uma linha ténue entre o queremos e o que podemos e as voltas foram-nos trocadas. A nossa investigação deixou de ser exequível e foi necessário transformar as fragilidades em forças. É exatamente isso que este documento é, uma prova de superação, mais uma daquelas bonitas em que o ISMAI, no caso a minha orientadora, me prova que sou capaz de tudo aquilo que eu quiser, desde que queira muito e me dedique.

Sou uma pessoa de muita fé, talvez isto não seja relevante para os demais, mas a verdade é que aprendi que temos de agradecer (muito) àqueles que tornam a nossa caminhada possível e sobretudo mais leve. Posto isto, em primeiro lugar quero à Dra. Daniela por ter estado ao meu lado e do meu lado quando tive vontade de chorar, de desistir. Por ter sido a calma no meio da tempestade que eu sou e sobretudo por me ter ensinado e incentivado a respeitar o meu ritmo, o meu tempo. Às minhas colegas Rita Costa e Cristina Azevedo, por me acompanharem, me ouvirem e terem sempre bons conselhos ao dispor. A verdade é que conseguimos!

Quero agradecer aos meus pais por serem a minha maior inspiração, por me darem todas as ferramentas de que preciso para levantar voo, sendo feliz e realizada. Por me mostrarem que a vida nem sempre vai ser o sonho a que estava habituada, que há pessoas não tão bem-intencionadas, mas que ainda assim tenho de lidar com tudo isso da forma

mais ponderada e assertiva possível. Por terem sido sempre amor, motivação e apoio incondicional. À minha irmã por ser a loucura no meio do caos, que tantas vezes me deu ânimo para continuar de uma forma única e divertida. E aos meus cães por serem a minha maior companhia e fonte constante de mimo, felicidade e paz.

Gostaria de agradecer a todos os meus amigos que fizeram parte desta caminhada, por se terem mostrado orgulhosos de mim e do meu esforço diário, por terem vivido ao meu lado as melhores e mais difíceis fases deste processo e sobretudo por se terem feito presentes nos momentos em que eu tive a necessidade de me ausentar, tendo sempre ao dispor palavras de conforto e carinho. Especialmente à minha amiga Bárbara Sousa, que à maneira dela desajeitada, sempre se mostrou disponível e soube o que dizer, celebrou as minhas vitórias e foi sempre colo nos momentos mais delicados.

Finalmente, e porque não faria sentido de outra forma, queria deixar aqui a lembrança de todos aqueles que já não podem estar fisicamente presentes para celebrarem comigo esta conquista. Estrelinhas mais brilhantes do meu céu, isto é para vocês!

## Resumo

Ao longo dos anos, através da literatura existente e dos estudos desenvolvidos, a presença terapêutica tem-se vindo a revelar uma característica e competência fundamental ao bom funcionamento entre a díade terapeuta-cliente e à eficácia do processo terapêutico, sendo que desta forma o cliente sente-se aceite e compreendido num meio de suporte e segurança, potenciado pelo terapeuta, livre de julgamentos e críticas. Considera-se que a perceção do cliente acerca da presença terapêutica também está inteiramente relacionada com as dimensões anteriormente mencionadas. Neste sentido, o presente estudo assenta na necessidade de compreender as diferenças nos comportamentos verbais e não verbais ao nível da presença terapêutica assumidos por parte do profissional segundo a abordagem teórica que adota (terapias experienciais ou não experienciais), bem como as distintas perceções dos seus clientes. Para isto foram adaptadas as duas versões do Inventário da Presença Terapêutica a medidas observacionais. De modo a cumprir o propósito da investigação, os dados foram recolhidos através da aplicação da escala em vídeos de sessões terapêuticas e posterior codificação e da recolha de vinhetas clínicas ilustrativas dos resultados obtidos nas duas sessões mais contrastantes. Finalmente, foi possível constatar que os terapeutas que seguem abordagens teóricas experienciais apresentam maiores níveis de presença terapêutica do que aqueles que seguem abordagens teóricas não experienciais e o mesmo se apurou no que diz respeito à perceção dos clientes relativamente a ambos os grupos de terapeutas.

*Palavras chave:* presença terapêutica; terapias experienciais; terapias não experienciais; inventário da presença terapêutica; medida observacional.

## **Abstract**

Throughout the years, through the existing literature and the developed studies, the therapeutic presence has been shown a fundamental characteristic and competence to the good functioning between the therapist-client dyad and to the effectiveness of the therapeutic process, being this way, the client feels accepted and understood in an environment of support and security, enhanced by the therapist, free from judgment and criticism. It's considered that the client's perception of the therapeutic presence is also entirely related to the dimensions previously mentioned. In this way, the present study is based on the need to understand the differences between verbal and non-verbal behaviors at the level of the therapeutic presence assumed by the professional according to the theoretical approach he adopts (experiential or non-experiential therapies), as well as the different perceptions of his patients. For this, the two versions of the Therapeutic Presence Inventory were adapted to observational measures. In order to fulfill the purpose of the investigation, the data were collected by applying the scale to videos of therapeutic sessions and subsequent codification, and by collecting clinical vignettes illustrating the results obtained in the two most contrasting sessions. Finally, it was found that the therapists who follow experiential theoretical approaches have higher levels of therapeutic presence than those who follow non-experiential theoretical approaches and the same was found about the client's perception of both groups of therapists.

**Keywords:** therapeutic presence; experiential therapies; non-experiential therapies; inventory of therapeutic presence; observational measure.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>3</b>
<b>Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
1. Presença Terapêutica: definição do construto e suas dimensões.....	3
1.1. A importância do treino e da prática da presença terapêutica .....	9
2. Modelos Terapêuticos e sua relação com a presença terapêutica.....	11
2.1. Terapias Experienciais.....	11
2.2. Terapias Não Experienciais .....	13
2.2.1. Terapias Comportamentais .....	14
2.2.2. Terapias Psicodinâmicas.....	17
3. Medidas observacionais e sua utilização em estudos de processo .....	19
3.1. Barrett-Lennard Relationship Inventory.....	20
3.2. Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness.....	21
3.3. Response Empathy Rating Scale .....	23
3.4. Measure of Expressed Empathy .....	24
3.5. Nondirective Client-Centered Rating System .....	25
<b>Capítulo II.....</b>	<b>26</b>
<b>Apresentação do estudo empírico .....</b>	<b>26</b>
1. Método.....	26
1.1. Objetivos de investigação .....	26
1.2. Participantes.....	27
1.3. Medidas .....	27
1.3.1. Inventário da Presença Terapêutica.....	27
1.3.1.1. Adaptação do Inventário da Presença Terapêutica.....	28
1.3.2. Procedimentos .....	31
1.3.2.1. Procedimento de processo .....	31
1.3.2.2. Procedimento de Codificação .....	33
<b>Capítulo III.....</b>	<b>34</b>
<b>Apresentação e Discussão de Resultados.....</b>	<b>34</b>
1. Resultados.....	34
2. Discussão.....	41
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>49</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>50</b>

## **Introdução**

No âmbito da conclusão do 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Universitário da Maia (ISMAI), orientado pela Professora Doutora Daniela Carla Oliveira Alves Nogueira, foi redigida a presente dissertação, com o objetivo de analisar e compreender a presença terapêutica a partir da aplicação das duas versões do Inventário da Presença Terapêutica (*Inventory of Therapeutic Presence*), adaptados a uma medida observacional, em vídeos de sessões terapêuticas de abordagens teóricas experienciais e não experienciais, descrevendo os comportamentos predominantes do profissional e relatando os impactos no cliente.

Considera-se que o processo terapêutico está inteiramente relacionado com a presença terapêutica e assenta em três principais subcategorias: receptividade (consiste em assumir totalmente o seu ser, de forma palpável e corporal, de modo a poder experienciar a sessão cinestésica, física, emocional e mentalmente; estar envolvido em níveis multissensoriais com o cliente), atendimento interno (informa acerca do processo através de imagens, intuições, vozes guia, emoções, sentimentos, sensações corporais e memórias que surgem momento a momento; usa-se como instrumento para entender o cliente e saber como responder; o facto do terapeuta estar em contacto com a sua experiência permite-lhe que esteja mais consciente quando não está presente – usa a consciência para voltar ao momento presente) e extensão e contacto (o terapeuta expande-se – ato de emocional, energética e verbalmente alcançar o cliente e oferecer-lhe o seu eu interior, imagens, introspeções e experiências emocionais – a si e aos seus limites até ao paciente e conhece-o e contacta – encontrar e conhecer a essência do cliente, tanto nos silêncios partilhados como na expressão verbal – com ele de modo imediato; o profissional partilha o seu eu autêntico ou experiências genuínas;) (Geller & Greenberg, 2002). Assim sendo,

a relação entre terapeuta e cliente deve basear-se em empatia, confiança mútua, genuinidade, respeito, aceitação emocional e congruência, de forma a que o entendimento interno do profissional seja coerente com o que acontece momento a momento, o que leva o paciente a ser mais produtivo e não defensivo, potenciando a mudança (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley, 2000; Thorne & Lambers, 2007; Freire & Grafanaki, 2010; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Greenberg, 2014; Ratner, 2017; Krogh, Langer & Schmidt, 2019). Aliado a isto, verificou-se que quanto maior é o nível de presença terapêutica mais eficaz é o processo, dependendo esta eficácia em grande parte da percepção do cliente, sendo fundamental que o terapeuta sinta e partilhe compreensão empática e consideração positiva, de modo a que o paciente as sinta e compreenda, uma vez que o seu feedback assume bastante importância, não só no processo, mas também na aprendizagem do profissional e na sua presença durante as sessões (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley, 2000; Thorne & Lambers, 2007; Freire & Grafanaki, 2010; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Greenberg, 2014; Ratner, 2017; Krogh et al., 2019).

Compreendemos então que o terapeuta possui uma série de responsabilidades para que o processo terapêutico se desenvolva eficazmente e considera-se pertinente perceber quais as diferenças que ele apresenta mediante as diversas abordagens teóricas, assim como os efeitos que isto assume na percepção e comportamentos do cliente. Desta forma, e tal como defendido por vários autores, o desenvolvimento de uma medida observacional para a presença terapêutica assume um papel importante para atender às necessidades anteriormente mencionadas.

## Capítulo I

### Enquadramento Teórico

#### 1. Presença Terapêutica: definição do construto e suas dimensões

A presença terapêutica é um conceito integrativo e abrangente sendo a base e pré-condição necessária às condições da relação terapêutica e permite detetar emocional e cinestésicamente a experiência do outro a partir da conexão com o cliente a um nível profundo, promovendo a mudança dos clientes. É um estado recetivo interno que possibilita entender e sensivelmente responder à experiência e necessidades do cliente (permitindo que o terapeuta esteja em contacto com o seu sistema perceptível, facilitando a entendimento do cliente acerca disto mesmo), em que o terapeuta foca toda a sua atenção no processo e no que está a acontecer entre a díade no momento. Verifica-se um equilíbrio cuidadoso entre o contacto com a sua experiência e com a do cliente, enquanto mantém a capacidade de resposta adequada e em conformidade com isto mesmo (Geller & Greenberg, 2002; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Colosimo & Pos, 2015).

A presença revela o *self*, a personalidade e o carácter do terapeuta e gera um vínculo de união forte que dá a sensação de que o outro é recetivo e de confiança, congruente e sincero (a empatia, confiança recíproca, genuinidade, respeito, aceitação incondicional e congruência potenciam o desenvolvimento deste mesmo vínculo e é algo que se aplica a todos os clientes). Desta forma, o profissional deve ser genuíno e natural de modo a que o seu entendimento interno seja preciso, permitindo ao cliente que proceda de forma produtiva e não defensiva, de modo a poder explorar, transformar e criar novos significados (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley, 2000; Thorne & Lambers, 2007; Freire & Grafanaki, 2010; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Greenberg, 2014; Ratner, 2017; Krogh et al., 2019). Assim sendo, requer o envolvimento total do terapeuta, momento a momento, no encontro com o cliente e

potencia a abertura do cliente a aprofundar questões difíceis e conseqüente crescimento natural, num ambiente seguro, protegido, positivo e de suporte, criado pelo profissional (Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013).

Os autores destacam quatro subcategorias da presença terapêutica: 1) a imersão, o terapeuta está intimamente envolvido e absorvido na experiência, com atenção e foco no cliente e no encontro terapêutico, como se mais nada existisse para além daquilo. Implica estar totalmente com o outro no momento, aconteça o que acontecer; 2) a expansão ou expansividade interna – corporal e de consciência; perde a noção temporal e espacial – fusão entre si, o outro e um campo maior/equilíbrio entre prestar atenção ao tempo real enquanto se sente expandido em cada momento à medida que ocorre/amplitude interna – sensação de abertura corporal – é a essência da experiência e ajuda o terapeuta a manter a presença; maior consciência da percepção dos sentimentos, sensações corporais e intuições, tornando-os mais profundos e palpáveis potenciando maior detalhe e acuidade); - 3) o enraizamento ou sustentação, é a conexão interna, sente-se centrado, estável e inteiro, ainda que possa estar a experienciar um conjunto de emoções difíceis; equanimidade – serenidade mental – mesmo quando vivencia dor ou desafios advindos da experiência do cliente; 4) a inclusão – entra no mundo do cliente enquanto mantém a sensação da sua própria existência, e estar com e para o cliente, o terapeuta está completamente no momento, no encontro entre duas pessoas para o benefício de uma, a intenção preponderante é ajudar o cliente a recuperar, a ausência de envolvimento do ego ou de autoconsciência, uma vez que interfere com a capacidade do profissional de estar completamente presente no momento (Geller & Greenberg, 2002).

