

Instituto Universitário da Maia - ISMAI
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

A Presença Terapêutica: Elaboração de uma medida observacional e respetivo manual de aplicação
com base no *Inventory of Therapeutic Presence*

Cristina Azevedo, N° 34648

Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora

Professora Doutora Daniela Nogueira

outubro, 2020



Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Daniela Nogueira, pelas aprendizagens proporcionadas ao longo deste percurso.

À Paula, Francisca, Rita e Maria, pelos momentos de companheirismo, entreajuda e trabalho.

À minha família e amigos, pela ajuda prestada nos momentos mais difíceis.

Obrigada a todos!

Resumo

A presença terapêutica tem sido considerada como um elemento basilar para a solidificação de um bom relacionamento terapêutico, no qual o cliente se sente aceito, ouvido e compreendido. O presente estudo, tem por base a crescente necessidade da existência de uma medida observacional que permita avaliar e identificar quais os comportamentos que o terapeuta adota, e, que demonstram um estado de presença terapêutica ou a ausência desta componente. Posto isto, o principal objetivo desta investigação reside na adaptação do inventário da presença terapêutica, numa medida observacional. Como objetivos específicos foram delineados os seguintes: a) tradução do inventário para português e respetiva adaptação dos itens ao formato observacional e b) introdução de excertos exemplificativos de casos clínicos para os domínios mais contrastantes de cada dimensão da escala, por forma a apoiar o treino dos juízes, e assim aumentar a fidelidade de aplicação da escala. Para cumprir o objetivo do estudo, os dados foram recolhidos através da visualização e codificação de vídeos constituídos por terapeutas de diferentes abordagens teóricas. Foi possível recolher vinhetas ilustrativas para o nível mínimo e máximo da escala e, conseqüentemente, concluir que determinados comportamentos verbais e não verbais, que o terapeuta adota, interferem no processo terapêutico, transmitindo, ou não, um estado de presença terapêutica.

Palavras chave: presença terapêutica; inventário da presença terapêutica; medida observacional.

Abstract

Therapeutic presence has been considered as a basic element for the solidification of a good therapeutic relationship, in which the client feels accepted, heard and understood. The present study is based on the growing need for an observational measure that allows assessing and identifying which behaviors the therapist adopts, and which demonstrate a state of therapeutic presence or an absence of this component. That said, the main objective of this investigation is to adapt the inventory of therapeutic presence in an observational measure. As specific objectives the following were outlined: a) translation of the inventory to Portuguese and respective adaptation of the items to the observational format and b) introduction of sample excerpts from clinical cases for the most contrasting domains of each dimension of the scale, in order to support the training of judges, and thus increase the fidelity of application of the scale. To fulfill the objective of the study, data were collected through the visualization and encoding of videos made up of therapists from different theoretical approaches. It was possible to collect illustrative vignettes for the minimum and maximum scale level, and conclude that certain verbal and non-verbal behaviors, which the therapist adopts, interfere with the therapeutic process, transmitting, or not, a state of therapeutic presence.

Keywords: therapeutic presence; inventory of therapeutic presence; observational measure.

Índice

Introdução.....	6
Capítulo I – Enquadramento Teórico	8
1. A Presença Terapêutica	8
1.1 Estados de Presença e Não Presença	11
1.2 Estudos Realizados sobre a Presença Terapêutica.....	13
2. Medidas Observacionais.....	19
Capítulo II – Apresentação do Estudo Empírico.....	24
1. Objetivos do estudo	24
2. Método.....	24
2.1 Participantes	24
2.2 Instrumentos	25
Inventário da Presença Terapêutica.....	25
2.3 Procedimentos	27
2.3.1 Codificações	27
2.3.2 Adaptação do Inventário da Presença Terapêutica.....	28
Capítulo III – Apresentação e Discussão de Resultados	31
Resultados	31
Discussão.....	48
Considerações Finais.....	52
Referências.....	54

Introdução

A presente dissertação foi realizada no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), sob a orientação da Professora Doutora Daniela Nogueira. O principal objetivo residiu na adaptação do inventário da presença terapêutica (*Inventory of Therapeutic Presence*), numa medida observacional. Para isso, um dos objetivos específicos passou pela introdução de excertos exemplificativos para os domínios mais contrastantes de cada dimensão da escala.

A psicoterapia trata-se de um procedimento que se baseia no diálogo entre duas pessoas que, por consequência, conduz à compreensão de aspetos essenciais relativos ao outro indivíduo e que, de alguma forma, servem de auxílio para o processo terapêutico. No entanto, para que seja possível levar a cabo um tratamento eficaz, é necessário que o terapeuta adote uma determinada postura, de modo a que o cliente se sinta à vontade para explorar as problemáticas que o assolam (Jung, 2011). Assim, o terapeuta possui uma série de responsabilidades para que o processo terapêutico ocorra com sucesso. Entre as vastas características, o terapeuta necessita de ter consciência dos seus problemas, para que isso não interfira com o cliente, e, por outro lado, ser empático, demonstrando a capacidade de se colocar no lugar do outro e apresentar-se como um indivíduo genuíno. Além disso, como tem vindo a ser notado, um aspeto adicional que auxilia a psicoterapia e os bons resultados terapêuticos, trata-se da presença terapêutica, na qual o terapeuta mantém a sua mente clara, focando-se no aqui e no agora (Faleiros, 2004). Tendo em consideração estas particularidades, foi considerado pertinente a adaptação do inventário da presença terapêutica (*Inventory of Therapeutic Presence*), numa medida observacional. Este inventário trata-se de uma medida de autorrelato cujo principal propósito é avaliar a perceção do terapeuta relativamente à sua presença, bem como a perspetiva do cliente sobre a presença do terapeuta, durante o encontro terapêutico (Geller et al., 2010). Reforçando a relevância da adaptação do inventário numa medida

observacional, foi referido, não só pela autora da escala, como por outros autores, a importância da criação de uma medida deste género que permita avaliar a presença dos terapeutas através de manifestações comportamentais e obter indicadores referentes ao que a presença terapêutica realmente parece num encontro terapêutico, com o propósito de compreender as qualidades da presença terapêutica e entender se existem comportamentos específicos que o terapeuta adota e que levam o cliente a sentir que o mesmo está completamente presente (Geller & Greenberg, 2012; Colosimo & Pos, 2015). Deste modo, a pertinência deste estudo justifica-se com base na necessidade, evidenciada por vários autores, da criação de uma medida observacional que auxilie no treino de juízes e elucide o tipo de comportamentos que o terapeuta adota, no encontro terapêutico, que demonstram presença terapêutica, ou falta dela.

Por conseguinte, a presente dissertação encontra-se dividida em três capítulos essenciais. O primeiro capítulo destina-se à apresentação do enquadramento teórico, que sustenta o estudo subsequente. O segundo capítulo dedica-se à descrição do estudo empírico, em específico o método, que engloba a caracterização dos participantes, instrumentos e procedimentos utilizados. Por fim, o último capítulo refere-se à apresentação e discussão dos resultados, culminando num conjunto de considerações finais que apontam as dificuldades vivenciadas ao longo da presente investigação, bem como possíveis sugestões para futuros estudos.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Neste capítulo apresenta-se a revisão da literatura que sustenta o estudo que se segue referente à criação de um manual de uma medida observacional baseado no inventário da presença terapêutica. Encontra-se dividido em quatro partes essenciais. Em primeiro lugar é descrita a presença terapêutica, em específico a sua definição bem como as componentes que engloba. Em seguida, aborda-se os estados de presença e não presença, explicitando possíveis comportamentos verbais e não verbais demonstrados pelo terapeuta, para ambos os casos. Logo depois, é realizado um levantamento dos estudos feitos em torno do construto da presença terapêutica. Por fim, é feita uma menção às medidas observacionais, salientando a sua importância, bem como uma breve descrição de algumas medidas observacionais utilizadas no âmbito da psicologia.

1. A Presença Terapêutica

Ao longo do tempo, a presença terapêutica tem sido estudada à luz de várias abordagens teóricas e definida por vários autores, ficando patente a sua importância na psicoterapia e o seu papel preditor na eficácia da mesma (Bugental, 1987; Geller, 2017).

Assim, a presença terapêutica tem sido descrita como a capacidade de estar completamente no momento para o cliente, com poucos objetivos em mente, nos mais variados níveis, nomeadamente físico, emocional, cognitivo, espiritual e relacional. Ao abordar o cliente com um estado de presença, sem uma agenda pré-concebida, o terapeuta permite que o cliente perceção o espaço como um local seguro, onde se sente bem para explorar aspetos dolorosos da sua vida (Krug, 2009; Geller, 2013, 2017). Através da existência de um estado de presença, um diálogo e encontro genuíno emergem, levando a que o cliente se sinta ouvido, compreendido e aceite. Para isto, o terapeuta necessita de suspender os seus julgamentos relativamente àquilo que espera do cliente e da terapia (Yontef, 1998). Este estado de presença envolve que o terapeuta esteja centralizado em si, e, ao mesmo tempo, recetivo, absorvendo as expressões verbais e não verbais

do cliente. Por outro lado, a presença terapêutica também se apresenta como uma forma de o terapeuta monitorizar o seu próprio comportamento durante o processo terapêutico (Welwood, 1997). Assim, o terapeuta consegue compreender se as suas respostas e intervenções estão a auxiliar o cliente no processo terapêutico e a fortalecer o relacionamento. A presença terapêutica tem sido defendida como o primeiro passo para o desenvolvimento de um relacionamento empático, de um forte relacionamento terapêutico, aliança terapêutica, bem como elemento facilitador de uma boa adesão terapêutica, por parte do cliente (Kossak, 2009; Geller et al., 2012; Greenberg, 2014; Geller, 2020).

Com efeito, a presença tem sido considerada como uma característica fundamental para que as condições terapêuticas estabelecidas por Rogers, nomeadamente, a empatia, a congruência e a consideração positiva incondicional, emergem no processo terapêutico (Rogers, 1957; Baldwin, 1987; Greenberg & Geller, 2001). Carl Rogers, reconhece que quando está totalmente focado no cliente, só o facto de estar presente parece ser curador. Ao longo da sua vida deu um enfoque significativo às três condições básicas anteriormente referidas, reconhecendo, mais tarde, a existência de outro elemento realmente importante: quando o terapeuta se encontra totalmente presente. Ao estar presente, o terapeuta deve incluir a sua intuição, preocupação e capacidade para ouvir de forma aceitante (Baldwin, 1987). Assim, para se alcançar a compreensão empática, é fundamental que o terapeuta apresente aspetos inerentes à presença, em específico, que seja recetivo e permissivo em relação à experiência do cliente. Ao encontrar-se nesse estado, o terapeuta consegue ouvir, sentir e compreender o que o cliente está a experienciar e devolver-lhe este conhecimento (Barret-Lenard, 1981).

Outra componente fundamental na terapia trata-se da perceção que o cliente possui do espaço terapêutico e do terapeuta como um meio seguro, onde se sente à vontade para explorar aspetos difíceis e vulnerabilidades da sua vida. Assim, segundo uma perspetiva neurológica, a

teoria *polyvagal* proposta por Porges (1995), refere que nos mamíferos, o sistema parassimpático encontra-se dividido em dois subsistemas, distintos, a nível anatómico, funcional e filogenético. Esta teoria enfatiza a distinção neurofisiológica e neuroanatómica entre dois ramos do nervo vago e propõe que cada ramo suporta diferentes estratégias comportamentais, explicando que quando os clientes sentem a presença do terapeuta, não só se sentem sincronizados com ele, mas o seu cérebro também estabelece um estado de segurança. Segundo esta teoria, a interação entre terapeuta e cliente pode resultar numa ativação fisiológica ou numa desregulação emocional que pode ser estabilizada através de interações sociais, que incluem uma expressão facial que demonstre afeto, postura corporal aberta, tom de voz e ritmo adequado. Através da voz calorosa, contacto ocular e uma postura corporal aberta, o cliente experiênciava uma sensação de calma e segurança proveniente do terapeuta (Porges, 1995, 2007; Geller & Porges, 2014).

