

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA  
APLICADA**

**Monografia de Fim de Curso Apresentada na Área da  
Psicologia Clínica**

**por**

**Maria Odete Nunes**

**PSICOTERAPIA DE TEMPO LIMITADO**

**E**

**TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE**

**Orientador: Professor Doutor João Hipólito**

**Orientadora de Seminário de Monografia: Professor Doutor Isabel  
Leal**

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, constatamos que a inquietude do homem sobre si próprio, bem como a sua constante procura de bem estar, leva-o a investir sobre diferentes formas de conhecimento. Ao nível da dimensão psicológica, têm surgido diferentes compreensões dos fenómenos que lhe são inerentes e, conseqüentemente, as formas de intervenção e conceptualização de ajuda psicológica, têm também encontrado uma grande variedade.

A psicoterapia, sendo um dos modos de ajuda psicológica tem encontrado diferentes expressões na sua forma de intervenção. Esta variedade deve-se à proliferação de modelos teóricos de compreensão psicológica que, conseqüentemente originam modos próprios na prática psicoterapêutica.

Verificamos, contudo, que para além da sua diversidade conceptual, as psicoterapias ainda se agrupam em duas categorias: as denominadas breves e as comumente chamadas de longa duração.

O tema aqui tratado insere-se no âmbito da psicoterapia breve segundo o modelo da terapia centrada no cliente

Ao nível teórico aborda duas questões:

- A especificidade da psicoterapia breve
- A psicoterapia breve segundo o modelo da terapia centrada no cliente.

Ao nível prático é apresentada a análise de uma psicoterapia centrada no cliente, cuja motivação de base teve como objectivos avaliar:1 - a

dimensão temporal nesta terapia concreta. 2 - que importância é atribuída ao princípio da não-directividade, nas eventuais mudanças da cliente.

Neste sentido o trabalho estruturou-se em quatro capítulos:

Capítulo I - Enquadramento histórico e evolução das psicoterapias breves. Caracterização e diferenciação em relação a outros processos psicoterapêuticos. Apresentação de alguns dos modelos de psicoterapia breve que nos pareceram mais significativos.

Capítulo II - Fundamentação filosófica e descrição detalhada das especificidades teóricas do modelo da terapia centrada no cliente.

Capítulo III - Análise de uma psicoterapia: Dados gerais sobre a psicoterapia em estudo. Apresentação da metodologia e das respectivas etapas Descrição do procedimento e, por último apresentação e análise dos resultados.

Capítulo IV - Conclusões sobre o trabalho efectuado incluindo as consequentes reflexões ocasionadas pela avaliação da situação prática. Referência de aspectos que nos pareceram relevantes na especificidade da psicoterapia breve e implicações teóricas ao nível da terapia centrada no cliente.

## **I CAPÍTULO**

### **1 ABORDAGEM HISTÓRICA DAS PSICOTERAPIAS BREVES**

Situando-nos numa perspectiva histórica não podemos deixar de referir e apreciar o trabalho desenvolvido por Freud. O gosto pela investigação proporcionou-lhe contacto com diferentes conceitos elaborados por autores que, tal como ele, se interessavam pelos aspectos de âmbito psicológico. A partir do material existente, Freud elaborou não só um trabalho de sistematização como também desenvolveu uma teoria de intervenção e compreensão psicológica da doença.

Neste sentido vamos salientar alguns pontos do trabalho de Freud que nos parecem importantes e conducentes ao desenvolvimento das Psicoterapias Breves. Seguidamente debruçar-nos-emos sobre o nascimento e evolução desta forma de intervenção terapêutica.

#### **1.1. Contributos da Teoria Psicanalítica**

O desenvolvimento conceptual da teoria psicanalítica deve-se sobretudo a Freud, seu fundador, o qual progressivamente, foi complexificando o seu pensamento sobre o funcionamento e as causas de determinados mecanismos psicológicos. Inicialmente por volta de 1890, influenciado pela experiência de Breuer, desenvolveu um estudo sobre a formação dos

sintomas histéricos e na sua obra "Estudos sobre a Histeria", refere a origem da neurose como resultado de um trauma psíquico precoce de natureza sexual onde o sintoma substitui a lembrança; na sua óptica a intervenção terapêutica consistia em levar o paciente à recordação desse acontecimento, o que iria ocasionar a descarga emocional bloqueada no momento do acontecimento patogénico. Partiu da hipnose, método já utilizado por Charcot e Bernheim, passando depois à sugestão e finalmente desenvolveu a técnica das associações livres. O objectivo de Freud era o de encontrar a melhor forma de acesso ao "traumatismo", mas deparou-se com alguns problemas, nomeadamente: a resistência de alguns doentes à hipnose; o abandono prematuro do tratamento, etc.

Preocupado com este aspecto das "resistências", Freud atualizou uma modificação no seu pensamento desenvolvendo uma teoria "da fantasia e do conflito intrapsíquico" na qual valorizava as forças que impediam a representação patogénica, abandonando a importância anteriormente dada à lembrança (trauma psíquico). A partir daqui, a ênfase não era dada tanto aos sintomas mas, era dada mais ao funcionamento intrapsíquico do paciente e, na perspectiva de Gilliéron houve uma mudança na prática psicanalítica. A partir deste momento, segundo ele: "...mais do que combater, entrar em conflito aberto com o paciente, contentou-se em mostrar-lhe a sua maneira de comportar-se na relação. Isso marcou uma reviravolta importante na prática psicanalítica e, em nossa (sic) opinião, pode ser considerado como o início da psicanálise tal como é ainda hoje praticada." (Gilliéron, 1983 L1)

Portanto, a partir deste momento, a orientação das pesquisas assentava mais nos aspectos da dinâmica pulsional e organização das resistências, constatando-se a necessidade de elaboração e interpretação das

múltiplas facetas do sintoma, antes do seu desaparecimento. Assim foram-se descobrindo e elaborando a importância de diversos mecanismos (fenômeno da condensação, lucros secundários da doença, etc.) subjacentes a todo o processo, levando gradualmente a um aumento da duração dos tratamentos. Mas em 1920, Freud no artigo " Além do princípio do Prazer", apresenta um conceito basilar que descreve como a compulsão à repetição e à qual atribui a responsabilidade do prolongamento dos tratamentos: "Essa própria tendência à repetição é a mesma que se ergue com frequência diante de nós, como obstáculo terapêutico, quando queremos ao fim do tratamento, conseguir que o doente se desligue completamente do médico" (Freud citado por Gilliéron, 1983)

O questionamento sobre a duração dos tratamentos foi algo que esteve presente no pensamento de Freud, escrevendo em 1938 "Análise Terminável e Interminável", no entanto foi sempre um defensor de que o enquadramento analítico e a técnica nunca sofressem alterações: "todo o fenômeno psíquico e toda a resistência devem encontrar uma explicação metapsicológica e não justificam nenhuma modificação técnica" (Gilliéron, 1983 L1). Desta forma manteve sempre uma posição reactiva a todos quantos pretendiam introduzir alterações aos princípios e às técnicas fundamentais usadas no decurso do processo terapêutico.

Apesar da intransigência face às inovações em relação à sua teoria, Freud teve a noção da importância do tempo: como ilustração é referido o caso do famoso "Homem dos Lobos", cujo tratamento se arrastava há bastante tempo sem evolução positiva. Um dia, Freud tomou a decisão dramática de anunciar o seu fim, acontecendo que a partir daí as coisas aceleraram-se de uma maneira positiva. A propósito desta experiência Freud diz: "eu empreguei o método de fixar uma data para o terminus da análise em outros casos, e inquiri acerca da experiência de outros analistas

a este respeito e só pode haver um veredicto acerca do valor deste instrumento de chantagem. A medida é efectiva desde que seja empregue no tempo certo. Mas não se pode garantir que a tarefa da psicanálise tenha sido perfeita, pelo contrário, poderemos ter a certeza de que enquanto por uma lado a força do acordo terá o efeito de fazer luz sobre o material, por outro lado, outra parte do material permanecerá escondida e enterrada tal como estava e ficará perdida para os nossos esforços terapêuticos." ( Freud citado por Shlien, 1957 A1)

Neste sentido podemos dizer que Freud foi uma das primeiras pessoas que intuitivamente teve a noção da importância do tempo limitado num processo terapêutico, e com base nesta experiência muitos consideram-no o pioneiro da prática das Psicoterapias Breves.

Ainda numa perspectiva histórica parece-nos importante salientar que inicialmente, numa primeira fase, os tratamentos efectuados por Freud tiveram êxito num tempo diminuto de intervenção, facto que foi comum às terapias efectuadas no âmbito de outros modelos teóricos.

Continuando a referirmo-nos a Freud (Aux Confins de la Psychanalyse A3) e como exemplo dessa primeira fase, mencionaremos alguns casos referidos nos "Estudos sobre a Histeria", de tratamentos efectuados de 1889 a 1894: Emmy V. N. tratada em sete semanas; Lucy R., em nove semanas, apesar de Freud ter opinado que poderia ter sido tratada numa única sessão; Elisabeth V. R.. cujo tratamento demorou alguns meses. Outros escritos de Freud indicam mais casos: Dora, tratada em 1889 em cerca de três meses; o pequeno Hans em dois meses; sabe-se por Jones que Freud tratou Gustav Mahler durante um passeio de quatro horas, e

Bruno Walter, chefe de orquestra que apresentava uma paralisia do braço direito, e o qual Freud curou em seis sessões.

Numa segunda fase, à medida que o pensamento de Freud se foi complexificando numa busca de compreender o funcionamento psicológico tentando encontrar uma explicação metapsicológica, os tratamentos foram-se alongando. Tal como diz Gilliéron "o desaparecimento do sintoma não é mais do ponto de vista psicanalítico, um problema primordial, longe disso. Portanto, se é necessário cada vez mais aprofundar o nosso conhecimento dos mecanismos inconscientes, não resta menos verdade nisso que uma análise ortodoxa, demasiado preocupada com os seus desejos, certamente honráveis de conhecimento, arrisca-se a esquecer **o objectivo primitivo real de Freud: tratar o seu doente**".(Gilliéron, 1973)

## 1.2. Nascimento e Evolução

À medida que a teoria psicanalítica se desenvolvia, a compreensão dos mecanismos do que neste modelo se denomina de inconsciente, foi-se aprofundando. Paralelamente houve um maior perfeccionismo, um maior acentuo nos fenómenos psíquicos mais precoces e, uma recusa dos psicanalistas em se contentarem com curas sintomáticas. Estes aspectos, têm como consequência um prolongamento dos tratamentos. Por outro lado, existe uma maior sensibilidade aos problemas psicológicos, aumentando os pedidos de intervenção.

Estes dois movimentos vão criar um problema que se traduz na diminuição de capacidade de respostas por parte dos psicanalistas. Gilliéron a propósito deste assunto refere: "Balint, já há algum tempo, dizia que jamais se poderia responder às necessidades da população por técnicas



psicanalíticas clássicas, apesar do sucesso obtido por estas últimas".  
(Gilliéron, A1 1973)

Havia portanto necessidade de encontrar métodos encurtados de tratamento, o mais eficazes possíveis. Neste sentido, vários autores que se consideravam integrantes do movimento psicanalítico, descreveram procedimentos terapêuticos que consideravam breves e mais eficazes.

De acordo com a literatura, é geralmente a Ferenczi (1918), aluno de Freud, que é atribuído o nascimento das psicoterapias breves, aquando da sua oposição ao mestre, iniciou experiências terapêuticas desenvolvendo o que designou como "técnica activa". A sua posição terapêutica consistia em dar incentivos quando considerava que o tratamento não avançava. Para além disso defendia a hipótese de se poder em muitos casos fixar previamente o fim do tratamento.

Este método preconizado por Ferenczi tinha como objectivo aumentar a tensão intrapsíquica e facilitar as tomadas de consciência. O processo usado foi o de incitar o seu paciente a elaborar fantasmas a partir de temas escolhidos (fantasia forçada), para além de dar ordens deliberadas que pudessem provocar no paciente a frustração: como exemplo disso, pudemos mencionar a interdição de certas satisfações ou contrariamente levá-lo a enfrentar certas angústias.

Um outro autor, Otto Rank, discípulo de Freud, partindo da conceptualização da importância do momento da separação da criança na altura do parto desenvolveu uma teoria denominada "traumatismo do parto e angústia de separação". Otto Rank, por muitos considerado como figura principal das Psicoterapias Breves, introduziu nos seus processos

psicoterapêuticos, de base analítica, a variável de tempo limitado. A este propósito Shlien diz: "o próprio Rank fala de limites de tempo principalmente como forma de mobilizar a força construtiva do "will conflit" (conflito volitivo). Os limites de tempo só por si parecem não terem tido nenhum significado especial para ele: proibindo ao paciente certos alimentos, fumar ou actividade sexual, poderia ter suscitado o mesmo desafio à vontade. Os limites de tempo eram simplesmente lógicos e oportunos, como tal inevitáveis". (Shlien, 1957 A1)

Franz Alexander, fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago (1931), em colaboração com Thomas French, desenvolveu uma teoria designada de "experiência emocional correctiva" que consistia no facto do terapeuta proporcionar ao cliente uma nova experiência emocional que lhe permitisse viver os traumas do passado num contexto relacional diferente. A vivência desta experiência gratificante seria o factor de mudança, que permitia "corrigir" o efeito dos traumas psíquicos da infância.

Na sua prática terapêutica, Alexander teve oportunidade de, muitas vezes, verificar curas muito rápidas, constatadas quer por ele mesmo quer por outros analistas. As reflexões sobre este aspecto levaram-no a formular a hipótese de que "um dos maiores factores terapêuticos da psicanálise é a experiência emocional correctiva na relação transferencial" (Gilliéron, 1973 A2)

O modo de intervenção, proposto por Alexander consistia no estabelecimento de um plano de tratamento. Este plano era feito a partir de uma avaliação diagnóstico-dinâmica da personalidade do paciente e, das suas dificuldades na resolução dos problemas apresentados. Em cada planificação terapêutica a indicação do tratamento seria primordialmente de

apoio ou de confrontação com a angústia, ou de modificação das condições exteriores da vida do doente

Em síntese, podemos verificar que até 1940 os artigos sobre Psicoterapias Breves situavam-se, quase na totalidade, dentro da perspectiva psicanalítica (Alexander, Berliner, Deutsch, etc.).

Em 1941 realizou-se o primeiro Congresso sobre Psicoterapias Breves, cuja iniciativa se deve a Alexander, e que traduz o interesse de alguns por este tipo de tratamento para além de marcar um impacto na comunidade científica .

No entanto, é a partir de 1960 que surge uma enorme profusão de publicações, nomeadamente anglo-saxónicas, verificando-se uma viragem na forma de perspectivizar a ajuda ao homem em sofrimento. Assim sobressaem as preocupações em relação aos problemas sociais e não tanto à dinâmica do processo psicanalítico, isto é, o olhar clínico não incide agora com tanta intensidade sobre os aspectos da dinâmica pulsional e dos conflitos internos, mas sim nos aspectos das vivências e dificuldades intra e inter-pessoais.

Segundo uma síntese feita por Gilliéron em "As Psicoterapias Breves"(Gilliéron, 1986), vários factores estiveram na base do desenrolar deste processo:

- aparecimento de um crescente número de pessoas (clientes) valorizando as dimensões psicológicas, não existindo em proporções adequadas, um aumento de psicanalistas que pudessem dar resposta às necessidades surgidas.

- o estilo de vida atarefada, no qual o tempo assume uma dimensão muito importante, isto é, havia uma necessidade dos tratamentos não serem muito prolongados; além disso surgiam também as preocupações económicas, pois que, os esquemas de seguros de saúde passaram a impor condições no número de sessões dos tratamentos que subsidiavam. Paradoxalmente os tratamentos psicanalíticos cada vez se tornavam mais prolongados.

- a II Guerra Mundial veio desencadear o aparecimento de uma patologia aguda, neurose de guerra, que exigia uma intervenção rápida e eficaz.

- as exigências do modelo psicanalítico ao nível do insight e capacidade de verbalização, nem sempre se adequavam à população que pedia ajuda, nomeadamente as classes sociais económica e socialmente mais desfavorecidas.

