

INFLUÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO E DA
PERSONALIDADE NA RELAÇÃO ENTRE TERAPEUTAS E PACIENTES

Adriano Pereira Jardim

Tese de Doutorado

Porto Alegre/RS, 2008

INFLUÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO E DA
PERSONALIDADE NA RELAÇÃO ENTRE TERAPEUTAS E PACIENTES

Adriano Pereira Jardim

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção
do grau de Doutor em Psicologia sob orientação do
Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, janeiro de 2008

Agradecimentos

À Mariane pela inspiração, dedicação e amor.

Ao professor William Gomes, pelo investimento na minha formação intelectual, pessoal e científica.

Aos professores Denise Ruschel Bandeira, Jorge Umberto Béria, Marco Antônio Pereira Teixeira e Maria Lúcia Tiellet Nunes, membros das bancas examinadoras, pela colaboração na feitura desse trabalho e pela atenção dispensada ao seu autor.

Aos professores e amigos Amanda da Costa da Silveira, Ana Paula Vasconcellos Bittencourt, Athelson Bittencourt, Eva Maria Fayos Garcia, Fábio Dalmolin, Gustavo Gauer, Luciana Borges, Luciana Karine de Souza e Sérgio Borges pelas idéias, sugestões e estímulos para que eu fosse adiante com o trabalho.

Aos colegas do Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição, pelas contribuições ao trabalho.

Aos meus pais, Adão e Tania, pelo estímulo constante ao investimento em educação superior.

Aos estudantes de psicologia que participaram do trabalho trancrevendo entrevistas, digitando dados e auxiliando na interpretação dos mesmos, em especial à Aline Villaschi, à Camilla Paixão, à Cybelle Olivier, à Franciela Vazzoler, à Maraíza Duarte, à Patrícia Marilac, ao Samuel Athos, e à psicóloga Juliana Lima Medeiros.

Ao Centro de Controle do Stress, através da professora Simone Machado e ao DOMUS, Centro de Terapia de Casal e de Família, através das psicólogas Cláudia Giongo e Nira Viváqua, que demonstraram que a área da clínica está aberta ao diálogo com a pesquisa em psicoterapia.

Quando se faz psicologia, parece-nos que não estamos fazendo ciência, e quando fazemos ciência, quase sempre temos certeza de não estar fazendo psicologia.

Pierre Gréco

Sumário

Sumário de Tabelas.....	7
Resumo.....	9
Abstract.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Pesquisas de eficácia.....	13
1.2 Pesquisas de efetividade.....	16
1.3 Efetividade de tratamentos desenvolvimentais.....	22
1.3.1 Foco na adolescência.....	25
1.4 Clínica e personalidade.....	27
1.4.1 As respostas individuais aos tratamentos.....	27
1.4.2 A abordagem eclética.....	28
1.4.3 Abordagem eclética, características de personalidade e os Cinco Grandes Fatores.....	36
1.4.4 Cinco Grandes Fatores e a psicoterapia.....	39
1.4.5 O fator extroversão.....	44
1.5 Pesquisa sobre psicoterapia, memória e narratividade.....	45
1.6 Tendências atuais.....	49
1.7 Justificativa, problema e objetivos.....	51
2. MÉTODO.....	
2.1 Delineamento.....	54
2.2 Participantes.....	54
2.3 Instrumentos.....	55
2.4 Procedimentos.....	58
2.5 Critérios de análise.....	59
2.6 Considerações éticas.....	61
3. RESULTADOS.....	
3.1 Descrição Fenomenológica.....	63
3.1.1 Díade 1 – Terapeuta M. e paciente G.....	65
3.1.2 Díade 2 – Terapeuta E. e paciente V.....	75
3.1.3 Díade 3 – Terapeuta I. e paciente A.....	84
3.1.4 Díade 4 – Terapeuta S. e paciente L.....	93
3.1.5 Díade 5 – terapeuta L. e paciente T.....	101
3.1.6 Díade 6 – terapeuta C. e paciente E.....	109

3.1.7 Díade 7 – terapeuta U. e paciente M.....	119
3.1.8 Díade 8 – terapeuta H. e paciente S.....	129
3.1.9 Díade 9 – terapeuta J. e paciente D.....	138
3.1.10 Díade 10 – terapeuta A. e paciente R.....	145
3.1.11 Díade 11 – terapeuta F. e paciente H.....	154
3.1.12 Díade 12 – terapeuta P. e paciente N.....	164
3.2 Redução Fenomenológica	
3.2.1 Contexto 1 – Análise fenomenológica das entrevistas das díades.....	173
3.2.2 Contexto 2 – Análise das narrativas de eventos marcantes.....	183
3.2.3 Contexto 3 – Análise quantitativa das psicoterapias.....	188
4. DISCUSSÃO GERAL.....	194
REFERÊNCIAS.....	212
ANEXOS	
Anexo A Roteiro da entrevista fenomenológica com terapeutas.....	227
Anexo B Roteiro da entrevista fenomenológica com paciente.....	228
Anexo C Inventário CGF-Fator Extroversão.....	229
Anexo D Questionário Strupp de avaliação de eficiência terapêutica.....	233
Anexo E Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia.....	236
Anexo F Questionário para memórias em lampejo.....	238
Anexo G Gravação dos relatos de eventos marcantes da terapia.....	239
Anexo H Termo de consentimento informado.....	240
Anexo I Tematização de entrevista fenomenológica do terapeuta e do paciente.....	241

Sumário de Tabelas

Tabela 1. Relações entre Dimensões e Decisões na Seleção Sistemática de Tratamento (S.S.T.).....	34
Tabela 2. Instrumentos utilizados para avaliar Dimensões do S.S.T.....	35
Tabela 3. Relação entre Dimensões do Modelo Eclético e os CGF.....	41
Tabela 4. Descrição de escores hipotéticos do estudo I.....	56
Tabela 5. Organização de dados em quadro referencial do estudo II.....	57
Tabela 6. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta M. e Paciente G.....	69
Tabela 7. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 1.....	73
Tabela 8. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta E. e Paciente V.....	78
Tabela 9. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 2.....	83
Tabela 10. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta I. e Paciente A.....	87
Tabela 11. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 3.....	92
Tabela 12. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta S. e Paciente L.....	96
Tabela 13. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 4.....	99
Tabela 14. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta L. e Paciente T.....	104
Tabela 15. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 5.....	108
Tabela 16. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta C. e Paciente E.....	112
Tabela 17. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 6.....	118
Tabela 18. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta U. e Paciente M.....	122

Tabela 19. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 7.....	128
Tabela 20. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta H. e Paciente S.....	131
Tabela 21. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 8.....	137
Tabela 22. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta J. e Paciente D.....	140
Tabela 23. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 9.....	144
Tabela 24. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta A. e Paciente R.....	148
Tabela 25. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 10.....	153
Tabela 26. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta F. e Paciente H.....	157
Tabela 27. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 11.....	162
Tabela 28. Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta P. e Paciente N.....	167
Tabela 29. Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 12.....	171
Tabela 30. Temas das Entrevistas Fenomenológicas com Terapeutas e Pacientes	173
Tabela 31. Temas Gerais e Temas Descritos Pelos Pacientes nos Relatos de Eventos Marcantes.....	183
Tabela 32. Extroversão de Pacientes e de Terapeutas – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML.....	189

Resumo

O objetivo deste projeto foi investigar diferentes métodos de avaliação de resultados psicoterapêuticos, levantando evidências que permitiram a análise de cada método e das possíveis relações entre eles. Para tal objetivo, a percepção de pacientes e de terapeutas foi analisada conforme o impacto de diferenças de personalidade e de desenvolvimento na comunicação entre terapeuta e paciente, no planejamento, administração e adaptação de estratégias, e na avaliação de resultados psicoterapêuticos. Realizou-se, para esta investigação um estudo qualitativo centrado nas três etapas do método fenomenológico-semiótico, com base em uma perspectiva reversiva entre quantidades e qualidades. O foco principal foi a percepção de pacientes e de terapeutas sobre a psicoterapia, através de entrevistas semi-estruturadas, de relatos desses pacientes sobre eventos marcantes da terapia, de uma medida de personalidade (extroversão) de pacientes e terapeutas, e de medidas de avaliação da terapia desses pacientes conforme três instrumentos de efetividade: o questionário Strupp de avaliação terapêutica, a escala de aliança terapêutica – CALPAS, e o questionário de memórias em lampejo. Participaram desse estudo, 12 díades paciente-terapeuta, de diferentes psicoterapias. Os resultados apontaram que a psicoterapia pode ser avaliada com base em dados relatados e medidos. Tais dados formaram um conjunto coerente sobre o tratamento, indicando que a psicoterapia é um procedimento efetivo, com base em três elementos: aliança, confronto e narratividade. Além disso, características de personalidade da díade foram descritas como complementares e estavam relacionadas aos resultados dos tratamentos. A consideração do desenvolvimento psicológico, pelos terapeutas, associou-se à maior efetividade percebida. Finalmente, a concordância nas díades entre tendências à extroversão ou à introversão associou-se a descrições de tratamentos mais efetivos.

Palavras-chave: Psicoterapia; Efetividade; Personalidade; Desenvolvimento.

Abstract

The aim of this project was to investigate different methods of psychotherapy outcomes, searching evidences for a critical analysis of each method and the possible interactions among them. The patients' and the therapists' perceptions was analyzed according to the impact of the personality and developmental differences in the planning, administration and adaptation of strategies in the therapy. The focus was in the peception of patients and therapists about their therapy, through semi-structured interviews, patient's therapy events reports, a measure of therapists' and patients' personality (extravertion), and patients' measures of therapy outcome, according to three instruments: Strupp's Effectiveness Therapeutic Questionnaire, CALPAS, and Flashbulb Memories Questionnaire. 12 diads therapist-patient, from different therapies were analysed. The results indicated that therapy can be evaluated according to reported and measured data. Data were taken as a coherent information about the treatments, indicating that psychotherapy was effective, and based on three elements: attachment, confrontation, and narrative. In addition, diads' personality characteristics were described as complementary and were related to the outcome. And the use of developmental informations for the treatments was associated to more effective outcomes. Finally, the similarity between therapists' and patients' extravertion was related to more effective outcomes reported.

Keywords: Psychotherapy; Effectiveness; Personality; Development.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

A necessidade de responder sobre a efetividade da psicoterapia para os indivíduos que se submetem aos tratamentos oferecidos atualmente tem levado diversos pesquisadores em psicologia a desenvolverem métodos e técnicas de verificação desses efeitos. As primeiras pesquisas empíricas desenvolvidas com esse objetivo realizaram investigações sobre a psicoterapia utilizando métodos experimentais (Erikson, 1950; Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin & Terence, 1978). Neste sentido, os pesquisadores procuraram descrever efeitos de intervenções com procedimentos manualizados (psicoterapias que se orientam por manuais). Tais estudos incluíam: controle de variáveis; terapeutas treinados nas técnicas propostas; diagnósticos precisos e confirmados por mais de uma avaliação; além da comparação de grupos experimentais e grupos de controle. Essas metodologias foram denominadas estudos de eficácia e foram capazes de identificar os efeitos de algumas formas de tratamento, especialmente terapias comportamentais para alguns tipos de patologias, tais como fobias sociais e ansiedade. No entanto, as conclusões dos estudos de eficácia não puderam ser generalizadas para as práticas fora dos limites experimentais. As psicoterapias não manualizadas, sujeitas a mudanças constantes de estratégias, de diagnósticos, de objetivos e de *settings* (ambientes nos quais se realiza a terapia) configuraram um fenômeno de difícil mensuração e predição de resultados, estando sujeitas a múltiplas variáveis intervenientes. Pesquisas de eficácia para avaliar essas terapias (em maior número se comparadas com as terapias manualizadas) não foram capazes de verificar seus efeitos. Tais pesquisas, segundo pesquisadores da psicoterapia (Camasso, 2004; Kazdin, 1991; Hoagwood, 1995; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995), têm problemas de validade externa, tendo limitada a sua possibilidade de generalização.

Os limites das pesquisas de eficácia levaram aos chamados estudos de efetividade. Esses estudos foram desenvolvidos com o objetivo de examinar a prática psicoterapêutica em sua aplicação no campo clínico, com toda a sua variabilidade. Para tanto se utilizou como evidência de efeitos clínicos a percepção crítica dos próprios pacientes em terapia (Blatt & Ford, 1994; Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995). Esses estudos concluíram que as diversas modalidades de psicoterapia existentes produzem efeitos significativos para as pessoas que se submetem aos tratamentos. O fator definido como mais importante para a efetividade foi a qualidade da relação entre

terapeuta e paciente. Contrariamente aos estudos de eficácia, que centravam na comparação entre técnicas, os estudos de efetividade destacavam a relação terapêutica e os fatores que podem influir em tal relação. Entre esses fatores, destacaram-se as interações de aspectos bio-psico-sociais do indivíduo em tratamento, descritos em uma abordagem desenvolvimental (Holmbeck, 2000); e as interações de aspectos da personalidade de pacientes e de terapeutas, descritas no estudo pioneiro de Seligman (1995), o estudo do *Consumer Report*. Os estudos de efetividade, portanto, definiram o foco dos estudos seguintes (identificação de aspectos que influem na relação terapêutica) e contribuíram com a identificação dos efeitos das terapias fora do ambiente experimental. Entretanto, pesquisadores apontam problemas dos estudos de efetividade relativos à discriminação de fatores específicos que diferenciam uma terapia efetiva de uma não efetiva. Neste sentido, afirmam eles, os estudos podem tender a legitimizar qualquer prática psicoterapêutica, apresentando problemas de validade interna.

Com o objetivo de discriminar e aprofundar os aspectos destacados como efetivos para a relação terapêutica, a revisão de literatura deste projeto de pesquisa centrará na discussão de modelos de compreensão e estudo do desenvolvimento psicológico e de diferenças de personalidade no contexto da psicoterapia. Para a discussão do desenvolvimento psicológico, será avaliado o impacto de um modelo desenvolvimental na psicoterapia (Holmbeck, 2000), além das conseqüências da falta de interface da psicoterapia com aspectos desenvolvimentais para a efetividade dos tratamentos (Jardim, Oliveira & Gomes, 2005). Para a discussão de diferenças de personalidade, serão analisados estudos correlacionando estilos de coping e resultados na abordagem eclética (Beutler, 1983), que mescla estratégias de eficácia e de efetividade; e variações nos estudos correlacionando traços de personalidade na teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF) com resultados psicoterapêuticos (Jersak, 2000). Em acréscimo às metodologias de eficácia e de efetividade, e aos modelos desenvolvimental e eclético, será discutida uma alternativa recente de pesquisa de resultado em psicoterapia, associando modelos de memória e resultados terapêuticos percebidos (Kirkegaard-Thomsen & Berntsen, 2003). Tal abordagem será discutida com a literatura de pesquisas de resultados para identificar contribuições metodológicas à compreensão da relação terapêutica. Neste enfoque, a psicoterapia será entendida enquanto recordação de eventos marcantes relacionados com a avaliação de resultados. Ressalte-se, contudo, que a pesquisa empírica desta tese estará concentrada em aspectos de personalidade, enquanto os aspectos de desenvolvimento serão tomados como contexto.

De forma geral, esta introdução organiza-se em seis tópicos. No primeiro, discutem-se as contribuições e as limitações das metodologias tradicionais de pesquisa de resultados em psicoterapia, os chamados estudos de eficácia. No segundo, tratam-se das soluções metodológicas apresentadas aos limites das pesquisas de eficácia, introduzindo-se o conceito de efetividade. Nesta nova visão, a qualidade da relação terapeuta-paciente destaca-se como o fator mais importante para os resultados psicoterapêuticos. Sendo assim, será dada especial atenção às duas partes da relação, na perspectiva do desenvolvimento psicológico e da personalidade. No terceiro tópico examina-se a influência de fatores desenvolvimentais no processo terapêutico. No quarto, será discutido o impacto de fatores ligados a diferenças de personalidade na relação terapêutica. O quinto tópico é dedicado a métodos propostos recentemente para a avaliação de resultados: memória autobiográfica, narratividade e psicoterapia. Finalmente, as contribuições e limitações do campo de pesquisa de resultados em psicoterapia serão analisadas a fim de explicitar a proposta do atual projeto de pesquisa. O objetivo geral centrar-se-á na discussão metodológica da verificação empírica dos resultados a partir da relação comunicativa entre paciente e terapeuta.

1.1 Pesquisas de eficácia

Os primeiros estudos sobre resultados em psicoterapia remontam à década de 1950, aos clássicos estudos de Eysenck (1949, 1950a, 1950b, 1952, 1955, 1961) e de Erikson (1950). A partir dessas pesquisas iniciais, nas décadas seguintes, os estudos ganham sofisticações metodológicas, compondo um conjunto de investigações que constituem o campo de pesquisa em eficácia. Tais pesquisas contribuem com o estudo dos efeitos da psicoterapia, respondendo a algumas perguntas sobre resultados dos tratamentos, especialmente após a década de 1970. Kazdin e colegas (Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin & Terence, 1978), por exemplo, tem empreendido um reconhecido programa de avaliação de eficácia psicoterapêutica. Em um artigo no início da década de 1990 (Kazdin, 1992), o pesquisador citou quatro pesquisas de meta-análise envolvendo mais de 200 estudos controlados que mostraram evidências consistentes de efeitos benéficos de psicoterapias com crianças, adolescentes e adultos. Entre esses estudos, ele destacou os trabalhos de Casey e Berman, da equipe de Weisz (Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995), além de pesquisas realizadas pela sua própria equipe, nos quais tratamentos comportamentais e não comportamentais foram associados a resultados terapêuticos com problemas de externalização (como hiperatividade,

delinqüência, comportamento agressivo e desobediência a regras) e de internalização (como fobias, ansiedade e isolamento social). Alguns tratamentos analisados nos estudos foram terapia comportamental, cognitivo-comportamental, abordagem centrada no cliente, terapia de grupo e atendimento familiar.

A partir das pesquisas iniciadas na década de 1970, os estudos de eficácia passaram a priorizar a descrição de procedimentos associados aos resultados verificados. O objetivo passou a ser a compilação desses procedimentos, suas indicações e o treinamento de terapeutas. Os resultados compõem um conjunto de intervenções ou psicoterapias denominado “prática baseada em evidências” (Mullen, 2004; Proctor & Rosen, 2004). Considera-se uma prática baseada em evidências qualquer intervenção estabelecida como eficaz através de pesquisa científica, de acordo com um conjunto de critérios explícitos identificados com a abordagem experimental (Drake & cols., 2001, citado em Mullen, 2004). Entre tais critérios, os autores destacam que as práticas devem demonstrar sua eficácia e contenção de custos seguindo diretrizes que orientam a psicoterapia como:

Uma abordagem de intervenções com tempo limitado; discussão e negociação mútua de objetivos; objetivos comportamentais, mensuráveis e baseados em resultados; ênfase nos recursos psíquicos e no autodesenvolvimento do paciente; foco concreto, realístico e realizável; e possibilidade de modificação com base nas necessidades e desejos do paciente – e não conforme a preferência do terapeuta. (Mullen, 2004, p.204).

Entre as contribuições metodológicas para o estudo dos efeitos das psicoterapias, destacam-se critérios que orientam as pesquisas, como os passos descritos por Proctor e Rosen (2004): 1) identificar intervenções baseadas em evidências com resultados relevantes; 2) selecionar a intervenção que melhor se ajusta às particularidades dos problemas, da situação e dos resultados do paciente; 3) complementar e modificar os tratamentos mais apropriados e corroborados com a experiência e conhecimento do terapeuta; e 4) monitorar e avaliar a efetividade da intervenção. A observação desses passos constitui a sistematização de um campo de pesquisa e de prática, que, segundo os pesquisadores de eficácia, se torna essencial para o avanço em psicoterapia:

Nós acreditamos firmemente que a prática confiável através das medidas de garantia de qualidade e das melhoras operacionais, da utilização de medidas de resultados, da pesquisa sistemática e da prática baseada em evidências se tornará

o desafio dominante para todo cuidado de saúde e serviço profissional humano na década corrente. (Dziegielewski & Roberts, 2004, p.200).

Alguns exemplos de práticas baseadas em evidências desenvolvidas em pesquisas recentes incluem: prática centrada na tarefa (Reid & Fortune, 2004); tratamento de jovens delinquentes com transtorno de conduta, déficit de atenção, desordem de hiperatividade e desordem desafiante oposicional (Springer, 2004); tratamentos para desordem obsessivo-compulsiva (Abramowitz & Schwartz, 2004); psicoterapia breve com desordens depressivas (Bloom, Yeager & Roberts, 2004); prática com desordem de ansiedade (Bloom, Yeager & Roberts, 2004); terapia cognitivo-comportamental com desordem de estresse pós-traumático (Vonk, Bordnick & Graap, 2004); e terapia de casais com pacientes deprimidos (Corcoran, 2004). Todos esses estudos utilizam medidas experimentais quantitativas de resultados para comparar tratamentos e descrever procedimentos considerados eficazes para diagnósticos precisos de quadros psicopatológicos evidentes e com alguma gravidade. Tais estudos atestam a validade de tratamentos específicos para esses males, identificando procedimentos eficazes, resultados esperados, tempo estimado e formas de avaliar os resultados.

As psicoterapias com base em evidências, portanto, constituíram-se em um conjunto de práticas psicoterapêuticas com resultados comprovados cientificamente. Entretanto, diversas críticas têm sido feitas aos estudos de eficácia, especialmente quanto aos limites impostos pelas condições experimentais (Hoagwood, 1995; Kazdin, 1991; Weisz & cols., 1995). O desafio aos estudos de eficácia, segundo os pesquisadores, parece ser nos casos em que o quadro clínico não é tão preciso, quando os objetivos mudam junto com a queixa durante o tratamento, quando mudanças radicais nos procedimentos são requeridas e mesmo quando variáveis não controladas influem dramaticamente no curso do tratamento. Em resumo, como acessar e medir resultados em práticas psicoterapêuticas fora do ambiente experimental? Mesmo pesquisadores em eficácia têm buscado responder a essas questões, tentando propor variações nos tratamentos que possam responder à variabilidade encontrada nas práticas psicoterapêuticas. Como exemplo, Camasso (2004) pergunta: por que a evidência científica tem penetrado tão lentamente na profissão de psicoterapeuta? Para o autor, a lenta generalização das evidências científicas e sua pequena utilização por psicoterapeutas, mesmo levando-se em consideração a crescente demanda social pela comprovação de práticas psicoterapêuticas, deve-se a limitações metodológicas.

A conclusão de Camasso (2004) é a mesma dos pesquisadores em eficácia citados anteriormente (Kazdin, 1991; Hoagwood, 1995; Weisz & Cols., 1995). Segundo tais pesquisadores, os resultados das pesquisas em eficácia não são suficientes para generalizações ao campo das psicoterapias, pois essas ocorrem com muito mais variações do que nos estudos experimentais. Eles argumentam que as metodologias de eficácia não são capazes de avaliar a psicoterapia em sua aplicação clínica mais abrangente (na maioria dos casos). Segundo eles, muitos resultados inexpressivos encontrados por estudos de eficácia de tratamentos clínicos foram determinados pela dificuldade de pesquisá-los com essa metodologia. Diante dessas limitações, alguns pesquisadores buscaram desenvolver métodos alternativos às pesquisas de eficácia para pesquisar a psicoterapia em sua complexidade.

1.2 Pesquisas de efetividade

A partir da constatação dos limites das pesquisas de eficácia, relativos à generalização, pesquisadores buscaram desenvolver metodologias alternativas de verificação de resultados. Tais pesquisas foram denominadas estudos de efetividade. O objetivo foi identificar os efeitos das terapias, abrangendo a variabilidade encontrada em sua aplicação no campo psicoterapêutico. Em geral, os estudos utilizavam instrumentos capazes de acessar a percepção crítica de pacientes e de terapeutas sobre o processo terapêutico. Entre os estudos de efetividade, esta revisão destaca aqueles que contribuíram para a constatação de fatores decisivos para os resultados (Abrahamson, 2001; Arean & Alvidrez, 2002; Blatt & Ford, 1994; Borkovek, & Cols., 2001; Charman, 2003; Gard, 2003; Gomes, 1988, 1990, 1993; Hartman & Zepf, 2003; Kendall & Hudson, 2001; Levant, 2001; Neal, 2003; Nielsen & Cols., 2003; Norquist, 2001; Persons, 2001; Seligman, 1995; Schneider, 2001; Stevens, 2001; van-Schaik & Cols., 2002).

Seligman (1995), por exemplo, verificou que os relatos retrospectivos dos pacientes sobre suas terapias constituíram-se em fontes de dados bastante precisos sobre os efeitos de mudança comportamental, relacional e emocional. O pesquisador questionou as metodologias de eficácia dos estudos tradicionais e propôs uma forma de estudar resultados psicoterapêuticos que revolucionou a pesquisa realizada até então. Em seu estudo, Seligman utilizou questionários enviados para leitores de uma revista de circulação nacional nos Estados Unidos, a *Consumer Report*. Os questionários avaliavam o atendimento psicoterapêutico, discriminando as diversas modalidades

como aconselhamento, psicanálise, terapia cognitivo comportamental, terapia existencial, abordagem centrada na pessoa, terapia de grupo, familiar, entre outras. Além disso, havia uma sessão de dados demográficos no qual o participante descrevia se fazia uso de medicação, o tempo que esteve em atendimento, o motivo da procura de atendimento e outras informações sobre o paciente e a intervenção. A compilação e análise dos dados demonstraram que as informações sobre a terapia e a avaliação crítica do paciente constituíam dados precisos sobre o processo. Os resultados comprovaram algumas hipóteses levantadas pela literatura sobre psicoterapia. Conforme o estudo do *Consumer Report*, terapias mais longas (um ano a um ano e meio) possuem efeitos mais permanentes do que terapias de curta duração (seis meses); a medicação em conjunto com a terapia não possui resultados mais efetivos do que a terapia sem medicação; e a terapia com psicólogos e psiquiatras é mais efetiva do que com profissionais de aconselhamento (conselheiros religiosos, sentimentais ou matrimoniais).

Tais resultados confirmaram os dados obtidos por outras pesquisas de efetividade. Gomes e colegas (1988, 1990, 1993), por exemplo, encontraram indicadores precisos de que os pacientes percebem criticamente os resultados da terapia e que também estão prontos para informar os benefícios alcançados. Entre esses benefícios, os pacientes se referiram a melhoras nas relações sociais, a maior estabilidade emocional, a maior aceitação de si, e a mudanças comportamentais percebidas por familiares, amigos e colegas de trabalho. Blatt e Ford (1994) citam mudanças de ordem comportamental, emocional, e cognitiva, como melhores desempenhos em testes de Q. I. Em síntese, tratamentos não manualizados, conduzidos por psicoterapeutas não treinados em procedimentos empiricamente comprovados, e tratando pacientes com diagnósticos imprecisos e variáveis, produzem efeitos benéficos. Sendo assim, pode-se dizer que metodologias de efetividade são mais aptas a estudarem tais efeitos.

Recentes replicações do estudo do *Consumer Report* (ECR) têm confirmado os resultados de Seligman (1995), com pequenas variações. Este é o caso do estudo de Hartman e Zepf (2003), realizado na Alemanha. A replicação sistemática do estudo americano original avaliou a efetividade de diversas formas de tratamentos psicoterapêuticos para distúrbios psicológicos segundo a perspectiva dos pacientes. Os resultados corroboraram os dados do ECR. As poucas diferenças encontradas foram que, na Alemanha, médicos familiares foram avaliados de forma mais negativa do que nos Estados Unidos, e pacientes do sexo masculino tendiam a avaliar os tratamentos

como menos efetivos, enquanto nos Estados Unidos não havia diferenças entre homens e mulheres. Os pesquisadores alemães concluíram que o ECR não produziu resultados circunscritos ao contexto norte-americano, sendo possível generalizar aplicações mais globais do estudo de Seligman. Outra pesquisa realizada nos moldes do estudo de Seligman, entretanto, encontrou resultados contrastantes com o ECR. Na avaliação de Nielsen e colaboradores (2003), os índices de satisfação com a sua terapia foram idênticos aos do ECR, mas os índices de mudança percebida apareciam bem menos elevados do que no estudo original. O estudo concluiu que os resultados do ECR são, em geral, confiáveis, mas a mudança produzida pela terapia e percebida pelos pacientes pode estar super dimensionada. As indicações de Nielsen e equipe são no sentido de que maiores e melhores avaliações da mudança percebida possam ser realizadas, além da utilização de métodos que discriminem fatores que influam decisivamente na mudança.

Essa necessidade de discriminação de fatores influenciando na efetividade da psicoterapia tem levado os pesquisadores ao desenvolvimento de métodos mais específicos e sistematizados sobre os resultados. Embora a área de efetividade seja muito mais abrangente (em termos de tratamentos estudados) do que a área de eficácia existe, na atualidade, uma necessidade de mesclar estratégias mais precisas de eficácia com a compreensão dinâmica da efetividade. Neste sentido, diversos estudos recentes têm sido realizados para especificar fatores efetivos. Entre esses estudos, destacam-se as pesquisas de Charmain (2003), segundo as quais, devem-se procurar abordagens coerentes com os problemas tratados. O foco, afirma a pesquisadora, deve ser na identificação da estratégia correta para promover o estabelecimento da aliança terapêutica. A pesquisa identifica “pares ou díades efetivas”, conforme características de paciente e de terapeuta; e “estratégias efetivas”, conforme o problema do paciente. A medida de efetividade é obtida através da avaliação da aliança terapêutica, definida como a qualidade da interação entre paciente e terapeuta.

Outro estudo que busca discriminar fatores de efetividade discute implicações e decisões éticas sobre políticas de financiamento de psicoterapias (Arean & Alvidrez, 2002). As pesquisadoras procuram responder à questão: como generalizar tratamentos efetivos? O estudo busca identificar tratamentos sem efeitos ou com efeitos negativos, através de questionários de avaliação terapêutica. A psicoterapia inespecífica (sem prescrições claras), concluem as pesquisadoras, pode não ser a opção mais eficiente (relação custo-benefício do tratamento) para políticas de financiamento de tratamentos para populações em geral. Em acréscimo a esta visão mais objetiva dos tratamentos,

Stevens (2001), com base em estudos de meta-análise, diferencia tratamentos simples (manualizados) de tratamentos complexos (com muitas variações de procedimentos). Segundo o pesquisador, tratamentos complexos focalizam o desenvolvimento de habilidades (*skills mastery*), devendo ser essa a tarefa do treinamento de terapeutas efetivos: a promoção e o desenvolvimento de habilidades junto ao paciente. Já para Neal (2003), o fator de maior impacto na efetividade seria o planejamento do tratamento, com o estabelecimento de objetivos, que serviriam para monitorar os passos da terapia. A pesquisa utilizou instrumentos de medida de sintomas, de satisfação do paciente e da qualidade da relação terapêutica, encontrando diferenças significativa entre tratamentos com e sem estabelecimento de metas. A conclusão mais incisiva na direção da objetivação dos tratamentos, entretanto, foi apresentada por Gard (2003). Em seu estudo, o pesquisador conclui que não há como pesquisar resultados sem medidas organizadas ou padronizadas sobre tarefas rotineiras clínicas e sobre sistemas de monitoramento de efetividade. Curiosamente, pesquisas que seguem essa orientação têm sido realizadas e os resultados, em geral não têm diferido significativamente dos estudos nos moldes do ECR. É o que mostra a pesquisa holandesa de van-Schaik e equipe (2002). Segundo os pesquisadores, seu estudo com controle de variáveis e comparação com grupo placebo concluiu que a psicoterapia para transtorno depressivo mostrou-se tão efetiva quanto o uso de medicação, resultado idêntico ao obtido por Seligman (1995).

Um grande esforço no sentido de compreender a psicoterapia e de traduzi-la em termos de resultados empíricos objetivos e, ao mesmo tempo, abrangentes foi realizado por um grupo de pesquisadores liderados por Borkovec (2001). Seu estudo consistia na organização de uma “força tarefa” incluindo psicoterapeutas e pesquisadores de resultados clínicos para a elaboração de um programa consensual de pesquisa da psicoterapia. O objetivo consistia na descrição de elementos relevantes para o processo psicoterapêutico, para serem usados na elaboração de instrumentos de avaliação dos tratamentos junto a pacientes e terapeutas. A pesquisa resultou na elaboração do Programa de Pesquisa da Prática Terapêutica da Pennsylvania (PPT), e foi discutido extensivamente por outros pesquisadores em uma edição do periódico científico *Clinical Psychology: Science and Practice*, especialmente dedicada à análise do PPT (Abrahamson, 2001; Norquist, 2001; Persons, 2001; Schneider, 2001).

Borkovec e equipe (2001) tinham como objetivo estabelecer uma infra-estrutura preliminar, como uma base para pesquisas de conhecimento empírico e aplicado sobre a

psicoterapia. Seu estudo resultou na elaboração de uma bateria de avaliação de fatores relevantes para os resultados. A bateria incluía os domínios da avaliação de sintomas psicológicos, da severidade dos sintomas, do funcionamento dinâmico, das expectativas do paciente com a terapia, de dados sobre o funcionamento do terapeuta, e de informações demográficas de pacientes e terapeutas. As modalidades terapêuticas incluíam terapia cognitiva, psicodinâmica, comportamental, familiar sistêmica, experiencial e “outras”. A maioria dos problemas tratados foram depressão e ansiedade. Os instrumentos foram aplicados no início (na primeira sessão), no meio (entre a sétima e a oitava sessão) e no final da terapia (após a última sessão ou a sessão de “alta”). Os pesquisadores compararam as respostas do início da terapia com as do meio e com as do fim do tratamento. Os resultados obtidos indicaram que houve um declínio dos sintomas na comparação do início com o meio do tratamento. As melhoras relatadas incluíam maior fluidez nas relações sociais, no ambiente de trabalho (ou escolar) e diminuição de problemas como dificuldade de assertividade, evitação social, comportamento pouco exploratório, e repressão. Na comparação do início da terapia com o final, houve uma repetição de decréscimos significativos em todas as medidas de sintomas, além de melhorias nos índices globais de funcionamento. Comparando diferenças de gênero na avaliação dos resultados, constatou-se que pacientes mulheres demonstraram uma maior melhora em relações familiares e em cuidados com a saúde do que pacientes homens e terapeutas homens foram associados com melhores resultados em intimidade com o paciente do que terapeutas do sexo feminino. Além disso, pacientes de terapeutas mais jovens pontuaram mais alto quanto à certeza de serem ajudados, do que pacientes de terapeutas mais velhos. Houve uma correlação entre o item “o quanto é importante, para mim, fazer terapia”, no início do tratamento; e o item “certeza de ter sido ajudado”, no final. A expectativa inicial correlacionou-se positivamente com os resultados e com o número de sessões recebidas. Os dados, segundo Borkovec e equipe (2001), corroboram as conclusões de que as metodologias mais propícias para pesquisar resultados psicoterapêuticos mesclam estratégias de eficácia (que contribuem para o aumento da validade interna) com estratégias de efetividade (que contribuem para a validade externa). O estudo, além disso, estabelece limites claros para as pesquisas de resultados, como a impossibilidade de responder quais as terapias melhores em geral (o estudo desaconselha estudos comparativos de terapias para estabelecer as melhores), quais as causas da efetividade de um tratamento, e quais os terapeutas que são mais efetivos. Tais limites, afirma o pesquisador, referem-se à variabilidade presente na psicoterapia.

E finaliza recomendando pesquisas mais detalhadas sobre os fatores que contribuem para a efetividade.

Entre os artigos que discutem o PPT, Schneider (2001) identifica limitações na pesquisa e propõe delineamentos contemporâneos para resolver essas limitações, tais como estudo de caso único incluindo uma interpretação hermenêutica e estudo de casos múltiplos em profundidade. Abrahamson (2001) enfatiza a importância de uma base consensual para estabelecer uma agenda de pesquisa de resultados terapêuticos, e propõe a elaboração de um modelo a partir do trabalho de Borkovec e equipe (2001). Norquist (2001) destaca o papel do PPT na discussão de possibilidades e limitações nas pesquisas de resultados, ressaltando a identificação dos limites dessas pesquisas como a grande contribuição do estudo da Pennsylvania. Persons (2001) focaliza essas limitações e propõe pesquisas com psicoterapeutas especializados em práticas empiricamente embasadas (terapias manualizadas) para uma identificação mais precisa de fatores de eficácia.

Os estudos de Borkovec e equipe (2001) tiveram o mérito de estabelecer alguns padrões e limitações de pesquisa em resultado psicoterapêutico. O PPT foi um esforço inicial no sentido de desenvolver metodologias abrangentes e precisas. Seus resultados, entretanto, não acrescentaram muito aos resultados obtidos por Seligman, no estudo do *Consumer Report* (1995). De forma geral, as metodologias de efetividade trouxeram maior abrangência na verificação do fenômeno psicoterapia e indicaram um caminho para a especificação dos fatores mais importantes envolvidos no processo: a definição de variáveis que influem na relação terapeuta-paciente. A importância das técnicas e a comparação de seus efeitos, características de estudos experimentais de eficácia, foram relativizadas. O estudo da percepção e avaliação crítica do paciente e do terapeuta abriu novas perspectivas para a compreensão do processo psicoterapêutico. Entretanto, o avanço do conhecimento sobre a relação terapêutica não pode prescindir da objetividade e dos indicadores seguros que os estudos de eficácia obtiveram. Se por um lado, estudos de efetividade representaram um ganho na compreensão da diversidade psicoterapêutica, eles também representaram um perigo de perda de objetividade no tratamento dos dados. Gomes, Reck, Bianchi & Ganzo (1993) afirmam que pacientes e terapeutas, quando questionados sobre a qualidade do atendimento, tendem a avaliar de forma positiva qualquer tratamento psicológico. Assim, o desafio para os pesquisadores em efetividade passou a ser a identificação mais precisa de indicadores de sucesso psicoterapêutico. De fato, o PPT representa a tentativa dos pesquisadores de efetividade

de discriminar os fatores determinantes para os resultados. Dois fatores destacados por pesquisas de efetividade e de eficácia (Beutler, 1983; Hombeck, 2000), o desenvolvimento psicológico e as diferenças de personalidade, não foram estudados por Borkovec e equipe (2001) e apenas foram destacados por Seligman (1995) como possíveis aspectos moderadores de resultados. Esta revisão centralizará na discussão desses aspectos e sua relação com a efetividade da psicoterapia, através das abordagens desenvolvimentais (Holmbeck 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1993, 1996) e da abordagem eclética (Beutler, 1979, 1983, 2000, 2001, 2002), estendendo esta última aos estudos correlacionando a teoria do traço com resultados psicoterapêuticos (Jersak, 2000). A abordagem desenvolvimental possui o mérito de focalizar aspectos bio-psico-sociais, especialmente fatores do ambiente em que está inserido o indivíduo em tratamento. A abordagem eclética mescla estratégias de eficácia com estratégias de efetividade para desenvolver a idéia de que características de personalidade de pacientes e de terapeutas são decisivas para a qualidade da relação terapêutica. E os estudos da teoria do traço substituem os estilos cognitivos da abordagem eclética por medidas de traços contínuos, que podem ser mais importantes para os resultados.

1.3 Efetividade de tratamentos desenvolvimentais

As pesquisas de resultados terapêuticos (Eficácia, Efetividade e Abordagem Eclética), desde a década de 1970, vêm fornecendo subsídios empíricos em apoio aos efeitos positivos de tratamentos psicológicos e têm demonstrado que a psicoterapia funciona, isto é, ela produz os efeitos de transformação psicológica a que se destina (Blatt e Ford, 1994). A partir dessa constatação, um dos fatores que o conhecimento gerado pelo campo indicou como fundamental para a efetividade dos tratamentos é o conhecimento de pesquisas sobre o desenvolvimento humano. Conforme os estudos (Holmbeck, 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1996), o conhecimento, atualizado por pesquisas, sobre as características do desenvolvimento psicológico permite ao clínico avaliar quais as tarefas previstas ao indivíduo, no decorrer de sua vida, possibilitando, assim, um diagnóstico sobre a severidade dos problemas apresentados e a sua relação com a trajetória esperada como normal. Particularmente, a pesquisa de resultados aponta a adolescência como a fase do desenvolvimento humano mais propícia a intervenções, sendo o tratamento a jovens o mais impactado, em sua efetividade, pela interação de variáveis do desenvolvimento, ou

desenvolvimentais. O tratamento de adolescentes, para ser efetivo, portanto, deveria ser planejado, avaliado e conduzido por profissionais sempre atualizados sobre as características desenvolvimentais do jovem. A psicoterapia de adolescentes, assim, constitui-se como o campo mais sensível à avaliação do contato de clínicos com a pesquisa em desenvolvimento. A interação clínica-pesquisa foi foco de diversos estudos, que verificaram uma falta de interface entre os campos, tanto por parte de clínicos como por parte de pesquisadores.

Como já foi mencionado as pesquisas de resultados terapêuticos (década de 1970) focalizaram verificações empíricas e comparações entre terapias através de estudos experimentais. Esses estudos formataram o campo do conhecimento científico sobre a prática clínica privilegiando terapias com procedimentos padronizados. Mesmo com o desenvolvimento de estratégias mais abrangentes (estudos de efetividade), a padronização de procedimentos se impôs como critério de eficácia. Esse viés resultou em estudos que priorizaram a aplicação desses padrões independente de variáveis como o contexto, a idade, a cultura e o sexo do paciente. Diversos estudos mais recentes (Holmbeck, 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1996), reunidos em uma revisão da literatura sobre resultados psicoterapêuticos (Jardim, Oliveira & Gomes, 2005) demonstraram, em contraste com esses critérios padronizados, que as psicoterapias possuem efeitos significativamente melhores quando mescladas com uma abordagem desenvolvimental.

Segundo esse enfoque, a consideração, por parte dos clínicos, da trajetória desenvolvimental dos pacientes, as questões típicas da sua etapa de vida, os conflitos e as tarefas previstas para a sua faixa etária, relacionavam-se diretamente com resultados terapêuticos melhores. Kazdin (1993), por exemplo, destacou que os estudos de efetividade terapêutica que utilizam critérios de avaliação sem discriminar a fase do desenvolvimento (infância, adolescência e adultez) do paciente podem obter resultados contraditórios e enviesados. A infância ou a adolescência, argumentou, tratados com parâmetros da adultez, podem induzir os clínicos a uma visão dessas fases como marcadas pela psicopatologia e pela instabilidade. Assim, ele enfatizou que pesquisadores e terapeutas devem estar atentos às disfunções associadas a fatores parentais, familiares e contextuais. Esses fatores, na visão do autor, são muito importantes para a elaboração de intervenções psicoterapêuticas mais efetivas.

Na definição de Kazdin (1991), psicoterapia é uma intervenção desenvolvida para promover um funcionamento adaptativo pró-social e para lidar com o sofrimento

decorrente dos transtornos de humor, das desordens de ajustamento, das obsessões-compulsivas, do *stress* pós-traumático e do abuso de substâncias. Entre as indicações de intervenções desenvolvimentais citadas pelo pesquisador, encontram-se fontes interpessoais de influência, como aprendizagem, persuasão, aconselhamento e discussões, todas integradas em um plano de tratamento específico. Kazdin (1993), portanto, desenvolveu o argumento de que uma abordagem desenvolvimental é fundamental para a avaliação da prática clínica, pois mudanças decorrentes da maturação natural do jovem e das intervenções terapêuticas podem ser confundidas. Nesse contexto, seu estudo indicou que a avaliação de um tratamento requer um claro entendimento da base de classificações de problemas emocionais e comportamentais, além do seu desenvolvimento, durante diferentes idades e períodos desenvolvimentais. O pesquisador concluiu que

Os aspectos discutidos ilustram exhaustivamente as mudanças da psicopatologia desenvolvimental. Os desafios representam áreas críticas de pesquisa em psicoterapia, cujas soluções determinarão o desenvolvimento de tratamentos efetivos. Assim, a elaboração de critérios sobre o desenvolvimento e a organização dos afetos, da cognição e do comportamento de crianças e de adolescentes (além da constelação de comportamentos que contribuem para a disfunção e as influências múltiplas e específicas dos pais e do funcionamento familiar) devem servir como base para o avanço do conhecimento sobre os tratamentos. (p. 792)

Outro estudo que desenvolveu argumentos sobre a importância da trajetória desenvolvimental para a clínica foi a meta-análise conduzida por Zahn-Waxler (1996). Em sua pesquisa, a autora focalizou as instabilidades das transições ocorridas no decorrer do desenvolvimento humano e suas associações aos contextos sociais, biológicos e culturais. As interações entre esses contextos, conforme o estudo, estariam associadas a processos adaptativos bem ou mal sucedidos. Essa abordagem contextual foi adicionada aos fatores desenvolvimentais e a pesquisadora enfatizou um entendimento transicional para a clínica. As transições seriam mudanças e desafios próprios a cada fase do desenvolvimento. Para Zahn-Waxler (1996), o desenvolvimento humano consiste em uma série de reestruturações de comportamentos frente a novas interações sociais que se modificam conforme os novos estágios de vida. Assim, a inclusão dessas mudanças esperadas no planejamento, na condução e na avaliação dos resultados das intervenções, no entendimento da autora, se constitui em um importante

fator de aumento da efetividade dos tratamentos. A literatura está indicando, concluiu Zahn-Waxler, que as dificuldades na adolescência e na adultez são precedidas de padrões precursores na infância e, portanto, existe uma necessidade de mais pesquisas voltadas para os problemas psicopatológicos do desenvolvimento, focalizando os movimentos transicionais em uma perspectiva multi-contextual e multi-metodológica.

Entre as pesquisas sobre a importância do desenvolvimento humano para a clínica, a revisão de Holmbeck e cols. (2000) acrescentou importantes dados à discussão. Os pesquisadores relataram que pouca atenção tem sido dada ao potencial da sobreposição entre os campos da psicologia do desenvolvimento e o tratamento clínico. Nesse sentido, eles enfatizaram que a efetividade dos tratamentos é menor quando não existe uma distinção desenvolvimental, gerando tratamentos idênticos aplicados a indivíduos de diferentes idades. Dessa forma, os autores analisaram os efeitos das dificuldades de interação entre o desenvolvimento e a clínica, focalizando a questão: por que tem havido uma falta de interface entre esses dois campos? Segundo eles, um fator que pode explicar essa característica do campo é o fato de que a não consideração de fatores desenvolvimentais não impede, necessariamente, que uma terapia tenha resultados. As intervenções analisadas em estudos de efetividade demonstraram que existem resultados positivos em quase todas as modalidades terapêuticas. No entanto, os prejuízos para a avaliação de resultados de tratamentos não desenvolvimentais (como a melhora se dever à maturação e não ao tratamento), dificultam comparações com terapias desenvolvimentais. Sobre essas terapias, a literatura (Holmbeck & cols., 2000; Kendall, 1993) é unânime em afirmar que uma combinação razoável entre nível de desenvolvimento e meio-ambiente contribui para os resultados dos tratamentos, especialmente intervenções com crianças e adolescentes. De fato, os autores enfatizaram que os tratamentos a adolescentes são particularmente mais efetivos quando associados à trajetória do desenvolvimento normal e das tarefas próprias à adolescência.

1.3.1 Foco na adolescência

Holmbeck e cols. (2000) apresentaram uma estrutura para o entendimento do desenvolvimento e ajustamento adolescentes na prática da psicoterapia. Os autores focalizaram esta fase segundo critérios desenvolvimentais, contextuais e multidisciplinares. Seu objetivo foi instrumentalizar a prática clínica e a pesquisa com adolescentes para a utilização de um enfoque desenvolvimental. Com esse objetivo, os autores trabalharam com quatro tipos de variáveis: mudanças primárias, contextos da

adolescência, resultados do desenvolvimento e variáveis de moderação intrapessoais e demográficas. Conforme a estrutura, mudanças desenvolvimentais primárias influem nos resultados desenvolvimentais da adolescência, que ocorrem em contextos interpessoais nos quais os adolescentes se desenvolvem. Entre as mudanças primárias, os pesquisadores citaram as biológicas, as psicológicas e as de redefinição social. Os resultados foram descritos como as realizações previstas para essa etapa, a autonomia, o desenvolvimento da identidade, a capacidade de intimidade, o ajustamento social e a sexualidade. Os contextos, conforme os autores, foram a família, a relação com os pares, a escola e o trabalho. Segundo os pesquisadores, os fatores estariam dispostos de forma a interagirem em um formato causal e mediacional, no qual cada fator mediaria relações de outros fatores.

Holmbeck e cols. (2000), ainda, adicionaram à estrutura variáveis de moderação intrapessoais e demográficas. Ou seja, associações entre as mudanças desenvolvimentais primárias e os resultados desenvolvimentais poderiam ser “moderadas” por variáveis demográficas, como etnicidade, gênero, estrutura familiar, *status* socioeconômico, fatores da comunidade e resposta individual à mudança desenvolvimental. Os investigadores utilizaram o termo “moderar” porque seria esperado que associações entre as mudanças primárias e os resultados deveriam diferir dependendo das condições demográficas e individuais do jovem. Os autores, assim, analisaram variáveis que, conforme suas pesquisas, influem decisivamente nos resultados terapêuticos.

As pesquisas apresentadas nessa revisão (Holmbeck, 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1996) desenvolveram o argumento de que a adolescência é a fase mais propícia para as intervenções, devido à plasticidade cognitiva, emocional e comportamental encontrada nessa fase. Os tratamentos mais efetivos são aqueles que utilizam variáveis do desenvolvimento psicológico como fatores do ambiente, da cultura, do desenvolvimento orgânico e das tarefas ou desafios contextuais propostos ao jovem. A psicoterapia de adolescentes torna-se mais efetiva através do conhecimento atualizado sobre as características da trajetória normal ou esperada na adolescência. Tal conhecimento, no entanto, não tem sido utilizado por terapeutas de adolescentes, conforme pesquisas recentes. Holmbeck (2000), por exemplo, verificou uma distância entre as áreas de clínica e de pesquisa nos Estados Unidos. O pesquisador previu problemas de efetividade dos tratamentos, em decorrência dessa distância, como dificuldades de avaliação de resultados, de planejamento e de execução da terapia. Esses

problemas foram descritos e discutidos por Jardim, Oliveira e Gomes (2005). Com o objetivo de responder às questões sobre a distância dos clínicos em relação à pesquisa desenvolvimental e suas conseqüências, a pesquisa (Jardim, Oliveira & Gomes, 2005) entrevistou terapeutas de adolescentes sobre a sua experiência no atendimento a jovens e analisou as decorrências da falta de interface entre a clínica e a pesquisa desenvolvimental. Como resultados, constatou-se que os terapeutas não utilizam conhecimentos sobre pesquisas recentes sobre a adolescência para o planejamento e condução dos tratamentos. Além disso, os clínicos relataram que há uma distância entre as teorias clássicas e a demanda dos adolescentes na atualidade. Diante disso, os terapeutas procuram planejar, desenvolver e avaliar a terapia com base em um conhecimento obtido preferentemente no contato com seus pacientes, em detrimento da teoria descrita nos livros clássicos, referida como desatualizada. A reflexão sobre os tratamentos e sobre a condução do processo se dá no decorrer dos tratamentos e os parâmetros formam-se, segundo os clínicos, em uma comparação entre os pacientes que o profissional trata. Como conseqüência, os terapeutas demonstraram uma grande dificuldade de avaliação de resultados e de objetivação de critérios de sucesso ou insucesso. Além disso, nos relatos das técnicas de diferentes abordagens (psicanálise, humanismo rogeriano, gestalt, cognitivo-comportamental, e métodos alternativos – focar) foram descritas poucas variações de procedimentos, configurando um conjunto de passos, intervenções e posturas profissionais muito semelhantes entre os terapeutas. A explicação, refletem os pesquisadores, refere-se a uma perda das especificidades técnicas, como uma possível conseqüência do distanciamento dos clínicos em relação ao referencial teórico, descrito como desatualizado e parcialmente inadequado para o adolescente atual. Portanto, a não utilização de uma abordagem desenvolvimental, assim como o desconhecimento, por parte dos terapeutas, de pesquisas recentes descrevendo as fases do desenvolvimento humano contribui para a desatualização das teorias que orientam os profissionais. Estes apresentam dificuldades de avaliação, havendo perdas na efetividade dos tratamentos. O estudo de Jardim, Oliveira e Gomes (2005), em suma, confirmou a distância entre os campos prevista na literatura (Holmbeck, 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1996) e descreveu algumas conseqüências para a efetividade dos tratamentos.

1.4 Clínica e personalidade

1.4.1 As respostas individuais aos tratamentos

A linha de pesquisa de resultados clínicos desenvolvida pelo pesquisador americano Holmbeck e sua equipe descreveu, à exaustão, a importância de fatores desenvolvimentais para a efetividade dos tratamentos e focalizou a investigação na terapia de adolescentes. Seu modelo, ou estrutura para a utilização clínica desses fatores, devido a sua base consensual, entretanto, focalizou também alguns fatores de avaliação de efetividade que podem ser utilizados para os tratamentos com todas as faixas etárias. Entre as variáveis decisivas para a efetividade dos tratamentos, os fatores intrapessoais foram apontados pelos pesquisadores (Holmbeck & cols., 2000) como fundamentais para um resultado adaptativo ou desadaptativo. Diversos autores têm buscado responder à questão: por que alguns pacientes respondem positivamente à psicoterapia e às tarefas desenvolvimentais, enquanto outros apresentam muitas dificuldades e respostas mais baixas às intervenções? Conforme estudos citados (Gomes, 1990; Gomes & cols. 1988, 1993; Seligman, 1995), a relação com o terapeuta aparece como fator fundamental para o resultado percebido pelo paciente quanto à sua terapia. Os pesquisadores afirmaram, ainda, que a qualidade da interação clínico-paciente é mais decisiva para a resposta terapêutica do que o tipo de terapia. Nesse sentido, a pesquisa realizada por Seligman (1995) confirmou esses resultados e indicou que nenhuma modalidade específica de psicoterapia obteve resultados melhores do que outras para qualquer disfunção. Assim, o eixo investigativo nas pesquisas de eficácia “resultados-modalidades terapêuticas”, nas pesquisas de efetividade passou a ser: “resultados-relação com o terapeuta”. Sobre a relação terapeuta-paciente, Gomes (1988) relatou que existem especificidades que influem no desenvolvimento do processo e nos resultados terapêuticos, podendo-se associá-las a características de personalidade. Além disso, ele acrescentou que há referências preferenciais determinantes na busca de tratamento, no estabelecimento de objetivos e metas, e no desenvolvimento da terapia. Portanto, os pesquisadores passaram a questionar como essas referências preferenciais ou características de personalidade influem na modalidade terapêutica e na relação paciente-terapeuta.

1.4.2 A abordagem eclética

Paralelamente ao avanço das pesquisas de eficácia e de efetividade, um grupo de pesquisadores na Universidade de Santa Bárbara, nos Estados Unidos, liderado pelo pesquisador e terapeuta Lerry E. Beutler, procurou mesclar as metodologias citadas com o objetivo de desenvolver uma abordagem pragmática e operacional para pesquisar

resultados psicoterapêuticos. Beutler (1983) reuniu as principais pesquisas de resultados em terapias até então, e, em 1983, desenvolveu a sua abordagem, denominada "psicoterapia eclética". A perspectiva do autor tratava o fenômeno psicoterapia de uma forma original. A psicoterapia, escreveu Beutler, deve ser estudada através da verificação empírica de seus resultados e não circunscrita a teorias concorrentes. As diversas técnicas em que se divide o campo das terapias devem fazer parte de um repertório dominado pelo terapeuta, que deve adequar a técnica à necessidade do paciente.