O relacionamento terapêutico está repleto de mensagens não verbais que são interpretadas pelos clientes de uma forma fisiológica. Assim, o sistema nervoso do cliente deteta características de segurança através da comunicação transmitida pelo terapeuta, ao nível do corpo, cara, voz e respiração. Ao sentir-se seguro, através da presença do seu terapeuta, o estado fisiológico do cliente permite que este consiga explorar as suas vulnerabilidades e envolver-se num trabalho terapêutico eficaz. A ausência de presença no momento terapêutico, faz com que o cliente se sinta inseguro e crie uma barreira emocional. Paralelamente, este estado faz com que a voz do terapeuta perca ritmo, as suas expressões faciais se tornem mais tensas e revelem uma falta de contacto com a experiência do cliente (Porges, 1995, 2007; Geller & Porges, 2014).

Deste modo, a teoria *polyvagal* realça a importância da conexão facial e o ritmo da voz. Segundo esta perspectiva, as pistas de segurança ou perigo são comunicadas através de expressões faciais, contacto ocular, tom de voz e postura corporal, uma vez que a cara e o corpo são condutores poderosos destes aspetos, apresentando a noção de que a cara é um dos elementos que transmite a

presença ao cliente. O terapeuta ao demonstrar presença terapêutica através de uma expressão facial de conexão e uma postura receptiva, leva a que o cliente se sinta seguro e, conseqüentemente, ocorra uma regulação neural da sua fisiologia (Porges, 1995, 2007; Cohn & Ekman, 2005; Geller & Porges, 2014).

De forma sucinta, a presença terapêutica tem sido considerada como um aspecto fundamental e preliminar para que outras componentes importantes emergam, e, conseqüentemente, o cliente se sinta seguro, aceite e compreendido, ao ponto de conseguir partilhar com o terapeuta as suas vulnerabilidades e problemas. Deste modo, como descrito anteriormente, a presença terapêutica apresenta-se como um elemento facilitador e preditor de uma forte aliança terapêutica, bem como de resultados eficazes no processo terapêutico (Nocross & Hill, 2002; Mohr et al., 2005; Kossak, 2009; Geller et al., 2012).

1.1 Estados de Presença e Não Presença

Se estar presente facilita o processo terapêutico, a ausência desta componente pode interferir no mesmo. Assim, torna-se crucial compreender tanto os comportamentos que demonstram presença, bem como aqueles que revelam a sua falta (Colosimo & Pos, 2015). Existem vários fatores que podem interferir com a presença do terapeuta na sessão, sendo alguns dos exemplos a hiper-intelectualização, fadiga, medo, reatividade (interpessoal ou intrapessoal), distração, contratransferência, bem como problemas físicos. A hiper-intelectualização pode surgir como consequência de um pensamento demasiado teórico e analítico, sendo que alguns dos comportamentos verbais e não verbais que podem emergir na ausência de presença, passam pela utilização de inferências verbais contendo teorias ou ideias pré-concebidas sobre o cliente, utilização de linguagem demasiado abstrata, contacto ocular não direccionado para o cliente ou uma expressão facial que indique julgamento. O terapeuta pode demonstrar medo através de uma expressão facial flácida, falta de respiração, agitação, mudar o tema de conversa de forma repentina

ou direcionar o seu corpo e contacto ocular para longe do cliente. Relativamente ao cansaço, fadiga ou sonolência, podem ser exibidos através de bocejos, postura corporal desleixada, necessidade de segurar a cabeça com a mão, esfregar os olhos ou demonstrar uma expressão facial de aborrecimento. Os sinais verbais podem incluir a falta de participação no diálogo ou respostas que indicam que o terapeuta não está a seguir ou a ouvir a narrativa do cliente. Marcadores comportamentais que indicam a reatividade do terapeuta, podem incluir uma expressão facial ou tom de voz que demonstra irritabilidade, postura corporal rígida ou iniciar um diálogo pautado pela confrontação. No que concerne à distração, podemos considerar como exemplos verificar constantemente as horas, perder oportunidades para demonstrar responsividade, ou ignorar as expressões faciais do cliente (Colosimo & Pos, 2015). A contratransferência é definida como englobando as reações internas ou externas do terapeuta, moldadas a partir dos conflitos emocionais ou vulnerabilidades (passadas ou presentes) do terapeuta. Este processo é pautado por emoções que o terapeuta experiêcia ao longo do encontro terapêutico, relativamente ao cliente, e que estão interligadas com aspetos da sua vida, interferindo consciente e inconscientemente consigo. Não obstante, o terapeuta, ao ter consciência deste processo, pode tentar perceber a origem destes sentimentos e, conseqüentemente, controlar este acontecimento, caso contrário pode tornar-se um entrave significativo para que o estado de presença surja (Gabbard, 2001; Nocross & Hill, 2002; Coutinho et al., 2011).

Aliado a isto, antes da sessão, o terapeuta pode ser afetado por acontecimentos que vão inibir o aparecimento da presença, como por exemplo, ausência de pausas entre sessões, ignorar as necessidades corporais ou sentir-se stressado e sobrecarregado com problemas pessoais, tratam-se de ocorrências que terão um impacto negativo, impossibilitando o terapeuta de se preparar para um estado de presença total com o seu cliente. Por fim, após o término da sessão, quando o terapeuta

não se encontrou presente, podem surgir alguns sinais, em específico, falta de energia, autocrítica, alívio pelo facto de a sessão ter terminado ou agitação (Geller, 2013).

Neste sentido, a atitude geral do terapeuta, influência o bem-estar do cliente, bem como a percepção que este possui do terapeuta como estando presente, ou não. Elementos como a expressão facial, tom de voz, postura corporal e a forma de comunicação do terapeuta, influenciam o encontro terapêutico (Greenberg, 2014). As expressões verbais e não verbais empregues pelo terapeuta, possibilitam que o cliente sinta a presença deste e, conseqüentemente, se sinta ouvido, visto e aceite. A utilização de comportamentos não verbais, bem como a congruência entre comportamentos verbais e não verbais, são aspetos muito importantes durante o encontro terapêutico, que transmitem bastante informação relativamente ao comportamento do cliente, mas também do terapeuta (Greenberg & Geller, 2001). Os comportamentos não verbais, como o tom da voz, as expressões faciais e os movimentos corporais, como a postura corporal e acenos, podem revelar emoções e características do relacionamento, sendo fulcral que exista uma congruência entre aquilo que é transmitido verbalmente e aquilo que é expresso através de comportamentos não verbais (Hill et al., 1981; Brahnam, 2014).

Resumindo, é necessário que o terapeuta cuide do seu mundo interno e saúde mental, cultive e mantenha a sua autoconsciência, bem como reserve algum tempo durante o dia e entre as sessões para atender às suas necessidades pessoais, de forma a facilitar a emergência de um estado de presença (Geller & Greenberg, 2012).

1.2 Estudos Realizados sobre a Presença Terapêutica

Foram elaborados alguns estudos, qualitativos e quantitativos, relativos à presença terapêutica, com o intuito de realçar a importância do conceito da presença, bem como fornecer uma descrição sobre a mesma e compreender a sua ligação com o relacionamento terapêutico.

Em 1977, Pemberton observou e entrevistou cinco terapeutas, reconhecidos por possuírem uma forte presença. Pemberton concluiu, que os terapeutas com presença tinham consciência de quem eram no relacionamento com os outros e estavam em sintonia com o presente, contribuindo positivamente para uma boa presença terapêutica. Este estudo revelou que, apesar da presença não poder ser sempre assegurada, certos aspectos no processo de psicoterapia podem conduzir até ela. Inicialmente, deverá existir um compromisso que consiste em ser genuíno com o cliente e, em seguida, o terapeuta necessita de ativar recursos que geram a presença (Pemberton, 1977).

Phelon, em 2001, estudou o conceito de presença como algo curador, recorrendo à análise de textos, observação de profissionais que experienciaram a presença e entrevistas. Deste modo, percebeu a presença terapêutica como um aspecto central na psicoterapia que pode ser compreendido como um processo que ocorre no terapeuta. Por conseguinte, o seu modelo final incluiu quatro grupos de conceitos relacionados com a presença, respetivamente, o desenvolvimento e crescimento do terapeuta, prática espiritual e crenças do terapeuta, consciência do terapeuta e, por fim, qualidades referentes à aliança entre o terapeuta e o cliente (Phelon, 2001).

Devido a uma falta acentuada de estudos empíricos sobre a presença terapêutica, Geller e Greenberg levaram a cabo dois estudos com o intuito de colmatar possíveis falhas de informação e, posteriormente, desenvolverem uma medida cujo objetivo fosse avaliar a presença do terapeuta, tanto da perspectiva do terapeuta como do cliente. Num primeiro estudo qualitativo, sete terapeutas identificados como autores proponentes do conceito de presença foram entrevistados relativamente à sua experiência com a mesma. Deste estudo emergiu um modelo da presença terapêutica constituído por três categorias essenciais para facilitar a sua compreensão. Estas categorias intitulam-se de preparar as bases para a presença, o processo da presença e a experiência da presença (Geller & Greenberg, 2012). A importância da preparação da presença foi descrita por diversos terapeutas, sendo que a mesma ocorre tanto antes da sessão como na prática diária dos

terapeutas. Os mesmos referiram o compromisso diário para a prática da presença através de certas atividades como, por exemplo, a meditação, atendimento das necessidades pessoais, relacionamentos com outras pessoas e o crescimento pessoal (Childs, 2007; McCollum & Gehart, 2010; Dunn et al., 2013). Esta preparação permite que o terapeuta inicie a sessão com a intenção de estar totalmente presente, seja capaz de deixar de parte as suas preocupações e suspender as suas crenças e necessidades, de modo a atender àquilo que emerge no momento, sem julgamentos. Com efeito, através do compromisso e com intenção para tal, é possível treinar a presença terapêutica e, por conseguinte, aprofundar o relacionamento terapêutico (Geller, 2017). A preparação aparenta ser uma parte essencial para que a presença surja, porém, uma vez na sessão, o terapeuta responde ao que se apresenta no momento. Posto isto, o processo da presença envolve uma mudança na percepção dos diversos elementos presentes no momento do encontro com o cliente. As interações destes aspetos guiam o terapeuta para a sua compreensão e elaboração de uma resposta (Greenberg & Geller, 2001). Deste modo, o processo da presença inclui três aspetos essenciais, nomeadamente uma abertura e receptividade perante a experiência do cliente, um atendimento interno à sua própria experiência corporal após o contacto com a experiência do cliente, e um contacto com o cliente a partir deste momento de receptividade (Knox & Cooper, 2010). Por fim, a experiência da presença envolve uma total absorção com o intuito de estar com o cliente. Durante este período existe uma ausência de noção relativamente ao tempo e uma falta de consciência sobre o passado e o futuro, sendo que o terapeuta se apresenta totalmente envolvido no encontro com o outro e com o sofrimento dele. Assim, o terapeuta não se foca no seu sofrimento ou possíveis preocupações, sobre como deveria agir ou intervir. Em vez disso, vai de encontro ao sofrimento da outra pessoa, adotando uma postura de abertura e aceitação que é acompanhada por uma experiência corporal e uma interação sintonizada com o cliente. Inevitavelmente, a experiência da presença apresenta quatro aspetos fundamentais, como a ligação, ou seja, a conexão do terapeuta com o seu próprio

self, a imersão, isto é, estar totalmente envolvido no momento com o cliente, a expansão e a necessidade de estar com e para o cliente, para que seja possível um visível progresso terapêutico (Geller & Greenberg, 2002; Knox & Cooper, 2010). Novamente, realça-se a presença como uma etapa fundamental na terapia, onde o terapeuta fornece um local seguro que permite o crescimento natural do cliente (Greenberg & Geller, 2001). As descobertas deste estudo qualitativo revelaram que os terapeutas descrevem a sua experiência de presença como algo que os ajuda a sentirem-se mais conectados com o cliente e mais eficazes no uso de determinadas respostas e técnicas (Geller & Greenberg, 2012).