A presença terapêutica faz com que o profissional seja capaz de experienciar uma profunda sensação de confiança interna consigo e com a sua experiência, com o processo e com a experiência do paciente (Greenberg & Geller, 2001; Crisp, 2014).

Assim, deve partir-se do pressuposto de que tanto o terapeuta como o cliente são confiáveis e, desta forma, o terapeuta deve dar espaço suficiente ao outro para que seja possível criar a sensação de confiança necessária ao tratamento. Ou seja, o profissional promove uma relação igualitária assente no respeito e na ausência de crítica e intrusão. Neste sentido, a presença terapêutica evoca a sensação experiencial e neurofisiológica de segurança no cliente e, por consequência, potencia uma aliança positiva e eficácia na terapia, tendo em consideração que a qualidade da aliança, relação e presença, proporcionam o caminho para mudança e representam um propósito significativo na psicoterapia (Brodley, 2000; Thorne & Lambers, 2007; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014; Greenberg, 2014).

Quando o cliente se sente seguro e aberto (devido à sensação de presença por parte do profissional), o terapeuta pode entrar no mundo interno dele, enquanto ele se sente seguro a experienciar momentos temidos e dolorosos, o que aprofunda a relação. Neste seguimento, o conteúdo, a frequência e a complexidade das respostas, assim como o vocabulário do terapeuta, são sempre adaptadas ao cliente. A sintonia da linguagem e da complexidade cognitivo-afetiva do relacionamento promove a segurança e o conforto sentidos pelo cliente, bem como a capacidade do terapeuta em ser real e verdadeiro, sem que esconda sentimentos e pensamentos relevantes, partilhando-os em momentos adequados de modo a construir confiança e abertura entre a díade (Brodley, 1999; Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013; Greenberg, 2014; Ratner, 2017).

O terapeuta respeita e confia no cliente, propiciando um clima onde seja ele a direcionar o processo terapêutico, através da compreensão empática aceitante. Assume uma atitude mais exploratória e tolerante, estando consciente do sofrimento do cliente e da sua falta de confiança, momento a momento. Desta forma sente-se presente e dá abertura para que o inesperado e o desconhecido aconteçam, sem que exerça qualquer

tipo de poder sobre o outro (Brodley, 1994; Brodley, 1999; Greenberg & Geller, 2001; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014; Schwarz, Snir & Regev, 2018).

O terapeuta deve depositar a totalidade do seu eu (física, emocional, cognitiva, espiritual e relacionalmente) no encontro e deve expressar abertura e contacto com a experiência corporal, sendo uma fonte de conhecimento e sabedoria e potenciando respostas sintonizadas com a experiência do cliente, o que por sua vez o auxilia a lidar com a dor e preocupações. Ou seja, o profissional está focado em si e ao mesmo tempo absorve receptivamente a plenitude do seu cliente (o terapeuta usa a sua experiência corporal interna para atender as necessidades do outro), sendo guiado pela interação existente entre a díade (Brodley, 1999; Brodley, 2000; Greenberg & Geller, 2001; Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2013; Schwarz et al., 2018; Bourgault & Dionne, 2019).

Considera-se, então, que a presença está inteiramente relacionada com as respostas que surgem da resposta interna e espontânea do terapeuta (emergente dos seus sentimentos e emoções), que por sua vez têm uma relação significativa com o que o cliente está a expressar. As respostas do profissional auxiliam o cliente a aceder às suas emoções, então ele torna-se responsável por criar um clima propício e adequado a isso mesmo, tendo consciência momento a momento das reações, pensamentos e percepções, tanto do outro como das suas. Desta forma, julga-se que a experiência interna do profissional é igualmente importante à percepção do outro acerca da mesma (Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley 2000; Greenberg & Geller, 2001; Greenberg, 2014).

Terapeuta e cliente conectam-se e diferenciam-se do meio no modo como se conectam e a qualidade da experiência depende de como o contacto é feito e de quão presente está o terapeuta (Colosimo & Pos, 2015). A presença do terapeuta faz com que ele toque e seja tocado profundamente pela essência do cliente (o profissional está em contacto com a sua experiência, de como é tocado, e oferece-a de modo a tocar a essência

do outro, gerando uma interação fluída). Isto acontece de forma natural e genuína, não sendo algo passível de ser forçado ou propositado (Brodley, 2000; Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014). Deste modo, considera-se que a presença se torna terapêutica à medida que o cliente sente que estão mutuamente presentes e conectados, o que promove uma sensação de segurança, permitindo a exploração profunda da experiência do cliente. O terapeuta entra no mundo interno do cliente e deve segui-lo de forma empática e reponde-lhe, estando sintonizado com ele (Thorne & Lambers, 2007; Geller, 2013; Greenberg, 2014).

O profissional só é capaz de expressar compreensão empática diante do cliente depois de se encontrar presente terapêuticamente, uma vez que se trata de um facilitador direto do contacto consigo, com o ambiente e com o outro. Desta forma, o terapeuta, estando totalmente absorvido e expansivo internamente, sente que a experiência de estar em contacto com o seu cliente ressoa no seu corpo e foca-se nisto mesmo, o que gera uma resposta mais empática. (Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013; Greenberg, 2014; Colosimo & Pos, 2015; Krogh et al., 2019). O objetivo do profissional é precisamente ver, sentir e experienciar o mundo como o cliente o vê, sente e experiencia, e a recetividade interna auxilia-o nisto, promovendo a sua entrada no mundo interno do outro (Brodley, 1994; Greenberg & Geller, 2001; Thorne & Lambers, 2007; Krogh et al., 2019).

A comunicação verbal e não verbal é essencial, uma vez que a presença terapêutica é percebida quando as atitudes internas do terapeuta são expressas de algum modo físico e o cliente é capaz de interpretar estes estímulos e contribui significativamente para o impacto terapêutico. Isto tem que ver com as características e comportamentos do terapeuta, e com as suas qualidades emocionais, afetivas e físicas que são transmitidas e percebidas pelo cliente. O cliente sente quando o terapeuta está ou não presente, isto porque a presença tem impacto no cliente e no processo terapêutico e

fomenta a conexão entre a díade e o apoio positivo (Brodley, 2000; Brodley, 1999; Geller, 2013; Greenberg, 2014).

Quanto mais se verifica e é percebida a presença terapêutica, mais eficaz é a terapia, ainda assim, a eficácia depende muito da percepção do cliente acerca das atitudes do terapeuta. A percepção do cliente é fundamental na experiência da presença e das condições da relação, bem como acerca da transparência e sinceridade do profissional. Considera-se crucial que o terapeuta sinta e partilhe com o cliente compreensão empática e consideração positiva de modo a que o cliente as perceba e sinta. Isto porque o feedback do cliente assume bastante peso não só no processo terapêutico, mas também no próprio processo de aprendizagem do profissional, bem como na sua presença (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1999; Tudor, 2011; Thorne & Lambers, 2007; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014; Cornelius-White, Kanamori, Murphy & Tickle, 2018).

O terapeuta apresenta um comportamento amplamente empático e não diretivo (o que promove a tomada de iniciativa por parte do cliente e encoraja-o a expressar-se livremente), está imerso, aberto e recetivo (ferramenta fundamental para a compreensão do outro, indo de encontro ao momento em que o cliente está), sem julgamentos (permite profunda compreensão e aceitação, o que convida o outro a explorar os seus conflitos e problemas de uma forma segura), o que potencia a sintonia, a compreensão empática e a absorção da totalidade da experiência. Ele observa, descreve e age com consciência, livre de julgamentos e expectativas, ao mesmo tempo que é congruente, focando-se no cliente. Tudo isto contribui para o desenvolvimento e gestão da aliança terapêutica e permite que o profissional compreenda o sofrimento e a dor do outro, estando o mais próximo possível da experiência dele (Brodley, 1994; Brodley, 2000; Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013; Greenberg, 2014; Colossimo & Pos, 2015; Bourgault & Dionne, 2019; Krogh et al., 2019).

A experiência da presença consiste na fusão entre terapeuta e paciente, na qual o primeiro perde a noção espacial, mantendo, ainda assim, o sentido de centro e base internamente, potenciando a equanimidade (serenidade mental). Ou seja, o profissional sente-se imerso na experiência, vivencia uma sensação de expansão e amplitude, mas ao mesmo tempo sente-se centrado em si (Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013). Assim, considera-se que a presença terapêutica contempla a capacidade de aceder ao mundo real e viver harmoniosamente dentro dele, tocar diretamente a realidade, de modo perceptível e fenomenológico. Sendo assim, estar presente no aqui e agora passa por se ser aberto e responsivo. Quando presente, o terapeuta vê para além das resistências psicológicas que restringem a capacidade do cliente em ser genuíno e auxilia-o a libertar as capacidades que foram sendo limitadas ao longo do tempo e das experiências (Bradford, 2011; Colosimo & Pos, 2015).

### 1.1. A importância do treino e da prática da presença terapêutica

É muito importante preparar o terreno para a presença terapêutica emergir. Assim sendo, o terapeuta suspende as suas crenças, suposições, necessidades e preocupações, e cria um espaço interno onde recebe o que surge no cliente, em si ou na relação entre a díade, de modo a poder atentar completamente ao que está a acontecer no momento e responder com base no que está a experienciar (Greenberg & Geller, 2001; Greenberg, 2014). Considerando que a individualidade do outro é reconhecida no encontro terapêutico e que a presença é o modo de experienciar isto mesmo, a aparência física do terapeuta, a sua maneira de estar e seus gestos, as referências a si mesmo e as declarações que faz a partir do seu próprio quadro de referência, contribuem para a comunicação desta mesma presença. Posto isto, são vários os fatores que podem interferir com a presença do terapeuta na sessão, como a fadiga, o aborrecimento, a ansiedade, o medo, a resistência,

a raiva, a contratransferência, a dor física, entre outros. Assim sendo, é necessário o profissional preparar-se para que a presença terapêutica seja potenciada e possa emergir e isto pode acontecer antes ou no início da sessão, bem como na sua vida diária. A consciência do terapeuta de não presença pode ser usada como indicador, de modo retomar o foco de atenção. Para isto é necessário treino, prática e o compromisso de crescimento e envolvimento contínuo, destacando as seguintes técnicas: fazer uma pausa – para desacelerar, criando uma consciência mais profunda da experiência; acalmar e aprofundar a respiração – evoca um estado mais calmo, alerta e sintonizado no momento; criar uma atividade para se abrir para a presença – visualizar o espaço interno, de modo a tornar-se presente; esvaziar um espaço interno – prática consciente e intencional, antes ou depois da sessão. Com isto, o objetivo é que o profissional treine a presença, supere obstáculos à conexão relacional, cuide de si e da relação entre a díade (Brodley, 1994; Greenberg & Geller, 2001; Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2013; Colosimo & Pos, 2015; Ratner, 2017).

A presença terapêutica é também muito influenciada pelas práticas de *mindfulness*, (potencia dois aspetos cruciais – estar presente consigo mesmo, com o cliente e com a relação terapêutica; acentua a presença do terapeuta na dinâmica relacional fomentando a conexão com o cliente). Estas práticas contemplam a atenção global e interpessoal, permitindo ao terapeuta detetar os sinais relevantes para o processo e exercitam a capacidade de estar em contacto com a experiência. Considera-se, então, que a atenção plena pode ser trabalhada, originando inclusivamente sintonia e compaixão pelo outro (Colosimo & Pos, 2015; Bourgault & Dionne, 2019; Krogh et al., 2019).

## 2. Modelos Terapêuticos e sua relação com a presença terapêutica

### 2.1. Terapias Experienciais

O *self* do cliente é reconhecido a partir da experiência. Assim sendo, o terapeuta deve estar presente, a perceber a experiência do outro, uma vez que o foco neste aspecto o torna facilitador e promotor da mudança. É importante, não só a experiência da qual o cliente está ciente, mas sobretudo o próprio processo de tomada de consciência (Pos, Greenberg & Elliott, 2008).

Considera-se que as terapias experienciais têm base humanista, lógica e existencial – o cliente, enquanto ser consciente, autorreflexivo relativamente às experiências, ativa e dinamicamente envolvido na construção da sua realidade – e surgiram como alternativa ao behaviorismo objetivista e ao freudianismo pulsional, contrariando as visões determinísticas das psicoterapias comportamentais e dinâmicas que concebem a natureza humana baseada apenas em reforço, impulsos e influências passadas (Pos et al., 2008).

As práticas fundamentais destas terapias consistem no profissional estar receptivamente aberto e sensível momento a momento; estar completamente imerso; ter a sensação de expansão e amplitude; estar com e para o paciente; criar um ambiente propício; usar linguagem específica para recriar estímulos emocionais; levar o cliente a focar a sua atenção nos limites da sua consciência; usar a empatia e intervenções específicas para ativar a experiência emocional do outro – o que por sua vez faz com que o terapeuta mude de um estado rígido e fixo para um mais flexível e exploratório, gerando no cliente recursos emocionais adaptativos, aprofundando o processamento da sua experiência e auxiliando-o na construção de novos significados (Greenberg & Geller, 2001; Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005; Pos et al., 2008; Russel & Gillis, 2017).

As terapias experienciais focam na importância do relacionamento entre a díade, do vínculo seguro e positivo, da aliança terapêutica, da empatia e da experiência corporal e emocional, enfatizando a conexão e preocupações humanas. Neste tipo de terapias, tanto a emoção como a experiência, assumem um papel preponderante na mudança, uma vez que permitem que as emoções sejam totalmente processadas e que significados alternativos sejam desenvolvidos e consolidados. Considera-se, então, que a interação do meio e do processo propicia um modelo dinâmico, ativo e cinestésico, sendo que a terapia é contínua e está em constante desenvolvimento (Missirlian et al., 2005; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pos et al., 2008; Carryer & Greenberg, 2010; Carvalho & Matos, 2011; Russel & Gillis, 2017).