Cabe assim à pesquisa em resultados terapêuticos, determinar as especificidades das intervenções, descrevendo as variáveis mais importantes para o diagnóstico, prognóstico, indicação de terapeuta e técnica mais adequados, avaliação de resultados e condução do processo. Entre essas variáveis, o terapeuta citou: características da personalidade de pacientes (estilos cognitivos), características da personalidade de terapeutas (mais ou menos diretivo), características motivacionais de pacientes (mais ou menos motivado), gravidade do diagnóstico (mais ou menos restritivo), recursos internos e contextuais envolvidos na situação (rede de apoio, familiar, trabalho, etc.), bem como, características do curso e velocidade das mudanças esperadas (tempo de diminuição dos sintomas, conflitos esperados, entre outros). Beutler, assim, estabeleceu uma abordagem para estudar as psicoterapias, em sua aplicação clínica, mantendo as especificidades técnicas de cada uma e tratando aspectos como características da aliança terapeuta-paciente (ênfaticada pelos trabalhos de Carl R. Rogers, 1957, 1980, 1984; Rogers & Sanford, 1985). Além disso, o pesquisador incluiu a análise de aspectos dinâmicos do diagnóstico, da mudança comportamental e do curso do tratamento, assim como aspectos a serem considerados na avaliação dos resultados dos tratamentos. A relação terapêutica adquire, através da abordagem eclética, uma dimensão empírica e, portanto, passível de ser investigada cientificamente, discriminando aspectos específicos da efetividade. Ao mesmo tempo, a abordagem eclética fornece ferramentas metodológicas para mensurar, qualificar e pesquisar aspectos decisivos do vínculo terapêutico. Seguindo essa orientação, a abordagem eclética (Beutler, 1979, 1983, 1999, 2001, 2002) conclui que o principal fator de resultados das intervenções é a qualidade da relação terapeuta-paciente, fator também destacado nos estudos de efetividade (Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995).

Inicialmente, Beutler (1979) revisou 52 estudos de comparação de psicoterapias para estabelecer relações entre a efetividade de terapias diferentes e a variação de

dimensões de personalidade, as quais ele postulou como fatores potencialmente determinantes do processo e resultado terapêuticos. Com base na revisão, nos anos seguintes à elaboração inicial da "psicoterapia eclética", Beutler e sua equipe desenvolveram diversos estudos para verificar empiricamente o funcionamento das variáveis determinantes do processo psicoterapêutico. Os esforços dos pesquisadores para descrever operacionalmente a terapia resultaram no S.S.T. (Systematic Treatment Selection, ou Seleção Sistemática de Tratamento). O S.S.T. é um programa de computador, ou software, que processa as informações sobre as variáveis descritas anteriormente (características de paciente, terapeuta, patologia e técnica) e fornece dados sobre o tratamento e terapeuta mais indicados para o caso, bem como o prognóstico para o caso e um gráfico de avaliação do desenvolvimento da psicoterapia.

O programa (S.S.T.), bem como a operacionalização da abordagem eclética, articula-se em torno de cinco fatores que, segundo Beutler e equipe, influem decisivamente nos resultados terapêuticos. São elas: (1) severidade do problema, (2) motivação, (3) complexidade do problema, (4) potencial de resistência ou reação, e (5) estilos de coping (Gaw & Beutler, 1995).

O primeiro fator descrito pelos pesquisadores foi o grau ou severidade do problema. Beutler e sua equipe elegeram esse fator como inicial por ele associar-se à queixa ou justificativa de busca do atendimento. Esse fator é definido como o grau em que o problema do paciente interfere na sua vida, bem como a intensidade do problema. Segundo Jersak (2000), Beutler divide pacientes, conforme a avaliação desse fator inicial, em “pacientes com sintomas complexos” e “pacientes com sintomas circunscritos”. Os pacientes complexos apresentam sintomas referentes a alterações em estados internos relacionados à história do adoecimento, necessitando, portanto, de tratamentos com foco na redefinição da identidade, reelaboração de história de vida e reavaliação dos objetivos e perspectivas de vida. Por outro lado, os pacientes circunscritos apresentam problemas de “hábitos”, mais atinentes a comportamentos e atitudes problemáticas, inseridas em um contexto de vida e cotidiano relativamente estruturados. Para esses pacientes, Beutler indica tratamentos com foco em modificações comportamentais, assumindo contornos pedagógicos. Para a análise da severidade do problema, os pesquisadores utilizam-se de diagnóstico psiquiátrico, avaliação de suporte social e verificação do grau em que funções de vida e do desenvolvimento estão prejudicadas pelo problema.

O segundo fator refere-se ao grau de sofrimento subjetivo experienciado pelo paciente em relação ao problema apresentado. Aqueles pacientes que apresentam um grau menor de sofrimento com os sintomas e circunstâncias referentes ao seu problema tendem a mostrar-se menos “aderidos” ao tratamento e menos predispostos ao estabelecimento e desenvolvimento do vínculo terapêutico. As pesquisas indicam que quanto maior o grau de sofrimento, maior o potencial para adesão ao tratamento. Embora esse resultado tenha se confirmado em diversas pesquisas desenvolvidas por pesquisadores da abordagem eclética (Beutler, 1983, 2001), teorias clássicas, como a psicanálise e o humanismo referem-se a um nível ideal de sofrimento e angústia, acima do qual, o curso e o desenvolvimento da intervenção podem ser comprometidos (Freud 1987/1912; Rogers, 1957, 1980, 1984, 1985). O modelo eclético, portanto, prevê a avaliação do grau de sofrimento e motivação do paciente em relação à queixa ou motivo de busca de tratamento como fator fundamental para a indicação de intervenção e análise do potencial de adesão ao tratamento.

O terceiro fator descrito no modelo eclético é a complexidade do problema. Esse fator também tem relação com a severidade, porém, refere-se, especificamente, a alguns aspectos ou padrões do problema do paciente que têm impacto imediato na intervenção, determinando um melhor ou pior prognóstico. Entre esses fatores, Beutler associa problemas complexos como sendo mais bem acessados e modificados em abordagens focadas no *insight*, na resolução de conflitos intrapsíquicos e na modificação de padrões de estilo de vida. Essas intervenções, afirma Beutler, possuem objetivos de médio e longo prazo e incluem sempre modificações estruturais e profundas, envolvendo transformações de padrões internos. Por isso “problemas complexos” são definidos como “temáticos”, como, por exemplo, transtornos de personalidade. Em contraposição, “problemas não complexos” são denominados como “sintomáticos”, pois se referem a sintomas transitórios, relacionados a eventos claramente definidos no ambiente do paciente e relativos a estressores imediatos e agudos, como, por exemplo, a perda de um familiar ou dificuldades profissionais. As intervenções indicadas nesses casos possuem objetivos de curto e médio prazos, com foco na capacitação do repertório do paciente para tratar, resolver e re-significar as situações desencadeadoras da crise. Beutler, quanto a esse fator, enfatiza que, devido à complexidade da relação terapêutica e do curso do tratamento, muitas vezes as características iniciais da terapia modificam-se drasticamente, não sendo incomum um tratamento iniciar com características não complexas, mudando a seguir para a apresentação de problemas complexos, e o

contrário ocorrendo, também, com certa frequência. A proposta do modelo eclético não define essas características do paciente e de seu problema ou queixa como imutáveis e, portanto, reavaliações constantes e redefinições de objetivos e de estratégias podem ser requeridos aos terapeutas.

O quarto fator que Beutler desenvolve em seu modelo, a resistência potencial ou reativa, relaciona-se com características do paciente que o predispõe a reagir de forma variada a fontes interpessoais de tratamento. Esse fator tem relação direta com a receptividade às intervenções terapêuticas. Nesse ponto, a equipe de Beutler enfatiza a relação terapêutica como uma relação de “persuasão social” (Brehm & Brehm, 1981). O paciente pode ser mais ou menos receptivo à demanda externa ou influência de outra pessoa. Obviamente, nessa perspectiva, pacientes mais independentes serão menos sujeitos à influência do terapeuta e obterão resultados melhores em intervenções não diretivas ou “paradoxais”. Essas intervenções são assim denominadas por apresentarem um paradoxo no qual o terapeuta deve interferir na relação sem, entretanto, representar um desafio à autonomia do paciente. Por outro lado, pacientes mais receptivos à influência externa e interpessoal, tendem a se beneficiar mais com intervenções mais diretivas e centradas na percepção, avaliação e ação do terapeuta.

O quinto fator trata dos estilos de coping, seguindo a mesma classificação binária dos fatores anteriores. Os estilos definidos como “internalização” e “externalização”, referem-se, conforme Beutler e equipe (Beutler, Machado, Engle, & Mohr, 1993) à forma como o indivíduo lida com a ansiedade gerada por conflitos inter e intrapessoais. Beutler desenvolve esse fator, associando-o aos mecanismos de defesa freudianos, ou características de defesa do ego tradicionais na psicanálise. Segundo essa perspectiva, o inconsciente apresenta demandas internas e sociais ao ego e este, por sua vez, tem a tarefa de defender a instância operacional do indivíduo, fornecendo condições de regular a ansiedade gerada por essas demandas, mantendo o indivíduo razoavelmente estável (Gaw & Beutler, 1995). Conforme a abordagem eclética, o indivíduo tende a preferir alguns mecanismos de defesa, em detrimento de outros, configurando um padrão estrutural. Cabe aqui ressaltar que Beutler, quanto a esse fator, descreve estilos de coping associando-os a uma compreensão psicodinâmica psicanalítica. Tal associação é possível devido à perspectiva funcionalista com que a abordagem eclética utiliza os mecanismos de defesa e os associa aos estilos atitudinais.

Indivíduos com preferência de “internalização” tendem a reprimir, negar e compartimentalizar fontes de ansiedade. Esses indivíduos tendem a ser excessivamente

autocríticos, introspectivos, introvertidos, controlados, e com tendências a evitação, além de demonstrarem uma variedade limitada de expressões emocionais e de sentimentos. Em contraste, indivíduos com foco em estilos de “externalização” tendem a lidar com os conflitos por evitação direta, atuação, racionalização, projetando a ansiedade no seu ambiente próximo. Eles, tipicamente, manifestam um grau de descaso com os sentimentos de outras pessoas, assim como desenvolvem, paralelamente, uma insensibilidade para com suas próprias emoções. Externalizadores, assim, apresentam-se como extrovertidos, impulsivos, espontâneos e, até manipuladores, quando falham em modular seus sentimentos e comportamentos.

Na perspectiva da abordagem eclética, intervenções específicas possuem melhores resultados com os diferentes grupos. Assim, Beutler prevê que externalizadores beneficiam-se preferentemente de intervenções que modificam diretamente contingências comportamentais, e que estabelecem limites externos para comportamentos disruptivos. Em contrapartida, internalizadores tendem a ser sensíveis e responsivos a intervenções que exercem sua influência através de mecanismos de *insight* e de tomada de consciência.

Quanto a esse fator, estilos de coping, os pesquisadores ecléticos partem da premissa de que o conjunto de mecanismos de defesa organiza-se nos indivíduos de forma a configurar dois grupos razoavelmente homogêneos, denominados e já descritos como de “externalização” e de “internalização”. Além disso, outra premissa da abordagem de Beutler e colaboradores é de que não há variações significativas na tipologia durante a vida dos indivíduos. Ou seja, estabelece-se em determinado momento do desenvolvimento psicológico uma preferência por um dos grupos de defesas (externalizador ou internalizador), permanecendo essa preferência estável no decorrer da vida. Adaptações, portanto, nas técnicas interventivas poderão ter como objetivo ampliar a quantidade e qualidade das defesas utilizadas pelo paciente, mas sempre estarão sujeitas aos limites do tipo desenvolvido pelo sujeito em atendimento. Caso pesquisas futuras encontrem evidências de que essas preferências não se agrupam da forma descrita por Beutler, ou variam significativamente durante a vida dos indivíduos, o planejamento, a condução e mesmo as indicações de intervenções previstas devem ser reavaliadas, havendo a necessidade de adaptação das estratégias conforme a variação de estilos de defesa apresentada pelo paciente.

O modelo da seleção sistemática de tratamento (S.S.T.), operacionalização da teoria eclética desenvolvida por Beutler e sua equipe, apresenta, portanto, uma

articulação de fatores agrupados em classificações binárias, com o objetivo de instrumentalizar processos clínicos como diagnóstico, prognóstico, avaliação de resultados, fixação de objetivos e estratégias, e condução de intervenções (ver Tabela 1). Para tal objetivo, o modelo descreve definições operacionais sobre características de pacientes, terapeutas e intervenções, a fim de privilegiar o encontro terapeuta-cliente, promovendo maior efetividade dos tratamentos na forma do entrecruzamento de variáveis.

Tabela 1

Relações entre Dimensões e Decisões na Seleção Sistemática de Tratamento (S.S.T.)
(Gaw & Beutler, 1995)

Dimensões	Decisões
Severidade do problema (complexo versus não-complexo)	Identificar o modo, o formato, o tipo de <i>setting</i> terapêutico, a frequência, a duração e os objetivos imediatos do tratamento.
Motivação ou sofrimento (motivado - egodistônico versus imotivado - egossintônico)	Identificar o nível de motivação para determinar o foco na redução ou estimulação vivencial do sofrimento com o sintoma.
Complexidade do problema (temático versus sintomático)	Identificar a característica do problema para decidir o foco específico da intervenção.
Nível de resistência ou reação (independente versus influenciável)	Definir o grau de resistência do paciente para determinar a diretividade do tratamento.
Estilos de coping (internalização versus externalização)	Acessar o estilo de coping para adequar as formas de intervenção na estrutura defensiva egóica do paciente.
Planejamento do tratamento	Combinar variáveis do paciente, do terapeuta e da terapia.

A abordagem eclética contribui para a pesquisa de resultados da psicoterapia através do estudo das respostas clínicas de pacientes de várias psicoterapias. Beutler (2001), como pesquisador e psicoterapeuta, tem buscado compreender a importância da relação paciente-terapeuta para a efetividade dos tratamentos. Suas pesquisas indicaram, conforme descrito anteriormente, que os pacientes respondem diferentemente a diversos tipos e estilos de intervenções, em função de seu próprio estilo de resposta. Esses estilos, afirmou Beutler (2001), constituem características de personalidade e referem-se a peculiaridades tipológicas elaboradas a partir de instrumentos de avaliação da

personalidade. O autor, assim, afirmou que características de personalidade de pacientes e de terapeutas devem ser consideradas na indicação de intervenções e do próprio profissional que vai tratar o paciente. O modelo da abordagem eclética (ver Tabela 1) prevê a utilização de diversos instrumentos que medem as variáveis intrapsíquicas (ver Tabela 2), ou características de personalidade, com o objetivo de obter dados para a análise da relação na díade terapeuta-cliente. Do ponto de vista da pesquisa em efetividade, os estudos de Beutler (1979, 1983, 2001, 2002) contribuem com uma abordagem da relação terapêutica como um encontro entre estilos de personalidade, inserindo um grau de complexidade aos estudos tradicionais de eficácia, e acrescentando um método de verificação empírica de variáveis da personalidade na psicoterapia. Embora a abordagem eclética não seja classificada como uma linha de pesquisa em efetividade, sua abordagem da relação terapêutica incluindo fatores individuais pode contribuir com métodos de discriminação de aspectos importantes para a efetividade dos tratamentos.

Tabela 2

Instrumentos Utilizados Para Avaliar Dimensões do S.S.T. (Gaw & Beutler, 1995)

Instrumento ¹	Dimensões				
	Severidade do problema	Motivação ou sofrimento	Complexidade do problema	Nível de resistência	Estilo de coping
BDI	X	X			
BHS	X	X			
BSI	X	X	X		
DSM	X		X		
Mini-SCID	X		X		
SCID-II	X		X		
MMPI-2	X	X	X		X
STAI	X	X			
TRS				X	
SSQ	X				
Indicadores clínicos	X	X	X	X	X

Nota 1. Instrumentos:

The Beck Depression Instrument (BDI; Beck & Steer, 1987; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) [Validado para o Brasil por Cunha, 2001]

- The Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck & Steer, 1988; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) [Validado para o Brasil por Cunha, 2001]
- The Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1992)
- The DSM IV multiaxial evaluation (American Psychiatric Association, 1994)
- The Structured Clinical Interview for DSM-III-R: The Mini-SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992)
- The Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997)
- The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Grahan, Tellegen, & Kaemmer, 1989) [Inventário Multifásico da Personalidade da Universidade de Minnesota, Hathaway & McKinley, s/d]
- The State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) [Validado para o Brasil por Biaggio, Natalicio & Spielberger, 1977]
- The Therapeutic Reactance Scale (TRS; Dowd, Milne, & Wise, 1991)
- The Social Support Questionnaire (SSQ; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) [Validado para o Brasil por Matsukara, Maturano & Oishi, 2002]

1.4.3 Abordagem eclética, características de personalidade e os Cinco Grandes Fatores

A abordagem eclética (Beutler, 2001) é uma proposta de avaliação de estilos de personalidade através de instrumentos (MMPI e MCMI) baseados em teorias apriorísticas sobre dimensões de comportamento. No entanto, em contraposição à utilização dos instrumentos de medidas de personalidade da abordagem eclética, pesquisadores da área de psicologia da personalidade (Hutz, Nunes, Serra, Silveira, Anton & Wiczorek, 1998; Nunes, 2005) têm afirmado que os estudos tipológicos com maior validade empírica são os relacionados com instrumentos multifatoriais associados à teoria do traço. Pasquali (2003), por exemplo, afirma que “o modelo de personalidade dos cinco fatores vem tendo bastante impacto na pesquisa e na prática profissional dos psicólogos dos dias de hoje” (p. 93). E acrescenta que o modelo tem o mérito de “cobrir uma visão exaustiva dos estilos emocionais, interpessoais, experienciais, atitudinais e motivacionais do ser humano” (p. 93). Conforme o autor (Pasquali, 2003), a teoria dos cinco fatores conta também com o apoio de pesquisadores como Digman (1990) e Juni (1995). É consenso entre tais pesquisadores que o modelo dos cinco fatores é uma teoria

desenvolvida empiricamente, escapando de uma concepção de tipos ideais, definidos a partir de um ponto de vista puramente conceitual. Tal característica, ressalta Pasquali (2003), qualifica a teoria dos cinco fatores, pois “uma classificação empírica tem grande valor pragmático, porque ela enquadra os tipos em termos de predominância dos tipos reais” (p. 95). Outra vantagem do modelo é a concepção das características de personalidade como variáveis contínuas, com graduações de intensidade, em contraposição a uma concepção categórica dos tipos.

Assim, autores nesta perspectiva (Hutz & cols. 1998; Nunes, 2000; Nunes, 2005), relataram que, desde o início do século vinte, o conceito de personalidade focalizando dimensões multifatoriais tem gerado diversos modelos. Conforme Nunes (2000), pesquisas a partir da década de trinta têm desenvolvido dimensões, como descritores de traços de personalidade. O pesquisador citou os estudos de McDougall em 1927, de Thurstone, em 1934, o modelo de Cattell, de 1946 e o de Eysenck, de 1967, como precursores dos instrumentos atuais de medida de dimensões fundamentais da personalidade, como o 16-PF, a escala de Necessidades de Murray e as escalas de Comrey. Todos foram desenvolvidos, afirmou Nunes (2000), tendo como base teorias da personalidade humana, de acordo com um variado número de dimensões. Entretanto, o autor enfatizou que esses instrumentos, submetidos a análises fatoriais, resultaram em modelos de cinco fatores. O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) foi desenvolvido com base em achados empíricos e tem se mostrado consistente, inclusive em pesquisas com amostras transculturais. Nunes (2000) afirmou que diversos estudos de correlação com outros modelos, meta-análise e estudos transnacionais forneceram evidências para uma hipótese de universalidade dos Cinco Grandes Fatores. No Brasil, relatou o autor, um projeto com o objetivo de desenvolver e validar um instrumento para a realidade brasileira foi iniciado em 1997, e já identificou marcadores de traços de personalidade para os Cinco Fatores (Hutz & cols. 1998). Conforme a análise fatorial do estudo brasileiro de validação do instrumento, os fatores seguem essa ordem: "Socialização" ("agreeableness"), "Extroversão", "Escrupulosidade" ("conscientiousness"), "Neuroticismo" e "Abertura para Experiência". Devido ao foco do atual estudo ser na relação entre psicoterapia e CGF, e aos estudos relacionando tais áreas serem predominantemente norte-americanos, optou-se por manter a ordem dos fatores estabelecida nos estudos Estados Unidos (Costa & McCrae, 1992). No entanto, para futuras pesquisas no Brasil, recomenda-se a adoção da ordem do estudo brasileiro.

Nunes (2000) enfatizou que a forma mais produtiva de investigação da personalidade se dá através dos traços de personalidade. Traços foram definidos pelo pesquisador como “termos identificados na linguagem natural, capazes de representar e descrever importantes componentes do conjunto de comportamentos observados nos indivíduos em diferentes sociedades” (p. 11). Nesse sentido, o esforço de mensurar marcadores de traços de personalidade para descrever características recorrentes que representam atributos psicológicos tem resultado em um conjunto de itens desenvolvidos para a avaliação da personalidade dentro dos CGF. Nunes (2000) informou, ainda, que esse conjunto encontra-se no *NEO Personality Inventory* (NEO-PI), desenvolvido por Costa e McCrae, em 1985, e revisado em 1992 em uma versão (NEO-PI-R), pelos mesmos autores. Esse inventário possui escalas medindo cinco domínios distintos, denominados Extroversão (fator I), Socialização (fator II), Realização (fator III), Neuroticismo (fator IV) e Abertura (fator V).

Conforme o modelo (Costa & McCrae, 1992; McCrae, 1991), E, ou Extroversão, refere-se à variação de energia ou entusiasmo, sendo uma medida interpessoal de sociabilidade e dominância, tanto quanto uma medida da tendência pessoal para experienciar emoções positivas, como alegria e prazer. Indivíduos altos nessa dimensão apresentam, também, disposição a altos níveis de atividade e animação. S, ou Socialização, demonstra altruísmo, confiança, simpatia e cooperação. Em oposição, baixos nessa dimensão apresentam ceticismo, indiferença, insensibilidade e antagonismo. R, ou Realização indica controle ou restrição. Indivíduos altos nessa dimensão possuem um senso de competência e dever, assim como uma necessidade de crescimento, organização, planejamento e autodisciplina. Indivíduos com baixos escores nessa dimensão, em contraposição, tendem a ser desfocados, indolentes, negligentes, descuidados, inconfiáveis e hedonistas. N, ou Neuroticismo, apresenta-se através de uma polaridade entre nervosismo ou afetividade negativa, versus estabilidade emocional. Esta dimensão expressa a experiência crônica de sofrimento emocional (medo, culpa e frustração). Finalmente, A, ou Abertura indica direcionamento para a experiência ou originalidade. Indivíduos abertos são imaginativos, sensíveis esteticamente, intelectualmente curiosos e tendem a ter uma vida emocional rica e complexa, além de demonstrarem atitudes liberais. Pessoas fechadas, ao contrário, são convencionais no modo de pensar e possuem interesses restritos.

1.4.4 CGF e psicoterapia

A partir dos avanços na mensuração de fatores de personalidade seguindo a teoria do traço, e da validação dos CGF para diferentes amostras culturais, diversos estudos têm procurado investigar associações entre os CGF e resultados clínicos. Em um estudo americano recente que resultou em uma tese de doutorado, a pesquisadora Helena Jersak (2000) reuniu um histórico de pesquisas com esse enfoque em uma revisão de literatura, na qual analisou os avanços na área. A pesquisadora afirma que, desde a década de 1980, estudos têm associado escores dos CGF como preditores de resultados clínicos. Jersak destaca os trabalhos pioneiros de Strupp (1986), Kazdin (1986), Garfield (1986), Bergin e Garfield (1994), e de Eysenck; Folkman e Lazarus; e Roessler, citados em Beutler e Clarkin (1990) para ilustrar o avanço no conhecimento sobre características de personalidade e variáveis psicoterapêuticas.

Tais estudos buscavam, inicialmente, responder como ocorre a mudança terapêutica ou quais fatores influem no processo. As respostas mostraram que diferenças de personalidade constituem diferentes benefícios terapêuticos (Strupp, 1986). Kazdin (1986) questionava: “Que tratamento, conduzido por quem, é mais efetivo para um tal indivíduo com um problema específico, e sob qual conjunto de circunstâncias?”. A descrição de características de personalidade, portanto, passou a ser essencial para a investigação de resultados clínicos. Seguindo essa abordagem, Beutler e Clarkin (1990) buscaram responder à questão focalizando o cruzamento de variáveis do paciente (como estilos de defesa e estruturas de personalidade) com variáveis do terapeuta (como grau de diretividade e estilo terapêutico). Os pesquisadores desenvolveram, conforme discutido anteriormente, a abordagem eclética como forma de determinar indicadores terapêuticos presentes na díade terapeuta-cliente. Garfield (1986) reforçou o mesmo argumento de Beutler, mas informava que, na época (final dos anos 1980), havia poucos estudos sobre o tema com esse enfoque (combinação de características de personalidade de paciente e de terapeuta, e resultados da terapia). De fato, essa realidade parece persistir na atualidade. Apesar da relevância do tema, a quantidade de estudos realizados combinando as áreas de personalidade e de clínica mostra-se aquém das necessidades de especificação de variáveis relevantes para o processo psicoterapêutico.

A pesquisa de características de personalidade envolveu diversos instrumentos de medida de personalidade, partindo de premissas diferentes, como os inventários de Millon, os testes de Minnesota (ambos já citados anteriormente), e o MBTI (Myers-Briggs Type Indicator, 1962, 1985), este último mais comumente associado a

diagnósticos psiquiátricos. A idéia, então, de medir características de personalidade através dos CGF e associá-las com resultados terapêuticos gerou preditores específicos, mais ligados a metodologias experimentais de estudos de eficácia. Alguns exemplos desses resultados indicam que fatores como altos escores de Neuroticismo podem ser encontrados em pacientes depressivos (Costa & McCrae, 1992); altos escores, também em Extroversão e Neuroticismo podem estar relacionados com desordens afetivas (Liebowitz, Stallone, Dunner, & Fieve, 1979); e níveis de intensidade emocional, dependência interpessoal e Extroversão podem ser observados em pessoas com problemas de personalidade e depressão (Hirschfeld & cols., 1983). Esses resultados parecem confirmar associações entre Extroversão e graus de estabelecimento de relações interpessoais e de envolvimento do indivíduo com o seu ambiente. Essa dimensão (Extroversão) encontra-se sempre como o primeiro e principal fator de personalidade descrito em vários modelos (MBTI, Três Fatores de Personalidade, CGF), além de aparecer como o mais robusto preditor de resultados terapêuticos. Outras associações possíveis são entre Abertura, Realização e Neuroticismo, e capacidade do indivíduo de realizar tarefas exigidas no ambiente, de lidar com o estresse e de adaptar-se a exigências cotidianas. Não há, entretanto, um consenso entre os pesquisadores sobre o quanto desses escores pode dever-se a características estáveis de personalidade (traços) ou a estados psíquicos variáveis, que afetam o próprio desempenho nos testes (especialmente em amostras com pessoas que apresentam patologias).

Jersak (2000) seguiu a mesma abordagem dos pesquisadores citados, associando características de personalidade de terapeutas e de pacientes, com resultados clínicos. Seu estudo partiu do pressuposto de que muitos dos conceitos sobre características de personalidade descritas na literatura como influentes (preditores de resultados) no processo terapêutico podem ser manejados no enfoque dos CGF. Através desse enfoque, a pesquisadora afirmou que respostas mais precisas podem ser obtidas sobre a validade clínica de características de personalidade para diagnósticos, planejamento e condução de tratamentos. Jersak, portanto, inovou ao investigar a díade terapeuta-paciente, utilizando o raciocínio da abordagem eclética associado a medidas dos CGF. Ela relacionou, de forma teórica (até o momento, não foram encontrados estudos de correlação entre medidas de instrumentos dos dois enfoques – eclético e CGF), as cinco dimensões do modelo de Beutler com os CGF. Segundo a hipótese da psicóloga (ver Tabela 3), complexidade e severidade do problema devem ser expressas, simultaneamente, por Neuroticismo (N, fator IV) e Abertura para a experiência (A, fator

V); estilos de defesa, por Extroversão (E, fator I); potencial de resistência, por Socialização (S, fator II); e motivação, por Realização (R, fator III). Além disso, Jersak propõe outra associação entre fatores clínicos relevantes para a abordagem eclética e os CGF: grau de suscetibilidade à influência externa, que deve ser medida por Socialização (S, fator II), e obsessividade, por Realização (R, fator III).

Tabela 3

Relação entre Dimensões do Modelo Eclético e os CGF (Jersak, 2000)

	Modelo Eclético de Beutler	Cinco Grandes Fatores
Fator I	Severidade do Problema	Abertura para a Experiência (fator V)
Fator II	Motivação	Realização (fator III)
Fator III	Complexidade do Problema	Neuroticismo (fator IV)
Fator IV	Potencial de Resistência	Socialização (fator II)
Fator V	Estilos de Coping	Extroversão (fator I)
Fatores Clínicos Adicionais	Suscetibilidade à Influência Externa	Socialização (fator II)
	Obsessividade	Realização (fator III)

A investigação da pesquisadora, cabe ressaltar, não teve como objetivo produzir argumentos estatísticos para a hipótese de correlação entre modelos, mas relacionar medidas de personalidade dos CGF com indicadores de resultados terapêuticos e associá-los com os preditores clínicos da abordagem eclética. Para tal finalidade, a pesquisa centrou-se em uma investigação qualitativa e quantitativa de resultados de uma modalidade psicoterapêutica específica, a terapia existencial (Process-Experiential therapy; Elliott & Greenberg, 1997, em Jersak, 2000) que integra aspectos da abordagem centrada na pessoa, da gestalt terapia e das tradições existenciais. A terapia existencial é um método que focaliza o tratamento, tanto de aspectos referentes aos relacionamentos, quanto de tarefas requeridas no cotidiano.

Através da associação entre modelos e da medição de fatores de personalidade e de indicadores de resultados clínicos existenciais, Jersak esperava investigar diversas relações previstas na literatura sobre clínica e CGF. As hipóteses da pesquisadora sobre características de personalidade dos pacientes eram:

- Neuroticismo seria associado negativamente com variáveis de medida de resultados.
- Extroversão seria associada negativamente com variáveis de medida de resultados.
- Abertura seria associada positivamente com variáveis de medida de resultados.
- Realização seria associada positivamente com variáveis de medida de resultados.
- Socialização seria associada positivamente com variáveis de medida de resultados.

Quanto ao fator “adesão ao tratamento”, Jersak previa que:

- Pacientes com histórico de abandono de tratamento obteriam escores significativamente mais baixos em Realização do que pacientes que completam o tratamento.
- Pacientes com histórico de abandono de tratamento obteriam escores significativamente mais baixos em Socialização do que pacientes que completam o tratamento.

Sobre variáveis relativas a características de terapeutas, Jersak esperava encontrar que:

- Neuroticismo deveria ser associado negativamente com variáveis de medida de resultados.
- Abertura para a experiência deveria ser associada positivamente com variáveis de medida de resultados.
- E, finalmente, sobre a combinação entre características de terapeuta e de paciente, a pesquisadora propôs que:
 - A complementaridade terapeuta-cliente na extroversão deveria ser associada positivamente com variáveis de medida de resultados.

Jersak encontrou, como resultados referentes às hipóteses sobre variáveis de pacientes como preditores clínicos, que o grau de neuroticismo não se mostrou relevante em relação aos resultados terapêuticos. Quanto à extroversão, esta também não se constituiu como um fator importante para as medidas de resultados, embora tenha-se encontrado uma relação relevante positiva entre esse fator e a “reação a tarefas”, medida relativa à disposição do indivíduo para mobilizar recursos na resolução de problemas

situacionais, e outra correlação significativa entre extroversão, envolvendo mudança na sub-escala de “auto-anulação” (“self-effacing”). Quanto à dimensão “abertura para a experiência”, Jersak também não encontrou correlações significativas que corroborassem suas hipóteses, em relação às medidas de resultados terapêuticos. Entretanto algumas correlações entre esse fator e sub escalas de um instrumento de medida de atitudes facilitadoras da intervenção, mostraram-se interessantes. Abertura teve relação positiva com atitudes como “reações de auto-ajuda”, “reações de tarefas” e “reações de relacionamentos”. Quanto à “realização”, as hipóteses da pesquisadora sobre essa dimensão como preditora de resultados, mais uma vez não se confirmaram. Nenhuma correlação significativa entre esse fator e os escores dos instrumentos de avaliação de resultados foi encontrada. Finalmente, o grau de “socialização” de pacientes também não corroborou as hipóteses testadas.

Quanto às hipóteses relativas à adesão e abandono do tratamento, o estudo indicou que a expectativa relacionando altos escores de “realização” à adesão e permanência, não se confirmou. Ao contrário, Jersak encontrou evidências de que pessoas com histórico de abandono de tratamento obtiveram escores significativamente mais altos nessa dimensão do que pessoas com histórico de adesão e complementação de tratamento.

Sobre as variáveis relativas ao psicoterapeuta, o estudo indicou que grau de “neuroticismo” do terapeuta não se relaciona com resultados clínicos. Esse mesmo resultado foi encontrado quanto ao grau de “abertura para a experiência”. Entretanto, ao analisar o grau de “extroversão” do terapeuta, Jersak encontrou resultados significativos quanto aos índices processuais. “Extroversão” mostrou correlação significativa com indicadores de instrumentos de medida dos resultados, particularmente, quanto às sub escalas de “reações de ajuda”, “reações de relacionamento”, e “reações ligadas a tarefas”.

Por último, quanto à complementaridade terapeuta-cliente na extroversão, as análises indicaram que diferenças entre graus de “extroversão” entre terapeutas e pacientes podem ser associadas com menor poder de modificação no sofrimento psíquico.

Análises qualitativas suplementares realizadas no mesmo estudo indicaram que um perfil específico relativo aos CGF configura uma população amostral que potencialmente obtém poucos benefícios com tratamentos psicoterapêuticos existenciais. Indivíduos com baixos escores em “socialização”, “realização” e

“abertura” relataram resultados pouco importantes com o tratamento e configuraram, conforme Jersak, um “tipo de paciente difícil e desafiador” para o terapeuta.

Ao discutir os resultados obtidos em sua pesquisa, Jersak concluiu que a investigação falhou na busca de suporte estatístico para a utilidade preditiva de dimensões da personalidade, pelo menos quanto a efeitos unidirecionais do processo. Entretanto, algumas hipóteses foram substanciadas e alguns resultados significativos produziram argumentos contrários à expectativa. O estudo contribuiu, especialmente, com a definição de um perfil potencialmente desafiador de cliente, conforme descrito acima (escores baixos em “socialização”, “realização” e “abertura”), e com a constatação da relação entre altos graus de “extroversão” do terapeuta e melhores resultados clínicos. Segundo Jersak, devido à complexidade das interações envolvidas no processo terapêutico, abordagens que buscam prever resultados baseadas somente em uma variável (personalidade) tendem a se mostrar pouco eficazes. A pesquisadora, portanto, explica parcialmente os resultados estatísticos não significativos obtidos em sua pesquisa através dos limites de uma abordagem simples, de cruzamento de variáveis. Outra possibilidade que pode ter contribuído de forma significativa para o fracasso parcial na verificação de hipóteses pode ter sido a investigação de uma única modalidade terapêutica, a psicoterapia existencial.

Os resultados da investigação de Jersak comprovaram a complexidade da interação de fatores envolvidos na psicoterapia. A pesquisa, a despeito de não ter produzido indicadores estatísticos comprobatórios para as hipóteses aventadas, não indica que fatores de personalidade são pouco importantes para o processo clínico ou que estes fatores não podem ser medidos por instrumentos alternativos aos usados por Beutler, na abordagem eclética. O estudo parece evidenciar que este caminho de pesquisa segue promissor e que novas formas de investigação são necessárias para que se compreenda melhor a interação entre os fatores e os resultados das intervenções. Entre os fatores de personalidade que se mostraram preponderantes nas investigações apresentadas e aqui discutidas, a “extroversão” destacou-se como o mais robusto preditor de resultados terapêuticos. Em função desse dado, essa dimensão será analisada com maior profundidade a seguir.

1.4.5 O fator Extroversão

Entre os resultados obtidos no estudo de Jersak, a verificação da extroversão como um preditor de resultados terapêuticos parece confirmar as hipóteses da literatura

que associa características de personalidade e resultados clínicos. Estudos variados têm encontrado esse fator relacionado aos mais diversos indicadores de processos adaptativos relativos a intervenções psicoterapêuticas (Bergin & Garfield, 1994; Beutler & Clarkin, 1990; Garfield, 1986; Kazdin, 1986; Strupp, 1986; Talbot, Duberstein, Butzel, Cox, & Giles, 2003). Este parece ser, portanto, um fator promissor na investigação da interação entre clínica e personalidade, devendo ser mais bem compreendido.

Como primeiro fator analisado pelos CGF, a extroversão foi definida como “a quantidade e intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estimulação e capacidade de alegrar-se” (Nunes, 2000). Assim, pessoas com altos escores em extroversão possuem características como tendência a serem sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetuosas; enquanto pessoas com baixos escores em extroversão (ou introvertidos) possuem características como tendência a serem reservadas, sóbrias, indiferentes, independentes e quietas. Nunes (2000) enfatizou que não existe um julgamento sobre a felicidade ou infelicidade dos introvertidos, apenas eles não são dados a estados de espírito exuberantes, como os extrovertidos. Conforme Hutz e cols. (1998), “o fator I geralmente tem sido chamado de Extroversão/Introversão (em inglês, o termo *surgency*, utilizado originalmente em 1961 por Tupes e Christal [1992] é também usado com frequência). Este fator corresponde ao fator I (Extroversão) da Escala de Eysenck (1970) e ao fator ‘Atividade Social’ do sistema de Guilford”. A extroversão, conforme a literatura, tem sido citada, preferentemente, por quase todos os modelos de investigação de traços de personalidade e se constitui como primeiro fator analisado em diversos inventários de estilos de resposta (CGF, MMPI, MCMI, Myers-Briggs Type Indicator, entre outros). Portanto, a extroversão seria a primeira e principal característica descrita por pesquisas na área da personalidade, podendo ser um importante fator de influência sobre a relação terapeuta-paciente e para os resultados das terapias (Beutler, 2001).

1.5 Pesquisa sobre psicoterapia, memória e narratividade

Os estudos de efetividade (Blatt & Ford, 1994; Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995) estabeleceram a relação entre terapeuta e paciente como o foco prioritário para as pesquisas de resultados. Um esforço para descrever fatores relevantes para o vínculo terapêutico tem gerado estudos focando diferentes aspectos. Conforme descrito, alguns pesquisadores centraram na compreensão das influências do

desenvolvimento (Holmbeck, 1991, 1997, 1999, 2000; Kazdin, 1993; Zahn-Waxler, 1996), enquanto outros priorizaram o estudo da personalidade (Beutler, 2001; Jersak, 2000). Ambas as linhas de pesquisa contribuíram com a área de verificação de resultados, gerando metodologias de eficácia e de efetividade. Porém, permanecem ainda não explicadas importantes questões sobre a constituição do vínculo e sua expressão em resultados. Por exemplo, em que grau e como estilos de personalidade de terapeuta e de paciente influem no vínculo terapêutico, e como, especificamente, uma abordagem desenvolvimental potencializa os resultados. Além disso, os pesquisadores perguntam-se que outros fatores podem estar envolvidos na constituição da relação terapêutica, em sua condição de mudança de comportamentos, hábitos e percepções. Neste sentido, esta revisão da literatura focaliza outra possibilidade de verificação de resultados. Recentemente, pesquisadores em memória buscaram estabelecer uma interface entre a área clínica e a área de pesquisa em processos básicos (Kirkegaard-Thomsen & Berntsen, 2003). O estudo destacou-se por produzir indicadores consistentes na associação de resultados com o funcionamento da memória autobiográfica em pessoas que se submetem a tratamentos psicoterapêuticos. As pesquisadoras dinamarquesas Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003) investigaram memórias em lampejo (“flashbulb memories”) em pacientes no término de uma terapia de grupo e, novamente, no período entre quatro e cinco meses após o final do tratamento. Conforme os resultados, pacientes que avaliaram melhor os efeitos psicoterapêuticos apresentaram um desempenho superior na recordação de eventos relacionados com o tratamento.

Memórias em lampejo, ou “flashbulb memories”, de acordo com uma definição operacional com base na fenomenologia (e utilizada pelas pesquisadoras em seu estudo), são memórias que se referem a episódios não usuais, sendo mais comumente associadas a episódios ligados a vivências de *insight*. Essas memórias estão particularmente associadas, conforme Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003), a eventos da vida privada dos indivíduos, em especial aos eventos de vida marcantes, podendo ser relacionadas com a constituição do repertório da memória autobiográfica (memória associada à autodefinição do indivíduo). Outra definição citada no estudo (Brown & Kulik, citados em Kirkegaard-Thomsen & Berntsen, 2003) refere memórias em lampejo como lembranças de circunstâncias nas quais o indivíduo experienciou eventos inusuais, relacionados a um processo de aprendizagem. Essas memórias, seguem as pesquisadoras, possuem como características fenomenológicas, clareza

perceptual e qualidades vívidas, permanecendo armazenadas regularmente e se mantendo constantes durante o tempo, o que as diferenciam de outras memórias. As evidências citadas na literatura sobre a memória vívida, portanto, permitem associá-la a acontecimentos conseqüentes e significativos.

Embora haja consenso na distinção teórica entre memórias vívidas e não-vívidas, Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003) referem estudos posteriores aos de Brown e Kulik, discutindo essas definições e apresentando diferentes características para a operacionalização desse tipo particular de memória. O modelo alternativo, elaborado por Rubin e Kosin, e citado pelas pesquisadoras dinamarquesas, apresenta como critérios de diferenciação para a memória vívida, características de recordações ligadas a fatores causais, precisão no decorrer do tempo, e determinadas características fenomenológicas, como clareza e intensidade. Ambas as definições foram focalizadas no estudo (Kirkegaard-Thomsen & Berntsen, 2003), que teve como objetivo responder a questões sobre a formação de memórias em lampejo ligadas a eventos relativos ao processo terapêutico (no caso, psicoterapia de grupo de orientação cognitiva). As psicólogas partiram da suposição de que o contexto psicoterapêutico caracteriza-se por vivências emocionalmente marcantes e inusuais, e, portanto, pode ser um campo investigativo para as memórias vívidas. A recordação de eventos foi, então, associada a medidas de avaliação subjetiva de resultados psicoterapêuticos.

Como resultado, o estudo de Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003) encontrou uma clara distinção entre memórias em lampejo e as demais. Além disso, a comparação entre os dois modelos (Brown & Kulik, de 1977 e Rubin & Kosin, de 1984) mostrou diferenças significativas entre ambos, concluindo que cada abordagem avalia tipos de memória diferentes. Segundo as psicólogas, o modelo fenomenológico de Brown e Kulik apresentou resultados mais satisfatórios para a distinção entre memórias em lampejo e outros tipos de memória. Além disso, escores de memórias da primeira medição (término do tratamento), mantiveram-se muito semelhantes aos da segunda medição (quatro a cinco semanas após o término do tratamento), satisfazendo os critérios de permanência e de consistência para memórias em lampejo, segundo o modelo fenomenológico. Os fatores utilizados para classificação dos episódios lembrados foram: detalhes, intensidade, conseqüência, vividez, inusualidade, importância e audibilidade (o quanto se pode “ouvir” detalhes relativos a dada memória). Quanto à aplicação clínica, o número de memórias relatadas, (em especial,

recordações associadas com “episódios de *insight*”) relacionou-se positivamente, e de forma significativa, com a avaliação dos clientes sobre a terapia.

Embora os focos de investigação do estudo de Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003) tenham sido a detecção de diferenças entre memórias vívidas e não-vívidas, e a distinção entre modelos concorrentes sobre o fenômeno, elas obtiveram um resultado adicional que pode se tornar muito útil para a avaliação de resultados clínicos. As pesquisadoras produziram um argumento consistente associando resultados psicoterapêuticos com o funcionamento da memória. A associação positiva entre número de eventos lembrados e percepção de ajuda recebida na terapia pode indicar uma medida quantitativa e qualitativa para a verificação de resultados percebidos. Além disso, as psicólogas especificaram um tipo de memória mais relacionado com efeitos clínicos, a memória em lampejo. De fato, o estudo descreveu que memórias em lampejo são formadas no processo terapêutico. Especificamente, eventos associados a processos de *insight* (eventos ligados a momentos de tomada de consciência) mostraram um impacto verificável nas memórias em lampejo. As pesquisadoras acrescentaram que essas recordações relacionam-se com a aquisição de novas informações nos esquemas individuais de memória estabelecidos. Dessa forma, medidas sobre a qualidade da memória em lampejo podem se constituir em importantes marcadores de resultados terapêuticos, revelando intensidade, duração e consistência de modificações promovidas por intervenções. Em acréscimo, a associação entre memórias vívidas, resultados terapêuticos percebidos, e adição de novos temas foi destacada por Kirkegaard-Thomsen e Berntsen (2003) como um resultado potencialmente esclarecedor sobre o funcionamento da memória na construção de narrativas de vida. As pesquisadoras, quanto a esse ponto, estabelecem um diálogo entre os modelos de compreensão da memória autobiográfica e as abordagens narrativas da psicoterapia.

Narratividade, conforme teorias comunicacionais aplicadas ao contexto psicoterapêutico (Hermans & Hermans-Jansen, 1995), refere-se à compreensão da psicoterapia como uma construção significativa. Hermans e Hermans-Jansen (1995) afirmam que o indivíduo em terapia deve ser compreendido como um “motivado contador de histórias”. Tal metáfora é utilizada como base para a compreensão sobre a psicoterapia neste referencial teórico. História, conforme os autores, é entendida como contexto (Sarbin, em Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Ou seja, uma “textura de eventos elaborados, na qual cada evento é influenciado pelo episódio precedente e influencia outros episódios que se seguem, sendo todos afetados por múltiplos agentes

engajados em ações” (p.7). O ato de contar histórias é descrito aqui como “narrar acontecimentos” (p.9) e remete ao conceito de narrativa. Hermans e Hermans-Jansen (1995) partem da definição de Mikhail Bakhtin (1973), segundo a qual, uma narrativa é uma história sobre algo contada por alguém e para alguém. Na base da compreensão de narrativa, portanto, está o conceito de diálogo e de relações dialógicas (entre contador e ouvinte) que implicam uma organização temporal de eventos em uma estrutura que relaciona passado, presente e futuro de uma forma significativa. Na perspectiva dialógica o sujeito como um contador de histórias é também um agente “motivado”. Motivação ou motivos de uma história relacionam-se com os temas que transformam uma lista de eventos puramente cronológica em um todo organizado (o enredo). Assim, enfatizam os autores, o sujeito elege motivos que orientam a narrativa em direção a um ou mais significados, configurando uma relação dialética entre evento e enredo, na qual um pode interferir ou mesmo modificar o significado do outro. Em suma, o tema de uma narrativa funciona como um princípio organizador na estruturação do enredo e serve como critério de relevância de um evento em relação a outros.

A abordagem da psicoterapia a partir do funcionamento da memória autobiográfica e de sua relação com narrativas de vida, portanto, pode constituir-se em uma ferramenta de verificação da efetividade dos tratamentos, vindo a clarificar o papel da comunicação entre terapeuta e paciente nas modificações implementadas pelas intervenções. Justifica-se, portanto a investigação de metodologias narrativas a fim de elucidar a percepção do paciente sobre a ação do terapeuta na modificação do seu repertório de memórias autobiográficas. Tal perspectiva pode contribuir com a compreensão da psicoterapia em sua processualidade, trazendo novas perspectivas sobre resultados percebidos e mudanças produzidas.

1.6 Tendências atuais

Para finalizar a atual revisão, preparou-se um breve descrição de pesquisas sobre resultados psicoterapêuticos nos últimos anos. O objetivo foi contrastar os estudos discutidos nesta pesquisa com as perspectivas mais recentes na área. Entre os estudos encontrados, destacam-se três tendências que representam uma continuação dos focos de investigação discutidos no presente trabalho. A primeira inclui pesquisas experimentais com terapias manualizadas para problemas específicos. A segunda envolve pesquisas discriminando aspectos que podem influir na efetividade dos

tratamentos. E a terceira centra na discussão da mudança como objetivo principal dos tratamentos.

As pesquisas experimentais de eficácia descrevem tratamentos manualizados para problemas específicos, consolidando o campo das psicoterapias sistemáticas. Os problemas tratados incluem depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), problemas de conduta e transtornos de personalidade como *borderline*, dependência e esquizofrenia. Tais estudos centram na descrição de procedimentos sistematizados, com eficácia comprovada através de medidas de remissão de sintomas (Bartak, A., Soeteman, D., Van-Busschbach, J., & Verheul, R., 2005; Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P., & Geller, P., 2007; Hayes, B., 2007; Karterud, S., Johansen, M., & Wilberg, T., 2007; Kegerreis, D., 2007; Levy, K., Yeomans, F., & Diamond, D., 2007; Luty, S., Carter, J., McKenzie, J., Rae, A., Frampton, C., Mulder, R., & Joyce, P., 2007; McEvoy, P., 2007; Minami, T., Wampold, B., Serlin, R., Kircher, J., & Brown, G., 2007; Pos, A., 2007; Rosswog, D., 2007; Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H., & Freyberger, H., 2005; Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M., 2006).

As pesquisas de efetividade descrevem diferentes aspectos que podem estar associados aos resultados das psicoterapias. Destacam-se, entre esses estudos, a análise de diferenças de personalidade entre terapeuta e paciente (Brownlee, K., 2007; Hoglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K., Sorbye, O., Sjaastad, M., & Heyerdahl, O., 2006; Kaplan, B., 2007; Metcalfe, C., Winter, D., & Viney, L., 2007; Rubinstein, G., 2007), a verificação de narrativas significativas no processo da psicoterapia (Adler, J., Wagner, J., & McAdams, D., 2007; Beiter, J., 2007; Clegg, J., 2007; Delgado R., & Howard, G., 2005; Joraniak, E., & Pare, D., 2007; Keeling, M., 2007; Nave, A., 2005; Taylor, R., 2007), a descrição de aspectos do setting terapêutico (Hoffman, S., & Laub, B., 2004; Grawe, K., 2004; Horowitz, M., 2005; Beels, C., 2007; Kaplan, A., 2007), a investigação do uso de tarefas no tratamento (Reiter, M., 2007) e, ainda, a elaboração de um inventário de problemas interpessoais, para ser utilizado como medida de resultados da psicoterapia (Huber, D., Heirich, G., & Klug, G., 2007).

As pesquisas sobre a mudança dividem-se em estudos sobre transformações percebidas durante o processo psicoterapêutico (Davis, S., 2005; Horowitz, M., 2005; Jorgensen, C., 2004; Halstead, J., Leach, C., & Rust, J., 2007; Hubbell, R., 2007) e estudos associando indicadores neuropsicológicos com as transformações observadas

durante o tratamento (Matthis, I., & Zellner, M., 2007; Olds, D., 2006; Marsh, E., & Multhaup, K., 2007; Silva, J., & Slachevsky, A., 2005).

As tendências verificadas no campo da avaliação da psicoterapia indicam que as pesquisas de eficácia seguem descrevendo tratamentos manualizados, com resultados comprovados para patologias específicas. Os estudos de efetividade têm se dividido na investigação de aspectos específicos que podem contribuir para os resultados, compondo um esforço no sentido de discriminar fatores. E as pesquisas sobre a mudança no tratamento compõem um novo campo de investigação, incorporando contribuições das neurociências, com o objetivo de associar os tratamentos às transformações percebidas e identificá-las com indicadores neuropsicológicos.

1.7 Justificativa, problema e objetivos

A revisão das pesquisas de resultados em psicoterapia realizada neste estudo estabelece alguns consensos sobre o tema. As pesquisas de eficácia, inicialmente, comprovaram os resultados positivos de psicoterapias manualizadas, e desenvolveram manuais de procedimentos estabelecidos para o tratamento de patologias específicas (Abramowitz & Schwartz, 2004; Bloom, Yeager & Roberts, 2004; Camasso, 2004; Corcoran, 2004; Dziegielewski & Roberts, 2004; Springer, 2004; Hoagwood, 1995; Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin 1991; Kazdin & Terence, 1978; Mullen, 2004; Proctor & Rosen, 2004; Reid & Fortune, 2004; Vonk, Bordnick & Graap, 2004; Weisz & cols., 1995). As pesquisas de efetividade desenvolveram metodologias que permitiram a constatação de que não somente as psicoterapias manualizadas produzem resultados, mas também as diversas intervenções aplicadas com as variações encontradas fora do ambiente experimental (Abrahamson, 2001; Arian & Alvidrez, 2002; Blatt & Ford, 1994; Borkovek, & Cols., 2001; Charman, 2003; Gard, 2003; Gomes, 1988, 1990, 1993; Hartman & Zepf, 2003; Kendall & Hudson, 2001; Levant, 2001; Neal, 2003; Nielsen & Cols., 2003; Norquist, 2001; Persons, 2001; Seligman, 1995; Schneider, 2001; Stevens, 2001; van-Schaik & Cols., 2002). O fator identificado como mais importante para a efetividade dos tratamentos foi a qualidade da relação paciente-terapeuta. Sobre essa relação, os estudos destacaram dois aspectos que possuem impacto decisivo na escolha, na administração e no ajustamento dos tratamentos: a consideração da trajetória desenvolvimental do paciente e a identificação das diferentes respostas conforme características de personalidade do paciente. As pesquisas sobre o desenvolvimento e a clínica constataram que a mescla de

conhecimentos entre essas áreas contribui para a efetividade dos tratamentos, e identificaram a adolescência como a fase mais propícia à psicoterapia, devido ao seu caráter preventivo (Holmbeck, 2000; Kazdin, 1991; Zahn-Waxler, 1996). Além disso, acrescentaram que os psicoterapeutas, em geral, não utilizam dados desenvolvimentais para a sua prática clínica, o que resulta em diversos efeitos como confusão na avaliação de resultados e menor efetividade (Jardim, Oliveira & Gomes, 2005).

As pesquisas sobre diferenças individuais na abordagem eclética estabeleceram as hipóteses de que estilos de personalidade de terapeuta e de paciente podem ser combinados em tratamentos específicos para uma maior efetividade (Beutler, 1983, 1999, 2000, 2001, 2002). Seus resultados foram contraditórios. A mesma hipótese foi testada substituindo-se os estilos de personalidade por traços a partir da teoria dos cinco grandes fatores (Jersak, 2000). A pesquisadora conseguiu associar alguns traços com resultados, porém, em geral, as hipóteses não foram confirmadas, constatando-se que a variabilidade nas características de personalidade de pacientes e de terapeutas e seu impacto no tratamento implica complexidades que dificultam pesquisas de cruzamento de variáveis.

A partir dessas dificuldades, a tentativa de compreender a variabilidade presente na relação terapeuta-paciente levou os pesquisadores à busca de outras abordagens para as pesquisas de resultados realizadas a partir da década de 1970 (eficácia, efetividade e eclética). Um exemplo de pesquisa recente são os estudos associando resultados percebidos com o funcionamento de processos básicos, especificamente a memória. Uma pesquisa, em especial, destaca que a memória autobiográfica pode servir como indicador de resultado psicoterapêutico percebido (Kirkegaard-Thomsen & Berntsen, 2003). Por sua vez, o resultado associado ao funcionamento da memória propicia um entendimento da psicoterapia como um processo narrativo, no qual podem ser identificados os papéis do tratamento (contexto), de agentes de mudança (terapeuta, familiares, etc.) e do próprio paciente (protagonista).