## **2. DEFINIÇÃO DE PSICOTERAPIA BREVE**

Como acabamos de dizer as Psicoterapias Breves surgem num contexto histórico emergindo, sobretudo do modelo psicanalítico, apesar de progressivamente irem adquirindo coloridos diferentes à medida que outros olhares teóricos se foram debruçando e encontrando utilidade nesta forma de intervenção.

Assim diferentes autores, movidos pelo desejo de encontrar formas terapêuticas eficazes e de duração mais curta, foram criando modelos de intervenção no âmbito dos seus modelos teóricos respectivos e, para os quais, a designação de Psicoterapia Breve parece também adequada.

Parece-nos útil, num primeiro tempo, começar por definir o que se entende por um processo psicoterapêutico e, num segundo tempo, tentar referir o que caracteriza mais especificamente a "psicoterapia breve".

## 2.1. Processo Psicoterapêutico

De acordo com o Manual de Psiquiatria e Psicopatologia de Fernandes da Fonseca poder-se-á dizer que, no sentido lato do termo: "a psicoterapia se refere, portanto, a todo e qualquer método de tratamento em que uma técnica de natureza comunicativa e relacional, com orientação individual ou colectiva, é utilizada para aliviar sofrimento. Dito de outro modo, pode considerar-se que a psicoterapia corresponde a uma atitude psicológica de comunicação perfeitamente compreensível, porque se insere na própria natureza das manifestações instituais do tipo gregário". No sentido específico "a psicoterapia deve ser todavia considerada como algo mais do que simples forma de comunicação (Azevedo Fernandes, 1978). Por isso Marmor (1974) a define como a prática terapêutica que permite modificar os sintomas, os sentimentos, os processos de pensamento e até o comportamento de um indivíduo, por intermédio da comunicação e da relação inter-pessoal" (F. Fonseca, 1988)

Portanto o processo psicoterapêutico insere-se no âmbito de uma relação de ajuda psicológica e (Hipólito, 1994) é uma forma de tratamento que assentando no diálogo, inscreve-se num quadro relacional específico.

Progressivamente, a psicoterapia, tem vindo a ter uma maior adesão por parte daqueles que sentem uma necessidade de ajuda, quer ao nível de uma problemática específica, quer num âmbito mais geral, na procura de

sentido para a sua existência. Paralelamente tem surgido uma profusão de escolas apresentando modelos teóricos de psicoterapia e subjacentemente um conjunto de técnicas de intervenção em coerência com os próprios modelos.

Em resultado desta diversidade, é difícil de encontrar uma única forma de definir o que é a psicoterapia pois que existem "várias psicoterapias", isto é várias formas de intervenção com metodologias próprias.

Apesar de tudo, salientamos quatro princípios que julgamos serem comuns a qualquer relação terapêutica: comunicabilidade, influenciabilidade, autenticidade e tradição cultural (F. Fonseca, 1988)

Ao nível da comunicabilidade parece evidente que as pessoas implicadas no processo encontrem uma linguagem reciprocamente entendível.

O papel do terapeuta permite-lhe à partida ter um grau de influência diferente do paciente, no entanto esta influenciabilidade pode ser mais ou menos ampliada, estando este aspecto dependente das perspectivas ideológicas e metodológicas do terapeuta.

A autenticidade, na relação terapêutica, é um aspecto extremamente importante podendo dizer-se que muito do sucesso/insucesso do processo se deve à forma como é vivida. No quadro da Terapia Centrada no Cliente, Marques Teixeira diz que a autenticidade do terapeuta se manifesta a dois níveis: "ao nível do processo, significando a capacidade de se manter consciente do seu fluxo de experiência ("forma não estruturada"); ao

nível da expressão, significando a capacidade de articulação e de expressão do sentir pessoal ("forma estruturada)". (Marques Teixeira, 1993 L2)

Por último, o facto de se ter em conta a tradição cultural permite ao terapeuta um alargamento da compreensão dos fenómenos que estão na base de certos hábitos, de certas crenças e até de certos sentimentos do doente.

## 2.2. Psicoterapia Breve

Antes de falar da especificidade da Psicoterapia Breve parece-nos importante reflectir sobre a dimensão temporal no processo psicoterapêutico.

### 2.2.1. A Dimensão Temporal

Em qualquer processo psicoterapêutico a dimensão temporal está sempre presente, tal como na vida isso também acontece.

Actualmente as características da vida diária e as solicitações a que o homem é sujeito, tornam evidente quão difícil é gerir o tempo: a falta de tempo é uma característica do homem moderno. As obrigações e os prazeres são desproporcionais ao tempo que temos para as desempenhar ou saborear e, em consequência, surgem a fadiga, a frustração, o stress e às vezes a perda de sentido para a vida. Perdeu-se a capacidade de "saborear" cada momento, isto é, mesmo sendo o presente, está-se no futuro; ou então, o presente é uma quimera do passado.

A dimensão temporal é inerente à existência humana: está presente em tudo na vida. Cada momento da nossa vida, tem um significado e uma importância particular, sendo único: não podemos repetir os momentos, eles são efêmeros - têm uma duração de vida própria. Neste sentido cada momento é um acréscimo de tempo de vida, de existência, mas por outro lado, é uma aproximação do fim. No homem, a consciência de que se tem um fim é causa de inquietude, no entanto é a realidade, isto é, como seres biológicos temos um limite. A maneira como cada pessoa vivencia os seus limites não é por vezes pacífica mas sim fonte de conflito, de angústia, em suma: de sofrimento. Jessie Taft, psicoterapeuta e aluna de Otto Rank, debruçou-se sobre o significado dos limites de tempo e refere que todas as relações têm um tempo determinado e que uma das problemáticas humanas é aceitar os limites finitos da vida: "Para colocar isto de um modo muito simples talvez seja este o problema do homem; se não se pode viver para sempre, então valerá a pena viver?". (Taft, citado por Shlien)

A dimensão dos limites é adquirida, inicialmente, na relação estabelecida com a mãe: obtem-se a percepção de si (o encontro dos seus limites como pessoa) no processo de descoberta do outro. Neste processo relacional, a mãe serve de mediador entre os sincronizadores externos (alimentos, vigília/noite, ambiente) e os ritmos internos do bebé. Progressivamente a criança vai dando um significado ao tempo: tomando consciência dos princípios e dos fins, da duração, da frequência dos acontecimentos, e podendo acontecer que muitas vezes os momentos agradáveis são vivenciados como muito rápidos, e os desagradáveis como intermináveis. No fundo, à dimensão temporal são associados afectos e sentimentos. O modo desta apreensão do tempo, na relação inicial com a mãe, é extremamente importante pois ela torna-se matriz de apreensões futuras. Na vida todos os processos relacionais são temporais, implicando



portanto um princípio e um fim, assim como todo o conjunto de vivências a eles associados. Portanto, a separação faz parte do nosso existir, e o modo como lidamos com ela também nos condiciona na vivência de cada momento.

Em resumo: Um processo psicoterapêutico assenta num processo relacional desenvolvido num espaço e num tempo, processo esse com uma dada frequência e uma duração, determinada previamente, ou não. A maneira como cada pessoa/cliente vai vivenciar e gerir este contexto espacio-temporal, será um dos factores estruturantes no seu desenvolvimento pessoal.

Na perspectiva de Jessie Taft a psicoterapia é um processo através do qual a pessoa (cliente) irá aprender a utilizar o tempo de cada sessão, desde o início até ao fim, de uma maneira livre, autêntica e com respeito por si próprio. Esta aprendizagem será uma parte do processo; a outra é a possibilidade de admitir dentro de si a separação de uma forma construtiva. Neste sentido Taft diz: "então ela aprendeu a viver, a aceitar este fragmento de tempo em si e por si, e por estranho que pareça, se ele pode viver esta hora ele tem em si próprio o mecanismo para agarrar o segredo de todas as horas, ele conquistou a vida e o tempo, no momento e em princípio". (Taft citado por Shlien)

Mesmo se a dimensão temporal é um aspecto particular da vida, ela condiciona a existência nos aspectos intra e inter-relacionais. A psicoterapia sendo um processo relacional estruturado assenta também na dimensão temporal. Ela não é alheia nem ao terapeuta nem ao cliente, mas nomeadamente para o cliente, a forma como a interioriza e a gere dentro

de si, pode ser um factor de desenvolvimento e actualização de potencialidades.

### 2.2.2. Caracterização da Psicoterapia Breve

A especificidade da Psicoterapia Breve é encontrada sobretudo na variável de "limitação do tempo" do processo psicoterapêutico. Os meios utilizados para limitar essa duração variam segundo os autores: para uns há uma combinação prévia entre terapeuta e cliente do número de sessões e da frequência, que julgam ser adequadas para responder ao pedido feito; para outros esse acordo, sobre o fim do tratamento, é feita ao longo do processo; ainda há os terapeutas que têm à partida um número standard de sessões, independentemente da problemática dos seus clientes.

No caso das psicoterapias breves verbais têm ainda, em comum, o facto do terapeuta e do cliente estarem, em princípio (e sobretudo nos meios psicodinâmicos), numa posição de face a face.

No que se refere à técnica de intervenção, esta é diversificada pois está essencialmente dependente da perspectiva teórica do terapeuta.

## 3. MODELOS DE PSICOTERAPIA BREVE

### 3.1. De Inspiração Psicanalítica

Diferentes autores, movidos pelo desejo de encontrar formas terapêuticas eficazes e de duração mais curta, foram criando modelos de

intervenção no âmbito da Psicoterapia Breve. Vamos apresentar alguns dos modelos que nos pareceram significativos.

### 3.1.1. Perspectiva de Malan

A perspectiva de Malan inscreve-se dentro da psicoterapia breve de inspiração analítica e é conhecida pela psicoterapia "focal" de Malan e Balint. Malan descreve a sua técnica da seguinte forma: "o terapeuta guarda no espírito um objectivo ou um "foco" que, idealmente, deveria ser formulado em termos de interpretação essencial sobre a qual a terapia será fundada. Ele persegue este centro obstinadamente: ele conduz aí o paciente através de interpretações parciais, de uma atenção selectiva e uma negligência selectiva; se o material é susceptível de mais de uma interpretação, ele escolhe sempre aquela que corresponde ao foco: ele recusa de se deixar distrair por um material não correspondendo aparentemente ao foco, se bem que isso possa ser por vezes tentador" (Malan citado por Gilliéron, 1973, A2)

Uma avaliação global e cuidadosa da personalidade é feita previamente, estabelecendo-se uma hipótese psicodinâmica de base, explicativa da problemática principal do paciente. Logo de início é proposto um prazo limite, podendo no entanto recorrer-se posteriormente a outras formas terapêuticas, caso o problema não tenha sido resolvido no prazo previsto no contrato terapêutico.

A técnica de interpretação é mais activa, e centrada sobre a hipótese psicodinâmica posta previamente, havendo da parte do analista uma atitude selectiva em relação aos factores considerados estranhos à hipótese. É esta a razão porque se chama "psicoterapia focal".

As pesquisas feitas por Malan sobre os resultados e eficácia terapêutica dão indicação de que através da psicoterapia breve podem acontecer mudanças significativas, nomeadamente em aspectos estruturais da personalidade, mesmo em personalidades gravemente perturbadas.

Aspectos indicadores de bom prognóstico:

- grande desejo de mudança, e vontade de um melhor conhecimento de si
- possibilidade de estabelecer uma hipótese psicodinâmica de base, e consequente focalização do tratamento
- as interpretações devem ligar os movimentos transferênciais às imagos parentais.

### 3.1.2. Perspectiva de P. Sifneos

Peter Sifneos mantinha inicialmente uma actividade de psicanalista clássico mas, a dado momento, fez uma experiência de psicoterapia de curta duração obtendo resultados positivos. Ele desenvolveu a sua teoria chamando-lhe "psicoterapias de curta duração, provocadoras de ansiedade" e assentava na noção de crise emocional a qual considerava como o ponto de apoio desencadeadora de um continuum dinâmico de processos psicológicos. "A compreensão de uma crise emocional esclarece os diferentes estados de formação dos sintomas psiquiátricos, antes mesmo que eles se cristalizem numa neurose; ela permite, além disso, a execução de medidas preventivas - as intervenções psicoterapêuticas breves - às quais recorreremos para evitar o desenvolvimento dessa neurose" (Sifneos citado por Gilliéron, 1983 L1,).

No que se refere aos aspectos técnicos, Sifneos (Hipólito, 1984 a L2) não indica um terminus preciso esclarecendo, apesar de tudo o paciente, que o tratamento é de breve duração. Um outro aspecto importante é a selecção rigorosa dos pacientes que ele considerava com boa indicação: inteligência média superior; terem tido pelo menos uma vez na vida uma relação significativa com outra pessoa; serem capazes de estabelecer um bom contacto com o entrevistador, exprimindo de maneira adequada as suas emoções durante a entrevista e manifestando um certo grau de flexibilidade; serem capazes de enunciar uma queixa principal específica; serem motivados para a mudança sem se satisfazerem de alívio sintomático; estarem prontos para trabalhar duramente o tratamento.

Em relação à atitude adoptada, ele é bastante activo não hesitando em felicitar os seus pacientes.

As investigações feitas em relação à eficácia terapêutica salientam resultados positivos, estando em relação directa com o grau de motivação.

### 3.1.3. Perspectiva de Davanloo

Em 1963, Davanloo trabalhando no Hospital Geral de Montreal, desenvolveu um modelo de intervenção em psicoterapia breve realizando também uma pesquisa sobre o resultado dessa mesma forma de intervenção breve.

Em 1975 promoveu o 1º Simpósio Internacional de Psicoterapias Breves, o qual teve um grande impacto nos Estados Unidos e Canadá.

Ele deu à a sua técnica a designação de "Psicoterapias Dinâmicas de Curta Duração e com Foco Ampliado", e descrevia-a como sendo um processo que continha inicialmente uma entrevista de exploração, onde se pretendia evidenciar o material psico-genético a ser trabalhado. Seguidamente, após se ter delineado a área de conflito explicativa da problemática do indivíduo, procedia-se a uma confrontação muito activa das resistências durante o processo terapêutico; a uma exploração do material consciente, pré-consciente e derivados do inconsciente.

A atitude do terapeuta é descrita como estando muito atento às manifestações afectivas do paciente face a si, para além de ter uma atitude activa de incentivação tendo como finalidade levar o cliente a verbalizá-las

O prazo não é fixado à partida, no entanto as entrevistas variam entre uma duração de 10 a 30 sessões.

Com o objectivo de melhorar progressivamente a eficácia, Davanloo usou como método de trabalho o uso de meios audiovisuais. Os resultados com clientes apresentando estruturas neuróticas demonstram ser positivos.

#### 3.1.4. J. Mann

Em 1964 J. Mann, responsável do Centro Médico da Universidade de Boston, tinha uma longa lista de espera de pedidos de psicoterapia. Como forma de dar resposta a esta situação, Mann decidiu introduzir a psicoterapia analítica breve, no sector que dirigia.

Mann defende a existência de um conflito central, o qual é delineado englobando dois aspectos: o ponto de vista adaptativo; o ponto de vista

genético. Por outro lado, a fixação de um tempo limitado, fá-lo realçar a problemática da separação-individuação.

Como forma de afirmação das suas ideias, organizou um programa, que ainda tem actualidade, e que consta do seguinte:

1º - Entrevistas de investigação, em média 2 ou 3, e nas quais o psicoterapeuta deve delinear qual o conflito central e o qual está ligado à infância sob a forma de uma hipótese psicodinâmica. No momento do pedido de ajuda, este conflito pode não ser consciente ao paciente.

2º - O terapeuta devolverá ao paciente a sua compreensão sobre o que é a sua problemática e qual o conflito subjacente.

3º - O terapeuta dispõe de 12h de terapia cuja distribuição passa por uma combinação prévia com o paciente.

4º - A data da última sessão é fixada previamente.

Os resultados mostram que, para além de situações de crises agudas, não existem contra-indicações para este tipo de intervenção.