Concluindo, as terapias experienciais tornam a vida do cliente mais produtiva, identificando e desenvolvendo as suas capacidades, atuando principalmente na área da prevenção e construção de significados. Por norma, no final do processo, os níveis de excitação expressos pelo cliente são menores e o processo de reflexão apresenta melhorias (Dondena, 2008; Carryer & Greenberg, 2010).

O autoconhecimento do cliente é fundamental na realização, integração e auto coerência da sua totalidade pessoal e crescimento. Assim sendo, as terapias experienciais residem na crença de que os seres humanos podem melhorar o seu potencial, e os objetivos das mesmas assentam em compreender a natureza das experiências e a complexa relação entre as experiências de diferentes pessoas; auxiliar o cliente a aprofundar a sua experiência e a simbolizar conscientemente a mesma; ajudar o cliente a encontrar escolhas eficazes e adequadas, com base numa relação estável, resultando na aquisição de capacidades intra e interpessoais e na melhoria do bem-estar físico e mental do cliente. Deste modo, a terapia é sempre adaptada a cada cliente e este é compreendido tal como é (Cooper, 2003; Missirlian et al., 2005; Pos et al., 2008; Russel & Gillis, 2017).

A experiência deve consistir numa apresentação genuína dos sentimentos, de modo a que posteriormente o cliente seja capaz de fazer uma síntese. Assim, a vivência de eventos emocionais escolhidos pelo cliente é considerada terapeuticamente produtiva e faz com que este experiencie emoções mais adaptativas. Neste sentido, as fases chave das emoções tendem a emergir num padrão sequencial e verifica-se uma síntese dos estados emocionais avançados do cliente, originando maior aceitação e melhor gestão a nível pessoal, sendo as recaídas mais curtas e menos recorrentes (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pascual-Leone & Greenberg, 2009; Carryer & Greenberg, 2010).

Deste modo, a intensidade das experiências pode determinar o investimento do terapeuta e o decurso da terapia. Considera-se, então, que o acesso profundo do terapeuta às experiências do cliente, através de métodos específicas oriundos da Gestalt, tem um impacto positivo e de reforço. Deste modo, e sobretudo numa fase mais inicial, a vivência de experiências marcantes em sessão pode ser encarada como negativa, devido à dificuldade do cliente em gerir o tónus emocional. Conclui-se que, por vezes, é necessário sentir-se pior para mais tarde poder vir a sentir-se melhor (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Carryer & Greenberg, 2010; Carvalho & Matos, 2011).

## 2.2. Terapias Não Experienciais

Epstein (1994) considerou a divisão não experiencial a mais fundamental e razoável de todas, no sentido evolucionário. Isto porque os seres humanos evoluíram de modo a substituírem o instinto por um sistema cognitivo, organizando a experiência e dirigindo o comportamento tendo em conta as aprendizagens retidas de experiências anteriores. Dando destaque neste subcapítulo às terapias comportamentais e às psicodinâmicas.

### 2.2.1. Terapias Comportamentais

As terapias comportamentais diferenciam três versões, a metafísica (o terapeuta é entendido um realista ingênuo, no sentido em que considera o mundo como uma percepção interna gerada pelo cérebro acerca do mundo real), a metodológica (o terapeuta não rejeita nem confirma a existência de eventos mentais ou mentes, mas defende que estes não podem ser objetos de estudo científico) e analítica (o terapeuta declara que as sentenças sobre eventos mentais acabam por ser sobre comportamento) (Eysenck, 1972).

A pessoa tende a desenvolver um processamento deturpado das informações, o que origina uma visão negativa de si, dos outros e do futuro, no entanto, acredita-se que ela não é afetada por pessoas ou coisas externas, mas pela percepção que tem delas. Concluiu-se, então, que estes processos cognitivos são o motivo dos comportamentos, afetos e motivações desadaptativos. Por esta razão, a evolução da tradição comportamental levou a que o foco nas ações específicas do ser humano se alterasse para os aspetos cognitivos e afetivos do funcionamento, bem como para o comportamento, isto porque se concluiu que o comportamento e as atitudes das pessoas são norteados pelo sistema cognitivo. Considera-se então que quando uma necessidade específica se torna demasiado intensa, superiorizando-se às outras, são desenvolvidos comportamentos desadaptativos. Julga-se também que o comportamento é condicionado por fatores ambientais e crenças irracionais (inferências arbitrárias; abstração seletiva; generalização excessiva; ampliação e minimização; personalização; pensamento absolutista e dicotómico). Neste sentido, a psicoterapia surge com o objetivo de recuperar ou modificar estes comportamentos compreendidos como desvantajosos para a pessoa e para quem a rodeia, identificando também as variáveis que os controlam. Para além disto, verificou-se também que a atividade cognitiva do ser humano influencia o comportamento. Assim sendo, esta atividade é passível de ser monitorada e modificada alcançando, por

consequente, a alteração comportamental. Para que isto aconteça, são vários os métodos conhecidos no meio cognitivo-comportamental, tendo em atenção as evidências favoráveis e desfavoráveis à interpretação que a pessoa faz das suas experiências, que recorrem especificamente aos princípios de reforço, punição e extinção (Ellis, 1957; Epstein, 1994; Samoilov & Goldfried, 2000; Labrador, 2004; DeRubeis, Webb, Tang & Beck, 2010; Dobson & Dozois, 2010; Dryden, David & Ellis, 2010; Beck, 2011; Leonardi, 2015).

Tendo em conta as suas crenças subjacentes, as pessoas respondem mediante o modo como as situações são avaliadas consciente e automaticamente. Por este motivo, julga-se que as cognições são baseadas em suposições desenvolvidas através de experiências passadas. Considera-se então que as interpretações automáticas acontecem tão rapidamente que impedem pensamentos deliberativos, sequenciais e analíticos e geram emoções menos adaptativas. Assim sendo, uma fase inicial, os teóricos comportamentais descreviam que a emoção não era passível de ser reconhecida diretamente, mas sim deduzida através do comportamento da pessoa. A emoção era também vista como uma interrupção na sequência comportamental que interfere no pensamento e comportamento racionais, manifestando-se como um sintoma clínico. Desta forma, estes sintomas, que surgem sobretudo devido ao facto de as pessoas inculcarem em si mesmas declarações negativas, irrealistas, ilógicas e autodestrutivas, das quais não estão cientes, careciam de ser diminuídos ou contidos, tornando-as conhecedoras das suas verbalizações internas, e acreditava-se que a alteração de pensamentos e crenças seria o bastante (Ellis, 1957; Epstein, 1994; Samoilov & Goldfried, 2000; Beck, 2011).

As terapias comportamentais focam-se, então, fundamentalmente nos sistemas de crenças do paciente e posteriormente nas tarefas feitas em casa, nas metas de tratamento

e nas circunstâncias e acontecimentos mais recentes de vida, sendo os métodos mais usados os condicionamentos clássico de Pavlov e operante de Watson e Skinner, combinados geralmente com técnicas de aprendizagem por observação. Neste sentido, o profissional e o paciente trabalham em conjunto de forma a identificar e compreender as problemáticas a nível de pensamentos, sentimentos e comportamentos, com o propósito de atenuar a sintomatologia, reavaliar o pensamento e promover respostas comportamentais adequadas. Para isto, o terapeuta deve, inclusivamente, estruturar a interação entre ambos, funcionar de modo didático, oferecer orientação e aconselhamento, potenciar a diminuição dos níveis de ansiedade através de exercícios de relaxamento e exposição, aumentar a autogestão do paciente através de autorreforço e promover reestruturação cognitiva, integrando estratégias de aceitação e atenção com as estratégias de mudança tradicionais, de modo a demonstrar direta ou indiretamente ao paciente que os seus comportamentos são ilógicos e as suas ideias gerais e específicas irracionais, levando-o a assumir outras. Deste modo, por vezes, o terapeuta aumenta a excitação cognitiva do paciente ao longo da sessão, com o objetivo de reduzir os seus hábitos e crenças desajustados, podendo até confrontá-lo com estímulos que lhe causam medo. Perante isto, sendo o paciente capaz de atentar à sua reação cognitiva, o terapeuta encoraja-o a encará-la como uma hipótese possível e não como única e verdadeira, tornando-se possível a mudança gradual da crença e, conseqüentemente, a mudança da reação emocional. O objetivo é que os efeitos do tratamento persistam após o término do mesmo, no entanto, embora as terapias comportamentais apresentem resultados bastantes positivos em muitos transtornos, a longo prazo não são muito satisfatórios (Ellis, 1957; Raue, Goldfried & Barkham, 1997; Samoilov & Goldfried, 2000; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibing, 2006; DeRubeis et

al., 2010; Fruzzetti & Erikson, 2010; Pole, Ablon & O'Connor, 2008; Shedler, 2010; Dryden et al., 2010).

### 2.2.2. Terapias Psicodinâmicas

As teorias psicodinâmicas oriundas da teoria psicanalítica de Freud sobre o comportamento humano, destacam as fontes de energia e forças motivacionais que incitam as ações do ser humano, permitindo ao terapeuta entender as motivações comportamentais do paciente, identificar os seus conflitos relacionais e trabalhar em conjunto com ele para compreender os seus desejos internos e conhecer os seus relacionamentos mais produtivos e benéficos (Kets de Vries & Cheak, 2014).

A abordagem psicodinâmica foca-se sobretudo na exploração e modificação de problemáticas interpessoais no seio da relação terapêutica, enfatizando a experiência da emoção em sessão, recorrendo a experiências passadas e interpretando as razões inerentes às mesmas. O principal objetivo das terapias desta área é aumentar a autoconsciência da pessoa de modo a ser possível encontrar formas de se comportar e relacionar a nível pessoal. Neste sentido, o processo de mudança varia de paciente para paciente (Raue et al., 1997; Kets de Vries & Cheak, 2014).

Esta abordagem explora fundamentalmente aspetos do self do paciente que não são inteiramente conhecidos (muitas vezes relacionados com sexualidade, questões financeiras, procura de felicidade ou sentido de vida e medo da morte), sobretudo quando se manifestam por influência do relacionamento terapêutico no decorrer da sessão. Isto porque o terapeuta se foca na exploração dos evitamentos do paciente, identificando padrões recorrentes nos pensamentos, sentimentos, autoconceito, relacionamentos e experiências. Seguindo esta linha de pensamento, a abordagem psicodinâmica é caracterizada pela ênfase nos sonhos, fantasias e relações do paciente, de modo a que este atinja novos insights, tendo o terapeuta consciência das defesas, transferências e

processos mentais inconscientes do outro (Pole et al., 2008; Shedler, 2010; Kets de Vries & Cheak, 2014).

A transferência, sendo a repetição de experiências passadas nas relações atuais, a nível de sentimentos e comportamentos, tem um impacto negativo na realidade e nas relações da pessoa. Por isso, é considerada um foco nas terapias psicodinâmicas uma vez que se trata de uma fonte de compreensão e mudança (Zeanah, Anders, Seifer & Stern, 1989; Leichsenring et al., 2006).

As representações internas são a base da ligação entre a experiência subjetiva interna da pessoa e o seu comportamento de interação externa. Sendo que os comportamentos estão extremamente vinculados às relações em vários contextos e fases de desenvolvimento, os menos adaptativos podem ser explicados pelas diferentes soluções dadas pela pessoa em situações de conflito. Neste sentido, as abordagens psicodinâmicas focam-se na dinâmica do comportamento humano, reconhecendo o ser humano como complexo, único e paradoxal, com diversas motivações e padrões de interação e de tomada de decisão (Zeanah et al., 1989; Kets de Vries & Cheack, 2014).

Ainda que os padrões de experiência interna e os de relacionamento derivem de experiências e relações passadas, atuam no presente e estão inteiramente relacionadas com a identidade e história da pessoa, que por sua vez tende a resistir à mudança. Por este motivo, os terapeutas psicodinâmicos tendem a explorar as experiências primárias, a relação entre o passado e futuro e os motivos que mantêm o passado tão vivo no presente, com o propósito de auxiliar o paciente a libertar-se das experiências passadas que o impedem de manter uma vida saudável (Zeanah et al., 1989; Pole et al., 2008; Shedler, 2010).

O contexto é fundamental no sentido do desenvolvimento de transações contínuas e recíprocas entre a pessoa e o meio em que está inserido. Assim sendo, as terapias

psicodinâmicas enfatizam a recriação do contexto de desenvolvimento inicial, visando a redefinição das vulnerabilidades que geram comportamentos desadaptativos (Zeanah et al., 1989).

Concluindo, ainda que se trate da mesma abordagem, verificam-se diferenças no modo como os terapeutas a praticam, uma vez que o que ocorre em sessão depende intrinsecamente das qualidades do profissional, do paciente e da sua percepção acerca do outro e do relacionamento entre os dois e dos padrões de interação entre ambos (Raue et al., 1997; Shedler, 2010).

Finalmente, tem-se vindo a verificar um atraso a nível da aceitação das descobertas científicas que visam o estabelecimento de novas direções e para decidir o que é factual entre terapeutas, sendo que tendencialmente rejeitam descobertas que discordem dos seus próprios sistemas teóricos (Harwood, Beutler & Charvat, 2010), e nesse sentido, torna-se fundamental realizar investigação de processo que tente utilizar medidas externas para dar mais contributos e pistas para a compreensão dos processos terapêuticos. Assim, dedicaremos a nossa atenção às medidas observacionais, mais utilizadas na literatura para fundamentar o nosso estudo.

### 3. Medidas observacionais e sua utilização em estudos de processo

Após o estudo exaustivo acerca da literatura existente sobre a Presença Terapêutica, foi possível constatar a inexistência de medidas observacionais capazes de avaliar a comunicação verbal e não verbal que demonstrem presença por parte do profissional. Ainda assim, seguem-se alguns exemplos de instrumentos de observação que avaliam outros indicadores.