Em seguida, o estudo quantitativo realizado tinha como principal objetivo o desenvolvimento de uma medida cujo propósito seria refletir o processo e a experiência da presença terapêutica. A criação de uma medida sobre a presença terapêutica, inexistente até à data, forneceria as bases necessárias para futuras pesquisas, bem como para o treino relacionado com a presença terapêutica. Assim, propunha-se a conceção de uma medida de autorrelato sobre o processo e a experiência da presença terapêutica, tanto da perspectiva do terapeuta como do cliente (Geller et al., 2010). A partir da realização deste estudo foi possível compreender que os clientes não avaliavam a sessão como sendo mais produtiva ou a aliança terapêutica mais positiva quando os terapeutas se percecionavam como estando presentes. Com efeito, é provável que estas intervenções apenas afetem os clientes se estes sentirem que o terapeuta está presente. Em conformidade, Rogers chegou à conclusão de que a forma como o cliente percebe o terapeuta como sendo incondicionalmente aceitante, empático e congruente constitui o principal fator para bons resultados terapêuticos (Rogers, 1957; Rogers, 2003). Consequentemente, os resultados deste estudo refletem esta noção, ou seja, a forma como os clientes percecionam o terapeuta como estando presente, afeta os resultados da sessão. Desta forma, existem algumas explicações para o porquê de o facto de os terapeutas se avaliarem como presentes não interferir com a percepção do cliente. Primeiramente,

apesar de os terapeutas poderem estar a experienciar a presença não são capazes de o comunicar ou expressar de forma eficaz. Em segundo, os terapeutas podem experienciar a presença neles próprios, mas não no relacionamento, algo que causa um impacto no cliente, uma vez que este necessita de sentir algum nível de presença proveniente do terapeuta. Por fim, um aspeto importante pela qual a presença não foi capturada neste estudo, pode residir na forma como foi medido. As medidas de autorrelato apresentam limitações na captura de experiências internas tão complexas e subtis. (Geller et al., 2010). Portanto, foi referido, pelos autores, que seria benéfico recorrer a observações de sessões gravadas em vídeo para avaliar a presença dos terapeutas através de manifestações comportamentais. Desta forma, seria possível compreender as qualidades da presença terapêutica e entender se existem comportamentos específicos que o terapeuta adota e que levam o cliente a sentir que o mesmo está completamente presente (Geller & Greenberg, 2012).

Colosimo e Pos (2015) desenvolveram um modelo racional que inclui quatro modos segundo os quais um terapeuta, num estado presente, age. Estes incluem aspetos como, estar aqui, estar no agora, ser aberto e estar com e para o cliente. A partir destes modos, recorreram ao esclarecimento de possíveis marcadores comportamentais para cada um deles. Começando pelo primeiro modo, um terapeuta ao estar aqui, demonstra estar focado no encontro terapêutico, direcionando a sua atenção no local terapêutico em que está envolvido. Neste estado, o terapeuta é responsivo relativamente àquilo que está a acontecer na sua experiência corporal, aquilo que o cliente incorpora e ao que se passa no espaço terapêutico. Exemplos da presença do terapeuta durante a sessão, incluem manter uma postura corporal aberta, seguimento do discurso do cliente, uso do silêncio adequado, ser capaz de completar aquilo que o cliente diz ou utilizar as mesmas palavras, comentar as expressões faciais do cliente, responder às ações verbais e físicas do cliente, como por exemplo, sorrir genuinamente ou rir quando o cliente diz algo engraçado ou, de forma espontânea, dar-lhe um lenço quando o cliente está à procura de um. Contrariamente a este estado

de presença no encontro, podem ser considerados como comportamentos expressões que refletem distância, distração, aborrecimento e a incapacidade para dar resposta ao cliente relativamente a expressões emocionais (Ladany et al., 2004; Colosimo & Pos, 2015).

O segundo modo descrito neste modelo refere-se ao facto de o terapeuta estar no agora. Este modo reflete uma sintonia com o que está a acontecer momento a momento, falta de preocupação com pensamentos irrelevantes para o processo terapêutico, bem como uma sincronia e respeito pelo tempo do cliente. Uma sintonia consistente, através do uso de encorajadores mínimos, revela que o terapeuta está presente com o que se está a passar no momento (Hill et al., 1979). Um pobre contacto com o tempo do cliente pode ser demonstrado através de respostas verbais que não se encontram sincronizadas com o ritmo do cliente, ou que estão atrasadas com a narrativa do mesmo. Marcadores não verbais também podem incluir uma expressão facial e postura corporal que denota falta de responsividade (Colosimo & Pos, 2015).

Segundo este modelo, um terapeuta presente, mostra-se aberto e recetivo. Alguns marcadores não verbais que demonstram esta abertura e recetividade, incluem uma postura corporal aberta e orientada para o cliente, cabeça e orelhas orientadas para o cliente, com o intuito de ouvir o que ele diz, um contacto ocular direcionado para o cliente, atenção focalizada, expressão facial de interesse e curiosidade, uma atitude que demonstra vontade de receber o que quer que seja que o cliente tem para oferecer, um tom de voz marcado por genuíno interesse, parar o próprio discurso para ouvir o que o cliente tem a dizer e o uso de reflexões empáticas. Pelo contrário, um terapeuta que não se encontra pronto para receber a experiência do cliente, pode perder sinais importantes que o mesmo lhe transmita. Expressões não verbais deste estado podem ser expressões faciais que revelam irritabilidade, aborrecimento, desdém, choque relativamente à narrativa do cliente, dificuldades em responder às expressões do cliente ou perguntas diretas, interromper ou falar ao mesmo tempo que o cliente (Colosimo & Pos, 2015).

Por fim, ao estar com e para o cliente, o terapeuta deve manter um bom contacto interpessoal que comunique que está totalmente para o cliente, focado no processo de cura. Este modo de presença requer do terapeuta um estado de compaixão e respeito relativamente ao cliente. Neste modo, as expressões faciais do terapeuta são congruentes com aquilo que o cliente comunica, o terapeuta inclina o seu corpo para o cliente, de uma forma responsiva e demonstra gestos genuínos de compaixão. Por outro lado, quando o terapeuta não se encontra presente, as respostas que retribui ao cliente não estão alinhadas com a experiência do mesmo e o seu tom de voz denota julgamentos (Colosimo & Pos, 2015).

Estes autores referem que é necessária uma melhor explicação relativamente a relatos comportamentais mais precisos e mensuráveis da presença, de forma a obter indicadores referentes ao que a presença terapêutica realmente parece num encontro terapêutico. Na perspetiva destes autores, a identificação de componentes comportamentais essenciais, pode conduzir ao desenvolvimento de uma medida observacional que possibilitará um estudo mais rigoroso da presença e, potencialmente, fornecerá um ponto de referência concreto para que terapeutas possam usar para monitorizar a sua própria presença e guiar estudantes no desenvolvimento desta característica fundamental. Assim, consideram que o próximo passo na análise de comportamentos da presença, passará pela observação de bons e maus desempenhos no que concerne a presença terapêutica, com o intuito de desenvolver uma medida observacional (Colosimo & Pos, 2015).

2. Medidas Observacionais

Diversos campos científicos recorrem ao uso de medidas observacionais, nomeadamente a psicologia (Morrison et al., 1990). Estes tipos de medidas apresentam vantagens. Primeiramente constituem-se como uma abordagem bastante útil na captura e interpretação de comportamentos. Em segundo, apreendem várias respostas que as medidas de autorrelato ou preenchimento não conseguem capturar ou que são enviesadas pela desejabilidade social (Girad & Cohn, 2016).

Os métodos observacionais fornecem uma janela para processos e resultados comportamentais específicos. Sendo que, numa fase inicial é importante identificar quais são os comportamentos que interessam observar. A seleção destes comportamentos deve ter por base investigações existentes, de forma a fornecer um enquadramento mais abrangente, para perceber quais os comportamentos relevantes que vão de encontro ao propósito do estudo e, conseqüentemente, para que as interações sejam melhor compreendidas (Aspland & Gardner, 2003).

Normalmente, nos métodos observacionais são utilizados indivíduos treinados para avaliar os comportamentos pretendidos. Frequentemente estas medidas têm por base instrumentos de avaliação que refletem as teorias dos investigadores sobre quais os aspetos comportamentais de interesse. O tipo de instrumento escolhido e a sua escala de avaliação terão um impacto significativo no que concerne a recolha de dados, validação ou análises estatísticas (Girad & Cohn, 2016).

Um passo importante nas medidas observacionais é avaliar a confiabilidade entre codificadores. O coeficiente de correlação intraclassa é um dos métodos mais utilizados para esse fim. Este coeficiente trata-se de um parâmetro extremamente importante para avaliar a concordância entre codificadores. Deste modo, aquando o seu cálculo, é preciso ter em consideração que valores inferiores a .5 indicam uma baixa confiabilidade, valores entre .5 e .75 indicam uma confiabilidade moderada, valores entre .75 e .9 revelam uma boa confiabilidade e valores superiores a .9 são indicadores de uma excelente confiabilidade (Koo & Li, 2016).

Através da revisão de literatura, ao nível da presença terapêutica, não foi encontrada a existência de uma medida observacional que avalie comportamentos verbais e não verbais que indiquem a presença do terapeuta. Não obstante, no campo da psicologia existem algumas medidas observacionais, que irão ser descritas em seguida, de forma breve.

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar

Esta medida trata-se da versão portuguesa do *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA)*. A versão portuguesa, foi desenvolvida com o propósito de enriquecer a investigação e promover uma melhor prática da aliança terapêutica na terapia familiar. Este sistema de codificação incide na observação de comportamentos durante as sessões de terapia, permitindo avaliar a força da aliança terapêutica em duas dimensões diferentes, em específico, o envolvimento no processo terapêutico e conexão emocional com o terapeuta, bem como duas dimensões específicas, nomeadamente, a segurança dentro do sistema terapêutico e sentimento de partilha de objetivos na família. Esta medida é constituída por várias ferramentas, em particular o SOFTA-o (versão observacional), SOFTA-s (versão autorresposta) e um programa informático (e-SOFTA), para auxiliar no treino de investigadores e clínicos na utilização do instrumento. O SOFTA-o (versão observacional), foi desenvolvido com o propósito de avaliar a aliança terapêutica tendo por base comportamentos observáveis durante as sessões de terapia familiar ou de casal. É constituído por 44 itens, ou descritores comportamentais, positivos e negativos, verbais e não verbais, que permitem estimar a força da aliança (Sotero & Relvas, 2014).

Observer Measure of Affect Regulation

A *Observer Measure of Affect Regulation (O-MAR)*, trata-se de uma medida observacional que permite avaliar a regulação dos afetos dos clientes, em vários domínios e em estratégias de regulação emocional. A regulação de afetos dos clientes é avaliada com base em cinco subescalas de processamento emocional, em específico, nível de consciência; modulação e excitação; modulação e expressão; aceitação da experiência afetiva e reflexão na experiência. Cada uma destas subescalas é classificada numa escala *Likert* de sete pontos, sendo que as pontuações mais baixas indicam baixos níveis de funcionamento. A média das cinco classificações fornece uma pontuação global da regulação afetiva. A partir desta medida, foi elaborado um manual com a

ilustração de algumas vinhetas clínicas ilustrativas dos vários níveis da medida para facilitar o treino e a respetiva utilização da mesma (Almeida et al., 2016).

Working Alliance Inventory (WAI) – Observational Version

O inventário da aliança terapêutica, na sua versão observacional (WAI-O), baseia-se nas anteriores versões do inventário da aliança terapêutica, apresentando-se como um sistema de codificação observacional que permite avaliar as mudanças da aliança, bem como a aliança entre terapeuta e cliente durante a sessão. Trata-se de um instrumento que pode ser administrado de forma fácil e rápida, por um observador. Após a criação desta versão, surgiu uma versão fragmentada, *The Segmented Working Alliance Inventory—Observer Form (S-WAI-O)*, elaborada com o intuito de identificar rupturas terapêuticas, bem como eventos de resolução, na sessão terapêutica. É composto por 12 itens, que forma duas subescalas: tarefa e vínculo (Santirso et al., 2018).