### 3.1.5. Edmond Gilliéron

Em 1968, iniciou-se na policlínica Psiquiátrica da Universidade de Lausana, um estudo sistemático sobre psicoterapias breves de inspiração psicanalítica, com a coordenação de Gilliéron. Este autor não foi indiferente aos estudos feitos por Balint e Malan, mas a sua pesquisa incidiu sobretudo na influência do setting no funcionamento psíquico, nomeadamente no aspecto da limitação temporal e no facto das sessões serem desenvolvidas num contexto de face a face. A este propósito ele diz: "Nossa hipótese era a de que algumas modificações contextuais simples em relação à psicanálise

influenciariam consideravelmente o processo associativo" (Gilliéron, 1983 L1, 29). Assim no período exploratório, não renunciando à hipótese psicodinâmica, consideravam que não era necessário determinar previamente o problema consciente a ser tratado. Consideravam ainda, que a atitude do terapeuta deveria ser flutuante e não focalizada, sem necessidade de ser activa.

O processo de avaliação da situação desenrolava-se em três entrevistas:

1ª - entrevista: semi-estruturada, centrada nas queixas actuais. Pretende-se fazer uma anamnese cuidada, havendo da parte do terapeuta uma focalização compreensiva das características das relações objectais passado/presente. Após este momento, o terapeuta teria dados que lhe permitiam dar indicações sobre o tipo de tratamento: ou medicamentoso, ou então qual o tipo de psicoterapia.

2ª - entrevista: é elaborada em função da primeira, isto é, o terapeuta deve confirmar a hipótese pré-estabelecida. Esta confirmação tem como base o tipo de relação que o paciente estabelece com o terapeuta: "Ao formular a sua hipótese, o terapeuta deve basear-se na natureza da relação que o paciente procura estabelecer e dar-lhe uma interpretação psicodinâmica que "explique" a atitude actual do paciente, ligando-a com o passado deste último" (Gilliéron, 1973 L1).

3ª - entrevista: a decisão é tomada e é feito um contrato terapêutico.

A data do limite é fixada previamente e a média dos tratamentos varia entre três meses e um ano, com uma periodicidade semanal.

### 3.2. Perspectiva da Terapia Centrada no Cliente



Fazendo uma retrospectiva, constatamos que inicialmente as primeiras psicoterapias desenvolvidas no âmbito da TCC, envolviam processos de curta duração, sem terem no entanto uma intencionalidade de psicoterapia breve, isto é, dentro do seu quadro teórico não fazia sentido uma limitação prévia do fim do processo.

Tradicionalmente a TCC tem permitido que o cliente de acordo com o seu processo de auto-direcção, defina a data do terminus da terapia.

Sobre a questão da importância dos limites do tempo em terapia Rogers diz o seguinte: "uma breve referência pode também ser feita à ajuda que eles (limites de tempo) dão ao terapeuta. Em primeiro lugar eles permitem ao terapeuta estar mais confortável e funcionar mais efectivamente. Eles promovem um quadro no qual o terapeuta pode ser livre e natural na relação com o cliente os limites do tempo na situação terapêutica, bem como os outros limites, contribuem na situação de aconselhamento tal como todos os aspectos da situação da vida..." ( Rogers citado por Shlien, 1957 A1). Contudo, Rogers refere apenas a recomendação dos limites de tempo relacionados com a hora do encontro e não com a duração da terapia, pois que, segundo ele, esse aspecto seria da responsabilidade do cliente.

Actualmente e como refere Shlien, nos últimos anos verificou-se que existe uma tendência para aumentar a duração do processo terapêutico. No Counseling Center da Universidade de Chicago foi feito um estudo que traduz este movimento: em 1949 a duração média das terapias era de 6 entrevistas; em 1954 a duração média era de 31 entrevistas. Os clientes permaneciam em terapia numa média de 33 semanas. Em 1960 houve casos

em que era de 1 a 2 anos. Progressivamente outros estudos foram feitos e indicam que este número em relação à duração do processo terapêutico continuou a crescer. De certa forma, perdeu-se a característica inicial da TCC, isto é, ser um processo de curta duração sem ser limitado no tempo.

A necessidade de dar resposta aos pedidos e diminuir as listas de espera, levou alguns terapeutas centrados a pensar sobre o aspecto da limitação do tempo no quadro da TCC. Como exemplo referimos J. Shlien que desenvolveu um estudo experimental na Universidade de Chicago: *Time Limited Psychotherapy: An Experimental Investigation of Practical Values and Theoretica* e J. Hipólito que numa comunicação apresentada sobre Psicoterapias breves diz: "...em toda a psicoterapia breve existe uma focalização sobre a problemática da separação e da angústia de separação, relacionada com o problema do tempo limitado. Surge assim um duplo enfoque: o do conflito central das dificuldades actuais e o da problemática da separação. A eficácia do tratamento será máxima quando os dois coincidem, isto é, quando o conflito central está relacionado com a separação. É um método de tratamento eficaz mesmo quando não é possível delimitar um conflito central, na medida em que a problemática da separação estará sempre presente e a sua resolução do decurso do tratamento permite uma reestruturação das defesas e do funcionamento do indivíduo".(Hipólito, 1979 L2)

Em conclusão, no quadro das psicoterapias centradas no cliente, de tempo limitado, não é feita uma avaliação da problemática do cliente pelo terapeuta, mantendo-se o princípio da não-directividade.

Em relação ao limite do tempo, não há uma standarização do número de sessões, mas é discutido e combinado com o cliente o limite do

processo terapêutico. A atitude do terapeuta é flexível e centrada, em concordância com a filosofia inerente ao modelo.

### 3.3. Perspectiva Cognitiva-Comportamental

Ao nível bibliográfico não surge normalmente a explicitação da existência de intervenções cognitivo-comportamentais no sentido de "terapias breves". De facto estas terapias, apoiadas em modelos teóricos precisos, são estruturalmente breves, o quer dizer que o qualificativo temporal breve seria apenas uma mera redundância. Segundo Baptista e Vasco "... se atentarmos ao facto de que as terapias breves ostentam essa designação, tradicionalmente por oposição aos processos terapêuticos psicanalíticos longos, facilmente verificamos não existir uma correspondência em termos comportamentais ou cognitivos, pois não se opõem terapias comportamentais e cognitivas longas a formas consideradas breves. Daí a menor preocupação com as designações que qualificam a duração do processo terapêutico, embora o factor tempo continue a ser essencial".(Baptista; Vasco, 1988)

A pratica das terapias comportamentais assenta normalmente em intervenções com um limite temporal bem definido a não ser em determinado tipo de patologia cuja intervenção requer processos mais longos, nomeadamente estados obsessivo-compulsivo, estados psicóticos e pessoas com "deficites" cognitivo profundo. A duração do processo não excede habitualmente o máximo de 9 a 12 meses e em termos dos procedimentos técnicos tem alguns princípios semelhantes aos das psicoterapias breves de inspiração psicanalítica: Limitação de objectivos,

focalização dos esforços terapêuticos, elevada actividade do terapeuta e uma intervenção imediata.

A terapia cognitiva de Beck destaca dez princípios que têm também alguma sobreposição com os das denominadas psicoterapias breves de inspiração psicanalítica. Assim o 2º princípio diz que a terapia é breve e limitada no tempo, estipulando para a ansiedade uma duração entre cinco a vinte sessões. No 3º princípio realça a necessidade de uma relação terapêutica colaborativa entre terapeuta/cliente. Este autor dá orientações concretas aos clientes para além de "trabalhos de casa" entre as sessões.

Tradicionalmente as terapias cognitivas são por definição terapias breves, no entanto, actualmente, outros desenvolvimentos terapêuticos com referências teóricas comuns, adquirem um formato mais prolongado, nomeadamente Guidano e Liotti (1983, 1985), Mahoney (1985), em que a média de intervenção atinge o ano e meio a dois anos.

## II CAPÍTULO

### 1. TERAPIA CENTRADA NO CLIENTE

#### 1.1. Introdução

Nesta segunda parte iremos aprofundar detalhadamente o modelo de intervenção psicoterapêutico designado de "Terapia Centrada no Cliente".

Começaremos por fazer uma abordagem histórica salientando os aspectos que nos parecem importantes à conceptualização deste modelo, e ainda, qual o seu contributo no desenvolvimento do modelo da Abordagem Centrada na Pessoa. Neste sentido, incluiremos algumas notas biográficas de Carl Rogers, na medida em que o seu percurso pessoal/profissional ajudar-nos-á a melhor integrar o movimento que esteve na base da sua teoria.

Seguidamente referimos os fundamentos filosóficos deste tipo de intervenção e finalmente será feita a descrição e caracterização conceptual do modelo da Terapia Centrada no Cliente.

#### 1.2. Abordagem Histórica

A Terapia Centrada no Cliente desenvolveu-se a partir da investigação e teorização de C. Rogers, psicólogo clínico que opondo-se às abordagens psicológicas dominantes na época, nomeadamente a perspectiva comportamentalista e a freudiana, propõe uma nova concepção de psicoterapia, que contudo, por razões estratégicas chama aconselhamento psicológico, e que na sua perspectiva era entendida da seguinte forma: "a consulta psicológica eficaz consiste numa relação permissiva estruturada de uma forma definida que permite ao cliente alcançar uma compreensão de si mesmo num grau que o capacita para progredir à luz da sua nova orientação... Todas as técnicas utilizadas devem ter como objectivo desenvolver essa relação permissiva e livre, essa compreensão de si... e essa tendência para uma acção positiva e de livre iniciativa" (Rogers, 1974, pag 269 C).

Podemos dizer como Caldeira (Caldeira, 1979) que esta perspectiva se caracteriza por uma maior confiança na pessoa; por um acento nos aspectos afectivos da situação; por um ênfase no presente e não no passado e, ainda, pela relação terapêutica que é, em si, experiência de crescimento, vida e mudança.

### 1.2.1. Notas biográficas de C. Rogers

C. Rogers nasceu em Oark Park - USA, numa família numerosa de nível sócio-cultural elevado, onde os princípios religiosos, de cariz protestante, eram muito marcados.

O seu percurso académico iniciou-se na área das ciências físicas e biológicas em 1919, e conseqüentemente teve contacto com o método experimental, o qual veio reforçar seu espírito científico.

No 3º ano da faculdade fez uma viagem à China para participar no Congresso da Federação Mundial dos Estudantes Cristãos, a qual teve um forte impacto nele pois durante o percurso renunciou à religião tradicional da família abrindo-se a novas ideias. Quando regressou aos Estados Unidos frequentou o Union Theological Seminary, (faculdade de teologia protestante de cariz liberal) na qual se defendia a liberdade de pensamento. Questionando-se sobre alguns aspectos da fé, Rogers acabou por interromper estes estudos e matriculou-se no Teachers College da Columbia University, sendo fortemente influenciado pelas concepções de John Dewey. Aí iniciou os estudos em psicologia clínica e psicopedagogia, tendo contacto com Leta Stetter Hollingworth que desempenhou um papel importante na sua aprendizagem.

As primeiras experiências práticas em psicologia clínica e psicoterapia foram feitas no Institute for Child Guidance de forte tendência freudiana. A este propósito, Rogers diz: "Senti agudamente a forte e brusca incompatibilidade entre o pensamento freudiano, altamente especulativo, do Instituto, e os pontos de vista altamente estatísticos e thordikeanos do Teachers College" (Rogers, 1959 L4 pag 60).

Em 1928 obteve o grau de mestre e em 1931 o grau de doutor, passando a pertencer à equipe do Rochester Guidance Center, do qual veio a ser director. Durante este período, Rogers foi influenciado por Otto Rank que naquela época, se havia separado da linha ortodoxa de Freud.

Em 1940, foi convidado a ocupar a cátedra de Psicologia Clínica na Ohio State University. Essa mudança do ambiente clínico para o acadêmico estimulou Rogers a estruturar e aprofundar mais, os seus pontos de vista sobre psicoterapia, surgindo o livro "Counseling and Psychotherapy (1942).

Em 1944 é eleito presidente da Associação Americana de Psicologia Aplicada e é convidado pela Universidade de Chicago para Professor de Psicologia e secretário executivo do Centro de Aconselhamento, período durante o qual elaborou o método de psicoterapia centrada no cliente, método esse assente num considerável número de pesquisas.

De 1957 a 1963, foi professor de psicologia e psiquiatria na Universidade de Winconsin. Durante esses anos, liderou um estudo intensivo e controlado, sobre a utilização da psicoterapia em pacientes esquizofrênicos num hospital psiquiátrico.

De 1962 a 1963 esteve como convidado no Center for Advanced Studies in Behavioral Sciences of Stanford e a partir de 1964 associado ao Centro de Estudos da Pessoa, em La Jolla na Califórnia, passou a investir cada vez mais no trabalho de grupos bem como na investigação e no empenho da realização de grandes workshops transculturais.

Rogers descreve-se com sendo um psicólogo clínico e humanista, interessado na dinâmica da mudança da personalidade; enquanto profissional, como um filósofo sobretudo um epistemologista e um axiologista; como homem, considera-se um otimista, solitário e tímido, mas amando a intimidade com o outro. Tem tendência a sobrevalorizar os outros, e a respeitá-los na sua forma de pensar. É determinado, teimoso e



persistente na luta. Tendo uma natural facilidade para dominar os outros, evita fazê-lo com todas as suas forças. (Caldeira, 1979)

### 1.2.2. Origem e Evolução da Terapia Centrada no Cliente (TCC)

O modelo teórico da Terapia Centrada no Cliente, surge como resultado de uma prática que segundo Rogers foi o principal estímulo no seu pensamento psicológico. Todo o trabalho teórico assentou, como ele dizia a dado momento, na "experiência clínica contínua com indivíduos, que acreditam precisar de ajuda pessoal ou, que são levados por outros a acreditar nessa necessidade. Desde 1928, por um período de aproximadamente 30 anos, gastei provavelmente uma média de 15 a 20 horas semanais, excepto nos períodos de férias, no esforço de entendê-los e de ser-lhes útil terapeuticamente... Destas horas, e de meus relacionamentos com tais pessoas, extraí o entendimento que possuo sobre a significação da terapia, da dinâmica das relações inter-pessoais e da estrutura e funcionamento da personalidade" ( Rogers, 1959 L5).

Paralelamente a esta prática, Rogers desenvolve uma investigação sobre os processos que ocorrem durante o tratamento clínico. Pela primeira vez as sessões são gravadas - com permissão do cliente -, permitindo um estudo aprofundado, isto é, uma análise objectiva e quantitativa dos elementos que conduziam à mudança durante a intervenção terapêutica. Assim os estudos incluíam: análises de conteúdo que eram efectuadas segundo a organização de categorias; escalas de avaliação na mensuração do processo e da mudança durante a terapia. Neste sentido foram construídas escalas de avaliação, uma medindo as mudanças do cliente e a

outra medindo as atitudes do terapeuta; estudos pela aplicação da técnica Q, cujo objectivo assentava na comprovação da hipótese de que as pessoas que procuram ajuda, estão insatisfeitas e que após a intervenção há uma diminuição dessa insatisfação, melhorando o seu auto-conceito.

Em síntese, iniciou-se um movimento no qual estava subjacente a preocupação avaliativa do curso do processo terapêutico. Além das descrições quantitativas e análises de conteúdo, Rogers aplicou também a clientes em tratamento um conjunto de testes, indicadores de aspectos da personalidade, nomeadamente Rorschach, TAT e Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

A partir destas investigações, Rogers desenvolve uma teoria sobre terapia e mudanças terapêuticas na personalidade a qual designou de TCC, e que assenta em três pilares fundamentais: o conceito de tendência actualizante; o conceito de não-directividade e a hipótese da existência de seis condições necessárias e suficientes para que se verifique a mudança terapêutica .