### 3.1. Barrett-Lennard Relationship Inventory

A *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI), desenvolvida por Barrett-Lennard (1978), foca-se nas percepções do cliente acerca das atitudes do profissional no relacionamento terapêutico, integradas com as visões do segundo acerca das suas respostas pessoais. A versão mais utilizada atualmente da BLRI é composta por 64 itens, distribuídos igualmente por quatro subcategorias (Compreensão Empática; Nível de Consideração; Incondicionalidade; Congruência). A medida original é constituída por um questionário de autorrelato, avaliada através de uma escala bipolar de seis pontuações, sendo -3 ‘Não, sinto fortemente que não é verdade’ e +3 ‘Sim, sinto fortemente que é verdade’. Posteriormente, foi desenvolvida uma versão observacional da BLRI (O-64), composta pelo mesmo número de itens e pelo mesmo método de avaliação. Uma das mais importantes vantagens desta medida é o abrangente uso em ambientes clínicos e principalmente a sua validação em contextos terapêuticos (Freire & Grafanaki, 2010).

Vários indicadores surgiram para explicar a inconsistência dos dados relatados até então acerca dos efeitos do comportamento não verbal do terapeuta em sessão, considerando-se a possibilidade de que existam mais comportamentos fundamentais no ambiente terapêutico oriundos da interação entre a díade. Neste sentido, foi levado a cabo um estudo por Maurer e Tindall (1983), com 80 alunos do ensino médio, selecionados aleatoriamente. Todos eles teriam de receber orientação profissional individual, sem que tivessem anteriormente participado em programas semelhantes. Os participantes foram informados de que a primeira sessão teria a duração de 15 minutos e que posteriormente haveria outras sessões, e o teor do acompanhamento seria o esclarecimento acerca de planos de carreira e o estabelecimento de determinadas metas comportamentais. As 80 sessões foram gravadas em vídeo. O *Barrett-Lennard Relationship Inventory* foi administrado a todos os indivíduos logo após a sessão individual, com o objetivo de

avaliar a classificação do cliente em relação aos níveis de empatia expressos pelo terapeuta. As médias das classificações atribuídas pelos clientes indicam que os terapeutas foram percebidos como mais empáticos quando a postura destes se manteve congruente. Os investigadores optaram por avaliar a congruência postural dos terapeutas em relação ao que expressavam verbalmente, tendo concordado que 94% das vezes os terapeutas mantiveram 100% da postura corporal correta e que 97% das vezes mantiveram 100% da posição central da cabeça. Tendo em consideração a perspetiva dos clientes e dos avaliadores, concluíram que os profissionais mantiveram as condições adequadas ao longo das sessões.

### 3.2. Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness

As *Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness* são um conjunto de medidas observacionais associadas a categorias do relacionamento entre terapeuta e paciente, desenvolvidas por Truax e Carkhuff (1967), com base na perspetiva de Carl Rogers relativamente à temática. A escala que diz respeito à medição da *Accurate Empathy* (AE) é composta por nove pontos: o intervalo que parte de uma pontuação mais reduzida (estágio 1) é selecionado quando o profissional não tem consciência dos sentimentos mais óbvios do paciente; o intervalo intermédio (estágio 5) é selecionado quando o profissional responde aos sentimentos mais perceptíveis do paciente; a pontuação mais elevada (estágio 9) é selecionada quando o profissional responde ativa e adequadamente a todo o tipo de sentimentos manifestado pelo paciente. A escala que diz respeito à medição do *Nonpossessive Warmth* (NW) é composta por 5 pontos: o intervalo mais baixo (estágio 1) é selecionado quando o profissional dá conselhos pessoais ou a exprime indubitavelmente consideração negativa diante do

paciente; o intervalo intermédio (estágio 3) é selecionado quando o profissional demonstra cuidado para com o paciente, mas ainda assim se trata de um cuidado semi-possessivo; a pontuação mais elevada (estágio 5) é selecionada quando o profissional expressa valorização diante do paciente, sem avaliar negativamente o seu comportamento e os seus pensamentos. Finalmente, a escala que diz respeito à medição da *Therapist Genuineness of Self-Congruence* (G) é composta por 5 pontos: o intervalo mais baixo (estágio 1) é selecionado quando se verifica uma clara e acentuada discrepância entre aquilo que o profissional verbaliza e o que ele sente internamente; o intervalo intermédio (estágio 3) é selecionado quando o profissional assume uma posição tacitamente defensiva, ainda que não seja visível numa primeira instância; a pontuação mais elevada (estágio 5) é selecionada quando o profissional age de modo completamente verdadeiro e livre e aquilo que ele verbaliza é concordante com o que experiencia internamente. O objetivo das *Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness* é demonstrar que as respostas do terapeuta são facilmente analisadas e investigadas, independentemente das respostas do paciente (Freire & Grafanaki, 2010).

Traux e Lister (1970) desenvolveram um estudo cujo propósito assentou na investigação das contribuições da empatia precisa e do calor não possessivo do terapeuta na melhoria dos clientes. Para isto seria necessária uma avaliação da psicoterapia de grupo para clientes em reabilitação. Participaram na investigação 8 terapeutas (4 experientes, com formação académica de mestres e 4 auxiliares, sem treino específico) que providenciavam semanalmente sessões de grupo e 168 clientes distribuídos igualmente por 24 grupos. Neste sentido, todas as sessões foram gravadas em vídeos e daqui foram retirados dois segmentos de três minutos de interação entre o terapeuta e o grupo de clientes no segundo terço de cada uma delas. As frações retiradas foram codificadas de modo a avaliar a empatia precisa e o calor não possessivo expressos pelo terapeuta através

das *Scales for Therapist Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth and Genuineness*. Constatou-se que os clientes que integraram grupos em que os terapeutas revelaram níveis mais elevados de empatia e calor, apresentavam níveis superiores de progresso, nomeadamente em relação a maior quantidade e qualidade de trabalho e maior capacidade de aprendizagem.

### 3.3. Response Empathy Rating Scale

A *Response Empathy Rating Scale*, desenvolvida por Elliot, Filipovich, Harrigan, Gaynor, Reimschuessel e Zapadka (1982), serve o propósito de classificar as várias componentes da empatia, focando-se sobretudo nas repostas verbais do terapeuta. Trata-se de um instrumento observacional que se propõe a medir a empatia expressa através da comunicação não verbal do profissional. A empatia foi dividida em oito componentes: sentimentos do cliente; inferência percetual e esclarecimento; centralidade do tópico; expressividade; colaboração; permissão verbal versus aglomeração; exploração; e impacto na exploração. Todos os itens do instrumento são cotados através de uma escala de avaliação comportamental de cinco pontos (Freire & Grafanaki, 2010).

Elliott et al. (1982) foram responsáveis por um estudo em que participaram 15 terapeutas (12 dos quais se encontravam a realizar estágio de pós-graduação, 3 pertenciam ao corpo docente de psicologia clínica) e 28 clientes (voluntários universitários do departamento de psicologia). Os clientes deveriam abordar problemas pessoais reais, em sessões de 30 minutos, e os profissionais foram instruídos a agir do modo que considerassem adequado. Os terapeutas não tinham conhecimento prévio de que seriam avaliados a nível da empatia demonstrada com os seus clientes. As sessões foram gravadas em vídeo e foram usadas três, retiradas de cada uma quatro a sete respostas do terapeuta, consideradas como episódios de empatia, nos minutos 5, 15 e 25 de cada

sessão. A partir daqui, foram feitas transcrições de modo a identificar e utilizar as respostas verbais do terapeuta para possibilitar a avaliação da empatia, através da classificação de cada item da *Response Empathy Rating Scale*. A nível das avaliações dos componentes da empatia e da percepção do cliente acerca disto, obtidas através das respostas individuais do terapeuta, dos episódios e das sessões, constataram-se correlações elevadas. Considerou-se que a empatia total do profissional está bastante relacionada com a interpretação que ele faz acerca da experiência do cliente, com as suas reflexões e com os encorajadores mínimos que verbaliza ao longo das sessões.

#### 3.4. Measure of Expressed Empathy

A *Measure of Expressed Empathy* (MEE) é um instrumento observacional, desenvolvido por Watsons e Prosser (2002), através do qual é possível medir a empatia transmitida pelo terapeuta, tendo em consideração os seus comportamentos verbais e não verbais, as características do seu discurso e forma de resposta. A medida é composta por nove itens: a voz transmite preocupação; captura intensidade de sentimentos; palavras emocionais; sintonia; compreensão cognitiva; calor; aparência preocupada; voz expressiva; e responsividade. Estes são avaliados através de uma escala de Likert de nove pontos que varia entre 0 (nunca) e 8 (o tempo todo) (Freire & Grafanaki, 2010).

Torna-se cada vez mais necessário compreender se o terapeuta expressa empatia na sessão e se esta aumenta com o passar do tempo. Por este motivo, num estudo da autoria de Malin (2016), foram examinadas as diferenças a nível da empatia em sessões iniciais e outras numa fase mais avançada. Participaram neste estudo 35 clientes (que anteriormente receberam tratamento de curto prazo – 16 a 20 sessões) que obtiveram as classificações mais baixas e mais altas na primeira sessão. Todos os clientes preencheram os critérios para Perturbação Depressiva Major. Participaram também 18 terapeutas (13

dos quais doutorados em psicologia clínica, 2 psiquiatras e 3 psicólogos). Foi utilizada a *Measure of expressed empathy* de modo a possibilitar ao observador avaliar a empatia comunicada pelo terapeuta, através dos comportamentos verbais e não verbais. Neste sentido foram avaliados 42 vídeos de 60 minutos (6 sessões iniciais e 36 sessões mais avançadas), e foram também utilizados os dados de 30 vídeos anteriormente avaliados (sessões iniciais). Constatou-se, assim, que os profissionais apresentam aumentos significativos a nível da expressão de empatia face à primeira sessão, em todas as dimensões avaliadas pela medida, destacando positivamente a ‘sintonia’ e menos positivamente a ‘voz expressiva’ (sugerindo que este resultado está associado a características vocais inatas ou traços comunicativos do terapeuta).

### 3.5. Nondirective Client-Centered Rating System

O *Nondirective Client-Centered Rating System*, desenvolvido por Wilczynski, Brodley e Brody (2008), é uma medida observacional que atenta na intenção ou comportamento não diretivo do terapeuta, ao longo da sessão. Foi elaborada, numa fase inicial, para analisar as sessões terapêuticas de Carl Rogers, disponibilizadas através de áudio, vídeo ou transcrições. O propósito fundamental deste instrumento é distinguir as intenções não diretivas das diretivas do profissional e para isso as respostas são classificadas em cinco categorias distintas, diferenciando as intenções: resposta de compreensão empática (quando o intuito do profissional é compreender a experiência, sentimentos e pontos de vista transmitidos pelo paciente); comentário do terapeuta (quando o intuito de profissional é fazer observações, expressando os seus sentimentos acerca do paciente ou acerca de algum ponto específico); interpretação/explicação (quando o intuito do profissional é explicar o cliente a si mesmo, no sentido de o ajudar a chegar a conclusões sobre si mesmo que ele desconhecia); concordância do terapeuta

(quando o intuito do profissional é estar de acordo com o cliente expressando-o verbalmente); e pergunta principal (quando o intuito do profissional é orientar e direcionar os sentimentos, respostas ou pensamentos do cliente através de interrogações específicas) (Freire & Grafanaki, 2010).

O resultado da pesquisa salienta as lacunas existentes na área, uma vez que não foi ainda desenvolvida nenhuma medida observacional que avalie a presença terapêutica, sugerindo a necessidade de uma maior discussão acerca do tema, tendo em conta que, nomeadamente, Geller e Greenberg (2012) referem a conveniência e apropriação do desenvolvimento de um instrumento com estas características, que possibilite a análise observacional neste contexto, designadamente acerca da presença do profissional.

## **Capítulo II**

### **Apresentação do estudo empírico**

#### **1. Método**

##### **1.1. Objetivos de investigação**

Atendendo aos efeitos positivos da presença terapêutica, tanto a nível dos resultados positivos da terapia, como na experiência do cliente, a nível da confiança e segurança acerca da partilha e do aprofundamento das experiências dolorosas e problemáticas, pretendemos com este estudo contribuir para o desenvolvimento de uma medida observacional sobre a presença terapêutica que permita enriquecer os estudos de processo em psicoterapia, dotando os profissionais com uma medida que possa facilitar a própria formação e treino bem como a supervisão clínica e assim melhorar a sua prática.

Assim, como objetivo geral, pretendemos analisar e compreender a presença terapêutica através da aplicação da escala em vídeos de sessões terapêuticas de diferentes

abordagens teóricas e assim compreender o seu papel promotor da mudança dos clientes. Como objetivos específicos, pretendemos descrever pormenorizadamente os comportamentos de presença terapêuticos mais dominantes em cada abordagem teórica diferente, bem como compreender, relatando, os impactos que a presença do terapeuta tem no cliente.

## 1.2. Participantes

Os participantes da investigação são 14 terapeutas de correntes experienciais (Terapia Centrada no Cliente, Terapia Humanista, Terapia da Gestalt e Terapia Focada nas Emoções) e não experienciais (Terapia Cognitivo- Comportamental e Terapia Narrativa), observados e avaliados através de 20 vídeos de sessões terapêuticas, devidamente selecionados e igualmente distribuídos entre as diferentes abordagens, e 13 clientes que integraram as respetivas sessões.