The Facial Expression Coding System (FACES)

Desenvolvida por Kring e Sloan (2007), com o intuito de avaliar a valência do comportamento expressivo facial. Quando uma expressão facial é detetada, os avaliadores codificam a sua valência, como sendo positiva ou negativa, intensidade e duração. Nesta medida, quando ocorre uma mudança na expressão facial, os codificadores formam um julgamento relativamente à valência da expressão, como sendo positiva ou negativa, bem como a frequência das expressões. Após a classificação da valência da expressão, os codificadores classificam a intensidade a partir de uma escala *Likert* de 4 pontos, sendo que 1 é baixo e 4 é muito alto. Por fim, os codificadores procedem à classificação da duração da expressão.

Facial Action Coding System (FACS),

Trata-se de uma medida observacional, muito utilizada a nível global, desenvolvida por Paul Ekman (1997), com o intuito de avaliar movimentos musculares observáveis na cara. Esta

medida fornece informação relativamente à frequência, intensidade, valência e duração das expressões faciais. Qualquer expressão facial pode ser avaliada, sendo posteriormente desconstruída em *Action Units* (AU – Unidades de Ação), específicas. Esta medida define 44 unidades de ação, que englobam a contração ou relaxamento de um ou mais músculos. Para além destas unidades de ação, a medida também define descritores de ação, diferentes das unidades, uma vez que não possuem um comportamento tão preciso e distinto. O *Emotion Facial Action Coding System* (EMFACS), trata-se de uma derivação da *Facial Action Coding System* (FACS), desenvolvida com o intuito de avaliar as expressões que correspondem a cada emoção, como por exemplo, felicidade, tristeza ou raiva.

Deste modo, devido à inexistência de uma medida observacional que avalie a presença terapêutica durante sessões psicoterapêuticas, mostra-se importante o desenvolvimento de uma. Aliado a isto, tanto Geller e Greenberg (2012) como Colosimo e Pos (2015), realçaram a importância e pertinência de o desenvolvimento de uma medida observacional com estas características, que possibilite através da observação, avaliar quando o terapeuta demonstra comportamentos de presença e quando o inverso também acontece.

Capítulo II – Apresentação do Estudo Empírico

1. Objetivos do estudo

O objetivo geral deste estudo reside na adaptação do inventário da presença terapêutica numa medida observacional, que permita avaliar tanto os comportamentos do terapeuta que interfiram, de alguma forma, no processo terapêutico e na presença do terapeuta durante o encontro com o cliente, devido à inexistência de uma medida deste tipo. Podemos identificar os seguintes objetivos específicos: a) tradução do inventário para português e respetiva adaptação dos itens ao formato observacional; b) introdução de excertos exemplificativos de casos clínicos para os domínios mais contrastantes de cada dimensão da escala, por forma a apoiar o treino dos juízes, e assim aumentar a fidelidade de aplicação da escala.

2. Método

2.1 Participantes

No presente estudo, os dados foram recolhidos através da visualização de 20 vídeos de psicoterapia disponíveis em sites dedicados ao estudo e pedagogia da psicoterapia (*Internet Archive* e *Youtube*) de livre acesso. Foram então analisadas sessões de 14 terapeutas com diferentes abordagens teóricas, nomeadamente, abordagem centrada na pessoa, terapia *gestalt*, análise transacional, autoatualização, terapia multimodal, terapia racional emotiva e terapia cognitivo comportamental. Em seguida será apresentada uma tabela com a síntese dos dados referentes aos participantes.

Tabela 1

Síntese com os dados dos participantes

Caso	Abordagem	Problemática do cliente
Caso A	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	Sintomatologia depressiva e problemas com o término do casamento

Caso B	Autoatualização	Problemas relacionados com a morte do ex-companheiro
Caso C	Terapia Multimodal	Problemas relacionados com a morte do ex-companheiro
Caso D	Terapia Psicodinâmica	Sintomatologia depressiva e problemas com o término do casamento
Caso E	TCC	Sintomatologia depressiva e problemas com o término do casamento
Caso F	Terapia Racional Emotiva	Problemas relacionados com a sua vida amorosa
Caso G	Terapia <i>Gestalt</i>	Problemas relacionados com a sua vida amorosa
Caso H	Terapia Centrada na Pessoa	Problemas relacionados com a morte do ex-companheiro
Caso I	Análise Transacional	Comportamentos auto-destrutivos
Caso J	Análise Transacional	Dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais
Caso K	Análise Transacional	Problemas relacionados com raiva
Caso L	Terapia Centrada na Pessoa	Problemas relacionados com raiva
Caso M	TCC	Dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais
Caso N	TCC	Sintomatologia depressiva
Caso O	TCC	Problemas relacionados com raiva e frustração
Caso P	TCC	Perturbação de acumulação e sintomatologia depressiva
Caso Q	Terapia Psicodinâmica	Problemas relacionados com raiva e frustração
Caso R	Terapia Centrada na Pessoa	Problemas relacionados com o trabalho
Caso S	Terapia Centrada na Pessoa	Problemas conjugais
Caso T	TCC	Perturbação de acumulação e sintomatologia depressiva

2.2 *Instrumentos*

Inventário da Presença Terapêutica.

O inventário da presença terapêutica trata-se de uma medida de autorrelato do tipo *Likert*, com uma escala de sete pontos, que varia entre o de modo algum e o completamente. O seu propósito é avaliar a perceção do terapeuta relativamente à sua presença, bem como a perspetiva

do cliente sobre a presença do terapeuta, durante o encontro terapêutico. Assim, de forma a medir ambas as percepções, foram desenvolvidas duas medidas, uma somente para o terapeuta (TPI-T), constituída por vinte e um itens e uma para o cliente (TPI-C), que engloba apenas três itens (Geller et al., 2010).

Por conseguinte, os itens foram formulados de forma a darem resposta a determinados objetivos, tais como: representar o processo e a experiência da presença, bem como as componentes do modelo da presença terapêutica. Deste modo, o inventário da presença terapêutica revisto, versão do terapeuta, constituído por 21 itens, consiste em 11 itens escritos de forma positiva e 10 itens escritos de forma negativa. Dez dos 21 itens refletem os aspetos do processo da presença terapêutica (5 itens escritos de forma positiva e 5 itens escritos de forma negativa). Quatro itens refletem a subcategoria de recetividade (3, 11, 13, 19). Dois itens refletem o atendimento interno (1, 20) e quatro itens refletem a extensão e o contacto (9, 14, 16, 21). Os restantes 11 itens representam a experiência da presença terapêutica (6 escritos de forma positiva e 5 escritos de forma negativa). Quatro itens refletem a subcategoria da imersão (6, 12, 15, 18), quatro itens refletem a expansão (2, 4, 5, 7), um item reflete o enraizamento (*grounded*) (17) e dois itens refletem o estar com e para o cliente (8, 10). Para calcular a pontuação final, a pontuação total dos itens que indicam a falta de presença é subtraída dos itens que indicam presença (Geller, 2013).

Tabela 2

Categorias pertencentes aos itens do inventário

Categoria	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

Enraizamento (<i>grounded</i>)	17
Estar com e para o cliente	8,10

2.3 Procedimentos

Uma vez que o inventário da presença terapêutica não se encontrava traduzido para a língua portuguesa, a primeira fase deste estudo envolveu a tradução do inventário para o idioma português. Em seguida, a tradução foi avaliada por uma pessoa bilingue, de forma a verificar se a versão traduzida refletia os conteúdos da versão original.

Sendo o objetivo deste estudo a transformação do inventário numa medida observacional, que permita avaliar tanto os comportamentos do terapeuta, como possíveis fatores externos ou internos à terapia que interfiram, de alguma forma, no processo terapêutico e na presença do terapeuta durante o encontro com o cliente, numa fase posterior, procedeu-se a um estudo exaustivo de possíveis indicadores observacionais que servissem de auxílio nesta transformação e através de um processo de reflexão falada com especialistas em psicoterapia, acompanhado pela visualização do vídeo da *American Psychological Association Series I – Systems of Psychotherapy: Presence in Psychotherapy*, com a autora da escala, Shari M. Geller. O consentimento para a tradução e adaptação para uma medida observacional foi obtida pelo contacto com a autora, via *e-mail*.

2.3.1 Codificações

O presente estudo teve por base a visualização e codificação de 20 vídeos. O processo de codificação englobou duas fases. Primeiramente ocorreu uma fase inicial de codificação, correspondente ao treino, levada a cabo por quatro alunas do mestrado de psicologia clínica e da saúde, uma das quais a autora da presente dissertação, e uma doutorada em psicologia clínica e da saúde, especialista em psicoterapia com treino na empatia e presença terapêutica. Após a leitura exaustiva sobre a presença terapêutica, iniciamos a visualização conjunta do vídeo disponível pela

American Psychological Association, Series I – Systems of Psychotherapy com Shari M. Geller, *Presence in Psychotherapy*. Nesta fase inicial de treino, primeiramente, as codificações eram realizadas de cinco em cinco minutos, e, numa fase posterior, no final da sessão de vídeo. A fase de treino permitiu o manuseamento da escala e a compreensão de eventuais dificuldades relativamente à cotação de alguns itens do inventário, tendo por base a observação dos comportamentos da terapeuta. Numa fase posterior de codificação, a codificação dos vídeos ocorreu a pares, entre duas alunas do mestrado de psicologia clínica e da saúde. Nesta fase, o objetivo passou pela avaliação dos comportamentos verbais e não verbais desempenhados pelo terapeuta, de forma a proceder à transcrição de vinhetas ilustrativas que justificassem as classificações máximas e mínimas, da escala *Likert*, do inventário da presença terapêutica.

Atendendo à natureza das variáveis em questão, foi realizado o cálculo relativo à confiabilidade dos dados obtidos, através do *Interclass Correlation Coefficient* (ICC). Para esse efeito recorreu-se ao *software IBM-SPSS*, tendo sido verificado um excelente nível de confiabilidade (.966), indicativo de um sólido acordo entre os codificadores (Koo & Li, 2016).

2.3.2 Adaptação do Inventário da Presença Terapêutica

Como referido anteriormente, na fase inicial de treino das codificações, através do manuseamento do inventário, emergiram algumas dificuldades relativamente a alguns itens do inventário, pelo facto de ser difícil medir de forma observacional ou pela existência de itens semelhantes. Posto isto, procedeu-se à adaptação do inventário, com o intuito de facilitar o processo de codificação dos vídeos. Assim, o item 1 “Estava consciente do meu próprio fluxo interno da experiência”, foi eliminado, devido à dificuldade em encontrar indicadores de observação perceptíveis por parte dos codificadores, o item 2 “Senti-me cansado ou aborrecido” e o item 5 “Senti que o tempo não passava” foram agrupados, uma vez que os indicadores comportamentais avaliativos de ambos são idênticos, dando origem a um só item, “Observei que o terapeuta se sentiu

cansado e aborrecido, como se o tempo não passasse.”. O item 6 “Senti dificuldades em concentrarme” e o item 18 “Às vezes os meus pensamentos afastavam-se daquilo que estava a acontecer no momento”, foram agrupados, uma vez que os indicadores comportamentais avaliativos de ambos são idênticos, dando origem a um só item “Notei no terapeuta dificuldade em concentrar-se, como se os seus pensamentos se afastassem daquilo que estava a acontecer no momento.”. O item 7 “Houve momentos em que estava tão imerso na experiência do meu cliente que perdi a noção de tempo e espaço”, foi eliminado, devido à dificuldade de encontrar indicadores de observação perceptíveis por parte dos codificadores. 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, uma vez que os indicadores comportamentais avaliativos de ambos são idênticos, dando origem a um único item “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, uma vez que os indicadores comportamentais avaliativos de ambos são idênticos, dando origem a um único item, “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 12 “Eu estive totalmente presente durante esta sessão”, foi suprimido, devido à verificação de uma redundância relativamente aos outros itens, sendo que todos avaliam a existência ou ausência de presença terapêutica. 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 dando origem a um único item “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 item 17 “Senti-me completamente imerso na experiência do cliente e ainda assim, centralizado em mim”, foi eliminado devido à dificuldade de encontrar indicadores de observação perceptíveis por parte dos codificadores. Assim, o inventário ficou constituído por 12 itens, em vez de 21, como na versão original. De igual modo, também se procedeu a alterações na escala *Likert*, uma vez que se considerou demasiado extensa e dificultando a sua cotação no processo de codificação. Anteriormente constituída por 7 níveis (1-De modo algum; 2-Muito Pouco; 3-Um Pouco; 4-Moderadamente; 5-Muito; 6- Bastante; 7-Completamente), foi reestruturada passando a empregar apenas 5 (1-De modo Algum; 2-Um Pouco; 3-Moderadamente; 4-Muito; 5-Completamente). Em seguida encontra-se uma tabela com os itens do inventário da presença terapêutica reformulados.