Tais consensos demonstram que a psicoterapia é um fenômeno complexo e que o estudo de seus resultados, embora tenha avançado significativamente desde o início da década de 1970, ainda carece de metodologias mais adequadas a essa complexidade, especialmente na elucidação da influência de fatores do desenvolvimento e da personalidade na relação terapeuta-paciente. Nesse sentido, a atual pesquisa partiu do problema: como a percepção de fatores do desenvolvimento e da personalidade dos pacientes influi na relação terapêutica? Este problema incluiu as seguintes questões

gerais: Como terapeutas percebem a trajetória desenvolvimental dos pacientes e qual a sua influência na modificação dos tratamentos? Como terapeutas e pacientes percebem características de personalidade e como essa percepção influi na avaliação dos resultados do processo? Como a memória de eventos marcantes da terapia pode estar envolvida na avaliação de resultados? E, finalmente, como a comunicação entre terapeuta e paciente pode estar associada à modificação de temas de vida, em uma estrutura narrativa? Entre as questões específicas, destacaram-se: psicoterapeutas utilizam técnicas específicas em atendimento a adolescentes? A convergência de traços de personalidade entre psicoterapeutas e pacientes (exemplificados na extroversão) contribuem para a efetividade dos tratamentos? A qualidade da relação terapêutica está associada a maior efetividade? A recuperação de eventos marcantes ocorridos nas sessões associa-se a maior efetividade? A descrição qualitativa do paciente sobre sua experiência psicoterapêutica contextualiza indicadores quantitativos? Entre as expectativas quanto aos resultados, esperava-se que as psicoterapias com adaptações técnicas desenvolvimentais fossem descritas como mais efetivas, a convergência entre grau de extroversão de terapeuta e de paciente produzissem resultados mais efetivos, a melhor avaliação da qualidade da relação terapeuta-paciente coincidissem com maior efetividade percebida, a melhor qualidade de relatos de memórias de eventos marcantes da terapia coincidissem com maior efetividade percebida, e, finalmente, as descrições qualitativas fornecessem contextos explicativos para os indicadores quantitativos. O objetivo geral do atual projeto de pesquisa foi a investigação de métodos de avaliação de resultados psicoterapêuticos, com o foco na relação terapeuta-paciente.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Delineamento

Estudo qualitativo orientado pelas três etapas do método fenomenológico-semiótico – descrição, redução e interpretação (Gomes, 1998; Lanigan, 1988, 1992; Patton, 1990), com base em uma perspectiva reversiva entre quantidades e qualidades (Souza & Gomes, 2003).

2.2 Participantes

O presente estudo contou com múltiplas amostras. A amostragem principal foi constituída por 12 pacientes adultos jovens de psicoterapias variadas em atendimento há no mínimo quatro meses e no máximo oito anos, que não estivessem fazendo uso de medicamentos antipsicóticos (ver Tabela 4), e com os respectivos 12 psicoterapeutas desses pacientes, obedecendo ao critério de experiência mínima de dois anos como psicoterapeuta (ver Tabela 5). Procurou-se obter certa representatividade de diferentes técnicas psicoterapêuticas em uso no contexto brasileiro. Contudo, as díades foram compostas na área metropolitana da cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo, sendo preservada apenas uma díade da coleta inicial realizada em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. Note-se que para esse estudo o critério de amostra é o da divergência e não o da convergência, assim procura-se o inusitado que ofereça outros ângulos à compreensão do problema. Foram excluídos do estudo pacientes que faziam uso de medicamentos antipsicóticos, com o objetivo de controlarem-se efeitos de distorção na percepção de resultados. Em acréscimo, amostragens complementares foram utilizadas para comparação clínica de parâmetros específicos que serão indicados e descritos ao longo da apresentação dos resultados. Os participantes desta amostragem complementar foram contatados em clínicas de atendimento psicoterapêutico e atenderam aos mesmos critérios para a composição das 12 díades. Trata-se de 31 pacientes que responderam ao Questionário Strupp de Avaliação de Resultados Terapêuticos, compondo com as 12 díades uma amostra de 43 casos, e 12 pacientes que responderam à Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia, compondo uma amostra de 24 casos.

2.3 Instrumentos

1) Entrevista qualitativa semi-estruturada, flexível e com tópicos pré-definidos (Patton, 1990). O instrumento constitui-se em um protocolo tópico de seqüência flexível para entrevistas individuais dirigidas ao grupo de pacientes (Anexo B) (inclui perguntas do tipo: “como tu escolheste essa terapia? O que é mais interessante na tua terapia? Tu achas que a terapia está tendo algum resultado na tua vida? Quais as maiores dificuldades que tu percebes na tua terapia? Quais atitudes do teu terapeuta auxiliam ou dificultam o processo terapêutico?”), e ao grupo de terapeutas (Anexo A) (inclui perguntas do tipo: “o que peculiariza a tua prática clínica? O que a tua técnica faz pelos teus pacientes? Como tu achas que a tua técnica proporciona esses resultados? O que peculiariza o tratamento de adolescentes? Tu utilizas alguma técnica específica para o tratamento de adolescentes? Como tu avalias os resultados do tratamento?”).

2) Escala Fatorial de Extroversão – versão preliminar (Nunes, 2005). Nesse instrumento, é solicitado ao participante que responda a 57 itens, através de uma escala de “1” a “7”, na qual “1” representa que “a frase absolutamente não o descreve bem”; e “7” significa que “a sentença o descreve perfeitamente bem”. Alguns itens que constam do instrumento são: “Costumo ficar calado quando estou entre estranhos. Adoro aventuras. Costumo tomar a iniciativa e conversar com os outros” Anexo C).

3) Questionário Strupp de Avaliação de Resultados Terapêuticos - *Strupp's Rate Questionnaire* – SRQ (Strupp, Fox & Lesser, 1969). O instrumento consiste em um questionário com quarenta e um itens que exploram aspectos referentes à experiência da sessão (onze itens), à relação com o terapeuta (sete itens), ao foco do tratamento (quatro itens), às mudanças percebidas (doze itens) e à avaliação geral da experiência (cinco itens). Para os itens de um a vinte e quatro, e de vinte e sete a trinta e sete solicita-se aos sujeitos que respondam a uma escala de cinco pontos (1- concordo plenamente, 2- concordo, 3- indeciso, 4- discordo, 5- discordo plenamente). Para os itens vinte e cinco e vinte e seis, e de trinta e oito a quarenta e um, um estudo anterior (Gomes & cols., 1993) realizou mudanças, mantendo a escala de cinco pontos, mas adaptando suas significações dependendo de cada pergunta. Assim, por exemplo, no item trinta e nove (Como você se sente lidando com seus problemas atuais), a escala foi alterada da seguinte forma: 1- muito adequadamente, 2- pouco adequadamente, 3- nem adequado nem inadequadamente, 4- um tanto inadequadamente, 5- muito inadequadamente (Anexo D).

Tabela 4

Terapeuta, Sexo, Idade e Tempo Aproximado em Atendimento dos Pacientes

Paciente	Terapeuta	Sexo paciente	Idade (anos) ¹	Tempo aproximado em atendimento (meses) ²
P1 – G.*	T1 – M.*	M	22	12
P2 – V.	T2 – E.	F	26	12
P3 – A.	T3 – I.	F	29	24
P4 – L.	T4 – S.	F	46	48
P5 – T.	T5 – L.	F	28	4
P6 – E.	T6 – C.	F	46	18
P7 – M.	T7 – U.	F	36	13
P8 – S.	T8 – H.	F	42	36
P9 – D.	T9 – J.	F	26	36
P10 – R.	T10 – A.	F	39	36
P11 – H.	T11 – F.	M	40	96
P12 – N.	T12 – P.	F	33	36

Nota 1. As idades dos pacientes variaram entre 22 e 46 anos. A média foi de 34,42 anos e desvio padrão de 8,25 anos.

Nota 2. O tempo em atendimento variou entre quatro e 96 meses. A média foi de 30,92 meses e desvio padrão de 24,51 meses.

*Nesta tabela e nas outras que seguem estão sendo usadas letras para identificação figurativa de terapeutas e pacientes. As letras códigos também aparecerão no texto, principalmente no Capítulo III.

Tabela 5

Sexo, Idade, Linha Teórica e Tempo de Atuação dos Terapeutas

Terapeuta	Sexo	Idade (anos) ¹	Linha Teórica	Tempo de atuação (anos) ²
T1 – M.	F	40	Terapia corporal	6
T2 – E.	F	34	Análise junguiana	5
T3 – I.	F	35	Terapia corporal e psicodrama	2,5
T4 – S.	F	47	Terapia gestaltista	21
T5 – L.	M	28	Terapia comportamental	3
T6 – C.	M	41	Psicanálise lacaniana	14
T7 – U.	M	39	Terapia comportamental	10
T8 – H.	F	38	Psicoterapia breve focal e ludoterapia	11
T9 – J.	F	29	Terapia corporal	5
T10 – A.	F	38	Psicanálise lacaniana	14
T11 – F.	F	39	Psicoterapia sistêmica	13
T12 – P.	F	31	Terapia corporal	6

Nota 1 As idades dos terapeutas variaram entre 28 e 47 anos. A média foi de 36,58 anos e o desvio padrão de 5,45 anos.

Nota 2. O tempo de atuação do psicólogo como terapeuta variou entre 2,5 e 21 anos. A média foi de 9,2 anos e o desvio padrão de 5,58 anos.

4) Questionário para memórias em lampejo (Rubin, Schrauf & Greenberg, 2003; traduzido por Gauer, Tonial & Gomes, 2005). O instrumento constitui-se de um questionário com seis questões de memórias vívidas provenientes do Questionário de Memória Autobiográfica, o QMA (Rubin, Schrauf & Greenberg, 2003; traduzido para o Português por Gauer, Tonial & Gomes, 2005). Solicita-se que os participantes recordem-se de eventos relacionados com a terapia (ocorridos no processo psicoterapêutico) e, a seguir, pede-se que classifiquem a lembrança deste evento, através de uma escala Likert entre 1 (nem um pouco) e 7 (muito), conforme critérios como: significância do evento, intensidade emocional, peculiaridade, consequência, entre outros (Anexo F).

5) Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia na versão do paciente (Marcolino & Iacoponi, 2001). O instrumento consiste em um questionário, no qual se

solicita que os participantes respondam a questões sobre a relação terapêutica, como: “Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?”; “Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?”, classificando cada um dos itens conforme uma escala Likert de pontuação que varia de 1 (absolutamente não) a 7 (totalmente) (Anexo E).

2.4 Procedimentos

Os dados para as análises das três etapas foram coletados em um encontro individual com cada psicoterapeuta e em dois encontros seguintes com cada paciente. Os participantes foram selecionados em contato com locais de atendimento psicoterapêutico e por indicação de outros participantes. As entrevistas foram realizadas nos consultórios, residências dos psicoterapeutas e dos pacientes, na residência do pesquisador ou na universidade onde o paciente estudava, conforme a escolha do participante. Em um primeiro momento, foi feito um contato inicial com o psicoterapeuta, para explicar os objetivos da pesquisa, sendo solicitado ao mesmo que selecionasse um paciente seu em atendimento há pelo menos quatro meses e que não utilizasse medicação antipsicótica. O psicoterapeuta, então, em uma sessão psicoterapêutica com o paciente, explicava-lhe os objetivos da pesquisa e perguntava-lhe se este consentia em participar da mesma. Obtido o consentimento do paciente, era realizada a entrevista fenomenológica (Anexo A) e a aplicação da Escala Fatorial de Extroversão (Anexo C) com o psicoterapeuta. A seguir eram realizados dois encontros com o paciente indicado. No primeiro encontro era realizada a entrevista fenomenológica (Anexo B), Escala Fatorial de Extroversão (Anexo C) e o questionário Strupp de avaliação terapêutica (Anexo D). No segundo encontro era solicitado ao paciente que respondesse à Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia (Anexo E), ao Questionário para memórias em lampejo (Anexo F) e que relatasse as memórias dos momentos marcantes da psicoterapia (Anexo G). Todos os participantes foram informados sobre os propósitos da pesquisa, registrando sua aceitação voluntária mediante a assinatura do termo de consentimento informado (Anexo H), conforme regulamentação do Conselho Federal de Psicologia (Resolução do Conselho Federal de Psicologia, No. 016/2000 de 20 de dezembro de 2000).

2.5 Critérios de análise

Os dados dos instrumentos foram analisados seguindo os três passos da fenomenologia-semiótica (Gomes, 1998; Lanigan, 1988; Patton, 1990): descrição qualitativa, análise indutiva e interpretação.

A descrição qualitativa é a síntese geral do material coletado, através da transcrição literal das entrevistas. A síntese é preparada através de leitura cuidadosa na qual se demarca exaustivamente o modo como cada participante abordou os temas sugeridos em entrevista ou os temas que apareceram espontaneamente. A demarcação se faz por micro unidades de sentido, procedimento necessário para que se tenha certeza de que nada do que foi dito tenha sido omitido. A transformação de micro unidades de sentido sobre um mesmo tema, em macro unidades temáticas, define as tipologias gerais que servem para ordenar a exposição e a análise indutiva. Esse procedimento foi didaticamente exposto por Bardin (1979). Nesta fase, suspendem-se quaisquer julgamentos e interpretações teóricas para preservar a facticidade dos relatos. Organizou-se, assim, para cada díade terapeuta-paciente, uma descrição do confronto entre os temas encontrados nas entrevistas de ambos, uma descrição do relato de eventos do paciente, uma descrição da avaliação quantitativa da psicoterapia, pelo paciente, e da classificação da extroversão do paciente e do terapeuta. No final da análise da díade, destacaram-se os temas mais relevantes para o entendimento do par, contrastando os dados qualitativos com os dados quantitativos, de forma reversiva (Souza & Gomes, 2003). A análise descritiva permitiu circunscrever e contrastar, em cada díade, as percepções do terapeuta e do paciente sobre a psicoterapia, a narrativa de eventos marcantes, a avaliação crítica quantitativa sobre a experiência de estar em tratamento, sobre a qualidade da aliança terapêutica, sobre a intensidade das memórias e, ainda, a classificação da tendência no traço extroversão dos participantes.

A análise indutiva concentra-se na identificação de relações básicas e elucidativas ao problema em estudo. O procedimento requer abertura ao recorrente, ao único, ao novo, ao inusitado, ao contraditório, e ao ausente. Procura-se por relações óbvias e esperadas, assim como por possíveis relações novas ou contraditórias. Nesta fase, utilizam-se exercícios imaginativos para se especular sobre relações possíveis. A idéia é exaurir o material colocado para investigação. Na prática, a análise quer saber quais são os elos entre as experiências relatadas nas entrevistas e qual a importância destes elos na compreensão do problema em foco. A análise indutiva sugere problemas centrais que serão abordados pela interpretação. Focaliza-se, nesse momento, o que as

díades têm em comum (como recorrência ou originalidade), em três contextos, como três sínteses, em uma perspectiva semiótica sobre o fenômeno. A psicoterapia, tomada como resultado da relação terapeuta-paciente e enquanto percepção qualitativa e medida quantitativa, foi analisada como um objeto semiótico (Wiley, 1994). Isto é, foi tratada como um signo polissêmico (capaz de gerar inúmeros significados), podendo ser abordada segundo diversos contextos. Como tal, tratou-se da relação terapêutica enquanto um processo comunicativo no qual o resultado percebido e medido foi compreendido em uma perspectiva pragmática (Hermans & Kempen, 1993) como expressão da relação. A pesquisa orientou-se segundo a lógica aditiva, na qual “em contextos diferentes uma comparação estabelece a identidade de um fenômeno” (Lanigan, 1992). O primeiro contexto foi a percepção qualitativa de pacientes e de terapeutas sobre a psicoterapia e sobre influências de características de personalidade e do desenvolvimento na escolha, adaptação e administração de estratégias (técnicas e intervenções). Neste contexto a psicoterapia foi entendida enquanto um processo envolvendo a comunicação interpessoal. O segundo contexto foi a percepção qualitativa de pacientes sobre a psicoterapia enquanto eventos marcantes recordados e sua configuração narrativa. O terceiro contexto foi a avaliação quantitativa sobre a relação entre a qualidade da psicoterapia, medida entre os pacientes, e a extroversão da díade.

A interpretação é o confronto da análise indutiva com a descrição qualitativa. A análise assume um papel crítico contrapondo a compreensão do que foi dito pelo entrevistado, à compreensão atual do pesquisador e à literatura. Cabe aqui destacar a relação entre quantidades e qualidades que perpassa a análise dos três passos ou etapas. Na análise reversiva (Souza & Gomes, 2003), as quantidades servem de contexto explicativo para as qualidades e vice-versa. Segundo Souza, Gomes e McCarthy (2005, 203):

Lanigan (1994) especifica a relação entre critérios quantitativos e qualitativos na oposição entre método e evidência; *data* (*quod erat demonstrandum*; que está para ser demonstrado) e *capta* (*quod erat inveniendum*; que está para ser descoberto); e informação (diferenciação em probabilidades) e comunicação (diferenciação em possibilidades). Na condição humanística, compreensiva ou interpretativa, o *capta* é tomado como evidência e caracteriza a metodologia da descoberta. O benefício desta pesquisa é que o julgamento qualitativo torna possíveis descrições (representações) exatas e abstratas. Por outro lado, nos modelos científicos positivistas ou empíricos, Lanigan afirma que a simbologia

da pesquisa pode ser uma evidência que é mediada pela conversão de consciência (medida) em experiência (observação). O resultado é o *data*, o que é dado como evidência, e caracteriza a metodologia da invenção. O benefício da pesquisa com essa metodologia é o fato de que um julgamento quantitativo permite precisão e generalização em atribuição (predição). O método de pesquisa positivista, uma abordagem quantitativa, requer uma teoria da informação formulada como um contexto de uma dada escolha (*data*). Uma abordagem humanística de pesquisa requer uma teoria de comunicação formulada como uma escolha de contexto (*capta*). Esta proposta se afasta do reducionismo porque as diferenças entre essas duas abordagens são consideradas.

2.6 Considerações éticas

A preocupação com os aspectos éticos envolvidos na pesquisa em psicologia levou diversos autores a descreverem princípios envolvendo a proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes. Conforme Barker, Pistrang e Elliott (1994), existem três princípios centrais para a pesquisa em psicologia: consentimento livre e esclarecido, redução de potenciais prejuízos ou de privação de benefícios e garantia da confidencialidade e proteção da privacidade. Esta pesquisa contemplou os procedimentos descritos como fundamentais pelos pesquisadores. O consentimento livre e esclarecido deve informar os principais objetivos e procedimentos do estudo, viabilizando ao indivíduo decidir livremente sobre sua participação. A composição mínima do consentimento deve incluir: uma descrição dos procedimentos do estudo; uma explicação sobre os riscos e benefícios envolvidos; a possibilidade, por parte do pesquisador, de esclarecimento de qualquer questão, em qualquer momento; a garantia de que ele poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa; e um local para a assinatura do participante.

Sobre o segundo princípio ético apresentado pelos pesquisadores, a minimização de prejuízos ou privação de benefícios, Barker e equipe ressaltam que qualquer pesquisa é válida quando os benefícios do estudo para uma maioria de pessoas superam os prejuízos para os participantes. No caso do atual estudo, os riscos oferecidos referem-se à possibilidade de sofrimento psíquico causado pela recordação de eventos traumáticos vividos no contexto da psicoterapia e recordados nas entrevistas. Entretanto, acredita-se que os benefícios advindos dos relatos sobre a percepção da psicoterapia e dos eventos

marcantes superaram o eventual sofrimento com a recordação dos mesmos. Não houve nenhum relato de participante revelando dificuldades ou sofrimentos causados pelas entrevistas. Ao contrário, diversos participantes relataram efeitos benéficos para si e para os tratamentos. Psicoterapeutas revelaram ganhos de seus pacientes na compreensão do próprio processo e pacientes relataram que a participação nas entrevistas serviu como uma segunda experiência terapêutica.

Quanto ao terceiro princípio ético, a garantia de confidencialidade e proteção da privacidade, procurou-se garantir o sigilo das informações prestadas por psicoterapeutas e pacientes, bem como proteger a identidade dos participantes, ocultando-se os seus nomes, bem como informações sobre locais de trabalho e profissão. Mesmo com a concordância e assinatura por parte de todos os participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo H), garantindo os direitos mencionados pelos pesquisadores (Barker, Pistrang & Elliott, 1994), houve uma preocupação quanto a possíveis elementos complicadores no vínculo entre pacientes e psicoterapeutas durante e após a realização das entrevistas. Contatou-se com os participantes do estudo após os procedimentos, perguntando-se sobre a ocorrência de dificuldades no processo psicoterapêutico. Nenhum participante revelou alguma dificuldade advinda da pesquisa. Novamente, os relatos foram referentes a melhoras na psicoterapia, quanto à compreensão de elementos envolvidos no tratamento.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os resultados estão organizados em duas grandes partes: a descrição e a redução fenomenológica. A interpretação será desenvolvida no Capítulo IV.

3.1 Descrição fenomenológica

A descrição congrega dados provenientes das entrevistas, dos relatos de eventos marcantes da psicoterapia, e dos indicadores quantitativos. Os dados são apresentados como estudo de caso das díades participantes.

As entrevistas fenomenológicas dos psicoterapeutas e dos pacientes foram analisadas com o foco no contraste entre as perspectivas dos participantes, isto é, descreveu-se o processo psicoterapêutico sempre a partir da visão da díade. Por outro lado, também se preparou uma síntese de cada entrevista, para que não se perdessem os contextos particulares presentes nas falas dos entrevistados (para um exemplo ver Anexo I). A partir dessas sínteses, optou-se por focar naqueles temas que funcionaram como elos significativos para a comparação entre a percepção do psicoterapeuta e do paciente. Tal opção permite a circuncrição dos elementos centrais que servem de base para as análises seguintes, na redução e na interpretação. Preparou-se, assim, a descrição dos temas que emergiram em cada díade. Os temas foram agrupados em uma tabela que indica a transformação da percepção dos participantes em percepção da díade.

Os relatos dos eventos marcantes foram organizados tendo como base a compreensão sequencial do evento, isto é, o evento em si, os efeitos decorrentes, a relação com a psicoterapia, e a ação do terapeuta.

Apresenta-se, para cada díade, uma tabela comparativa dos indicadores quantitativos. Essas Tabelas contêm três linhas: a primeira informa as medidas utilizadas; a segunda fornece a relação do escore com o ponto médio da escala (efetivo versus inefetivo) e com a média amostral (superior versus inferior); e a terceira linha fornece os escores obtidos. A experiência geral da terapia (Strupp) foi classificada como efetiva/superior, efetiva/inferior, inefetiva/superior ou inefetiva/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<3), a terapia foi classificada como efetiva, e acima (>3), como inefetiva. Essa classificação foi acrescida da

comparação com a média dos escores da amostra (n=43): abaixo da média amostral (<2,0) a terapia foi classificada como superior e acima (>2,0) como inferior.

A qualidade da aliança terapêutica (Calpas) foi classificada como efetiva/superior, efetiva/inferior, inefetiva/superior ou inefetiva/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<4), a terapia foi classificada como inefetiva, e acima (>3), como efetiva. Essa classificação foi acrescida da comparação com a média dos escores da amostra (n=24): abaixo da média amostral (<6,01) a terapia foi classificada como inferior e acima (>6,01) como superior.

A intensidade das memórias de eventos da terapia (QML) foi classificada como vívida/superior, vívida/inferior, não-vívica/superior ou não-vívica/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<4), a memória do conjunto de eventos foi classificada como não-vívica, e acima (>4), como vívida. Essa classificação foi acrescida da comparação com a média dos escores da amostra (n=10 pacientes/38 memórias): abaixo da média amostral (<5,96) a memória do conjunto de eventos foi classificada como inferior e acima (>5,96) como superior.

O traço de personalidade (EFE) de pacientes e de terapeutas foi classificado com tendente a extrovertido/a ou tendente a introvertido/a. O critério utilizado para a classificação do/a participante foi a comparação do seu escore numérico com a média brasileira para o instrumento (M=4,5375 para homens e M=4,4825 para mulheres), determinada em estudo anterior (Nunes, 2005). Acima da média (>4,5375 ou >4,4825) o/a participante foi classificado/a como tendente a extrovertido/a, abaixo da média (<4,5375 ou <4,4825) como tendente a introvertido/a. Na redução fenomenológica todos os indicadores serão retomados para uma compreensão comparativa geral de todas as 12 díades (ver Tabela 32).

A descrição de cada díade culmina com uma análise compreensiva na qual o pesquisador apresenta o seu entendimento da díade, tomando-a como um caso. Tecnicamente é uma redução fenomenológica que se movimenta no confronto entre os diferentes aspectos que serviram de base para a descrição. Ressalta-se aqui o uso de uma lógica de análise reversiva entre dados qualitativos e quantitativos, que tem por objetivo exaurir a discussão do material enquanto diferentes percepções do mesmo fenômeno: a relação terapêutica.

3.1.1 Díade 1 – Terapeuta M. e paciente G.

A psicoterapeuta M. se definiu como uma psicóloga com formação em terapia corporal reichiana. Ela tem 40 anos de idade e trabalha como psicoterapeuta há seis anos. G. é um paciente com 22 anos de idade e estava, na época da entrevista, há um ano em tratamento com M. Ele conheceu a terapeuta na faculdade, sendo seu aluno, em uma disciplina. O paciente, à época da entrevista, estava em um processo de finalização da terapia, devido à exigência de uma instituição religiosa que financiava o tratamento. Conforme a terapeuta, a escolha do paciente para o estudo se deu em função da sua clareza no processo e na avaliação das transformações alcançadas.

3.1.1.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas do paciente e da terapeuta foram “escutar para refletir e confrontar”; “a psicoterapia na visão dos participantes”; “a construção do vínculo”; e “diretivo: ser ou não ser? A autonomia como objetivo fundamental” (ver Tabela 6).

3.1.1.1.1 Escutar para refletir e confrontar

Segundo a terapeuta M. a principal função da terapia é realizar a “escuta” do paciente. Nesse sentido, “uma escuta correta” possibilita uma “boa leitura” do paciente – seu momento, suas necessidades e as questões importantes a tratar – e a escolha de técnicas apropriadas para aquilo que o paciente precisa trabalhar em seu processo. As técnicas devem ser “mescladas” e adaptadas conforme a necessidade do paciente, constituindo um *setting* flexível. Da mesma forma, o terapeuta deve apresentar características de personalidade moldáveis às necessidades do paciente. Todo o processo, assim, está focado na correta percepção das reações, do mundo e da percepção do paciente. É este quem decide os objetivos, a velocidade e as mudanças a serem buscadas. E os resultados dependem do paciente perceber-se e apoderar-se do processo. É fundamental para a correta escuta do paciente, o estabelecimento do vínculo. Este determinará a percepção do terapeuta, mas também será decisivo para os resultados. Através do vínculo estabelecido, o terapeuta pode fazer a leitura do paciente e decidir se deve ser mais diretivo, sugerindo ações, informando, orientando o paciente, ou menos diretivo, aguardando e acompanhando o processo do paciente de tomada de consciência, por si mesmo.

Em consonância com a percepção da terapeuta, o paciente G. também foca os seus objetivos na tomada de consciência, no contato consigo mesmo. Ele descreve sua percepção inicial da terapia como o temor de um processo de perda de autonomia e o inicia exatamente pela conscientização da dificuldade de resolver suas questões por si. Ele busca um processo para auxiliá-lo a retomar o contato com os próprios sentimentos, pensamentos e sensações. Nesse sentido, considera que o foco do tratamento deve ser a autopercepção, sendo ele, o paciente, o principal responsável pelo processo e pelos resultados. Entretanto, embora reconheça a importância de uma boa vinculação, G. escolhe uma terapeuta que não seja excessivamente afetiva nem próxima. Ele considera importante uma certa distância, uma certa resistência, para que a relação com a terapia seja mais propícia à mudança. É importante que a terapia também represente um desafio. Se a tarefa principal da terapia é servir de “ponte” para o paciente entrar em contato consigo, esta inclui uma correta percepção do paciente, por parte do terapeuta, mas também atitudes de “confronto” e “espelhamento”. Caso o terapeuta não seja capaz de “fazer a escuta correta do paciente”, corre-se o risco de intervenções equivocadas, em que o terapeuta sobrepõe-se ao paciente e suas necessidades, e mesmo, mistura seus conteúdos e papéis com os do paciente.

Ambos, paciente e terapeuta percebem a essência da terapia como um processo guiado pelo paciente, embora reconheçam a necessidade de intervenções mais diretas, questionadoras e confrontadoras, conforme o momento do paciente.

3.1.1.1.2 A psicoterapia na visão dos participantes

A terapeuta percebe G. como um paciente que conseguiu resultados rapidamente, através de um bom vínculo e de um investimento emocional na terapia. Segundo ela, o paciente modificou sua personalidade, sendo visível o seu resultado, através de uma “reestruturação”. Ele estava pronto para essa reestruturação e para o processo da terapia, ressalta a terapeuta. Conforme M., G. é uma pessoa extrovertida e autônoma. A finalização do processo, entretanto, mostrou-se problemática, pois a decisão de terminar a terapia não contava com sua aprovação, tendo sido determinada pela instituição em que o paciente estava inserido.

Na percepção de G., a terapia foi um “pedido de ajuda” diante da dificuldade de lidar com seus problemas. Ele, então, buscou alguém para “entrar em contato consigo”. Sua rotina, seu dia-a-dia estavam marcados pela sobrecarga de trabalho, pela falta de contato com os próprios sentimentos, pela carência e pelo estresse. Através da terapia,

que foi um processo de “facilitação”, ele percebeu a terapeuta como alguém que o ajudou entendendo-o, ouvindo-o, mas também o confrontando e fazendo-o perceber-se como realmente era. Houve também momentos de confrontação, em que se sentiu desafiado e não concordou, a princípio, com a sugestão da terapeuta. Mas após um tempo, refez seu entendimento do episódio e, mesmo discordando da ação proposta, percebeu que foi importante, como um confronto necessário. A terapia foi muito bem sucedida, na sua percepção, pois ele alcançou grandes transformações no seu comportamento, todas relacionadas diretamente à tomada de contato consigo. Quanto à finalização, concordou com a terapeuta quanto a não ser o momento ideal para a interrupção, tendo ainda “coisas importantes a tratar”. Mas deu-se por satisfeito com o resultado alcançado até então e resolveu ceder à sugestão da instituição a qual é vinculado para mudar de terapeuta, embora percebesse que as demandas da instituição referiam-se ao retorno de sua rotina de sobrecarga no trabalho, da qual todos se beneficiavam, menos ele.

3.1.1.1.3 A construção do vínculo

A terapeuta relatou que gosta de tratar pacientes que estabelecem um bom vínculo. Pacientes com resultados mais demorados são mais difíceis. G. estabeleceu um bom vínculo desde o começo, conforme M. e, através dele, conseguiu resultados em um tempo rápido.

G., por outro lado, relatou que a escolha da terapeuta se deu através de um critério de antipatia, mas isso não foi um impedimento para estabelecer um vínculo de forma rápida. Sentiu-se ouvido, mas também desafiado, e isso foi importante para os resultados. O fato de a psicóloga ser também sua professora não interferiu de forma negativa no processo e ele acredita que o vínculo como professora era diferente do vínculo como terapeuta. Este, por sua vez, era diferente de quando estavam fora do ambiente clínico e universitário, quando a sentia como “uma amiga”.

O vínculo, portanto, foi reconhecido como fator fundamental tanto pela terapeuta como pelo paciente, tendo sido estabelecido de forma rápida e se desenvolvido durante o processo. Houve, entretanto, um momento em que o vínculo foi questionado, quando a psicóloga sugeriu-lhe que tomasse uma decisão com a qual ele não concordava. O paciente, então pensou que a decisão sugerida era uma necessidade mais para a terapeuta do que para ele. Entretanto, no decorrer da terapia, o

questionamento foi redimensionado e o vínculo reestabelecido, com o prosseguimento do processo.

3.1.1.1.4 Diretivo: ser ou não ser? A autonomia como objetivo fundamental

M. relatou que faz parte do processo, em determinados momentos, orientar, esclarecer e mesmo direcionar, indicando comportamentos e ações para o paciente. A decisão de ser mais ou menos diretivo deve sempre ser tomada com base na observação do paciente, de sua postura corporal, dos seus sentimentos, de suas reações, enfim de seu momento. G. foi reconhecido como autônomo, sendo, portanto, responsável pelas mudanças e pelos resultados, bem como pelo processo de autoconsciência.

Quanto a esse tema, o paciente destacou que seu temor quanto à terapia era perder a autonomia. O objetivo do tratamento era contatar consigo e desenvolver um comportamento mais conforme com seus sentimentos e percepções. Ele afirmou que o tratamento foi bem sucedido por que havia uma certa distância da terapeuta e, mesmo, por vezes, questionou a intervenção e as colocações da terapeuta. Por fim, decidiu pela interrupção do tratamento, mesmo contrapondo-se à opinião da terapeuta. Essa decisão, para ele, foi resultado do processo e ele a considerou o exercício de sua autonomia, frente à terapeuta à instituição, como uma opção de não confrontá-la no momento, embora estando consciente das implicações da interrupção, que definiu como “uma pausa”. As confrontações e os espelhamentos durante o tratamento foram citados como importantes, embora sempre submetidos à avaliação do paciente, representando uma afirmação de sua autonomia frente às técnicas e intervenções.

3.1.1.2 As narrativas de eventos marcantes da terapia

3.1.1.2.1 Evento I – Infância

O evento – G. relatou que se lembrou durante o processo da terapia de um momento em que seu pai lhe dava um presente e esse presente era algo que ele desejava muito, “um carrinho grande”. O pai entra na casa, briga com a mãe, volta, toma esse presente e vai embora. Após essa saída, ele não retorna mais, pois é assassinado.

Memória mais importante da terapia – O paciente disse que essa foi a memória mais importante de todo o seu processo psicoterapêutico. O evento foi marcante, pois ouvia muitas coisas sobre o pai, durante toda a vida, e aquela cena ficou marcada em suas lembranças, porém, tinha “apagado” da memória a cena, pois não queria “ter contato com ele”.

Vitiligo me diferencia de meu pai – G. ligou o evento com o vitiligo, dizendo que, através da doença, desejava ser diferente do pai: “...inclusive o vitiligo foi uma coisa que eu busquei e desejei porque eu queria me parecer diferente dele, porque todo mundo falava que eu parecia muito com ele, então o vitiligo me diferenciava, então eu buscava algo que me diferenciava”.

Tabela 6

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta M. e Paciente G.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. Escutar para refletir e confrontar	<ul style="list-style-type: none"> – A escuta como principal função do terapeuta – Mescla de técnica – <i>Setting</i> terapêutico flexível – Características de personalidade – camaleão – Os resultados dependem do paciente e do vínculo – Diretividade – quando ser e quando não ser 	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo com o tratamento: entrar em contato consigo – Preconceitos com a terapia – Uma ponte para o contato consigo mesmo – Escolha do terapeuta – por “antipatia” – O que pode dificultar a terapia – não fazer a escuta – Atitudes do terapeuta – confrontar e espelhar
2. A psicoterapia na ótica dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre o paciente em foco – Os resultados dependem do paciente e do vínculo 	<ul style="list-style-type: none"> – Término por exigência da instituição – Confronto: um equívoco que se tornou um acerto – Os resultados
3. A construção do vínculo	<ul style="list-style-type: none"> – Pacientes bons (bom vínculo) e ruins (lentos para os resultados) 	<ul style="list-style-type: none"> – Escolha do terapeuta – por “antipatia” – Atitudes do terapeuta – confrontar e espelhar – Falar de si para um estranho é mais fácil
4. Diretivo: ser ou não ser? A autonomia como objetivo fundamental	<ul style="list-style-type: none"> – Diretividade – quando ser e quando não ser 	<ul style="list-style-type: none"> – Pedido de ajuda – Confronto: um equívoco que se tornou um acerto

Cena de infância revivida na terapia – A lembrança surgiu no processo da terapia, quando trabalhava outras coisas, porém, o processo levou-o ao conteúdo da lembrança, que foi recordado de forma intensa. G. destacou que o conteúdo dessa

memória “era o que precisava trabalhar primeiro, antes de trabalhar qualquer coisa”, e que não estava conseguindo trabalhar até aquele momento. Ele relatou que a intervenção da terapeuta foi fundamental, pois não estava conseguindo trazer o tema à tona. Enquanto discutiam outras questões, buscando “soluções imediatas”, a terapeuta trazia o tema, não sem resistência do paciente: “Ah, mas porque você tá me levando pra pensar nisso agora, não quero falar disso, e ela com todo o jeito dela foi me levando na reflexão, foi quando veio um baque da lembrança”. O tema foi tratado em várias sessões, pois era central para toda a terapia. Através dessa recordação, G. disse que percebeu que ao negar a história do pai, tinha negado a própria história, a própria infância. Ele foi, então, reconstituir os fatos sobre a morte do pai, o que significou para ele uma retomada da sua história. A ação da terapeuta: perceber o tema, lidar com a resistência do paciente e direcionar a conversa para o foco da resistência. Sobre a ação da terapeuta, o paciente relatou que “ela foi direcionando” e ele “se deixou direcionar” e, por mais que dissesse que não queria lembrar, sabia que era importante tratar aquele conteúdo. G. enfatizou que “se ela não tivesse direcionado, talvez eu nunca teria me dado conta”. O entrevistado descreveu a intervenção da terapeuta como “conversas”, nas quais sugeria que ele falasse mais sobre a sua infância, sobre como era o seu relacionamento com os pais. E, mesmo ele dizendo que não queria falar disso, a terapeuta foi “entrando nessa conversa”, conduzindo aos poucos, “como quem não quer nada”, até “intervir na situação”: “Aí quando eu fui ver eu já estava conversando, eu já estava me voltando novamente (para a situação)”.

O desfecho – a importância para a terapia – Conforme G., a recordação da memória e o trabalho dos sentimentos envolvidos na recordação foram decisivos para a terapia: “... a partir do momento que eu fiz contato, eu comecei a me abrir nessa reflexão, então eu percebi que tava indo pra outros caminhos, mas na verdade o caminho era esse, então facilitou todo o processo terapêutico”. Pois era algo que ele “negava, mas que era essencial”: “... eu tive que passar por este caminho, querendo ou não, porque era algo que eu corria um pouco, mas é passado.”

3.1.1.2.2 Evento II – Busca da terapia

O evento – G. relatou que a terapia realmente começou após a revivência do evento da infância, o primeiro tema. Isso se deu em torno de quatro meses de terapia e foi um marco para o início do processo, quando percebeu que realmente estava em tratamento. Esse evento envolve o tratamento da questão, na terapia. O paciente citou

diversas sessões envolvendo técnicas corporais que o ajudaram a “entrar em contato” com a cena, com os sentimentos envolvidos e até com as dificuldades de trabalhar com o tema. A percepção das dificuldades propiciou ao entrevistado a compreensão de que o processo envolveria um esforço da sua parte. E a partir daí, ele sentiu-se mais capaz de realizar o processo, que resultou nas mudanças.

3.1.1.2.3 Evento III – Retorno aos brinquedos

O evento – G. relatou que este evento refere-se a uma sessão da terapia em que a terapeuta sugeriu-lhe trabalhar com uma caixa de brinquedos. Ela pediu para que ele montasse algumas cenas da terapia, o que, na percepção do entrevistado, possibilitou a revivência de diversos sentimentos ligados à infância: “...aí eu fui montando algumas cenas com brinquedos, algo que me lembrava, como por exemplo, o carrinho que foi me dado na infância, muitas coisas ao longo da terapia foram retornando através dos brinquedos...”.

Os efeitos – As sessões com caixa de brinquedo, conforme G., possibilitaram-lhe organizar conteúdos que estavam confusos e misturados, na sua vida. Assim, ele dividiu os conteúdos tratados na terapia em três: a infância, a instituição e o processo terapêutico: “Nós dividimos em três partes: em infância, instituição e processo terapêutico (terapia, instituição e família)”. O trabalho seguia na representação dessas áreas na caixa de brinquedos e ele utilizava uma representação para si, sendo útil mesmo fora da sessão, na organização de seus conteúdos internos: “Tinha um bonequinho que me representava no processo terapêutico, tipo assim, um guerreiro, aí eu levei esse bonequinho e ta lá em casa. E toda vez que eu olho para o bonequinho eu consigo fazer contato com aquelas três realidades”. As sessões com técnicas como exercícios e caixa de brinquedos foram descritas como importantes para o processo e agradáveis para o paciente. A terapeuta sugeria dinâmicas, que eram em geral aceitas pelo entrevistado. G. que inclusive enfatiza que se a terapeuta não insistisse nas técnicas, talvez alguns conteúdos não teriam sido trabalhados.

3.1.1.2.4 Evento IV – A sala de espera

O evento – G. relatou que gostava de chegar muito tempo antes da sessão, para poder esperar na sala de espera. O espaço era agradável, com incenso, música suave, tranquilidade e ele aproveitava para entrar em contato consigo. O paciente destacou que foi muito importante ter passado aquele tempo na sala de espera e que, depois da

terapia, tinha criado espaços em sua casa, na família, no trabalho, em que reproduziu o ambiente, utilizando-o para relaxar e entrar em contato, como fazia durante a terapia.

3.1.1.2.5 Evento V – Estou na terapia!

O evento – O entrevistado relatou que sempre foi contra a terapia e, então, logo quando começou o tratamento, sentiu a primeira crise: “estou na terapia!”. Ele associou a terapia com “doença” e achou que deveria tomar tranquilizantes, já que estava se tratando: “...eu to fazendo terapia e automaticamente eu preciso de calmante”...porque estou fazendo terapia, eu preciso me acalmar.”. G., então, ouviu de outras pessoas que nem sempre é necessário medicar-se, apenas quando a pessoa tem muitos problemas. Ele passou a se perguntar se tinha tantos problemas, quais seriam e como iria abordá-los. Ele descreve que foi quando se percebeu realizando terapia: “Então foi o momento em que a ficha caiu, que eu comecei a fazer o contato com a terapeuta verdadeiramente, que eu comecei a fazer o contato comigo, foi quando eu comecei a me perceber verdadeiramente na terapia”.

3.1.1.3 Indicadores quantitativos

A avaliação geral da terapia pelo paciente configurou um processo efetivo com mostra a Tabela 7. Os resultados gerais e as mudanças produzidas pela terapia foram avaliados como positivos e visíveis, tanto para o próprio paciente, quanto para outros que convivem com ele. Da mesma forma, a aliança terapêutica foi avaliada por G. como positiva. Isso significa que os recursos do paciente, a sua motivação, a sua percepção da motivação da terapeuta e a sua percepção do acerto do foco e das estratégias da terapeuta foram considerados como suficientemente bons para os resultados alcançados. Destaca-se, também, que, embora a avaliação da aliança tenha sido positiva, esta não foi classificada entre as mais altas na amostra. As memórias produzidas na terapia também foram avaliadas como intensas, vívidas e tendo produzido uma avaliação geral da experiência dos eventos carregada de intensidade emocional. A terapeuta pontuou como tendente à extrovertida, sendo classificada como mais diretiva e interventiva, enquanto o paciente foi avaliado como tendente a introvertido, focando mais nos seus processos reflexivos internos.

Tabela 7

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 1

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P1 G.	Introvertido (4,51)	Extrovertida (4,58)	Efetivo/Sup (1,84)	Efetivo/Inf (5,96)	Vívida/Sup (6,31)

3.1.1.4 Redução fenomenológica da Díade 1

A descrição apresentou o paciente G., no início da terapia, como alguém em busca de referências pessoais, de estabelecer um “contato consigo mesmo”. Ele sentia-se perdido quanto à avaliação das experiências individuais e alheios a si mesmo. A busca da terapia foi motivada, então, pela realização desse contato, através de uma ajuda externa (terapeuta como uma “ponte”). O temor inicial era de “perda de autonomia” e o objetivo principal, a conquista de um funcionamento mais autônomo e auto-referenciado. As experiências e técnicas da terapia foram descritas como auxílio ao seu contato com memórias importantes de infância, bem como a organização de sua percepção de áreas da vida (infância, instituição e terapia), que estavam funcionando “desconectadas”. Durante o processo, as narrativas de eventos da terapia mostraram a importância da ação da terapeuta no sentido de provocar reflexões através de “confrontos” e “espelhamentos”. A terapeuta propunha questionamentos que provocavam no paciente a auto-reflexão e a busca de “valores” próprios, resultando na redução do quadro de vitiligo e na modificação de comportamentos que provocavam sofrimento ao paciente (estresse, sobrecarga de trabalho e reações emocionais em desacordo com sua avaliação pessoal).

A entrevista da terapeuta descreveu uma profissional cuja principal característica é a “escuta” ou “leitura” do paciente e a adaptação de técnicas e intervenções com base nas suas reações e necessidades. Nesse sentido, pode-se entender que G. encontra em M. uma psicoterapeuta capaz de realizar a escuta de suas necessidades de auto-reflexão, autoquestionamento e constituição de auto-referências. A terapeuta focaliza a percepção do paciente e adapta as técnicas às suas necessidades, constituindo um “*setting* terapêutico flexível”, capaz de propiciar as condições ao paciente de explorar as

próprias memórias, vivências, sentimentos e percepções, vindo a constituir as auto-referências, objetivo principal do processo.

A terapeuta pontuou como tendente a extrovertida, enquanto o paciente, como tendente a introvertido. A tendência à introversão do paciente pode ser associada ao seu principal objetivo, de contatar consigo e constituir referenciais próprios, além da forma de buscar tal objetivo, através da reflexividade interna, centrada em temas focados no autoconceito. Essa descrição do processo pode ser associada à terapia com foco no *insight*, conforme as classificações da abordagem eclética (Beutler, 1983, 2001), identificada com pacientes com estilo internalizador.

A terapeuta, por sua vez, parece contextualizar a condição de tendência à extroversão quando identifica a forma de trabalhar como centrada nas reações e no processo do paciente, descrevendo pacientes desafiadores como mais lentos para os resultados. M. descreve o terapeuta como um “camaleão”, que modifica características de personalidade conforme as necessidades e características do paciente, habilidade associada à personalidade extrovertida. A assertividade, outra característica da extroversão, pode ser observada quando a terapeuta descreve a necessidade de ser mais diretiva, indicando comportamentos, orientando e esclarecendo mais diretamente o paciente.

A combinação entre o estilo da terapeuta (tendente a extrovertido) e do paciente (tendente a introvertido) parece ter produzido uma relação em que o foco no processo reflexivo do paciente constituiu condições suficientes para as mudanças obtidas pelo paciente. Apenas destaca-se, em acréscimo, que o episódio do “confronto como um equívoco que se tornou um acerto”, pode ter indicado uma dificuldade na leitura da terapeuta quanto ao processo do paciente, quando esse afirma a necessidade de autonomia e sente a intervenção da terapeuta como excessivamente diretiva. Esse episódio pode também explicar a avaliação da aliança terapêutica pelo paciente que, apesar de classificada como positiva, em comparação com a amostra, encontrava-se abaixo da média geral. No referido episódio, a diferença entre estilos de personalidade pode ter representado uma dificuldade na aliança, configurando uma diferença de percepção no foco da terapia. Porém, tal dificuldade, ressaltou-se, não inviabilizou o processo, que se mostrou permeável à correção de foco, realizada no decorrer da terapia e através da relação. Em resumo, a extroversão pode ser identificada no caso como um fator que influi no processo terapêutico, mediando o vínculo e a aliança. Porém, pode-se

também entender esse fator como submetido às adaptações psicodinâmicas do processo, configurando-se mais como mais um aspecto a ser administrado.

Os descritores qualitativos da experiência da terapia, pelo paciente, confirmam a avaliação quantitativa positiva do processo, com a percepção de mudanças gerais obtidas. Tanto a terapeuta como o paciente descreveram o vínculo como essencial para o processo e o avaliaram como positivo e rapidamente estabelecido na terapia. A descrição das memórias dos eventos marcantes da terapia pelo paciente revelou intensidade emocional, em consonância com a avaliação quantitativa, descrevendo um processo efetivado pela experiência de emoções vinculadas à terapia.

3.1.2 Díade 2 – Terapeuta E. e paciente V.

A psicoterapeuta E. se definiu como uma psicóloga com formação em terapia junguiana, embora tenha dito que não se identifica totalmente com esse referencial teórico, utilizando outros referenciais, também, como a esquizoanálise. Ela tem 34 anos de idade e trabalha como psicoterapeuta há cinco anos, na época da entrevista. V. é uma paciente com 26 anos de idade e estava em tratamento com E. há um ano, aproximadamente. Ela chegou à terapeuta por indicação de familiares, mas refere que a escolheu “por acaso”. A paciente, à época da entrevista, estava em um processo de desligamento da terapia, passando a frequência das sessões de quinzenal para mensal, pois, no entendimento de ambas, os resultados eram satisfatórios. Conforme a terapeuta, a escolha da paciente para o estudo se deu em função da sua boa vinculação e pelos resultados interessantes.

3.1.2.1 A entrevista

Os temas que emergem como centrais a partir das entrevistas da paciente e da terapeuta foram: “foco na relação”; “o limite”; “o paciente no centro do processo”; “a combinação de características de personalidade”; e “o entendimento da psicoterapia” (ver Tabela 8).

3.1.2.1.1 Foco nas relações

A terapeuta E. e a paciente V. percebem como o principal foco do processo psicoterapêutico, as relações, a interação e o estabelecimento do vínculo entre terapeuta e paciente. A terapeuta afirmou que já gostava de lidar com pessoas desde antes da

faculdade, e associou essa habilidade ao trabalho da psicoterapia. Ela revelou que a teoria deve ser “submetida às relações”, devendo ser mediada por esta. Da mesma forma, as primeiras sessões foram consideradas essenciais para o processo, pois são a base para o estabelecimento do vínculo. O terapeuta não deve ser “sério demais”, nem “asséptico”, mas deve demonstrar suas emoções, comportando-se como “um ser humano”. Já com E., a vinculação foi imediata, o que facilitou o processo. Ela descreveu a relação como contrastante com as terapeutas anteriores, pois havia troca, interação e interferência no que ela falava. A confiança na terapeuta, a partir da vinculação inicial possibilitou à paciente falar sobre seus problemas e experienciar as emoções associadas aos conteúdos tratados nas sessões.

3.1.2.1.2 O limite

Ambas as participantes do processo destacaram a importância do “limite” para a psicoterapia. A terapeuta disse que se percebe como incisiva, gostando de “cutucar a ferida” dos pacientes, com sensibilidade, para que estes possam perceber e elaborar suas questões mais dolorosas. Porém, o “colocar limite” foi a maior dificuldade percebida pela terapeuta, pois ela sente como se não estivesse sendo acolhedora. E. teve que ser flexível para desenvolver essa característica que, segundo ela, é fundamental para os resultados da psicoterapia.

A paciente, em consonância com a terapeuta, destacou o limite como fundamental para os resultados. Ela afirmou que tinha problemas em cuidar de si, agindo de forma impulsiva. E, para perceber essa dificuldade e mudar, teve que aprender a “dar uma freada” em seus comportamentos, o que fez a partir da ação incisiva, porém delicada da terapeuta. V. sentiu a terapia como “um chamamento para a realidade”, uma auto-reflexão sobre os seus comportamentos e motivações. A ação da terapeuta foi fundamental para o resultado, pois, apesar de E. identificar o limite como uma dificuldade sua, V. identificou as perguntas inquisitivas, esclarecedoras e reveladoras de contradições, feitas pela terapeuta, como muito importantes para adquirir consciência sobre si e sobre o seu processo de impulsividade.

3.1.2.1.3 O paciente no centro do processo

A identificação do processo da terapia com a tomada de consciência do paciente, seu movimento na direção da auto-reflexão e a vivência de afetos foi consensual entre terapeuta e paciente. Ambas expressaram que a terapia é um processo no qual deve-se facilitar ao paciente entrar em contato consigo, para que ele mesmo possa fazer as reflexões necessárias para as mudanças de comportamento. O paciente, portanto, é o centro do processo psicoterapêutico. Nesse sentido, a terapeuta disse que a terapia ocorre sempre em acordo com o momento do paciente e, mesmo a linha teórica e as técnicas devem ser moderadas pela realidade da relação. E a paciente afirmou que a terapia não diz “o porquê” dos comportamentos, nem “dá nada”, só ajuda a pensar sobre si. O terapeuta, na sua percepção, deve receber algum treinamento para lidar com qualquer tipo de pessoa, pois é através das pontuações que ele faz sobre a história do paciente, que este associa aspectos do seu presente com o seu passado.

3.1.2.1.4 A combinação de características de personalidade

A terapeuta como a paciente descreveram a interação na terapia como muito boa, possibilitando os resultados. E. disse que características de personalidade são anteriores à teoria, tendo gostado de atender à paciente, pois percebia a relação como fluida, na qual as associações ocorriam com naturalidade. Ela disse que não gosta de atender pacientes com queixas frívolas e a paciente trazia conteúdos muitas vezes pesados e complexos.

V. percebe-se como uma pessoa agitada e impulsiva, beneficiando-se da personalidade da terapeuta, que é vista como atenta, sensível e perspicaz. Nesse sentido, a terapeuta foi vista como receptiva e sutil, mas incisiva, realizando os confrontos necessários. E. é uma pessoa doce e tranqüila, conforme V., alguém com quem ela teria uma amizade muito agradável, fora do contexto terapêutico.

3.1.2.1.5 O entendimento da psicoterapia

A psicóloga descreveu a terapia como “um atendimento agradável”, no qual a paciente experienciou um processo de assustar-se com os próprios comportamentos, aprendendo a conter-se. No entanto, a terapeuta percebeu este como um processo rápido demais e questionou a profundidade dos resultados. A paciente “foi de um extremo ao outro” muito rapidamente. De muito exposta a contida demais. Ela, então, concluiu que

gostaria de “ter ido mais fundo” com a paciente, em seus problemas, inclusive fazendo um desligamento da terapia melhor trabalhado, em seus conteúdos finais. Na sua percepção, embora estivesse vinculada à paciente, esta não estava tão vinculada a ela, o que pode ter contribuído para o desligamento final, precedido por um afastamento da paciente.

A paciente, no entanto, entendeu a terapia como um processo bem sucedido. Ela se vinculou quase imediatamente com E. Suas intervenções eram percebidas como sutis e incisivas, o que lhe possibilitou perceber importantes conexões entre seus comportamentos contraditórios e sua história de vida. A terapia foi percebida como um “chamamento para a realidade”, no qual ela tomou contato com seus comportamentos impulsivos e de risco, e conseguiu modificá-los. A partir de um “repensar processos internos”, ela pode “elucidar suas questões” e, tendo maior consciência, adquirir “comportamentos mais coerentes”.

Na percepção da paciente, a terapia foi muito bem sucedida e atingiu os objetivos que ela esperava, enquanto para a terapeuta, o processo pode não ter alcançado a profundidade necessária, ficando faltando “ir mais fundo” nos problemas tratados.