## 1.3. Medidas

### 1.3.1. Inventário da Presença Terapêutica

Shari M. Geller desenvolveu de uma escala que se propõe a medir e avaliar a presença do terapeuta, bem como a sua perceção acerca do seu desempenho nesta categoria, ao longo das sessões. O *Therapeutic Presence Inventory* (TPI) é constituído por duas versões, uma para terapeutas com 21 itens (TPI-T) e outra para clientes com 3 itens (TPI-C). Esta segunda versão serve para avaliar a perceção do cliente acerca da presença que o terapeuta expressa e que, por conseguinte, ele é capaz de experienciar, sendo possível constatar que o paciente reporta uma mudança positiva quando sente o profissional mais presente com ele (Geller, 2003).

Após várias etapas e revisões, a versão do inventário para o terapeuta (TPI-T) englobou finalmente 21 itens, 11 dos quais estão escritos de modo positivo e os 10

restantes, na negativa. Os itens foram distribuídos de modo a dizerem respeito a dois aspetos, ao processo (10 itens – 5 formulados positivamente e 5 negativamente) e à experiência (11 itens – 6 formulados positivamente e 5 negativamente). E posteriormente divididos em subcategorias – Recetividade; Atendimento Interno; Extensão e Contacto / Imersão; Expansão; Base; Estar com e para o cliente – respetivamente, como é possível verificar no seguinte quadro (Geller, 2003).

**Tabela 1. Itens englobados em cada subcategoria – TPI-T**

Subcategorias	Itens
Recetividade	3; 11; 13; 19
Atendimento Interno	1; 20
Extensão e Contacto	9; 14; 16; 21
Imersão	6; 12; 15; 18
Expansão	2; 4; 5; 7
Base	17
Estar com e para o cliente	8; 10

O mesmo procedimento de construção e revisão aconteceu com a versão do inventário para o cliente (TPI-C), que na sua versão final englobou 3 itens, mais claros e facilmente identificáveis, que dizem respeito ao processo e à experiência da presença e não presença percebida pelo cliente. O primeiro item reflete a experiência, o segundo reflete o processo e o terceiro reflete a perceção da não presença do terapeuta (Geller, 2003).

#### 1.3.1.1. Adaptação do Inventário da Presença Terapêutica

Procedemos à adaptação da escala, tendo agrupado alguns itens e outros tendo sido eliminados, de modo a facilitar a cotação e codificação dos vídeos. É importante voltar a referir que obtivemos a autorização da autora para procedermos a esta transformação.

Desta maneira, o item 1 – “Estava consciente do meu próprio fluxo interno da experiência”; o item 7 – “Houve momentos em que estava tão imerso na experiência do meu cliente que perdi a noção de tempo e espaço”; o item 12 – “Eu estive totalmente presente durante a sessão”; e o item 17 – “Senti-me completamente imerso na experiência do cliente e ainda assim, centralizado em mim”, foram eliminados. O item 2 – “Senti-me cansado ou aborrecido” – e o item 5 – “Senti que o tempo não passava” – foram agrupados, resultando em “Observei que o terapeuta se sentiu cansado e aborrecido, como se o tempo não passasse”; o item 6 – “Senti dificuldades em concentrar-me” – e o item 18 – “Às vezes os meus pensamentos afastavam-se daquilo que estava a acontecer no momento” – foram agrupados, resultando em “Notei no terapeuta dificuldade em concentrar-se, como se os seus pensamentos se afastassem daquilo que estava a acontecer no momento”; o item 9 – “Senti-me distante ou desconectado do cliente” – e o item 21 – “Senti uma distância ou barreira emocional entre mim e o cliente” – foram agrupados, resultando em “Observei que o terapeuta se encontrou distante e desconectado do seu cliente, criando uma distância ou barreira emocional entre eles”; o item 11 – “Senti-me alerta e sintonizado com as nuances e subtilezas da experiência do cliente” – e o item 19 – “Senti-me sincronizado com o meu cliente de tal forma que me permitiu sentir o que ele estava a experienciar” – foram agrupados, resultando em “Verifiquei que o terapeuta estava alerta e sintonizado com as nuances e subtilezas da experiência do seu cliente, encontrando-se de tal modo sincronizado, que lhe foi possível sentir aquilo que o cliente estava a experienciar”; o item 14 – “As minhas respostas foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram em mim através da experiência de estar com o meu cliente” – e o item 16 – “Houve momentos em que a resposta externa que transmiti ao meu cliente foi diferente da forma como me senti interiormente” – foram agrupados, resultando em “Notei que as respostas do terapeuta

foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram nele através da experiência de estar com o seu cliente, e conseqüentemente a resposta externa que lhe transmitiu correspondeu à forma como se sentiu interiormente”. Os itens que foram eliminados, deveu-se à dificuldade do encontro de indicadores de observação por parte das investigadoras, e os agrupados, ao facto dos indicadores serem idênticos. Os restantes itens, foram alterados, somente numa perspectiva linguística, adaptados à fácil e intuitiva leitura e resposta do observador, como é possível constatar no seguinte quadro.

**Tabela 2. Itens do TPI-T adaptado à medida observacional**

Itens	Transformação
1	Observei que o terapeuta se sentiu cansado e aborrecido, como se o tempo não passasse.
2	Notei que o terapeuta teve dificuldade ao ouvir o seu cliente.
3	Verifiquei que a interação entre o terapeuta e o seu cliente era fluída e rítmica.
4	Notei no terapeuta dificuldade em concentrar-se, como se os seus pensamentos se afastassem daquilo que estava a acontecer no momento.
5	Verifiquei que o terapeuta foi capaz de colocar de parte as suas próprias exigências e preocupações para estar com o seu cliente.
6	Observei que o terapeuta se encontrou distante e desconectado do seu cliente, criando uma distância ou barreira emocional entre eles.
7	Notei uma profunda apreciação e respeito por parte do terapeuta pelo seu cliente enquanto pessoa.
8	Verifiquei que o terapeuta estava alerta e sintonizado com as nuances e subtilezas da experiência do seu cliente, encontrando-se de tal modo sincronizado, que lhe foi possível sentir aquilo que o cliente estava a experienciar.
9	Verifiquei que o terapeuta estava impaciente ou crítico.
10	Notei que as respostas do terapeuta foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram nele através da experiência de estar com o seu cliente e, conseqüentemente, a resposta externa que lhe transmitiu correspondeu à forma como se sentiu interiormente.
11	Observei que o terapeuta mal podia esperar que a sessão terminasse.
12	Verifiquei que o terapeuta estava genuinamente interessado na experiência do seu cliente.

O grupo de investigação também considerou igualmente importante alterar a escala de *Likert* inicial da medida, sendo que era demasiado ampla, o que dificultava ao observador os processos de cotação e codificação. Enquanto originalmente a escala era

composta por 7 respostas possíveis – 1. De modo algum; 2. Muito pouco; 3. Um pouco; 4. Moderadamente; 5. Muito; 6. Bastante; 7. Completamente – após a adaptação à necessidade da medida observacional, passou a ser constituída unicamente por 5 – 1. De modo algum; 2. Um pouco; 3. Moderadamente; 4. Muito; 5. Completamente.

Relativamente à versão do cliente do Inventário da Presença Terapêutica, não se verificou necessidade de eliminar nem de aglomerar itens. Neste sentido, as únicas alterações efetuadas nesta versão do instrumento foi a tradução e adaptação a uma perspetiva observacional.

**Tabela 3.** Itens TPI-C adaptados à medida observacional

Itens	Transformação
1	O cliente sentiu que o terapeuta estava totalmente presente consigo no momento.
2	O cliente sentiu que as respostas do terapeuta estavam realmente em sintonia com o que ele estava a experienciar no momento.
3	O cliente sentiu que o terapeuta estava distraído.

Conforme aconteceu na adaptação do TPI-C, consideramos que não seria conveniente utilizar a escala de Likert de 7 pontos original da Geller, devido ao facto de ser demasiado extensa, o que dificulta ao observador os processos inerentes à utilização do instrumento. Desta forma, optamos por uma escala de 5 pontos (1 – de modo algum; 2 – um pouco; 3 – moderadamente; 4 – muito; 5 – completamente).

### 1.3.2. Procedimentos

#### 1.3.2.1. Procedimento de processo

O Inventário da Presença Terapêutica encontra-se originalmente escrito em inglês e, por este motivo, a primeira fase de todo o processo, realizado pelo grupo de investigação (cinco pessoas do sexo feminino, uma das quais a orientadora da linha de investigação doutorada em psicologia clínica, e as restantes estudantes de mestrado de

psicologia clínica e da saúde, sendo uma delas a autora do presente trabalho), foi a tradução para a língua portuguesa da versão do terapeuta. Feita a tradução, de modo a verificar a fiabilidade da mesma, foi enviado o documento traduzido para uma pessoa bilingue, para que se pudesse constatar que a versão traduzida era coerente com a versão original da Geller.

O objetivo principal do grupo de investigação, em relação ao TPI-T, era a transformação do mesmo numa medida observacional com a autorização e apoio da autora. Assim, o objetivo deste processo é possibilitar a avaliação dos comportamentos físicos (verbais ou não verbais) do profissional ou fatores externos que podem eventualmente influenciar a sessão e a presença terapêutica.

Assim, o grupo de investigação iniciou a fase de treino com um levantamento intensivo de possíveis indicadores diretamente observáveis, a partir da visualização de vídeos de sessões terapêuticas, em particular o vídeo ilustrativo da Presença Terapêutica de S. Geller da Series I – Systems of Psychotherapy Video Series da APA. Os indicadores tanto podiam refletir presença como ausência da presença do profissional, e serviam de assistência à cotação dos diferentes itens.

Já a segunda parte do Inventário da Presença Terapêutica, a versão do cliente (TPI-C), foi traduzida para a língua português pela autora do presente trabalho, em primeiro lugar, e posteriormente revista pela orientadora da linha de investigação. O propósito deste procedimento é semelhante ao da versão do terapeuta, a transformação para uma medida observacional, tornando possível avaliar os comportamentos verbais e não verbais do cliente face à presença ou não presença do profissional que o acompanha.

### 1.3.2.2. Procedimento de Codificação

A investigação deste estudo assentou na visualização e codificação de 20 vídeos de sessões terapêuticas retirados das plataformas ‘*Internet Archive*’ e ‘*Youtube*’ (10 de terapias experienciais – 1 de terapia de auto atualização, 3 de terapia de análise transacional, 3 de terapia da gestalt e 3 de terapia centrada no cliente; 10 de terapias não experienciais – 1 de terapia cognitiva, 5 de terapia cognitivo comportamental, 1 de terapia multimodal, 1 de terapia psicodinâmica, 1 de terapia racional-emotiva e 1 de terapia narrativa).

Inicialmente, o grupo de investigação passou por uma fase de treino de codificação, levada a cabo no âmbito da conclusão do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde. Esta fase passou por uma codificação inicial, feita de cinco em cinco minutos por cada vídeo visualizado, e posteriormente, quando as codificações já se tornavam semelhantes entre todas, passou a fazer-se apenas no final de cada sessão. Isto permitiu um conhecimento mais abrangente acerca do instrumento e do funcionamento do mesmo, solucionando possíveis dificuldades associadas à cotação.

Entretanto, a codificação passou a ser realizada a pares, selecionados aleatoriamente. Aqui, foi feita a avaliação e posterior codificação dos comportamentos verbais e não verbais do profissional, de modo a ser possível cotar, através da medida transformada, e compreender as diferenças a nível das diferentes terapias.

Tendo sempre em consideração o facto das variáveis em estudo serem qualitativas, a partir do *Interclasse Correlation Coefficient* (ICC) do *software* IMB-SPSS, testamos a fiabilidade dos resultados obtidos através da medida observacional. Constatamos que o nosso nível de confiabilidade era excelente (.966), considerando-o assim um acordo consistente entre as codificadoras (Koo & Li, 2016).

Após a recolha de dados, foi necessário inverter seis itens – 1; 2; 4; 6; 9; 11 – de modo a que fosse possível obter resultados em função da verificação da presença terapêutica, e não da sua ausência. Somente desta forma foi possível calcular a pontuação global referente às distintas terapias (experienciais e não experienciais) e posteriormente constatar as diferenças existentes, a nível da presença, entre ambas. Para isto foram somadas as pontuações atribuídas a cada sessão e depois feita a média de cada uma delas, individualmente.

Numa segunda fase, a codificação dos vídeos com vista ao uso do TPI-C, já adaptado a uma medida observacional, foi feita exclusivamente por mim, de forma independente. Já com as pontuações atribuídas a cada sessão de cada terapia, tal como executado na fase anterior, tornou-se imprescindível inverter o item 3 com vista a constatar a presença terapêutica em vez da sua ausência. Foram calculadas as pontuações globais de cada sessão e feita a média de cada uma.

### **Capítulo III**

#### **Apresentação e Discussão de Resultados**

##### **1. Resultados**

Tendo em consideração o propósito da minha dissertação, nomeadamente, a análise e compreensão da presença terapêutica a partir da aplicação das duas versões do instrumento em vídeos de sessões terapêuticas de diferentes modelos, de modo a entender a função promotora de mudança deste indicador nos clientes. Para tornar isto possível, considerou-se fundamental a descrição pormenorizada dos principais comportamentos de presença terapêutica e de ausência da mesma nas sessões mais contrastantes das diferentes abordagens teóricas, procurando descrever o papel que este indicador tem no cliente.