O interesse de Rogers pelos processos subjacentes à relação inter-pessoal e a sua gradual complexificação sobre a forma de pensar a pessoa, levou ao desenvolvimento do modelo teórico designado de Abordagem Centrada na Pessoa, o qual generalizou a todos os âmbitos da prática de relação humana. Tal como diz J. Hipólito "A relação psicoterapêutica parece-nos um caso particular da relação de ajuda a qual, por sua vez, é uma relação de aprendizagem, se bem que com características específicas. Rogers, por exemplo, menciona a terapia como sendo a aprendizagem de relacionamento inter-pessoal e identifica terapia e educação." (Hipólito, 1986 Contributos)

Podemos dizer que o modelo da Abordagem Centrada na Pessoa - ACP aparece no percurso e desenvolvimento Rogeriano, como uma explicitação dos princípios filosóficos inerentes à TCC, os quais têm os seus fundamentos nos pressupostos da filosofia existencial.

## 2.2. Fundamentos Filosóficos

A partir da conceptualização de "tendência actualizante" e de "não directividade", Rogers estruturou o modelo da ACP que encontra afinidade nos princípios filosóficos da fenomenologia e do existencialismo.

O movimento filosófico denominado de existencialismo surgiu na Europa, mais especificamente na Alemanha em 1925, tendo como precursores Kierkegaard e Heidegger, espalhando-se pela França onde Camus, G. Marcel e Sartre foram os mais ilustres representantes.

As correntes existencialistas ocupam-se, sob o ponto de vista filosófico, da existência humana, muitas vezes descrita e interpretada através do método fenomenológico que, na sua essência, pretende que a realidade para cada um corresponda à maneira como ele a apreende, sendo o seu comportamento determinado em função desta apreensão.

A abordagem fenomenológica existencial, pretende dar resposta a uma serie de interrogações específicas do humano, consistindo o seu objectivo final na procura de um sentido da existência como ser-no-mundo.

Na perspectiva existencial, a existência precede a essência "eu sou alguma coisa unicamente porque sou", implicando desta forma uma criação ou pelo menos modificação da essência. Como diz J. Hipólito "É o homem que deve criar a sua essência, numa afirmação assumida da sua liberdade, em cada momento da vida. O que nos define é a nossa essência, somos ao mesmo tempo os artesãos, os criadores e as criaturas, portanto a existência precede a essência" (J. Hipólito, 1992)

A etimologia da palavra existir (ek-sistir) é "surgir de novo" ou "estar aberto", ou segundo Heidegger o que se põe a si próprio em jogo, (Lopes, 1982) isto é, existir é estar em permanente confrontação com a liberdade de poder decidir, o que pressupõe uma escolha. A escolha pode ser autêntica ou inautêntica. É autêntica quando se está consciente das potencialidades que progressivamente se podem actualizar, implicando este processo uma abertura; e inautêntica, quando se nega as possibilidades da existência e se fecha assim, sobre si próprio.

A existência humana "é a história da opção do que se é. E não há opção senão pelo menos entre dois termos e no pressuposto da liberdade" (Lopes, 1982). Liberdade, que passa pela tomada de consciência dos seus próprios limites como ser-no-mundo (liberdade situada), comprometendo-se e responsabilizando-se através das atitudes que assume ao agir.

A liberdade segundo Boss não é alguma coisa que o homem tem, é algo que ele é; tornar-se um ser humano é um projecto árduo e que implica às vezes sofrimento. Neste processo o homem está sempre a tomar decisões que o empenham quer em relação a si próprio, quer na relação com os outros. Como diz G. Lopes "Ao decidir ser tal homem crio uma imagem de homem que dou aos outros que me compromete pela escolha que fiz e a

responsabilidade conduz-me ao compromisso de presença por solidariedade humana" (Lopes, 1982). Deste modo existir implica coexistir, isto é, entrar em relação com o outro.

Na perspectiva de Marques Teixeira a coexistência "é sempre o Eu de um Tu; um indivíduo vinculado a um semelhante, que o impressiona e é impressionado por ele" (Marques Teixeira, 1969). Hegel considerava que a particularidade do homem consiste na sua relação com os outros. "O outro, ao aproximar-se de mim e tornando-se íntimo, torna-se no outro único - no Tu, homem único, inconfundível". (Caldeira, 19...) Isto é possível através do encontro entre existentes, assente no diálogo, na troca comunicacional e, implicando uma atitude de reciprocidade e de responsabilidade. Assim, e citando novamente Marques Teixeira "este encontro tem o seu elemento próprio no mundo da mútua compreensão, sobre o plano previamente dado da existência inter-humana e assente em valores essenciais dessa vinculação: proximidade compreensiva (que inclui em si a justa distância em relação ao Outro), confiança, segurança e aceitação do Outro enquanto ser distinto". (Marques Teixeira, 1989)

Podemos dizer que a perspectiva fenomenológica existencial, considera a experiência humana como um dado do existir que a partir da coexistência inter-humana e da intersubjectividade compromete o homem num projecto no qual se jogam a liberdade e a responsabilidade de se tornar pessoa.

### 2.2.1. Rogers e o Existencialismo

Apesar das afinidades encontradas entre os princípios filosóficos deste movimento e as teorias Rogerianas, o Existencialismo não serviu de fonte à ideologia de Rogers, pois que segundo afirmou: "Não estudei a filosofia existencial. O primeiro contacto que tive com a obra de Soeren Kierkegaard e de Martin Buber deve-se à insistência de alguns estudantes de teologia de Chicago que empreenderam um trabalho comigo. Eles tinham a certeza de que eu encontraria no pensamento destes homens uma ressonância do meu, o que era numa larga medida correcto... Se bem que Kierkegaard tivesse vivido há perto de cem anos, não posso deixar de considerá-lo como um amigo, sensível e altamente receptivo". (Rogers, 1980)

Podemos enumerar como afinidades entre o pensamento de Rogers e o movimento existencialista as seguintes:

- a compreensão e o respeito pela pessoa
- o importante é a pessoa e o seu mundo e não o problema em si
- o importante é a vivência com o seu conteúdo afectivo ou existencial e não o saber, o conhecimento ou a explicação racional.
- a experiência de cada pessoa é composta pelas percepções de si, de si na relação com os outros e com o meio onde vive, e ainda com os valores que atribui a essas percepções.

### 2.3. Princípios da Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa tem uma visão holística da pessoa e conceptualiza-se principalmente em torno de três aspectos: o conceito de Tendência Actualizante, o conceito de Não-Directividade e na presença de um conjunto de Atitudes.

### 2.3.1. Tendência Actualizante

Na literatura Rogeriana o conceito de Tendência Actualizante aparece como uma especificidade de um outro conceito designado de Tendência Formativa. Assim primeiro definiremos o que se entende por Tendência Formativa e seguidamente o que se entende por Tendência Actualizante

As influências de Lancelot Whyte - historiador britânico - e de Szent-Gyorgyi - biólogo -, bem como uma conferência sobre psicologia humanista proferida nos anos setenta, parecem ser os factos que estiveram na base do pensamento de Rogers no processo elaborativo do conceito de Tendência Formativa.

Num dos seus últimos livros "Um Jeito de Ser" (Rogers, 1983), Rogers utiliza os conceitos de " sintropia" (Szent-Gyorgyi) e de "tendência mórfica" (Whyte), para enunciar o conceito de "tendência formativa" querendo com isto significar "a tendência sempre atuante em direcção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada, visível tanto no nível inorgânico como no orgânico". (Rogers, 1983)

Jan Smuts, autor sul-africano do princípio do século, (Livro Ellenberger ) desenvolvera o mesmo conceito, utilizando a noção de Holos.

Já antes, Carl Rogers (Rogers, 1979) tinha considerado alguns aspectos ligados a este conceito ao admitir como hipótese a existência de uma tendência formativa direccional no universo, nomeadamente na

formação de cristais, na organização do espaço estelar, no desenvolvimento da vida orgânica. Referindo-se à espécie humana, sublinha que esta tendência manifesta-se logo no início da formação do ser humano: é a partir do simples funcionamento de uma célula que progressivamente, através de um movimento de complexificação, se desenvolve um organismo, tornando-se pessoa.

Poderemos dizer então, que neste postulado se parte do pressuposto que no Universo existe uma tendência formativa direccional e universal que vai no sentido de uma maior ordem, de uma maior complexidade e como diz Edgar Morin (Morin, 1973) de uma maior hipercomplexificação, assente na interacção ordem-desordem. Sendo assim a "Tendência Formativa" é uma concepção ampla, que abrange o universo como um todo, funcionando segundo o princípio da auto-organização.

Rogers, no entanto, ao referir-se à pessoa, fala de "tendência actualizante" dizendo que esta "é um caso particular da tendência formativa implicando que as potencialidades da pessoa fazem parte e são constituintes da sua natureza".(Rogers, 1979)

Segundo ele, a tendência central do organismo humano é a de alcançar os fins que lhe são próprios, isto é, encontrar a autonomia, a individualidade e a integração da totalidade das experiências próprias.

Uma das hipóteses de Rogers é a de que o organismo se movimenta no sentido do crescimento, do desenvolvimento (o termo utilizado pelo autor é "growth"). A Tendência Actualizante está subjacente neste processo de "growth", podendo dizer-se que ela é uma capacidade não específica do



organismo que, em função da própria experiência deste, possibilita a actualização das potencialidades.

O conceito de Tendência Actualizante é um dos "pilares" centrais deste modelo de intervenção e, no dizer de J. Hipólito podemos, a partir daí, encontrar uma explicação compreensiva da patologia em geral. Nesta linha de pensamento, o sintoma pode ser visto como uma forma positiva de adaptação do sujeito às suas circunstâncias: "o sintoma é em psicopatologia sempre o melhor equilíbrio possível, naquele momento, para que a vida continue, por exemplo, numa pessoa sofrendo de esquizofrenia, aquele 'estar-no-mundo' catatónico, é provavelmente, o melhor equilíbrio possível naquele momento para que a vida continue " (J. Hipólito, 1993 aula Ispa). Ou seja, no que diz respeito à actualização das potencialidades da pessoa, essa actualização poderá ser mais ou menos facilitada em função das condições particulares com que cada "pessoa concreta" se depara ao longo do seu existir.

### 2.3.2. A Não-Directividade

O conceito de não-directividade implica uma atitude não dirigista de um face ao outro. No caso de uma situação terapêutica, a atitude não-directiva traduz-se pelo respeito e confiança que o terapeuta deposita no cliente, aceitando e possibilitando-lhe que seja ele a escolher e tomar as decisões do seu próprio projecto como pessoa. Socialmente a relação terapeuta/cliente é vivida numa assimetria de poder, isto é, o terapeuta é quem tem as melhores soluções, quem sabe - ele é o especialista. No caso do terapeuta centrado, o seu "saber" assenta na capacidade de se centrar na

pessoa do cliente, não dirigindo nem abandonando (*laissez-faire*), mas acompanhando a descoberta e respeitando a sua auto-direcção.

Este princípio de não-directividade está em ligação com um outro conceito que Rogers designou de auto-direcção e, para a estruturação do qual, sofreu diferentes influências, nomeadamente, de Goldstein (1974), de Maslow(1954),de Angyal p7\_3 (1941,1965), de Szent-Gyorgyi (1974) entre outros.

Assim na sua perspectiva, auto-direcção é definida como um movimento direccional, existente em todos os organismos visando a realização das potencialidades/possibilidades que lhe são inerentes. A vida tal como diz Rogers "é um processo activo, pouco importa que o estímulo venha de dentro ou de fora, pouco importa o ambiente seja favorável ou desfavorável. Em qualquer uma dessas condições os comportamentos de um organismo estarão voltados para a sua manutenção (*sic*), o seu crescimento e a sua reprodução. Essa é a própria natureza do processo a que chamamos vida" (Rogers, 1983).

Ao nível da interacção humana, e nomeadamente numa relação de ajuda psicoterapêutica, a atitude não-directiva do terapeuta, na qual subjacentemente prevalece a confiança em relação ao outro (cliente), vai possibilitar a emergência cada vez mais genuína da auto-direcção do cliente.

### 2.3.3. Descrição das Atitudes

A actualização das potencialidades, bem com o princípio da não directividade conducente à auto-direcção, só é possível se inerentemente estiverem presentes quatro atitudes que Rogers descreveu como:

Atitude de congruência

Atitude de compreensão empática

Atitude de aceitação incondicional positiva da pessoa.

Atitude de presença

Elas serão descritas em pormenor no item seguinte, o qual se refere à Terapia Centrada no Cliente.

#### 2.4. A Terapia Centrada no Cliente (TCC)

Historicamente o modelo teórico da Terapia Centrada no Cliente é anterior ao desenvolvimento do movimento da Abordagem Centrada na Pessoa, no entanto é através deste movimento que surge a explicitação da filosofia que esteve subjacente no pensamento Rogeriano.

A TCC refere como um dos seus princípios de base no processo psicoterapêutico, a presença de seis condições, que no entender de Rogers, é condição necessária e suficiente para que exista uma mudança terapêutica. Assim a TCC mantém-se em coerência com os princípios inerentes à forma de perspectivar a pessoa expressos no conceito de Tendência Actualizante e no princípio da Não-Directividade, complementarizando-se com um terceiro pressuposto que engloba a presença das "seis condições necessárias e suficientes". No dizer de Barbara Brodley (1990) estes são os três pilares fundamentais da TCC e, que no nosso entender, a definem e a singularizam de outras formas de intervenção terapêutica de relação de ajuda.

## 2.4.1. Descrição das Seis Condições

### 2.4.1.1. Duas pessoas estão em contacto psicológico

O encontro, no sentido existencial, tem por base o estabelecimento de uma relação a qual vai acontecendo no desenrolar de um processo, sendo necessário à partida que cada um apreenda um outro como consciência e não como coisa, isto é, que cada um percepcione o outro (Tu) como pessoa distinta de si (Eu), tornando-se ambos estruturantes, um do outro, na apreensão do mundo. Para Caldeira a verdadeira relação só acontece quando duas pessoas decidem estar uma com a outra, numa relação de reciprocidade, na qual se inclui o respeito pela singularidade. Como afirmava: "É preciso negar com força a identificação: a relação só é verdadeira, real, autêntica, quando explode entre dois sujeitos que se afirmam como tais" (Caldeira, 1979)

Segundo Rogers o contacto psicológico significa a "presença do mínimo essencial de relação, nomeadamente, que cada um signifique uma diferença apreendida ou " subapreendida" no campo experiencial do outro. Ela pode ser mínima e não aparente imediatamente para um observador" (Rogers, 1976 citado por Hipólito)

Prouty foi também um dos autores que se debruçou sobre esta "primeira condição" formulada por Rogers, e a partir da investigação feita em psicoterapias realizadas com doentes esquizofrénicos, apresentou, algumas conclusões que lhe pareceram importantes e úteis no estabelecimento de "contacto psicológico". Segundo ele a terapia só é

possível processar-se na sequência do estabelecimento do contacto psicológico. Para isso, existem técnicas terapêuticas que poderíamos chamar de reformulações de contacto que vão permitir uma aproximação e uma apreensão da pessoa, quer ao nível cognitivo quer afectivo ou, quer ainda, ao nível da sua capacidade de simbolização; por outro lado, existe a necessidade de estarem presentes funções psicológicas que permitam que a terapia aconteça, assim como, a existência de comportamentos emergentes mensuráveis.

#### 2.4.1.2. A incongruência do cliente

O cliente, a pessoa que recorre à situação terapêutica, deve ele próprio sentir-se num estado de incongruência, isto é, estar consciente do seu estado de vulnerabilidade e ansiedade e querer ser ajudado.

Esta incongruência pode definir-se como sendo uma discordância entre a sua consciência e a experienciação. Isto é, as percepções e os conceitos relativamente ao self, ao ambiente e aos outros, podem estar presentes ao nível da consciência, no entanto, não estão inteiramente de acordo com a experienciação sentida ao nível psicológico. Isto não significa que a pessoa tenha que estar gravemente perturbada, até porque o estado de incongruência é algo que nos caracteriza como seres humanos. No entanto por vezes, pode conduzir a pessoa a um estado conflitual vivido com sofrimento e que na perspectiva rogeriana (1959) este estado de incongruência indica que o cliente está "vulnerável" à ansiedade e, "defensivamente inconsciente dela". (Rogers, 1959)

### 2.4.1.3. A atitude de congruência

No que se refere à atitude do terapeuta um dos aspectos a sublinhar é a sua capacidade de autenticidade, ou de congruência. Autenticidade, ou acordo interno, é diferente de sinceridade e, Rogers, num dos seus trabalhos, explicita-o dizendo "a sinceridade consiste em falar ou em agir de acordo com a representação consciente, isto é, com a experiência tal como ela aparece na consciência - não necessariamente tal como é experimentada."