Tabela 8

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta E. e Paciente V.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. Foco na relação	<ul style="list-style-type: none"> – Gostar de pessoas como uma característica para ser terapeuta – A teoria submetida às relações – Habilidades interpessoais – ter bom relacionamento interpessoal – foco nas relações – Primeiro contato, o primeiro vínculo é fundamental – Ser muito sério, não receber bem a pessoa, não acolher (não ser meio asséptico, como parece que o terapeuta tem que ser) – Terapeuta também é ser humano (demonstração de 	<ul style="list-style-type: none"> – Experiências prévias negativas – vinculação ruim – Vinculação imediata com a terapeuta – Contraste com os outros atendimentos: a interação – A troca, interação e interferência como fundamentais para a psicoterapia

<p>2. O limite</p>	<p>afetividade) – Como se percebe: Uma terapeuta participativa, ativa, extrovertida, que gosta muito de falar, de “estar com gente”, de se comunicar com as pessoas – “Mexer na ferida dos pacientes”: cutucar e “fazer eles olharem pra ferida” – O mais desafiador é “dar limite” – Ser flexível (para dar limites)</p>	<p>– Os problemas no auto cuidado – Um chamamento para a realidade – Dar uma “freada” – Incisiva e “perspicaz” – indicar contradições, “pontuar coisas” e “chamar para a realidade”</p>
<p>3. O paciente no centro do processo</p>	<p>– A terapia ocorre em consonância com o momento do paciente – A linha teórica submetida ao momento, à realidade da relação</p>	<p>– Auto-reflexão – Terapia não diz “o porquê” dos comportamentos, nem “dá nada”, só ajuda a pensar sobre si – Terapeuta como alguém treinado para lidar com qualquer tipo de pessoa – Pontuar a própria história a partir das relações que a terapeuta faz entre o presente e o passado</p>
<p>4. A combinação de características de personalidade</p>	<p>– Características de personalidade são algo anterior à teoria e influem no processo – Pacientes com quem gosta de trabalhar – comunicação que flui, paciente inteligente – Pacientes com quem não gosta de trabalhar: Adolescentes (frivolidade)</p>	<p>– Agitação e impulsividade (paciente) versus atenção, sensibilidade e perspicácia (terapeuta) – Como se vê: Agitação, ansiedade, sobrecarga de atividades – Como vê a terapeuta: Receptiva, atenta, cuidadosa e incisiva, além de sutil e sensível – Terapeuta como uma pessoa doce e tranqüila</p>
<p>5. O entendimento da psicoterapia</p>	<p>– Sobre o desligamento unilateral da paciente – A paciente “saiu de um extremo ao outro”: de muito exposta a contida demais – O processo da paciente de assustar-se com os</p>	<p>– Escolha “por coincidência”. – Vinculação imediata. – Receptiva, atenta, cuidadosa e incisiva, além de sutil e sensível Terapeuta como uma pessoa doce e tranqüila</p>

	próprios comportamentos e conter-se um pouco – Um atendimento agradável – Eu me vinculei e ela não – Paciente trazia coisas pesadas – Gostaria de “ter ido fundo com ela”	– Incisiva e “perspicaz” – indicar contradições, pontuar coisas e “chamar para a realidade” – Resultado: Para mim, funcionou – Processo para repensar processos internos e elucidar suas questões – Maior consciência leva a comportamentos mais coerentes
--	---	---

3.1.2.2 As narrativas de eventos marcantes da terapia

3.1.2.2.1 Evento I – Festa com minha irmã

O evento – A paciente relatou que esse evento ocorreu em torno de uns seis meses de terapia. Ela e a irmã decidiram sair em uma noite. Foram a um lugar que costumavam muito freqüentar, mas há muito tempo, não iam. E então, de repente, no meio da festa, ela começou a narrar coisas que estava percebendo, sobre o lugar, de uma forma diferente das outras vezes, o que representou muito para V.:

De repente, assim, no meio da festa, eu me dei conta de que eu tava percebendo tudo de uma forma muito diferente lá dentro e comentei com ela sobre isso, assim, como pode ver, eu vim aqui tantas vezes, viemos aqui tantas vezes e eu sempre via as coisas de uma forma e hoje eu estou vendo de uma forma totalmente diferente. E comecei, tipo, a narrar pra ela como eu tava enxergando as coisas, com que visão eu tava enxergando ali, de que maneira isso era tão diferente assim. Aí, minha irmã é mais nova do que eu, e foi uma incentivadora da minha procura pela psicoterapia, e eu tava contando assim para ela, aí, de repente, ela me olha e ela ta chorando, ela chora assim no meio da festa e me diz: Seja bem-vinda é uma honra para mim ta aqui hoje, sabe.

A transformação – Esse evento, conforme V., representou uma transformação, pois ela estava conseguindo enxergar as coisas de uma forma diferente, controlando seus impulsos, não estava fazendo uso de bebidas alcoólicas, de cigarro ou de drogas, como costumava fazer: “Por que... por essa transformação na forma de ver as coisas. Por eu ter, por eu ter, conseguido ta num lugar que eu sempre estive, mas fazendo coisas de uma outra forma, enxergando as coisas de uma outra forma”. A paciente tinha muita dificuldade de controlar seus impulsos e aquele evento representou esse tipo de

autocontrole: “Por que eu tinha uma grande dificuldade de conseguir controlar os meus impulsos. (...) E naquele dia eu tava ali e tava assim feliz, porque um cara tava tocando, e eu tava entendendo tudo que tava acontecendo.”. A terapia teve relação com essa transformação, pois fez a paciente pensar sobre seus comportamentos e as suas conseqüências, o que a possibilitou agir de forma diferente. “Então, eu acho que só o ato de refletir sobre as tuas próprias coisas, eu acho que é esse, que essa é a principal influência na terapia para mim”.

3.1.2.2.2 Evento II – A doença da minha mãe

O evento – V. relatou que a mãe sofria de depressão por dez anos e a paciente, então, em uma sessão, conseguiu chorar, desabafar os sentimentos relacionados ao problema da mãe, que estavam guardados por todo esse tempo. O evento foi importante por que V. conseguiu “extravasar” sentimentos, de uma forma que nunca tinha conseguido, pois com a família, tinha que se conter, tinha que manter a serenidade. O evento, conforme a paciente, não provocou uma transformação importante, na sua vida, mas representou a possibilidade dela vivenciar e expressar os sentimentos envolvidos:

E outras vezes a gente abordou esse tema, mas nessa, foi a primeira vez que eu consegui assim, extravasar, eu acho. Que eu chorei e consegui colocar para fora tudo que eu sentia com relação à doença da minha mãe e que eu não pude dividir com muitas pessoas durante a minha vida, assim. (...) assim, não que isso tenha me provocado alguma coisa depois disso e me transformado. Mas, o poder extravasar aquilo, não deixar aquilo contido, eu acho que foi o mais importante.

A ação da terapeuta – A sessão em que o evento ocorreu foi marcada, no começo, pelo relato de aspectos sobre a doença da mãe, da história da relação de V. com a mãe, em que a terapeuta foi perguntando aspectos sobre o tema, para esclarecimento. Portanto, a sessão começou como uma sessão normal e foi focando no tema. A terapeuta conduziu a sessão para entender a história da mãe e, então, os sentimentos de V. começaram a despertar. Sua ação consistiu em perguntar e conduzir o foco do tema, com muita sensibilidade, pois, mesmo experienciando sentimentos, a paciente relatou que o que a psicóloga perguntava não machucava, de forma que ela não sentiu como se ela “cutucasse as feridas”. V. relatou que, caso a terapeuta não tivesse insistido, perguntando sobre o caso da mãe, não teria trazido o tema com toda a intensidade que vivenciou.

3.1.2.2.3 Evento III – Escolhas do meu pai

O evento – Nesse evento, a paciente relatou que a terapeuta a fez perceber o quanto é parecida com o pai, o quanto é influenciada pelos seus valores, características, e o quanto de seu comportamento é devido a ela não querer decepcioná-lo:

É... Essa é uma mais leve, assim, mas que é importante. Mais leve no sentido que não houve, assim, um desespero, choro, e... né... mais importante assim por que eu... isso foi há pouco tempo. Já há mais de dez meses, onze meses de terapia, eu acho, e que eu me dei conta do quanto eu sou influenciada mesmo pelas coisas que meu pai acha importante.

A terapeuta “pontuou” esses fatos de forma bem leve e a fez concluir que “algumas de suas escolhas têm relação com as dele”.

A ação da terapeuta – A terapeuta, nesse evento, atuou fazendo perguntas esclarecedoras, que permitiram à paciente perceber a influência do pai e refletir sobre essa influência e sobre seus próprios conceitos e comportamentos: “... quando ela me questionou: ‘tu te deste conta de que tu fizesse isso ou aquilo ou aquela vez, e tal, em função dessas idéias que teu pai sempre pregou aí, e tal?’ E aí, eu me dei conta de que era real”.

3.1.2.3 A avaliação quantitativa do processo

Conforme o instrumento de avaliação geral da psicoterapia (Questionário Strupp), o processo foi avaliado como efetivo (ver Tabela 9). O contato com a terapeuta, o foco da terapia e as mudanças produzidas e percebidas por V. e seus familiares e amigos configuraram a avaliação da terapia como positiva. Em acréscimo, a terapia foi avaliada com escores acima da média da amostra, estando entre as terapias melhor avaliadas. A qualidade da aliança terapêutica (Calpas) também foi classificada como positiva e, da mesma forma que a avaliação geral do processo, os escores neste instrumento estavam entre os mais altos em comparação com a amostra. As memórias da terapia (QML) obtiveram escores altos para intensidade, configurando um processo vívido e efetivo. Destaca-se, ainda, que os escores de memórias em lampejo não estavam entre os mais altos da amostra. Ambas, terapeuta e paciente pontuaram no

instrumento de personalidade como tendentes a introvertidas, sendo descritas como mais focadas na reflexão individual, nos temas de vida, e no auto-conceito.

Tabela 9

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 2

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P2 V.	Introvertida (4,04)	Introvertida (3,75)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,04)	Vívida/Inf (5,67)

3.1.2.4 Redução fenomenológica da Díade 2

Os relatos de eventos da terapia indicaram que o processo de tomada de consciência da paciente foi marcado pela aquisição de atitudes de autocontenção, o que foi possível através de ações incisivas da terapeuta, questionando, confrontando e esclarecendo a paciente a respeito dos seus comportamentos de risco. Tanto a terapeuta quanto a paciente expressou a necessidade de lidar com temas importantes e dolorosos, através de questionamentos e confrontações sobre comportamentos e opiniões contraditórios. O processo foi descrito pela paciente como um “chamamento para a realidade”. O resultado desse chamamento foi a aquisição de atitudes de auto proteção. Pode-se associar tais atitudes com a expressão de um comportamento condizente com a postura introvertida, marcada pela não impulsividade, pela reflexividade e pelo auto centramento. Nesse sentido, a personalidade introvertida de E. pode ter facilitado, no processo, o foco nos processos reflexivos internos da paciente, além do estilo sensível e cuidadoso das intervenções da terapeuta.

V. descreveu a terapeuta como incisiva, mas voltada para os processos reflexivos da paciente. As mudanças percebidas ficaram configuradas nos eventos marcantes, como expressões da tomada de consciência da paciente. As perguntas incisivas, a condução delicada e sensível da discussão dos temas da paciente e as confrontações sutis foram exemplificadas pela descrição da ação da terapeuta nos relatos dos eventos, quando a terapeuta aparece como auxiliar do processo auto-reflexivo. A percepção das conseqüências dos próprios comportamentos, das contradições e das dificuldades da paciente resultou na adoção de diferentes comportamentos. Pode-se, portanto,

interpretar que a tomada de consciência não só precedeu as mudanças de comportamento, como causou tais mudanças. Essa relação causal entre o processo auto-reflexivo e as mudanças de comportamentos é compatível com a descrição da personalidade introvertida, sendo, inclusive, uma de suas características mais marcantes.

O processo psicoterapêutico foi descrito de forma diferente por E. e V. Enquanto a paciente percebe-se como muito vinculada à terapeuta e refere efeitos positivos da vinculação, para a terapia, a terapeuta a percebe como menos vinculada a ela, em um processo de afastamento no final, configurando um processo incompleto e com resultados não suficientemente consolidados. Entende-se que a terapia descrita foi um processo efetivo, que resultou em mudanças de comportamento e de percepção importantes da paciente, resultando tanto da sua ação auto-reflexiva, como da condução cuidadosa e incisiva da terapeuta.

Finalmente, podemos entender a avaliação positiva dos resultados quantificados como uma expressão do sucesso da terapia, percebido pela paciente e descrito em seus resultados, de forma qualitativa. A aliança terapêutica foi descrita como bem sucedida, tendo relação com os bons resultados alcançados, embora a terapeuta tenha expressado que não percebia a paciente como suficientemente aliançada. Os escores da paciente quanto à aliança (Calpas) demonstram que ela estava bem vinculada com a psicóloga e não confirmam a percepção da terapeuta. Da mesma forma, a avaliação das memórias como intensas e vívidas confirma a percepção da paciente sobre a terapia como um processo intenso e efetivo. Entretanto, os escores abaixo da média amostral podem estar indicando a necessidade de uma consolidação do processo, o que foi percebido pela terapeuta como a necessidade de aprofundar a discussão das questões da paciente.

3.1.3 Díade 3 – Terapeuta I. e paciente A.

A psicóloga I. definiu-se como psicoterapeuta corporal, com formação em psicodrama. Na época da entrevista ela tinha 35 anos de idade e trabalhava como psicoterapeuta há dois anos e meio. A. é uma paciente com 29 anos de idade e estava em tratamento com I. há aproximadamente dois anos. Ela buscou a terapeuta por indicação de uma prima. A paciente, à época da entrevista, estava em meio ao tratamento, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Conforme a terapeuta, a escolha da paciente para o estudo se deu em função das profundas transformações, inclusive corporais, alcançadas no tratamento.

3.1.3.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e da terapeuta foram “foco na reestruturação: a mudança como objetivo e a responsabilidade do paciente”; “cuidado, escuta e lentidão”; e “sobre a psicoterapia: o limite, a reestruturação, a tranquilidade, o suporte e o vínculo” (ver Tabela 10).

3.1.3.1.1 Foco na reestruturação: a mudança como objetivo e a responsabilidade do paciente

O objetivo inicial da terapeuta era trabalhar com crianças com problemas escolares, focando na reestruturação pedagógica. A escolha das técnicas de intervenção parece refletir o interesse da terapeuta pelo trabalho de reestruturação da personalidade, com técnicas corporais e uma base estrutural psicanalítica. Tal preferência também aparece na descrição dos pacientes que gosta mais de atender: predominantemente “orais”, que demandam uma estruturação mais básica. Além disso, a psicoterapia é percebida como um processo de transformação intensa, que depende da motivação e aceitação do paciente.

A paciente, em consonância com o interesse da terapeuta, descreve uma demanda de reestruturação profunda. A busca da terapia foi motivada pela aceitação de uma perda, o aborto, mas logo A. descreveu a queixa principal como o problema com a obesidade (impulsividade oral), cujo trabalho representava uma “reconstrução corporal e de vida” a partir de novas atitudes e percepções. A paciente, assim, descreve a terapia como um processo de mudança, transformação, superação, construção de um novo corpo, uma nova vida, ser o centro de sua vida. Para isso, teve que aprender a dizer não, a desenvolver calma e a estabelecer metas constantes de mudanças semanais. Assim, o controle da alimentação representou um trabalho com o limite, em sua vida, sendo compatível com um processo de reestruturação pedagógica.

3.1.3.1.2 Cuidado, escuta e lentidão

A forma como a terapeuta trabalha no consultório foi descrita como lenta, cuidadosa, mas interativa. A psicóloga relatou que procura ser menos interventiva, privilegiando o desenvolvimento gradual do vínculo, em um ritmo tranquilo e o máximo possível livre de dor. A mudança, assim, deve ocorrer como objetivo principal do

processo, mas sempre no ritmo do paciente e de uma forma que ele possa suportar. Isso aparece também quando a terapeuta descreve que a paciente teve um emagrecimento muito rápido e teve que dar sustentação para o emagrecimento estruturado. O desafio para a psicóloga é ter que lidar com pacientes resistentes e falantes, com quem tem que ser mais agressiva e direta, o que conflita com seu jeito mais lento, cuidadoso e tranquilo.

A paciente, por sua vez, buscava alguém mais calmo do que ela mesma. Seu temor quanto às intervenções corporais e à exposição demonstravam a necessidade de buscar uma terapia suave, cuidadosa e estruturante. Da mesma forma, a liberdade de falar e se posicionar quanto às técnicas foi descrita como um ponto positivo na condução tranquila do processo. Ela procurava alguém que a escutasse, e, com tranquilidade, fosse lhe dizendo no que estava errada, para que ela pudesse lidar com os seus sentimentos e “cuidar da sua mente”. O início da terapia foi descrito como lento, pois o vínculo só foi se desenvolvendo aos poucos, quando se sentiu mais confiante em relação à terapeuta. A partir daí, passou a falar mais abertamente de seus problemas e ouviu sempre com aceitação todas as falas esclarecedoras da terapeuta.

3.1.3.1.3 Sobre a psicoterapia: o limite, a reestruturação, a tranquilidade, o suporte e o vínculo

A terapeuta descreveu a terapia em foco como um processo centrado no limite, isto é, em “juntar”, “enxugar”, “organizar” a personalidade da paciente, para que ela conseguisse, por consequência, emagrecer. Com isso, foi necessário a paciente aprender a conter sua impulsividade, sendo fundamental para isso, o trabalho lento e tranquilo da terapeuta, como contraponto à sua ansiedade e nervosismo. O desafio descrito pela psicóloga foi “enxugar” em meio às falas da paciente, os conteúdos emocionais mais importantes. Como resultado, ela percebeu a terapia como bem sucedida, pois houve uma reestruturação de vida e de hábitos da paciente.

A paciente descreve-se como uma antes e outra depois da terapia. Portanto, identifica a terapia como muito bem sucedida, tendo mudado atitudes e comportamentos, adquirindo mais “calma”, “força de vontade” e objetividade. Segundo ela, passou por um processo de “construção de um novo corpo” e de “uma nova vida”. Para isso, passou a desenvolver “metas” de transformação semanais e a realizar as técnicas corporais da terapia também em casa.

A terapia, portanto, na percepção tanto da terapeuta como da paciente, cumpriu o objetivo de lenta, suave e gradualmente, reestruturar a personalidade da paciente, sendo avaliada por ambas como muito bem sucedida.

Tabela 10

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta I. e Paciente A.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. Foco na reestruturação A mudança como objetivo e a responsabilidade do paciente	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: trabalho pedagógico – A escolha da linha teórica: <ul style="list-style-type: none"> – O trabalho com o corpo – Pacientes que gosta de atender: mais orais, e, também, “os mais sentimentais” – O que é psicoterapia. – Um processo de mudança, em que a própria pessoa tem que ter “disponibilidade para mudar” 	<ul style="list-style-type: none"> – Motivo da busca: aborto – aceitação da perda – O tratamento – como está sendo? – Era uma antes e é outra depois da terapia Resultados: “força de vontade”, “mais calma”, consegue “ver o que é bom para si”, afastar-se do que não é, “dizer não sem culpa” – O estabelecimento de “metas” – Sobre o medo do novo – A construção de um novo corpo, uma nova vida. Ser o centro de sua vida – Técnicas corporais – o grounding – Sai da terapia sempre melhor do que chegou. – Um processo de mudança, de superação
2. Cuidado, escuta e lentidão	<ul style="list-style-type: none"> – A forma como trabalha no consultório: Muito cuidadosa, lenta. – Interação: lenta, mas falante – Procura ser menos interventiva – é “contra gerar dor” – O vínculo – no início foi lento, mas depois se desenvolveu e o efeito apareceu – Pacientes com quem não gosta de trabalhar: Histéricas e narcisistas – por 	<ul style="list-style-type: none"> – A busca de terapia. – Por indicação – gênio forte – A escolha da terapeuta: uma pessoa diferente de mim – tranqüila, enquanto eu sou geniosa – Tinha um temor da intervenção corporal. – Atitudes da terapeuta que ajudam no tratamento Escutar, “abrir o olho” e dizer quando a paciente está errando – Liberdade de falar e se

	<p>causa da resistência deles no trabalho; e com os mais falantes, com quem teve que aprender a ser mais agressiva</p>	<p>posicionar quanto às técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> – O vínculo – a terapia foi melhorando com o tempo: maior intimidade com a terapeuta – Sobre terapia em geral. – Terapeuta é diferente de amigo – Terapeuta como alguém que escuta. – Atitudes do terapeuta que podem atrapalhar: falar antes de escutar o paciente – A terapia como um processo que funciona: indica tratamento para outras pessoas. Um processo para “cuidar da mente” e “lidar com os sentimentos”
<p>3. Sobre a psicoterapia: o limite, a reestruturação, a tranquilidade, o suporte e o vínculo As técnicas corporais</p>	<p>– 5. Sobre a paciente em foco:</p> <ul style="list-style-type: none"> – O limite: Juntar, enxugar, organizar e emagrecer. – Impulsividade foi sendo contida – Combinação de características de personalidade – lentidão da terapeuta foi contraponto à impulsividade da paciente – Desafios: enxugar a fala para entrar nas emoções – Resultados: terapia bem sucedida, mas emagrecimento inicial muito rápido – terapeuta precisou dar um suporte para o emagrecimento – O vínculo – no início foi lento, mas depois se desenvolveu e o efeito apareceu – Vê a paciente como mais extrovertida, autônoma e independente 	<ul style="list-style-type: none"> – Faz uso das técnicas corporais – Era uma antes e é outra depois da terapia Resultados: “força de vontade”, “mais calma”, consegue “ver o que é bom para si”, afastar-se do que não é, “dizer não sem culpa” – O estabelecimento de “metas” – Sobre o medo do novo – A construção de um novo corpo, uma nova vida. Ser o centro de sua vida. – técnicas corporais – o grounding – A comparação de técnicas: o divã como uma barreira e a corporal como mais expressiva – Experiência anterior com psiquiatra – só passava calmante e não trabalhava com as emoções

3.1.3.2 As narrativas de eventos marcantes da terapia

3.1.3.2.1 Evento I – A surra

O evento – A. relatou que a terapeuta identificou a necessidade de trabalhar o “perdão da amiga” que havia engravidado um pouco depois dela perder seu bebê. I. propôs, assim, uma técnica em que a paciente batia em um colchão e em algumas almofadas, para expressar toda a sua raiva. No início, ela não batia forte, mas com o tempo a “emoção” começou a vir à tona e ela gritou que perdoava a amiga por tudo o que havia feito, obtendo o “perdão”:

Então a I. me arrumou umas almofadas... e eu comecei a bater. No início eu ia batendo sem força porque a emoção vem depois, né? Aí eu fui começando a gritar: ‘Eu te perdôo porque você me traiu. Eu te perdôo todos os defeitos, que via, tudo que me feria. Eu te perdôo porque você traiu a minha confiança, eu te perdôo porque você desejou a minha gravidez, eu te perdôo porque você roubou a minha gravidez’. Então eu comecei a fazer esse perdão.

A emoção expressa – A paciente descreveu que chorou muito e conseguiu “tirar essa amarra” em relação a esse assunto: “E chorei muito. Chorei de soluçar, de ficar assim... nunca tinha chorado assim por causa desse assunto. Então eu consegui tirar essa amarra”. (...) E acrescentou que a sessão não havia sido preparada. Foi uma necessidade a partir da percepção da terapeuta, de que a paciente precisava trabalhar sua raiva.

A. afirmou que o evento mudou a sua vida, a sua “maneira de ser”: “E depois desse dia que eu dei essa surra imaginária nela...antes eu fugia; eu não freqüentava os lugares que ela freqüentava. Passava olhando por baixo. Hoje eu não passo...não tem o que olhar por baixo. Passo e olho por cima”.

3.1.3.2.2 Evento 2 – Desenho do meu corpo em tamanho real

O evento – A paciente disse que usava roupas sem enfeites, de tamanhos bem maiores do que o seu por que ela se sentia mal pelo seu peso. A terapeuta, então, observou isso e propôs uma técnica de desenho, em que a paciente deitava no chão e a terapeuta desenhava o contorno do seu corpo em uma folha. I. pregou a folha na parede e mostrou a A. Ela se surpreendeu, pois imaginava que seu corpo seria muito maior. Percebeu, então, que desejava ser maior do que era, e passou a se questionar por que precisava “ser maior do que era”.

A importância do evento: autopercepção e disciplina – A paciente relatou que o evento foi importante para ela e que, até hoje utiliza a figura do desenho para trabalhar

sua autopercepção: “E de vez em quando eu desenrolo o meu rolinho, né, eu vejo ali, eu desenrolo, olho, até chego a me colocar, assim, perto pra ver se melhorou. Aí vou reparando, vou vendo. Aquele corpo, eu falo assim, é uma argila, eu to mexendo nele”.

O trabalho também foi associado com a autodisciplina, quanto aos horários, às atividades e aos hábitos alimentares da paciente.

Então fui me disciplinando, me disciplinando, me disciplinando. Agora, eu já consegui uma nova fase na minha vida. Isso é uma vitória. (...) Eu consigo ter noção do que eu quero fazer, do que eu posso dentro do meu tempo, o que vai me fazer bem. (...) Hoje em dia já é diferente. Não ando, não fico com o sentimento de culpa e no outro dia eu ando tranqüila. Então já faz parte dos meus exercícios. Aí eu pego, desenrolo meu corpo, aí vou olhando: ‘olha só o que eu já to mudando’. Eu vejo que ali... eu imagino.. não é só o corpo. Mas cada vez que eu desenrolo ele eu lembro da sensação, das emoções daquela época e hoje.

Os exercícios, conforme A., não são pré-combinados. Surge a idéia de uma técnica, a partir da percepção da terapeuta, que propõe e discute o trabalho com a paciente.

3.1.3.2.3 Evento 3 – Minha relação com a minha mãe

O evento – A paciente relatou que tem uma relação complicada com a mãe. Não se sente afetivamente ligada a ela, mas sente-se culpada por isso. Em uma sessão, o assunto surgiu e a terapeuta propôs conversarem sobre ele. A. relatou que foi muito difícil, pois tem muitos sentimentos de culpa e ressentimento em relação à mãe, que nunca lhe deu atenção. Ela, então, expressou os sentimentos em relação ao tema, chorou muito na sessão e pode perceber que não há obrigação de gostar da mãe e nem a mãe, de gostar dela. Tudo isso foi muito importante para a paciente.

As técnicas utilizadas – O tema foi tratado em mais sessões e, em uma dessas, A. relatou que foi muito importante um exercício em que perdoou a mãe:

Eu não tenho paciência com ela nem nada. Aí a Ingrid me sentou e falou: ‘A., vamos falar das suas emoções agora’. Aí começou a falar ‘sua mãe é isso, sua mãe é aquilo’, aí fui de novo pro exerciciozinho. Aí vou pro exercício, vou começar a falar do que eu não gosto, o que eu sinto. Eu perdôo por isso, eu não gosto que você faz isso, eu não gosto porque você me trata mal, eu não gosto porque você prefere a minha irmã, eu não gosto porque eu não gosto de você.

Então aquilo vai até eu sentir que eu sou uma pessoa normal. Foi muito importante.

Outro aspecto importante ressaltado por A., quanto ao evento, foi o relato de que, se a terapeuta não insistisse, a paciente não traria o assunto para ser discutido na terapia. Ela, também, destacou a importância da terapeuta ter sido incisiva no evento:

Se ela não tivesse persistido nas minhas emoções, eu chorando, mal, triste, acabada. Chorando... E ela insistindo, gritando, porque a I. me dá uns gritões. Ela grita. Não passaria daquilo, entendeu? Foi ...eu agradeço por ela ter sido assim, porque ela insistiu, né? Ela insistiu e quis ajudar. É a maneira dela ajudar, então, ela foi assim. E espero que continue sendo.

3.1.3.2.4 Evento 4 – O grounding

O evento – A paciente relatou que as técnicas e exercícios do grounding foram muito importantes no seu processo de auto-afirmação e de auto-estima. O trabalho inclui o exercício de não se sentir responsável pelo fracasso dos outros. A. disse que utiliza o trabalho em relação ao pai:

Então, também tem o outro exercício, que eu fiz a gravatinha, que eu leio que eu não sou responsável pelo fracasso de ninguém. Isso é em relação já ao meu pai, que meu pai é uma pessoa que está trabalhando, faz certas chantagens emocionais que, quando eu falo dele, a I. já acha que ele é inválido. Pelo modo, né? E eu faço, todos os dias: ‘não sou responsável pelo fracasso de ninguém...’ - isso tudo é com o meu grounding - ‘Eu sou responsável apenas pela minha vida’. Então, o grounding é um momento de eu firmar, de fazer...Aí eu termino o grounding, imagino uma luz dourada descendo na minha coluna e espalhando pela minha bacia. Pra poder me firmar. Todos os dias. É isso.

3.1.3.3 A avaliação quantitativa do processo

A terapia foi avaliada pela paciente, de forma geral, como efetiva, obtendo um escore médio entre as terapias melhor avaliadas da amostra (ver Tabela 11). Isso significa que a experiência terapêutica, as sessões, a relação com o terapeuta, o foco, as mudanças decorrentes do tratamento (percebidas pelo paciente e por outros), e a comparação entre bem estar psicológico no início e no final do tratamento foram classificadas como positivas. Da mesma forma, a qualidade da aliança terapêutica também foi avaliada como efetiva, com uma pontuação média entre as maiores da

amostra. O número de memórias relatadas é compatível com uma terapia bem sucedida. A classificação das memórias vívidas não foi informada. Ambas as participantes do processo, terapeuta e paciente, foram classificadas como tendentes a introvertidas, caracterizando-se pela reflexão com foco no autoconceito e nos comportamentos de internalização.

A avaliação quantitativa positiva da terapia está em conformidade com a percepção do tratamento, qualitativamente descrita, tanto pela terapeuta como pela paciente, como efetivo. A terapia foi percebida como bem sucedida, quanto às mudanças obtidas no comportamento (emagrecimento), na percepção de si (auto-estima e auto-imagem) e na interação entre terapeuta e paciente (no vínculo desenvolvido). A qualidade da aliança descreve um processo de vinculação positivo e decisivo para os resultados. A pontuação no estilo introvertido pode ser associado com o foco na estruturação da personalidade da paciente e no objetivo de afirmação social.

Tabela 11

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 3

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P3 A.	Introvertida (3,88)	Introvertida (3,60)	Efetivo/Sup (1,86)	Efetivo/Sup (6,25)	Não Inf

3.1.3.4 Redução fenomenológica da Díade 3

O objetivo inicial do tratamento, o emagrecimento, parece ter dirigido o foco da terapia para a reestruturação de personalidade da paciente. Tal processo mostra-se associado ao desenvolvimento, na paciente, da sua capacidade de lidar com o limite e para a tomada de consciência dos próprios valores. Esse resgate do autoconceito, expresso pela “construção de um novo corpo” e de “uma nova vida”, aparece como objetivo principal na ação da terapeuta, a partir do relato de eventos da terapia. Em cada técnica experienciada pela paciente, revela-se um passo importante na construção e estruturação de uma nova personalidade, bem como, um novo corpo, que emerge com novos comportamentos. Cada exercício está associado a importantes *insights* transformadores. Pode-se, portanto, descrever a terapia de A. como um processo lento e

gradual de estruturação a partir da reflexão sobre a relação com os familiares, com os próprios valores e com os sentidos que atribui ao próprio corpo.

A terapeuta descreveu a paciente como uma pessoa impulsiva e ansiosa, que necessitava de calma e autocontrole. Da mesma forma, a paciente descreveu-se como ansiosa e descontrolada, precisando do contato com alguém tranqüilo e controlado. Ambas reconhecem na lentidão e no cuidado da terapeuta, as características essenciais para o tratamento de A. O relato de eventos marcantes esclarece a forma como essas características atuam no processo de construção da personalidade e de comportamentos da paciente. A terapeuta, de forma cuidadosa, mas incisiva, trabalha focando as experiências da paciente, propiciando o aparecimento dos temas relevantes para o processo, a vivência de emoções associadas aos temas, e a compreensão e associação dos temas com aspectos corporais e da vida da paciente. Nesse sentido, os temas contextualizam as percepções expressas nas entrevistas, de que a terapeuta trabalhava de forma lenta e cuidadosa, mas decisiva, no sentido da estruturação da personalidade da paciente. A combinação da calma da terapeuta com a impulsividade da paciente resulta, assim, em um processo de tranquilização e reformulação de atitudes, associado às mudanças de comportamento e ao emagrecimento da paciente.

3.1.4 Díade 4 – Terapeuta S. e paciente L.

A psicóloga S. definiu-se como psicoterapeuta gestaltista, com formação, também, em psicoterapia sistêmica. Na época da entrevista ela tinha 47 anos de idade e trabalhava como psicoterapeuta há 21 anos. L. é uma paciente com 46 anos de idade e estava em tratamento com L. há aproximadamente quatro anos. Ela buscou a terapeuta por indicação. A paciente, à época da entrevista, estava em meio ao tratamento, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Conforme a terapeuta, a escolha da paciente para o estudo se deu em função do tempo que ela estava em tratamento, sendo suficiente para analisar os resultados.

3.1.4.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e da terapeuta foram “foco na vivência do momento presente”; “as relações trabalhadas: pessoal versus profissional”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 12).

3.1.4.1.1 Foco na vivência do momento presente

A terapeuta destacou que a escolha da sua linha de atendimento, a Gestalt, estava relacionada com o seu interesse por trabalhar o momento presente, vivencialmente. Nesse sentido, descreveu a sua forma de trabalhar como um “não teorizar a vida”, mas “vivificar a vida”, trabalhando as relações. A partir dessa visão vivencial, entende o cliente como um “enigma”, um “universo desconhecido” que se apresenta de forma inédita a cada encontro. Como decorrência, é necessário ser dinâmica para não se deixar paralisar nesse movimento. Ela procura desenvolver uma forma de atender focada na percepção imediata do cliente, de seu movimento, sendo acolhedora e ouvindo-o com atenção. Suas intervenções de “acolhida”, “iluminação” e “direcionamento” acontecem a partir da percepção do momento de cliente.

A cliente descreve a forma da terapeuta trabalhar como focada no momento presente. Segundo L., S. lida com o conteúdo que ela leva, na hora da sessão. E a partir desse conteúdo, dá “opiniões interessantes”, “leva a ver várias possibilidades”, várias percepções sobre si, o que possibilita seu crescimento. Esse foco no imediato resulta em autoconhecimento, o que gera maior segurança em relação ao novo. Os vários olhares que lança sobre o seu processo, relatou a cliente, produzem “um alívio” quanto às transformações que vão ocorrendo a partir dessa vivência imediata.

3.1.4.1.2 As relações trabalhadas: pessoal versus profissional

A terapeuta enfatizou que as relações sempre foram o seu maior interesse na terapia. A sua escolha de ser terapeuta foi associada ao “fascínio” pelas relações pessoais. Nesse sentido, procurou direcionar sua postura como terapeuta para um “dinamismo”, um “estar inteira”, como “gente”, além de um certo “humor”. Sente-se mais confortável sendo “acolhedora” do que “incisiva”, “ácida” ou “contudente”. Percebe a pessoa em tratamento como “doída”, “sofrida”, buscando “essencialmente uma acolhida”, além de “iluminação”, “direcionamento” e a possibilidade de “caminhar novamente”. Embora a terapia envolva a vivência de algumas dores, inevitavelmente, S. procura minimizar ao máximo o sofrimento no processo. Às vezes, entretanto, é necessário ser “ácida”, “quebrar uma defesa” do cliente, principalmente daqueles que “fogem da emoção” pela racionalização ou “teorização”. Mas, mesmo nesses casos, a terapeuta busca fazê-lo o “menos machucado possível”.

A cliente, por sua vez, percebe a vinculação com a terapeuta como um processo de “cumplicidade”. Ela percebe “no olhar da terapeuta” quando o que está falando a

“está agradando”. E já sabe quando a sessão está produzindo *insights* interessantes pela observação do comportamento da terapeuta, quando ela levanta-se da poltrona. Há, portanto, um processo de vinculação com a terapeuta. Entretanto, L. enfatiza que a terapia deve ser uma relação de ajuda profissional, sem maior envolvimento entre paciente e terapeuta. Ou seja, o terapeuta não deve ficar amigo do paciente. Ela explicou que isso pode levar o paciente a pensar que “não precisa mais ir ao consultório”, pois pode encontrá-lo em outros lugares. Além disso, é melhor o paciente não saber que o terapeuta é uma pessoa normal, com problemas semelhantes aos seus. Ela afirmou que prefere ver o psicoterapeuta como um super herói: melhor não conhecer os seus defeitos, pois “não quer ver o lado humano da terapeuta”.

3.1.4.1.3 A percepção da psicoterapia

A psicóloga relatou que percebe a cliente como “uma pessoa rica” internamente, “com dores dentro dela”, e que “se permite ir um pouco além do que o seu contexto sócio-cultural permitiria”, o que às vezes a “paralisa”. Ela busca valorização pessoal através do campo profissional, que ocupa uma importância muito grande para ela. Essa supervalorização foi muitas vezes questionada pela terapeuta, que procura mostrar-lhe que há outros aspectos de sua vida que podem ocupar um papel de autovalorização. L. é percebida como alguém que faz uso de uma intelectualização, mas que tem uma busca marcante por afetividade. A terapeuta afirmou que tem sido confortável lidar com L., e que não há necessidade de muita intervenção, pois a cliente realiza o processo por si. E finalizou afirmando que a cliente ainda tem coisas importantes a tratar, “a afetividade nas suas interações pessoais, basicamente”.

O motivo da busca de terapia, segundo a cliente, foi sua timidez, associada à baixa auto-estima. Ela tem percebido a terapia como positiva, produzindo muitos resultados. A terapeuta a faz perceber que há várias formas de ver a si mesma e aos seus comportamentos, o que tem lhe possibilitado crescer no sentido de sentir-se mais valorizada e segura. Associada a isso, a cliente tem percebido uma menor auto-avaliação, sendo menos crítica consigo, vendo menos desaprovação dos outros em relação a si. Com isso, tem percebido melhoras no trabalho, na família e na vida em casa. Ela afirmou que pretende continuar em tratamento enquanto estiver melhorando o relacionamento com outras pessoas e consigo mesma.

Tabela 12

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta S. e Paciente L.

Tema	Terapeuta	Cliente
1. Foco na vivência do momento presente	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a escolha da linha terapêutica – a Gestalt: – foco no momento presente – Forma de trabalhar: “não teorizar a vida”, “vivificar a vida” – O cliente é um “enigma”, um “universo desconhecido” – Características de personalidade que refletem na forma de trabalhar – Dependendo da demanda, pode ser acolhedora, interventiva ou ouvinte – Sobre a terapia em geral: – Acolher ou ser incisivo depende do cliente 	<ul style="list-style-type: none"> – A forma da terapeuta trabalhar: conteúdo que a paciente leva na hora – o aqui e agora – “Dar opiniões interessantes”, levar a “ver o outro lado”, “abrir o olho” – Terapeuta faz ver que há várias possibilidades de se perceber no processo: crescimento – Seu autoconhecimento como uma forma de segurança quanto ao novo – Sobre a terapia em geral – Um processo de autoconhecimento, vários olhares e várias possibilidades: alívio
2. As relações trabalhadas: Pessoal versus profissional	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: – relações pessoais – “Dinamismo”, estar “inteira”, como “gente”, além do “humor” – Maior dificuldade – é ser “incisiva”, “contudente”, “ácida” – “A pessoa que vem procurar tratamento” chega “doída”, “sofrida” e busca “essencialmente uma acolhida”, além de “iluminação”, “direcionamento” e a possibilidade de “caminhar novamente” – “Quebrar uma defesa” do paciente, fazê-lo o “menos machucado possível” – “Há dores inevitáveis no processo terapêutico” 	<ul style="list-style-type: none"> – Vê a terapeuta como falante e muito ativa – Percebe “no olhar da terapeuta” quando a sessão “está agradando” – Cumplicidade – O que pode atrapalhar o processo: – Envolvimento com o paciente, ou seja, ficar amigo do paciente – O melhor para o processo é o paciente não saber nada da terapeuta, o que ocorre com a cliente e sua terapeuta – Envolvimento: “Não precisa mais ir ao consultório” – Psicólogos como super heróis: melhor não conhecer os seus defeitos; “não quer ver o lado humano da terapeuta”

	<ul style="list-style-type: none"> – É mais fácil ser acolhedora, empática – Às vezes, é necessário “ser ácida” – “Levantar o tapete é a preciosidade da relação terapêutica” – Pacientes mais desafiadores – “fogem da emoção” pela racionalização, “teorização” 	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia como uma ajuda profissional
3. A percepção da psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> – A percepção sobre o paciente em foco: – “Uma pessoa rica”, “com dores dentro dela”, e que “se permite ir um pouco além do que o seu contexto sócio-cultural permitiria”, o que às vezes a “paralisa” – Busca de valorização pessoal através do campo profissional, que ocupa um espaço muito grande – Uma busca por afetividade – Tem sido confortável – Avaliou os resultados do tratamento como positivos, embora ainda perceba aspectos a serem trabalhados – Não há muita necessidade de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> – A busca de terapia. – Motivo da procura: timidez, e baixa auto-estima – Resultados: – Melhora na timidez e maior segurança – Menor auto-avaliação – Melhora na auto-estima influenciou no trabalho, na família e na vida em casa – Pretende continuar em terapia enquanto estiver melhorando o relacionamento com outras pessoas e consigo mesma

3.1.4.2 Relato de eventos marcantes da terapia

3.1.4.2.1 Evento I – “Minha mãe gosta de mim”

O evento – A cliente relatou que sempre teve uma queixa em relação à mãe, que sentia que a mãe não gostava dela. No entanto, durante a terapia, foi percebendo que a mãe gosta dela e que demonstra isso em algumas atitudes, que ela não percebia antes: “Essa queixa sempre existiu na minha vida, que eu sempre senti que a minha mãe não gostasse de mim. Aí, na terapia eu fui começando a ver que em vários momentos, ela tem atitudes, que mostra na maneira dela que... ela gosta de mim, que ela me ama”.

L. disse que sentiu como uma coisa boa saber que a mãe gosta dela e que olhar diferentemente para as atitudes da mãe permitia-lhe lidar com as suas dúvidas e atitudes, vendo que é possível percebê-las “com olhos diferentes”, de uma forma positiva.

3.1.4.2.2 Evento II – “Não estou sendo avaliada”

O evento – A entrevistada relatou que tinha conversas com o marido, nas quais sentia-se criticada: por exemplo, ele falava que o freezer estava cheio e que ela não precisava comprar tantas coisas, o que ela entendia como uma crítica a ela. Na terapia, a partir de um entendimento de que não havia um tom de julgamento na fala do marido, L. foi compreendendo que nem sempre as pessoas estão julgando-a, criticando-a ou desvalorizando-a.

A cliente afirmou que, a partir do evento, diminuiu sua autocrítica, ficando mais segura, com menos medo de ser criticada, avaliada negativamente, o que lhe possibilitou melhorar as relações em casa e no trabalho: “Então hoje eu...Eu não levo pro lado da agressão, de avaliação mesmo... você está fazendo errado! Certo ou errado tem que ta sempre neste nível, né?”.

3.1.4.2.3 Evento III – Posso ser diferente das outras pessoas

O evento – L. tinha sempre uma preocupação em agradar às pessoas, para ser avaliada de forma positiva. Durante a terapia, percebeu que a sua opinião não tem que ser a mesma da outra pessoa. Que isso “não agrada nem desagrada”. Simplesmente é a sua opinião e ela pode expressá-la sem temor de ser criticada:

A minha preocupação sempre era agradar, porque eu queria ser avaliada com a nota máxima, então queria ser assim pra agradar. Essa minha ansiedade em agradar, eu queria fazer sempre o que a pessoa queria que eu fizesse e não o que eu queria fazer. Em uma das terapias, dessas muitas que já foram, eu não me lembro qual caso foi sinceramente, e a gente conversando, eu percebi que eu não desagrado quando dou a minha opinião, entendeu? Simplesmente é a minha opinião, pode ser a sua, pode ser outra. Eu não tenho que ter a mesma opinião que você e isso não agrada e nem desagrada, simplesmente é a minha opinião.

A percepção do evento possibilitou à cliente expressar a sua opinião mais livremente, valorizando-a e podendo discuti-la com colegas sem preocupações com a crítica.

L. relatou que quando era criança, não tinha televisão e todos os amigos assistiam a alguns filmes, que ela não conhecia. Ela se sentia deslocada. Então, um dia a avó comprou uma tv e ela assistiu a um dos filmes e foi contar na escola. No entanto, os colegas disseram que aquele já não estava na moda...ela, sentiu-se mal e a partir de então, passou a querer agradecer às pessoas. Por isso, a descoberta de que pode expressar livremente a sua opinião, sem medo de críticas, mudou sua vida: “Então, quando eu descobri que era isso... que começou lá... eu tenho quarenta e sete anos... e começou com os meus seis, sete anos de idade, e que eu vivi isso, a minha vida todinha isso até agora”.

A cliente descreveu um diálogo interno durante uma sessão, para exemplificar a forma como aprendeu a lidar com a autocrítica, a partir da psicoterpia: “E eu fui lá e contei pra aquela L. lá... olha, minha filha, dá um jeitinho de fazer diferente aí, que eu não preciso dessa coisa chata aí, desse menino que só viu um filme até agora ta?”.

3.1.4.2.4 Evento IV. Para uma atitude existe vários olhares

O evento – A entrevistada relatou que há alguns anos estava com o carro parado, para trocar a bateria, e veio outro carro e bateu atrás do seu. Ela já foi se desculpando, perguntando o que fez de errado. No final, houve uma combinação de que cada uma arcaria com o seu prejuízo. No entanto, conversando com a terapeuta, L. percebeu que não havia feito nada de errado, que a culpa era da outra motorista e que, mais uma vez, ela tinha se julgado negativamente. L. afirmou que o evento foi importante para que ela compreendesse que há vários olhares possíveis e que, portanto, não há apenas o certo e o errado. Ela aprendeu a valorizar a sua opinião, bem como a não se defender das opiniões dos outros.

Tabela 13

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 4

	<i>EFE/paciente</i>	<i>EFE/terapeuta</i>	<i>Strupp</i>	<i>Calpas</i>	<i>QML</i>
P4 L.	Introvertida (3,11)	Introvertida (3,61)	Efetivo/Sup (1,74)	Efetivo/Sup (6,71)	Não Inf

3.1.4.3 A avaliação quantitativa do processo

A cliente avaliou o processo terapêutico, em sua experiência geral, como efetivo, com um escore acima da média amostral (ver Tabela 13). Da mesma forma, a aliança terapêutica foi avaliada como efetiva, obtendo um escore médio acima da média da amostra. O número de eventos marcantes é compatível com uma terapia efetiva, embora a cliente não tenha classificado a intensidade dos mesmos. Ambas terapeuta e cliente pontuaram como tendentes à introversão.

3.1.4.4 Redução fenomenológica da Díade 4

A terapeuta enfatizou, durante a sua entrevista, que seu objetivo principal é sempre trabalhar no sentido de “vivificar a vida”, isto é, fugindo da teorização dos sentimentos, da estagnação do movimento individual, e da intelectualização dos afetos, propiciar à pessoa em tratamento que ela se veja como “gente”. E que assim, possa perceber e aceitar sua humanidade, em um processo de crescimento em direção à originalidade. A cliente descreveu seu processo em consonância com esse objetivo, pois enfatizou que seus ganhos na terapia estão relacionados à possibilidade de se ver de formas diferentes, sem julgamentos críticos. Nesse sentido, descreveu-se como “aliviada” e podendo expressar mais livremente as próprias opiniões, o que tem resultado em menos timidez, mais auto-estima, mais confiança e mais assertividade.

O relato de eventos da terapia, pela cliente, revelou a ação da terapeuta no sentido ouvir e acolher o material de L., e pontuar, clarificar e direcionar a sua reflexão para uma percepção mais flexível sobre si. Percebe-se uma ação cuidadosa da terapeuta, mas incisiva, no sentido de possibilitar à cliente desarmar suas defesas de intelectualização, sem que isso represente um processo mais doloroso do que o necessário. O resultado da vivência da experiência imediata, segundo a percepção de L., é o contato com a sua identidade e um afrouxamento das defesas estabelecidas na sua autocrítica. Ela torna-se, assim, mais autoconfiante e menos defensiva, estabelecendo contatos sociais mais satisfatórios e menos auto-restritivos.

O exercício da própria identidade, conforme a cliente, está relacionado com a percepção de que ela não necessita agradar aos outros para ser aceita. Entretanto, L. relatou que observa cuidadosamente as reações da terapeuta, sabendo quando está relatando algum conteúdo que agrada à psicóloga. Pode-se interpretar que o processo de autonomia de L. encontra-se incompleto, pois a relação de vínculo com a terapeuta pode

estar reproduzindo, em parte, as condições autorestritivas que a cliente deseja modificar. A terapeuta expressou a necessidade de trabalhar, ainda, algumas questões relativas à vivência do afeto, que podem estar vinculadas ao resultado final esperado para a terapia, a autonomia frente aos outros, inclusive à terapeuta e a afirmação da referência pessoal. Entende-se nesse sentido a preocupação da cliente em não saber nada sobre a vida da terapeuta, pois isso poderia facilitar a tomada de referência junto ao outro.

A avaliação quantitativa geral do processo como efetivo contextualizou a percepção dos resultados, tanto pela terapeuta como pela cliente. A modificação de comportamentos (timidez), a percepção de mudanças (auto-estima) e de sentimentos sobre si (autoconfiança), configuraram uma avaliação positiva, expressa nos escores altos do instrumento de avaliação da experiência global (Strupp). Da mesma forma, a avaliação quantitativa positiva da aliança terapêutica correspondeu à percepção de vinculação entre terapeuta e cliente, expressa nas entrevistas de ambas. O foco do tratamento na autopercepção pode configurar uma relação entre personalidades predominantemente introvertidas, isto é, voltadas para a reflexão interna e nos temas relativos ao autoconceito. Outro resultado que pode ser associado ao estilo tendente a introvertido da cliente é a sua percepção de melhora no desempenho social, área sempre desafiadora para pessoas com escores mais baixos para extroversão.

3.1.5 Díade 5 – terapeuta L. e paciente T.

O psicólogo L. descreveu-se como analista comportamental. Na época da entrevista, ele tinha 28 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 3 anos. A paciente T. estava com 28 anos e há quatro meses em tratamento com o terapeuta, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Ela buscou o terapeuta através da sua linha, comportamental, e por indicação da clínica onde L. trabalhava. No momento da entrevista, a paciente estava no início do tratamento. O terapeuta disse que a escolheu para o estudo em função da sua formação superior, isso facilitando a expressão verbal e avaliação dos resultados.

3.1.5.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “foco na modificação do comportamento: ‘recodificando o comportamento’”; “o trabalho com o vínculo”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 14).

3.1.5.1.1 Foco na modificação do comportamento: “Recodificando o comportamento”

O terapeuta relatou que escolheu ser psicólogo por identificar-se com a prática clínica. Durante a sua graduação, envolveu-se com tarefas de psicoterapia, quando escolheu a abordagem comportamental. L. afirmou ser diretivo e objetivo no tratamento, características que também possui fora do *setting* terapêutico. Pode-se associar a objetividade do terapeuta com sua escolha por uma linha de tratamento mais focada na modificação de hábitos. Nesse sentido, os pacientes que considera mais fáceis de lidar são aqueles com “formação superior”, isto é, que demonstram mais facilidade de observar e relatar comportamentos, associando-os às tarefas propostas na terapia. Além disso, o sucesso do tratamento está diretamente associado, conforme relatou, ao comprometimento do paciente com a terapia, às tarefas e à mudança de comportamentos. O psicólogo descreveu o tratamento como uma recodificação do comportamento, quando o paciente transforma padrões gerais de comportamentos e hábitos. Ao avaliar o tratamento de T., o psicólogo afirmou que “está dando resultado”, pois ele percebe a sua modificação de comportamentos, através dos seus relatos e da observação de suas expressões e postura corporal.

Em consonância com essa visão do terapeuta, focada na modificação do comportamento, a paciente relatou que buscou o tratamento para mudar reações e comportamentos frente a determinadas situações que lhe eram desagradáveis. A escolha do tratamento seguiu o critério da linha comportamental, pois, nessa linha, há a “possibilidade de perceber os comportamentos inadequados que você tem”. Além disso, o terapeuta mostra que há a possibilidade de comportar-se de formas diferentes frente à mesma situação. Seu objetivo com o tratamento, portanto, é a modificação do seu comportamento e, por consequência, do seu meio e do comportamento de outras pessoas com quem convive. Ao avaliar os resultados, a paciente relatou que está conseguindo mudar, por sua força de vontade e pelo autoconhecimento, desenvolvido pela observação das suas reações. Ela não pensa em quanto tempo vai ficar em tratamento, pois ainda percebe a necessidade de aprender a lidar com situações novas de forma diferente, bem como, ainda tem muito a aprender com as intervenções do terapeuta. Finalmente, T. destacou que a terapia é um procedimento que funciona, mas depende do paciente, pois “não é o terapeuta que vai mudar o paciente”.

3.1.5.1.2 O trabalho com o vínculo

O psicólogo, ao descrever a forma como trabalha, destacou que valoriza muito o estabelecimento do vínculo. Apesar de seguir os manuais da terapia comportamental, realiza modificações para ajustá-la às necessidades dos pacientes, visando “aumentar o vínculo”. Ele afirmou que se comporta na terapia da mesma forma como se comporta no seu cotidiano, demonstrando suas características de personalidade também no *setting* terapêutico. Isso, na sua opinião, facilita o vínculo. Entre os pacientes mais difíceis, destacou os menos comprometidos com o tratamento, enfatizando o vínculo e o empenho do paciente. A interação com a paciente foi descrita como boa e associada ao seu comprometimento, resultando nos objetivos de transformação comportamental atingidos até então.

A paciente, por sua vez, enfatizou que não teve dificuldades em falar dos seus problemas desde o início do tratamento, descrevendo uma vinculação inicial positiva. Ela destacou, entretanto, que o processo tem sido gradual, isto é, a maneira como absorve as informações que o terapeuta passa, a percepção das coisas que o terapeuta fala e as mudanças de comportamento são graduais. Ela não se sente julgada pelo terapeuta, o que considera positivo. Além disso, afirmou que o jeito do terapeuta contar coisas do seu cotidiano facilita o processo. Se não fosse sua paciente, poderia tornar-se sua amiga, fora do ambiente clínico. T. enfatizou que os resultados estão sendo positivos por que ela tem se empenhado no tratamento e demonstrou que confia nas intervenções do terapeuta, afirmando que ainda tem coisas a aprender com ele, sobre os seus comportamentos.

3.1.5.1.3 A percepção da psicoterapia

O terapeuta relatou que percebe a paciente como introvertida, oscilando momentos de dependência e autonomia. T., conforme o psicólogo, tem conseguido discriminar situações e buscar soluções para os problemas com que se depara. Sobre a queixa que motivou a busca do tratamento, destacou problemas de agressividade e dificuldade de ter comportamentos adequados em contextos aversivos. Além de dificuldades em estabelecer habilidades sociais. A queixa, portanto, é uma demanda claramente comportamental. A sua interação com T. foi classificada como boa, pois a paciente apresenta clareza na colocação da queixa, comprometimento com a terapia e cumprimento das tarefas propostas. Com isso, afirmou, o tratamento “está dando resultado”, isto é, T. está alterando os comportamentos indesejados e modificando-se, o

que o terapeuta percebe observando sua “fisionomia” e a “maneira” como a paciente “se coloca”. Ao referir-se à terapia, L. resumiu o tratamento afirmando que está “recodificando o comportamento” da paciente.