**Tabela 4.** Resultados do TPI adaptado a uma medida observacional

		Pontuação por sessão	Média	Desvio Padrão	Teste U de Mann- Whitney	Valor de p
<b>Terapias Experienciais</b> N = 10	<b>T. de Auto Atualização</b>	(A) 55	57.1	2.0789	0	0.000
	<b>T. de Análise Transacional</b>	(B) 59				
		(C) 57				
		(D) 58				
	<b>T. da Gestalt</b>	(E) 59				
		(F) 54				
		(G) 59				
	<b>T. Centrada no Cliente</b>	(H) 59				
		(I) 54				
		(J) 57				
<b>Terapias Não Experienciais</b> N = 10	<b>T. Cognitiva</b>	(K) 47	45.5	2.0138	100	
	<b>T. Cognitivo- Comportamental</b>	(L) 42				
		(M) 44				
		(N) 45				
		(O) 45				
		(P) 47				
	<b>T. Multimodal</b>	(Q) 43				
	<b>T. Psicodinâmica</b>	(R) 48				
	<b>T. Racional- Emotiva</b>	(S) 47				
	<b>T. Narrativa</b>	(T) 47				

Foram, então, cotadas 20 sessões terapêuticas, igualmente distribuídas entre os dois modelos teóricos, terapias experienciais e não experienciais, a partir do IPT adaptado a uma medida observacional, visando a avaliação da presença por parte do terapeuta em relação ao seu cliente. Tendo em conta que a escala de *Likert* original (7 pontos) foi também adaptada, sendo reduzida para 5 pontos, e que o número de itens original (21 itens) foi reduzido para 12, a pontuação global máxima de cada sessão passa a 60, em vez de 147. Desta forma, torna-se mais fácil compreender os valores acima apresentados.

Na Tabela 1 estão descritos os valores respetivos às pontuações globais e suas médias e aos desvios padrão das duas abordagens teóricas, sendo facilmente perceptíveis as diferenças entre as abordagens. A nível das terapias experienciais, a média das pontuações globais das sessões avaliadas é de 57.1 e o desvio padrão, 2.0789. Já a nível das terapias não experienciais, a média das pontuações das sessões avaliadas é de 45.5 e o desvio padrão, 2.0138. Com o objetivo de comparar as pontuações globais dos distintos

modelos e verificar as assimetrias entre ambos, foi utilizado o teste U de Mann-Witney. Isto porque a dimensão amostral de cada um dos grupos é reduzida e, desta forma, considera-se o teste mais adequado ao objetivo do estudo. O teste em questão apresentou um resultado de p-valor significativo ( $p < 0.000$ ), o que denota que a média das pontuações globais das sessões de terapias experienciais é estatisticamente superior à média das pontuações globais das sessões de terapias não experienciais. Assim sendo, é possível constatar que os terapeutas que seguem a primeira abordagem teórica mencionada apresentam maiores níveis de presença ao longo do encontro com os seus pacientes, comparativamente aos que seguem a segunda abordagem.

Através da visualização e codificação das sessões terapêuticas, foram retiradas vinhetas clínicas por forma a melhor espelhar as pontuações atribuídas às sessões, utilizando as duas sessões com pontuações mais contrastantes das diferentes abordagens teóricas, nomeadamente, uma sessão de Terapia Centrada no Cliente (experiencial) e outra de Terapia Cognitivo-Comportamental (não experiencial). Na Tabela 2, é possível encontrar as vinhetas clínicas que refletem as atitudes verbais e não verbais do terapeuta a nível da presença terapêutica, face aos 12 itens do IPT, individualmente, conforme a cotação atribuída a cada um deles, nos diferentes casos.

**Tabela 5. Vinhetas Clínicas – Reflexo dos resultados obtidos através do IPT adaptado a uma medida observacional**

<b>Itens</b>	<b>TE – Terapia Centrada no Cliente (sessão H)</b>	<b>TÑE – Terapia Cognitivo-Comportamental (sessão L)</b>
1 – Observei que o terapeuta se sentiu cansado e aborrecido, como se o tempo não passasse.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 39:45 – “Estou impressionado com o facto de que quando você precisa do seu descanso, descansa realmente.”	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 20:43 – “Tome um momento, está tudo bem.”
2 – Notei que o terapeuta teve dificuldade ao ouvir o seu cliente.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 16:58 – “Estou realmente interessado nessa experiência,	(3 – moderadamente) 15:46 – (com ar de desilusão) “E como é que todo esse alarido, esses gritos, ajudariam?”

---

3 – Verifiquei que a interação entre o terapeuta e o seu cliente era fluída e rítmica.	quando está longe dele, quando se sente segura e consegue compreender a situação e a si mesma.” (5 – completamente) 34:00 (interação) – T: “Quando pensa em dizer ‘Eu preciso disto para mim’ parece-lhe errado, egoísta.”; C: “Espera um minuto, és enfermeira, o que é isto?”; T: “‘Era suposto eu estar a cuidar da outra pessoa.’” (a expressar o que a cliente sente); C: “Está certo (...) sinto-me frágil, mas estou a gostar de pensar sobre isto.”	(3 – moderadamente) 16:39 – “Claramente, soltar o balão é uma opção. O que eu gostaria de explorar consigo é o impacto que o soltar, em si e nos outros.”
4 – Notei no terapeuta dificuldade em concentrar-se, como se os seus pensamentos se afastassem daquilo que estava a acontecer no momento.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 30:05 – “Então é aí que está o seu medo, o medo de uma relação com um homem. Ainda assim, gostaria de ser capaz de sair da caverna antes que a relação se torne sexual. É isso que me está a dizer?”	(4 – um pouco – <i>invertido</i> ) 13:19 – “Estou um pouco confuso com algumas coisas que disse e talvez me possa esclarecer.”
5 – Verifiquei que o terapeuta foi capaz de colocar de parte as suas próprias exigências e preocupações para estar com o seu cliente.	(5 – completamente) 19:40 – “Então, deduzo que a desesperança seja porque sabe que não sai por completo, parte de si continua bem escondida, completamente protegida e isso não significa sair realmente, a menos que possa sair por inteiro.”	(3 – moderadamente) 28:31 – “Penso que a terapia poderá ajudá-lo realmente, não só a descobrir essas coisas, mas também a trabalhar para mudá-las.”
6 – Observei que o terapeuta se encontrou distante e desconectado do seu cliente, criando uma distância ou barreira emocional entre eles.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 13:21 – “Penso que os seus olhos me estão a dizer que se sente em risco neste momento.”	(4 – um pouco – <i>invertido</i> ) 30:19 – (entre risos) “Parece que tem uma lista de compras (o cliente não entende e fica desconfortável) características que as pessoas devem ter.”
7 – Notei uma profunda apreciação e respeito por parte do terapeuta pelo seu cliente enquanto pessoa.	(5 – completamente) 35:40 – “Sinto realmente respeito por si, pelo seu instinto de se preservar.”	(3 – moderadamente) 33:44 – “Você passou por muito (...) e eu vejo que algumas das reações que tem tido, a depressão, a tristeza, o sentimento de desesperança, talvez sejam naturais.”
8 – Verifiquei que o terapeuta estava alerta e sintonizado com as nuances e subtilezas da experiência do seu cliente, encontrando-se de tal modo sincronizado, que lhe foi possível sentir aquilo que o cliente estava a experienciar.	(4 – muito) 10:00 – “A forma como mexe a cabeça fá-la sentir ‘de qualquer das formas eu não vejo’.”	(3 – moderadamente) 16:25 – “Uma das preocupações que tenho consigo é encontrar diferentes maneiras possíveis para lidar com esses sentimentos de depressão e raiva.”
9 – Verifiquei que o terapeuta estava impaciente ou crítico.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 40:56 – “Esta manhã teve um exemplo de que não precisa de ir tão depressa a ponto de	(4 – um pouco – <i>invertido</i> ) 24:08 – “Mostrar amor? Quando está zangado e alguém o desafia à sua frente, vai mostrar amor?” (com um tom reprovador)

---

<p>10 – Notei que as respostas do terapeuta foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram nele através da experiência de estar com o seu cliente e, conseqüentemente, a resposta externa que lhe transmitiu correspondeu à forma como se sentiu interiormente.</p> <p>11 – Observei que o terapeuta mal podia esperar que a sessão terminasse.</p>	<p>embater, deve ir ao seu ritmo, passo a passo descendo a colina. Está tudo bem, é o ritmo que você tem.”</p> <p>(5 – completamente)</p> <p>36:10 – “Diz isso com um sorriso, mas é bastante profundo para si, não é?”</p> <p>(5 – de modo algum – <i>invertido</i>)</p> <p>14:40 – “Permita que a sua parte assustada saia quando se sentir preparada.”</p>	<p>(3 – moderadamente)</p> <p>13:25 – “Por um lado, diz que não tem a certeza do que levou ao divórcio, quando a notícia chegou, mas ainda assim, há pouco falou sobre alguns factos que poderiam ter contribuído para o divórcio. Acho que não se expressa, estou-me a questionar como é que é que você vê isto.”</p> <p>(4 – um pouco – <i>invertido</i>)</p> <p>10:18 – “Disse que sentia raiva e sarcasmo, mas que fazer esta gravação agora lhe daria a oportunidade de dizer ‘Não, não, eu não sou um homem tão mau’. Penso que existem outras coisas que você pode fazer no seu dia a dia, transmitir esse mesmo sentimento sem ter de fazer uma gravação, ou seja, outras coisas que pode tentar.”</p> <p>(3 – moderadamente)</p> <p>22:18 – “Estou a tentar entender, talvez me possa ajudar. Se houvesse outras formas, que outra forma experimentaria para lidar com a raiva? Outras formas para expressar a raiva diante da sua esposa ou outras pessoas (...) para além de soltar o balão.”</p>
<p>12 – Verifiquei que o terapeuta estava genuinamente interessado na experiência do seu cliente.</p>	<p>(5 – completamente)</p> <p>15:11 – “Quando se sentir suficientemente segura neste relacionamento ou com outras pessoas, será capaz de se permitir a sair da caverna e deixar que a sua parte medrosa possa emergir.”</p>	

Tal como no IPT adaptado à medida observacional, no IPT-C também a escala de *Likert* foi reduzida para 5 pontos, ainda assim, o número de itens manteve-se inalterado (3 itens). Neste sentido, a pontuação global máxima atribuída a cada sessão avaliada por esta versão do inventário perfaz os 15 pontos.

Assim sendo, na Tabela 2 estão apresentados os valores das pontuações globais de cada sessão, as respetivas médias de cada modelo e os desvios padrão. Nomeadamente, a respeito das terapias experienciais, a média das pontuações globais é de 14 e o desvio padrão, .9428. Já a média das pontuações globais das terapias não experienciais é de 9.7 e o desvio padrão, .8233. Mais uma vez, a partir dos valores apresentados pelas médias das diferentes abordagens teóricas já são visíveis as diferenças. Ainda assim, e conforme

aconteceu na primeira fase da investigação, nomeadamente no IPT, considerou-se apropriado constatar se efetivamente existem diferenças estatisticamente significativas entre as terapias. Recorremos mais uma vez ao teste U de Mann-Whitney. O teste apresentou, então, um resultado de p-valor altamente significativo ( $p < 0.000$ ), demonstrando uma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações atribuídas às terapias experienciais e não experienciais, superiorizando as primeiras. Deste modo, é possível depreender que os clientes que trabalham com terapeutas do modelo experiencial sentem maiores níveis de presença terapêutica por parte dos profissionais, do que os pacientes que trabalham com terapeutas do modelo oposto.

**Tabela 6.** Resultados do TPI-C adaptado a uma medida observacional

		Pontuação por sessão	Média	Desvio Padrão	Teste de Mann- Whitney	Valor de p					
<i>Terapias Experienciais</i> <i>N = 10</i>	<b>T. de Auto Atualização</b>	(A2) 13	14	0.9428	0	0.000					
		<b>T.de Análise Transacional</b>					(B2) 15 (C2) 13 (D2) 14				
	<b>T. da Gestalt</b>	(E2) 15 (F2) 13 (G2) 15									
		<b>T. Centrada no Cliente</b>					(H2) 15 (I2) 13 (J2) 14				
							<b>T. Cognitiva T. Cognitivo- Comportamental</b>	(K2) 10 (L2) 8 (M2) 9 (N2) 10 (O2) 10 (P2) 10			
	<b>T. Multimodal T. Psicodinâmica</b>	(Q2) 9 (R2) 11									
		<b>T. Racional- Emotiva T. Narrativa</b>						(S2) 10 (T2) 10			
	<i>Terapias Não Experienciais</i> <i>N = 10</i>								9.7	0.8233	100

Neste sentido, mais uma vez, considerou-se pertinente o desenvolvimento de vinhetas clínicas com o objetivo de espelhar os resultados anteriormente descritos. Na Tabela 4 é possível encontrar expressões e reações dos pacientes à comunicação verbal e

não verbal da presença ou não presença do terapeuta, retiradas a partir dos dois vídeos mais contrastantes entre as abordagens teóricas, nomeadamente uma sessão de Terapia Centrada no Cliente (experencial) e outra de Terapia Cognitivo-Comportamental (não experencial). As vinhetas em questão dizem respeito e pretendem refletir as diferentes cotações atribuídas a cada item do IPT-C, individualmente, em cada uma das sessões.