Um dos trabalhos do terapeuta, ao nível da sua formação pessoal, consiste num gradual conhecimento de si, de modo que a assimetria entre a percepção da experiência e a autenticidade da sua representação, seja progressivamente diminuída. De certa forma esta compreensão de si passa pela gestão da sua própria angústia, isto é, à medida que ela diminui aumenta a sua (terapeuta) capacidade de auto-compreensão, e conseqüentemente mais perto está de encontrar o seu acordo interno, condição necessária no desenvolvimento relacional do processo terapêutico.

Assim, quanto mais o terapeuta for ele mesmo na relação com o outro, maior será a probabilidade de no cliente se efectuar uma mudança através da actualização das suas potencialidades.

Segundo J. Hipólito a congruência "é coerência consigo mesmo no espaço-tempo da relação, no aqui e agora da intervenção, coerência com a experiência própria, numa totalização desta, da sua tomada de consciência e da sua comunicação, numa abertura que não necessita de ser explicitada. A liberdade, autenticidade e criatividade da/e na intervenção são condições

indispensáveis mas não suficientes para que surjam no cliente liberdade e criatividade. A congruência aparece como o garante quer para o cliente, quer para o terapeuta, do maior espaço possível para se ser si-mesmo." (Hipólito, 1991)

Em síntese o terapeuta vivência abertamente os sentimentos que fluem naquele momento, numa atitude de transparência em que é, ele próprio, no aqui e agora da relação. A autenticidade do terapeuta vivenciada por ambos na relação, é um dos factores que possibilita a emergência do encontro do cliente consigo próprio: experienciando-se como pessoas distintas, encontram-se na reciprocidade de serem humanas. Na opinião de M. Teixeira a autenticidade manifesta-se a dois níveis: " ao nível do processo, significando a capacidade de se manter consciente do seu fluxo de experiência ("forma não estruturada") e ao nível da expressão, significando a capacidade de articulação e de expressão do sentir pessoal ("forma estruturada"). (Marques Teixeira, 1993)

#### 2.4.1.4. A atitude de aceitação incondicional positiva

A atitude de aceitação incondicional por parte do terapeuta significa a capacidade que este tem, de aceitar o cliente tal como se mostra. Está implícito a não avaliação positiva ou negativa, atitude que vai originar no cliente um estar à vontade na inter-acção terapêutica, possibilitando-lhe expressar os sentimentos ocorridos em cada momento, como por exemplo: confusão, ressentimento, medo, raiva, coragem, amor ou orgulho.

Esta atitude do terapeuta desencadeia no cliente um movimento de aprendizagem, no sentido de aceitação de si próprio, isto é, naquilo que o

caracteriza como ser genuíno. Implica, por outro lado, que subjacentemente no terapeuta exista uma confiança e um respeito pelo cliente face às suas decisões e à sua diferença. Na perspectiva de J. Hipólito a aceitação traduz-se num olhar incondicional positivo que ele descreve da seguinte forma "o olhar incondicional positivo é um cuidado, uma consideração, uma aceitação do cliente e do seu discurso, sem juízos de valor, facilitadora da autonomização do Outro, e permitindo-lhe criar e dirigir a sua própria experiência na resolução ou não-resolução dos seus conflitos... significa uma relação de equivalência e não de poder, em clima de carinho e de calor acolhedores, uma escuta do Outro como ser real concreto e diferente sem comparações nem interpretações é ainda aceitá-lo (cliente) sem mudança ou no ritmo de mudança que ele próprio escolher..." (Hipólito, 1991)

#### 2.4.1.5. A atitude de compreensão empática

A compreensão empática significa a capacidade que o terapeuta tem de estar em sintonia com o sentir e o pensar do cliente, numa atitude de abertura e numa tentativa de perceber o mundo do cliente tal como este o percebe, guardando no entanto a distância suficiente que lhe permite continuar a perceber-se como pessoa distinta. Como diz M. Teixeira "a compreensão empática nunca conduz a um conhecimento directo do mundo fenoménico do Outro. O nosso conhecimento é sempre inferencial: o processo empático é um processo de comparação e de sintonização" (Marques Teixeira).

Neste processo relacional o terapeuta não só vai captando com precisão os sentimentos e significados pessoais do cliente, como também lhes vai comunicando.



Rogers (1967) descreveu a empatia classificando-a em quatro níveis: baixo, médio, alto e muito alto.

Assim, no nível mais baixo, o terapeuta mais do que ouvir e perceber o cliente pode estar a avaliá-lo, a dar-lhe conselhos, a fazer interpretações intelectuais, até mesmo a reflectir sobre as suas próprias experiências e sentimentos. A sua intervenção pode ser psicodinamicamente precisa, no entanto inacessível ou completamente deslocada no tempo, no que diz respeito aos sentimentos presentes, acabando por ser uma inter-acção com um "sabor" de relação professor/aluno.

No nível médio empático, o terapeuta habitualmente responde com uma certa precisão aos sentimentos óbvios do cliente e, por vezes ao reconhecer que alguns são menos aparentes antecipa-os, tentando prová-los, ou erradamente interpreta os que estão presentes.

No nível elevado de empatia o terapeuta está consciente de muitos sentimentos e experiências que não são ainda muito evidentes para o cliente, no entanto, cautelosamente porque a sua compreensão pode não ser completa, as respostas empáticas dadas devem ter uma natureza de dúvida. Apesar de estar consciente da existência de determinados sentimentos mais "escondidos" no cliente, o terapeuta refere-os mas tendo em atenção que pode não estar completamente "por dentro" do seu sentido.

No nível muito elevado de compreensão empática as respostas do terapeuta movem-se com sensibilidade e precisão em direcção a sentimentos e experiências que apenas foram ligeiramente aflorados pelo cliente. Assim as experiências e os sentimentos subentendidos (implícitos)

são expressos e, apesar do conteúdo para o cliente ser novo, ele não é estranho. O terapeuta apresenta ainda um estado de sensibilidade aos possíveis erros cometidos por tentativa e, rapidamente modifica as suas respostas, no sentido de ir ao encontro das explorações do cliente. As suas palavras denotam um estar em comum, ou melhor dizendo uma proximidade com o cliente e, a sua voz reflecte a seriedade e a profundidade do "estar por dentro" empaticamente. Em momentos de grande empatia, pode mesmo entrar tão profundamente no mundo interno do cliente, que atinja uma compreensão abaixo do seu nível de consciência. No entanto, este processo requer um cuidado e um respeito por parte do terapeuta pois, como diz J. Hipólito, " é um "poder mover-se" dentro do universo do Outro, delicadamente, sem julgamento, tomando consciência de sentimentos de que ele ainda não se apercebeu, mas sem desnudar o que ainda está velado, respeitando o ritmo das descobertas próprias e mantendo permanentemente uma abertura total ao "espanto" e à criação". (Hipólito, 1991)

Afirmamos frequentemente estar a ouvir o outro, sem efectivamente o ouvir-mos ou o compreender-mos empaticamente. E, no entender de Rogers, esse modo tão especial de ouvir é uma das forças motrizes mais poderosas no processo de mudança terapêutica.

#### 2.4.1.6. O terapeuta comunica a sua compreensão

Esta última condição prende-se directamente com a anterior, na medida em que o processo psicoterapêutico assenta no diálogo. Tal como já referido, a escuta, ou ouvir empático, parece fundamental na compreensão da subjectividade do outro/cliente; não menos importante parece ser a

transmissão desta compreensão ao cliente na medida em que se torna um factor estruturante no processo de actualização das suas potencialidades, pois para além do sentimento de ser compreendido e acompanhado, as intervenções do terapeuta permitem-lhe clarificar aspectos seus, aumentando o seu auto-conhecimento; e ainda, um outro aspecto importante é a tomada de consciência das atitudes do terapeuta no que diz respeito à sua capacidade de aceitação e de compreensão, facilitando-lhe (ao cliente) um processo semelhante face a si próprio. Por outro lado, no que diz respeito ao terapeuta esta é uma oportunidade de ajustamento entre o que é dito (cliente) e o que é compreendido, tentando com sensibilidade e exactidão "estar o mais por dentro" do mundo interno do cliente, no sentido de aumentar a sua auto-exploração e actualização pessoal.

#### 2.4.1.7. Em jeito de Conclusão

Podemos dizer que das seis condições, a que depende do cliente é o seu estado de incongruência. Dependem do terapeuta a tríade: congruência, aceitação incondicional positiva e compreensão empática. Depende ainda a última, que traduz a capacidade do terapeuta de comunicar a sua compreensão ao cliente. Finalmente a primeira condição - duas pessoas estarem em contacto psicológico - representa uma condição partilhada por ambos.

Parece-nos que um dos aspectos que sobressai no acima referido é a necessidade da criação de um clima, de uma atmosfera relacional, por parte do terapeuta que possibilite o encontro entre a pessoa do terapeuta e a pessoa do cliente. Para além da confiança e do respeito experienciados no decorrer do processo, deve emergir o sentimento de solidariedade entre o

terapeuta - que no processo de descoberta e acompanhamento da dor do outro/cliente, se confronta com a sua dimensão pessoal e eventualmente com os seus limites - e o cliente - que sentindo-se acompanhado no seu movimento de auto-exploração e na vivência do sofrimento, tem o sentimento de ser amado como pessoa pelo terapeuta.

Por último salientamos que a responsabilidade da mudança (com o inalienável direito à "não-mudança") cabe ao cliente, pois é ele o autor da sua auto-direcção; ao terapeuta compete, numa atitude de abertura e surpresa, criar as condições que facilitem esse processo.

#### 2.4.2 A Reformulação com Técnica da TCC

Cada sessão terapêutica é um momento particular de encontro e constitui uma unidade na diacronia do processo terapêutico. A inter-acção estabelecida assenta num tipo particular de diálogo dirigido essencialmente pelo cliente. Cabe ao terapeuta criar um espaço de transparência comunicacional, pois tudo o que se passa tem um significado não só que é expresso verbalmente como também o que se passa a um nível não verbal.

Dentro deste quadro terapêutico, as respostas do terapeuta denominam-se reformulações. Barbara Brodley define a reformulação como sendo uma "resposta compreensiva empática" , isto é, o terapeuta, num tom caloroso, transmite ao cliente aquilo que compreendeu do que este disse ou tentou dizer. (Brodley, 1977 Psi)

A reformulação é considerada a "técnica" deste método de intervenção, requerendo uma formação adequada e cuidada por parte dos

técnicos, já que implica um "saber comunicar". Para Marques Teixeira **comunicar** é também escutar (M. Teixeira, 1989), isto é, na qualidade da comunicação do terapeuta está subjacente a sua capacidade de escuta..

Estudos feitos sobre a taxinomia das reformulações indicam que existem diferentes tipos, nomeadamente, reformulação do conteúdo implícito; reformulação dos sentimentos; reformulação do conteúdo manifesto e reformulação sob a forma de uma síntese.

A preocupação com a reformulação leva muitas vezes, alguns terapeutas a atribuir-lhe a responsabilidade do processo de mudança do cliente. Sem querer retirar-lhe a importância devida, tal como diz J. Hipólito, "a reformulação não tem um valor mágico, o seu único valor é o de ajustar a compreensão empática." (Hipólito, 1993 aula)

Consideramos portanto que o seu valor fundamental no decorrer do processo é o de permitir ao terapeuta manifestar ao cliente que o está a acompanhar e paralelamente poder aferir o seu grau de compreensão.

A reformulação pode ter então um valor de "ponte comunicativa" entre terapeuta e cliente, e nesse sentido, ser facilitadora do "encontro". Ela permite ao terapeuta estar presente na medida em que, compreende o seu interlocutor mas ao mesmo tempo assinala a sua presença.

### III CAPÍTULO

#### 1. ANÁLISE DE UMA PSICOTERAPIA

##### 1.1. Introdução

Nesta terceira parte do trabalho vamos fazer a análise de uma psicoterapia de tempo limitado, desenvolvida segundo o modelo da terapia centrada no cliente. Inicialmente referiremos os objectivos do estudo, seguidamente apresentaremos algumas notas esclarecedoras sobre o pedido de ajuda do cliente e, sobre o tipo de contrato terapêutico. Posteriormente será feita a descrição da metodologia, do procedimento e apresentação dos dados. Por último proceder-se-á à análise e discussão dos resultados.

##### 1.2. Objectivos

Tal como já foi referido o acordo prévio de um tempo limitado para o tratamento é uma das especificidades das denominadas psicoterapias breves ou, designadas por outros, de psicoterapias de tempo limitado. Esta variável tempo vai introduzir na relação terapêutica a problemática da separação, já que explicitamente é feito um acordo para o fim do tratamento. No quadro da TCC não é feito previamente a determinação do foco da problemática do cliente pelo terapeuta, em coerência com os pressupostos teóricos deste tipo de intervenção.

Na perspectiva de J. Hipólito, terapeuta centrado na pessoa, a indicação mais adequada para o tratamento corresponderá contudo às situações em que o conflito central das dificuldades actuais do cliente coincide com a problemática da separação. No quadro da TCC apesar de não ser delimitado à partida um conflito central, a problemática da separação mantém-se pelo facto de ser uma intervenção de tempo limitado, permitindo do mesmo modo a elaboração dos conflitos e uma reestruturação do funcionamento da pessoa. (Hipólito, conferência)

Os objectivos do nosso trabalho consistem em verificar:

#### 1.2.1. Tempo e Temática

a) Dado que o tempo é uma variável importante tentaremos verificar qual a sua interferência neste processo terapêutico

b) A partir da constatação de J. Hipólito de que a problemática da separação é um dos temas importantes nas terapias de tempo limitado, tentaremos verificar qual a relação entre a variável tempo e a problemática de separação.

#### 1.2.2. Como se configura a mudança no cliente?

a) Verificação de que mudanças aconteceram na avaliação de si próprio, ou seja, qual a evolução dos aspectos/sentimentos negativos e os positivos, face a si próprio ao longo da terapia..

b) Avaliação do grau de auto-direcção do cliente no decorrer do tratamento, tomando como indicador o grau de não-directividade das intervenções do Terapeuta.

### 1.2.3. Como se configura a interacção do ponto de vista do Terapeuta?

a) Qual o nível de sintonia e sua graduação entre a compreensão empática do terapeuta e as vivências de acordo com o quadro de referências do cliente, no decorrer do processo.

## 1. 3. Metodologia

### 1.3.1. Dados Gerais sobre a Psicoterapia em Estudo

A psicoterapia apresentada refere-se a um cliente do sexo feminino de meia idade, que tinha iniciado um processo psicoterapêutico não estruturado com o médico de família com indicação de um estado depressivo que se arrastava desde a morte do pai. Foi enviada ao psicoterapeuta pelo médico de família com a justificação de "uma situação transferencial não resolvida" (sic).

O contrato foi estabelecido na primeira consulta de psicoterapia, combinando-se um projecto terapêutico entre cliente e terapeuta que incluía doze sessões de tratamento com data marcada para a última sessão. Foi ainda pedido ao cliente a autorização para gravar em vídeo cada sessão.



Alguns anos após ter terminado o tratamento, o psicoterapeuta obteve também autorização da cliente, por escrito, para utilizar as gravações com fins didáticos.

### 1 3.2. Caracterização do Material de Análise

A análise incidiu sobre seis sessões do tratamento, nomeadamente a primeira, a segunda, a quinta, a sexta, a décima primeira e a décima segunda. Apesar de serem trabalhadas individualmente, cada duas constituiu um bloco de análise: 1ª 2ª **BLOCO-A**; 5ª e 6ª **BLOCO-B**; 11ª e 12ª **BLOCO-C**.

A escolha das sessões não foi arbitrária considerando-se importante avaliar três momentos do processo que poderiam dar uma ideia da sua evolução: o princípio, o meio e o fim.