T. descreveu o processo terapêutico como uma modificação gradual de comportamentos a partir do seu autoconhecimento e da sua força de vontade. Ela confia no terapeuta e sente-se vinculada a ele, destacando como pontos positivos a sua forma de contar coisas do seu cotidiano os esclarecimentos que ele faz sobre o seu comportamento. Ela, assim, consegue perceber que não há somente uma forma de comportar-se diante das situações, entendendo melhor suas reações e modificando-as e ao seu ambiente.

Tabela 14

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta L. e Paciente T.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. Foco na modificação do comportamento: “Recodificando o comportamento”	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: “não envolvia trabalho braçal”, “ vaidade” “se identificava” com a profissão. Por “afinidade” e ser “rentável” – A escolha da linha teórica – Behaviorismo: identificação com tarefas na graduação – Um terapeuta “mais diretivo” – Pacientes mais fáceis de trabalhar: “formação superior”, pela facilidade de percepção e compreensão das coisas tratadas na terapia e para executar determinadas tarefas – “Dois lados de uma moeda” – A paciente apresenta clareza na colocação da queixa, comprometimento com a terapia e cumprimento das tarefas propostas – Descrição do 	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia anterior: preparar para o vestibular; as dificuldades de aprendizagem e o controle da ansiedade – O motivo da procura de atendimento: repensar o seu comportamento e as suas reações – A escolha do terapeuta: pela linha de tratamento. – Comportamental: “possibilidade de perceber os comportamentos inadequados que você tem”. – O terapeuta mostra que a pessoa pode se comportar de outra maneira frente à mesma situação – T. buscava, assim, uma modificação do seu comportamento e, por conseqüência, do seu meio e de outras pessoas – Sobre os resultados: está conseguindo resultados quanto à mudança de comportamentos.

<p>2. O trabalho com o vínculo</p>	<p>tratamento: “recodificando o comportamento” da paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> – “Está dando resultado” – O jeito de trabalhar: – segue os “princípios básicos do Behaviorismo”, mas faz adaptações conforme o paciente, dependendo da sua queixa. – Objetivo: aumentar o vínculo – A forma como se comporta normalmente influi na forma de ser terapeuta: facilita o vínculo – Pacientes mais difíceis: os menos comprometidos com a terapia – Interação entre terapeuta e paciente: “boa” – O comprometimento da paciente é mais importante do que a sua introversão – Abandono como medida de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> – Resultados dependem da força de vontade e do autoconhecimento – Não pensa em quanto tempo vai ficar em tratamento – Sobre a terapia em geral: terapia funciona, mas depende do paciente – Não é o terapeuta que vai mudar o paciente – Sobre o processo terapêutico: gradual – Sem dificuldades para falar desde o início sobre os seus problemas – A maneira como absorve as informações que o terapeuta passa, a percepção das coisas que o terapeuta fala e as mudanças de comportamento são graduais – Não se sente julgada pelas coisas que relata: à vontade para relatar seus comportamentos – Poderia tornar-se sua amiga – O jeito do terapeuta contar coisas do seu cotidiano facilita o processo
<p>3. A percepção da psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A paciente em foco: – Introversa, oscilando momentos de dependência e autonomia – Tem conseguido discriminar situações e buscar soluções para os problemas com que se depara – A queixa: problemas de agressividade e dificuldade de ter comportamentos adequados em contextos aversivos. E dificuldades em estabelecer habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre o processo terapêutico: gradual – Sem dificuldades para falar desde o início sobre os seus problemas – A maneira como absorve as informações que o terapeuta passa, a percepção das coisas que o terapeuta fala e as mudanças de comportamento são graduais – Sobre os resultados: está conseguindo resultados

	sociais – Interação entre terapeuta e paciente: “boa”. A paciente apresenta clareza na colocação da queixa, comprometimento com a terapia e cumprimento das tarefas propostas – O comprometimento da paciente é mais importante do que a sua introversão. – Descrição do tratamento: “recodificando o comportamento” da paciente – “Está dando resultado”. – Observação da fisionomia e da maneira como a paciente se coloca	quanto à mudança de comportamentos – Resultados dependem da força de vontade e do autoconhecimento. – Não pensa em quanto tempo vai ficar em tratamento – Sobre o processo terapêutico: gradual. – A maneira como absorve as informações que o terapeuta passa, a percepção das coisas que o terapeuta fala e as mudanças de comportamento são graduais – O jeito do terapeuta contar coisas do seu cotidiano facilita o processo
--	---	--

3.1.5.2 Relato de eventos marcantes da terapia

3.1.5.2.1 Evento I. O controle da impulsividade

O evento – A paciente relatou que, em um domingo, havia saído com o namorado para tomar um sorvete. Quando estacionou o carro e ia descer, uma menina carente que passava pelo local segurou a porta, para que T. não pudesse sair. A entrevistada, diante da atitude da menina, ao invés de perder a paciência, “respirou fundo”, “baixou a cabeça” e esperou a criança cansar da brincadeira. O que aconteceu logo. A menina correu, esperando que a paciente fosse falar alguma coisa, mas ela saiu do carro, com tranquilidade, e foi tomar o sorvete.

A paciente relatou que a situação representou um marco de mudança, pois ela conseguiu “manter a calma”, “pensar nas conseqüências daquele ato” e na sua reação e “optar intencionalmente por evitar qualquer tipo de transtorno”. O evento, conforme enfatizou, foi muito importante para ela:

Então foi uma situação em que eu consegui controlar a minha impulsividade. (...) Foi como se fosse um marco de mudança mesmo, né? Porque se fosse em outra situação, antes da terapia, eu teria forçado a porta, teria corrido atrás da criança, teria falado alguma coisa pra ela, e foi ali uma situação em que eu consegui manter a calma, pensar nas prováveis conseqüências daquele ato e

optar intencionalmente por evitar qualquer tipo de transtorno, pra poder seguir com o meu dia – porque aquilo poderia ter estragado com o meu dia – então aquela foi uma situação muito importante pra mim.

A associação do evento com a terapia – Conforme T., se ela não estivesse fazendo terapia, o desfecho do evento seria outro, pois ela sentiu muita raiva, o que poderia resultar em um comportamento explosivo e agressivo. Isso vinha sendo trabalhado na terapia e a paciente destacou que “esse foi o primeiro episódio bem sucedido de controle emocional da minha própria impulsividade frente a uma situação que me provocou”.

A ação do terapeuta: ajuda a identificar a situação e a “colocar um freio” – Perguntada sobre o que o terapeuta faz que auxiliou nesse resultado relativo ao evento, a entrevistada afirmou que ele a ajuda a identificar a situação problemática, a pensar na consequência antes da reação e a colocar um freio na sua impulsividade. A partir desse controle, T. afirmou que percebeu que tem a “capacidade de modificar” o seu comportamento.

3.1.5.2.2 Evento II. Aprender a dizer não

O evento – A entrevistada relatou que, em uma noite de plantão, uma colega pediu-lhe que ela ficasse de plantão em dois lugares, substituindo-a, pois o marido estava doente e ela gostaria de ficar cuidando dele. Ela aceitou, mas descobriu depois que o marido da colega não estava doente e que ela havia saído para se divertir. T. ficou tensa, pois teve que acumular o trabalho do plantão médico em dois lugares e, embora a noite tenha sido calma e nenhum problema maior tenha ocorrido, ela relatou que ficou bastante preocupada e nervosa com a situação.

O aprendizado com a situação – Apesar de, na situação, a paciente não ter negado o pedido da colega, ela percebeu que, mesmo sensibilizada, e podendo chatear os outros, em alguns momentos deve dizer não. E associou essa percepção com o ganho terapêutico da capacidade de prever as consequências dos seus comportamentos e as situações de estresse. T. afirmou que vem trabalhando essa questão de aprender a dizer não e, embora essa não seja a sua principal dificuldade, tem oscilado entre reagir agressivamente ou passivamente demais. Então a terapia está sendo um aprendizado chegar em um meio-termo.

Conforme a paciente, o terapeuta inicia a sessão perguntando como foi a sua semana e, então, ela é quem coloca as questões problemáticas em foco. E, então, ele vai

identificando alguns aspectos no seu relato e ela vai se posicionando.

3.1.5.2.3 A avaliação quantitativa do processo

T. avaliou quantitativamente a terapia como efetiva e acima da média amostral (ver Tabela 15). A qualidade da aliança foi classificada como positiva e também acima dos escores médios da amostra. As memórias dos eventos marcantes foram classificadas como vívidas, estando acima dos escores médios da amostra. Tanto o terapeuta quanto a paciente pontuaram como tendentes a introvertidos.

Tabela 15

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 5

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P5 T.	Introvertida (4,35)	Introvertido (3,98)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,63)	Vívida/Sup (6,58)

3.1.5.4 Redução fenomenológica da Díade 5

A partir do relato de eventos marcantes da terapia, percebe-se que o objetivo do tratamento é a aquisição de habilidades no manejo de reações emocionais e o desenvolvimento do controle de comportamentos impulsivos. O foco do processo desenvolve-se gradualmente, a partir de elucidações do terapeuta e de situações práticas, nas quais o evento representa um desafio aos comportamentos desejados e estabelecidos como meta do tratamento. O autoconhecimento, o *insight* e o vínculo emocional são formas de obter o resultado, expresso como a recodificação do comportamento. Os resultados dependem da força de vontade da paciente, da sua aplicação nos exercícios, da sua habilidade de perceber e relatar comportamentos, e do seu comprometimento na modificação de hábitos. A diretividade do terapeuta, sua objetividade no processo e os objetivos claramente estabelecidos pela paciente configuram um processo centrado no comportamento e as técnicas utilizadas parecem corroborar os resultados positivos percebidos nesse sentido.

A avaliação quantitativa positiva da psicoterapia está de acordo com a descrição qualitativa do processo centrado na modificação de comportamentos, descrita nas entrevistas e no relato de eventos marcantes. Embora a terapia tenha apenas em torno de quatro meses, quanto ao seu propósito de modificação de hábitos, atitudes e percepções, já há uma identificação de resultados referentes aos comportamentos e habilidades desejados, como meta do tratamento. A tendência à introversão da paciente pode ser identificada nas dificuldades de manejo social e percepção positiva da maneira do terapeuta trabalhar, ouvindo a paciente e determinando focos problemáticos a partir das situações que ela traz.

3.1.6 Díade 6 – terapeuta C. e paciente E.

O psicólogo C. descreveu-se como psicanalista lacaniano. Na época da entrevista, ele tinha 41 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 14 anos. A paciente E. estava com 46 anos e há 18 meses em tratamento com o terapeuta, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Ela buscou o tratamento por indicação do psiquiatra, devido a sintomas de síndrome do pânico. No momento da entrevista, a paciente tinha interrompido a terapia, tendo combinado com o terapeuta esse período de interrupção. O terapeuta a escolheu para o estudo devido à sua “implicação” na terapia, e capacidade de verbalização e reflexão sobre os seus problemas.

3.1.6.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “foco no *insight* ou pensar sobre a vida”; “o inconsciente, a filosofia, o social e a teoria no cotidiano”; “foco na mudança da história de vida – o simbolismo das relações familiares”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 16).

3.1.6.1.1 Foco no *insight* ou pensar sobre a vida. O inconsciente, a filosofia, o social e a teoria no cotidiano

O analista descreveu a psicoterapia como um processo de reflexão, focado no *insight*, na percepção das questões simbólicas vitais do sujeito, em relação à sua vida. Nesse sentido, afirmou que seu interesse pela psicologia estava associado à filosofia, ao pensar sobre o mundo e sobre as grandes questões da vida. “Transformar a coisa

teórica” em algo cotidiano. A escolha pela psicanálise e por ser psicoterapeuta foi feita porque a teoria do inconsciente respondia às grandes questões subjetivas que interessavam ao entrevistado. Além disso, dava conta também do seu interesse pelo social. Ele buscou formação psicanalítica através de “cartéis”, grupos de estudo sobre aspectos teóricos, além de supervisão e análise na mesma escola dos cartéis. Dessa forma, C. afirmou que o seu jeito de ser terapeuta foi sendo construído. Ele se definiu como mais acolhedor, focado na transferência, embora sem responder à demanda do paciente. A tarefa do analista, afirmou, é a escuta além do discurso do paciente, a escuta do inconsciente, o que permite ao analisando perceber o seu desejo e “se implicar” no seu processo. O terapeuta, assim, trabalha através de si mesmo, do seu “estilo”. E acrescentou que nem todo mundo tem condições de fazer análise, pois esse é um processo de questionamento muito intenso e nem todos o suportam.

A paciente, por sua vez, também refere a terapia como um processo reflexivo profundo. Ela relatou que procurou o atendimento lacaniano por indicação do irmão, que estava gostando da abordagem teórica psicanalítica. E. tinha, como objetivo, sentir-se melhor, mas não “curar o seu trauma”, referindo isso como uma impossibilidade. O processo acontece através da reflexão sobre a sua história, o que vai ajudando-a a superar seus traumas. Ela afirmou que a linha lacaniana é interessante pela conversa com o terapeuta, com quem percebe uma sintonia “no estudo” e “no conhecimento”. O terapeuta faz interrogações, perguntas complexas, no final do atendimento, que a fazem pensar e voltar com a resposta. Ele a “cutuca”, o que é importante para a reflexão sobre suas questões. E finaliza afirmando que “Terapia é uma coisa que só acrescenta na vida da gente”.

3.1.6.1.2 Foco na mudança da história de vida – o simbolismo das relações familiares

O terapeuta afirmou que a psicoterapia é um processo de mudança da história de vida, no sentido da percepção e reflexão sobre o simbolismo das relações familiares do indivíduo em tratamento. Os pacientes mais difíceis de atender, portanto, são aqueles que “não sabem” por que estão no consultório, que não têm demanda própria para o atendimento. O processo exige do terapeuta uma escuta para além do que o sujeito está dizendo, para as implicações do seu desejo na sua própria história. O paciente, a partir dessa reflexão, pode mudar a sua “forma de gozar”, aceitando um “gozo parcial” real ao invés de um “gozo total”, fantasiado. A percepção da queixa como uma história

construída permite a implicação do próprio paciente no processo e a transformação do seu sofrimento.

A analisanda, em consonância com o psicólogo, descreveu a terapia como um processo de reflexão sobre a sua história familiar, em particular a relação com a mãe. Os sintomas da síndrome do pânico, queixa que motivou a procura do tratamento, estavam associados à pressão familiar. Ela disse, também, que tem sido bom, mas doloroso relatar aspectos do seu passado, de sua história. E acrescentou que contar a própria história permite que o passado pare de doer. O principal foco do tratamento tem sido os sentimentos de rejeição materna, associados aos temores apresentados pela paciente. A superação dos traumas passados, afirmou E., tem sido realizada através do livro escrito, que considera uma homenagem e um perdão à mãe. O terapeuta foi fundamental nesse processo, pois acreditou na paciente, quando ela estava mais fragilizada. Em associação à superação dos traumas, os sintomas do pânico diminuíram e a paciente entende o processo da sua análise como bem sucedido, permitindo-se finalizar o tratamento, por ora.

3.1.6.1.3 A percepção da psicoterapia

O psicólogo relatou que percebe a paciente como alguém que se questiona, implicada no pensamento da análise. Ela foi definida como uma paciente histérica, que, desde o início do tratamento, demonstrou estar bem vinculada ao tratamento, havendo transferência. A análise foi avaliada como um processo com “idas e voltas”, e concluiu que a implicação da paciente no seu tratamento dependeu do seu trabalho de auto-análise.

A paciente afirmou que buscou o tratamento lacaniano para lidar com os medos associados às pressões familiares. Ela estava muito insegura quanto ao projeto de lançar um livro sobre a história da imigração pomerana no Estado, pois o projeto lidava com sentimentos em relação à mãe, que ela sentia que a havia rejeitado desde a gestação. Os seus sentimentos de insegurança se refletiam em sintomas de síndrome do pânico. O tratamento, a partir dessa queixa, foi se desenvolvendo através da escuta do terapeuta e de intervenções de interrogação. Ela, então, pôde repensar sobre a sua história de rejeição, resgatar a sua coragem, diminuir os sintomas de medo e retomar a sua rotina.

Tabela 16

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta C. e Paciente E.

Tema	Terapeuta	Paciente
<p>1. Foco no <i>insight</i> ou pensar sobre a vida. O inconsciente, a filosofia, o social e a teoria no cotidiano</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: filosofia, “pensar sobre o mundo”, “ajudar as pessoas que tinham questões na vida” – A escolha da linha teórica – a psicanálise: interesse pela questão do inconsciente, “uma questão com o social” – A formação em psicanálise: cartéis – O jeito de ser terapeuta: é uma construção – Um analista acolhedor, carinhoso, comunicativo, afetuoso e agradável com o outro – Foco na transferência, mas sem “responder à sua demanda” – Postura do analista é de escuta – Escrita: “Mais poético”, “transformar a coisa teórica” em algo cotidiano – Sobre psicoterapia, em geral: O terapeuta “carrega” o seu “estilo”, o jeito do terapeuta dá certo com alguns pacientes e com outros não – As especificidades da linha lacaniana de atendimento: intelectualidade ou formação superior não são garantias de “se implicar” na terapia – “Nem todo mundo tem condições de fazer análise”, nem todo mundo “suporta” esse questionamento 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura por tratamento: indicação do irmão: psicanálise lacaniana – Objetivo com a terapia era sentir-se melhor, não curar o trauma, porque isso não tem como – O processo: a terapia está sendo uma experiência boa, mas dolorida, falar do passado não é fácil, embora faça o passado “parar de doer” – Contando histórias sobre o seu passado, vai superando seus traumas – A linha lacaniana é interessante pela “conversa” com o terapeuta – Sintonia no “estudo”, no “conhecimento” – No momento, tirou “umas feriazinhas” da terapia – O que o terapeuta faz que ajuda no processo: briga comigo, quando tem que brigar, puxa a orelha, passa a mão na minha cabeça também, quando acha necessário, mas ele também me deixa muitos questionamentos, muitas interrogações para eu pensar e voltar com a resposta” – “Deixa” a paciente “falar” o tempo que quiser e depois faz uma pergunta “super complexa”, pra ela ir para casa com essa interrogação – O “cutucar” que ele dava e a fazia “ficar com

<p>2. Foco na mudança da história de vida – o simbolismo das relações familiares</p>	<p>raiva”, era importante</p> <ul style="list-style-type: none"> – O terapeuta acreditou nela no momento em que ela estava mais insegura, quanto ao seu projeto de lançar um livro – A paciente resumiu o seu processo terapêutico como um processo de aceitação e perdão da mãe, ligando-o ao lançamento do livro e os sintomas aos sentimentos ligados à rejeição materna. – Sempre foi uma pessoa corajosa e, no momento da busca de atendimento, estava fragilizada. O terapeuta, naquele momento, impulsionou-a a voltar à sua essência, superando os medos – “Terapia é uma coisa que só acrescenta na vida da gente” – Motivo da procura: síndrome do pânico relacionada a conflitos familiares – 2. O processo: a terapia está sendo uma experiência boa, mas dolorida, falar do passado não é fácil, embora faça o passado “parar de doer” – Contando histórias sobre o seu passado, vai superando seus traumas – O terapeuta acreditou nela no momento em que ela estava mais insegura, quanto ao seu projeto de lançar um livro – A paciente resumiu o seu processo terapêutico como um processo de aceitação e perdão da mãe, ligando-o ao lançamento do livro e os sintomas aos <p>– Pacientes mais difíceis de atender: os que não sabem por que estão no consultório; os sem demanda própria; os que só contam os seus sofrimentos; os mais irritados, que não suportam o corte; os deprimidos, que exigem insistência do terapeuta; e os psicóticos</p> <p>Os que “exigem paciência para o tempo deles aparecer”</p> <ul style="list-style-type: none"> – Os que tocam as próprias questões do analista – Uma escuta para além do que o sujeito está dizendo – Escuta ajuda o paciente a escutar o que ele mesmo está dizendo, saber o que e por que deseja, devolver ao paciente onde ele está
--	---

	<p>implicado na sua queixa</p> <ul style="list-style-type: none"> – O que muda na terapia, afirmou C., é “a forma de gozar”: um gozo possível e parcial, e não total. Mas depende dele mudar a sua história de vida – Quem dirige o processo é o paciente: o inconsciente vai dar a direção 	<p>sentimentos ligados à rejeição materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sempre foi uma pessoa corajosa e, no momento da busca de atendimento, estava fragilizada. O terapeuta, naquele momento, impulsionou-a a voltar à sua essência, superando os medos – Sobre terapia, em geral: – Atitudes do terapeuta que podem atrapalhar o processo: não conversar e não reagir ao que o paciente fala – Diante da intervenção da terapeuta, ela poderia ter se desequilibrado
<p>3. A percepção da psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco: alguém que se questiona, implicada no pensamento da análise – Paciente histérica – Desde a indicação do terapeuta, houve transferência – Avaliação dos resultados: idas e voltas, a paciente está em um processo de desligamento e concluiu que a implicação no seu tratamento dependeu do seu trabalho da análise 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura por tratamento: indicação do irmão: psicanálise lacaniana – No momento, tirou “umas feriazinhas” da terapia – O terapeuta acreditou nela no momento em que ela estava mais insegura, quanto ao seu projeto de lançar um livro – A paciente resumiu o seu processo terapêutico como um processo de aceitação e perdão da mãe, ligando-o ao lançamento do livro e os sintomas aos sentimentos ligados à rejeição materna – Sempre foi uma pessoa corajosa e, no momento da busca de atendimento, estava fragilizada. O terapeuta, naquele momento, impulsionou-a a voltar à sua essência, superando os medos – Sobre os resultados, percebeu uma diminuição

	<p>do temor, uma maior tranquilidade e uma volta a atividades de rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> – Para uma pessoa com os seus traumas de rejeição, em seis meses, conseguir os resultados que conseguiu, “é mais do que resultado”. – Comparou essas terapias com a atual e disse que agora encontrou o caminho que sintoniza com ela. Mas isso “vai de pessoa a pessoa”
--	---

3.1.6.2 Relato de eventos marcantes

3.1.6.2.1 Evento I – “Saí do processo de pânico”

O evento – A paciente relatou que passou mal e foi buscar atendimento médico, mas ninguém detectava que o problema dela era síndrome de pânico. Então, após um avaliação endocrinológica e um encaminhamento para uma psiquiatra, esta lhe indicou um terapeuta e esse foi o momento que a levou ao tratamento.

O contexto familiar de pressão relacionado ao evento – A entrevistada disse que o evento da crise que a levou a perceber que estava com síndrome do pânico ocorreu em meio a um problema familiar, que envolveu um sobrinho, que foi morar com ela, o que lhe acarretou muita pressão por parte da irmã e da mãe:

Só, que eu não consegui segurar a onda, né! Aí, ele já estava lá em casa, acho que um mês. Um belo dia eu fui fazer os cabelos e as unhas. E dentro do salão eu comecei a passar mal. Eu vou morrer, eu vou morrer! E eu achando que ia morrer e não sabia por que, né?

A relação do evento com a terapia – E. disse que procurou a terapia, tendo preferência por um analista homem. E que, desde o início o terapeuta já começou a trabalhar as suas questões da infância e a rejeição da mãe, o que foi “doído”:

Ele começou a trabalhar, a buscar lá do fundo do baú. Lá da minha infância, que que tinha de errado, né? Ele buscou isso tudo. Ele buscou lá de trás. Tinha dia que eu saía de lá com vontade de chorar. De sair de lá e nunca mais voltar. Todas as reações normais. Por que há uma coisa que você sabe e tal. Mas, dói para caramba, né? Aí, vem a questão da rejeição da minha mãe, de toda essa questão que eu tive, né?

O trabalho incluiu a percepção da relação entre o passado, as relações familiares e a sua auto-estima, através de reforçamentos do terapeuta: “Aí, o C. começou a trabalhar isso comigo. Primeiro, resgatar minha estima. Eu acho que também, esse coisa do passado, né? Trabalhar isso que é muito forte ainda. E começa a trabalhar minha estima: ‘Você pode’. ‘Você consegue’. ‘Você vai ser feliz’.”

Além disso, a análise incluía sempre uma pergunta, que funcionava para a auto-reflexão: “Todas as vezes, no final, ele fazia uma pergunta, para eu ir para casa pensar e voltar com a resposta.(...) Muitas vezes eu voltava e falava: ‘Eu não consigo! Eu não sei!’. Mas, sempre uma pergunta. ‘Então, você vai pensar de novo’.”.

A paciente finalizou o relato do evento afirmando que foi muito importante esse trabalho na terapia e associou-o ao livro que escreveu.

3.1.6.2.2 Evento II – Meio da rua

O evento – A entrevistada relatou que tinha muito medo de atravessar a rua, com os carros passando. Então, ela foi trabalhando isso em terapia, com o terapeuta perguntando qual era o seu medo, fazendo associações com a situação familiar que ela atravessava. Um dia, “sem pensar em nada”, a paciente atravessou no meio da rua e ficou tranqüila. Na sessão seguinte com o terapeuta, sentiu-se muito bem, como estando curada da fobia: “eu fiquei no meio da rua, to curada”.

Aprender a dosar as solicitações da família – O evento foi muito importante, relatou E., principalmente para que ela aprendesse a “dosar as questões familiares”. Esse aprendizado teve relação com o trabalho na terapia:

Com a influência do C., com certeza! Por que eu tinha que carregar todo mundo? Todo mundo tem sua vida. Cada um tem sua vida. Até minha mãe, com as cobranças dela, né? Ah, você tem que sair comigo no final de semana. Inclusive, uma coisa que eu não aprendi, que ele tentou me ensinar, que eu também tinha que cobrar. Mas, eu não sei. Daí ele falava: ‘Você é orgulhosa, você não sabe cobrar, você só sabe se dar e não cobra’. Ele achava que eu tinha que cobrar mais, né? Mas, eu acho que eu já dei um passozinho. Mas, tenho muito aprender com ele. Por que eu acabava só me dando, me dando e... Nada em troca.

Como resultado do evento e da psicoterapia, E. afirmou que hoje ela não permite mais que as pessoas “entrem muito na sua vida”.

3.1.6.2.3 Evento III – O lançamento do livro

O evento – A entrevistada disse que escreveu um livro, mas não conseguia lançá-lo. Depois de certo tempo trabalhando isso em terapia, relatou que conseguiu lançar seu livro, com recursos próprios, e comparou o lançamento do livro ao nascimento de “um filho”. Segundo ela, o evento representou uma auto-afirmação. O terapeuta, conforme E., “deu muita força” para o lançamento do livro: “Vai em frente, seu livro está lindo!”

3.1.6.2.4 Evento IV – Caderno Dois, do jornal

E. afirmou que seu livro foi tema de uma reportagem do jornal. Ela escolheu as fotos para a publicação e, quando viu nas bancas, que a matéria era a da capa do caderno dois, e que, entre as fotos, estava uma, da mãe, ficou muito feliz, tendo percebido a importância do livro. Ela levou o tema para a terapia e, junto com o terapeuta, percebeu que o livro foi uma homenagem à mãe. E deu por superado o trauma de rejeição da mãe.

3.1.6.2.5 Evento V – “Dia do lançamento: Festa!”

O lançamento do livro foi um evento muito marcante e alegre, afirmou E. A paciente organizou uma festa pomerana, com o auxílio de vários familiares, lançou o livro e obteve um número de vendas muito expressivo no dia. O evento representou, para a paciente, a cura: “Ali eu estava me sentindo curada da síndrome do pânico, bem e feliz e alegre para a festa”.

3.1.6.3 A avaliação quantitativa do processo

A terapia foi classificada como efetiva e os escores, acima da média amostral (ver Tabela 17). O vínculo entre terapeuta e paciente também foi classificado como efetivo, com os escores entre os mais altos na amostra. As memórias de eventos da terapia foram em número alto e possuíam intensidade, sendo vívidas e estando entre os escores mais altos na amostra. Terapeuta e paciente pontuaram no inventário de personalidade, como tendentes a introvertidos.

Tabela 17

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 6

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P6 E.	Introvertida (3,25)	Introvertido (3,54)	Efetivo/Sup (1,72)	Efetivo/Sup (7,00)	Vívida/Sup (7,00)

3.1.6.4 Redução fenomenológica da Díade 6

O relato dos eventos marcantes evidenciou o papel do terapeuta na reflexão da paciente sobre suas relações familiares, seus contatos sociais e sua auto-percepção. O foco do tratamento na descoberta de novos significados, de sentimentos ocultos e de padrões de comportamento associados à história de vida de E. ficou contextualizado na ação reflexiva do terapeuta, através de interrogações e questionamentos, em cada momento relatado. O terapeuta é descrito como questionador, enigmático e intelectualmente desafiador, o que estimulou a paciente a reviver e ressignificar traumas do seu passado. O processo do tratamento foi descrito como um doloroso reviver do passado, associado aos temores presentes, que resultou na remissão dos sintomas e na “cura” dos “traumas” relativos à história familiar, em especial, à rejeição da mãe. Em acréscimo à reflexão sobre a história da paciente, o terapeuta foi descrito como acolhedor e apoiador às ações de transformação da sua vida. Pode-se, ainda, interpretar que a interrupção da terapia, denominada pela paciente como “feriazinhas”, pode estar associada com a satisfação de E. com os resultados alcançados até então, ou seja, a diminuição dos medos, a auto-afirmação e a ressignificação das relações familiares, caracterizando um processo completo, em relação aos seus objetivos iniciais. Isso não significa que a paciente não tenha mais coisas a tratar, mas essas coisas podem estar inseridas em um novo processo, diferente do atual.

A classificação quantitativa geral da terapia como efetiva contextualizou a descrição qualitativa do tratamento como positivo, tanto pelo terapeuta, quanto pela paciente. Ambos descreveram o vínculo e a transferência como marcantes, desde o início do tratamento, o que está de acordo com a classificação da aliança terapêutica como efetiva. Os eventos marcantes contextualizaram as memórias da terapia. A intensidade quantitativamente medida foi explicitada nas descrições qualitativas da

relação entre os eventos e as transformações na vida da paciente. A tendência à introversão, tanto do terapeuta, quanto da paciente, pode ser percebida no foco reflexivo do tratamento e na associação dos sintomas com um processo de afirmação do indivíduo, frente aos relacionamentos familiares e sociais.

3.1.7 Díade 7 – terapeuta U. e paciente M.

O psicólogo U. descreveu-se como psicoterapeuta comportamental, ligado ao modelo da FAP (*Functional Analytic Psychotherapy*). Na época da entrevista, ele tinha 39 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 10 anos. A paciente M. estava com 36 anos e há 13 meses em tratamento com o terapeuta, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Ela buscou o tratamento ao ler sobre os resultados da terapia comportamental para o seu problema, a obesidade. No momento da entrevista, a paciente estava em meio ao tratamento, buscando consolidar os resultados atingidos a partir dos primeiros seis meses. O terapeuta a escolheu para o estudo devido aos resultados já consolidados e à sua capacidade de refletir e expressar o processo psicoterapêutico.

3.1.7.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “foco na relação terapeuta-paciente: devolver os sentimentos que os pacientes provocam”; “o pragmatismo: saber o porquê, mas também mudar o comportamento”; e “o entendimento da psicoterapia” (ver Tabela 18).

3.1.7.1.1 Foco na relação terapeuta-paciente: devolver os sentimentos que os pacientes provocam

O terapeuta comportamental afirmou que sempre direcionou seu interesse na clínica em dois focos: o pragmatismo e as relações. Desde os trabalhos que fazia, quando mais jovem, no catolicismo, envolvendo grupos e aconselhamento, foi “modelando” seu jeito focado nas relações para o trabalho interpessoal. Assim, quando fez a formação comportamental, interessou-se mais pela FAP, que definiu como a “aplicação da relação para produzir a mudança”. Ele disse que utiliza metáforas e parábolas, com o objetivo de “entrar no jeito cognitivo de funcionar do paciente”. Nesse sentido, ele trabalha os sentimentos da relação entre terapeuta e paciente, como uma repetição dos padrões do comportamento do paciente. Ele devolve os sentimentos que o

paciente provoca nele, como uma forma do cliente perceber e modificar os seus padrões e generalizar essa modificação para as relações fora do *setting* terapêutico. Os pacientes mais desafiadores são os mais difíceis de bloquear a esquiva, que têm que ser confrontados, pois é difícil fazer isso sem ser aversivo. U. se percebe como um terapeuta acolhedor, compreensivo e receptivo. E afirma que, entre as habilidades necessárias a um terapeuta, estão “habilidade de responder à crítica, habilidade de lidar com emoções negativas, facilidade em comunicar sentimentos do outro” e assertividade.

A ênfase na relação terapêutica também é percebida e descrita no relato da paciente. M. relatou que o seu objetivo inicial era tratar a compulsão alimentar, mas, com o tempo, e observando a sua relação com o terapeuta, foi percebendo que esse comportamento estava associado a um padrão que se estendia a outras áreas de sua vida, como os relacionamentos afetivos com os homens, incluindo uma forma de controle, ansiedade, perfeccionismo e imediatismo. Ela passou a trabalhar também esses aspectos, na relação com o terapeuta. M. descreveu a terapia como um casamento de características de personalidade suas e as do terapeuta. Com outros psicólogos, tinha a impressão que os enganava, enquanto com U., “parecia que ele sabia”, que “ele lia” os seus “pensamentos”, ele iria “domar”, “dominar” a relação. O terapeuta sabia quando deixar ela “mandar” e quando era ele que direcionava o processo. O psicólogo usava a relação com ela como modelo para as suas relações com outras pessoas, o que foi muito importante para os resultados. A entrevistada, ainda, acrescentou que, para que uma terapia funcione, é necessário que o terapeuta não pareça estar julgando a paciente. Ela sentia o terapeuta junto, no processo, e isso tem sido decisivo para os bons resultados até então.

3.1.7.1.2 O pragmatismo: saber o porquê, mas também mudar o comportamento

O terapeuta afirmou que seu interesse pela clínica já era voltado para resultados práticos. Por isso, aproximou-se da linha comportamental, para não ficar só filosofando, mas resolver situações, na prática. Essa linha, conforme U., tem uma visão prática do homem, o que combinou com seu jeito. A terapia comportamental forneceu-lhe uma forma de trabalhar, descrevendo procedimentos. A linha com a qual mais se identificou foi a FAP, que trabalha a relação de uma forma pragmática. Nesse sentido, ele afirmou que qualquer terapia é diretiva. Mesmo seguindo as reações do paciente, a FAP provoca comportamentos, para modificá-los. Com esse objetivo, o psicólogo disse que utiliza diversas técnicas, para trabalhar com o vínculo, mas sempre visando a modificação de

comportamento. Esse é avaliado considerando-se três estágios: o comportamento na relação com o terapeuta, o progresso, enquanto modificação de comportamento, e as análises do próprio comportamento.

Essa mesma ênfase do terapeuta na prática foi descrita pela paciente, desde a busca do tratamento. Ela afirmou que já havia feito outras terapias e que já sabia “os porquês” do seu comportamento, mas continuava com dificuldade de modificá-lo. Por isso, seu objetivo com o tratamento era conseguir mudanças objetivas, em especial quanto ao comportamento compulsivo na alimentação. Segundo M., o diferencial do método na TCC é o “comprometer o paciente na atividade”, através de tarefas e do planejamento de tarefas graduais. Isso faz a terapia funcionar. Em comparação com a psicanálise, a entrevistada referiu que sentia-se constrangida e até mesmo acuada pela atitude pouco interativa da terapeuta. Já com U., a paciente sentiu que podia contar com o terapeuta, o que foi importante para o resultado em relação à obesidade, conseguido aos seis meses de tratamento.

3.1.7.1.3 O entendimento da psicoterapia

Conforme o psicólogo, a paciente era percebida como alguém que cortava a relação, não deixava o terapeuta se aproximar, sendo esse comportamento uma repetição do seu procedimento com os homens, na sua dificuldade de relacionamento. Desde o início, ela tentava controlar a sessão. No tratamento, o terapeuta se posicionou quanto a isso, questionando e colocando na discussão os sentimentos que a paciente provocava. Ela, então, conseguiu, com o tempo, identificar esse padrão e depois transferir isso para as relações fora da sessão. Embora a sua queixa inicial estivesse relacionada com a compulsão alimentar, U. percebeu que esta queixa tinha relação com um padrão de comportamento perfeccionista e compulsivo, que se refletia na sua relação com os homens. Sobre os resultados, o comportamentalista afirmou que a queixa inicial com o apetite compulsivo foi resolvida, mas surgiram outras queixas, em relação à vida amorosa e tudo foi melhorando gradativamente, porque esta “era uma questão ligada à personalidade, e demora mesmo trabalhar a personalidade”.

A percepção da paciente sobre o processo da terapia é semelhante à descrição do terapeuta. Ela procurou o tratamento com o objetivo de emagrecer, mas percebeu que tinha outros objetivos associados a esse inicial: “viver com menos tensão”, diminuir o “perfeccionismo” e a “angústia”. M. considera o tratamento bem sucedido, pois já nos primeiros seis meses, conseguiu o objetivo inicial, de diminuir a compulsão alimentar,

perder peso e manter-se mais magra. Quanto aos demais objetivos, diz que está trabalhando seus padrões de comportamentos e que ainda tem que continuar, por um tempo, o tratamento. No entanto, imagina que um dia vá finalizar o processo, quando o seu terapeuta lhe disser que é mais produtivo ela continuar por si, sem o tratamento.

Tabela 18

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta U. e Paciente M.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. Foco na relação terapeuta-paciente Devolver os sentimentos que os pacientes provocam	<ul style="list-style-type: none"> – O jeito de trabalhar: a FAP, “aplicação da relação para produzir a mudança” – Uso de metáforas, parábolas, para entrar no jeito cognitivo de funcionar do paciente – Foco da terapia na relação entre o terapeuta e o paciente, que modifica padrões de comportamento e os transpõe para todas as outras relações – Não basta ter o dom para a empatia. É preciso ter uma sistematização sobre como proceder para favorecer a relação terapêutica – Duas ênfases que sempre estiveram presentes na sua vida: o pragmatismo e as relações – Terapeuta receptivo, compreensivo – Os pacientes mais difíceis de trabalhar: – Os “extremamente ansiosos”, que “falam desesperadamente”. – Devolver para eles os sentimentos que eles provocam nos outros. – Outro tipo de paciente difícil de lidar é o “arrogante” – Deve-se bloquear uma esquivia, que é sempre 	<ul style="list-style-type: none"> – O processo: – Problema com a comida – O problema envolvia questões da sua personalidade, como “ansiedade”, “perfeccionismo” e “imediatismo” – Características de personalidade do profissional influem no processo: “Tem que casar um pouco, a personalidade do paciente com o psicólogo” – Houve um casamento nas características de personalidade. Com outros psicólogos, tinha a impressão que os enganava, enquanto com U., “parecia que ele sabia”, que “ele lia” os seus “pensamentos”, ele iria “domar”, “dominar” a relação – Decidiu “se entregar completamente” à terapia – Houve um momento em que chegou a tentar ficar sozinha, sem o tratamento, por uns quinze dias, mas depois, resolveu voltar, retomar a terapia, e fazer as coisas no ritmo que o terapeuta determinava – O terapeuta sabia quando deixar ela “mandar” e quando era ele que

contraproducente. Mas é difícil fazer isso sem ser aversivo

- Condições pessoais que um terapeuta tem que ter: “habilidade de responder à crítica, habilidade de lidar com emoções negativas, facilidade em comunicar sentimentos do outro” e assertividade
- Sobre terapia, em geral
- Qualquer terapia é diretiva O terapeuta “observa as reações e caminha nessa direção, em resposta às reações” do paciente
- A escuta também é um tipo de intervenção
- O que faz uma terapia funcionar são alguns componentes essenciais da relação: confiança, afeto, aceitação do amor do terapeuta como genuíno e exclusivo do paciente
- A terapia é uma relação de entrega
- Utiliza várias técnicas, dependendo do paciente: uma técnica vivencial, do “eu terapeuta”, relaxamento, trabalho com respiração, meditação, uso de gráficos com pacientes da área econômica e uso de metáforas, com uma paciente que é poeta
- Há, também, a possibilidade de usar estratégias para evocar o comportamento do paciente
- Sobre a avaliação dos resultados:
- As expectativas do paciente quanto ao tratamento
- Terapeuta trabalha por

direcionava o processo. O psicólogo usava a relação com ela como modelo para as suas relações com outras pessoas, o que foi muito importante para os resultados

- A psicoterapia é um tipo de serviço que funciona.
- Para funcionar, o psicólogo tem que ser um “camaleão”
- Atitudes do terapeuta que podem atrapalhar o processo: falta de flexibilidade, ter um conceito de “certo e errado” e passar a impressão de que a paciente está sendo avaliada

<p>2. O pragmatismo. Saber o porquê, mas também mudar o comportamento</p>	<p>um tempo as expectativas do paciente, até poder rever os objetivos iniciais</p> <ul style="list-style-type: none"> – A avaliação de resultados segue três estágios. No primeiro, avalia-se o comportamento acontecendo na sessão; no segundo, o progresso; e no terceiro, as análises do próprio comportamento – A escolha de ser terapeuta: interesse pela linha comportamental – A linha comportamental: – A identificação com a visão de homem: uma visão prática – Características de personalidade associadas à escolha da linha comportamental: filosofar “a prática”, “o fazer”, para resolver situações – Não basta ter o dom para a empatia. É preciso ter uma sistematização sobre como proceder para favorecer a relação terapêutica – Duas ênfases que sempre estiveram presentes na sua vida: o pragmatismo e as relações – Sobre terapia, em geral. – Qualquer terapia é diretiva – Utiliza várias técnicas, dependendo do paciente: uma técnica vivencial, do “eu terapeuta”, relaxamento, trabalho com respiração, meditação, uso de gráficos com pacientes da área econômica e uso de metáforas, com uma paciente que é poeta – A avaliação de resultados segue três 	<ul style="list-style-type: none"> – O objetivo com a terapia: sabia os porquês, mas não conseguia mudá-los. Então, buscou um tratamento para mudar os comportamentos – Sabia explicar por que engordava, o que era importante, mas, na prática, não estava conseguindo vencer a obesidade – A escolha da linha comportamental: leu na Internet que a TCC era um método que estava conseguindo resultados com problemas semelhantes aos dela – O diferencial do método na TCC: é o “comprometer o paciente na atividade”, através de tarefas e o planejamento de tarefas graduais – A psicoterapia é um tipo de serviço que funciona – A comparação com outras linhas: no tratamento psicanalítico, a psicóloga quase não falava, não a ajudava quando sentia dificuldade de falar, só ela tinha que produzir, sendo mais constrangedor, o que a fazia sentir-se cobrada, acuada
---	---	--

	estágios. No primeiro, avalia-se o comportamento acontecendo na sessão; no segundo, o progresso; e no terceiro, as análises do próprio comportamento	
3. O entendimento da psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco: – Paciente como alguém que cortava a relação, não deixava o terapeuta se aproximar, uma repetição do seu comportamento com os homens, na sua dificuldade de relacionamento. O terapeuta se posicionou quanto a isso, e ela, então, conseguiu, com o tempo, identificar esse padrão e depois transferir isso para as relações fora da sessão – Ela tentava controlar a sessão – O terapeuta disse que teve que lidar com isso, questionando e colocando na discussão os seus sentimentos – Uma queixa de compulsão alimentar, que tinha relação com um padrão de comportamento perfeccionista e compulsivo, que se refletia na sua relação com os homens – Sobre os resultados, o entrevistado afirmou que a queixa do apetite compulsivo foi resolvida, mas surgiram outras queixas, em relação à vida amorosa e tudo foi melhorando gradativamente, porque “era uma questão ligada à personalidade, e demora mesmo trabalhar a personalidade” 	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo inicial: emagrecer. – Outros objetivos: “viver com menos tensão”, diminuir o “perfeccionismo” e a “angústia” – Os resultados: – Os primeiros resultados, quanto à compulsão alimentar, foram conseguidos nos seis primeiros meses de tratamento – Acha que um dia vai parar com o tratamento

3.1.7.2 Relato dos eventos marcantes

3.1.7.2.1 Evento I – A cirurgia plástica: mudança de atitude

O evento – A paciente relatou que não aceitava a idéia de fazer uma cirurgia plástica. Então, durante o tratamento, foi pensando sobre o assunto e decidiu, em torno do sexto mês de tratamento, realizar a cirurgia: “O terapeuta foi uma das pessoas que me encorajou”.

M. afirmou que o terapeuta trabalhou muito a sua auto-estima, a percepção de si como “alguém bonita” e, então, a sua decisão de fazer a cirurgia foi um reflexo da sua mudança de atitude, a partir da terapia. A decisão de fazer a cirurgia levou a paciente a se deparar com vários desafios: o medo de dar errado, dar certo e ela não saber o que fazer com o “corpo novo”, o perfeccionismo, o controle e a necessidade de ser mais flexível para pensar coisas novas. Ela afirmou que se sentiu encorajada pelo terapeuta a fazer a cirurgia, o que foi muito importante.

M. destacou um momento, na véspera da cirurgia, em uma sessão, em que trabalhou de forma intensa esses sentimentos:

Então, teve um momento lá que foi muito marcante, que foi na véspera da cirurgia que eu fui. Cheguei uma pilha de nervos na sessão, muito agitada, muito nervosa e falando que estava com muito medo, muito medo, muito medo. E o U. perguntou: mas você está com medo de quê? De não dar certo? Por que esse sempre foi o meu maior medo, né? Eu só queria entrar nas coisas, sempre no perfeccionismo, só queria entrar naquilo que eu tinha certeza que tinha grande possibilidade de sucesso, né? Não arriscava nada na vida. E aí... Só que aí, naquele momento, foi engraçado que o meu medo não era do fracasso. Era exatamente o medo do sucesso. É como se eu tivesse certeza que fosse dar tudo certo. Só que era uma coisa totalmente nova para mim. Mas e aí, que eu vou fazer com esse corpo novo que eu não tinha? Que eu vou fazer com esse corpo? Aí, ele respondeu assim: ‘você vai ter que usar... se vira! Você vai ter que usar’. Mas, eu não vou saber usar! Eu sempre fui gorda, feia, esquisita... Então, esse momento foi marcante, entendeu? E representou uma série de mudanças de comportamento e atitudes. Então, a cirurgia só veio localizar no tempo esse momento. Não é a cirurgia em si que é o importante aí.

3.1.7.2.2 Evento 2. A primeira sessão: o choque

O evento – M. relatou que a primeira sessão com U. foi muito importante, pois teve “uma sensação”, “uma emoção muito diferente das outras vezes”, com os outros terapeutas. Com U., ela sentiu medo de lidar com alguém, que parecia estar “lendo” a sua “mente”. E, ao mesmo tempo, segurança, acolhimento e proteção:

Isso aí também foi determinante para, eu acho, o sucesso. (...) ao mesmo tempo que eu senti medo, por que eu falei que eu tive aquela sensação de que eu não ia conseguir esconder nada dele, que era como se ele lesse meu pensamento. O olhar dele era como se ele lesse meu pensamento. Tudo que eu falasse, tudo que eu pensasse, ele já ia pescar. E de repente, eu descobri alguém que vai conseguir furar meu campo de força, minha barreira e descobrir tudo isso aqui que eu escondo. Então, isso foi importante, mas, ao mesmo tempo eu me senti segura, acolhida, protegida.

O evento estava relacionado ao controle que o terapeuta demonstrava, através das atitudes, da fala, do controle de quando falar e quando escutar, expresso, principalmente, através do seu “olhar”.

3.1.7.2.3 Evento III – A tentativa de parar a terapia: fuga

O evento – A entrevistada afirmou que, em determinado momento da terapia, descobriu-se apaixonada pelo terapeuta. Diante disso, achou melhor encerrar o atendimento. Ela falou para o terapeuta que não podia mais continuar com ele. Pediu que ele avaliasse se ela podia ficar sem o atendimento ou não. Se sim, ela estaria encerrando o tratamento. Se não, queria que ele indicasse outro profissional. U. propôs uma terceira opção: que ela continuasse e tratasse esses sentimentos na terapia. Como ela insistiu em terminar a terapia, eles combinaram de fazer uma experiência, de dar um tempo no tratamento. Ela, então, ficou quinze dias sem ir ao consultório e, durante esse tempo, percebeu que não podia ficar sem a terapia e devia trabalhar os sentimentos no processo, como o terapeuta sugeriu.

M. afirmou que percebeu que estava fugindo da terapia. E resolveu retornar ao tratamento e “pagar para ver”. Conforme sua percepção, ela estava repetindo um padrão antigo de comportamento: fugir de uma situação nova pelo medo do novo.

O trabalho continua fora da sessão – A entrevistada disse que um ponto forte da terapia comportamental é que o trabalho continua fora das sessões.

A ação do terapeuta – Perguntada sobre o que o terapeuta faz na sessão, que propicia esse resultado, a paciente respondeu que é um conjunto, envolvendo a atmosfera da sessão, pequenos detalhes que formam essa atmosfera, como a postura do terapeuta na primeira sessão, o seu olhar incisivo ou atitudes que facilitam a ela ficar à vontade: “Por exemplo, na primeira sessão eu cheguei lá e, por exemplo, perguntei se eu poderia tirar os sapatos: ‘Não, fique à vontade!’ e ele tirou os sapatos dele também”.

3.1.7.3 A avaliação quantitativa do processo

A avaliação geral quantitativa da experiência de estar em psicoterapia, pela paciente, indicou o tratamento como efetivo e com escores acima da média amostral (ver Tabela 19). A qualidade da aliança terapêutica também foi classificada como efetiva, embora a média dos escores não esteja entre as médias mais altas na amostra. Da mesma forma, as memórias da terapia pontuaram como vívidas, estando abaixo da média amostral. O terapeuta e a paciente pontuaram no classificador de personalidade como tendentes a extrovertidos.

Tabela 19

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 7

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P7 M.	Extrovertida (5,72)	Extrovertido (6,02)	Efetivo/Sup (1,63)	Efetivo/Inf (5,92)	Vívida/Inf (5,72)

3.1.7.4 Redução fenomenológica da Díade 7

O analista comportamental e a paciente descreveram a terapia como uma forma de modificar comportamentos, provocando alterações de forma prática na vida do cliente e não se atendo somente à reflexão e à busca de “porquês”. Nesse sentido, ambos priorizaram uma intervenção pragmática, com técnicas, reflexões e a relação terapêutica submetidas ao objetivo funcional do tratamento. A experiência do tratamento incluiu a devolução de sentimentos, exercícios práticos e técnicas vivenciais, todos focados na percepção e modificação de padrões comportamentais. O relato de eventos marcantes da

terapia revela um processo marcado pela transformação de atitudes, propiciada pelo repertório de intervenções do terapeuta centradas na desacomodação atitudinal e na construção de novos padrões comportamentais. A paciente descreveu a terapia como um processo que ocorre prioritariamente fora do consultório do terapeuta, envolvendo tarefas práticas, e resultando na superação de comportamentos indesejados, como a compulsão alimentar, o perfeccionismo e o controle diante de situações novas.

Pode-se interpretar que a avaliação quantitativa efetiva da terapia corresponde à descrição positiva dos resultados do tratamento, tanto pelo terapeuta quanto pela paciente. A avaliação geral da psicoterapia e dos resultados obtidos obteve uma média entre as mais altas na amostra, contextualizando o foco nos resultados, descrito pelo terapeuta e pela paciente. No entanto, o instrumento de aliança terapêutica revelou um resultado positivo, mas abaixo da média amostral, o que pode denotar um vínculo terapêutico suficiente para os resultados, mas menos marcante, na comparação com os demais casos. Igualmente, as memórias evocadas na terapia indicaram um processo com intensidade emocional, mas não se destacando entre os pares estudados. O vínculo e a intensidade emocional do processo podem ter sido avaliados como menos importantes e, mesmo, submetidos aos resultados, destacados como prioritários por ambos os entrevistados. Tal prioridade e foco podem ser entendidos como expressões da característica extrovertida, do terapeuta e da paciente. Usualmente, o extrovertido é descrito como mais centrado na modificação de comportamentos e na expressão social, do que na reflexão individual.

3.1.8 Díade 8 – terapeuta H. e paciente S.

A psicóloga H. descreveu-se como psicoterapeuta breve focal, com ênfase psicanalítica. Na época da entrevista, ela tinha 38 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 11 anos. A paciente S. estava com 42 anos e há 36 meses em tratamento com a terapeuta, com uma frequência das sessões de uma vez por semana. Ela buscou o tratamento por encaminhamento da psicóloga da filha, quando foi diagnosticado um quadro de depressão. No momento da entrevista, a paciente estava em meio ao tratamento, tendo finalizado uma fase de resultados centrados nos seus relacionamentos familiares e iniciando um foco em si e nas suas questões. A terapeuta a escolheu para o estudo devido à sua boa vinculação e à sua clareza quanto aos resultados.

3.1.8.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “o trabalho com o foco: objetividade, atividade, praticidade e sistematização”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 20).

3.1.8.1.1 O trabalho com o foco: objetividade, atividade, praticidade e sistematização

A psicóloga descreveu a psicoterapia como um processo prático, objetivo e sistematizado. Muitas vezes, o tratamento possui características de reeducação, reorientação e apoio. Ela escolheu a linha breve focal por corresponder à sua visão objetiva do processo. Segundo ela, hoje em dia, as pessoas não procuram tratamento para o autoconhecimento, mas para o “alívio” de algum problema na sua vida. O tratamento, assim, deve estabelecer um foco claro, a partir de uma avaliação das condições do paciente de se submeter à psicoterapia focal. A maior dificuldade do tratamento é que ele desencadeia ansiedade, por ir direto aos pontos relativos ao foco. Uma vez iniciado o tratamento, devem-se avaliar os resultados, através de reavaliações de sintomas e da psicopatologia do sujeito. O tratamento envolve basicamente verbalização e lida, prioritariamente, com o contexto psicodinâmico do paciente. O terapeuta deve ser enfático, ter atenção seletiva e não ser muito passivo, para não ficar somente na escuta. H. enfatizou a importância de “ter uma noção de agir com objetividade”, para “fazer intervenções diretas”, não deixando se instalar a “neurose de transferência”, para não “alongar o processo terapêutico do sujeito”. Entre as características de personalidade que diz possuir, a terapeuta destacou consciência das limitações, para não tentar tratar casos que a sua técnica não abarca, objetividade e humanidade, para lidar afetivamente com os pacientes, facilitando o vínculo, a empatia e a aliança terapêutica. Ela referiu que não tem dificuldade em confrontar o paciente, pois é objetiva e ativa, para trazer o paciente para “o centro do trabalho”. Os pacientes que ela prefere são os que apresentam resultados rápidos, como nos transtornos de pânico. E os depressivos foram descritos como os mais problemáticos, por se prenderem aos sintomas, atrasando e dificultando os resultados.

A paciente, por sua vez, descreveu a psicoterapia como um processo com um foco claro, identificado no início do tratamento: a relação problemática com a filha. Embora tenha referido que a terapia envolveu outros aspectos, como questões financeiras, ela afirmou que ficou quase dois anos tratando especificamente aspectos da relação com a filha, o que pode estar relacionado à dificuldade de falar e tratar de si e de

seus próprios problemas. Os resultados do tratamento foram associados à transformação de seu relacionamento com a filha e ao papel de mãe, descrito como um antes do tratamento e outro, depois.