Tabela 2

Adaptação dos itens do inventário da presença terapêutica

Item	Reformulação
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
-

Capítulo III – Apresentação e Discussão de Resultados

Resultados

Para o cumprimento do objetivo de realização de um manual da medida observacional que facilite a utilização da escala, incluímos os resultados, vinhetas ilustrativas retiradas no processo de codificação dos vídeos, com o intuito de ilustrar exemplos do nível mínimo e máximo atribuído a cada item da escala, seguidos de uma justificação para a seleção dos respetivos exemplos.

Itens

1. Observei que o terapeuta se sentiu cansado e aborrecido, como se o tempo não passasse.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

T: “Vamos voltar a uma questão que fiz anteriormente (ao mesmo tempo que inclina o seu corpo para o cliente, expressão facial intensa, contacto ocular direcionado para o cliente) ... Se você

libertar toda a raiva, toda a emoção que está acumulada, o que é que eu veria e que forma teria?”

(Expressões faciais intensas, gestos com as mãos, postura aberta e direcionada para o cliente).

(Caso A/21:26)

Este excerto revela uma sintonia, atenção e presença na sessão. O terapeuta lembra-se de questões que fez anteriormente. Para além da atenção revelada, o terapeuta também realiza uma exploração da problemática e dos sentimentos do cliente, enquanto inclina o seu corpo para o cliente, realiza gestos expressivos com as mãos e a sua expressão facial revela interesse e empatia pelos problemas do cliente, bem como o seu tom de voz, calmo.

Nível 5: Completamente (não presença)

T: “Desculpe, é o meu telemóvel, preciso de atender.”

(Caso P/9:57)

Durante a sessão o telefone do terapeuta toca, interrompendo o processo terapêutico. A terapeuta mantém o objeto perto de si e atende a chamada durante a sessão, demonstrando desinteresse pelo cliente, pela sua inexperiência, distração ou aborrecimento. Durante este acontecimento a cliente fica visivelmente desconfortável e sente a necessidade de também verificar o seu telemóvel. Adicionalmente, a terapeuta suspira, fica inquieta na cadeira, enquanto olha para o relógio, demonstrando um certo aborrecimento e preocupação com o tempo.

2. Notei que o terapeuta teve dificuldade ao ouvir o seu cliente.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

T: (Posição corporal aberta e inclinada para o cliente, gestos com as mãos, expressão facial intensa) *“Você falou sobre isso no início, talvez existiam outras formas de expressar sentimentos... hum... dizer às pessoas o que é que fizeram que o aborreceu.”*

(Caso A/24:50)

Através deste excerto é possível compreender a atenção do terapeuta relativamente aos detalhes no discurso do cliente, à sua narrativa, bem como um seguimento do discurso. O terapeuta menciona aspetos que o cliente abordou no início da sessão, enquanto emprega uma posição corporal aberta e inclinada para o cliente, utiliza gestos com as mãos, para dar ênfase ao que está a dizer, e revela uma expressão facial intensa, que denota um interesse e acompanhamento pela problemática do cliente.

Nível 5: Completamente (não presença)

T: *“O que é que acabou de dizer? Perdi a noção por um minuto. Estava um pouco distraída.”*

(Caso P/14:43)

Através deste excerto, a terapeuta demonstra falta de atenção, distração, ausência de seguimento da narrativa da cliente, não estando a ouvir a experiência/narrativa da cliente, bem como uma falta de interesse pela experiência da mesma. A expressão facial da terapeuta não demonstra qualquer emoção ou indicadores que estivesse a seguir o discurso da cliente. Não recorre ao uso de encorajadores mínimos, acenos ou gestos.

3. Verifiquei que a interação entre o terapeuta e o seu cliente era fluída e rítmica.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

T: *“Agora, o que é que está a fazer com os pés?”* (Ao mesmo tempo que aponta para os pés da cliente, com tom de voz negativo).

C: *“A abanar (risos nervosos). Tenho medo que repare em tudo o que eu faço.”*

T: *“Queria que eu reparasse?”*

C: *“Quero que me ajude a sentir mais relaxada consigo, não quero estar tão defensiva consigo, não gosto de me sentir tão defensiva... oh... você está a representar, trata-me como se eu*

fosse mais forte do que realmente sou, quando eu quero que me proteja mais, que seja mais simpático comigo...”

(Caso G/9:00)

Através deste excerto é possível verificar a atenção do terapeuta aos comportamentos não verbais da cliente, com uma tonalidade negativa, conduzindo a uma quebra na fluidez da conversa entre ambos. Estas chamadas de atenção relativamente aos comportamentos da cliente, conduziram a que esta se colocasse numa posição defensiva, ficasse confusa e levaram a que a cliente sentisse que o terapeuta não a aceitava tal como era, criticando-a e julgando-a. Estes comentários relativamente aos comportamentos não verbais da terapeuta, levaram à criação de uma barreira emocional por parte da cliente, e não contribuíram positivamente para um bom relacionamento terapêutico.

Nível 5: Completamente (presença)

T: *“Existe uma outra questão, uma outra observação que fez e que eu gostava de aprofundar um pouco. Você disse que não só sente esta raiva, mas também se sente deprimido. E eu gostava de saber se podia partilhar comigo algo sobre esta depressão.”* (Tom de voz calmo, expressão facial de genuíno interesse, postura corporal aberta e inclinada para o cliente).

C: (Suspira) *“A depressão é a perda de tudo aquilo que eu já mencionei entre mim e a minha mulher, tudo... a depressão também é o facto de eu não ter uma companhia feminina, neste momento. Eu sinto muita falta do amor de uma mulher, o toque, a forma como colocam as coisas na casa... tenho saudades de uma mulher.”*

T: *“Hum-Hum... Você sente-se sozinho”* (posição inclinada para o cliente, contacto ocular direcionado, expressão facial de interesse/empatia).

C: *“Eu sinto-me muito sozinho, e também estou num ponto de pânico ou ansiedade, porque já tive dez... não sei quantos encontros já tive este ano, perdi a noção... mas raramente ligo de volta a uma mulher... Porque ainda não consegui encontrar ninguém que fosse de encontro com aquilo que estou à procura, aspeto físico, personalidade, posição... e estou a começar a entrar em pânico (...)”*

T: *“Hum-Hum”*

T: *“Fale-me um pouco sobre a depressão, o quão mal fica? Quando é que acontece?”*
(Posição inclinada para o cliente, contacto ocular direcionado, tom de voz calmo, demonstra preocupação e empatia pela problemática do cliente).

C: *“Eu acho que a pior altura é quando estou em casa sozinho, já lavei a roupa, já limpei a casa, o jogo de futebol terminou e a minha equipa perdeu e são três horas da tarde. Já fiz as minhas compras e não tenho mais nada para fazer, não tenho um encontro, nada para fazer e não me apetece ler um livro. Sento-me em casa e sinto-me muito deprimido, começo a sentir pena de mim próprio e a pensar que vou cometer suicídio... e... fico muito deprimido e não me apetece falar com ninguém.”*

T: (Expressão facial intensa que demonstra preocupação) *“Cometer suicídio? Fale-me sobre isso... fale-me desse pensamento.”*

C: *“Esse pensamento entrou na minha cabeça... cometer suicídio.”*

T: *“Quais são os pensamentos que tem? Quando está sentado em casa?”*

T: *“Bem, o sentimento... A primeira coisa que começo a pensar é, o que é que vou escrever na nota? Como vou preencher a nota... A quem é que a vou endereçar? Ou endereço a alguém? Ou deixo uma nota? Quero mesmo deixar uma nota? Que se lixe o mundo (...) depois começo a pensar na arma.”*

T: *“Você tem uma arma disponível na casa?”*

C: *“Hum-Hum... Tenho duas... começo a pensar na arma, e depois começo a pensar na desorganização que vai deixar (...) eu vou fazê-lo com uma arma, entende. Nunca fazer dentro da casa, porque vai deixar uma confusão (...)”*

T: *“Hum-Hum... Deixe-me perguntar-lhe algo fora do comum (expressão facial de preocupação, inclina o corpo para o cliente, tom de voz calmo), o que é que o impede de fazer isso?”*

C: (Silêncio) *“Que as pessoas que eu deixar pensem que eu sou fraco, que há pessoas que se preocupam comigo (começa a ficar emocionado), eles disseram-mo, e não quero deixar este mundo dessa forma.”*

T: *“Eu também não queria que deixasse dessa forma (expressão facial de genuíno interesse e empatia pelo cliente, postura inclinada, contacto ocular direcionado e tom de voz calmo). E apesar de se sentir sozinho, parece-me que não está realmente sozinho e que as pessoas se preocupam. Você já passou por muita coisa, teve uma situação de divórcio, mudança de trabalho,*

talvez existiam outros elementos na sua vida que se juntaram todos nesta altura e estou a reparar que algumas das reações que está a ter, a depressão, a tristeza, a sensação de desespero, em alguns sentidos, podem ser uma reação natural perante aquilo que tem vindo a passar (...)”

T: *“Deixe-me dar-lhe alguns comentários de sumarização. Primeiro de tudo, eu agradeço a sua abertura e disponibilidade para partilhar comigo os seus problemas. Aprendi bastante sobre si durante este período.”* (Contacto ocular direcionado para o cliente, postura corporal aberta e inclinada para o cliente).

(Caso A/29:00)

Através deste excerto, é possível verificar que o terapeuta segue o discurso do cliente, explora a problemática e os sentimentos dele, demonstrando através da sua postura corporal aberta inclinada para o cliente, contacto ocular direcionado, tom de voz calmo, utilização de encorajadores mínimos (Hum-Hum), expressões faciais empáticas e intensas e sumarizações que segue e acompanha o discurso do cliente, se interessa e permite que o cliente se sinta à vontade para explorar as suas vulnerabilidades. Tendo em conta a problemática apresentada pelo cliente, o terapeuta devolve-lhe respostas empáticas, demonstra a sua preocupação através de expressões faciais intensas e acompanha o seu discurso momento a momento, surgindo uma interação rítmica e fluída entre ambos.

4. Notei no terapeuta dificuldade em concentrar-se, como se os seus pensamentos se afastassem daquilo que estava a acontecer no momento.
--

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

T: *“Vamos voltar a uma questão que eu perguntei antes (ao mesmo tempo que inclina o seu corpo para o cliente, expressão facial intensa, contacto ocular direcionado) ... Se você se encontrar com ela e com o terapeuta, e soltar o balão... (faz gestos expressivos com as mãos) Se libertar toda essa raiva, toda a emoção que está acumulada, o que é que eu veria e que forma*

teria?”(Expressões faciais intensas, gestos com as mãos, postura aberta e direcionada para o cliente).

(Caso A/21:15)

Através deste excerto, podemos verificar que o terapeuta se encontra sintonizado, atento e presente na sessão, lembrando-se de questões que foi fazendo ao longo da sessão. Adicionalmente, o terapeuta explora a problemática e os sentimentos do cliente, demonstrando estar atento e interessado na experiência do cliente, através de comportamentos não verbais como uma postura corporal aberta e inclinada para o cliente, a utilização de gestos expressivos com as mãos, de forma a realçar o que está a dizer ao cliente, tom de voz calmo e expressões faciais intensas, que revelam empatia e interesse pelos problemas do cliente.