Apesar do tratamento ter sido gravado em vídeo, o trabalho foi elaborado a partir das transcrições das sessões respectivas.

### 1.3.3. As diferentes etapas metodológicas

#### **Podemos agrupá-las em dois momentos:**

1 - Através da análise de conteúdo foi organizado um conjunto de categorias cujo objectivo era é de avaliar a correlação entre o discurso do cliente e do terapeuta, isto é, qual o grau de sintonia ou de desfasamento

verificado entre a expressão verbal do cliente e as respostas discursivas do terapeuta.

2 - Através de uma grelha de leitura analisar o tipo e o número de respostas reveladoras de compreensão empática e de aceitação incondicional do terapeuta.

### **O Primeiro Momento Corresponde:**

#### 1.3.2.1. Áreas Discursivas

1 - Codificação de cada uma das intervenções da cliente e do terapeuta, através da atribuição de uma sequência numérica - à cliente correspondiam os números ímpares ao terapeuta os números pares. ex.:

553. C - Penso, creio que, apesar de tudo, há sempre medo do desconhecido. Mais quando se passa os oitenta anos, evidentemente, está-se muito próximo disso

554. T - do desconhecido?

555. C - sim

556. T - esse desconhecido que também a assusta muito

2 - Em cada sessão foi feito, inicialmente, um levantamento no discurso do cliente de áreas identificadoras de interesse pessoal.

3 - Simultaneamente foi feito um levantamento do discurso do terapeuta, aferido às intervenções do cliente, possibilitando uma análise de

correspondência entre as respostas empáticas e as intervenções do cliente, no decurso da interacção terapêutica.

### 1.3.3.2. Construção de Categorias

A partir do levantamento das áreas discursivas foram construídas categorias que incluíam quer grupos inter-relacionais, quer os aspectos de ordem pessoal. Este material era constituído por frases ou palavras. Consideraram-se as seguintes categorias:

- Família com duas subcategorias:
  - figuras significativas (mãe, pai, irmão e filhos), e
  - figuras conviviais (marido, tios e tias)
  
- Sentimentos do próprio face a si próprio incluindo os corporais:
  - negativos
  - positivos
  
- Sentimentos do próprio face ao Outro
  - negativos
  - positivos
  
- Sentimentos do Outro face ao Próprio
  - negativos
  - positivos
  
- Dimensão Temporal

- Vivência da Separação
- Dúvidas
- Constatações
- Referências à Relação Terapêutica

A atribuição das categorias foi feita considerando-se como princípio inerente a qualquer delas, o seguinte: a presença de expressão verbal ou a explicitação de uma ideia, considerado previamente como uma área de interesse, no discurso do cliente. No sentido de uma maior clareza vamos exemplificar:

No Cliente, ex.:

23. C -- senti-me verdadeiramente ferida...

categoria: sentimento (-)

305. C --... eu não queria ficar tirânica como a minha mãe

categoria: mãe (família significativa)

sentimento do próprio/outro (-)

327. C - temos sorte, porque temos filhos que são educados, que não põem problemas..

categoria: filhos (família significativa)

sentimento do próprio/outro (+)

419. C -. pensei no momento em que as crianças partirão..

categoria: separação

439. C - penso que ele (marido) não liga a muitas coisas que são interessantes.

categoria: marido (família convivencial)  
sentimento próprio/outro (-)

519. C - sim, pensei que isso era uma forma de abolir o passado...

categoria: tempo

957. C - É isso, hum, sim. É engraçado, a minha mãe...eu telefono, agora mais de uma vez por semana, agora ela tem sempre um ar bem disposto, já não recebo censuras.

categoria: mãe (família significativa)  
sentimento do próprio/outro (+)  
sentimento do outro/próprio (+)  
tempo  
constatação

999. C -mas eu penso que ela (mãe) nunca se apercebeu quando magoava alguém da família ou então, se ela se apercebe então é maldade.

categoria: mãe (família significativa)  
sentimento do próprio/outro (-)  
família (família convivencial)

1023. C - ...já reparei que é sobretudo no mês, no mês de Janeiro, que eu me sinto mais vazia...

categoria: tempo  
constatação

295. C - Humm...e depois, como ele (marido)...como lhe agrada isso, eu tenho a impressão de que não seria bom criticá-lo...

categoria: marido (família convivencial)  
dúvida

No Terapeuta:

Para a atribuição de categorias seguiu-se o mesmo princípio atrás descrito, tendo em consideração que as expressões do Terapeuta foram sempre aferidas às intervenções do cliente.

Vamos dar alguns exemplos:

288. T - Eu penso ter sentido que está dividida: dum lado gostaria de poder reencontrar o mesmo estado, a mesma relação que tinha com o seu marido antes de nascerem as crianças, isto é, felicidade, prazer; por outro lado tem medo que isso não aconteça assim, que todos estes anos passaram e que vocês se foram afastando, mudando, modificando...

categoria: marido (família convivencial)  
filhos (família significativa)  
sentimentos do próprio/si (+)  
tempo  
separação

870. T - Não somente ele (pai) não está mais lá, como também não está lá para reunir a família.

categoria: pai (família significativa)  
separação  
família (família convivencial)

1164. T - De facto, a sua ideia de ir para essas exposições era, acima de tudo pelo prazer de encontrar pessoas e poder fazer contactos, mas se tiver que sacrificar as relações com a sua filha, você prefere...e enervar-se ainda mais, você prefere não se enervar.

categoria: constatação  
filha (família significativa)  
sentimento do próprio/outro (+)  
sentimento do próprio/si (+)

### 1.3.2.3. Número de Intervenções

Elaboração de um quadro comparativo sobre:

- 1 - evolução quantitativa do discurso da cliente nos três blocos de análise
- 2 - relação quantitativa entre o discurso da cliente e do terapeuta nos três blocos de análise.

### **O Segundo Momento Corresponde:**

### 1.3.2.4. Avaliação das Respostas do Terapeuta

Construção de uma grelha de avaliação do número de respostas empáticas dadas pelo terapeuta ao longo do processo terapêutico. A elaboração deste instrumento de trabalho é inspirada num artigo de Barbara Brodley " Some Observation of Carl Rogers' Behavior in Therapy Interviews" (1994), no qual é apresentado um estudo experimental sobre a

avaliação da evolução da atitude não-directiva de Rogers num período de 46 anos de trabalho.

Foram consideradas duas categorias de respostas dadas pelo terapeuta. Uma categoria correspondia às respostas dadas em consequência do quadro de referências do cliente: RESPOSTAS EMPÁTICAS CONSEQUENTES

Outra categoria correspondia às respostas dadas em função do quadro de referências do terapeuta: RESPOSTAS PROVENIENTES (do quadro de referência do terapeuta)

#### 1.3.2.4.1. Respostas de compreensão empática

Definição teórica: A compreensão empática significa a capacidade que o terapeuta tem de estar em sintonia com o pensar e o sentir do cliente, numa atitude de abertura e numa tentativa de perceber o mundo do cliente tal como este o percebe, guardando no entanto a distância suficiente que lhe permita continuar a perceber como pessoa distinta.

Definição operacional: As Respostas Empáticas Consequentes são as respostas que o terapeuta dá com o objectivo de:

- a) confirmar com o cliente a precisão da sua experiência empática, na compreensão do quadro de referências interna do cliente.
- b) comunicar explicitamente ao cliente que o terapeuta está a seguir, ou a tentar seguir e compreender, a comunicação do cliente e a sua auto-expressão
- c) clarificar sob a forma de uma pergunta



Portanto, nesta categoria, todas as formas de resposta são identificáveis como existindo uma intenção do terapeuta em acompanhar o cliente no seu movimento de auto-exploração, centrando-se sempre sob o ponto de vista deste.

As respostas empáticas consequentes podem aparecer sob várias formas:

- compreensão empática
- reafirmações
- metáforas
- perguntas de clarificação

Vamos definir e apresentar exemplos das subcategorias consideradas dentro das respostas empáticas consequentes.

Compreensão Empática - O terapeuta dá uma resposta reveladora de que está a acompanhar o cliente.

- O terapeuta compreende exactamente como o cliente está a experienciar os sentimentos

ex.:

34. T - Quer dizer que pensa que uma das soluções para si seria sentir-se assim, um pouco exterior aos problemas da sua mãe, à sua maneira de ver a vida, de olhar um pouco por cima, sem que isso lhe diga demasiado respeito, sem estar demasiado implicada.

35. C - Sim, sim. Vai sempre por aí. Há sempre altos e baixos

36. T - Há sempre degraus a subir

37. C - Períodos em que a gente pensa que consegue, e é precisamente nesses momentos em que pensamos que conseguimos esse desligar que "plouf" - a gente mergulha.

980. T - Sim isso surpreendeu-a

981. C - Sim

982. T - que ela (mãe) tivesse proposto passar 15 dias com ela..

983. C - sim

984. T - com ela para descansar, se bem que como você disse no início, para si descansar é estar sozinha

985. C - Sim e depois, afinal ela não insistiu, mas, enfim, eu não lhe disse peremptoriamente não, mas que isso me parecia um pouco difícil. Em todo o caso, assim tanto tempo..., mas ter-lhe-ia dito, se ela insistisse, que poderia ir talvez 3 ou 4 dias. Poderíamos partir durante 3 ou 4 dias e depois, talvez, se isso lhe desse prazer, mas ela não disse mais nada...

986. T - ela não insistiu

987. C - não, ela não insistiu

988. T - você estava disposta a ir 3 ou 4 dias

989. C - Ah, eu teria feito uma concessão, si

990. T - mas uma concessão seria um sacrifício para lhe dar prazer

991. C - sim

992. T - mais do que dar prazer a si própria

993. C - Oh, sim, sim. Quando ela me fala das pessoas que compraram a casa em Mont..., ela fala-me de uma maneira tão natural, como se me estivesse a contar outra coisa qualquer, mas isso irrita-me

994. T - Aperta-se-lhe a garganta

995. C - Oh, sim

996. T - você tem o sentimento que ela não se apercebe

997. C - não

998. T - que ela a está a magoar

Reafirmações - respostas de repetição do que foi dito

ex.:

671. C - Hum, hum, ela sempre teve o ar de preferir os meus filhos...

672. T - Hum, hum...

673. C - a essas outras netas

674. T - A impressão que os seus filhos são beneficiados pela preferência dela

Fragmentos - respostas de reafirmação em que o terapeuta refere só alguma parte do discurso do cliente

ex.:

319. C - Sim, foi bem passado. Ela (mãe) quase no fim queixou-se de qualquer coisa, mas a propósito do meu filho...porque ela viu... há muito tempo que ela não o vê e disse-me; " penso que ele não tem interesse em vir estar comigo", mas por outro lado ela disse-me que gostava muito de ver as meninas, mas não em conjunto, as duas separadamente, num sábado. As minhas meninas são muito simpáticas e disseram que estava bem. Uma até já foi no sábado passado.

320. T - Hum... elas responderam ao seu convite...

Metáforas - resposta compreensiva do terapeuta através de uma imagem

ex.:

39. C - Sim, não sei se é por ter a sensação que consegui, que me relaxo, em vez de continuar a esforçar-me.

40. T - O sentimento de que talvez uma vitória nunca é conquistada definitivamente

41. C - não, de maneira nenhuma...
42. T - que uma vez ganha uma batalha não se pode relaxar a tensão
43. C - Não, é isso. Eu penso que não
44. C - Hum, hum, o sentimento de que se mantiver mais tensa, todo o seu esforço e atenção serão mais fáceis de a manter na crista da onda.
45. C- Sim, são esforços continuados. É isso.

Perguntas de Clarificação - respostas que visam a clarificação do discurso do cliente

ex.:

906. T - Por um lado, não tem vontade de voltar a Mont...
907. C - Hum, hum
908. T - e, depois por outro lado você tem a impressão que sendo filha, o seu dever em relação à sua mãe é ir.
909. C - Sim
910. T - Depois, você gostaria que alguém se pudesse por no seu lugar, mas para fazer de maneira como tinha vontade de fazer, ou para fazer da maneira que você tem a impressão que é o seu dever?

### **Respostas Provenientes (do terapeuta)**

Definição teórica: São as respostas que expressam sempre o ponto de vista do terapeuta ou o seu quadro de referências.

Definição operatória: O conteúdo destas respostas pode ser acerca do cliente, do terapeuta ou de outra coisa qualquer, mas manifestando

sempre a perspectiva do terapeuta. Além do mais elas são quase sempre uma resposta àquilo que o cliente exprimiu no imediato.

Podem-se apresentar sob a forma de:

- comentários
- explicações/interpretações
- concordâncias
- confrontações

Vamos definir e apresentar exemplos das subcategorias consideradas dentro das respostas provenientes do quadro de referências do terapeuta.

Comentários - o terapeuta dá uma resposta dentro do contexto situacional, mas falando de si próprio

ex.:

1066. T -Não estava previsto. Não a pude avisar mais rapidamente.

1067. C -Não, não tem importância

1068. T -Não tem importância

1069. C -Ah, enfim, não queria dizer isso (ri-se) não sabia que você tinha tido um acidente, disseram-me que estava hospitalizado, mas não sabia

1070. T -O facto de eu ter dito "não tem importância" foi sentido por si como uma censura

1071. C -Sim

1072. T -Enquanto que eu penso que apesar de não ter sido eu, eu pessoalmente sinto-me muito aborrecido de ter interrompido as sessões

Explicações/interpretações

- Respostas do terapeuta no sentido de explicar o que se está a passar com a cliente, ou no sentido de desvelar um pouco à frente algo que o terapeuta está a sentir, mas de que o cliente não tem ainda consciência.

Ex.:

343. C -Eu não sei se em relação à última vez que estive aqui, se tem alguma coisa a dizer sobre o que se passou, já que gravou a entrevista?

343. T -Se estou contente?

345. C -Não sei...

346. T -...Se estou contente de uma maneira parecida como a que você está contente com os seus filhos?

346. C - Ah... eu não tinha feito a ponte...é engraçado porque eu tenho notado que os jovens agora não tentam muito questionar-se

### Concordâncias

Expressões de concordância por parte do terapeuta, com o que está a ser dito

Ex.:

1216. T -Ela tem uma pele muito sensível ao sol

1217. C -Sim... depois estive um tempo magnífico toda a semana, sem nuvens e que maravilha

1218. T -Sim, verdadeiramente um tempo excelente

### Confrontações

Respostas de confrontação de aquilo que o cliente está a dizer versus o que está a sentir

Ex.:

519. C -Sim, penso que isso era uma forma de abolir o passado, fazer  
isso

520. T -Que questão se pode por sobre isso?

----

917. C -Oh, eu pensei que o papel de uma mãe de família é de pensar  
primeiro na sua família

918. T -O papel de uma mãe de família é de pensar primeiro na sua  
família

919. C -Humm, humm... e depois eles estão habituados

920. T -E a mãe de família é a sua mãe ou é você?

921. C -É... eu penso que agora sou eu

#### 1.4. Procedimento

##### 1.4.1. Organização de Categorias Cliente

1 - A primeira leitura das sessões tinha como objectivo fazer a  
anotação das palavras ou frases reveladoras de áreas de interesse da  
cliente/terapeuta, organizando um quadro de categorias.

No que respeita à cliente ex.:

245. C - eu tenho sempre uma tendência...

- a me culpabilizar

- é necessário que eu lute " constatação

Categoria: sentimento próprio (-)

constatação

319. C - há muito tempo

Categoria: tempo

- ela (mãe)

Categoria: mãe

- filhas são muito simpáticas

Categoria: filhas

sentimento próprio/outro (+)

417. C - mas sem me suicidar

Categoria: sentimento próprio (+)

- porque eles

Categoria: filhos

vão ficar fora de casa

separação

423. C - não sei se é da idade,

Categoria: dúvida

tempo

dizem que aos 40-50 anos

Categoria: tempo

é uma idade difícil

Categoria: tempo

Sentimento próprio (-)

Constatação

29. C - justamente estou deprimida

Categoria: Sentimento próprio (-)

No que respeita ao Terapeuta,

ex.:



20. T - as respostas dos outros não solucionam os seus problemas

Categoria: constatação

96. T -... não se sentiu culpabilizada...

Categoria: Sentimento próprio (+)

mas aborrece-a muito o sentimento que ela (mãe) estava a abusar

Categoria: mãe

Sentimento próprio para o outro (-)

1240. T - O tempo que precisávamos para por em ordem os problemas que aqui a trouxeram, e também para ver organizar a sua vida e as suas relações.