3.1.8.1.2 A percepção da psicoterapia

H. descreveu o tratamento de S. como um processo com várias “idas e vindas”, com momentos em que ela vinha às sessões e outros em que a paciente faltava muito. A paciente veio encaminhada pela terapeuta de sua filha e relutou, no início, em perceber que o problema não era com a filha, mas consigo mesma. O foco do tratamento, conforme a terapeuta foram os sentimentos em relação às questões familiares, em especial, a relação com a filha. E, associados ao foco, problemas referentes à busca de um companheiro, às atitudes compulsivas, além de uma certa inibição. No momento, após três anos de tratamento do foco, a terapia está começando a focar nas próprias questões da paciente.

A paciente descreveu a terapia a partir de um processo de percepção de si como uma “mãe superprotetora e autoritária”, o que trazia conseqüências negativas para o relacionamento com a filha. O tratamento passou de uma atitude sua de negação dos problemas à aceitação das intervenções da terapeuta, descrita como alguém confiável, segura e firme. S. afirmou que percebe os resultados na modificação de seu comportamento na família, mas acredita que, no atual momento, está iniciando uma terapia focada nela e nas suas próprias questões. Ela disse que já questionou os resultados junto à terapeuta, mas acredita que fosse um jeito de fugir do tratamento. E acrescentou que imagina que a terapia vai acabar, a cada vez que resolve um problema que aparece, mas ainda tem problemas consigo, que não resolveu e, por isso, ainda permanece em tratamento.

Tabela 20

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta H. e Paciente S.

Tema	Terapeuta	Paciente
1. O trabalho com o foco: objetividade, atividade, praticidade e sistematização	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: focou o curso na prática – A escolha da linha – a psicoterapia breve focal: 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a procura do tratamento e o tempo da terapia: foi encaminhada pela psicóloga da filha, preocupada que ela

<p>identificava-se mais com a objetividade, a clareza da técnica e a atividade do terapeuta</p> <ul style="list-style-type: none">– Demanda hoje: “alívio de alguma coisa”, e não autoconhecimento– Inclui anamnese, análise das condições internas do paciente, pois nem todos podem ser submetidos à psicoterapia breve focal– A técnica é desencadeadora de ansiedade e exige um planejamento delimitado das atividades da psicoterapia focal– Sobre os resultados da terapia focal:<ul style="list-style-type: none">– prática do <i>follow up</i>, ou seja, do paciente voltar para reavalições, para verificar se os resultados permanecem, ou se os sintomas retornaram– Avaliação de aspectos psicopatológicos, uma triagem psiquiátrica– A forma de trabalhar: verbalização– Características de personalidade, como: ser enfático, ter atenção seletiva, não ser muito passivo, não ficar somente na escuta– Importância de “ter uma noção de agir com objetividade”, para “fazer intervenções diretas” e “ter também uma atenção seletiva”, focando no “contexto psicodinâmico”– Não deixar se instalar a “neurose de transferência”, para não “alongar o processo terapêutico do sujeito”	<p>estivesse iniciando um processo de depressão</p> <ul style="list-style-type: none">– Tentou fazer terapia antes, mas não gostou, não ficou à vontade: “eu não acreditei naquilo e não tive identidade”– A avaliação de resultados: essa mudança no relacionamento com a filha tem relação direta com o processo da psicoterapia. Ela ficou quase dois anos só tratando disso, e, talvez, esse tenha sido um “modo de fugir” de si mesma. Mas pode dizer que é “uma mãe antes e uma mãe depois” do tratamento– Tinha muita confiança na terapeuta: segurança e firmeza, no jeito de lidar com ela– O processo de “confiabilidade”, de “empatia” foi tão natural, que ela nem se lembra quando foi mudando– “Vínculo de amizade” com a terapeuta– A psicóloga “briga” com ela– Houve vezes em que ela questionou se a terapia estava funcionando, se não havia estacionado, e falava para a terapeuta. Mas esta, muito paciente, ouvia e “não dava muita confiança”, marcando outra sessão– Se imagina sem a terapia– As características de personalidade da terapeuta: admira muito a terapeuta, acha muito sensata, inteligente, batalhadora e determinada
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – O tempo de um tratamento focal: entre quarenta e quarenta e cinco sessões. – O terapeuta estabelece um foco, em um contrato, associado à demanda do paciente – O seu jeito de ser terapeuta inclui consciência das suas limitações; é objetiva e “muito humana” – Terapia como uma reeducação, uma orientação e um apoio – Não tem dificuldade em confrontar o paciente, pois é objetiva, ativa, para trazer o paciente para “o centro do trabalho” – O trabalho com o vínculo: <ul style="list-style-type: none"> – Destaque para a empatia, para o estabelecimento da aliança – Os pacientes com quem gosta de trabalhar e os mais difíceis: transtorno do pânico, por causa dos resultados rápidos – Os depressivos, pelos resultados demorarem, por eles se agarrarem ao sintoma – Paciente indicado para o tratamento breve tem que ter um foco definido, um problema claro, uma certa estruturação egóica e uma demanda focal clara 	
2. A percepção da psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco: <ul style="list-style-type: none"> – Idas e vindas – Tratamento bem sucedido. – A paciente veio encaminhada pela terapeuta de sua filha – “Extremamente 	<ul style="list-style-type: none"> – Tentou parar, há um tempo atrás, por problemas financeiros. A terapeuta, então, combinou que ela pagaria por aquelas sessões em outra oportunidade – O processo do tratamento: acreditava que o problema fosse com sua

	<p>arrogante”, “antipática” e muito ansiosa</p> <ul style="list-style-type: none">– O foco do tratamento: sentimentos em relação às questões familiares, em especial, a relação com a filha– E, junto com o foco, a busca de um companheiro, as atitudes compulsivas, além de uma certa inibição <p>No momento, o tratamento está começando a focar nas suas próprias questões</p>	<p>filha</p> <ul style="list-style-type: none">– Nas três primeiras sessões, a paciente achava a terapeuta “muito chata”, pensando que a terapeuta não podia avaliar a situação– Definia-se como “arrogante” e “prepotente”, nessas primeiras sessões com H.– Ela foi se percebendo uma mãe super protetora, autoritária, o que lhe causava problemas de comunicação com a filha <p>Ela, então, trabalhando em si esses aspectos, começou a perceber melhoras na relação com a filha, o que a fez acreditar no processo da terapia</p> <ul style="list-style-type: none">– A avaliação de resultados: essa mudança no relacionamento com a filha tem relação direta com o processo da psicoterapia <p>Ela ficou quase dois anos só tratando disso, e, talvez, esse tenha sido um “modo de fugir” de si mesma. Mas pode dizer que é “uma mãe antes e uma mãe depois” do tratamento</p> <ul style="list-style-type: none">– Tinha muita confiança na terapeuta: segurança e firmeza, no jeito de lidar com ela– O processo de “confiabilidade”, de “empatia” foi tão natural, que ela nem se lembra quando foi mudando– “Vínculo de amizade” com a terapeuta– A psicóloga, às vezes, “briga” com ela– Houve vezes em que ela questionou se a terapia estava funcionando, se não havia estacionado, e falava
--	---	---

	<p>para a terapeuta. Mas esta, muito paciente, ouvia e “não dava muita confiança”, marcando outra sessão</p> <p>– Se imagina sem a terapia</p>
--	--

3.1.8.2 Relato de eventos marcantes

3.1.8.2.1 Evento I – Aceitação de uma pessoa idosa na família

O evento – S. relatou que uma madrinha sua, com 74 anos de idade, precisou fazer uma cirurgia, em Vitória. Ela veio se hospedar na sua casa. No entanto, depois de várias intervenções cirúrgicas, a familiar foi ficando na casa, por um longo tempo, o que acarretava problemas de rotina, além dela interferir na relação da paciente com sua filha. S. percebeu, na terapia, os problemas causados pela presença da madrinha e aprendeu a lidar com a familiar.

A entrevistada disse que essa situação foi muito trabalhada na terapia. Ela expressava sentimentos como raiva e culpa, em relação à madrinha. E aprendeu a se colocar, diante da familiar “invasiva”. Com o tempo, S. afirmou que o foco do tratamento mudou e ela tentou trabalhar isso nela mesma e não na familiar.

S. disse que H. escutava as suas queixas e que a terapeuta a ajudou a perceber que, pelo seu jeito, seus valores, ela nunca iria aceitar abandonar a familiar. Então, ela teria que encontrar uma forma de lidar com a situação, pois não tinha outra escolha.

3.1.8.2.2 Evento II – Insatisfação profissional

O evento – S. relatou que é servidora pública e faz um trabalho totalmente burocrático. Ela se disse insatisfeita com seu trabalho, pois tem interesses artísticos. A terapia ajudou-a a perceber que, pela relação custo-benefício, ela não poderia deixar o serviço. Então, não tendo opção, o tratamento a auxiliou a aceitar a situação e lidar com ela.

3.1.8.2.3 Evento III – O relacionamento com a minha filha – a perda da Bianca, nossa cachorrinha

O evento – A entrevistada relatou dois eventos marcantes, associando-os: o relacionamento com a filha e a perda da cachorrinha Bianca. Segundo ela, o relacionamento com a filha melhorou muito com a terapia. A paciente aprendeu a respeitar a filha, mudando sua percepção sobre ela. Hoje, afirmou S., ela a considera a

“mais madura” da relação. O outro evento, associado à relação com a filha, foi a perda da cachorrinha, fato que mexeu muito com ambas, causando grande sofrimento emocional.

O foco em si mesma – Ao pensar sobre os eventos relatados e a importância do relacionamento com a filha, S. afirmou que, em noventa por cento do tempo de sua terapia, estava envolvida com uma terceira pessoa, e não com ela. Agora, pretende avançar na terapia, analisando suas próprias questões:

Mas, vamos dizer, nestes três anos, noventa por cento das vezes que eu vou lá, eu vou pra falar de alguma coisa que tem, vamos dizer assim, um terceiro agente, ou o primeiro agente, que é sempre mais difícil. Eu acho que o processo mais difícil é esse, eu acho que agora eu estou começando um processo eu com eu mesma. Aí, quando eu começo a desfocar, eu falo: ‘não... não quero falar sobre isso, quero falar de mim... não, hoje eu não quero falar sobre isso, quero falar de mim’. Mas eu sempre vou pro... escapo por terceiro agente.

A terapeuta a deixa muito à vontade para falar sobre o que ela quiser. Mas S. disse que precisa de ajuda para falar de si mesma. Quando ela fala de si, a terapeuta pontua isso, reforçando essa atitude. Entretanto, a paciente se perguntou se não seria melhor a terapeuta “puxar” mais essa atitude, fazendo-a falar mais de si. Mas disse que se isso ocorresse, talvez ela não voltasse mais. E concluiu que estava pensando nisso naquele exato momento e que tinha feito uma “sessão de terapia agora”:

Ela me deixa muito à vontade e quando eu percebo que ela tem um gancho, eu dou alguma coisa que ela tem a oportunidade de pegar, e ela me ajuda. Eu preciso de ajuda pra falar de mim, mas ela me deixa muito à vontade. Só se eu demonstrar... Se eu dou uma brecha, ela ajuda a desenvolver. O difícil é eu dar a brecha. (...) Quando eu falo de mim, ela fala: ta vendo! Que bom que você falou de você hoje. Mas não puxa. Às vezes eu acho até que ela podia... É, assim, como se eu quisesse que ela me obrigasse a falar de mim mesma, entendeu? (...) Não sei, isso está me ocorrendo agora. Talvez, também, se ela puxasse, eu não voltasse mais. Isso pode ser também que ocorresse.(...) É... agora eu acho que fiz uma sessão de terapia aqui.

3.1.8. 3 A avaliação quantitativa do processo

A terapia, como um processo geral, foi avaliada como efetiva, mas a média dos escores quantitativos não ficou entre as médias mais altas, na amostra (ver Tabela 21).

A aliança terapêutica, também foi classificada como efetiva, mas os escores não ficaram entre os mais altos em comparação com a média amostral. As memórias evocadas foram classificadas como vívidas, mas também não estavam entre as mais intensas da amostra. A paciente e a terapeuta foram classificadas como tendentes a introvertidas.

Tabela 21

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 8

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P8 S.	Introvertida (3,65)	Introvertida (4,04)	Efetivo/Inf (2,28)	Efetivo/Inf (5,58)	Vívida/Inf (5,92)

3.1.8.4 Redução fenomenológica da Díade 8

Os relatos de eventos marcantes da terapia revelaram o trabalho empreendido no tratamento, quanto à resolução de temas de vida da paciente, como o relacionamento com a filha, a insatisfação com o trabalho e as questões familiares. Todos esses focos foram trabalhados de forma à paciente expressar seu sentimentos livremente e aprender a lidar com as situações que não pode modificar objetivamente. A aceitação de circunstâncias a que estava sujeita permitiu à paciente lidar melhor com tais circunstâncias e adequar-se melhor, preservando aspectos de vida importantes para ela. Parece claro que houve ganhos na qualidade de vida da entrevistada, a partir do tratamento. Entretanto, a paciente relatou, também, a necessidade de tratar questões suas, sendo essa a sua grande dificuldade. A descrição dos relatos se encerra com a paciente afirmando que a sua terapia, focada em si mesma, está apenas começando e, embora a terapia tenha obtido bons resultados, no momento, S. descreve a necessidade de tratar suas próprias questões, em uma nova etapa, como uma nova terapia.

Pode-se interpretar que a avaliação quantitativa da terapia associou-se à descrição positiva dos resultados referentes ao foco do tratamento. Da mesma forma, a aliança foi classificada como suficientemente boa para a obtenção dos objetivos e a intensidade das memórias dos eventos marcantes revelou um processo intenso, em associação à descrição dos problemas tratados na terapia. Em acréscimo, pode-se inferir que os escores baixos, em comparação com a amostra, foram assim pontuados em função do

tratamento ter focado aspectos importantes para a vida e os relacionamentos da paciente, mas pouco relativos a ela mesma. Pode-se imaginar que esses escores deverão aumentar a partir do avanço da terapia, no tratamento de questões como a insatisfação afetiva, o trabalho e os sentimentos sobre si. Essa ênfase no autoconceito é uma característica da introversão e pode-se descrever o processo dos três primeiros anos de terapia, como uma preparação para a entrada nas questões pessoais da paciente, que pontuou como tendente a introvertida.

3.1.9 Díade 9 – terapeuta J. e paciente D.

A psicóloga J. descreveu-se como psicoterapeuta corporal, com experiência e formação em saúde pública. Na época da entrevista, ela tinha 29 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há cinco anos. A paciente D. estava com 26 anos e há 36 meses em tratamento com a terapeuta, com uma frequência quinzenal. Ela buscou o tratamento na unidade de saúde no bairro em que reside, em função de problemas pessoais e por sugestão de uma amiga. No momento da entrevista, a paciente estava em meio ao tratamento, buscando consolidar os resultados. A terapeuta a escolheu para o estudo devido à sua trajetória bem sucedida no tratamento, pela “riqueza do caso” e, também, para ilustrar um trabalho com foco social.

3.1.9.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “as diferenças em diálogo: confiança no encontro afetivo e vitalização (potencialização)”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 22).

3.1.9.1.1 As diferenças em diálogo: confiança no encontro afetivo e vitalização (potencialização)

A psicóloga revelou que escolheu ser terapeuta para trabalhar com “gente” e, através do encontro afetivo, contribuir para melhorar a vida das pessoas. Ela tinha uma preocupação com as condições sociais, as diferenças e as possibilidades de crescimento. A psicologia, conforme J., deve ser múltipla e acolher as diferenças. Sobre a sua forma de trabalhar, destacou que a psicoterapia deve ser um lugar “de vida”, “de cores”, “de alegria” e o terapeuta, um “ser humano”, que trabalha através das suas emoções e as demonstra de forma clara e evidente. Alguém que ouve o outro, reconhece a sua história, para que ele próprio possa se apropriar dela. Assim, as regras da terapia devem

ser combinadas com o paciente, sem modelos prontos, e os resultados devem ser avaliados por ele. Os pacientes mais difíceis são aqueles com traços perversos, que atentam contra a vida de outros ou deles mesmos, pois J. disse que a vida é algo muito importante para ela, sendo difícil acolher, ouvir e ajudar alguém assim. E os pacientes que gosta de atender são os “que não estão conseguindo se encantar pela vida”, aquelas pessoas que, por serem “inseguras”, com “muito medo”, “ansiosas” e “afobadas”, dificultam o seu “encantamento pela vida”.

Sobre esse processo de “encontro com a vida”, a paciente relatou que procurou o atendimento por estar buscando explicações para a sua vida, não agüentando mais viver como estava vivendo. D. descreveu o tratamento com a terapeuta como um processo em que esta a cativou, obtendo a sua confiança e confiando na terapia e nela, paciente. Assim, ela aprendeu a cativar a si mesma e, a partir disso, se amar, olhar para si e se achar importante. Nesse processo a terapeuta, por vezes, a ouviu, mas também deu “uns puxões de orelha”, “uns sacolejos”, para ela “poder acordar”. As críticas de J. foram percebidas como construtivas e diferentes das críticas de outras pessoas, descritas como destrutivas ou “degradativas”. Isso porque, mesmo a confrontando e a provocando, J. aceita a paciente e o seu jeito. A terapeuta foi percebida como alguém autêntica, alguém “que é o que é”, “uma pessoa mesmo”.

O encontro afetivo foi percebido tanto pela terapeuta como pela paciente como um processo de vitalização, potencialização, no qual a paciente resgatou sua autoestima, sua capacidade de se amar e de viver de forma mais satisfatória e plena.

3.1.9.1.2 A percepção da psicoterapia

A psicóloga descreveu a paciente como uma mulher, negra, pobre, moradora de um bairro violento e vítima de todo tipo de preconceito. Alguém forte, mas muito desvitalizada. Além disso, com sonhos fora de sua realidade. O desafio da terapia foi ajudar a paciente a perceber que muitos desses sonhos estavam irrealis, o que a fazia viver de forma idealizada e desligada do seu cotidiano. Mas, também, não desmobilizar a paciente na sua busca de transformações da sua realidade. Além disso, outro desafio descrito foi lidar com as diferenças decorrentes das histórias de vida da terapeuta e da paciente, que ocupavam lados opostos, na condição social. O tratamento seguiu através da expressão dos sentimentos de exclusão da paciente, que a paralisavam. Para isso, J. ouvia, acreditava na paciente, mas também a “cutucava”. A terapia, para a psicóloga,

está dando certo e a paciente está percebendo e expressando sentimentos que a paralisavam, o que a está ajudando a se potencializar.

D. procurou o atendimento quando estava em contradição, sem agüentar sua vida, buscando entendê-la. Ela descreveu a terapia como um autoconhecimento e uma retirada de mágoas do passado. As primeiras sessões foram de desabafo, pois a paciente não conseguia “carregar certas coisas sozinha” e “precisava dividir com alguém”. A partir de se ouvir, se conhecer e se aceitar, ela passou a ser mais objetiva, menos sonhadora e mais confiante na sua capacidade de resolver seus problemas. Todas essas mudanças estavam associadas à modificação da sua autopercepção e de um resgate da sua autoconfiança.

Tabela 22

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta J. e Paciente D.

Tema	Terapeuta	Paciente
1. As diferenças em diálogo: confiança no encontro afetivo e vitalização	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: trabalhar com gente, “contato com as pessoas”, pela “proximidade com gente” e pela possibilidade de “estar contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas”, a partir de “encontros afetivos” – A escolha da linha teórica: Formação em terapia corporal – Uma profissão múltipla, que deve acolher as diferenças – A forma de trabalhar: O uso de técnicas reichianas. – A psicoterapia é semelhante a uma “caixa-preta”: mistérios – Deve ser um lugar “de vida”, “de cores”, “de alegria” – Características de personalidade que influem. – “Ser humano”: trabalha através das suas emoções – “Ouvir o que o outro está 	<ul style="list-style-type: none"> – Semanal ou quinzenal: quando ela está mais necessitada, quando precisa conversar, ou precisa de “um puxão de orelha” – A terapeuta foi cativando a paciente – O que a terapeuta fez: confiança – O aprendizado de cativar a si mesma: se conhecer e, a partir disso, passar a se amar, a olhar para si e se achar importante – Precisava tomar uns “puxões de orelha”, levar “uns sacolejos” da terapeuta, para “poder acordar” – As críticas da terapeuta não são como as outras, que a paciente ouviu, durante sua vida. Elas são positivas e não “degradativas” – Como percebe a terapeuta: – A terapeuta é o que é,

	<p>dizendo”, perceber a “história da pessoa”, permitir que “a pessoa se reconheça na sua própria história”</p> <ul style="list-style-type: none"> – A “construção de regras” da terapia no contato com o outro – Demonstra seus sentimentos de forma clara e evidente – O mais difícil em ser terapeuta é construir o seu jeito de ser terapeuta, “sem colar em modelos” – Sobre a avaliação de resultados: O resultado é a própria avaliação do paciente – Os pacientes mais difíceis de atender: traços de perversão – Os pacientes que mais gosta: os “que não estão conseguindo se encantar pela vida”, aquelas pessoas que, por serem “inseguras”, com “muito medo”, “ansiosas” e “afobadas”, dificultam o seu “encantamento pela vida” 	<p>uma pessoa mesmo</p> <ul style="list-style-type: none"> – A terapeuta, por vezes, a ouve, a confronta e a provoca, mas a aceita do seu jeito – Terapia funciona e ela indica sempre para outras pessoas
2. A percepção da díade	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco: uma mulher, negra, pobre, moradora de um bairro violento e vítima de todo tipo de preconceito – Alguém muito forte, embora tenha chegado no consultório muito “desvitalizada”, e com sonhos, muitas vezes fora da sua realidade – Alguém que está procurando lidar com os preconceitos, para não ficar “paralisada” – Concretizar, materializar os sonhos – Desafio é ajudar a 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura por atendimento: não estava agüentando as complicações pessoais, “estava muito em contradição”, buscando “explicações” sobre a sua vida – O processo: <ul style="list-style-type: none"> – “Está sendo muito interessante a questão de me conhecer, a questão de retirar mágoas, que são do passado” – Primeiras sessões foram um “desabafo”, de “carregar certas coisas sozinha” e “precisava dividir com alguém”

	<p>paciente a conscientizar as condições a que ela está sujeita, para que ela possa pensar os sonhos de uma forma mais concreta. Entretanto, fazer isso sem “desvitalizar”, sem “despotencializar” a paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> – Está dando certo, pois a paciente tem conseguido vivenciar as dores às quais ela estava insensível e que a paralisavam – Um espaço de alguém que acredita, mas ao mesmo tempo, cutuca – Um corpo “que parece que não tem energia”, “despotencializado” embora seja grande e forte 	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia ajudou na timidez – Resultados gerais: ajudou-a a se conhecer, a ser “mais objetiva”, a não “ficar sonhando o inatingível”
--	---	---

3.1.9.2 Relatos de eventos marcantes da terapia

3.1.9.2.1 Evento I – Transformação e conhecimento

O evento – D. relatou que começou a se transformar em uma pessoa que ela já era. Ela não se dava conta daquilo que tinha dentro de si. Não se conhecia e, a partir do conhecimento sobre si mesma, passou a “gostar das coisas”, “curtir as coisas”. A transformação e o conhecimento vieram juntos.

Segundo a entrevistada, o que mudou a partir do momento em que começou a se conhecer, a perceber o seu jeito, a entrar em suas memórias e a experimentar a sua essência foram as suas atitudes e o jeito de pensar. Antes, ela achava que “curso superior era tudo” e, quando não passava no colégio e via outras pessoas passando, “dava uma fadiga”. Mas depois, passou a ver que o curso “só vai complementar aquilo que você é” e não determinar quem você é.

A paciente afirmou que essa transformação aconteceu por causa da terapia e envolveu várias sessões. A partir disso, ela começou a ser “muito rígida” consigo e também “objetiva” e “puxar” seu próprio “tapete”. Essa mudança transformou também as suas relações, pois ela passou a não ser tão submissa, querendo agradar aos outros, passando a se impor mais e conquistando um respeito das outras pessoas.

Conforme D., esse efeito se deveu a ser ouvida, compreendida e, às vezes, ter o tapete puxado, pela terapeuta:

Com certeza foi a questão de ser ouvida, de me compreender. Claro que, às vezes, ela também teve que puxar meu tapete porque era preciso. Mais a questão de me ouvir e de me conhecer, isso foi proporcionando, com que eu começasse a me transformar e conhecer.

3.1.9.2.2 Evento II – A revolta

O evento – A entrevistada disse que sofreu um assalto, saindo de uma festa, quando estava sozinha, na rua. O ladrão puxou a sua bolsa e ela entrou em luta corporal contra ele. Ela nunca tinha sido roubada e o fato levou-a a um alerta e a uma revolta. Ela percebeu que não vive em um mundo de fantasias, mas sim em um mundo real:

(...) então isso foi como aquilo que me alertou, entendeu? Me revoltou. Eu vivo num mundo de fantasias. Não é assim que a banda toca. Eu vivo num mundo de realidades. Isso fez com que, entendeu, eu acordasse para uma vida mais... como eu vou te falar? Mais assim, mais real.

Ela chegou na sessão muito agitada e a terapeuta teve que acalmá-la. Posteriormente, D. trabalhou com a terapeuta que aquele assalto serviu como um alerta, para ela ter mais cuidado com suas coisas.

Como o evento foi trabalhado na terapia – A paciente relatou que ficou muito assustada com o assalto. Ela chegou muito nervosa na sessão com a terapeuta, que a acalmou. D. afirmou que foi ela mesma quem fez as relações do evento como um momento de alerta, porém, a terapeuta já a havia alertado para a sua falta de cuidado e tendência de viver mais na fantasia, sem atenção e cuidado no dia-a-dia. E concluiu que o que aprendeu com o evento teve relação direta com a terapia.

O evento foi muito importante, pois a paciente passou a ter uma postura muito diferente da que tinha. Ela percebeu que estava “dando mole” e por isso foi assaltada, e que tinha que mudar sua atitude geral em relação à vida.

3.1.9.2.3 Evento III – A entrega

O evento – D. disse que teve um relacionamento com um rapaz que morava em outra cidade. Ela ligava muito para ele, mas ele a rejeitou e, por fim, terminou a relação com ela. A entrevistada afirmou que depois desse fato, ficou muito magoada e

deprimida, vindo a buscar o atendimento com J. Dois anos depois disso, ela começou a ter um novo relacionamento e levou esse tema para a terapia. A terapeuta a fez ver que ela tinha que se entregar em um relacionamento, o que ela não fazia. Então, ela passou a se entregar, não só no relacionamento, mas em tudo o que fazia, percebendo como ela não se entregava antes, nas suas buscas, nos seus objetivos, e como isso era prejudicial, na sua vida.

Conforme a paciente, a terapeuta “puxou sua orelha”, “foi objetiva” com D., tratando do assunto. E, então, ela percebeu como agia errado e passou a se relacionar de forma diferente com as pessoas. “A entrega, a objetividade” na nova relação foram interessantes, mas o relacionamento não deu certo, o que não a abalou, como antes.

3.1.9.3 A avaliação quantitativa do processo

A terapia foi avaliada pela paciente como efetiva, mas não foi classificada entre as médias mais altas na amostra. Da mesma forma, a aliança terapêutica foi classificada como efetiva, mas inferior à média amostral. As memórias da terapia foram pontuadas como vívidas, mas a sua intensidade não estava entre as mais altas em relação aos pares estudados. A paciente foi classificada como tendente a introvertida e a terapeuta, como tendente a extrovertida (ver Tabela 23).

Tabela 23

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 9

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P9 D.	Introvertida (2,89)	Extrovertida (4,86)	Efetivo/Inf (2,05)	Efetivo/Inf (5,92)	Vívida/Inf (5,83)

3.1.9.4 Redução fenomenológica da Díade

Os relatos de eventos evidenciaram a terapia como um processo da autoafirmação da paciente. O tratamento passou pelo autoconhecimento, quando a paciente se expressou e se reconheceu, no que contou com a acolhida da terapeuta; pela transformação dos conceitos sobre si e das relações com os outros, tendo um paralelo com as intervenções confrontadoras da terapeuta; pela livre expressão dos sentimentos

de revolta, que estavam reprimidos, prejudicando a potencialização dos seus recursos; e pela recuperação da capacidade de entrega, nas relações, a partir da retomada da capacidade de acreditar em si, no que a paciente contou com a expressão da confiança da terapeuta. Todos esses conteúdos foram trabalhados no sentido da paciente expressar-se, reconhecer-se e, com isso, revitalizar-se, recuperando a sua capacidade de ser agente da sua própria história, ou, como expresso por ela, “cidadã”.

A avaliação quantitativa da experiência geral da terapia e da aliança terapêutica como efetivas contextualizam a percepção da terapeuta e da paciente sobre o processo terapêutico e seus resultados. Tanto a aliança quanto a experiência do tratamento configuram um processo com vinculação positiva e resultados percebidos, como modificação da percepção de si e de comportamentos, por parte da paciente. A classificação das qualidades fenomenológicas das memórias da terapia revelam um processo de intensidade emocional, compatível com a descrição da relação entre a terapeuta e a paciente. Pode-se interpretar que os indicadores dos instrumentos quantitativos não descreveram escores entre os mais altos, talvez, em função das diferenças sociais e de histórias de vida, descritas pela terapeuta como, ao mesmo tempo, uma riqueza do processo e um desafio, exigindo adaptações na comunicação. Nesse sentido, uma grande assimetria sociocultural entre terapeuta e paciente pode representar uma dificuldade que demanda adaptações, o que não inviabiliza os resultados positivos já descritos. Uma explicação alternativa seria a diferença de estilos de personalidade. A paciente, classificada como tendente a introvertida, com o foco na reflexão pessoal e no autoconceito e a terapeuta, tendente a extrovertida, com o foco nas relações sociais, podem ter apresentado diferenças na focalização do tratamento.

3.1.10 Díade 10 – terapeuta A. e paciente R.

A psicóloga A. descreveu-se como psicanalista lacaniana. Na época da entrevista, ela tinha 38 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 14 anos. A paciente R. estava com 39 anos e há 36 meses em tratamento com a terapeuta, com uma frequência de uma vez por semana. Ela buscou o tratamento por indicação do médico, em função de um quadro depressivo. No momento da entrevista, a paciente estava em meio ao tratamento, tendo resolvido a depressão e buscando reformulações gerais em sua vida. A terapeuta a escolheu para o estudo em função da sua capacidade de refletir sobre o seu processo e as suas questões.

3.1.10.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “a transformação através do confronto consigo”; “o trabalho através da pessoa do terapeuta”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 24).

3.1.10.1.1 A transformação através do confronto consigo

A terapeuta revelou que a principal característica do tratamento psicanalítico é o confronto. Em especial, o confronto consigo mesmo que o paciente empreende no processo da análise. A. disse que escolheu ser terapeuta por que já gostava de escutar e aconselhar as pessoas. Ela decidiu-se pela psicanálise pela sua “aposta na palavra”, na fala como instrumento de transformação. A psicanálise não é um tratamento indicado para todos, pois nem todos suportam a angústia envolvida no tratamento. O paciente chega no consultório trazendo suas “dores” e tem que se perceber como “sujeito” delas. Nesse sentido, o analista tem que ser alguém capaz de “ser cortante”, de não deixar passar aquilo que ele ouve e apontar para o paciente. A. se define como uma analista que trabalha através do confronto. A escolha do seu supervisor e analista segue esse critério: se a pessoa for muito boazinha, maternal, ela se acomoda. É preciso que a pessoa aponte coisas para que ela avance. Como psicoterapeuta ela disse que, apesar de ser acolhedora, ela acha importante “botar a lei” e o limite, dependendo do que o paciente pede. Nesse trabalho, é necessário que o analista observe a relação, se existe uma transferência já estabelecida, que suporte esses cortes. A maior dificuldade inicial em ser terapeuta foi “não atender à demanda do paciente”, “sair da posição de boazinha”. É necessário para o trabalho da análise o apontamento das questões e a não satisfação das demandas do paciente. Somente assim, o paciente receberá o que ele realmente pede, que é o apontamento das suas próprias questões envolvidas na sua queixa.

A paciente reconheceu a característica essencial da análise, o confronto consigo mesmo, ao descrever a psicoterapia como um processo de se conhecer e de tentar melhorar. Desde o início do tratamento, R. revelou uma resistência à análise, boicotando a primeira sessão, desconfiando do julgamento da analista, até que falou para ela com sentia-se e pode trabalhar a partir de então. Ela disse que a partir do foco da depressão percebeu outras questões envolvidas, inclusive referentes ao seu passado. Essas questões foram sendo analisadas, mas sempre com sentimentos de resistência, pois é difícil ir à sessão e trabalhar as questões que devem ser trabalhadas. Seria mais fácil

jogar as coisas pra baixo do tapete, afirmou. Quando passou ao divã, percebeu mais claramente o trabalho consigo mesma, que envolve “toques” da analista quanto a questões suas, que fazem “abrir o olho” e se perceber melhor. O autoconhecimento permite perceber que há coisas que se faz e se repete até que se perceba, se abra o olho para elas. A terapia funciona, afirmou a paciente, como uma forma de se conhecer, de tentar melhorar. Para isso é necessário trabalhar suas questões, pois a terapeuta não vai fazer isso pelo paciente. Essa é uma tarefa sua, que vai envolver as sessões e um trabalho de auto-análise, que continua mesmo fora da terapia.

3.1.10.1.2 O trabalho através da pessoa do terapeuta

Um aspecto do processo, destacado pela terapeuta, é o trabalho das questões do próprio analista, para que elas não sejam misturadas no tratamento. Nesse sentido, desde o início, o analista deve realizar a sua própria análise. O seu analista vai influenciar no seu jeito de ser terapeuta, assim como a escola psicanalítica, que vão fornecer um “acento” na forma de trabalhar. Mas, com o tempo, o psicólogo vai desenvolvendo o seu próprio jeito. Esse jeito não é fácil dele próprio perceber, de enxergar, pois ele trabalha com a sua própria personalidade e não pára muito para pensar sobre isso. Um exemplo desse trabalho que envolve o próprio analista foi a dificuldade de trabalhar com crianças e com suas mães, que a analista associou a seus próprios problemas de relacionamento com a mãe. E concluiu dizendo que a auto-análise é uma questão ética do analista.

A paciente percebe essa dimensão pessoal da análise, descrevendo a terapia como um processo que vai funcionar dependendo de uma adaptação do paciente ao terapeuta. A analista é como se fosse uma amiga, mas, na verdade, ela é sua terapeuta. Ela foi descrita como uma pessoa acessível, carinhosa, que a deixa tranquila e à vontade, mas que não é “paternalista”. Dessa forma, a entrevistada percebe as características de personalidade da terapeuta, no contexto da terapia, e as julga importantes para o processo e seus resultados.

3.1.10.1.3 A percepção da psicoterapia

A. disse que o problema da paciente era relativo ao seu contato social. A partir do momento em que ela passou a escutar a analista e se escutar, ela passou a trabalhar essas questões. A analista percebe os resultados da análise pelos efeitos na vida da

paciente, na posição que ela ocupava quando chegou ao tratamento e hoje. E ressaltou que ainda há muito a trabalhar, como a vida amorosa, e a posição da paciente na família.

R. procurou o tratamento por estar passando por um momento de depressão muito forte. Ela disse que teve uma resistência inicial à análise, estando “com um pé atrás” em relação à terapeuta. Chegou a boicotar o tratamento, trocando o horário da primeira sessão. Mas, depois, venceu a resistência e passou a trabalhar as suas questões. No início, falou bastante, desabafou e sentiu-se mais leve. Após esse momento, achou difícil continuar a falar, mas foi instada pela analista a continuar e falar aquilo que a incomodava. Ela, então trouxe suas questões, vivenciando-as intensamente, chorando muito. Depois desse tempo, passou ao divã, o que representou o aprofundamento do trabalho pessoal da análise. Sobre os resultados, R. disse que está bem melhor, desde que iniciou a terapia. Sente que nada a afeta, que não fica mais “remoendo” as coisas. Ela se achava muito rígida, estressada e perfeccionista, se incomodando com qualquer coisa. Hoje se acha mais tranqüila, pois analisa por que as coisas a afetam.

Tabela 24

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta A. e Paciente R.

Tema	Terapeuta	Paciente
1. A transformação através do confronto consigo	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: gostava de escutar, aconselhar as pessoas que a procuravam para falar dos problemas – A escolha da psicanálise: – A fala: a aposta na palavra – A psicanálise é muito angustiante – Características de personalidade e o jeito de trabalhar: a necessidade de trabalhar com o confronto. – “Ter uma escuta que não passa nada” – Acha-se mais acolhedora, mas também é necessário falar incisivo, “botar a lei” e o limite, dependendo do que o paciente pede. Com transferência 	<ul style="list-style-type: none"> – Resistência inicial: O início com o pé atrás – “Você não ta louca! Você não precisa disso!” – O período de chorar, de conhecer a terapeuta e da terapeuta a conhecer: será que ela está me recriminando? – A causa inicial, a depressão, tinha relação com outras coisas, que a paciente foi tratando – Do foco inicial a questões secundárias e o passado – O porquê das coisas: As perguntas que fazem você pensar – O trabalho no divã: a própria pessoa se ajuda. – Pensa todos os dias em largar o tratamento, pois

<p>2. O trabalho através da pessoa do terapeuta</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A maior dificuldade: “não atender à demanda do paciente”; “sair da posição de boazinha” – Os pacientes que mais gosta e menos gosta de atender: neuróticos, em geral versus perversos e psicóticos. Histéricas versus obsessivos – Sobre terapia em geral: – A intervenção que o momento do paciente pede – É necessário o analista iniciante trabalhar as suas coisas na análise, para não misturá-las no atendimento – A influência da escola psicanalítica e do próprio analista – Que difícil me definir, como analista! Difícil se enxergar – Dificuldade de trabalhar com crianças. Problema com a mãe – A análise do próprio analista: uma questão ética 	<p>tem “preguiça”, é difícil ir e resolver o que tem pra resolver. Seria mais fácil jogar as coisas pra baixo do tapete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Os “toques da terapeuta” – O trabalho de auto-análise continua, mesmo fora da sessão, no dia a dia da paciente – Imagina-se sem terapia. Mas acha que ainda tem muito que trabalhar antes de parar – Sobre terapia em geral: – A terapeuta não resolve todos os problemas, mas “abre o olho” – A função do auto-entendimento: tem coisas que a gente faz e retorna a fazer até a hora que você abre o olho – Terapia funciona, mas às vezes as pessoas não querem mudar – É uma forma de se conhecer, de tentar melhorar – O vínculo com a terapeuta: é como se fosse uma amiga, mas é terapeuta – A percepção da terapeuta: uma pessoa acessível, carinhosa, que a deixa tranquila e à vontade, mas não é paternalista – Paciente adaptar-se à pessoa do terapeuta
<p>3. A percepção da psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco: – O problema do contato social – O efeito: “poder escutar 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura de tratamento: depressão muito forte. – Resistência inicial: O início com o pé atrás – “Você não ta louca!

	<p>(a analista) e aí, poder se escutar”</p> <p>– Percebe os resultados da análise pelos efeitos em sua vida, na posição que ocupava quando chegou e onde está hoje. Embora, também, ressaltou que ainda há muito a trabalhar, como a vida amorosa, e a posição na família</p>	<p>Você não precisa disso!”</p> <p>– O processo da terapia: desabou, soltou seu emocional, foi falando e saiu do consultório muito leve</p> <p>– Sobre os resultados:</p> <p>– Está bem melhor, desde que iniciou a terapia. Sente que nada a afeta, que não fica mais “remoendo” as coisas. Ela se achava muito rígida, estressada e perfeccionista, se incomodando com as coisas. Hoje se acha mais tranqüila, pois analisa por que as coisas a estavam afetando</p>
--	---	--

3.1.10.2 Relato de eventos da terapia

3.1.10.2.1 Evento I – “Deprê”

O evento – A paciente disse que esse evento iniciou em torno de um ano antes do início da terapia. Ela não estava satisfeita com seu trabalho, pois tinha que trabalhar várias horas e se perguntava se não haveria como mudar isso. Nesse meio tempo, iniciou um relacionamento que não deu certo. Ela, então, somou essa duas frustrações e começou a sentir-se muito triste e deprimida. Foi isso o que a levou a buscar o atendimento. Algum tempo depois de iniciada a análise, R. disse que essa depressão foi passando. Ela liga todo o início da sua terapia a esse “processo existencial”.

R. afirmou que, a partir da depressão e dos questionamentos sobre a sua vida profissional e afetiva, começou a “esmiuçar” seus sentimentos e a se entender melhor:

E aí, a partir disso iniciei a terapia e, dessa depressão, foi de onde eu comecei a esmiuçar os meus sentimentos e a começar a me entender melhor. Então, aí passa para os relacionamentos, passa para o meu trabalho, passa pra minha vida pessoal íntima minha forma de conviver com todo mundo, relacionamentos interpessoais e então, tudo aí começou.

Esse resultado se deu muito rapidamente na terapia. Com um mês, a entrevistada disse que já percebia uma redução da depressão e, com seis meses, ela conseguiu resolver totalmente a questão, não percebendo mais sintomas.

“Eu sou mais eu”: a ação da terapia – Perguntada sobre o que a terapia fez, que a ajudou na depressão, a paciente disse que foi levantar a sua auto-estima, fazê-la perceber que ela é importante, que tem qualidades, tem capacidade, o que ela não enxergava por causa da depressão. E que só ela poderia se ajudar.

3.1.10.2.2 Evento II – “Queimadas”

O evento – A paciente relatou que estava sempre com os braços com alguma queimadura, o que foi notado pela terapeuta. A. perguntou-lhe sobre isso e ela não ligou o fato a nada. Porém, com o tempo e seguindo os questionamentos da analista, que lhe dizia que ela estava “tentando queimar alguma coisa”, ela acabou percebendo que se queimava sempre que um relacionamento não dava certo, como uma forma de autopunição.

Mas depois eu fui vendo que as queimaduras, as queimadas tinham a ver com os relacionamentos. Quando eles não me satisfaziam mais ou tavam me machucando, me magoando ou não me deixando satisfeita, eu me queimava. De algum jeito eu, inconscientemente, eu marcava essa mágoa na minha pele.

R. disse que, depois que percebeu as relações entre os relacionamentos e as queimadas, nunca mais se queimou e mudou sua atitude. Toda vez que a relação não está boa, ela “abre o jogo” e conversa sobre o problema, com a pessoa, diferente de antes.

A autodescoberta e o pensar por si – A terapeuta, conforme R., não induz interpretações nem pensa pela pessoa, ela só ajuda a pensar, só questiona, mas deixa a paciente descobrir os significados dos seus comportamentos por si mesma:

Então, foi uma coisa assim: ela direcionou, mas não me induziu. Só pediu pra eu pensar muito isso, até eu descobrir o quê que era. Que geralmente é o que ela faz, né? Ela não direciona. Pelo meu histórico, ela deve até hoje, saber de muita coisa que eu não presto atenção, assim... ela nunca é... como se diz? Ela só direciona, mas nunca induz. Ela deixa eu descobrir pra eu poder pensar melhor.

3.1.10.2.3 Evento III – As reservas

O evento – A paciente percebeu que tinha muitas reservas nos relacionamentos com outras pessoas. E, nos relacionamentos amorosos, acabava sempre esperando as ações da outra pessoa, para, então reagir. Nunca “tomava uma atitude” e associou essas

reservas a colocar-se “na reserva”, como em um jogo de futebol. Conforme foi percebendo, ela era muito desconfiada sobre as intenções das pessoas que se aproximavam e essa desconfiança acabava por dificultar seus relacionamentos.

A entrevistada disse que os três primeiros eventos que ela citou foram relativos a relacionamentos interpessoais porque ela tem muitas dificuldades nisso. Ela sempre foi muito sozinha, sem amigos. Quanto aos relacionamentos amorosos, está melhor, mas no geral, com outras pessoas, sempre tem medo de que os outros estejam com ela “por interesse”, ficando muito “com o pé atrás”. Isso ainda é um problema para ela, algo que ainda tem que trabalhar na análise.

3.1.10.2.4 Evento IV – O meu trabalho

O evento – R. estava insatisfeita com seu trabalho, na lanchonete da família. Ela trabalhava há dezesseis anos no mesmo lugar e já não queria mais trabalhar com esse ramo, pois percebia que ela não crescia. Ela, então, vendeu a lanchonete e entrou na faculdade. Essa mudança foi trabalhada na análise e a psicóloga a incentivou a mudar, estimulando-a a pensar em algo que ela gostasse:

Aí, com a terapia: ‘o que você gosta? O que você gostaria de fazer?’ E aí, eu fui falando que eu gosto de curso de moda... aí, ela: ‘por que você não tenta procurar um curso que você gosta... comece de algum jeito a mudar. Você não precisa mudar de vez.’ Então, eu acho que demorou mais de um ano já que eu fazia, um ano e meio... aí, vendi a loja. (...) E já tinha entrado na faculdade, já tinha seis meses que eu estava na faculdade.

Solidificar as mudanças – Atualmente, ela está realizando vários estágios relativos ao curso de moda, que está freqüentando. R. afirmou que não quer parar a terapia por que percebe que, apesar de ter melhorado nos relacionamentos e no trabalho, ainda tem coisas a trabalhar, até que consiga ficar sozinha.

Terapia como autoconhecimento: A faculdade de si mesma – R. concluiu que a terapia está sendo um processo de autoconhecimento, como uma “faculdade de se conhecer”:

Eu to colocando como um aprendizado de me conhecer. Então, assim... não é aquela coisa, ‘ah eu vou lá chorar as minhas mágoas’, não. Eu vou lá mais pra trabalhar o autoconhecimento. Então ele pra mim é... To fazendo faculdade? Então to fazendo faculdade de me conhecer também”.

3.1.10.3 A avaliação quantitativa do processo

A paciente avaliou quantitativamente a terapia como efetiva, com as médias pontuando entre as terapias melhor avaliadas na amostra (ver Tabela 25). A qualidade da aliança terapêutica foi avaliada como efetiva, porém, a média no instrumento não se destacou entre as mais altas. Da mesma forma, as memórias foram classificadas como vívidas, mas não entre as mais altas em relação à média amostral. A paciente foi classificada como tendente a introvertida e a terapeuta, como tendente a extrovertida.

Tabela 25

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 10

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P10 R.	Introvertida (3,88)	Extrovertida (5,00)	Efetivo/Sup (1,79)	Efetivo/Inf (5,96)	Vívida/Inf (4,22)

3.1.10.4 Redução fenomenológica da Díade 10

O relato dos eventos da terapia contextualizaram o foco do tratamento no autoconhecimento, como descrito nas entrevistas da terapeuta e da paciente. No início do tratamento, quando a paciente descreveu o trabalho focado na depressão, a terapeuta foi descrita como alguém que a ajudou a se valorizar. Esse foco, uma vez trabalhado, estava associado a outros aspectos da vida da paciente. A reflexão que resultou nessa conclusão foi auxiliada pela ação da terapeuta, questionando e apontando contradições, como no caso das “queimadas”. A terapeuta identificava pontos problemáticos no discurso da paciente e propunha questões, que faziam-na pensar e associar os comportamentos e as falas a conteúdos significativos para ela mesma. A paciente descreveu a ação da terapeuta como um “fazer pensar”, ajudar a “abrir o olho”, mas nunca um pensar por ela ou resolver os seus problemas. Todo o tratamento passou pela percepção da paciente de que o resultado depende essencialmente dela mesma, assim como as mudanças na sua vida. A descrição dos eventos marcantes demonstrou a ação incisiva e questionadora da analista, no sentido de direcionar a paciente para a auto-reflexão.

A avaliação geral positiva da terapia combina com a descrição dos resultados percebidos pela paciente e descritos, como as mudanças relatadas. Os escores altos, em comparação aos outros pares podem ser relacionados com as transformações descritas, tanto sintomáticas, como no autoconceito e em aspectos concretos da vida da paciente, como a vida profissional. O vínculo terapêutico foi descrito como suficientemente positivo para os resultados. Os escores não expressivos em relação às demais díades podem ser associados ao permanente compromisso do processo com a mudança, através do confronto e do autoconfronto, com poucos pontos de conforto, como descrito tanto pela terapeuta como pela paciente. O processo doloroso da auto-análise pode também ser associado ao resultado da intensidade das memórias da terapia, positivos, mas não especiais em comparação com outros pares. Outra explicação para esses resultados pode ser a diferente focalização do processo, entre a paciente tendente a introvertida, centrada no autoconceito, e a terapeuta tendente a extrovertida, privilegiando associações pontuadas pelo comportamento e direcionadas para as relações interpessoais da paciente.

3.1.11 Díade 11 – terapeuta F. e paciente H.

A psicóloga F. descreveu-se como psicoterapeuta sistêmica. Na época da entrevista, ela tinha 39 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há 13 anos. O paciente H. estava com 40 anos e há aproximadamente oito anos em tratamento com a terapeuta, com uma frequência atual quinzenal. Ele buscou o tratamento em função de um quadro de ansiedade e insatisfação com o trabalho. No momento da entrevista, o paciente estava em meio ao tratamento, tendo o foco atual na sua capacidade de “vivenciar o prazer na vida cotidiana”. A terapeuta o escolheu para o estudo devido ao bom vínculo, à sua capacidade de pensar sobre a psicoterapia e expressar os resultados do seu tratamento.

3.1.11.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “o afeto e a autenticidade da terapeuta”; “as perguntas reflexivas: a terapia como um processo de autoquestionamento”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 26).

3.1.11.1.1 O afeto e a autenticidade da terapeuta

A psicóloga descreveu a psicoterapia como um processo dinâmico, de ajuda do outro, passando pela interação do terapeuta com o paciente. Ela escolheu ser terapeuta por ter sensibilidade, intuição para perceber os sentimentos e lidar com os outros. Ela sempre foi dinâmica e valorizava a liberdade na clínica, para realizar diversas atividades. Uma dessas atividades foi o foco social, quando buscava “ajudar o ser humano”. No início, identificou-se com a psicanálise, principalmente com a perspectiva de que a cura se dá pela fala. Mas com o tempo passou a questionar essa linha, achando que ela não é compreendida pelos pacientes, o que dificulta os resultados. Na psicanálise, sentia-se “presa” e em uma posição “abstrata” e “distante” do paciente. Buscou, então, a formação na linha sistêmica, onde ela encontrou um trabalho mais solto, em que podia ser mais ela mesma e desenvolver um trabalho mais “cara-a-cara” com o paciente. Mesmo os questionamentos e reflexões dessa linha, afirmou F., são realizados para facilitar a empatia. Ela enfatizou que falar sobre suas questões, sendo mais solta, pode ajudar o paciente a conseguir resultados mais rápidos, pois o faz refletir e o ajuda na sua “própria fala”. Na linha sistêmica a terapeuta pode trabalhar de uma forma social, contextualizando o indivíduo e não estabelecendo significados rígidos, como na psicanálise. Nesse sentido, sentia-se frustrada consigo mesma quando a terapia não apresentava resultados, mas nessa linha entendeu que, quando não está conseguindo melhoras, isso pode ser devido à estrutura do paciente, naquele momento, e não por ela, terapeuta. Entre as características importantes para o seu jeito de trabalhar, a entrevistada destacou: empatia, abertura para a diferença e a visão positiva do ser humano, dizendo ser a empatia uma característica natural nas relações com outras pessoas.

O paciente, por sua vez, também focou a interação para descrever o tratamento. Ele apresentou a terapia como um contato com o jeito sereno e tranquilo da terapeuta, um contraponto ao seu jeito ansioso, “combativo, questionador, aguerrido, proativo, inquieto, tudo aquilo que signifique a não serenidade”. Ele aprendeu a se preocupar menos com as coisas, a não ter que reagir ao ambiente agressivo de forma também agressiva e a não ter que insistir em situações nas quais não adianta. Ele afirmou que a terapeuta tem um jeito sereno, mas controla e conduz o processo e, por vezes, enfatiza coisas que ele não acha importantes e desconsidera outras que ele valoriza. Mas não acha isso negativo, pois não se diz um “agente passivo” na terapia. Nesse sentido, percebe que tem uma importância relativa no processo, às vezes sendo “protagonista”

da terapia, outras vezes, “coadjuvante”, o que considera positivo para o tratamento. Ele acrescentou, também, que há coisas que ele não fala para a terapeuta, pois, se fossem ditas, poderiam resultar no rompimento do tratamento ou desencadear processos que levem a “conclusões” e “pensamentos inadequados”. Algumas dessas questões podem ser descritas como coisas que nós fazemos quando ninguém está olhando. Outras podem ser questões de “foro íntimo”, nada “cabalístico”, “excepcional” ou “decisivo”, que “passam por questões de personalidade, por questões idílicas, por questões fantasiosas”. E acrescentou: “a fantasia é um negócio sempre muito íntimo, então as fantasias, eu acho, que é um negócio que você tem que trabalhar muito bem, porque ela pode te dar uma dor de cabeça”. Por isso prefere guardar esses assuntos para si. Sobre os resultados, ele disse que adquiriu tranquilidade para compreender suas coisas e os ligou à leveza e tranquilidade da terapeuta. Finalmente, ele concluiu afirmando que a psicanálise não é um “fim de si mesmo”, nem um “instrumento isolado da realidade” do indivíduo, mas está a serviço da sua autoreflexão e sujeito às suas condições.

3.1.11.1.2 As perguntas reflexivas: a terapia como um processo de autoquestionamento

A principal característica do processo terapêutico, conforme F., foi a utilização de perguntas reflexivas. A psicóloga disse que trabalha através da fala com o paciente e procura fazer algumas reflexões, colocando algumas perguntas, o que facilita a empatia. Essas reflexões são induzidas através de perguntas que têm o objetivo de mudar o jeito de pensar do paciente, questionar as suas “premissas”, transformando a sua percepção. O mais desafiador nessa técnica é aprender a fazer esses questionamentos, pois eles exigem que o profissional também mude a sua forma de pensar. Além das perguntas, a terapeuta também utiliza tarefas, como “temas de casa”, que têm o objetivo de fazer o paciente refletir sobre o que está trabalhando na terapia. Segundo F., os resultados que tem conseguido no consultório estão associados a esse método reflexivo.

3.1.11.1.3 A percepção da psicoterapia

F. descreveu o paciente como “falante”, “simpático” e “inteligente”. Sua queixa inicial era referente a uma insatisfação profissional. Ela destacou que o paciente estava bastante vinculado a ela, tendo uma relação empática, sendo agradável tratá-lo. No entanto, ela também enfatizou que houve momentos em que não foi tão agradável, pois H. possui fases de angústia e questionamentos sobre o significado de sua vida. A psicóloga disse que ele possui uma “angústia latente”, relacionada a “um vazio na vida

dele” e na relação familiar. Sobre os resultados do tratamento, a terapeuta avaliou que eles são visíveis: “ele está mais pra cima, aprende a controlar mais os sentimentos de angústia dele, os sentimentos impulsivos, ele tem autoreflexão, ele se permite ser mais feliz”.

H. disse que procurou tratamento por uma “situação de desconforto”, desgaste emocional, de stress, que estava comprometendo a sua “vida orgânica”. Ele se descreveu como “combativo, questionador, aguerrido, proativo, inquieto, tudo aquilo que signifique a não serenidade”. Isso associado a “uma escala de valores muito rígida” o coloca “em constante desafio em uma sociedade que a gente vive”. Assim, os “desconfortos vão se avolumando e acabam trazendo aspectos orgânicos”. Além disso, as incoerências de seu ambiente no trabalho o afetavam, aumentando seu desconforto. Recentemente se autodiagnosticou quanto ao déficit de atenção e hiperatividade, acreditando que muitos dos seus problemas estão associados a esse quadro. O paciente afirmou que tem conversado com a terapeuta sobre isso e ela está focando esse aspecto. Quanto ao tratamento, ele disse que a psicanálise o tem ajudado na retomada das rédeas da sua vida. E que ele tem adquirido tranquilidade para compreender suas coisas. Segundo H., por estar a tanto tempo em tratamento, mais de oito anos, isso possibilita que ele perceba mais claramente os resultados e os associe também ao seu amadurecimento biológico e emocional.