Nível 5: Completamente (não presença)

C: *“Ao ir para casa, entro na porta e é reconfortante para mim, mas para mais ninguém... hum... neste momento, é o sítio onde estou a ser crucificada, é em casa...”*

T: A terapeuta vai buscar um objeto por perto, desvia o contacto ocular da cliente e diz: *“Sim, eu almocei antes do nosso encontro e acho que tenho algo nos meus dentes, por isso, dê-me licença um segundo, porque odeio ter coisas nos dentes.”*

(Caso P/3:50)

Através deste excerto é possível verificar que a cliente aborda um problema importante para si, não recebendo uma resposta sintonizada e atenta por parte da terapeuta. É evidente a desatenção da terapeuta perante o discurso e problemática da cliente, focando a sua atenção em objetos que estão perto de si, desviando o contacto ocular, não realizando uma exploração da problemática nem dos sentimentos da cliente, após a mesma lhe ter confidenciado algo importante. Ao invés, a sua resposta demonstra falta de atenção, interesse e acompanhamento da problemática da cliente. Esta falta de atendimento em relação à experiência da cliente não foi intencional, a terapeuta não recorreu a um modelo com intervenção paradoxal. A cliente estava, no momento, a explorar aspetos

dolorosos da sua vida, e, a terapeuta vai perdendo o foco, direcionando-o para objetos que estão perto de si acabando por atender preocupações pessoais, em vez da experiência da cliente.

5. Verifiquei que o terapeuta foi capaz de colocar de parte as suas próprias exigências e preocupações para estar com o seu cliente.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

T: *“Você parece uma pessoa feliz. Por exemplo agora, quando estou a falar consigo, parece-me realmente feliz. É difícil para mim acreditar que ficaria deprimida.”*

C: *“Talvez seja porque a minha depressão está escondida, porque eu consigo enganar as pessoas... Como um camaleão... Eu posso... E eu fico entusiasmada, tipo empolgada para vir à terapia. Fico excitada... Não sei porquê.”*

(Caso P/3:17)

Neste excerto a terapeuta invalida o problema da cliente, demonstrando falta de empatia e compreensão pelos seus problemas e sentimentos. O seu tom de voz revela este estado, bem como a sua expressão facial, pautados pela ausência de empatia ou emoção. A cliente fica incomodada com a afirmação proferida pela terapeuta, sentido a necessidade de justificar o seu problema.

Nível 5: Completamente (presença)

T: *“O que eu gostava de explorar consigo, é o impacto (o terapeuta realiza uma pausa) de libertar isso.”* Ao mesmo tempo que o terapeuta diz isto, inclina a sua postura corporal para o cliente, realiza gestos com as mãos, utiliza uma pausa de silêncio para dar ênfase à importância do que proferiu. O tom de voz é suave, demonstrando emoção relativamente ao que é expresso.

C: *“Senhor, isso foi uma coisa difícil de lidar para mim... Porque eu não queria este divórcio... que a família fosse embora... não queria que nada fosse embora... queria que o nosso relacionamento melhorasse e que vivêssemos felizes para sempre e continuássemos casados... não queria que nada acabasse e pensei que conseguíamos fazer as coisas, mas ela sentiu-se diferente, por isso foi embora... (O cliente começa a ficar emocionado).”*

T: *“Hum-Hum”*

T: *“Faça uma pausa, não tem problema.”* O terapeuta emprega uma expressão facial que demonstra compaixão, emoção e empatia pelo relato do cliente. Utiliza silêncios adequados, respeitando o tempo do cliente.

(Caso A/20:45)

Este excerto revela uma validação dos sentimentos do cliente, respeito pelo seu tempo e pela sua experiência através do uso de pausas de silêncio adequadas, empatia e compaixão pelo que o cliente está a sentir. Adicionalmente, o terapeuta recorre ao uso de encorajadores mínimos, revelando estar atento e a acompanhar o discurso do cliente. Esta atenção, empatia e presença no momento demonstrada pelo terapeuta, leva a que o cliente se sinta à vontade para mostrar as suas vulnerabilidades, ficando visivelmente emocionado perante o terapeuta. Neste momento, o terapeuta respeita o espaço e o tempo do cliente, colocando-o à vontade para fazer uma pausa, exibindo uma expressão facial pautada pela compaixão, compreensão e empatia perante o relato do cliente.

6. Observei que o terapeuta se encontrou distante e desconectado do seu cliente, criando uma distância ou barreira emocional entre eles.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

T: O terapeuta usa silêncios adequados, respeita o tempo da cliente. *“Eu acho que os seus olhos me estão a dizer o que você está a sentir esse risco neste momento.”*

C: *“(Pausa de silêncio) Aqui estou eu... (a cliente começa a ficar emocionada).”*

(Caso H/13:00)

Através deste excerto é possível verificar que o terapeuta mantém um contacto ocular com a cliente, estando atento ao que este lhe transmite, bem como aos comportamentos não verbais. Por outro lado, a cliente sente-se à vontade para demonstrar as suas vulnerabilidades, ao começar a

chorar, bem como as suas problemáticas. Esta disponibilidade e presença do terapeuta leva a que a cliente se sinta ouvida e aceite, ao ponto de conseguir ser vulnerável perante o terapeuta.

Nível 5: Completamente (não presença)

T: *“Se gosta tanto do seu trabalho não compreendo porque é que fica deprimida. Parece-me que podia ir para o trabalho e sentir-se muito melhor.”*

C: (Silêncio) *“Eu sinto-me melhor no trabalho... hum... É porque em casa é tão deprimente quando comparado com o trabalho. Não posso ficar no trabalho o dia todo.”*

T: *“Bem, talvez possa trabalhar um pouco mais.”*

(Caso P/1:50)

Nestes excertos a terapeuta demonstra falta de empatia, falta de compreensão e ausência de validação relativamente ao problema da cliente. Faz sugestões que não são uteis e revelam uma falta de compreensão pelo sofrimento da cliente, bem como uma falta de validação pelos problemas e sentimentos desta. Ao mesmo tempo, o seu tom de voz revela uma falta de compreensão e a sua expressão facial falta de empatia. A cliente fica visivelmente incomodada com a falta de sensibilidade demonstrada pela terapeuta, sem saber o que responder, emergindo uma barreira emocional entre ambas.

7. Notei uma profunda apreciação e respeito por parte do terapeuta pelo seu cliente enquanto pessoa.
--

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

C: *“Eu sinto que não me está a reconhecer nem um pouco”* (Tom de voz magoado, gestos com as mãos em direção ao peito)

T: *“Isto é verdade, eu preocupo-me consigo na medida em que é minha cliente, preocupo-me consigo até onde quero, como um artista, que está a tentar retirar algo de si que estava escondido, isto é o máximo que eu me preocupo consigo.”* (Tom de voz e expressão facial que não demonstram qualquer tipo de emoção)

C: *“Bem, eu gostava de sentir que existia algo... É frustrante, se eu me fosse embora agora e nunca mais o voltasse a ver, iria frustrar-me sentir que não houve mais contacto, sinto uma enorme falta de contacto consigo, como se estivesse a falar com um bebé que não compreende ou algo do género, não sinto que tenhamos o mínimo de contacto, e, hum, deixa-me frustrada.”* (Tom de voz magoado, exaltado, defensivo, a cliente sente-se incompreendida pelo terapeuta, frustrada com o relacionamento)

(Caso G/19:00)

Através deste excerto, é possível verificar que a cliente confronta o terapeuta, com um tom de voz magoado, uma vez que não se sente reconhecida por ele. A resposta do terapeuta confirma que apenas se preocupa com ela enquanto sua cliente, demonstrando uma expressão facial e tom de voz isentos de qualquer tipo de emoção. A cliente refere que se sente incompreendida e frustrada com o relacionamento terapêutico, empregando um tom de voz magoado e exaltado e uma posição corporal defensiva. Neste caso, o terapeuta não estava a recorrer a nenhum modelo com intervenção paradoxal, estava de facto a confirmar que apenas se preocupa com ela na medida em que é sua cliente, nada mais que isso, algo que deixa a cliente visivelmente transtornada, e, como referido anteriormente, frustrada com o relacionamento.

Nível 5: Completamente (presença)

T: *“Eu acho que seria uma perda (pausa, contacto ocular direccionado para o cliente, postura corporal aberta e inclinada, expressão facial intensa), se a depressão se tornasse tão avassaladora, ao ponto de interferir na forma como vê as coisas.”*

(Pausa de silêncio)

T: *“Quero-lhe agradecer por tocar a minha vida, ao partilhar as suas experiências comigo. Obrigada.”* (Postura corporal aberta e direccionada para o cliente, contacto ocular direccionado).

(Caso A/40:00)

Através deste excerto é possível verificar uma apreciação pelo cliente e pela sua vida, através de expressões verbais e agradecimentos demonstrados pelo terapeuta, a acompanhar as expressões verbais, o terapeuta emprega comportamentos não verbais, como, o uso de pausas,

contacto ocular direcionado, postura corporal aberta e inclinada para o cliente e uma expressão facial intensa pautada por emoção, empatia e compaixão pelo cliente.

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.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

C: *“Bem, eu sinto que não tenho o direito, quando não gosto de alguém ou não concordo com o que uma pessoa está a fazer, se eu os devo respeitar, se são superiores a mim, não sinto que tenha o direito de dizer o quão chateada estou.”*

T: *“Isso é treta (...) Você está a voltar ao seu canto seguro.”* (vira a cara para o lado e faz um gesto negativo com a mão)

C: *“Eu sinto que a única forma que me respeita como ser humano é se eu estiver a ser agressiva e forte, sinto que não me aceitaria... Eu teria medo de chorar na sua frente, sinto que se ia rir de mim e chamar-me de impostora, sinto que não aceitaria o meu lado fraco, só quando estou a gritar consigo.”*

T: *“Você não deve chorar na minha presença.”* (Tom irónico).

C: *“Bem, não lhe daria essa satisfação!”* (Postura e tom de voz defensivo).

(Caso G/20:00)

Através deste excerto é possível verificar que o terapeuta desvaloriza os sentimentos e a experiência da cliente, utilizando um tom de voz e gestos negativos em resposta ao que é proferido pela cliente. Para além disso, o terapeuta não valida, nem tenta compreender o que a cliente expressa, recorrendo ao uso do sarcasmo para lhe responder. Por outro lado, a cliente expressa que não se sente aceite enquanto pessoa pelo terapeuta, admite o receio de se mostrar vulnerável à sua frente (chorar), e adota uma postura e tom de voz defensivos.

Nível 5: Completamente (presença)

T: *“Diga-me o que significaria expressar essa raiva. Como é que seria? (...)”*

C: *“Tenho-a dentro de mim. Está acumulada.”*

T: *“Vamos ver esse sentimento de acumulação.”* (Ao mesmo tempo que direciona as mãos para o peito).

(Caso A/15:00)

Neste excerto o terapeuta realiza uma exploração dos sentimentos do cliente, demonstrando uma expressão facial de profundo interesse, seguimento da narrativa do cliente, postura corporal inclinada e contacto ocular direcionado para o cliente. Após a resposta do cliente, o terapeuta não só utiliza a mesma expressão verbal do cliente, como também realiza novamente uma exploração dos sentimentos, enquanto direciona as suas mãos para o peito, de forma a identificar fisicamente a raiva do cliente. Isto demonstra um seguimento da narrativa do cliente, atenção (ao utilizar as mesmas expressões verbais que o cliente, demonstra estar atento ao seu discurso) e interesse pela experiência dele, expressão facial de profundo interesse, colocando mesmo a mão sobre o queixo, como se estivesse genuinamente interessado em ouvir o que o cliente tem a dizer.

9. Verifiquei que o terapeuta estava impaciente ou crítico.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

C: (Em tom de piada e a rir-se) *“Eu quero dizer, bem, como é tem estado ultimamente? Como está a sua esposa?”*

T: O terapeuta ri-se genuinamente com a cliente.