Categoria: constatação

sentimento próprio (+)

1468. T - Monotonia! Tem, talvez, o sentimento que a monotonia lhe desagrada, a deprime

Categoria: sentimento próprio (-)

2 - Num segundo momento, era anotado quantas vezes em cada intervenção da cliente/terapeuta aparecia a mesma palavra ou frase e distribuíam-se segundo as categorias do quadro elaborado.

No que respeita à Cliente, ex.:

mãe - 305; 307; 313; 319; 359; 361; 375

filhos - 223; 231; 233; 239; 241; 241; 279; 285; 301, etc.

marido - 217; 241; 269; 293; 295; 435; 439

tempo - 213; 215; 217; 223; 231; 241; 249; 301; 301, etc.

separação - 413; 415; 417

No que respeita ao Terapeuta,

ex.:

mãe - 306; 310; 312; 362; 364; 372; 374; 376; 408

filhos - 232; 234; 288; 320; 324; 326; 328; 334; 340, etc.

marido - 242; 270; 282; 288; 302; 438; 440; 442

tempo - 222; 340; 430; 434; 436; 446; 450

separação - 282; 284; 412; 414; 416; 418; 422; 446

3. Quantificação dos elementos das categorias: soma do número de vezes que o elemento da categoria apareceu em cada bloco (cada bloco era forma % = 19

No que respeita ao Terapeuta, ex.:

BLOCO-A - soma total das categorias - 318

família significativa - 66

% = 20.7

5. Elaboração de um quadro de percentagens com os resultados da cliente e do terapeuta.

#### 1.4.2. Número de Intervenções

1. Quer no cliente quer no terapeuta foi feita a quantificação do número de intervenções. Seguidamente encontrada a totalidade por bloco.

2. Elaboração de um quadro para comparação dos resultados/bloco obtidos entre o terapeuta e a cliente.

### 1.4.3. Grelha de leitura de atitudes

1 - Foi construída uma grelha para a leitura da compreensão empática. Constituiu-se em dois blocos distintos:

a) Respostas Empáticas Consequentes

b) Respostas que provêm do Quadro de Referências do Terapeuta

2 - Cada intervenção do terapeuta foi analisada na interacção com a cliente.

3 - Constituiu-se um quadro de anotação a partir do qual foram quantificadas os diferentes tipos de respostas do terapeuta.

4. Seguidamente foi encontrada a percentagem por bloco.

## 1.5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 1.5.1. Resultados das Categorias

#### 1.5.1.1. Por Bloco

Em cada bloco, quer para o cliente quer para o terapeuta, as intervenções ou as respostas foram classificadas de acordo com as categorias referidas.

Como cada intervenção ou resposta é passível de conter várias categorias, daí o total encontrado ser maior que o número de intervenções ou respostas encontradas em cada bloco. Assim:

#### **BLOCO A - Cliente**

Total de Intervenções - 216

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 390

Este valor (390) é Distribuído da seguinte forma:

Família Significativa	- 75 - 19%
Família Convivencial	- 20 - 5%
Tempo	- 64 - 16%
Separação	- 9 - 2%
Constatação	- 59 - 15%
Dúvidas	- 27 - 7%
Referências à relação	.- 3 - 1%

Sentimento próprio

(+) 18 - 5%

(-) 55 - 14%

Sentimento relação ao outro

(+) 16 - 4%

(-) 24 - 6%

Sentimento do outro em relação ao próprio

(+) 7 - 2%

(-) 13 - 3%

**BLOCO B - Cliente**

Total de Intervenções - 275

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 411

Este valor (411) é distribuído da seguinte forma:

Família Significativa - 91 - 22%

Família Convivencial - 21 - 5%

Tempo - 70 - 17%

Separação - 37 - 9%

Constatação - 38 - 9%

Dúvidas - 15 - 4%

Referências à relação. 6 - 1%

Sentimento próprio

(+) 15 - 4%

(-) 27 - 7%

Sentimento em relação ao outro

(+) 20 - 5%

(-) 27 - 7%

Sentimento do outro em relação ao próprio

(+) 11 - 3%

(-) 7 - 2%

## **BLOCO C - Cliente**

Total de Intervenções - 225

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 355

Este valor (355) é distribuído da seguinte forma:

Família Significativa - 37 - 10%

Família Convivencial - 15 - 4%

Tempo - 54 - 15%

Separação - 22 - 6%

Constatação - 81 - 23%

Dúvidas - 3 - 1%

Referências à relação. 10 - 3%

Sentimento próprio

(+) 72 - 20%

(-) 26 - 7%

Sentimento relação ao outro

(+) 19 - 5%

(-) 7 - 2%

Sentimento do outro em relação ao próprio

(+) 5 - 1%

(-) 4 - 1%

## **BLOCO A - Terapeuta**

Total de Respostas - 201

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 317

Este valor (317) é distribuído da seguinte forma:

Família Significativa - 66 - 21%

Família Convivencial - 13 - 4%

Tempo - 10 - 3%

Separação - 8 - 3%

Constatação - 40 - 13%

Duvidas - 4 - 1%

Referências à relação. 2 - 1%



Sentimento próprio

(+) 38 - 12%

(-) 63 - 20%

Sentimento relação ao outro

(+) 16 - 6%

(-) 27 - 9%

Sentimento do outro em relação ao próprio

(+) 10 - 3%

(-) 18 - 6%

**BLOCO B - Terapeuta**

Total de Respostas - 340

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 273

Este valor (273) é distribuído da seguinte forma:

Família Significativa - 83 - 24%

Família Convivencial - 14 - 4%

Tempo - 14 - 4%

Separação - 22 - 6%

Constatação - 105 - 31%

Duvidas - 13 - 4%

Referências à relação. 7 - 2%

Sentimento próprio

(+) 13 - 4%

(-) 41 - 12%

Sentimento relação ao outro

(+) 12 - 4%

(-) 11 - 3%

Sentimento do outro em relação ao próprio

(+) 2 - 1%

(-) 3 - 1%

## **BLOCO C - Terapeuta**

Total de Respostas - 358

Total de Referências Cotadas nas 10 Categorias - 229

Este valor (229) é distribuído da seguinte forma:

Família Significativa	- 29 - 8%
Família Convivencial	- 5 - 1%
Tempo	- 31 - 9%
Separação	- 37 - 10%
Constatação	- 116 - 32%
Dúvidas	- 5 - 1%
Referências à relação	- 16 - 4%
Sentimento próprio	
(+)	82 - 23%
(-)	30 - 8%
Sentimento relação ao outro	
(+)	7 - 2%
(-)	3 - 1%
Sentimento do outro em relação ao próprio	
(+)	2 - 1%
(-)	8 - 2%

#### 1.5.1.2. Na Diacronia dos 3 Blocos

Foram encontradas as percentagens das referências por categoria na diacronia dos 3 blocos.

Os resultados da cliente encontram-se no QUADRO - 2

Os resultados do terapeuta encontram-se no QUADRO - 9

#### 1.5.2. Numero de Intervenções e Respostas

Os resultados do numero de intervenções e de respostas encontram-se no QUADRO - 14

#### 1.5.3. Resultados das Respostas do Terapeuta

##### 1.5.3.1. Respostas Consequentes

O total das respostas consequentes foi encontrado a partir da soma das suas diferentes subcategorias.

BLOCO A - 169 - 84% (QUADROS - 15 e 16)

BLOCO B - 238 - 87% (QUADROS - 17 e 18)

BLOCO C - 201 - 88% (QUADROS - 19 e 20)

#### 1.5.3.2. Respostas Provenientes do Terapeuta

O total das respostas provenientes do quadro de referências do terapeuta foi encontrado a partir da soma das suas diferentes subcategorias.

BLOCO A - 8 - 4% (QUADROS - 21 e 22)

BLOCO B - 11 - 4% (QUADROS - 23 e 24)

BLOCO C - 15 - 7% (QUADROS - 25 e 26)

#### 1.5.3.3. Respostas Não Cotadas

As respostas não cotadas correspondem às intervenções do terapeuta que se limitaram à expressão "hum-hum"

BLOCO A - 24 - 12%

BLOCO B - 24 - 9%

BLOCO C - 13 - 5%

\* A totalidade dos dados referidos no item 1.5.3. encontra-se no QUADRO 27.

## 1.6. ANALISE DOS RESULTADOS

### 1.6.1. Analise dos Resultados das Categorias

#### 1.6.1.1. Do Cliente

No BLOCO A - categorias com maior % -

Família Significativa	19%
Tempo	16%
Constatação	15%
Sentimento próprio (-)	14%

No BLOCO B - aumentaram de % as categorias

Família Significativa	22%
Tempo	17%
Separação	9%

diminuíram de% as categorias

Constatação	9%
Duvidas	4%

No Bloco C - aumentaram de % as categorias

Constatações	23%
--------------	-----

Referência à relação	3%
Sentimento próprio (+)	20%

diminuíram de % as categorias

Família Significativa	10%
Tempo	15%
Separação	6%
Dúvidas	1%
Sentimento próprio (-)	7%
Sentimento relação ao outro (-)	2%
Sentimento do outro relação ao próprio (+)	1%
(-)	1%

Fazendo uma leitura na diacrónica dos 3 blocos verificamos que:

1 - No BLOCO A (BA) as categorias Família Significativa e Família Convivencial apresentam respectivamente os valores de 37% e 36%

No BLOCO B (BB) verifica-se um aumento percentual da categoria Família Significativa (45%) e um ligeiro aumento percentual da categoria convivencial.(38%), em relação a BA

No BLOCO C (BC) há uma diminuição percentual significativa de ambas as categorias: Família Significativa (18%) e Família Convivencial (7%)

\* Para uma melhor visualização pode consultar-se o QUADRO 3

2 - A percentagem das referências ao tempo aumenta ligeiramente em BB (37%) e diminui em BC (29%) comparativamente com BA (34%) e BB (37%)

A percentagem das referências à separação em BA apresenta um valor de (13%), aumentando significativamente em BB (54%) e diminui significativamente em BC (32%), comparativamente com BB.

A percentagem das constatações em BA é de 33%, diminui em BB (21%) e aumenta significativamente em BC (46%) comparativamente com BA e BB.

A percentagem das dúvidas apresenta em BA o valor de 60%, diminui em BB (33%) e diminui significativamente em BC (7%).

A percentagem das referências à relação terapêutica apresenta em BA o valor de 16%, aumenta para dobro em BB (32%) e aumenta ainda mais em BC (53%).

\* Para uma melhor visualização consulte o QUADRO 4

3 - A percentagem dos sentimentos (-) expressos em relação ao próprio apresenta em BA o valor de 41%, diminuindo ligeiramente em BB (40%) e diminui significativamente em BC (19%)

Em relação à percentagem dos sentimentos (+) verifica-se uma inversão comparativamente com os sentimentos (-). Em BA o valor é de 17%, diminui em BB para 14% e, aumenta significativamente em BC (35%).



Para melhor visualização consulte QUADRO - 5

4 - A percentagem dos sentimentos (-) expressos em relação ao outro, apresenta em BA o valor de 41%, aumenta ligeiramente em BB (47%) e diminui significativamente em BC (12%)

A percentagem dos sentimentos (+) expressos em relação ao outro aumenta a partir de BA, isto é, BA (29%) BB (36%) e BC (35%)

\* Para melhor visualização consulte QUADRO - 6

5 - A percentagem da vivência dos sentimentos (-) do outro em relação ao próprio apresenta em BA o valor de 54%, diminui quase para metade em BB (29%) e, diminui progressivamente em BC (17%).

A percentagem da vivência dos sentimentos (+) do outro em relação ao próprio apresenta em BA o valor de 30%, aumentando significativamente em BB (48%) e, diminuindo também significativamente em BC (22%).

\* Para uma melhor visualização consulte o QUADRO -7

### Em Conclusão

De acordo com os dados acima mencionados podemos dizer que progressivamente a cliente foi diminuindo as referências à família, nomeadamente em relação à mãe (ver QUADROS 1 e 2). Inversamente, os

dados apontam para um aumento do interesse sobre si própria, o que é notório através da categoria das constatações.

Paralelamente o conceito de si foi adquirindo um valor mais positivo, verificando-se um aumento substancial na expressão de sentimentos positivos e, um diminuição dos sentimentos negativos na apreciação pessoal..

Também as dúvidas, que no início atingiam uma percentagem muito elevada da sua temática discursiva, diminuíram substancialmente no final do tratamento, podendo significar um aumento na capacidade de afirmação.

Por outro lado, a conflitualidade vivida na interacção com o outro foi também diminuindo ao longo do processo, sendo notório o aumento progressivo da expressão de sentimentos positivos e a diminuição de sentimentos negativos na sua referência em relação ao outro.

À medida que experiencia a relação, vivida na situação terapêutica, é possível a exploração das suas problemáticas pessoais, nomeadamente a da separação. (ver QUADRO 4)

A dimensão temporal esteve sempre presente no decurso do processo terapêutico. Este facto leva-nos a constatar que a vivência do tempo é um aspecto existencial muito importante na vida da cliente. No entanto, no ultimo bloco verifica-se uma diminuição às referências temporais, podendo pensar-se que houve uma mudança na gestão pessoal, desta dimensão. (ver QUADRO 4)

### 1.6.1.2. Do Terapeuta

No BLOCO A (BA) - as categorias com maior %

Família significativa	37%
Constatação	15%
Sentimento próprio	
(+)	29%
(-)	47%
Referência à relação	8%

No BLOCO B(BB) - aumentaram de % as categorias

Família Significativa	47%
Tempo	25%
Separação	33%
Constatação	40%
Duvidas	60%

diminuíram de % as categorias

Sentimento próprio	
(+)	10%
(-)	30%

Sentimento relação ao outro	
(+)	32%
(-)	27%

Sentimento outro relação próprio	
(+)	14%
(-)	10%

No BLOCO C - aumentaram de % as categorias

Tempo	56%
Separação	55%
Constatação	44%
Referência relação	64%
Sentimento próprio	
(+)	61%

diminuíram de % as categorias

Família significativa	16%
Dúvidas	22%
Sentimento próprio	
(-)	22%
Sentimento relação outro	
(+)	19%
(-)	7%

Ao fazermos uma leitura diacrônica dos 3 blocos verificamos que:

1 - A percentagem das referências à Família Significativa apresenta em BA o valor de 37%, aumenta em BB (47%) e, diminui consideravelmente em BC (16%).

\* Para melhor visualização consulte QUADRO - 10

- A percentagem das referências à dimensão temporal é em BA de 18%, aumentando ligeiramente em BB (25%) e, aumentando consideravelmente em BC (56%).

A percentagem das referências de constatações apresenta em BA o valor de (15%), aumentando mais do dobro em BB (40%) e, aumenta um pouco mais em BC (44%).

A percentagem das referências à separação é em BA de (12%), verificando-se um aumento de mais do dobro em BB (33%), continuando a aumentar em BC (55%).

A percentagem das referências que expressam dúvidas é em BA de (18%), aumentando substancialmente em BB (59%) e diminuindo para menos de metade em BC (23%).

A percentagem das referências que envolvem a relação terapêutica é em BA (8%), triplica em BB (28%) e continua a aumentar significativamente em BC (64%).

\* Para melhor visualização consulte QUADRO 11

3 - A percentagem das referências implicando a expressão de sentimentos (-) face ao próprio apresenta em BA (47%), diminuindo em BB (30%), continuando a diminuir em BC (22%).

A percentagem das referências implicando sentimentos (+) face ao próprio apresenta em BA (29%), diminui para menos de metade em BB (10%) e aumenta substancialmente em BC (62%).

A percentagem das referências de sentimentos (-) na sua relação com o outro apresenta em BA (66%), diminuindo para menos de metade em BB (27%), continuando a diminuir em BC (7%).