Tabela 26

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta F. e Paciente H.

Temas	Terapeuta	Paciente
1. O afeto. A autenticidade da terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: sensibilidade e liberdade. Sempre foi “uma pessoa muito intuitiva, muito sensível”, para “perceber as pessoas, os sentimentos” – O dinamismo e a ajuda ao outro – Os trabalhos sociais, – “Ajudar o ser humano”. – Sobre a escolha da linha teórica: A psicanálise, a gestalt e a sistêmica. – Na psicanálise, os pacientes não entendiam o 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre o processo: – Desligar o botão das preocupações e “ajudar o id a jogar o superego para o escanteio” – A serenidade da terapeuta, o controle e a condução do processo e as diferenças de foco – Paciente não é um “agente passivo” na terapia – Percebe que tem uma importância relativa no processo, às vezes sendo “protagonista” da terapia, outras vezes, “coadjuvante”

	<p>método</p> <ul style="list-style-type: none">– Difícil aquilo dar resultado.– A linha sistêmica e o trabalho “cara a cara”– Não poder trabalhar cara a cara era ruim, pois cortava o contato e o diálogo– Conversa com o paciente, faz algumas reflexões, coloca algumas perguntas, o que facilita a empatia– Pode ser mais ela mesma com os pacientes, com mais liberdade de expressão do que na psicanálise, quando se sentia mais “presa”, “muito abstrata” e “distante”– O jeito de trabalhar:– Falar sobre coisas suas pode ajudar o paciente a conseguir resultados mais rápidos, pois faz refletir e ajuda na “própria fala”– A visão social: na sistêmica o indivíduo está inserido no grupo, em uma visão social do paciente e de seu problema– A sistêmica a ajudou a lidar melhor com a frustração: Quando não está conseguindo melhoras, isso pode ser devido à estrutura do paciente, naquele momento, e não por ela, terapeuta– Os pacientes mais difíceis: obesidade, alcoolismo, drogadição. Por envolver o “fator físico”, que vai além da vontade– Problemas mais severos porque envolvem muita “frustração” na família	<ul style="list-style-type: none">– Há coisas que o paciente não fala nem para a terapeuta: Se fossem ditas, poderiam resultar no rompimento do tratamento ou desencadear processos que levem a “conclusões” e “pensamentos inadequados”. Questões de “foro íntimo”, nada “cabalístico”, “excepcional” ou “decisivo”, que “passam por questões de personalidade, por questões idílicas, por questões fantasiosas”– Sobre os resultados: tranqüilidade para compreender suas coisas– A percepção das características de personalidade da terapeuta: a leveza e a tranqüilidade.– Terapia não é um “fim de si mesmo”, nem um “instrumento isolado da realidade” do indivíduo
--	--	---

<p>2. As perguntas reflexivas. A terapia como um processo de autoquestionamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Características de personalidade: empatia, abertura para a diferença e a visão positiva do ser humano – A terapeuta destacou o vínculo: a relação empática – Conversa com o paciente, faz algumas reflexões, coloca algumas perguntas, o que facilita a empatia – As perguntas reflexivas – O que cura é a fala – As perguntas reflexivas mudam o jeito de pensar, mudam o paciente – Elas exigem, também, que o terapeuta pense de forma diferente – O maior desafio na técnica sistêmica, segundo a psicóloga, é saber fazer as perguntas que “mexem com as premissas da pessoa” – As tarefas: para “dar o link”, “um feeling”, “um feedback”, mas utiliza essas tarefas apenas para “propiciar um diálogo melhor” – Os resultados: tem funcionado com todos os tipos de pacientes – Os resultados associados ao uso das perguntas reflexivas 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre o processo: – Pôr uma lente nas suas questões – As “perguntas desconfortáveis” e o autoconhecimento – A terapia dá uma perspectiva de médio prazo: “as coisas não acabam em uma sessão” – Sobre os resultados: tranquilidade para compreender suas coisas. – 4. Sobre terapia, em geral – Autopercepção: muitas pessoas imaginam que o psicólogo vai resolver todos os seus problemas, mas ele só colabora para que o próprio paciente “estabeleça outros parâmetros para o ajustamento da problemática” – A psicoterapia como uma forma de organizar os seus “vetores” – Terapia funciona, mas é um “artigo refinado” e pouco compreendido, sendo tomada como uma “panacéia” para todos os problemas”
<p>3. A percepção da psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre o paciente em foco: – Ela o vê como “falante”, “simpático” e “inteligente” – A queixa inicial: insatisfação profissional. – A terapeuta destacou o vínculo: a relação empática 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura de atendimento: “situação de desconforto”, desgaste emocional, de stress, que estava comprometendo a vida orgânica – Paciente se descreveu como “combativo,

	<ul style="list-style-type: none"> – As fases de angústia: sua “angústia latente”, relacionada com “um vazio na vida dele”, na relação familiar. Mesmo sendo uma “pessoa altruísta”, que gosta de amizades e de conversar, ele se questiona sempre, no final do dia sobre o significado de sua vida – Sobre os resultados do tratamento, a terapeuta avalia que eles são visíveis: ele está mais pra cima, aprende a controlar mais os sentimentos de angústia dele, os sentimentos impulsivos, ele tem auto-reflexão, ele se permite ser mais feliz – Os resultados associados ao uso das perguntas reflexivas 	<ul style="list-style-type: none"> questionador, aguerrido, proativo, inquieto, tudo aquilo que signifique a não serenidade” – “Uma escala de valores muito rígida”, o que o coloca “em constante desafio em uma sociedade que a gente vive”. Assim, os “desconfortos vão se avolumando e acabam trazendo aspectos orgânicos” – O ambiente o afeta: incoerências no ambiente de trabalho – A hiperatividade e TDAH. – A psicanálise tem ajudado na retomada das rédeas da sua vida – Sobre os resultados: tranquilidade para compreender suas coisas – Paciente associou os resultados da terapia à maturidade biológica e emocional
--	--	---

3.1.11.2 Relato de eventos marcantes

O processo e os eventos como passos

“Caminhando cá comigo”

O paciente disse que organizou os relatos em uma ordem que corresponde ao processo da sua terapia, estando todas relacionadas: “então, é uma coisa que não pode ser uma atrás da outra né, todas estão implicadas”.

O primeiro passo foi “abrindo as comportas ou desafogando a represa” e representou a abertura dos conteúdos que estavam represados, para que o paciente não “fosse vítima de afogamento” nesses conteúdos.

O segundo passo foi denominado “me dirigindo”, pois ele está associado a uma tomada de direção, a um assumir a responsabilidade de caminhar para um destino dirigido para si mesmo, para as suas questões essenciais.

O terceiro passo foi “o não como afirmação”. Esse passo foi indicado como o mais importante e representou o momento em que o entrevistado começou a dizer não, a “negar pessoas e coisas” à sua volta, associando esse momento à auto-afirmação.

O quarto passo, “reconhecendo a culpa, neutralizando-a e diminuindo-a”, foi relacionado à percepção da culpa que o paciente carregava, “mascarado como responsabilidade”, para que pudesse neutralizá-la e diminuí-la.

O quinto passo foi “reconhecer os meus prazeres com permissão, mesmo sem direção” e foi associado com a possibilidade de sentir “prazer pelo prazer”, “curtir o momento”, sem sentir-se culpado. O paciente disse que o prazer por “estar vivo” é o que tem tratado na terapia, atualmente.

A ação da terapia nos passos

Sentar e falar como se estivesse falando para si mesmo

H. destacou que foi fundamental para “abrir as comportas” falar para a terapeuta, para começar a organizar seus pensamentos:

Este passo é fundamental, isto aí colaborou para a abertura das comportas, para eu começar a me dirigir, começar a organizar e estruturar meus pensamentos. Então, falando para ela como se eu tivesse falando para mim mesmo, beleza. Então, esta etapa inicial de soltar os bichos, os demônios e etc. foi fundamental.

As perguntas e indagações – Além disso, a terapeuta, com suas perguntas e indagações, ajudou o paciente a se reposicionar na sua vida, a se colocar no centro da sua existência, a “reorganizar” a sua “escala de valores”. As perguntas foram descritas como fundamentais para a percepção dos “equivocos” e “culpas” do paciente.

Conforme H., a personalidade da psicóloga auxiliou no efeito da terapia quanto à questão dos prazeres, pois a sua “serenidade” estava associada à possibilidade de desfrutar os prazeres simples. H. acrescentou que a tranqüilidade, a serenidade e a ponderação de F. ajudaram-no a “desacelerar”:

Como ela é assim, meio zen, e eu sou meio assim, sem noção, entendeu, houve uma relação aí, houve uma média razoável. Eu chego lá com o diabo no corpo, até brinco com ela que eu tenho um diabo no corpo, eles não precisam respeitar o homem, mas respeitem o diabo que ele tem no corpo. E ela, como é muito serena, muito tranqüila, muito ponderada, me ajuda a desacelerar, entendeu?

O entrevistado concluiu dizendo que a psicoterapia deveria ser melhor divulgada e esclarecida, para que as pessoas não ficassem confusas entre tantas discussões que envolvem linhas diferentes na psicologia:

Olha, assim, do ponto de vista do processo, eu acho que ele seria mais socialmente útil se ele fosse mais divulgado e mais esclarecido. (...) Cada pessoa precisa se conhecer melhor para que o conjunto possa se conhecer melhor. E aí a gente fica, nós leigos, ficamos perdidos entre psicanálise, psicoterapia, psicólogo, psicoterapeuta, analista, correntes lacanianas, freudianas, jungianas, e etc., e talvez estas questões mais técnicas e etc., estas divergências que, na verdade são úteis e importantes, não comprometam o conhecimento global do processo pelo cidadão leigo, pelo cidadão do povo, pela dona Maria e pelo seu José, que precisam sentar e conversar sobre a vidinha dela, o que ela pode fazer para melhorar, como é que ela... se ela está se sentindo bem ou não, e etc.

3.1.11.3 A avaliação quantitativa do processo

A avaliação quantitativa geral da terapia foi classificada como efetiva, mas as médias não ficaram entre as mais altas da amostra (ver Tabela 27). Da mesma forma, a aliança terapêutica foi classificada como efetiva, mas os escores não estavam entre os mais altos em relação aos pares analisados. E as memórias evocadas configuraram vividez, mas não se destacaram entre as díades. A terapeuta pontuou como tendente a introvertida e o paciente, como tendente a extrovertido.

Tabela 27

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 11

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P11 H.	Extrovertido (4,91)	Introvertida (4,25)	Efetivo/Inf (2,28)	Efetivo/Inf (4,50)	Vívida/Inf (5,33)

3.1.11.4 Redução fenomenológica da Díade 11

Os relatos dos eventos da terapia revelaram a importância da dimensão relacional do tratamento para os resultados. O paciente demonstrou a ação da terapia no ordenamento seqüencial do seu processo reflexivo. A modificação de atitudes, comportamentos e sentimentos foi associada ao contato com a personalidade serena da terapeuta, ao efeito reflexivo dos seus questionamentos e aos efeitos da maturação emocional e biológica do paciente. O resultado dessa modificação foi associado ao centramento do paciente, à capacidade de direcionar a sua vida, estando menos sujeito a efeitos negativos do ambiente, a um menor sofrimento existencial e a uma maior capacidade de sentir prazer na sua vida cotidiana. Embora se possam destacar as diferenças de foco e a negativa do paciente em falar conteúdos importantes da sua vida reflexiva (como as fantasias) para a terapeuta, além do longo tempo em tratamento, as análises qualitativa e quantitativa da terapia explicitaram um processo de encontro terapêutico com ganhos significativos para o funcionamento psicológico geral do paciente.

A terapia foi descrita pelo paciente e pela terapeuta como positiva, tendo obtido resultados gerais como maior tranquilidade, menor ansiedade, maior centramento e capacidade de obter prazer. Esses resultados associam-se à avaliação geral positiva do tratamento, conforme os indicadores quantitativos. Da mesma forma a empatia entre terapeuta e paciente foi relacionada por ambos como importante para os resultados, contextualizando os indicadores positivos da aliança terapêutica. A qualidade das memórias também se associou com a intensidade emocional descrita nos eventos relatados pelo paciente. Os escores não expressivos em comparação com as demais díades podem estar relacionados às diferenças de foco durante o processo, descritas pelo paciente. A discordância de foco no tratamento é um fator importante da efetividade, conforme os instrumentos de avaliação da terapia e podem influir no vínculo e na adesão ao tratamento. Pode-se, ainda, inferir que a negativa do paciente em relatar aspectos da sua “fantasia”, descrita na entrevista inicial de H., pode estar associada a problemas relativos à vinculação no processo terapêutico. Outra possibilidade pode ser a diferença de estilos de personalidade, entre terapeuta e paciente. Essa diferença foi reconhecida e descrita pelo paciente, quando este se reconhece como mais agitado e a terapeuta como mais serena, podendo essas descrições estar relacionadas à característica das tendências extrovertida e introvertida. Nesse caso, o paciente se beneficiaria do

estilo da terapeuta, mas, também, poderia apresentar diferenças de foco, determinadas por tais diferenças.

3.1.12 Díade 12 – terapeuta P. e paciente N.

A psicóloga P. descreveu-se como psicoterapeuta corporal. Na época da entrevista, ela tinha 31 anos de idade e estava trabalhando como psicoterapeuta há seis anos. A paciente N. estava com 33 anos e há aproximadamente três anos em tratamento com a terapeuta, com uma frequência atual de uma vez por semana. Ela buscou o tratamento por indicação do psiquiatra e devido a sintomas de síndrome do pânico. No momento da entrevista, a paciente estava iniciando um processo de término da terapia, espaçando a frequência de quinzenal para mensal. A terapeuta a escolheu para o estudo devido às transformações de vida que ela experienciou a partir do tratamento.

3.1.12.1 A entrevista

Os temas que emergiram como centrais a partir das entrevistas da paciente e do terapeuta foram “auxiliar, construir defesas e transformar”; e “a percepção da psicoterapia” (ver Tabela 28).

3.1.12.1.1 Auxiliar, construir defesas e transformar

A psicóloga descreveu a terapia como um processo centrado em ajudar as pessoas a construírem defesas suficientes, como uma base, para transformarem-se e modificarem-se. Nesse sentido, ela relatou que escolheu a profissão de terapeuta por já gostar de ouvir as amigas, desde o colégio, além da possibilidade de ajudar as pessoas, de mudar as coisas e transformar o outro. Ela destacou o “cuidar das pessoas” como essencial. Quando escolheu a linha teórica, afirmou que tinha resistência à psicanálise, pois esta era fria e distante das pessoas, enquanto ela se definia como uma pessoa muito humana. Além disso, achava que a fala, o discurso não era suficiente, por isso buscou a formação em terapia corporal. Identificou-se, também, com a análise institucional, que a permitia trabalhar a transformação individual através das relações sociais.

A sua forma de trabalhar foi descrita como focada na interação e na visão integral do indivíduo. Conforme P., seu trabalho em saúde pública proporcionou-lhe uma visão diferente da clínica, menos focada no consultório. A psicóloga relatou que tem muito cuidado no trabalho com os limites do paciente, tendo a verbalização como

base, mas também fazendo uso de técnicas como “respiração”, “relaxamento” e “introspecção”. O objetivo é alcançar resultados, que são avaliados por ele mesmo. Como o trabalho é focado na interação, os pacientes mais difíceis foram descritos como os mais resistentes e menos disponíveis para o tratamento. O terapeuta, então, deve trabalhar essa resistência, por exemplo, ajudando-o a conectar com seus sentimentos. Entre as suas características que influem no jeito de ser terapeuta, a psicóloga destacou: o cuidado, o dar colo, o receber, o contato com o paciente e o trabalho com o vínculo. Além disso, ela se descreveu como uma pessoa otimista e que acredita no processo terapêutico. O resultado da terapia é a transformação, a mudança que a pessoa sofre quando aprende a lidar com as suas situações. E, a partir disso, ser capaz de construir defesas para movimentar-se, transformar-se.

Terapia, para ela, não deve ser algo obscuro para as pessoas, cheio de rótulos e técnicas inacessíveis. O psicólogo também é uma pessoa que erra e acerta e o trabalho da terapia se dá na interação entre pessoas. Quando eventualmente há um erro do terapeuta, deixando o processo muito solto, ou algum aspecto do paciente tem relação com uma circunstância de vida do terapeuta, dificultando o trabalho, este deve obedecer a uma ética na relação com o paciente. Ele deve trabalhar isso em supervisão ou encaminhar o caso.

A paciente também identificou a terapia como um processo de interação, com o objetivo de ajudá-la a resolver seus problemas e modificar-se. Ela destacou que, durante o tratamento, pode desarmar-se, ajudar-se, perceber os seus problemas, melhorar a sua personalidade, aprender a buscar ajuda para reestruturar-se e aprender a ser feliz. As sessões foram descritas como envolvendo conversas e questionamentos da terapeuta, conduzindo a paciente a uma auto-análise. No início ela não conseguia falar muito de si, pois ficava só falando das “pessoas ao seu redor”, mas hoje já consegue centrar mais em si, devido à confiança na terapeuta. As técnicas de relaxamento e respiração aprendidas na terapia a ajudaram a lidar com as crises. N. faz uso dessas técnicas sempre que se encontra em uma situação de ansiedade. As crises de medo diminuíram muito, mas ainda há “coisinhas” a tratar na terapia: a paciente disse que se cobra bastante, quanto a “falhas” que não se perdoa. No momento da entrevista, encontrava-se em crise, mas estava feliz consigo mesma, pois estava conseguindo falar sobre o problema e ir trabalhar. Ela havia marcado uma sessão com a terapeuta para lidar com essa crise, o que destacou como algo muito positivo, pois antes não conseguia pedir ajuda. A partir desses resultados, a entrevistada afirmou que terapia funciona. O tratamento ajuda a ter

a “mente sã” e, assim, perceber onde está o foco, o porquê das coisas para viver melhor. Outro aspecto destacado pela paciente como importante para os resultados foi a identificação com a terapeuta, o que lhe possibilitou ter confiança e liberdade para falar de seus problemas. Ela via a terapeuta como uma amiga, mas diferente de uma amiga comum, pois ela é sua terapeuta.

3.1.12.2 A percepção da psicoterapia

A psicóloga identificou como queixa principal os sintomas de síndrome do pânico. Ela começou a trabalhar esses sintomas com a paciente, com o objetivo de dar-lhe suporte para lidar com as crises. A partir do trabalho com o foco inicial, percebeu que N. precisava de acolhimento, pois teve perdas muito grandes. Ela teve que cuidar de muitas pessoas e não conseguia cuidar de si mesma. Além disso, demonstrava um medo de mudanças e um temor de lidar com aspectos da sua própria vida, como o interesse por arte e dança. A terapia no início teve a frequência de uma vez por semana, passando a quinzenal e ultimamente mensal, devido a problemas financeiros da paciente. Atualmente esse é o objetivo da terapia, centrar na necessidade dela trabalhar aspectos do seu próprio desejo. Segundo P., a necessidade de acolhimento da paciente combinou com a sua forma acolhedora de trabalhar. N. tem muita sensibilidade, mas, também, dificuldades de expressar os sentimentos, no que a terapia a tem ajudado. A terapeuta disse que tem buscado “cutucar” um pouco a paciente, para que ela traga seus sentimentos, mexendo nos seus problemas para vir a emoção e depois possibilitar-lhe entender o que está acontecendo.

A paciente disse que procurou o atendimento por causa de pequenas crises de fobia que foram aumentando. Ela referiu uma resistência inicial a ter que falar de suas coisas com alguém que não conhecia. No entanto, foi, aos poucos, se abrindo e confiando na terapeuta, possibilitando-a que o trabalho acontecesse e a ajudasse nas crises. No início, ela só falava de outras pessoas, mas depois de um tempo passou a centrar mais em si, tratando também as suas questões. Hoje refere que não tem mais as crises de medo que apresentava no início do tratamento, com o quadro tendo-se reduzido a episódios de ansiedade, que não a impedem de sair e ir trabalhar. Porém, ainda percebe a necessidade de trabalhar a cobrança demasiada sobre si mesma e, por isso, tem necessidade de continuar a terapia.

Tabela 28

Temas da Entrevista Fenomenológica de Terapeuta P. e Paciente N.

Tema	Terapeuta	Paciente
1. Auxiliar, construir defesas e transformar	<ul style="list-style-type: none"> – A escolha de ser terapeuta: gostar de ouvir as amigas, ajudar as pessoas, de mudar as coisas, as questões sociais e transformar o outro – “Cuidar das pessoas” – A escolha da linha teórica – a resistência à psicanálise, a análise institucional e a formação em terapia corporal – “Só o discurso não era suficiente” – A identificação com a linha corporal e a crítica à psicanálise: “mais fria” e ela se dizia “sempre muito humana” – A forma de trabalhar: interação, uma visão de que o indivíduo “não é só psique”, que existe o corpo, energia – “Botar o dedo na ferida” pode ser muito doloroso: observar e respeitar o limite do paciente, para não invadi-lo – A base do tratamento é a verbalização, o diálogo, mas eventualmente, a psicóloga utiliza algumas técnicas da corporal, como “respiração”, “relaxamento” e “introspeccção”. – O trabalho em saúde pública: uma nova visão da clínica – Os pacientes agradáveis e os difíceis de atender: a resistência do paciente. Os resultados são para o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – O tratamento: – Desarmar-se, ajudar-se, perceber os problemas, melhorar a personalidade, buscar ajuda, reestruturar-se e aprender a ser feliz – Sobre as sessões: são de bastante conversa, mas a terapeuta também faz alguns questionamentos que, às vezes, ela não sabe a resposta, mas depois, durante o processo, vai entendendo – Isso a conduzia a uma auto-análise – No início ela não conseguia falar muito de si, pois ficava só falando das pessoas ao seu redor. Hoje já consegue centrar mais em si – O trabalho incluía técnicas de relaxamento e respiração, que a ajudaram a lidar com as crises – 3. Os resultados – N. relatou que os problemas diminuíram muito e ela já não sente mais os medos que sentia. – Ainda há “coisinhas” a tratar e precisa da terapia: cobra-se bastante, quanto a “falhas” que não se perdoa. – A paciente não pensa em desistir, pois percebe a importância de continuar o seu processo – No momento da entrevista encontrava-se em crise, mas estava feliz consigo mesma, pois estava conseguindo falar e trabalhar. Ela associou a

	<ul style="list-style-type: none"> – Cobra-se muito quanto aos resultados, aos efeitos, que devem ser para ele mesmo – O terapeuta tem que trabalhar essa resistência e a história do paciente – A disponibilidade da terapeuta e a ansiedade quando o paciente não está disponível – Dificuldades de conectar com os sentimentos – Características de personalidade: o cuidado, o dar colo, o receber, o contato com o paciente e o vínculo – Resultado é a transformação, a mudança que a pessoa sofre quando aprende a lidar com as suas situações – Construir defesas para movimentar-se. – O otimismo, acreditar no processo terapêutico – Sobre psicoterapia em geral: – Os rótulos e a psicologia obscura – O terapeuta como pessoa – Deixar solto demais pode depender do paciente – A ética com o paciente 	<p>superação dos problemas à terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> – No mesmo dia da entrevista, estava sendo a primeira vez que ela havia marcado uma sessão com a psicóloga durante uma crise, se permitindo pedir ajuda durante o problema: – Sobre terapia em geral: terapia funciona – o tratamento ajuda a ter a “mente sã” e, assim, perceber onde está o foco, o porquê das coisas e viver melhor – A percepção da terapeuta: – Identificou-se muito com a terapeuta – Confiança e liberdade de se abrir – Ela vê a terapeuta como uma amiga, mas diferente de uma amiga comum, pois ela é sua terapeuta
2. A percepção da psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre a paciente em foco – O pânico e a medicação. – Dar suporte, a partir dessa história da paciente – O medo da mudança – Tem interesse por arte e dança, mas teve que abandonar tudo, para sobreviver – Precisava de acolhimento, pois teve perdas muito grandes. Ela 	<ul style="list-style-type: none"> – A procura de atendimento: pequenas crises de fobia que foram aumentando – A vergonha de assumir o problema: admitir para ela mesma que tinha uma doença. – A resistência inicial – No início ela não conseguia falar muito de si, pois ficava só falando das pessoas ao seu redor. Hoje

	<p>teve que cuidar de muitas pessoas e não conseguia cuidar de si mesma</p> <ul style="list-style-type: none"> – Por problemas financeiros, N. pediu alta para a terapeuta – A terapeuta combinou que ela fosse pelo menos uma vez por mês, pois considera que ainda há a necessidade dela trabalhar aspectos do seu próprio desejo – A necessidade de acolhimento da paciente combinou com a sua forma de trabalhar – N. tem muita sensibilidade, mas, também, dificuldades de expressar os sentimentos, no que a terapia a tem ajudado, “cutucando” um pouco, pegando e trazendo o sentimento, a emoção, mexendo para vir a emoção e depois entender o que está acontecendo 	<p>já consegue centrar mais em si</p> <ul style="list-style-type: none"> – Seu problema envolvia outras questões relacionadas ao surgimento da doença – Os resultados – N. relatou que os problemas diminuíram muito e ela já não sente mais os medos que sentia. – Ainda há “coisinhas” a tratar e precisa da terapia: cobra-se bastante, quanto a “falhas” que não se perdoa – A paciente não pensa em desistir, pois percebe a importância de continuar o seu processo
--	---	--

3.1.12.2 Relato de eventos da terapia

3.1.12.2.1 Evento I – O pedido de ajuda

O evento – A entrevistada relatou que esse foi o momento em que ela percebeu que precisava de ajuda, que não conseguiria resolver as coisas sozinha e, então, buscou um psicólogo, como um profissional que “está de fora” da situação e, por isso, a vê melhor. N. disse que, ao conversar com outras pessoas, percebeu que deveria procurar ajuda. E reconheceu que sozinha não estava conseguindo lidar com a situação. Isso a levou a procurar uma psicóloga e a se “desarmar”:

Cheguei a ir num psiquiatra, mas achei que aquele tratamento não era muito adequado pra mim, pela questão dos remédios, e foi aí que eu conversei com a minha amiga, e as outras pessoas também foram falando da importância de eu estar procurando um psicólogo, porque eu já estava adoecendo, tendo problema intestinal. (...) Foi aí que eu fui pedir ajuda e me desarme.

3.1.12.2.2 Evento II – O dia em que me desarme

O evento – A paciente disse que fazia o tratamento há três meses e só falava de outras pessoas, pensava no que ia falar, “tentava enganar a psicóloga” e se “enganava”, também, pois não falava de si mesma. Até que um dia começou a falar de si e conseguiu “tirar todas as armas”, se desarmou, chorou muito e foi capaz de “colocar os problemas para fora”.

A terapeuta conseguiu, conforme N., “encontrar o ponto certo” e “puxou” os conteúdos que nem a paciente sabia que estavam guardados dentro dela. Até então, a paciente estava resistente, “armada”. E a ação da terapeuta a fez chorar, “colocar para fora o nó da questão” e, então, segundo ela, a terapia começou a funcionar.

Ah, a P. fez, ela é danada! (...) Eu acho que ela conseguiu nesse dia encontrar o ponto certo, tipo na acupuntura, pegou no pontinho certo. Nem lembro qual era o assunto, mas foi ela que trouxe isso pra fora, porque eu nem sabia que tava guardado tanto dentro de mim. Aí quando ela puxou não teve jeito e eu tive que chorar mesmo, colocar pra fora; e foi aí que eu acho que as coisas começaram realmente a andar.

N. relatou que a terapeuta começou a lhe fazer perguntas, trazendo o foco para ela. A paciente, então, colocou seus sentimentos e chorou muito. Ela disse que percebeu a sua dificuldade de “chorar perto de outra pessoa” e aprendeu a importância de se desarmar, sem ter vergonha de estar passando por dificuldades, assumindo que também tem problemas. E acrescentou que a terapeuta é alguém que pode ajudá-la, mas somente se ela mesma deixar.

3.1.12.2.3 Evento III – Família

O evento – A paciente afirmou que ter se desarmado representou um reconhecimento e uma aceitação dos próprios sentimentos em relação à família, como raiva do pai. N. destacou a importância da terapeuta guardar na memória tudo o que ela fala durante as sessões, o que a ajuda a confiar em P. e a admirá-la. Isso faz com que ela se sinta valorizada. Além disso, afirmou que está com um problema no momento, que não está conseguindo discutir totalmente com a terapeuta. Ao perceber isso durante a entrevista, N. disse que acredita que vai ser “mais sincera” com a terapeuta na próxima sessão, o que vai ajudar o processo: “Eu agora percebi que eu estou com um outro problema que eu realmente não estou conseguindo superar, sozinha. Ela já sabe, ela já

tem consciência, mas eu acho que talvez hoje eu vá conseguir ser mais sincera com ela, entendeu?”.

E concluiu dizendo que antes imaginava que a terapia “tinha prazo”, mas hoje percebe que o trabalho é lento, devido à “complexidade das pessoas”. Apesar de ela não ter mais as crises de medo e se considerar curada desse problema, ela percebe a fobia apenas como uma etapa do tratamento, “o começo de uma cura”. Por isso, N. pretende continuar na terapia até que tenha a “firmeza” de que ela fez a terapia pelo tempo que tinha que fazer, para resolver os seus problemas:

Eu procurei a P. por causa da fobia, né? Aí, hoje eu já estou muito bem da fobia, então eu vou parar? Hoje eu vejo que não. Então a fobia foi só uma etapa, é o começo de uma cura. Mas talvez eu ainda não esteja curada, ou esteja, mas aí eu tenho que perceber, ter a firmeza. Eu acho que quando eu terminar a terapia, não sei quando, talvez daqui a três anos, cinco anos, eu vou ver que talvez tenha sido o tempo suficiente que eu realmente tinha que fazer. Não sei se eu vou ficar eternamente enchendo a minha psicóloga; eu brinco com ela que eu vou virar terapeuta dela... Então, assim, sem prazo, né? Eu vi que realmente não tem prazo.

3.1.12.3 A avaliação quantitativa do processo

A terapia foi avaliada, em seus aspectos gerais, como efetiva, estando classificada entre as melhores da amostra (ver Tabela 29). Da mesma forma, a aliança terapêutica foi classificada como efetiva, estando entre as melhor avaliadas, em comparação com a média amostral. As memórias mostraram-se vívidas e com uma qualidade vivencial superior. A terapeuta e a paciente pontuaram como tendentes a extrovertidas.

Tabela 29

Extroversão do Paciente e do Terapeuta – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML da Díade 12

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P12 N.	Extrovertida (5,51)	Extrovertida (4,93)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,04)	Vívica/Sup (6,78)

3.1.12.4 Redução fenomenológica da Díade 12

Os relatos dos eventos da terapia demonstraram que o tratamento foi centrado nas etapas de reconhecimento dos problemas, expressão de sentimentos e estruturação de novas atitudes da paciente. Todas essas etapas ocorreram a partir da modificação da atitude da paciente de priorizar os outros em detrimento de si. Nesse sentido, a expressão dos próprios sentimentos proporcionou-lhe a aceitação da dimensão pessoal que serviu de base para a superação das crises de pânico. Com o foco em si, a paciente pôde reconhecer e aceitar seus sentimentos, aprendendo a lidar com eles de uma maneira mais integrada. A ação da terapeuta configurou-se a partir das perguntas que trouxeram o foco da sessão para os sentimentos da paciente. P. se descreveu como uma terapeuta centrada na interação afetiva e na construção de uma base, de uma estrutura, para a transformação do paciente. Os relatos da paciente mostraram que essa estruturação foi construída na relação terapêutica e possibilitou os resultados descritos. Destaca-se, ainda, que a própria reflexão sobre o processo, durante a entrevista, resultou em uma avaliação dos resultados e dos objetivos ainda a serem atingidos.

A avaliação da efetividade do tratamento contextualizou a descrição da terapia como positiva, quanto aos resultados de redução dos sintomas de fobia, de ganhos na autopercepção e na auto-estima, bem como, na aquisição de novos padrões de comportamento. A terapia foi descrita como intensa, com eventos associados à percepção e expressão de sentimentos, combinando com a avaliação das memórias vívidas. A relação foi descrita como positiva e a vinculação da paciente com a terapeuta destacada como importante para o processo, em concordância com os resultados avaliados quanto à aliança terapêutica. A combinação da tendência à extroversão da terapeuta e da paciente pode ser analisada no contexto focal dos resultados no desempenho social e na redução sintomática.

3.2 – Redução Fenomenológica

3.2.1 Contexto 1 – Análise fenomenológica dos temas de terapeutas e pacientes

A análise do contexto fenomenológico sobre a experiência da terapia foi realizada a partir de um confronto entre a percepção de terapeutas e pacientes (ver Tabela 30). Para tal objetivo, foram selecionados e destacados os temas das entrevistas e apresentados em uma tabela, na qual a primeira coluna se refere aos temas dos terapeutas e a segunda coluna, aos temas dos pacientes. Cada combinação horizontal de temas compõe uma síntese, como um tema mais amplo, objetivando descrever um aspecto relevante da experiência terapêutica no foco dos participantes. O objetivo foi explicitar os elementos críticos que estruturam as percepções de terapeutas e pacientes sobre a terapia, os resultados, as características de personalidade de ambos que influem no processo, a interação e os aspectos técnicos dos tratamentos envolvidos.

Tabela 30

Temas das Entrevistas Fenomenológicas com Terapeutas e Pacientes

Tema	Terapeuta	Paciente
1. Ações efetivas: o que o terapeuta faz pelo paciente	1. A escuta como principal função do terapeuta 2. Os resultados dependem do paciente e do vínculo 3. “Mexer na ferida dos pacientes”: cutucar e “fazer eles olharem pra ferida”. 4. Ensinar a conter a impulsividade 5. Acolhimento: “A pessoa que vem procurar tratamento” chega “doída”, “sofrida” e busca “essencialmente uma acolhida” 6. <i>Insight</i> , direcionamento e mudanças: além de “iluminação”, “direcionamento” e a possibilidade de “caminhar novamente” 7. Foco no comportamento. 8. Comportar-se naturalmente, como no cotidiano, facilita o vínculo 10. Estruturação: construir defesas para o paciente movimentar-se, transformar-se	1. Objetivo com o tratamento: entrar em contato consigo 2. Atitudes do terapeuta – confrontar e espelhar 3. A troca, interação e interferência como fundamentais para a psicoterapia 4. Um chamamento para a realidade. 5. Pontuar a própria história a partir das relações que a terapeuta faz entre o presente e o passado 6. O estabelecimento de “metas” 7. Terapeuta como alguém que escuta o paciente 8. As técnicas aprendidas. 9. O melhor para o processo é o paciente não saber nada da vida do terapeuta 10. O terapeuta mostra que a pessoa pode se comportar de outra maneira frente à mesma situação 11. Falar do seu cotidiano. O jeito do terapeuta contar coisas

<p>2. Ações que podem dificultar a terapia</p>	<p>1. Ser muito sério, não receber bem a pessoa, não acolher (não ser meio asséptico, como parece que o terapeuta tem que ser)</p>	<p>do seu cotidiano facilita o processo</p> <p>12. Acreditar no paciente</p> <p>1. Terapeuta não fazer a escuta</p> <p>2. Problema de foco</p> <p>3. Resistência inicial do paciente</p> <p>4. Envolvimento com o paciente, ou seja, ficar amigo do paciente</p> <p>5. Falta de flexibilidade, ter um conceito de “certo e errado” e passar a impressão de que a paciente está sendo avaliada</p>
<p>3. Características de personalidade do terapeuta</p>	<p>1. Características de personalidade – camaleão</p> <p>2. Empatia: Gostar de pessoas.</p> <p>3. Características de personalidade são algo anterior à teoria e influem no processo</p> <p>4. Jeito de ser terapeuta: Interativo, incisivo e diretivo</p> <p>5. Auto-reflexão: A escolha da linha teórica junguiana</p> <p>6. Trabalho pedagógico</p> <p>7. Combinação de características de personalidade a complementaridade</p> <p>8. Escolha de um trabalho mental rentável</p> <p>9. Gostar de filosofar</p> <p>11. Interesse pelo social</p> <p>12. Poeta</p> <p>13. Não basta ter o dom para a empatia</p> <p>15. A praticidade</p> <p>16. É muito difícil de definir o seu jeito de ser terapeuta, pois o psicólogo não está acostumado a enxergar-se no processo</p>	<p>1. Escolha do terapeuta – por “antipatia”</p> <p>2. Terapeuta incisiva e “perspicaz”</p> <p>4. Terapeuta como alguém treinado para lidar com qualquer tipo de pessoa: o psicólogo tem que ser um “camaleão”</p> <p>5. Receptiva, atenta, cuidadosa e incisiva, além de sutil e sensível</p> <p>6. Terapeuta é diferente de amigo</p> <p>7. Alguém que passa confiança e firmeza</p> <p>8. Nas três primeiras sessões, a paciente achava a terapeuta “muito chata”, pensando que ela não podia avaliar a situação</p> <p>9. A terapeuta é o que é, uma pessoa mesmo</p>
<p>4. Características de personalidade do paciente</p>	<p>1. Paciente trazia coisas pesadas.</p> <p>2. Vê a paciente como mais extrovertida, autônoma e independente</p> <p>3. O cliente é um “enigma”, um “universo desconhecido”</p> <p>4. “Uma pessoa rica”, “com dores dentro dela”, e que “se permite ir um pouco além do que o seu contexto sócio-cultural</p>	<p>1. Combinação de características</p> <p>“Tem que casar um pouco, a personalidade do paciente com o psicólogo”</p> <p>Agitação e impulsividade (paciente) versus atenção, sensibilidade e perspicácia (terapeuta)</p> <p>2. Como se vê: Agitação,</p>

<p>5. Pacientes “bons” e “ruins” de atender</p>	<p>permitiria”, o que às vezes a “paralisa”</p> <p>5. Introversa, oscilando momentos de dependência e autonomia</p> <p>6. Questionamento: alguém que se questiona, implicada no pensamento da análise</p> <p>Paciente histérica, falante</p> <p>7. Paciente como alguém que “cortava” a relação, não deixava o terapeuta se aproximar</p> <p>8. Chegou no consultório “extremamente arrogante”, “antipática” e muito ansiosa</p> <p>9. Uma mulher, negra, pobre, moradora de um bairro violento e vítima de todo tipo de preconceito. Alguém muito forte, mas “desvitalizada”, e com sonhos, muitas vezes fora da sua realidade. Um corpo “que parece que não tem energia”, “despotencializado” embora seja grande e forte</p> <p>10. “Falante”, “simpático” e “inteligente”</p> <p>11. Uma pessoa com muita sensibilidade, mas, também, dificuldades de expressar os sentimentos</p> <p>1. Os resultados: Pacientes bons (bom vínculo) e ruins (lentos para os resultados)</p> <p>2. Pacientes com quem gosta de trabalhar – comunicação que flui, paciente inteligente</p> <p>3. Pacientes que gosta de atender: mais “orais” e, também, “os mais sentimentais”</p> <p>4. Difíceis: os mais resistentes.</p> <p>5. “Fuga da emoção” pela racionalização, “teorização”.</p> <p>6. Os mais comprometidos com o tratamento</p> <p>7. Queixosos: os que só contam os seus sofrimentos</p> <p>8. Os “extremamente ansiosos”, que “falam desesperadamente”</p> <p>9. Com traços de perversão, por</p>	<p>ansiedade, sobrecarga de atividades</p> <p>3. Sempre foi uma pessoa corajosa, mas, no momento da busca de atendimento, estava fragilizada</p> <p>4. Definia-se como “arrogante” e “prepotente”, nessas primeiras sessões com a terapeuta</p> <p>5. Paciente não é um “agente passivo” na terapia</p> <p>Ora se vê como protagonista da terapia, ora como coadjuvante</p> <p>6. “Combativo, questionador, aguerrido, proativo, inquieto</p> <p>Tudo aquilo que signifique a não serenidade”</p>
---	---	---

<p>6. Os problemas tratados</p>	<p>serem destrutivos 10. Encantamento pela vida 11. Problemas severos 1. Comportamento de risco 2. O limite – Juntar, enxugar, organizar e emagrecer 3. Vivenciar o afeto 4. Dificuldades em estabelecer habilidades sociais 5. Compulsão alimentar 6. Questões familiares 7. Ajudar a paciente a conscientizar as condições sem “desvitalizar”, sem “despotencializar” 8. O problema do contato social 9. Insatisfação profissional e “angústia latente” 10. O pânico e a medicação Fobias e medos 11. Vitiligo</p>	<p>1. Redução do vitiligo 2. Comportamento. Atitudes impulsivas 3. Motivo da busca: aborto – aceitação da perda 4. Motivo da procura: timidez, e baixa auto-estima 5. Repensar o seu comportamento e as suas reações 6. Rejeição materna 7. Síndrome do pânico relacionada a conflitos familiares 8. Problema com a comida 9. “Viver com menos tensão”, diminuir o “perfeccionismo” e a “angústia” 10. Depressão 11. Desgaste emocional e stress 12. A hiperatividade e TDAH 13. Pequenas crises de fobia que foram aumentando e trazendo restrições para a paciente</p>
<p>7. O <i>setting</i> terapêutico: técnicas e formas de trabalhar</p>	<p>1. Mescla de técnicas 2. Diretividade depende do paciente 3. Foco no vínculo 4. O primeiro contato, o primeiro vínculo é fundamental. 5. Terapeuta também é ser humano (demonstração de afetividade) 6. O trabalho com o corpo 7. Lentidão e cuidado 8. Foco vivencial 9. O confronto: Às vezes, é necessário “ser ácida” 10. A psicanálise e o inconsciente como facilitadora ou dificultadora 11. Jeito de ser terapeuta é uma construção gradual 12. A importância da triagem 13. A base é a verbalização 14. O contrato: O terapeuta estabelece um foco, em um</p>	<p>1. A fala que cura 2. Busca de tratamento como um pedido de ajuda 3. Experiências prévias negativas – vinculação ruim 4. O vínculo: teve uma vinculação imediata com a terapeuta. 5. O confronto 6. Auto-reflexão 7. Liberdade de falar e se posicionar quanto às técnicas 8. Sobre a psicanálise: críticas e elogios 9. Foco no aqui e agora 10. A relação com o terapeuta como material de trabalho 11. As tarefas 12. Do foco inicial a questões secundárias e ao passado 13. O trabalho de auto-análise continua, mesmo fora da sessão, no dia a dia da paciente</p>

8. O que é resultado	<p>contrato, associado à demanda do paciente</p> <p>15. A análise do próprio analista: uma questão ética</p> <p>1. Os resultados dependem do paciente e do vínculo</p> <p>2. Melhora gradativa</p> <p>3. A queixa envolve outros problemas</p> <p>4. Abandono ou permanência como medida de resultados</p> <p>5. Mudanças e transformações gerais</p> <p>6. Avaliação dos resultados pela observação do paciente</p> <p>7. A combinação de personalidades como importante para os resultados</p> <p>8. Aceitação dos limites: um gozo possível e parcial, e não total</p> <p>9. “Idas e voltas”: avaliação dos resultados – o tratamento tem vários inícios, abandonos e retomadas</p> <p>10. As expectativas do paciente quanto ao tratamento: O resultado é a própria avaliação do paciente</p> <p>11. A mudança de comportamento</p> <p>12. O trabalho mais demorado com a personalidade.</p> <p>13. Demanda hoje em dia: “alívio de alguma coisa”, e não autoconhecimento</p> <p>14. Importante reavaliar o caso.</p> <p>15. Não alongar demais o tempo de tratamento</p> <p>16. Vivenciar sentimentos</p>	<p>14. A ansiedade</p> <p>15. Há coisas que o paciente não fala nem para a terapeuta</p> <p>1. Fatores intervenientes: instituição, questões financeiras</p> <p>2. Autoconhecimento</p> <p>3. Mudanças de comportamento percebidas</p> <p>Diminuição de atividades compulsivas, maior “força de vontade”, “mais calma”, menor timidez, maior segurança, menor auto-avaliação, melhora na auto-estima, diminuição do temor, maior tranqüilidade, mudança no relacionamento com a filha e saber valorizar o que é importante e não supervalorizar o que é menos</p> <p>4. Terapia funciona</p> <p>5. Maior consciência leva a comportamentos mais coerentes.</p> <p>6. Estruturação</p> <p>7. Processo gradativo</p> <p>8. Terapia como uma ajuda profissional</p> <p>9. O término</p> <p>10. Terapia funciona, mas depende do paciente</p> <p>11. Objetivo: sentir-se melhor e não se curar</p> <p>12. Processo com interrupções.</p> <p>13. Tempo para os resultados aparecerem: seis meses</p> <p>14. O objetivo de mudança comportamental</p> <p>15. O questionamento dos resultados</p> <p>16. Critério do desenvolvimento</p>
9. Desafios	<p>1. O mais desafiador é “dar limite”</p> <p>2. Desafios: enxugar a fala para entrar nas emoções</p> <p>3. Lidar com pacientes que “tocam” as próprias questões do analista</p> <p>4. Ser terapeuta, “sem colar em modelos”</p> <p>6. Aprender a fazer as perguntas</p>	<p>1. Preconceitos com a terapia.</p> <p>2. Tinha um temor da intervenção corporal</p> <p>3. O foco nos outros: um “modo de fugir” de si mesma</p> <p>4. Vencer a resistência do paciente</p>

Ações efetivas: o que o terapeuta faz pelo paciente

Psicólogos e pacientes reconheceram como importante para o processo da terapia a ação do terapeuta de escutar atentamente ao paciente, acolhendo-o nas suas queixas e direcionando-o para comportamentos mais adequados. Além disso, ambos destacaram a importância da interação, do questionamento e do confronto para o processo autoreflexivo. Somente é possível focar em si mesmo a partir da interação com o terapeuta. A partir dessa ação, focada na relação terapêutica, torna-se possível uma estruturação como base para novos comportamentos. O esclarecimento acerca de questões individuais ocorre através do terapeuta falar sobre coisas suas (do próprio terapeuta) na sessão, sobre o seu cotidiano. Não se trata do terapeuta assumir a posição do paciente nem passar a ocupar predominantemente a fala, mas de ilustrar aspectos da vida dos pacientes permitindo-lhes se reconhecerem também nos seus terapeutas. Em acréscimo, há referências ao estabelecimento de metas para a terapia, o ensino de técnicas para o dia-a-dia, como relaxamento, e a atitude de acreditar neles e no processo. Por outro lado, também foi dito pelos pacientes que é importante não saber nada da vida do terapeuta, para que não se perca o encantamento com o profissional, vindo a perceber que ele pode ter tantos problemas quanto o próprio paciente.

Ações que podem dificultar a terapia

Os terapeutas citaram apenas um fator que pode influir negativamente no processo. Esse fator é assumir uma atitude profissional “asséptica”, isto é, não acolhedora. Os pacientes, por sua vez, reconheceram esse mesmo fator, expressando-o na atitude de não escutar, não estar disponível para ouvir os seus conteúdos. A partir desse problema de sintonia, o terapeuta pode, assim, passar a impressão de estar julgando o paciente ou mesmo determinar um foco para o tratamento em desacordo com ele. Tais atitudes foram descritas como potencialmente problemáticas para o processo. Por outro lado, os pacientes disseram, também, que quando o acolhimento é excessivo e o terapeuta se torna “um amigo”, isso pode atrapalhar a terapia.

Características de personalidade do terapeuta

Sobre as características de personalidade relacionadas à profissão de terapeuta, os psicólogos afirmaram que é difícil falar de si, pois não estão acostumados a pensar e

focar nas suas próprias características. Eles reconheceram que as características de personalidade são anteriores à teoria e influem no processo, mesma opinião expressa pelos pacientes. Entre as características descritas por ambos os participantes, destacaram-se a receptividade, a interatividade, o acolhimento e o “gostar de pessoas”. Também foram citados o ser prático, incisivo, reflexivo e perspicaz, para questionar os pontos importantes e contraditórios do paciente. O terapeuta deve ser treinado para lidar com qualquer tipo de paciente, sendo flexível e adaptável, como um “camaleão”. Mas também deve estar atento para o fato de que não basta ter o dom natural para a empatia. É necessária uma sistematização dos procedimentos que favorecem a relação. Os pacientes acrescentaram, ainda, que o terapeuta é alguém como um amigo, mas que, de fato, é diferente, pois ocupa uma posição de profissional. Essa diferença foi marcada como importante, pois foi relatado que a escolha do terapeuta também deve seguir um critério de “antipatia”, isto é, escolher alguém que não seja tão próximo, afetivo e acolhedor, para que possa atuar de forma incisiva.

Características de personalidade do paciente

Os pacientes são como um “universo desconhecido”, um enigma, para os terapeutas. Eles foram descritos como extrovertidos, autônomos, independentes e falantes, mas também introvertidos e retraídos. No início eles podem ser desafiadores, mostrando-se arrogantes e prepotentes. Podem disputar com o terapeuta, durante o tratamento, sendo cortantes e não deixando o terapeuta falar. E podem, também, trazer “coisas pesadas” ou queixas mais focais. Os pacientes descreveram-se como agitados e ansiosos, em contraste com seus terapeutas, descritos como serenos e calmos. Há um “casamento” das características de ambos na relação, quando a agitação dos pacientes se beneficia da tranquilidade dos terapeutas. De qualquer forma, há um reconhecimento da necessidade da diferença, como um processo complementar, com o paciente procurando um terapeuta com características diferentes das dele mesmo. No entanto, apesar dessa ação do terapeuta sobre o paciente, esse foi descrito como não sendo um “agente passivo” no processo, tendo seus momentos de “protagonista” e de “coadjuvante”.

Pacientes “bons” e “ruins” de atender

Somente os terapeutas responderam a essa questão sobre os pacientes difíceis e agradáveis de lidar. Entre os pacientes mais agradáveis, destacaram-se aqueles com quem o terapeuta tem um bom vínculo, uma boa comunicação, com quem se conseguem

resultados rápidos, além dos mais sentimentais e dos que “precisam encantar-se pela vida”. Entre os mais difíceis, foram selecionados os adolescentes, pela frivolidade das suas queixas, os mais resistentes, desafiadores e arrogantes, que atrasam os resultados. Além disso, também foram citados os queixosos, os ansiosos, os que fogem da emoção pela racionalização e os perversos e psicóticos, pela complexidade envolvida no tratamento. O fator destacado com fundamental para o paciente ser mais fácil ou mais difícil foi o comprometimento a própria implicação na terapia.

Os problemas tratados

Entre os problemas tratados foram citados os comportamentos de risco, a aceitação de limites, a vivência de afetos, o manejo da agressividade, a compulsão alimentar, os problemas sociais e familiares, o pânico, as fobias, a baixa auto-estima, a timidez e o vitiligo, associado a questões psicológicas. Os pacientes destacaram, também, que não basta explicar os porquês do comportamento, sendo necessário mudar comportamentos.

O *setting* terapêutico: técnicas e formas de trabalhar

A forma de trabalhar descrita pelos terapeutas variou muito. Os psicólogos ressaltaram a importância de mesclar técnicas em um *setting* flexível, capaz de focar na relação e nas necessidades do paciente. Sobre o vínculo, o primeiro contato foi descrito como decisivo para a continuidade da terapia. Os terapeutas disseram que trabalham de forma lenta e cautelosa, mas também, privilegiando um confronto produtivo, sem o qual, o processo não anda. Foi dito que o trabalho é vivencial, com o foco no momento presente, mas, também, inclui procedimentos sistemáticos, como triagem e avaliação de aspectos psicopatológicos. Deve-se trabalhar um foco, estabelecido em um contrato, que pode mudar conforme a terapia se desenvolve. A base dos tratamentos é a verbalização, mas, dependendo da linha, o terapeuta pode incluir técnicas, tarefas e exercícios. O tratamento deve possibilitar ao paciente uma auto-análise e, quando o terapeuta encontrar-se em dificuldades para atender um paciente, por causa de alguma questão pessoal, ele deve ter uma postura ética de buscar supervisão ou encaminhar o paciente para outro profissional. Os psicólogos também relataram que o terapeuta deve ser visto como um “ser humano”, podendo demonstrar afetividade diante do paciente. Sobre a psicanálise, foi dito que esta dificulta o processo, por distanciar o terapeuta do paciente, mas também que facilita a terapia, pois remete a uma reflexão pessoal transformadora.

Os pacientes descreveram a terapia de forma semelhante aos terapeutas. Segundo eles, a cura é obtida através da fala. A busca de tratamento envolve o reconhecimento da dificuldade de lidar com os próprios problemas, sendo comparada a um pedido de ajuda. O vínculo com o terapeuta, desde o começo do tratamento, foi destacado como muito importante. Os participantes destacaram, também, a possibilidade de auto-reflexão a partir das intervenções do profissional. Outro aspecto importante foi o confronto, através de perguntas e questionamentos do terapeuta, que produzem reflexões e mudanças. O uso de técnicas e tarefas foi descrito como um facilitador, mas quando o paciente possui liberdade de falar e se posicionar quanto a elas. O trabalho vivencial, centrado no aqui e agora, também foi ressaltado, assim como o trabalho da relação com o terapeuta, como um modelo para as demais relações do paciente. Geralmente a queixa inicial se mostra relacionada a outros aspectos da vida do paciente, o que desloca o foco do tratamento para esses aspectos. Além disso, foi dito que o trabalho de auto-análise continua mesmo fora da sessão. Embora a confiança no profissional tenha sido destacada como importante, os pacientes relataram que há coisas que o paciente não fala nem para a sua terapeuta, como fantasias, aspectos imaginários, “idílicos”, que podem conduzir a terapeuta para conclusões equivocadas ou terminar o tratamento.

O que é resultado

Segundo os terapeutas, os resultados dependem do vínculo e das condições do paciente de se beneficiar do tratamento. A melhora é gradativa, pois a queixa inicial envolve outros problemas. São medidas de resultados: a permanência no tratamento, as mudanças e transformações na vida do paciente e mudanças de comportamento. É importante considerar as expectativas do paciente para avaliar o tratamento, além de terem-se claros os limites da terapia. Hoje em dia, disseram os terapeutas, a demanda maior é por “alívio de alguma coisa” e não por autoconhecimento, como há algum tempo. Por isso, não se deve alongar demais o tempo de tratamento, centrando no foco a ser resolvido. A combinação de características de personalidade pode ser decisiva para os resultados e o tratamento pode ter várias pequenas desistências e reinícios. Por isso é muito importante reavaliar o caso, para verificar se os efeitos permanecem depois de algum tempo.

A terapia, para os pacientes, funciona e traz diversos resultados. Entre estes, destacam-se o foco em si e o autoconhecimento, que possibilitam diversas mudanças de

comportamento, sendo maior a coerência entre as atitudes e os próprios valores. Essa mudança permite ao paciente priorizar aquilo que é realmente importante em sua vida e não reagir de forma exagerada a aspectos menos importantes. A terapia é um processo gradual, passando por fases, nas quais inicialmente há um desabafo e um alívio. Logo a seguir, em mais ou menos seis meses, a queixa começa a ser resolvida e novas questões surgem. O processo é considerado mais completo quando alcança os aspectos subjacentes à queixa. A terapia atinge, então, resultados de reestruturação da vida, da personalidade e até da imagem corporal do paciente. Os pacientes então, afirmaram que se imaginam sem o tratamento, mas também percebem a sua necessidade de tratar mais alguns aspectos. Eles só terminarão o tratamento em concordância com o terapeuta e estando seguros de que trabalharam tudo o que teriam que trabalhar na terapia. Os resultados dependem do empenho, do comprometimento e das condições do paciente. Nem sempre se pode almejar a “cura” e o objetivo muitas vezes é “sentir-se melhor”. O tratamento pode ser um processo com interrupções e retomadas e há vários fatores que interferem nos resultados, como aspectos financeiros, do trabalho e de instituições nas quais o paciente está inserido. Os entrevistados disseram, ainda, que vêem a terapia como uma ajuda profissional, com o objetivo de mudar comportamentos. Eles questionam os resultados, por vezes, mas acreditam que esses questionamentos são manifestações de resistência. Há, ainda, tratamentos que podem durar muito tempo, tendo seus resultados fortalecidos pelo amadurecimento emocional e físico.