T: *“Estou impressionado com o facto de quando precisa de uma pausa, tira-a realmente.”*
(Contacto ocular direcionado, postura corporal aberta e acenos com a cabeça)

C: *“Oh, obrigada”* (Sorrindo)

(Caso H/39:16)

Através deste excerto é possível verificar que o terapeuta se encontra sintonizado com o discurso da cliente, rindo-se genuinamente dos comentários que esta faz. Posteriormente,

empregando uma postura corporal aberta e inclinada, contacto ocular direcionado e recorrendo ao uso de acenos, o terapeuta expressa a sua admiração genuína pelas atitudes da cliente, conduzindo a que a mesma se sinta aceite e não julgada pelos seus comportamentos.

Nível 5: Completamente (não presença)

C: “*Eu sinto que se sair do canto, você não me vai ajudar nem um pouco, vai-me deixar afogar e eu sei que não consigo atingir certos padrões consigo.*”

T: “*O que é que eu deveria fazer quando está nesse canto?*”

C: “*Encorajar-me a sair!*”

T: “*Oh (expressão facial de surpresa), você não tem a coragem suficiente para sair sozinha, precisa de alguém (tom de voz sarcástico). Assim, quando precisa de chamar a atenção de alguém vai para esse canto e espera que alguém a venha salvar!*”

C: “*Sim, é exatamente isso que eu gostava.*” (Tom de voz na defensiva, exaltada).

T: “*A isto eu chamo impostora*”

C: “*Desculpe-me? Porque é que isso é ser impostora? Eu estou a admitir-lhe o que sou, como é que isso é ser impostora?*” (Cliente está desconfortável, na defensiva).

T: “*Isso é ser impostora porque é um truque, é um jogo para chamar a atenção de alguém e esperar que a venham salvar!*”

C: “*Eu estou a admitir-lhe o que estou a fazer, não estou a ser impostora, não estou a fingir que sou corajosa. Fico ressentida com isso, sinto que está a dizer que a não ser que eu saia sozinha... eu não sou impostora... tretas...sou tão real sentada no canto como sou aqui, sozinha!*” (A cliente demonstra uma postura corporal na defensiva, tom de voz defensivo e exaltado).

T: “*Mas neste momento não está sentada nesse canto.*”

C: “*Bem, agora não. De qualquer das formas, é uma forma de julgar quando me chama de impostora, eu odeio isso.*”

T: “*Agora estamos a chegar a algum lado. Eu chamo alguém de impostor, quando representam um papel... Se gosta de alguém e vai ao encontro da outra pessoa, e lhe diz, gostava de o conhecer, eu não chamaria de impostor. Mas se vai para o canto (imite como de quem está a chorar), à espera de ser salva, a isto eu chamo de impostor.*”

C: (Revira os olhos, expressão facial de irritação) *“E eu continuo a achar que está a ser julgador, sabe que mais, eu tenho a sensação que nunca se sentiu assim na sua vida, sempre se sentiu seguro. Alguém que faça algo deste género, você vai julgar e eu ressinto isso.”*

(Caso G/15:00)

Através deste excerto é possível verificar uma atitude de confrontação e julgamento por parte do terapeuta, ao chamar a cliente de impostora, desvalorizando os seus sentimentos e experiência, empregando um tom de voz sarcástico, negativo e imitando sons que desvalorizam o que a cliente está a dizer, nomeadamente, o som do choro. Esta atitude do terapeuta, leva a que a cliente se sinta julgada, desconfortável, irritada e adote uma postura defensiva bem como um tom de voz que denota uma atitude exaltada e defensiva. Por consequência, este clima de confrontação e julgamento, faz com que a cliente não se sinta à vontade para revelar as suas fraquezas ao terapeuta, contribuindo negativamente para um bom relacionamento terapêutico.

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 consequentemente a resposta externa que lhe transmitiu correspondeu à forma como se sentiu interiormente.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

C: *“Tenho de admitir que se está a tornar opressivo, quando vou para casa, seja dia ou noite, eu entro pela aquela porta e é deprimente, até a atmosfera que eu quero, em que me sinto confortável, é deprimente (...)”*

T: Fica inquieta na cadeira, suspira, olha para o relógio *“Bem, sabe, eu acho que você só precisa de ir para o trabalho, porque parece que quando está no trabalho se sente muito bem”* (Tom de voz crítico, sem emoção relativamente ao que a cliente disse).

(Caso P/19:00)

Através deste excerto é possível compreender que a terapeuta responde de forma apressada, critica, realizando uma sugestão desadequada, não validando nem explorando os sentimentos expressos pela cliente, empregando um tom de voz e expressão facial crítico e sem qualquer tipo de emoção perante o que foi proferido pela cliente. Ainda, a terapeuta demonstra estar inquieta e desatenta, mexendo-se na cadeira e verificando as horas no relógio.

Nível 5: Completamente (presença)

C: “*Eu posso confiar em si e posso dizer-lhe isto e aquilo e você pode sentir algo, mas e depois? Sabe, é uma história bonita, grande coisa...*”

T: “*O que eu ouço nisso é que sente que eu não quero saber, é só uma história... Mas... e se eu realmente quiser saber?*” (Posição corporal aberta, tom de voz calma e uso de silêncios adequados, expressão facial intensa).

(Caso H/23:13)

Através deste excerto é possível verificar que a cliente sente que o terapeuta pode sentir algo pela sua história, mas que, por ser uma história banal não se identificaria a nível profundo. Através da sintonia e contacto com a experiência da cliente, ao aperceber-se deste sentimento, o terapeuta transmite à cliente que apesar de ela poder sentir isso, o terapeuta de facto interessa-se e quer saber da sua história. Acompanhando isto, o terapeuta adota uma posição corporal aberta, apresenta um tom de voz calmo, expressão facial intensa e recorre ao uso de silêncios adequados.

11. Observei que o terapeuta mal podia esperar que a sessão terminasse.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (presença)

T: “*Como é que se sente ao partilhar estes sentimentos agora e nestas circunstâncias?*”

(Caso A/9:00)

Através desta intervenção o terapeuta realiza uma exploração de sentimentos, demonstrando estar a seguir a narrativa do cliente, bem como uma preocupação e interesse pelo

que o cliente diz e sente. A sua expressão facial é intensa, demonstrando profundo interesse, a sua postura corporal é aberta e inclinada para o cliente, mantém um contacto ocular direcionado e o seu tom de voz denota interesse pela experiência do cliente. Utiliza encorajadores mínimos (Hum-Hum) e acenos.

Nível 5: Completamente (não presença)

T: “*Como é que isso a faz sentir?*”

C: “*Estranha... Um pouco estranha...*”

T: “*Hum... Bem, eu estou a reparar no tempo, e, hum... tenho de terminar mais cedo, porque... hum, há algo que tenho de fazer, portanto.*”

(Caso P/23:47)

Neste excerto a terapeuta não realiza uma exploração dos sentimentos da cliente, termina a sessão de uma forma abrupta e é distraída pelo fator do tempo, revelando uma inexistência de presença, interesse pela experiência e sentimentos da cliente. Demonstra também uma falta de imersão na experiência da cliente. Quando existe um estado de presença, a noção do tempo é perdida, o que, neste caso, não se verifica.

12. Verifiquei que o terapeuta estava genuinamente interessado na experiência do seu cliente.

Para este item as vinhetas ilustrativas, foram as seguintes:

Nível 1: De modo algum (não presença)

C: “*Eu não acumulo, não gosto dessa palavra.*”

T: “*Não gosta dessa palavra? Mas eu acho que você acumula coisas. Lembra-se quando falamos sobre como coleciona muitas coisas? (...) Você tem muitas coisas na sua casa. Eu acho que parece que você acumula coisas.*”

(Caso P/7:30)

Neste excerto o terapeuta inicia uma confrontação insensível, demonstrando uma falta de empatia pela problemática da cliente e uma invalidação da mesma. O tom de voz do terapeuta

demonstra um certo julgamento, confrontação e falta de empatia. A sua expressão facial não demonstra qualquer tipo de emoção ou expressividade. Todos estes elementos, verbais e não verbais, levam a crer que não existe um genuíno interesse pela experiência da cliente, mas sim uma atitude de confrontação e acusação.

Nível 5: Completamente (presença)

T: *“Estou realmente interessado nessa experiência, quando você estava afastada dele, houve um momento que se sentiu segura e conseguiu perceber-se a si própria e à situação inteira...”* (Ao mesmo tempo, o terapeuta mantém uma postura corporal aberta, contacto ocular direcionado, tom de voz calmo e realiza gestos com as mãos para exemplificar o que diz à cliente).

(Caso H/16:56)

Este excerto demonstra um interesse genuíno pela experiência da cliente, curiosidade em saber mais, através da exploração do que foi proferido pela cliente. Aliado a isto o terapeuta mantém uma postura corporal aberta e direcionada para a cliente, um contacto ocular direcionado, tom de voz calmo e recorre ao uso de gestos com as mãos para enfatizar o que está a transmitir à cliente, demonstrando uma sintonia, atenção e interesse genuíno na experiência da cliente.

Discussão

A presente dissertação teve como principal objetivo a adaptação do inventário da presença terapêutica para uma medida observacional. Para isso, através da codificação de vídeos, foram observados e avaliados os comportamentos que o terapeuta adota, durante o processo terapêutico, que demonstram presença ou falta dela, com o intuito de transcrever vinhetas ilustrativas para o nível mínimo e máximo da escala. Deste modo, através da codificação e visualização dos vídeos correspondentes às sessões terapêuticas, foi possível compreender que determinados comportamentos verbais e não verbais adotados pelo terapeuta, transmitem um estado de presença, atenção e segurança ao cliente, contribuindo para que este se sinta aceito, compreendido e à vontade para explorar as suas problemáticas e expor as suas vulnerabilidades. De igual modo, outros

comportamentos transparecem um estado de não presença, desatenção e desinteresse pela experiência do cliente, levando a que o mesmo se sinta desconfortável, defensivo, incompreendido, julgado e frustrado com o relacionamento terapêutico. Conseqüentemente, criando uma barreira emocional e uma incapacidade para explorar aspetos dolorosos da sua vida e expor as suas vulnerabilidades, com o receio da crítica e incompreensão, conduzindo a um impacto negativo no relacionamento terapêutico.

Segundo a literatura, quando o terapeuta se encontra presente no encontro terapêutico, mantém uma postura corporal aberta e inclinada, um contacto ocular direcionado para o cliente, atenção focalizada, uma expressão facial que denota interesse, curiosidade, empatia e compaixão, tom de voz claro e marcado por um interesse genuíno, utiliza reflexões empáticas, segue o discurso do cliente, usa o silêncio de forma adequada respeitando o tempo do cliente, é capaz de completar aquilo que o cliente diz ou recorrer às mesmas palavras, comenta as expressões faciais do cliente, responde às ações verbais e físicas do mesmo, como por exemplo, sorrir genuinamente ou rir quando o cliente diz algo engraçado e realiza gestos genuínos de compaixão. Adicionalmente, uma interação sintonizada com o cliente, através do uso de encorajadores mínimos, revela que o terapeuta está presente com o que se está a passar no momento (Hill et al., 1979; Colosimo & Pos, 2015). De acordo com Greenberg e Geller (2001), as expressões verbais e não verbais empregues pelo terapeuta, possibilitam que o cliente sinta a presença deste e, conseqüentemente, se sinta ouvido, visto e aceite. A utilização de comportamentos não verbais, bem como a congruência entre comportamentos verbais e não verbais, são aspetos muito importantes durante o encontro terapêutico, uma vez que, elementos como a expressão facial, tom de voz, postura corporal, a comunicação do terapeuta e a forma como os clientes o percebem como estando presente, afetam os resultados da sessão e influenciam o relacionamento terapêutico (Greenberg, 2014). Após uma análise dos resultados obtidos no presente estudo, é possível confirmar que nos itens

correspondentes a um estado de presença terapêutica, o terapeuta adota determinados comportamentos não verbais que traduzem a sua presença, nomeadamente, emprega uma postura corporal aberta e inclinada para o cliente, mantém o contacto ocular direcionado, a sua expressão facial denota um interesse genuíno, preocupação, empatia e compaixão pelos sentimentos e problemáticas do cliente, o seu tom de voz é calmo, realiza gestos para acompanhar o discurso que transmite ao cliente, faz acenos com a cabeça, recorre ao uso do silêncio e pausas adequadas, respeitando o tempo do cliente. Para além disso, o terapeuta também recorre a determinados comportamentos verbais que transmitem ao cliente um estado de presença terapêutica, em específico, realiza uma exploração da problemática e dos sentimentos do cliente, bem como uma validação dos mesmos, lembra-se de coisas que o cliente foi referindo ao longo da sessão, utiliza encorajadores mínimos e sumarizações, devolve respostas empáticas tendo em conta a problemática apresentada e responde aos comportamentos não verbais, em particular, ri-se genuinamente após o cliente ter dito algo engraçado e repara no seu contacto ocular, interpretando o que este lhe transmite. Como seria de esperar, foi possível observar que através destes comportamentos, o terapeuta permite que o cliente se sinta compreendido e aceite, mostrando-se à vontade para partilhar com o terapeuta os aspetos da sua vida que são dolorosos, bem como demonstrar-se vulnerável, como por exemplo, ficar emocionado ou chorar perante o terapeuta.