A percentagem das referências de sentimentos (+) na relação com o outro teve um movimento semelhante ao dos sentimentos (+), isto é, em BA (47%), em BB (32%) e em BC (19%).

A percentagem das referências da vivência dos sentimentos (-) do outro face ao próprio apresenta uma diminuição ao longo do processo: em BA (62%), em BB (10%) e em BC (27%).

Em relação aos sentimentos (+) no segundo e terceiro bloco a % mantem-se: em BA (71%), em BB (14%) e em BC (14%).

\* Para melhor visualização consulte os QUADROS - 12 13 14

Em Conclusão:

Fazendo uma análise comparativa da evolução dos três blocos das intervenções da cliente e das respostas do terapeuta, verificamos que:

o movimento da cliente do BLOCO A para o BLOCO B é acompanhado pelo terapeuta, isto é, verifica-se que o terapeuta em sete categorias acompanhou este movimento de subida ou descida de % de referências. Verifica-se uma não sintonia por parte do terapeuta nas categorias de constatações e dúvidas. Na primeira verifica-se uma descida de % por parte da cliente e subida no terapeuta; na segunda verifica-se uma descida por parte da cliente e uma subida por parte do terapeuta. Nas intervenções da cliente que expressam a sua vivência de sentimentos na relação com os outros, também se verifica por parte do terapeuta algum desacordo percentual.

Do BLOCO B para o BLOCO C o terapeuta continua acompanhar o movimento da cliente em oito categorias, verificando-se uma dissintonia nas categorias de tempo e separação. O terapeuta apresenta uma % de referências muito superior à da cliente. Verifica-se ainda que ao nível das categorias dos sentimentos existe neste BLOCO uma maior equilíbrio percentual que no BLOCO B.

\* Para melhor visualização consulte o QUADRO 27

#### 1.6.2. Análise Quantitativa de Intervenções e Respostas

Na cliente verifica-se do BLOCO A para o BLOCO B um aumento do número de intervenções (+59). Do BLOCO B para o BLOCO C, verifica-se uma diminuição no número de intervenções (-50)

No terapeuta verifica-se também uma subida do BLOCO A para o BLOCO B (+72) e, verifica-se uma diminuição do BLOCO B para o BLOCO C (-44).

Em ambos é notório o aumento de interações no BLOCO B (5 e 6 sessões - o meio do processo) e, uma diminuição no BLOCO C (fim do processo).

Portanto ao nível quantitativo de interações cliente/terapeuta, , podemos dizer que se verifica uma sintonia no decorrer do processo.

### 1.6.3. Análise das Respostas do Terapeuta

Na análise percentual das respostas consequentes (referentes ao quadro de referências da cliente) verifica-se que no BLOCO A em 201 respostas 84%, situavam-se nesta categoria. Esta % de respostas empáticas foi subindo progressivamente no BLOCO B (87%) e no BLOCO C (88%).

Ao nível das respostas provenientes do quadro de referências do terapeuta, no BLOCO A e no BLOCO B a % é igual (4%), verificando-se uma subida no BLOCO C (7%).

No que diz respeito às respostas não cotadas, existe uma diminuição percentual do primeiro para o último bloco.

Podemos dizer que as respostas empáticas do terapeuta mantiveram-se na média dos 86% no decurso do processo. As respostas provenientes do terapeuta no início e meio mantinham-se numa % baixa, mas à medida que o processo chegava ao fim a % aumentou quase para o dobro.

Por outro lado as respostas de "hum-hum" diminuíram consideravelmente no fim do tratamento: de 12% no BLOCO A passaram a 5% no BLOCO C.

\* Para melhor  
ue respeita à psicoterapia breve.

Este estudo debruçou-se sobre a psicoterapia de tempo limitado numa perspectiva da terapia centrada no cliente.



Em termos históricos e, mesmo comparada com outros modelos psicoterapêuticos, a terapia centrada no cliente era breve no tempo sem, no entanto, integrar a variável de tempo limitado. Esta é uma das razões que nos leva a concluir que o termo "psicoterapia de tempo limitado", em vez de "psicoterapia breve", define com mais exactidão este tipo de intervenção.

A psicoterapia de tempo limitado centrada no cliente não estabelece um número de sessões standardizadas, mas sim é discutido e acordado em conjunto um número que a ambos parece útil. Não existe uma avaliação prévia da problemática do cliente, cabendo a este a responsabilidade da sua auto-direcção. Ao terapeuta cabe a responsabilidade de criar as condições facilitadoras desta auto-direcção.

Seguidamente vamos enumerar algumas das conclusões que resultaram da análise da psicoterapia atrás referida.

1 - Verificamos que as referências ao tempo foram uma constante no decorrer do processo. Quer para o cliente quer para o terapeuta a vivência da dimensão temporal assumiu uma importância particular, isto é, a % das referências ao tempo apresentou valores mais elevados e constantes, quando comparada com outras categorias.

Na cliente, à medida que se aproxima o fim da psicoterapia as referências discursivas sobre o tempo diminuem, aumentando em contrapartida as reflexões sobre si própria. A mudança na forma de integrar a vivência do tempo, possibilitou uma abertura à exploração de outras áreas pessoais.

Este processo é inverso no terapeuta. à medida que a psicoterapia avança e se aproxima do fim, verifica-se um maior número de referências que incluem a dimensão temporal. Podemos supor que a responsabilidade da gestão do tempo, em relação aos resultados obtidos no tratamento, leva-o a estar mais activo nas referências da dimensão temporal.

2 - Uma outra temática que nos merece atenção, inclui a dificuldade expressa pela cliente, na vivência de situações que implicam a separação. A exploração desta problemática está muito presente a meio do tratamento. Em termos percentuais, a categoria de separação é a que apresenta um valor mais elevado no BLOCO B.

Na análise detalhada das sessões, nomeadamente a primeira, segunda, quinta e sexta, é visível a dificuldade da elaboração do luto pela morte do pai. O passado, com acento nas vivências negativas, parece estar muito actual, dificultando-lhe a sua abertura face ao presente. Tudo o que era bom foi perdido, nomeadamente a relação matrimonial positiva, o pai, a infância dos filhos e, até a sua própria juventude. O futuro é também traduzido com angústia quando por exemplo antevê a separação dos filhos.

A sua existência está muito "parasitada" pelo fim: por um lado o que perdeu e, por outro lado, a insegurança que sente no desafio do novo, isto é, do começo.

Portanto, o tempo e a separação são dois aspectos marcantes e que influenciam o modo de estar-no-mundo da cliente.

Antes de analisarmos a interacção entre estas duas temáticas no contexto terapêutico, parece-nos importante reflectir sobre a evolução da

relação terapêutica. Assim, verificamos que à medida que a terapia avança no tempo, as duas pessoas, cliente e terapeuta, vão-se descobrindo na relação, isto é, progressivamente o outro, adquire para cada um uma presença mais assumida.

Do estereotipo social, cliente - terapeuta, vão emergindo duas pessoas distintas que manifestam uma pela outra um interesse recíproco. A análise dos três blocos permite esta leitura, pois é visível o aumento percentual da categoria de referência à relação, em ambos os intervenientes.

Contudo este processo tem um tempo limitado implicando uma separação, a qual é acordada previamente. A cliente tem então que gerir, não só o tempo que lhe permita a resolução das suas problemáticas pessoais, como ainda tem de gerir a separação do aqui e agora da relação.

A diminuição percentual destas categorias no ultimo bloco, comparativamente com o aumento verificado no meio do tratamento, levamos a dizer que a angustia em relação à perda diminuiu. Ao nível da sua dificuldade de separação houve também uma evolução, a qual é expressa não só na modificação percentual das categorias, como também no aumento de autonomia vivenciado na relação terapêutica.

No que diz respeito às respostas do terapeuta verifica-se que no ultimo bloco ha uma aumento da % das referências à separação. Uma das hipóteses que podemos por é o facto de previamente o terapeuta ser "parasitado" por uma informação que indicava ser a separação a problemática da cliente.

3 - Progressivamente a cliente foi manifestando um maior apreço por si expresso no aumento de sentimentos positivos a seu respeito. Paralelamente há uma diminuição da expressão de sentimentos negativos, o que revela uma melhor aceitação de si como pessoa total.

A incerteza manifestada no principio foi dando lugar a uma maior confiança, verificando-se no fim do tratamento que a categoria das dúvidas apresentava uma percentagem muito reduzida.

A análise das categorias, nomeadamente a das constatações, mostra-nos que há um movimento cada vez mais acentuado de exploração e clarificação dos aspectos relacionados com a sua existência. O seu "desconhecido" não é vivido com estranheza mas na confrontação da sua própria realidade.

As referências à família foram progressivamente diminuindo passando a pessoa da cliente a ser o centro das suas intervenções. A mãe que no inicio do processo terapêutico era uma fonte de conflito, foi gradualmente sendo integrada de uma forma diferente, isto é, surgiram alguns sentimentos positivos em relação à mãe e foi expressa uma melhor gestão dos sentimentos negativos. A opinião dos outros passou a ser sentida com um peso diferente o que revela uma maior segurança na afirmação de si.

Constatamos que houve uma mudança não só na avaliação de si como também na forma de estar com os outros.

4- A percentagem elevada de respostas reveladoras de compreensão empática leva-nos a dizer que o terapeuta teve uma atitude centrada no

cliente. Isto é, a não directividade é expressa por este acompanhar o cliente na exploração de si, sem introduzir aspectos que são do seu (terapeuta) quadro de referências. Assim não parece ter havido um desejo do terapeuta em dirigir a direcção do processo do cliente; no entanto a sintonia verificada no numero de intervenções em cada sessão, é reveladora da não passividade do terapeuta.

Apesar da percentagem de respostas provenientes do quadro de referências do terapeuta apresentarem valores baixos, verifica-se um aumento no bloco correspondente ao fim do tratamento. Podemos supor que elas são reveladoras de uma particular atenção do terapeuta em relação ao fim do tratamento. Por outro lado podem também assinalar a atitude de presença, isto é, no desenrolar da relação o terapeuta não é algo amorfo, mas uma pessoa com um estilo e uma subjectividade próprias.

A diminuição da percentagem das respostas não cotadas pode ser entendida como uma diminuição da ambiguidade comunicacional.

Em síntese:

O acordo prévio das designadas psicoterapias breves faz com que o tempo assuma uma importância particular. Este limite de tempo pode ser vivido de duas formas: como uma limitação ou, contrariamente como o motor da motivação do percurso. Isto parece-nos ser valido quer para o cliente quer para o terapeuta, na medida em que ambos se co-responsabilizam e empenham para chegar ao "fim" de um processo..

Na análise efectuada podemos constatar a importância da variável tempo para ambos os intervenientes. Comparativamente com outras categorias ela assumiu sempre valores bastantes elevados, revelando que a gestão do tempo era algum muito presente nos interesses da cliente. No entanto, no decorrer da psicoterapia, foi notória a diminuição das referências temporais, o que nos leva a dizer que houve uma aprendizagem na capacidade da gestão da dimensão temporal.

No decorrer do processo a cliente foi encontrando espaço para elaborar diferentes aspectos pessoais, nomeadamente: a sua problemática da vivência das situações de separação e, a sua relação conflitual com a mãe.

Ao ao seu próprio ritmo e à medida que se sentia confiante na relação, a cliente foi auto-dirigindo o seu percurso exploratório, quer em relação à explicitação das suas dificuldades quer mesmo encontrando respostas adequadas ao seu modo de estar-no-mundo.

Apesar de na indicação prévia da psicoterapia ser referido a sua problemática da separação, não se verifica nos dois primeiros blocos uma maior percentagem de respostas do terapeuta (na categoria da separação) comparativamente com outras temáticas abordadas pela cliente. Isto pressupõe por parte do terapeuta uma atitude centrada. Apesar de não haver uma focalização na problemática central da cliente, em coerência com o modelo da terapia centrada, ela acaba por surgir e ser trabalhada na interacção terapêutica.

Isto faz-nos pensar na hipótese posta por J. Hipólito de que uma indicação adequada para a psicoterapia de tempo limitado correspondia às situações em que o conflito central das dificuldades actuais do cliente

coincide com a problemática da separação. O facto desta terapia se ter desenvolvido dentro de um tempo limitado, actualizou a situação de separação, permitindo não só a elaboração dos conflitos como também a reestruturação do funcionamento pessoal.

A elevada percentagem de respostas de compreensão empática dadas pelo terapeuta, traduz a atitude centrada e não dirigista. Isto implica uma confiança na pessoa da cliente e ao mesmo tempo um respeito pelas suas decisões.

Os dados apontam claramente para uma mudança da cliente, realizada no tempo de doze sessões. Esta mudança é mediatizada pelo " encontro" entre os dois protagonistas da relação que constitui uma abertura à autenticidade. Esse "encontro" possibilitou à cliente o novo encontro com o mundo.

Apesar do constrangimento induzido pela limitação do tempo, não se verificou na psicoterapia analisada uma incoerência com os pressupostos basilares da Terapia Centrada no Cliente.

A análise detalhada das respostas do terapeuta mostram que a atitude não directiva foi constante, permitindo não só a auto-direcção da cliente como também a actualização das suas potencialidades.

A presença das seis condições necessárias e suficientes propostas por C. Rogers, não foi o objecto essencial do nosso estudo. Contudo, apesar de análise insidir detalhadamente sobre a compreensão empática, parece-nos possível deduzir, que cinco das seis condições estiveram presentes.

Em relação à atitude de congruência do terapeuta, não podemos, por falta de instrumentos adequados, fazer a sua avaliação.



## BIBLIOGRFIA

CALDEIRA, C (1979). Análise Sociopsiquiátrica de uma Comunidade Terapêutica - Aplicações do Modelo Antropoanalítico em Psiquiatria Social. Dissertação de Doutoramento: Lisboa.

DIATKINE, R (1966). Analyse Termonée et Analyse Interminable. In Rev. Franç. Psychanal.né 32:266-300,1968

FERNANDES da FONSECA (1985). Psiquiatria e Psicoterapia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkein

FREUD, S (1967). L' Homme aux Loups. In Cinq Psychanalyse.3à ed. Paris: PUF

GILLIERON, E. (1983). As Psicoterapias BrevesRio de Janeiro: Zahar ed.

GILLIERON, E.(1984). Classification des Psychothérapies et Psychothérapies Brèves. In Psychotherapies Nö 3: Geneve, 1983 pg. 145-151

GILLIERON, E. (1973). Psychotherapies Breves d'Inspiration Psychanalytique. In Arch. Suisse Neurol., Neurochirurgie et de Psychiatrie, vol.128(1981), fasc.2:295-305

GILLIERON, E. (1983): Aux Confins de la Psychanalyse Paris: Payot.

HIPÓLITO, J., HIPPOLYTE, J., CAMPICHE, C. (1982): A Comunidade com Centro. Lisboa: Fundação Calouste GulbenKien

HIPÓLITO, J (1984). Psicoterapias Breves. Conferência realizada no I Curso de Mestrado em Psiquiatria de FML. Lisboa

HIPÓLITO, J. (1986). Contributos para o Estudo das Bases Antropologicas na Relação de Ajuda - Variações Sobre o Tem Aprender. In O Homem no Seu Mundo, vol 1 pag:17-18, 1986.

HIPÓLITO, J (1982). Terapia Centrada no Cliente. Aula realizada no ISPA no ambito da cadeira de Psicoterapias

HIPÓLITO, J. (1991). Processo Autonomo ou de Ligação. Conferência apresentada no Congresso Organizado pelo Centro das Taipas:Lisboa

HIPÓLITO, J. e MARQUES TEIXEIRA, J. (1990). Perspectiva da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa sobre os Factores Comuns em Psicoterapia. Comunicação apresentada no III Encontro Nacional de Psicoterapeutas - Simposio sobre factores Comuns em Psicoterapia. Lisboa

Guimarães Lopes (1982). Psicoterapia Existencial. In G. Lopes (coord). Progressos em Terapeutica Psiquiatrica (1 ed.). Porto: Bibliot. do Hosp. Conde Ferreira.