**Tabela 7. Vinhetas Clínicas – Reflexo dos resultados obtidos através do IPT-C adaptado a uma medida observacional**

Itens	TE – Terapia Centrada no Cliente (sessão H1)	TÑE – Terapia Cognitivo-Comportamental (sessão L1)
1 – O cliente sentiu que o terapeuta estava totalmente presente consigo no momento.	(5 – completamente) 13:21 – T: “Eu sinto que os seus olhos me dizem que está a sentir esse risco neste momento.”; C: “E aqui estou eu.” (emociona-se) 13:51 – “Sinto que estou a dizer a mim mesma que chegar tão longe não é assim tão mau.” 23:11 – “Eu confio em si para saber que lhe posso contar isto e que você pode sentir algo acerca disto.”	(3 – moderadamente) 30:28 – C: “Uma lista de compras?” (não entende o que é que o terapeuta quer dizer com aquilo e mostra-se desconfortável); T: “Quero dizer, características que as pessoas devem ter, você tem esta lista de.”; C: “Sim, a pessoa tem de ter bom aspeto para iniciar algo, tem de me atrair fisicamente.” (como se sentisse que era lógico e que o terapeuta devia ter entendido)
2 – O cliente sentiu que as respostas do terapeuta estavam realmente em sintonia com o que ele estava a experienciar no momento.	(5 – completamente) 6:29 – “Certo, certo. Definitivamente.” 8:00 – “Sim, eu sei disso, eu sou.” 18:11 – “Sim, é verdade, é verdade.” 22:10 – “É verdade, é verdade.” 38:05 – “É verdade.” 39:50 – “Oh, obrigada.”	(2 – um pouco) 23:36 – “Estou a questionar-me acerca do quão sério você está.”
3 – O cliente sentiu que o terapeuta estava distraído.	(5 – de modo algum – <i>invertido</i> ) 18:25 – T: “Parece que uma parte muito sensível, vulnerável de si vive nessa caverna.”; C: (entre suspiros e lágrimas) “Sinto que é a minha parte mais sensível, a minha parte mais sensível.”	(3 – moderadamente) 33:23 – “Ainda não terminei.”

---

34:48 – “Sinto-me fraca, mas gosto disto, estou a gostar de pensar sobre isto.”  
39:14 – “Eu quero dizer ‘Onde é que se tem escondido?’.”

---

## 2. Discussão

Considerando os efeitos benéficos da presença terapêutica tanto no sucesso da terapia como na experiência do cliente, pretendemos contribuir com este estudo para o desenvolvimento de uma medida observacional sobre o indicador acima mencionado, visando o enriquecimento dos estudos de processo da área, a facilitação da formação, treino e supervisão e a conseqüente melhoria da prática do profissional.

O processo terapêutico assenta em três principais categorias, na recetividade, no atendimento interno e na extensão e contacto com o cliente – estando estas categorias integralmente relacionadas com a presença terapêutica (Geller & Greenberg, 2002). Assim sendo, vários autores concebem este último conceito como base e pré-condição subjacentes aos requisitos de um relacionamento adequado entre a díade e possibilita a deteção emocional e cinestésica da experiência do outro, dotando o profissional de uma sensibilidade que lhe permite responder às necessidades do cliente, focando toda a sua atenção no processo (Geller & Greenberg, 2002; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Colosimo & Pos, 2015).

Assim sendo, após a investigação feita a partir da aplicação das duas versões do inventário em vídeos de sessões terapêuticas de modelos teóricos diferentes, de modo a aferir o papel potenciador da mudança nos clientes, foi-nos possível constatar que os profissionais que seguem abordagens experienciais apresentam maiores níveis de presença terapêutica. Especificamente, na versão do terapeuta do inventário, conferimos que a média das pontuações globais dos terapeutas experienciais é superior à dos

terapeutas não experienciais, revelando-se a diferença estatisticamente significativa. A literatura existente explica-nos isto mesmo, sendo que os modelos experienciais mais do que apoio não diretivo, focam-se no papel da emoção e da experiência, que se assume como decisivo na mudança, permitindo o processamento total das emoções e o desenvolvimento e consolidação de significados alternativos, sendo que a interação entre o meio e o processo favorece um modelo dinâmico, ativo e cinestésico, uma vez que a terapia é contínua e está em constante desenvolvimento (Missirlian et al., 2005; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pos et al., 2008; Carryer & Greenberg, 2010; Carvalho & Matos, 2011; Russel & Gillis, 2017). O propósito desta abordagem teórica é compreender a natureza das experiências do cliente, auxiliá-lo a aprofundá-la e simbolizá-la conscientemente e a selecionar opções eficientes e apropriadas, no seio de um relacionamento estável, de modo a que resulte no desenvolvimento de capacidades intra e interpessoais, tendo em conta que o autoconhecimento do paciente é essencial na realização, integração e auto coerência da sua totalidade pessoal e crescimento (Cooper, 2003; Missirlian et al., 2005; Pos et al., 2008; Russel & Gillis, 2017). Contrariamente, Epstein (1994) encarou a divisão não experiencial como a mais importante e razoável porque considera que as pessoas evoluíram no sentido de substituírem o instinto por um sistema cognitivo, comportando-se e interpretando experiências de acordo com aprendizagens retidas de vivências anteriores. Assim, a base comportamental defende que os processos cognitivos do cliente são o motivo dos comportamentos, afetos e motivações desadaptativas, justificando ao declarar que quando existe um necessidade específica demasiado intensa, superioriza-se às outras, e que o próprio comportamento é condicionado por fatores ambientais e crenças irracionais – a psicoterapia surge com o propósito de recuperar e alterar comportamentos, sendo que se considera que a atividade cognitiva pode ser monitorada e modificada, recorrendo a métodos baseados nos

princípios de reforço, punição e extinção (Ellis, 1957; Epstein, 1994; Samoilov & Goldfried, 2000; Labrador, 2004; DeRubeis et al., 2010; Dobson & Dozois, 2010; Dryden et al., 2011; Leonardi, 2015). Assim como as terapias comportamentais, também as terapias psicodinâmicas se focam na dinâmica do comportamento humano, ainda que reconheça cada paciente como complexo, único e paradoxal, com diversas motivações e padrões de interação (Kets de Vries & Cheak, 2014). Segundo os autores, a base psicodinâmica foca-se na exploração de evitamentos do paciente, reconhecendo padrões recorrentes a nível dos pensamentos, sentimentos, autoconceito, relacionamentos e experiências, enfatizando os sonhos, as fantasias e as relações do paciente, potenciando o alcance de novos *insights* (Pole et al., 2008; Shedler, 2010; Kets de Vries & Cheak, 2014).

Ainda nesta linha, posteriormente à aplicação da versão do terapeuta do inventário e com o objetivo de compreender e espelhar as diferenças entre as terapias que influenciam o método e o comportamento verbal e não verbal do terapeuta, inclusive a nível da presença, foram retiradas vinhetas ilustrativas das duas sessões avaliadas como mais contrastantes. As referidas vinhetas encontram-se apresentadas detalhadamente no ponto anterior, no entanto foram selecionadas duas delas para representarem as discrepâncias na presente discussão. Nomeadamente o item 10 – Notei que as respostas do terapeuta foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram nele através da experiência de estar com o seu cliente e, conseqüentemente, a resposta externa que lhe transmitiu correspondeu à forma como se sentiu interiormente – o terapeuta da corrente experiencial foi avaliado com 5 pontos (completamente) na escala de *Likert* e o item foi ilustrado com a seguinte vinheta: (sessão H) T – “*Diz isso com um sorriso, mas é bastante profundo para si, não é?*”; já o terapeuta da corrente não experiencial foi avaliado com 3 pontos (moderadamente) na escala de *Likert* e o item foi ilustrado com a seguinte vinheta: (sessão L) T – “*Por um lado, diz que não tem a certeza*

*do que levou ao divórcio, quando a notícia chegou, mas ainda assim, há pouco falou sobre alguns factos que poderiam ter contribuído para o divórcio. Acho que não se expressa, estou-me a questionar como é que é que você vê isto.”*. As diferenças são notórias entre as duas vinhetas, especificamente na intensidade colocada por parte de cada um dos terapeutas na resposta dada aos seus pacientes, e percebemos isto mediante aquilo que a literatura destaca. Considera-se, então, que a relação entre terapeuta e paciente deve assentar em empatia, confiança recíproca, genuinidade, respeito, aceitação emocional e congruência, de modo a que o entendimento interno do profissional seja coerente com a realidade, o que faz com que o outro seja produtivo e não defensivo, promovendo a mudança (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley, 2000; Thorne & Lambers, 2007; Freire & Grafanaki, 2010; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Greenberg, 2014; Ratner, 2017; Krogh et al., 2019). Segundo os autores, a presença terapêutica está intrinsecamente associada às respostas advindas da resposta interna e espontânea do profissional e estas ajudam o paciente a aceder às suas emoções mais profundas, e por isto se considera que a experiência interna do terapeuta e a percepção do cliente acerca da mesma, assumem igual importância (Brodley, 1994; Brodley, 1999; Brodley 2000; Greenberg & Geller, 2001; Greenberg, 2014).

Para além de se ter verificado através da investigação que os terapeutas experienciais apresentam maiores níveis de presença terapêutica, o mesmo se apurou em relação à percepção dos clientes acerca destes terapeutas. Concretamente, na versão do cliente do inventário, verificamos que a média das pontuações globais dos que frequentam terapias experienciais é superior à dos que frequentam terapias não experienciais, revelando-se a diferença estatisticamente significativa. Sustentando estes resultados, os autores defendem que o total envolvimento do terapeuta, momento a momento, gera abertura por parte do cliente para explorar assuntos dolorosos e privilegia o seu

crescimento pessoal num ambiente seguro, protegido e de suporte, sustentado pelo profissional (Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013). Quanto mais se verifica e é percebida a presença, mais eficaz é o processo terapêutico e esta eficácia depende extremamente da percepção do paciente acerca das atitudes do terapeuta e, por este motivo, é essencial que este sinta e partilhe compreensão empática e consideração positiva de forma a que o cliente as compreenda, uma vez que o seu feedback é muito importante, não só para o processo terapêutico como para o processo de aprendizagem profissional, assim como na sua presença (Essig & Russel, 1990; Brodley, 1999; Tudor, 2011; Thorne & Lambers, 2007; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014; Cornelius-White et al., 2018). Especificamente a nível das diferenças verificadas entre os modelos teóricos, a literatura explica o self do cliente é reconhecido a partir da experiência e, assim sendo, considera-se importante, não só a experiência da qual está ciente, mas particularmente o processo de tomada de consciência e, neste sentido, as terapias experiencias, com base humanista, lógica e existencial, surgem como alternativa ao behaviorismo e freudianismo pulsional e contrariam as visões determinísticas que compreendem a natureza humana fundamentada somente em reforço, impulso e influências passadas (Pos et al., 2008). As terapias experienciais tornam a vida do paciente mais produtiva, identificando e desenvolvendo as suas capacidades, sobretudo no âmbito da prevenção e construção de significados (Dondena, 2008; Carryer & Greenberg, 2010). Já as terapias comportamentais, de base não experiencial, concebem a emoção como uma interrupção na sequência comportamental que interfere no pensamento e comportamento racionais, manifestando-se como um sintoma clínico, sintoma este que surge devido ao paciente inculir em si mesmo declarações negativas, irrealistas, ilógicas e autodestrutivas, das quais não tem consciência, e que carecem de ser diminuídas ou contidas, uma vez que defendem que a modificação de pensamentos e crenças seria o bastante (Ellis, 1957;

Samoilov & Goldfried, 2000). As terapias psicodinâmicas, também de base não experiencial, contemplam que ainda que os padrões e os relacionamentos derivem de experiências passadas, atuam consistentemente no presente e muitas vezes o paciente resiste à mudança, por isto o profissional privilegia a exploração das vivências primárias, a relação entre o passado e o futuro e os motivos que mantêm o primeiro tão vivo, dando palco às fontes de energia e às forças motivacionais que instigam as ações do cliente (Zeanah et al., 1989; Pole et al., 2008; Shedler, 2010; Kets de Vries & Cheak, 2014). Os autores defendem que se tem vindo a constatar um atraso na aceitação das descobertas científicas no sentido de novas direções e para decidir o que é factual entre terapeutas desta abordagem, uma vez que maioritariamente rejeitam descobertas que discordam dos seus próprios sistemas teóricos (Harwood et al., 2010).

Neste seguimento, e conforme se verificou na primeira versão mencionada, subsequentemente à aplicação da versão do cliente do inventário e com o objetivo de refletir a distinção entre a perceção dos clientes acerca dos comportamentos verbais e não verbais dos terapeutas experienciais e não experienciais, designadamente acerca da presença, foram também retiradas vinhetas clínicas das duas sessões consideradas mais antagónicas. Ainda que as vinhetas se encontrem minuciosamente descritas no ponto anterior, foram eleitas duas delas para representarem as diferenças nesta discussão. Designadamente o item 1 – O cliente sentiu que o terapeuta estava totalmente presente consigo no momento – a perceção do cliente da corrente experiencial foi avaliada com 5 pontos (completamente) na escala de *Likert* e o item foi ilustrado com a seguinte vinheta: (sessão H1) T – “*Eu sinto que os seus olhos me dizem que está a sentir esse risco neste momento.*”; C – “*E aqui estou eu.*” (emociona-se); por outro lado, a perceção do cliente da corrente não experiencial foi avaliada com 3 pontos (moderadamente) na escala de *Likert* e o item foi ilustrado com a seguinte vinheta: (sessão L1) C: “*Uma lista de*

*compras?”* (não entende o que é que o terapeuta quer dizer com aquilo e mostra-se desconfortável); T: *“Quero dizer, características que as pessoas devem ter, você tem esta lista de...”*; C: *“Sim, a pessoa tem de ter bom aspeto para iniciar algo, tem de me atrair fisicamente.”* (como se sentisse que era lógico e que o terapeuta devia ter entendido). A diferente interação entre os terapeutas das duas abordagens teóricas com os seus pacientes é visível e facilmente destacável, enquanto um (terapia experiencial) está realmente presente, a acompanhar a comunicação não verbal do cliente levando-o inclusivamente a emocionar-se, o outro (terapia não experiencial) assume um comportamento mais distante fazendo com que o cliente se sinta desconfortável, demonstrando-o. Compreendemos isto com base nos estudos que afirmam que quando o paciente finalmente se sente seguro, permite a entrada do terapeuta no seu mundo interno de experiências temidas e difíceis, uma vez que o conteúdo, a frequência e complexidade das respostas e o vocabulário do profissional devem ser sempre adaptadas ao outro, assim como a competência do terapeuta em ser real e verdadeiro, partilhando sentimentos e pensamentos, o que auxilia a construção de confiança entre os dois (Brodley, 1999; Greenberg & Geller, 2001; Geller, 2013; Greenberg, 2014; Ratner, 2017). Desta forma, a presença terapêutica assume um papel fundamental na capacidade do cliente em desenvolver confiança interna consigo, com a experiência, com o processo e com terapeuta, e para isto o profissional deve dar-lhe espaço, promover uma relação igualitária baseada no respeito, ausência de crítica e intrusão, gerando uma aliança positiva e eficácia da terapia (Brodley, 2000; Greenberg & Geller, 2001; Thorne & Lambers, 2007; Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Crisp, 2014; Greenberg, 2014).