Posto isto, a presença terapêutica constitui-se como uma componente facilitadora de uma forte aliança terapêutica, interferindo, de forma positiva ou negativa, com os resultados obtidos ao longo do processo terapêutico. Por conseguinte, a atitude geral do terapeuta, influência o bem-estar do cliente, bem como a perceção que este possui do terapeuta como estando presente, ou não (Greenberg, 2014). Quando o momento terapêutico é caracterizado pela ausência de presença, emerge uma sensação de insegurança no cliente, e, conseqüentemente, uma barreira emocional, impedindo que o mesmo se sinta bem para explorar aspetos dolorosos da sua vida (Porges, 1995,

2007; Krug, 2009; Geller; 2013; Geller & Porges, 2014; Geller, 2017). Assim, a literatura aponta que quando o terapeuta demonstra falta de presença terapêutica, emergem comportamentos como uma expressão facial de aborrecimento, expressão facial ou tom de voz que transparece irritabilidade, postura corporal rígida, um diálogo pautado pela confrontação, verificar constantemente as horas, distrair-se com objetos que estão perto de si, perder oportunidades para demonstrar responsividade ou ignorar as expressões faciais do cliente. Ainda, pode exibir expressões que refletem distância, distração, aborrecimento e a incapacidade para dar resposta ao cliente relativamente às suas expressões emocionais, uma expressão facial e postura corporal que denota falta de responsividade, respostas desalinhadas com a experiência do cliente e um tom de voz pautado por julgamentos (Ladany et al., 2004; Colosimo & Pos, 2015).

Estes dados são consistentes com os resultados obtidos no presente estudo. Através da análise dos dados adquiridos, foi possível confirmar que quando o terapeuta não está presente no encontro terapêutico, adota determinados comportamentos não verbais que transmitem este estado ao cliente, nomeadamente, a distração com objetos que se encontram perto de si, verificar as horas em momentos que não são apropriados, expressões faciais flácidas, que não transmitem qualquer tipo de emoção, ou, por sua vez, expressões faciais onde é visível distração, aborrecimento, bem como uma inquietude. No que concerne os comportamentos verbais foi possível verificar um tom de voz que não demonstra empatia ou compreensão pela problemática do cliente, ou, um tom de voz pautado por julgamentos, existe uma ausência de seguimento da narrativa do cliente, atenção aos comportamentos não verbais do mesmo com uma tonalidade negativa, falta de exploração e validação da problemática, bem como um discurso pautado pela confrontação e julgamento. Aliado a isto, ficou patente a compreensão de que a adoção destes comportamentos, verbais e não verbais, pelo terapeuta, conduzem a uma quebra na fluidez da conversa da díade, levam a que o cliente se coloque numa posição defensiva, não se sinta aceite, mas sim, criticado e julgado. Ainda, emerge

uma barreira emocional entre o terapeuta e o cliente, e, conseqüentemente leva a que o cliente não se sinta à vontade para ser vulnerável na companhia do terapeuta, contribuindo negativamente para um bom relacionamento terapêutico.

Em suma, foi possível retirar vinhetas ilustrativas referentes ao nível mínimo e máximo da escala, que elucidaram relativamente ao tipo de comportamentos tanto no domínio verbal como no não verbal, que transmitem um estado de presença terapêutica ou ausência dele, adotado pelo terapeuta e que possuem um impacto positivo ou negativo no relacionamento e processo terapêutico. Ficou patente que os comportamentos que o terapeuta emprega interferem significativamente no relacionamento terapêutico, e na percepção que o cliente possui relativamente ao estado de presença do terapeuta, conduzindo a que o cliente se sinta aceite e à vontade para explorar os seus problemas e expor as suas vulnerabilidades, ou, por outro lado, se sinta julgado e frustrado, ao ponto de não querer partilhar os seus dilemas pessoais. Posto isto, a pertinência de uma medida observacional é, novamente, reforçada uma vez que permite que os júris, recorrendo aos exemplos comportamentais retirados, consigam facilmente identificar os momentos em que o terapeuta se encontra presente, e, quando o oposto ocorre.

Considerações Finais

Em síntese, a presente dissertação pretendeu realizar a adaptação do inventário da presença terapêutica numa medida observacional que permita avaliar os comportamentos de presença e falta dela, que o terapeuta adota durante o processo terapêutico. Não obstante, como em qualquer investigação, é possível apontar algumas limitações. Primeiramente, uma vez que a recolha de vinhetas ilustrativas, referentes aos itens do inventário, teve por base a codificação e visualização de vídeos, em muitos casos foi difícil visualizar o terapeuta no plano do vídeo, o que condicionou a observação de comportamentos não verbais que este possa ter empregue. Esta dificuldade, possivelmente, terá levado à perda de exemplos importantes, que poderiam ter sido benéficos. Em

acrécimo, também emergiu a dificuldade em encontrar vídeos nos quais o terapeuta demonstra comportamentos ilustrativos do que é a falta de presença num encontro terapêutico. Tendo em conta estas limitações, tornou-se bastante complicado exemplificar cada um dos níveis da escala, motivo pelo qual apenas se procedeu à ilustração do nível mínimo (1-De modo Algum) e do nível máximo (5-Completamente).

Posto isto, após uma reflexão relativamente às limitações encontradas ao longo desta investigação, é possível elaborar algumas sugestões para futuros estudos. Deste modo, seria pertinente que os próximos estudos se dedicassem à ilustração dos restantes níveis (2-Um Pouco; 3-Moderadamente; 4-Muito), para que, numa fase posterior, seja possível, com o auxílio de todas as vinhetas ilustrativas, compreender de forma aprofundada o que realmente significa estar presente, ou não, durante o encontro terapêutico. Ao procederem à ilustração dos restantes níveis, o treino dos juízes seria facilitado e a fidelidade de aplicação da escala, aumentaria.

Referências

- Almeida, C., Silva, D., Nogueira, D., Fernandes, C., de Jesus, S. N., & Salgado, J. (2016). Emotion regulation and psychotherapy: adaptation and elaboration of an application manual of the observer measure of affect regulation (O-MAR). *Journal of Spatial and Organizational Dynamics*, 4(1), 30-55.
- Aspland, H., & Gardner, F. (2003). Observational measures of parent-child interaction: An introductory review. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 136-143. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00061>
- Baldwin, M. (1987). Interview with Carl Rogers on the use of the self in therapy. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3(1), 45-52. https://doi.org/10.1300/J287v03n01_06
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of counseling psychology*, 28(2), 91. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.2.91>
- Brahnam, S. (2014). Therapeutic presence in mediated psychotherapy: The uncanny stranger in the room. *Interacting with presence: HCI and the sense of presence in computer-mediated environments*, 123-138.
- Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. W W Norton & Co.
- Childs, D. (2007). Mindfulness and the psychology of presence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 367-376. <https://doi.org/10.1348/147608306X162600>
- Cohn, J. F., & Ekman, P. (2005). *Measuring facial action*. In J. A. Harrigan, R. Rosenthal, & K. R. Scherer (Eds.), *Series in Affective Science. The new handbook of methods in nonverbal behavior research* (pp. 9–64). Oxford University Press.

- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of psychotherapy integration*, 25(2), 100-114. <https://doi.org/10.1037/a0038879>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540. doi: 10.1080/10503307.2011.587469
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85. DOI: 10.1080/10503307.2012.731713
- Ekman, R. (1997). *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*. Oxford University Press.
- Faleiros, E. A. (2004). Aprendendo a ser psicoterapeuta. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(1), 14-27.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*. 1-17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. In Cooper, M., Schmid, P. F., O'Hara, M., & Bohart, A. C. (Eds.). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling (2nd ed.)* (pp. 209-222). Basingstoke.
- Geller, S. M. (2017). Deepening the experience of therapeutic presence: Grounding, immersion, expansion, and compassion exercises. In Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence* (pp. 172-196). American Psychological Association.

- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178 - 192. <https://doi.org/10.1037/a0037511>
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610. DOI: 10.1080/10503307.2010.495957
- Geller, S., Pos, A., & Colosimo, K. (2012). Therapeutic presence: A fundamental common factor in the provision of effective psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 47(3), 6-13.
- Girard, J. M., & Cohn, J. F. (2016). A primer on observational measurement. *Assessment*, 23(4), 404-413. doi: 10.1177/1073191116635807.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350-357. <https://doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S., & Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. Rogers' therapeutic conditions: *Evolution, theory and practice*, 1, 131-149.
- Hill, C. E., Siegelman, L., Gronsky, B. R., Sturniolo, F., & Fretz, B. R. (1981). Nonverbal communication and counseling outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 28(3), 203-212. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.3.203>
- Hill, C. E., Thames, T. B., & Rardin, D. R. (1979). Comparison of Rogers, Perls, and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26(3), 198-203. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.26.3.198>
- Jung, C. G. (2011). *A prática da psicoterapia*. Editora Vozes Limitada.

- Knox, R., & Cooper, M. (2010). Relationship Qualities that are Associated with Moments of Relational Depth: The Client's Perspective. *Person-centered & experiential psychotherapies*, 9(3), 236-256. DOI: 10.1080/14779757.2010.9689069
- 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. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Kossak, M. S. (2009). Therapeutic attunement: A transpersonal view of expressive arts therapy. *The arts in psychotherapy*, 36(1), 13-18. DOI: 10.1016/j.aip.2008.09.003
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2007). The Facial Expression Coding System (FACES): Development, validation, and utility. *Psychological assessment*, 19(2), 210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.210>
- Krug, O. T. (2009). James Bugental and Irvin Yalom: Two masters of existential therapy cultivate presence in the therapeutic encounter. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(3), 329-354. <https://doi.org/10.1177/0022167809334001>
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J., & O'Brien, K. M. (2004). Therapist perspectives on using silence in therapy: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(1), 80-89. <https://doi.org/10.1080/14733140412331384088>
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and family Therapy*, 36(3), 347-360. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.298>

- Morrison, E. F., Phillips, L. R., & Chae, Y. M. (1990). The development and use of observational measurement scales. *Applied Nursing Research*, 3(2), 73-77.
[https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80164-8](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80164-8)
- Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2002). Empirically supported therapy relationships. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. *Society of Clinical Psychology Division 12–American Psychological Association*, 57(3), 3-16.
- Pemberton, B. K. (1977). The presence of the therapist (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning)
- Phelon, C. R. (2001). Healing presence: An intuitive inquiry into the presence of the psychotherapist (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning)
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our revolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116-143.
doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Gracia, E., & Terreros, E. (2018). Validation of the Working Alliance Inventory–Observer Short Version with male intimate partner violence offenders. *International journal of clinical and health psychology*, 18(2), 152-161.
doi: 10.1016/j.ijchp.2018.02.003

Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de observação da aliança em terapia familiar versão observacional (SOFTA-O). *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção*, 1, 121-149.

DOI: 10.14195/978-989-26-0839-6_5

Welwood, J. (1997). Reflection and presence: The dialectic of self-knowledge. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 28(2), 107-128.

Yontef, G. (1998) Dialogic Gestalt Therapy. In: Greenberg, L.S., Watson, J. & Lietaer, G., (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (pp.82-102). Guilford Press.