Os estudos conferem que a comunicação verbal e não verbal assume um papel essencial, isto porque a presença do terapeuta é compreendida quando este a expressa de algum modo físico e o paciente a interpreta como estímulos significativos, contribuindo

naturalmente para o impacto no paciente e no processo terapêutico, e isto está relacionado com características e comportamentos do profissional, com as suas qualidades emocionais, afetivas e físicas que são percebidas pelo outro, concluindo-se que este sente quando o terapeuta está ou não presente (Brodley, 2000; Brodley, 1999; Geller, 2013; Greenberg, 2014). Posto isto, é possível, então, compreender que caso o terapeuta assuma um registo menos consistente a nível de presença terapêutica, não só é visível como tem repercussões na eficácia do processo, levando o cliente a colocar-se numa posição mais defensiva gerando uma barreira emocional entre ambos. O oposto ocorre quando o profissional comunica genuinamente a sua presença diante do cliente, possibilitando a sua percepção, tornando o processo mais rico e proveitoso para os dois.

A partir do levantamento de dados é possível considerar que estes são efetivamente consistentes com os resultados obtidos através da investigação realizada. Desta forma, pode concluir-se que os objetivos deste estudo foram cumpridos, nomeadamente a análise e compreensão da presença terapêutica através da aplicação das duas versões da escala adaptada em vídeos de sessões terapêuticas de diferentes abordagens teóricas, especificamente descrevendo os comportamentos predominantes do profissional em cada uma delas, bem como relatando os impactos da mesma no cliente.

## **Considerações Finais**

Em suma, ainda que se tenham cumprido os objetivos gerais e específicos do estudo, naturalmente é possível destacar algumas limitações. Foram necessários vídeos de sessões terapêuticas para aplicar as duas versões da escala, devido à impossibilidade de assistir a sessões presencialmente. Desta forma, houve algumas dificuldades em encontrar vídeos atuais e adequados ao propósito do estudo, alguns dos vídeos, embora fossem extremamente apropriados àquilo que pretendíamos, eram bastante antigos. Isto gerou algumas complicações, sobretudo na fase do desenvolvimento das vinhetas clínicas, sendo que a qualidade do áudio era um tanto reduzida e, por consequência, o facto da língua ser inglesa criou alguns constrangimentos na compreensão detalhada. Outra limitação foi o facto de se tratar de sessões únicas, o que impossibilitou a compreensão da potencial evolução da presença terapêutica ao longo do tempo.

Refletindo sobre as limitações anteriormente mencionadas, é possível considerar que caso a investigação fosse feita através da avaliação presencial de sessões terapêuticas ou até apenas a partir de vídeos atuais de processos terapêuticos completos, os resultados poderiam ser diferentes, sendo possível inclusivamente acompanhar e descrever a evolução do profissional e a perceção desta evolução por parte do paciente. Deste modo, deixo esta sugestão para futuras investigações.

## Referências Bibliográficas

- Aaron Beck. (1986). *Three Approaches to Psychotherapy 3: Dr. Aaron Beck* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy3draaronbeck>
- Albert Ellis. (1968). *Three Approaches to Psychotherapy 1: Dr. Albert Ellis* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy1dralbertellis>
- Arnold Lazarus. (1977). *Three Approaches to Psychotherapy 2: Dr. Arnold Lazarus, Multimodal Behavior Therapy* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy2drarnoldlazarus>
- Austin Hill. (2017, janeiro 26). *Carl Rogers Counsels An Individual On Anger* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uRCD3anKsa0&fbclid=IwAR0Vw6XiPxvHvkZujOSuzaT8mcnB8WRdu2Y-wQ03-J8dZkOG0ZTZmMe7V3c>
- Australian Institute of Professional Counsellors. (2013, setembro 6). *Role Play: Gestalt Therapy* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AJ4Uyf5X6Sw>
- Australian Institute of Professional Counsellors. (2013, setembro 9). *Role Play: Cognitive Behavior Therapy* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x7HJmVx3qN4>
- Batista, C. G. (1996). Observação do comportamento. Em L. Pasquali (Org.). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. (pp. 393-425). Brasília: INEP.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.

- Bourgault, M., & Dionne, F. (2019). Therapeutic Presence and Mindfulness: Mediating Role of Self-Compassion and Psychological Distress among Psychologists. *Mindfulness*, 10(4), 650-656.
- Bradford, K. (2011). Authenticity and presence: the transpersonal legacy of James FT Bugental. *Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2), 119.
- Brodley, B. T. (1994). Some observations of Carl Rogers' behavior in therapy Interviews. *Person-Centered Journal*, 1(2), 37-48.
- Brodley, B. T. (1999). Reasons for responses expressing the therapist's frame of reference in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 6(1), 4-27.
- Brodley, B. T. (2000). Personal presence in client-centered therapy. *Pers Cent J*, 7, 139-149.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Carl Rogers. (1977). *Three approaches to Psychotherapy 2: Dr. Carl Rogers* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy2drcarlrogers>
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 190.
- Carvalho, H. M. D., & Matos, P. M. (2011). Ser e tornar-se Psicoterapeuta parte I: diálogo entre experiências pessoais e profissionais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 80-95.
- Centro de Mindfulness. (2013, junho 14). *Paulo Knapp Demonstra uma Sessão de Terapia Cognitivo Comportamental – TCC* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em:

[https://www.youtube.com/watch?v=VS6YMAjdGZA&fbclid=IwAR0WmGkDoBqtl1-yY2glTvb7MwpRWgnCwi6g\\_2qOIOG1wJENIAMCQuj4Bc](https://www.youtube.com/watch?v=VS6YMAjdGZA&fbclid=IwAR0WmGkDoBqtl1-yY2glTvb7MwpRWgnCwi6g_2qOIOG1wJENIAMCQuj4Bc)

- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of psychotherapy integration, 25*(2), 100.
- Cooper, M. (2003). Between Freedom and Despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy/Zwischen Freiheit und Verzweiflung: Existenzielle Herausforderungen an Personzentrierte and Experienzielle Therapie—einige Beiträge/Entre la libertad y la desesperación: cuestionamientos y contribuciones existenciales a la terapia centrada en la persona y experiencial. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 2*(1), 43-56.
- Cornelius-White, J. H., Kanamori, Y., Murphy, D., & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration, 28*(4), 489.
- Crenshaw, D. A., & Kenney-Noziska, S. (2014). Therapeutic presence in play therapy. *International Journal of Play Therapy, 23*(1), 31.
- Crisp, R. (2014). Characteristics of master therapists and the influence of Carl Rogers: A discussion. *Counselling Psychology Review, 29*(3), 55-64.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (3<sup>rd</sup> Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 277-316). New York, United States of America: The Guildford Press.
- Dessen, M. A. & Murta, S. G. (1997). A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: uma visão crítica. *Cadernos de Psicologia, 1*, 47-60.

- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (3<sup>rd</sup> Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3-38). New York, United States of America: The Guildford Press.
- Donald Meichenbaum. (1986). *Three Approaches to Psychotherapy 3: Dr. Donald Meichenbaum* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy3drdonaldmeichenbaum>
- Dondena, L. M. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en humanidades*, (18), 55-69.
- Dryden, W., David, D., & Ellis, A. (2010). Rational emotive behavior therapy. In K. S. Dobson (3<sup>rd</sup> Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 226-276). New York, United States of America: The Guildford Press.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., & Zapadka, J. K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of counseling psychology*, 29(4), 379.
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44.
- Emily Ruppert. (1973a). *Transactional Analysis: A Demonstration of Individual Therapy – Art* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/transactionalanalysisademonstrationofindividualtherapyart>
- Emily Ruppert. (1973b). *Transactional Analysis: A Demonstration of Individual Therapy – Elaine* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/transactionalanalysisademonstrationofindividualtherapyelaine>

- Emily Ruppert. (1973c). *Transactional Analysis: A Demonstration of Individual Therapy – Pat* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/transactionalanalysisademonstrationofindividualtherapy/pat>
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist*, 49(8), 709.
- Essig, T. S., & Russell, R. L. (1990). Analyzing subjectivity in therapeutic discourse: Rogers, Perls, Ellis, and Gloria revisited. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 27(2), 271.
- Everett Shostrom. (1977). *Three Approaches to Psychotherapy 2: Dr. Everett Shostrom* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy2dreverettshostrom>
- Eysenck, H. J. (1972). Behavior therapy is behavioristic. *Behavior Therapy*, 3(4), 609-613.
- Frederick Perls. (1965). *Three approaches to psychotherapy* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy1drfrederickperls>
- Freire, E., & Grafanaki, S. (2010). Measuring the relationship conditions in person-centred and experiential psychotherapies: Past, present, and future.
- Fruzzetti, A. E., & Erikson, K. R. (2010). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (3<sup>rd</sup> Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 347-372). New York, United States of America: The Guildford Press.
- Geller, S. M. (2003). Therapists' presence: The development of a model and a measure.

- Geller, S. M. (2013a). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. In Cooper, M., Schmid, P. F., O'Hara, M., & Bohart, A. C. (Eds.). *The Handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counselling* (2nd ed.), pp. 209-222. Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M. (2013b). Therapeutic Presence as a Foundation for Relational Depth. In Knox, R., Murphy, D., Wiggins, S., & Cooper, M. (Eds.). *Relational depth: New perspectives and developments*. pp.175-184. Basingstoke: Palgrave
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter/Therapeutische Präsenz: erfahrungen von Therapeuten mit Präsenz in der psychotherapeutischen Begegnung/La Presencia Terapéutica: la Experiencia de la Presencia que Viven los Terapeutas en el Encuentro Psicoterapéutico. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice*, 1, 131-149.
- Hans Strupp. (1986). *Three Approaches to Psychotherapy 3: Dr. Hans Strupp* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://archive.org/details/threeapproachestopsychotherapy3drhansstrupp>
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., & Charvat, M. (2010). Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. In K. S. Dobson (3<sup>rd</sup> Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 94-130). New York, United States of America: The Guildford Press.

- Honos-Webb, L., Stiles, W., Greenberg, L., & Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 264-286.
- Judith Johnson. (2016, fevereiro 23). *CBT for Social Anxiety Disorder: Using downward arrow and thought challenging techniques* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W3hMmZQAdhw>
- Kets de Vries, M. F., & Cheak, A. (2014). Psychodynamic approach.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163.
- Krogh, E., Langer, Á., & Schmidt, C. (2019). Therapeutic presence: its contribution to the doctor-patient encounter. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 39(1), 49-53.
- Labrador, F. J. (2004). Skinner and the rise of behavior modification and behavior therapy. *The Spanish journal of psychology*, 7(2), 178-187.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas em análise do comportamento*, 6(2), 119-131.
- Malin, A. (2016). Therapist expressed empathy across experiential treatment for depression: Its growth and relationship to other psychotherapy processes.
- Maurer, R. E., & Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of counseling psychology*, 30(2), 158.

- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(5), 861.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 113.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 875.
- Pellegrini, A. D. (1996). *Observing children in their natural worlds: a methodological primer*. New Jersey: Erlbaum.
- Pepler, D. J. & Craig, W. M. (1995) A peek behind the fence: naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology, 3* (4), 548-553.
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 221.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Elliott, R. (2008). Experiential therapy. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*, 80-122.

- Ratner, J. (2017). *Presence, Being, Initiation: Understanding and Teaching Presence, the Lineage and Legacy of James Bugental*.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 582.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 3a ed.
- Russell, K. C., & Gillis, H. L. (2017). Experiential therapy in the mental health treatment of adolescents. *Journal of Therapeutic Schools and Programs, 4*(1), 1695.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: science and practice, 7*(4), 373-385.
- Schwarz, N., Snir, S., & Regev, D. (2018). The therapeutic presence of the art therapist. *Art Therapy, 35*(1), 11-18.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist, 65*(2), 98.
- Thorne, B., & Lambers, E. (2007). Person-centred therapy. *Dryden's handbook of individual therapy, 144-172*.
- Todd Grande. (2015, outubro 23). *CBT Role-Play – Managing Anger* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=W\\_tDRu67JnI&t=11s&fbclid=IwAR2xiXRXc5QhT0mMw0rzlwBtpF-NCmtm8yCKH-hH4Kwax3-IsEZcXH16pI](https://www.youtube.com/watch?v=W_tDRu67JnI&t=11s&fbclid=IwAR2xiXRXc5QhT0mMw0rzlwBtpF-NCmtm8yCKH-hH4Kwax3-IsEZcXH16pI)
- Todd Grande. (2016, fevereiro 14). *Narrative Therapy Role-Play – Externalizing the Problem – Excessive Worry* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Gbt41Zn8qSU>

- Todd Grande. (2016, março 7). *Gestalt Therapy Role-Play – Two-Chair Technique with Angry Part of Self* [Ficheiro em vídeo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ahm-ALEOsc>
- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1970). The effects of counselor accurate empathy and non-possessive warmth upon client vocational rehabilitation progress. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 4(4).
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 165-180.
- Zeanah, C. H., Anders, T. F., Seifer, R., & Stern, D. N. (1989). Implications of research on infant development for psychodynamic theory and practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 657-668.