Desafios

O maior desafio em ser terapeuta, para os psicólogos, é saber “dar limites”, não atender à demanda do paciente e “sair da posição de boazinha”. Além disso, também foram citados: reduzir a fala dos pacientes, focando nas suas emoções; aprender a fazer perguntas reflexivas, que mexem com as premissas dos pacientes; não colar em “rótulos” teóricos; e interagir com pacientes que “tocam” questões do próprio terapeuta, quando ele deve procurar auxílio para lidar com a situação.

Os pacientes, por sua vez, citaram que um desafio é vencer os seus preconceitos e temores quanto à terapia. No início, eles demonstram diversas formas de resistência ao tratamento, o que deve ser enfrentado e resolvido pelo terapeuta, através do confronto e do esclarecimento. Outro desafio se refere à dificuldade de alguns pacientes de falar de si, preferindo “fugir” do tratamento, focando nos outros. É tarefa do terapeuta, então, trazer o foco para o paciente, mas sem forçá-lo demais.

3.2.2 Contexto 2 – Análise das narrativas de eventos marcantes da terapia

Os relatos de eventos da terapia foram analisados a partir da demarcação de temas emergentes nas entrevistas (ver Tabela 31). O objetivo foi explicitar os elementos que estruturaram a percepção dos pacientes sobre os momentos marcantes do tratamento. Nesse sentido, buscou-se sintetizar a percepção da terapia, como uma narrativa, focando os temas centrais da experiência dos entrevistados. Os temas foram agrupados conforme a seqüência compreensiva do evento: o evento em si, os efeitos dos eventos, a relação com a terapia e a ação do terapeuta.

Tabela 31

Seqüência Compreensiva dos Temas Descritos pelos Pacientes nos Relatos de Eventos Marcantes

Seqüência compreensiva.	Temas descritos pelos pacientes.
1. O evento	Contexto familiar Infância Terapia – a busca de tratamento, uma sessão marcante, a primeira sessão, a percepção de estar em terapia, confiança no terapeuta, tentar parar a terapia. Passos do tratamento. Técnicas e sentimentos vivenciados <i>Insights</i> Mudanças de comportamento Conquistas e vitórias na vida Decisões importantes Problemas, desafios e sintomas Sentimentos aceitos e expressos
2. Efeitos do evento no paciente	<i>Insights</i> e percepções sobre relações familiares Ordenamento interno e autoreflexão Mudanças de comportamentos e atitudes Auto-afirmação e auto-estima Compreensão do passado Encorajamento Expressão e compreensão dos próprios sentimentos Aceitação de limites Percepção de dificuldades Autoconhecimento e direcionamento
3. A relação com a terapia	A importância das sessões para os eventos A associação dos resultados com a terapia As técnicas destacadas e seus efeitos Os passos da terapia O trabalho com conteúdos da infância A continuação do trabalho fora da sessão
4. A ação do terapeuta	Construir uma atmosfera para a terapia Controlar o processo Encorajar o paciente

	Trabalhar o passado e a infância Perguntar questões reflexivas e fazer questões esclarecedoras Colocar questões em foco Identificar problemas e ajudar a resolvê-los Frear o paciente Trabalhar com conteúdos emergentes do paciente. Pontuar fatos e fazer refletir Propiciar a expressão de emoções e sentimentos Identificar a resistência do paciente e dirigir o foco para os temas problemáticos Acalmar e orientar o paciente “Puxar a orelha” e ajudar a pensar Deixar o paciente descobrir os significados por si mesmo Ajudar o paciente no reconhecimento de conteúdos desconhecidos para si
--	---

Os eventos

Os eventos relatados pelos pacientes incluíram fatos ocorridos no seu contexto familiar, envolvendo o relacionamento com o pai, a mãe, a irmã, a tia e a filha. Os pacientes destacaram, também, situações relativas ao processo da terapia, como o momento de busca, a percepção de estar em tratamento, a primeira sessão e a tentativa de parar o tratamento. Técnicas como exercícios corporais, relaxamento e dramatizações também foram relatadas a partir de seus efeitos, como a aceitação e expressão da raiva. Além disso, *insights* e percepções sobre si e de suas relações pessoais também foram descritos como momentos importantes. Outros eventos referiam-se a conquistas e vitórias cotidianas (por exemplo, o lançamento de um livro ou a mudança de emprego), e à tomada de decisões importantes (como fazer uma cirurgia plástica ou reatar um relacionamento familiar). Problemas, desafios e sintomas vivenciados no tratamento, como a rigidez, a autocrítica e a baixa auto-estima foram focados pelos participantes, assim como sentimentos percebidos durante a terapia (culpa, prazer, entrega e alegria).

Os pacientes relataram entre dois e cinco eventos marcantes e estes foram organizados de forma a compor uma seqüência que seguia a ordem de conteúdos focados na terapia. Assim, o relato, em geral, descrevia passos do tratamento, no qual o primeiro evento estava associado ao primeiro conteúdo trabalhado e o último, ao conteúdo atualmente em foco, ou a ser resolvido. Eles também estavam relacionados entre si, pois os primeiros contribuíam para os seguintes e desempenhavam um papel importante para os demais. Em função disso, os eventos, assim ordenados em uma

seqüência e interligados uns aos outros, podem ser tomados como uma narrativa, descrevendo a trajetória do processo terapêutico.

Os efeitos do evento no paciente

Foram descritos diversos efeitos dos eventos na vida do paciente, como consequência dos conteúdos vivenciados e descritos na terapia. Os pacientes disseram que experienciaram mudanças gerais de comportamentos e atitudes, como maior tranquilidade, maior controle, mudanças nos hábitos alimentares e melhora na relação com familiares. Além disso, relataram *insights* e percepções, como uma melhor compreensão de si, da sua vida, da sua infância, dos familiares e dos seus sintomas, com ganhos de autoconhecimento, autovalorização e focalização em si. Houve ganhos na organização de conteúdos internos, bem como na expressão e compreensão dos próprios sentimentos (raiva, culpa, perdão, contrariedade, tristeza e alegria). Eles sentiram-se encorajados pelos seus terapeutas, o que resultou em uma melhor auto-afirmação e maior auto-estima. A partir de uma melhor compreensão do seu passado, os entrevistados relataram uma percepção mais clara de suas dificuldades, uma aceitação de limites, como circunstâncias de vida (por exemplo, a aceitação de um parente morando com a família), e um direcionamento do foco das suas vidas mais coerente e centrado no seu autoconhecimento.

Os efeitos dos eventos da terapia nas vidas dos participantes evidenciaram uma relação direta entre circunstâncias de vida dos pacientes e seus tratamentos. A terapia, portanto, pode ser apontada como um fator de transformação do estado inicial dos eventos, enquanto problemas e desafios, em direção a um estado final, no qual os problemas mostram-se como ganhos e os eventos, como conquistas e processos bem sucedidos. Ao descrever a terapia como um fator de transformação da sua vida, os pacientes demonstraram que o processo do tratamento pode configurar uma narrativa, na qual a seqüência de eventos se organiza a partir de um enredo, que se desenvolve em um ou mais contextos, e envolve a transformação dos significados iniciais em significados finais distintos.

A relação com a terapia

Os pacientes foram solicitados a narrar eventos relacionados à terapia e a explicitar como se deu essa relação. Segundo os participantes, os momentos experienciados como marcantes estavam associados a conteúdos trabalhados em uma ou

mais sessões, como raiva e agressividade; a aspectos focados no tratamento, como o diálogo interno e a culpa; a resultados de temas discutidos com o terapeuta, como atitudes de cautela e cuidado, e a sentimentos vivenciados como uma extensão do *setting* terapêutico, como o perdão e a aceitação de familiares. A terapia foi descrita como influenciando diretamente nos eventos, provocando-os, definindo-os e determinando seus resultados. Mas, também, foi dito que os eventos influíram no tratamento, trazendo *insights* e percepções sobre aspectos trabalhados no processo. Conforme descrito anteriormente, os eventos foram relatados em uma seqüência de passos, correspondendo aos estágios da terapia, como os conteúdos trabalhados ou as mudanças percebidas. Essa correspondência revela uma interação entre o que é trabalhado nas sessões, o que é pensado e refletido fora da terapia e as vivências do paciente, no seu dia-a-dia. Pode-se, portanto, identificar a narrativa da terapia com as narrativas de vida dos pacientes, interligadas de forma causal, na qual ora a terapia influi na vida do paciente, causando transformações, ora é a história de vida do paciente que influi na terapia, causando *insights* e novas percepções.

A ação do terapeuta

O terapeuta, conforme os pacientes, atua de diversas formas nos efeitos dos eventos marcantes. Segundo os entrevistados, faz parte dessa ação do terapeuta construir uma atmosfera propícia para a reflexão, controlar e dirigir o processo para focos problemáticos do paciente (como questões de infância e rejeição da mãe) e encorajá-lo a perceber os seus problemas e a desenvolver atitudes de mudança (como lançar um livro, fazer uma cirurgia ou fazer um curso universitário). Os pacientes citaram, ainda: freá-lo quando se comporta impulsivamente, acalmá-lo e orientá-lo quando em crise e fazer-lhe questões reflexivas e esclarecedoras, pontuando fatos importantes para fazê-lo refletir. Além disso, o terapeuta trabalha o passado e a infância do paciente, a partir de conteúdos emergentes no aqui-e-agora, propiciando a expressão de sentimentos e emoções, como tristeza, raiva e rejeição. A reflexão do paciente deve ser conduzida de forma a deixá-lo descobrir os significados dos seus comportamentos e de suas atitudes por si mesmo. No entanto, também faz parte das intervenções do terapeuta identificar a resistência do paciente e dirigir o foco do tratamento para os temas problemáticos, muitas vezes evitados (por exemplo, o desejo de terminar a terapia e a sensação de “perda de tempo” no tratamento). Em muitos casos o terapeuta pode “puxar a orelha” do paciente e ajudá-lo a pensar sobre as causas da sua resistência.

Finalmente, cabe ao psicólogo dirigir a reflexão do paciente para o reconhecimento de conteúdos encobertos e desconhecidos para si mesmo.

A descrição de intervenções do terapeuta evidenciou um conjunto de atitudes focadas na interação com o paciente, com destaque para questionamentos, confrontos e desafios. Todas essas atitudes, disseram os pacientes, devem ocorrer a partir de uma posição de sensibilidade, sutileza e acolhimento. Afirma-se, portanto, o foco da terapia na relação terapêutica, como fator essencial e, junto ao trabalho com o vínculo, a interação a partir de uma ação incisiva do terapeuta.

3.2.3 Contexto 3 – Análise quantitativa da psicoterapia

A avaliação quantitativa da psicoterapia foi realizada através de três instrumentos: o Questionário Strupp, no qual o paciente avalia de forma geral a experiência de estar em tratamento; a Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (Calpas), na qual o participante avalia a qualidade do vínculo com o terapeuta e o envolvimento de ambos na terapia; e o Questionário de memórias em lampejo (QML), no qual o paciente avalia a intensidade emocional das memórias dos eventos do tratamento. A análise conjunta dos três instrumentos apontou a articulação entre percepção geral da terapia e resultados percebidos; vinculação, envolvimento e capacidade de trabalho; e intensidade emocional da terapia. Em acréscimo, a avaliação do perfil de personalidade de terapeutas e pacientes, enquanto tendência à extroversão ou tendência à introversão, foi utilizada para verificar as relações entre traços de personalidade e resultados percebidos na terapia (ver Tabela 32).

Conforme descrito anteriormente, a experiência geral da terapia (Strupp) foi classificada como efetiva/superior, efetiva/inferior, inefetiva/superior ou inefetiva/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<3), a terapia foi classificada como efetiva, e acima (>3), como inefetiva. Essa classificação foi acrescida da comparação com a média dos escores da amostra (n=43): abaixo da média amostral (<2,0) a terapia foi classificada como superior e acima (>2,0) como inferior.

A qualidade da aliança terapêutica (Calpas) foi classificada como efetiva/superior, efetiva/inferior, inefetiva/superior ou inefetiva/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<4), a terapia foi classificada como inefetiva, e acima (>3), como efetiva. Essa classificação foi acrescida da comparação com a média dos escores da amostra (n=24): abaixo da média amostral (<6,01) a terapia foi classificada como inferior e acima (>6,01) como superior.

A intensidade das memórias de eventos da terapia (QML) foi classificada como vívida/superior, vívida/inferior, não-vívda/superior ou não-vívda/inferior. O critério utilizado para essa classificação foi a comparação do escore numérico com o ponto médio da escala do instrumento: abaixo do ponto médio (<4), a memória do conjunto de eventos foi classificada como não-vívda, e acima (>4), como vívida. Essa classificação foi acrescida da comparação com a média dos escores da amostra (n=10 pacientes/38

memórias): abaixo da média amostral (<5,96) a memória do conjunto de eventos foi classificada como inferior e acima (>5,96) como superior.

Tabela 32

Extroversão de Pacientes e de Terapeutas – EFE, Experiência Geral da Terapia – Strupp, Qualidade da Aliança Terapêutica – Calpas, Intensidade de Memórias de Eventos da Terapia – QML

	EFE/paciente	EFE/terapeuta	Strupp	Calpas	QML
P1 G.	Introvertido (4,51)	Extrovertida (4,58)	Efetivo/Sup (1,84)	Efetivo/Inf (5,96)	Vívida/Sup (6,31)
P2 V.	Introvertida (4,04)	Introvertida (3,75)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,04)	Vívida/Inf (5,67)
P3 A.	Introvertida (3,88)	Introvertida (3,60)	Efetivo/Sup (1,86)	Efetivo/Sup (6,25)	Não Inf
P4 L.	Introvertida (3,11)	Introvertida (3,61)	Efetivo/Sup (1,74)	Efetivo/Sup (6,71)	Não Inf
P5 T.	Introvertida (4,35)	Introvertido (3,98)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,63)	Vívida/Sup (6,58)
P6 E.	Introvertida (3,25)	Introvertido (3,54)	Efetivo/Sup (1,72)	Efetivo/Sup (7,00)	Vívida/Sup (7,00)
P7 M.	Extrovertida (5,72)	Extrovertido (6,02)	Efetivo/Sup (1,63)	Efetivo/Inf (5,92)	Vívida/Inf (5,72)
P8 S.	Introvertida (3,65)	Introvertida (4,04)	Efetivo/Inf (2,28)	Efetivo/Inf (5,58)	Vívida/Inf (5,92)
P9 D.	Introvertida (2,89)	Extrovertida (4,86)	Efetivo/Inf (2,05)	Efetivo/Inf (5,92)	Vívida/Inf (5,83)
P10 R.	Introvertida (3,88)	Extrovertida (5,00)	Efetivo/Sup (1,79)	Efetivo/Inf (5,96)	Vívida/Inf (4,22)
P11 H.	Extrovertido (4,91)	Introvertida (4,25)	Efetivo/Inf (2,28)	Efetivo/Inf (4,50)	Vívida/Inf (5,33)
P12 N.	Extrovertida (5,51)	Extrovertida (4,93)	Efetivo/Sup (1,77)	Efetivo/Sup (6,04)	Vívida/Sup (6,78)

O traço de personalidade (EFE) de pacientes e de terapeutas foi classificado com tendente a extrovertido/a ou tendente a introvertido/a. O critério utilizado para a classificação do/a participante foi a comparação do seu escore numérico com a média brasileira para o instrumento ($M=4,5375$ para homens e $M=4,4825$ para mulheres), determinada em estudo anterior (Nunes, 2005). Acima da média ($>4,5375$ ou $>4,4825$) o/a participante foi classificado/a como tendente a extrovertido/a, abaixo da média ($<4,5375$ ou $<4,4825$) como tendente a introvertido/a.

Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes da amostra ($n=9$) demonstrou uma tendência à introversão. Tal incidência pode ser explicada por um critério utilizado pelos terapeutas na escolha do paciente a ser entrevistado. Quando orientados a fazer a escolha, estes revelaram uma preferência por pacientes que pudessem expressar o tratamento de forma reflexiva. Pode-se, portanto, associar essa preferência por pacientes mais reflexivos, com a maior reflexividade interna, focada em si e no autoconceito, predominante em pessoas com traços introvertidos. Os terapeutas, portanto, parecem ter indicado preferentemente pessoas com tendências introvertidas para as entrevistas.

Por outro lado, entre os terapeutas, não houve uma predominância quanto à tendência no traço de personalidade, com uma distribuição mais ou menos equânime entre extrovertidos ($n=5$) e introvertidos ($n=7$). Esse resultado parece estar de acordo com o esperado, pois não há, na literatura, nenhum estudo indicando uma prevalência de traços entre os profissionais na área clínica.

Não houve, também, uma diferença entre os resultados de terapeutas com tendências introvertidas e tendências extrovertidas. A tendência de encontrar terapeutas extrovertidos como mais efetivos, prevista em estudo anterior (Jersak, 2000), não se confirmou na amostra estudada. Terapeutas tendentes a extrovertidos com resultado efetivo/superior ($n=4$) e com resultados efetivo/inferior ($n=1$) equipararam-se a terapeutas tendentes a introvertidos com resultado efetivo/superior ($n=5$) e com resultados efetivo/inferior ($n=2$). Da mesma forma, quanto à intensidade das memórias, terapeutas tendentes a extrovertidos com resultado vívida/superior ($n=2$) e com resultados vívida/inferior ($n=3$) equipararam-se a terapeutas tendentes a introvertidos com resultado vívida/superior ($n=2$) e com resultados vívida/inferior ($n=3$). Quanto à aliança terapêutica, os terapeutas tendentes a extrovertidos com resultado efetivo/superior ($n=1$) e com resultado efetivo/inferior ($n=4$) diferiram dos terapeutas tendentes a introvertidos com resultado efetivo/superior ($n=5$) e com resultado

efetivo/inferior (n=2). O desempenho pior dos terapeutas tendentes a extrovertidos, no entanto, não pode ser considerado como um indicador de menor qualidade da aliança, pois entre os resultados menos expressivos desses terapeutas (n=4), todos estavam muito próximos à média amostral (M=6,01 e T1=5,96, T7=5,92, T9=5,92 e T10=5,96). Os pacientes, assim, parecem avaliar indistintamente os resultados entre as tendências de traços de personalidade dos terapeutas, indicando que não houve preferência por assertividade ou reflexividade.

Quanto aos traços de personalidade de terapeutas e de pacientes, a combinação mais encontrada foi terapeuta com tendência à introversão tratando paciente com tendência à introversão (n=6), seguida de terapeuta com tendência à introversão tratando paciente com tendência à extroversão (n=3), logo a seguir, terapeuta com tendência à extroversão tratando paciente com tendência à extroversão (n=2) e, por último, terapeuta com tendência à extroversão tratando paciente com tendência à introversão (n=1). Verificou-se uma prevalência de díades de mesma tendência quanto à extroversão e à introversão (n=8). Tal resultado pode indicar que os terapeutas procuraram escolher pacientes para a pesquisa com tendência de extroversão ou introversão semelhante à sua. Isto pode estar associado a um reconhecimento de características de personalidade similares e a uma preferência por traços semelhantes, por parte dos terapeutas, na escolha de sujeitos para a avaliação da terapia. Entre as díades com semelhantes traços de extroversão e introversão (n=8), a maioria avaliou os resultados da terapia (Strupp) como efetivo/superior (n=7). Esses resultados não se repetiram entre as díades com traços de extroversão e introversão discordantes (n=4), havendo uma divisão entre terapias efetivo/superior (n=2) e efetivo/inferior (n=2). Tais diferenças entre as díades concordantes e discordantes se repetiram na avaliação da qualidade da aliança terapêutica (Calpas). Entre as díades concordantes, novamente, a maioria avaliou a aliança como efetivo/superior (n=6). Já entre as díades discordantes, todas foram avaliadas como efetivo/inferior (n=4). Quanto às memórias de eventos da terapia (QML), as díades discordantes (n=4) repetiram os resultados dos demais instrumentos, prevalecendo as memórias vívida/inferior (n=3), enquanto as díades concordantes classificaram igualmente as memórias entre vívida/superior (n=3) e vívida/inferior (n=3). Esses resultados sugerem que os pacientes com mesma tendência de extroversão ou introversão dos seus terapeutas podem ter avaliado de forma mais positiva (Strupp) a sua terapia do que os pacientes com tendências discordantes. Da mesma forma, a concordância de personalidade pode ter contribuído para um melhor

vínculo na terapia (Calpas). E a classificação das memórias dos eventos da terapia (QML) também pode ter mostrado uma tendência de intensidade maior entre as díades concordantes. Tal associação entre concordância de tendências no traço de extroversão e avaliação mais positiva do tratamento corroborou a expectativa inicial desta pesquisa, segundo a qual, o foco semelhante de terapeutas e pacientes na reflexividade interna e no autoconceito (introversão) ou na socialização e no desempenho de tarefas cotidianas (extroversão) poderia facilitar os resultados da terapia.

Cabe, ainda, ressaltar que os instrumentos de avaliação da terapia revelaram alguns casos (n=3) classificados como superiores em todas as avaliações. Os pacientes (P5, P6 e P12) classificaram suas terapias como efetivo/superior quanto à experiência geral do tratamento (Strupp) e à qualidade da aliança (Calpas), assim como, as memórias da sua terapia como vívida/superior (QML). Todos os casos apresentaram em comum a concordância de tendências de extroversão ou introversão, além do relato de diversos benefícios com os tratamentos, nas entrevistas qualitativas.

Da mesma forma, houve casos (n=3) com avaliação inferior em todos os instrumentos. Os pacientes (P8, P9 e P11) classificaram suas terapias como efetivo/inferior quanto à experiência geral do tratamento (Strupp) e à qualidade da aliança (Calpas), assim como, as memórias da sua terapia como vívida/inferior (QML). Buscou-se observar os dados qualitativos desses casos, para se entender as possíveis causas desses resultados. Pode-se entender que os instrumentos indicaram uma efetividade menor de um tratamento com duração muito maior (96 meses) em comparação aos demais (P11) e com divergências de foco do tratamento relatadas nas entrevistas. Esses dados combinam com a literatura, que revela uma queda na efetividade após três anos (Seligman, 1995), além do foco do tratamento ser um item avaliado como importante (Strupp e Calpas). Em outro caso (P8), a paciente relatou também uma discordância de foco do tratamento, centrado em aspectos externos a si, como uma “fuga” de questões relativas a si mesma. Ela ressaltou que somente agora, após três anos, está começando a centrar em si o tratamento e iniciando a sua própria terapia. Tais dados podem ter influenciado a avaliação do tratamento. Nesse caso, deve-se ressaltar a importância da terapia incluir a discussão de temas centrados no autoconceito e na identidade do paciente, para a sua efetividade. E no último caso avaliado negativamente (P9) resalta-se que a paciente, sendo de classe socioeconômica baixa, revelou dificuldades para responder a algumas questões dos instrumentos, solicitando o esclarecimento de diversos itens dos mesmos. Pode-se, portanto, aventar a

hipótese de incompreensão dos instrumentos, devendo-se fazer essa ressalva na análise dos seus resultados. Além disso, confirmando-se essa hipótese, indica-se a necessidade de rever a redação de alguns itens dos instrumentos, para populações com baixo nível socioeconômico.

A avaliação geral da terapia (Strupp) pelos pacientes em todos os casos revelou tratamentos efetivos, concordando com a literatura quanto à afirmação de que os pacientes tendem a avaliar positivamente seus tratamentos (Gomes, 1988, 1990, 1993). Da mesma forma, a aliança terapêutica foi considerada efetiva em todas as díades estudadas, assim como as memórias dos eventos marcantes da terapia foram sempre classificadas como vívidas. Pode-se, também, associar essa avaliação positiva indiscriminada ao fato de que nenhum terapeuta indicaria um caso mal sucedido para a pesquisa, escolhendo um participante entre os seus casos com resultados já consolidados. No entanto, a literatura já estabeleceu um consenso sobre os resultados positivos dos tratamentos psicoterapêuticos, e, portanto, a avaliação positiva das terapias apenas veio corroborar as expectativas iniciais desta pesquisa (Blatt & Ford, 1994; Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995).

Finalmente, os instrumentos de avaliação da terapia, quanto à experiência geral de estar em tratamento, à aliança entre terapeuta e paciente e à intensidade emocional das memórias da terapia mostraram uma concordância entre si. Os pacientes avaliaram a experiência geral da terapia (Strupp) e a qualidade da aliança terapêutica (Calpas), de forma semelhante, como efetiva/superior ou efetiva/inferior, na maioria dos casos (n=9). Da mesma forma, houve uma concordância prevalente na classificação da aliança (Calpas) como efetiva/superior ou efetiva/inferior e a intensidade das memórias como vívida/superior e vívida/inferior (QML) na maioria dos casos (n=8). Igualmente a avaliação da experiência da terapia (Strupp) obteve uma concordância na classificação do tratamento como efetivo/superior ou efetivo/inferior com a intensidade das memórias, como vívida/superior e vívida/inferior (QML) na maioria dos casos (n=7). Esses resultados indicam que os instrumentos, embora avaliem aspectos diferentes da terapia, podem ser utilizados como complementares na avaliação dos tratamentos psicoterapêuticos e obtêm resultados coerentes entre si. Isto é, a experiência do tratamento, a aliança terapêutica e a intensidade emocional dos eventos da terapia podem compor um conjunto na avaliação dos tratamentos.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

Os resultados encontrados na descrição (estudos das díades) e na redução (contexto da percepção de terapeutas e de pacientes, contexto narrativo e contexto quantitativo) foram confrontados com os dados da literatura sobre pesquisa em psicoterapia, e organizados em torno de sete questões norteadoras: 1) a psicoterapia como um fenômeno complexo, 2) os resultados da psicoterapia, 3) a pesquisa em psicoterapia, 4) personalidade e psicoterapia, 5) desenvolvimento e psicoterapia, 6) diferenças entre teorias e 7) perguntas e expectativas iniciais. Inicialmente discutem-se as constatações sobre a complexidade da psicoterapia, contrastando o entendimento individual das díades com a compreensão geral dos contextos analisados. A seguir, os resultados descritos de forma qualitativa e quantitativa são discutidos a partir da pesquisa em efetividade. Essa discussão é complementada pelo debate das metodologias de avaliação de resultados e as vantagens e desvantagens dos instrumentos utilizados. Focalizam-se, então, as influências da personalidade de terapeutas e de pacientes no vínculo terapêutico e a sua relação com os resultados dos tratamentos. E as influências do desenvolvimento no processo psicoterapêutico são avaliadas para verificarem-se possíveis efeitos na avaliação das técnicas. Estas são discutidas em relação às linhas teóricas, quanto às suas peculiaridades. Finalmente, retomam-se as questões e expectativas iniciais deste estudo, destacando-se as suas contribuições e limitações para o campo.

A psicoterapia como um fenômeno complexo

A pesquisa de resultados em psicoterapia, desde o seu surgimento, configurou-se como um campo de discussão polêmico. Pesquisadores de diversos enfoques desenvolveram suas abordagens com base em metodologias diversas. Assim, as pesquisas de eficácia (Abramowitz & Schwartz, 2004; Bloom, Yeager & Roberts, 2004; Camasso, 2004; Corcoran, 2004; Dziegielewski & Roberts, 2004; Springer, 2004; Hoagwood, 1995; Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin 1991; Kazdin & Terence, 1978; Mullen, 2004; Proctor & Rosen, 2004; Reid & Fortune, 2004; Vonk, Bordnick & Graap, 2004; Weisz & Cols., 1995) defendem procedimentos rígidos e controle de variáveis, enquanto as pesquisas de efetividade (Abrahamson, 2001; Arian & Alvidrez, 2002; Blatt & Ford, 1994; Borkovek, & Cols., 2001; Charman, 2003; Gard, 2003; Gomes, 1988, 1990, 1993; Hartman & Zepf, 2003; Kendall & Hudson, 2001; Levant, 2001; Neal, 2003; Nielsen & Cols., 2003; Norquist, 2001; Persons, 2001; Seligman, 1995;

Schneider, 2001; Stevens, 2001; van-Schaik & Cols., 2002) destacam metodologias mais flexíveis, com o objetivo de compreender a psicoterapia em sua variabilidade. De fato, o que tanto pesquisadores em eficácia quanto pesquisadores em efetividade concordam é que a psicoterapia é um fenômeno complexo e de difícil verificação, enquanto generalização de procedimentos e de resultados equiparáveis entre casos. Grande parte da literatura clássica sobre psicoterapia foi sistematizada a partir de estudos de caso individuais (Freud, 1977a/1909, 1977b/1909; Jung, 1986/1907, 1999/1917; Rogers, 1980, 1984, 1985; Skinner, 1956). Tal metodologia se justifica a partir da possibilidade de compreender os aspectos únicos de cada processo terapêutico, como o encontro entre um terapeuta e um paciente específicos, em circunstâncias peculiares e irrepetíveis. Não se deve, portanto, estranhar que os resultados sejam compreendidos em relação ao contexto individual do caso. Mesmo as terapias manualizadas evoluem, atualmente, para a descrição de passos flexíveis e adaptáveis e não mais conjuntos de procedimentos aplicados indistintamente a qualquer paciente e por qualquer terapeuta (Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Shroeder, & von Witzleben, 2001; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002; Kohlenberg & Tsai, 1991, 1994). Esta constatação sugere que a psicoterapia envolve muitas variáveis e, por isso, constitui um fenômeno especial, sendo mais facilmente abordado a partir de suas especificidades.

A partir dessa perspectiva, os casos analisados neste estudo ilustram a complexidade da psicoterapia. Cada díade pode ser entendida como uma perspectiva do tratamento, envolvendo queixas, contextos, técnicas, intervenções, percepções e características de personalidade. Verificou-se que muitos dados do tratamento só fazem sentido se entendidos no contexto daquela terapia e envolvendo os participantes do par. Assim, por exemplo, na díade um, a terapeuta escolhida foi uma pessoa “antipática” (P1) e não afetiva demais, na díade três, alguém diferente da paciente, que não tivesse o seu “gênio forte” (P3) e na díade 11, uma pessoa “serena” (P11), para contrastar com a agitação e inquietude do paciente. O resultado, na díade dois, foi associado ao aprendizado sobre o “limite” (P2) e à contenção, na três a uma reestruturação, inclusive de um “novo corpo” (P3), na dez (P10) a um processo de auto-afirmação, e na cinco ao aprendizado de novos comportamentos (P5). Além dos contrastes de cada tratamento, os estudos das díades demonstraram também contrastes entre a percepção do terapeuta e a do paciente, como no caso dois, em que a terapeuta percebeu a paciente como pouco aliançada, relacionando esse fato à sua desistência, enquanto esta se descreveu como

muito vinculada à psicóloga e satisfeita com os resultados. Por vezes a ação de confronto da terapeuta foi destacada como benéfica (“puxar a orelha” [P6], “colocar um freio” [P2]), ora o acolhimento, a “escuta” (P1) e o encorajamento (P6) foram ressaltados, e outras vezes, ainda, a aceitação dos limites da paciente foi compreendida como aceitação da “fuga” de falar de si (P8). Há contradições e ambivalências entre os participantes, entre terapeuta e paciente e entre as próprias falas do mesmo participante:

Quando eu falo de mim, ela fala: ‘ta vendo! Que bom que você falou de você hoje’. Mas não puxa. Às vezes eu acho até que ela podia... É, assim, como se eu quisesse que ela me obrigasse a falar de mim mesma, entendeu? (...) Não sei, isso está me ocorrendo agora. Talvez, também, se ela puxasse, eu não voltasse mais. Isso pode ser também que ocorresse” (P8).

Diante dessas diferenças de percepção, ambigüidades e contradições, o desafio para a análise da psicoterapia é contextualizar os dados emergentes, preservando as características do caso em que eles surgem, mas também compreendê-los em uma perspectiva mais geral e consensual. Nesse sentido, os três contextos em que a relação terapêutica foi analisada tiveram como objetivo descrever os elementos estruturantes da experiência de ser terapeuta, de ser paciente, de narrar eventos marcantes e de avaliar, de forma quantitativa, a psicoterapia. Feitas as ressalvas quanto a tais desafios, destacam-se, a partir da redução, os seguintes aspectos centrais: o foco no paciente, a resistência na relação, e a narrativa como construção de sentido.

O foco no paciente foi descrito como o principal objetivo da terapia. As modificações técnicas, conforme os terapeutas, devem seguir as reações e necessidades dos pacientes e do seu momento. Os psicólogos disseram, também, que a função essencial do terapeuta é ouvir a fala do paciente, mas ouvindo-o além dessa fala, além da sua queixa. Como conseqüência, ouvir o sujeito é percebê-lo em sua dimensão existencial, perceptiva e significativa. O terapeuta que consegue fazer esse tipo de escuta pode, então, colocar-se em uma posição de “ser humano” e exemplificar as questões do paciente com as suas próprias questões, sem correr o risco de perder o foco do tratamento. Foi dito também pelos terapeutas que esse tipo de escuta exige um *setting* terapêutico flexível e uma atitude de “camaleão”. Isto é, o terapeuta deve adaptar-se e exibir atitudes diferentes conforme as características e demandas dos pacientes. Da mesma forma, os pacientes destacaram que fazer terapia é ser ouvido e compreendido. Estar com o terapeuta é estar com alguém em quem confiam para falarem sobre si. O vínculo com o seu terapeuta, portanto, é essencial para os resultados. Isso foi

evidenciado pela avaliação quantitativa da terapia, na associação da intensidade emocional dos eventos recordados (QML) com a qualidade da aliança terapêutica (Calpas) e o resultado geral percebido (Strupp).

A resistência na relação foi outra condição essencial para o processo, na percepção dos participantes. O atrito ou diferença de posições entre terapeuta e paciente evidenciou-se a partir da descrição dos terapeutas como amigos que não são amigos. Isto é, embora o terapeuta deva ser visto como alguém que poderia tornar-se um amigo, se ele o fizer, estará perdendo alguma “propriedade” essencial à sua função. O terapeuta, assim, deve ser alguém íntimo dos problemas e questões mais pessoais do paciente, mas de quem muito pouco se sabe. De fato, os pacientes disseram que se o terapeuta tornar-se conhecido do paciente, este não o verá mais como terapeuta. Além disso, tanto terapeutas como pacientes reconheceram a necessidade do confronto, do questionamento e do desafio, para que o paciente possa refletir sobre si, desacomodar-se em sua posição atual e transformar-se. A mudança, assim, é obtida a partir dos desafios colocados por uma pessoa diferente e que, portanto, representa alteridade. Sobre esse aspecto, os psicólogos afirmaram que a maior dificuldade em ser terapeuta é não atender à demanda do paciente, não ficar na posição de “boazinha” diante dele. Muitas vezes a função da terapia descrita pelos pacientes foi ajudá-los a perceber aspectos sobre si, que eles mesmos desconheciam. Isso foi possibilitado, conforme os entrevistados, pelos questionamentos, e pela ação incisiva e transformadora de seus terapeutas. Há, nesse elemento destacado pelos pacientes, um reconhecimento de que o processo inclui uma perda relativa de autonomia, já que muitas vezes o seu terapeuta, alguém que lhes é parcialmente desconhecido, poderá comunicar-lhes sentimentos, motivações e comportamentos que eles próprios ignoram. Isto pode se evidenciar a partir de certa confusão demonstrada pelos pacientes quanto aos objetivos finais e perspectivas de duração de seus tratamentos. E, também, pela resistência ao tratamento, relatada como recusa em falar de si, dificuldade de manter o tratamento e ir às sessões, além de boicote à terapia. Por outro lado, a perda de autonomia é relativa, pois ambos os participantes destacaram que a percepção do paciente sobre as técnicas, tarefas e objetivos do tratamento é essencial. A resistência e a alteridade no processo foram, também, ressaltados na associação dos resultados qualitativamente percebidos e quantitativamente avaliados (Strupp, Calpas e QML) com as mudanças de comportamentos, de atitudes e de autopercepção verificados.

A fala, como narrativa de dilemas, empreendimentos, sofrimentos, dificuldades, “traumas” e recordações de infância é uma forma de organizar os eventos cotidianos em torno de um significado, conforme os pacientes. Nesse sentido, falar sobre si é reviver sentimentos e diminuir sofrimentos e dores passadas, afirmaram os entrevistados. Ao descrever os eventos significativos da sua terapia, os pacientes ordenaram-nos em forma de uma narrativa, formando histórias de vida, com um enredo que se desenvolveu paralelamente e interligado à terapia. A seqüência de eventos relatados correspondeu à ordem de conteúdos focados no tratamento. Assim como os resultados percebidos e as mudanças destacadas associaram-se aos eventos. Constata-se, portanto, uma relação entre eventos, terapia e resultados, podendo-se afirmar que a terapia modifica significados de eventos e temas de vida do paciente tanto quanto os eventos e temas de vida podem alterar o curso do tratamento. Sobre os resultados da terapia, os dados da descrição (estudo das díades) e da redução (três contextos) serão discutidos em conjunto com a literatura a seguir.

Os resultados da psicoterapia

Os dados das entrevistas de pacientes e de terapeutas, das narrativas de eventos e da avaliação quantitativa dos tratamentos são consistentes quanto à constatação de que a psicoterapia funciona. A lista de efeitos, de resultados percebidos pelo próprio paciente, por familiares e amigos, e de mudanças e transformações associadas ao tratamento constitui uma base sólida para a afirmação de que a terapia, como praticada nos consultórios, é um serviço com resultados comprovados e constatáveis. Nesse sentido, os resultados do atual estudo corroboraram os dados dos estudos anteriores de efetividade (Blatt & Ford, 1994; Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995), segundo os quais a psicoterapia é avaliada de forma positiva. Os pesquisadores constataram, basicamente, que os auto-relatos, por pacientes e terapeutas, podem ser tomados como dados tão confiáveis quanto medidas de sintomas. Os dados da atual pesquisa também dão suporte a esta conclusão e confirmam alguns dados da literatura.

O estudo pioneiro de Seligman (1995), por exemplo, previa resultados primários quanto ao foco inicial nos primeiros seis meses e resultados mais duradouros a partir de um ano e meio de tratamento. Esse mesmo dado foi encontrado nas entrevistas dos pacientes, quando estes relataram que a queixa inicial se resolve em torno dos primeiros seis meses e que, depois, o tratamento se aprofunda, atingindo aspectos subjacentes à queixa. Eles, então, passam a tratar motivações interiores, memórias da infância,

traumas passados e temas de vida que estavam associados ao motivo da procura. São relatadas, nessa etapa da terapia, transformações mais marcantes e decisivas em diversos aspectos de vida dos pacientes, como mudanças no trabalho, na auto-imagem, no estabelecimento de relações interpessoais e até nos cuidados com o próprio corpo. Sobre o tempo de tratamento, destaca-se o dado de que terapias com resultados consolidados encontram-se entre um e três anos, podendo estender-se por mais algum tempo. No entanto, o tratamento com maior duração na amostra (oito anos: P11) reforçou o argumento de que terapias com duração muito maior do que três anos podem diminuir a sua efetividade (Seligman, 1995). Em tal caso o paciente descreveu resultados positivos, mas também divergências de foco e temas importantes não abordados, resultando em uma avaliação quantitativa inferior aos demais tratamentos.

Blatt e Ford (1994), por sua vez, constataram mudanças cognitivas entre pessoas em tratamento, o que pode ser associado aos relatos de pacientes e terapeutas sobre os ganhos em reflexão, autopercepção, *insight* e compreensão de motivações pessoais e alheias. Gomes (1988, 1990, 1993) também identificou ganhos individuais como melhora na auto-estima, no manejo dos próprios sentimentos, resultando em estabilidade emocional e em uma diminuição geral de sintomas. As entrevistas sobre a experiência da terapia e os relatos de eventos trazem listas de efeitos semelhantes, e confirmam os dados do pesquisador.

Se, por um lado, as replicações do estudo de Seligman (1996) vêm confirmando seus resultados, por outro, pesquisas semelhantes têm descrito algumas variações importantes em relação ao estudo original. É o caso de Nielsen e equipe (Nielsen & Cols., 2003), que descreveram resultados positivos na avaliação geral da terapia, mas mais modestos quanto às mudanças percebidas. Os dados da atual pesquisa vêm ao encontro da constatação do pesquisador. Enquanto a avaliação quantitativa geral da experiência de estar em tratamento (Strupp) revelou uma maioria de terapias avaliadas como efetivo/superior (n=9), a avaliação da aliança terapêutica, demonstrou que os pacientes se dividiram entre efetivo/superior (n=6) e efetivo/inferior (n=6). Da mesma forma, as entrevistas sobre o tratamento demonstraram resultados gerais muito positivos, associando-os a uma ação mais passiva do terapeuta (escuta, receptividade e acolhimento), enquanto os relatos de eventos marcantes, mais centrados na mudança, estabeleceram condições mais restritas para a efetividade (desafio, questionamento, confronto e direcionamento). Isto significa que a terapia, enquanto um processo de escuta e encontro, tenderá a ser avaliada de forma positiva se o terapeuta for capaz de

focar no paciente e estabelecer um bom vínculo. Mas, enquanto um processo de mudança, a psicoterapia requer, do psicólogo, ações desafiadoras, questionadoras e incisivas na focalização dos temas difíceis e centrais para o paciente. Este reconhece que, devido à sua resistência natural a lidar com tais temas, é necessário que o terapeuta atue para confrontar e vencer essa resistência. Cabe aqui ressaltar que essa ação requer sempre uma base relacional (transferência, aliança, vínculo) estabelecida e consolidada entre terapeuta e paciente.

Outros pesquisadores que obtiveram resultados contrastantes com Seligman (1995) foram Neal (2003) e Stevens (2001). O primeiro encontrou dados sobre a importância de monitorar resultados em reavaliações, estabelecendo passos e metas para a efetividade. O segundo destacou a importância dos tratamentos focarem no desenvolvimento de habilidades (*skill mastery*). Mais uma vez, os dados do atual estudo corroboraram os achados de ambos os pesquisadores. Os terapeutas, nas entrevistas, ressaltaram reavaliações constantes de sintomas (*follow up*), para a verificação da permanência dos resultados do tratamento. Além disso, os pacientes descreveram o tratamento em etapas e ressaltaram a importância de tarefas e metas articuladas com essas etapas. Em acréscimo, sobre o desenvolvimento de habilidades, foram citadas, como resultado percebido, várias aptidões no desempenho de tarefas cotidianas (autodirecionamento, assertividade, manejo de emoções e autocontrole). Tais dados reforçam os argumentos dos pesquisadores sobre a importância da sistematização da psicoterapia, através das reavaliações, do estabelecimento de tarefas e metas, e do foco no desenvolvimento de habilidades.

Outro aspecto, ainda, sobre a sistematização da psicoterapia remonta às pesquisas de eficácia. Os pesquisadores experimentais desenvolvem o argumento de que a avaliação da terapia deve centrar na redução de sintomas (Abramowitz & Schwartz, 2004; Camasso, 2004; Hoagwood, 1995; Kazdin 1991; Mullen, 2004; Proctor & Rosen, 2004; Weisz & cols., 1995). Sobre isso, o atual estudo apresenta uma lista de resultados associados à diminuição ou remissão de sintomas, relatados pelos participantes: “redução do vitiligo” (P.1), diminuição de comportamentos de risco (P2), diminuição da timidez (P6), redução de hábitos alimentares compulsivos (P3), desaparecimento dos sintomas do pânico e fobias (P12), redução da ansiedade (P6 e P11), resolução da depressão (P8), e diminuição da rigidez e perfeccionismo (P10). Tais dados reforçam a importância da inclusão do trabalho com os sintomas para os resultados, mas também dão suporte ao argumento dos pesquisadores em efetividade a

respeito da consistência das informações providas de auto-relatos. Quanto à verificação de resultados, serão discutidas, a seguir, as formas de avaliação da psicoterapia focadas no atual estudo.

Como pesquisar resultados

A discussão sobre metodologias de pesquisa de resultados em psicoterapia, conforme descrito anteriormente, constitui um campo bastante polêmico, no qual diversas posições se destacam, com os pesquisadores, por vezes, defendendo argumentos opostos. Sabe-se que os primeiros estudos foram esforços no sentido de discriminar fatores objetivamente identificáveis quanto aos resultados das terapias. Tal esforço evoluiu para a constituição do campo das pesquisas de eficácia, que acumularam evidências empíricas e experimentais sobre os tratamentos manualizados (Abramowitz & Schwartz, 2004; Camasso, 2004; Corcoran, 2004; Dziegielewski & Roberts, 2004; Springer, 2004; Hoagwood, 1995; Kazdin, 1971; Kazdin, 1987; Kazdin 1991; Kazdin & Terence, 1978; Mullen, 2004; Proctor & Rosen, 2004; Reid & Fortune, 2004; Weisz & cols., 1995). A ressalva feita a esses pesquisadores se refere às dificuldades de generalização dos resultados obtidos no ambiente experimental. Com o objetivo de resolver tais problemas metodológicos, pesquisadores empenharam-se (e vêm se empenhando) no sentido de adaptar a pesquisa para a complexidade da psicoterapia em sua forma não manualizada (em sua maioria). Surgem desse esforço importantes estudos, no final dos anos oitenta e meados dos noventa, que contribuíram para a área, as chamadas pesquisas de efetividade (Blatt & Ford, 1994; Gomes, 1988, 1990, 1993; Seligman, 1995). No entanto, a “nova geração” de pesquisadores em efetividade vem trabalhando no sentido de resolver os problemas de validade interna, apontados como maior desafio à área. Gard (2003), Borkovek e equipe (2001) e Arean e Alvidrez (2002) são exemplos de especialistas que desenvolvem o argumento de que a melhor forma de pesquisar a psicoterapia é mesclar técnicas centradas no auto-relato (prevalentes nos estudos de efetividade) com técnicas de precisão (prevalentes nos estudos de eficácia).

O atual estudo situa-se no campo das pesquisas de efetividade. No entanto, parte-se do mesmo pressuposto dos pesquisadores citados (Arean & Alvidrez, 2002; Borkovek & cols., 2001; Gard, 2003), isto é, a necessidade de buscar indicadores igualmente precisos e complexos sobre o fenômeno da psicoterapia. A partir do consenso na área de que o principal fator para os resultados é a qualidade da relação

entre terapeuta e paciente (também confirmado nas entrevistas dos participantes), o objetivo desta pesquisa foi verificar a possibilidade de avaliação da psicoterapia conforme diversos instrumentos quantitativos e qualitativos.

Os dados sistematizados a partir dos instrumentos utilizados permitem-nos afirmar que a psicoterapia pode ser avaliada em seus resultados enquanto percepção crítica de terapeutas, percepção crítica de pacientes, narração de histórias, medidas de avaliação geral da experiência de estar em tratamento, medidas de qualidade da aliança terapêutica e medidas de qualidade de memórias de eventos marcantes da terapia. Cada instrumento forneceu um tipo de dado, com sua especificidade, e descreveu um aspecto do tratamento. Os dados, embora circunscritos à sua peculiaridade, puderam ser tomados de forma complementar para compor um conjunto de informações sobre cada terapia analisada e sobre a terapia em geral.

Dessa forma, as entrevistas com os terapeutas forneceram dados sobre o que é a psicoterapia, o que são resultados e como eles os avaliam, quais as técnicas que utilizam, como percebem o seu jeito de ser terapeuta, como características de personalidade influem na sua forma de trabalhar, e como isso repercute nos pacientes. Além disso, as entrevistas forneceram dados sobre como o terapeuta percebe o paciente indicado para a pesquisa, como este tem se saído no tratamento, e os resultados alcançados. As entrevistas constituíram-se em uma fonte de dados sobre a percepção do terapeuta, especialmente quanto às técnicas e formas dele trabalhar. A percepção do terapeuta foi contrastada com a percepção dos pacientes. As entrevistas dos pacientes forneceram dados sobre a sua percepção de estar em tratamento, os problemas tratados, o processo da terapia e os resultados obtidos. Além disso, os pacientes informaram, também, sobre como percebem seus terapeutas, o seu jeito de trabalhar e como a combinação de características de personalidade de ambos auxilia ou dificulta o processo.

O contraste entre as duas percepções resultou em um entendimento complementar, no qual encontraram-se concordâncias (P12: ambos terapeuta e paciente percebiam a necessidade de trabalhar a objetividade) e discordâncias (P2: terapeuta percebia a paciente pouco aliada, enquanto esta se descrevia como muito vinculada). Pode-se, através desses dados, compreender a terapia como o encontro entre duas perspectivas e, mesmo, identificar-se quando a combinação resulta em maior qualidade no vínculo (P5: ambos focavam em um processo centrado na modificação de comportamentos, definindo-se como práticos) ou em dificuldades (P11: discordâncias

de foco; P1: intervenção da terapeuta percebida como equivocada pelo paciente). Nesse sentido, as entrevistas em contraste revelaram tanto fatores de efetividade (como a escuta correta da fala do paciente – P6) quanto fatores de inefetividade (como o foco do tratamento nos outros – P8).

O instrumento complementar utilizado foi o relato de eventos marcantes da terapia. Percebeu-se que, muitas vezes, as entrevistas sobre a experiência de ser terapeuta e de ser paciente, por si só, não informava dados importantes do tratamento, como a ação do terapeuta na modificação de temas de vida. Os relatos de eventos, assim, revelaram a terapia em seu aspecto processual. Isto é, as relações entre eventos de vida do paciente, eventos da terapia, conteúdos tratados e intervenções do terapeuta. Se as entrevistas forneceram dados contextuais, formando um “fundo”, os relatos forneceram uma perspectiva sobre as ações que se desenvolvem nesse fundo. Utilizando-se um conceito da psicologia da gestalt (Engelmann, 2002), enquanto as percepções dos participantes formaram o “fundo”, os relatos formaram a “figura” em movimento. Um exemplo disso foi na díade sete (P7), quando o terapeuta se definiu como pragmático, a paciente, como alguém em busca de resultados objetivos (formando um contexto focado nos resultados como modificação de comportamentos) e os relatos revelaram a ação do terapeuta como o encorajamento à mudança de atitude e à tomada de decisão (fazer a cirurgia plástica). Os três instrumentos qualitativos, portanto, revelaram-se profícuos na explicitação de elementos vitais para o entendimento do processo.

Entre os instrumentos quantitativos, verificou-se que a experiência geral de estar em tratamento (Strupp), a qualidade da aliança terapêutica (Calpas) e a intensidade das memórias em lampejo (QML) funcionaram também de forma complementar, fornecendo medidas contrastantes e ilustrativas do processo. Em geral, houve uma combinação entre os escores nos três instrumentos, compondo um conjunto coerente. As discordâncias encontradas, entretanto, mostraram-se também ilustrativas, uma vez que é possível encontrar uma terapia bem sucedida em seus resultados gerais, mas não tão destacada na aliança e na intensidade emocional (como nas díades 7 e 10), entre outras combinações possíveis. Este dado não contradiz a importância da aliança e da intensidade emocional para a terapia, apenas revela a possibilidade de resultados mesmo em tratamentos nos quais estas não se destacam. Interpreta-se que nesses casos a vinculação e a intensidade foram suficientemente boas para os resultados, sendo a mudança no comportamento mais decisiva para a avaliação do tratamento. Além disso,

os terapeutas dos casos citados (T7 e T10) relataram que a sua forma de trabalhar é marcada pelo confronto (o terapeuta sete utiliza a relação como forma de devolver os comportamentos problemáticos para o paciente e a terapeuta 10, destaca uma “escuta que não passa nada”). Pode-se, portanto, estabelecer um paralelo entre resultado geral e o Questionário Strupp; qualidade do vínculo e capacidade de trabalho e a Escala de Aliança Terapêutica da Califórnia; e intensidade emocional e o Questionário de Memórias em Lampejo.

A combinação entre dados qualitativos e quantitativos foi utilizada nas análises das díades individuais e nesta interpretação final e mostrou-se interessante, fornecendo *insights* sobre a forma de descrever qualidades e mensurar quantidades sobre a terapia. Nesse sentido, foi possível perceber como nuances qualitativas do tratamento influem na avaliação quantitativa, e vice-versa. É importante, também, destacar que o dado qualitativo e o dado quantitativo não perdem suas especificidades, em uma análise reversiva (Souza & Gomes, 2003). Ora um serve de contexto e o outro é tomado como foco, ora a relação se inverte, enriquecendo a análise. Considera-se, portanto, a experiência deste estudo como bem sucedida quanto ao seu objetivo de utilizar dados descritivos qualitativos e medidas quantitativas em conjunto para a discriminação de aspectos importantes da psicoterapia, a constituição do vínculo e a sua expressão em resultado. Entre esses aspectos, destacaram-se a personalidade e o desenvolvimento. A seguir, serão focadas algumas influências da personalidade na relação terapêutica.

Personalidade e psicoterapia

Os psicoterapeutas e os pacientes afirmaram que características de personalidade são anteriores às técnicas e teorias. Segundo os participantes, a psicoterapia é um processo no qual a personalidade do terapeuta e a personalidade do paciente combinam-se formando uma díade, que pode resultar em um par que combina ou não. Os psicólogos disseram que para ser terapeuta é necessário gostar de pessoas, ser afetivo, receptivo, mas também reflexivo, questionador e “gostar de mexer nas feridas”, de cutucar o paciente, para que ele perceba suas dificuldades. Eles definiram-se como práticos, filosóficos, lentos, empáticos, comunicativos, ativos, sensíveis, intuitivos, dinâmicos, otimistas, compreensivos, diretivos e carinhosos. Por outro lado, os pacientes se definiram como ansiosos, agitados, inquietos, impulsivos, inseguros, tímidos, rígidos, arrogantes (no início) e resistentes. Eles reconheceram que os terapeutas devem ser receptivos, atenciosos, mas confrontadores e questionadores. Há

um reconhecimento de ambos os participantes de que o terapeuta deve ser flexível para apresentar características de personalidade conforme a necessidade do paciente. A associação entre características de terapeutas e de pacientes foi reconhecida como parte das intervenções, contribuindo para os resultados. Por exemplo, o paciente descrito como agitado e impulsivo se beneficiou da atenção, sensibilidade e perspicácia da terapeuta (P11 e T11). A paciente “geniosa” (P3) encontrou na terapeuta (T3) uma pessoa tranqüila, ajudando-a a acalmar-se. A paciente desafiadora (P7) só conseguiu adaptar-se a um tratamento com um terapeuta assertivo, que “dominava a relação” (T7). E a paciente prática buscou um terapeuta mais objetivo, centrado no comportamento (P5 e T5). Também foram descritas pelos pacientes experiências anteriores com tratamentos mal sucedidos, nos quais os pacientes reconheceram dificuldades de adaptarem-se ao jeito do terapeuta. Assim, eles referiram os terapeutas como pouco interativos, sem trabalhar com as emoções, sem sintonia, profissionais que quase não falavam, se tornando constrangedores e passando a impressão de que estavam julgando-os.

Um pesquisador, em particular, tem buscado enfatizar a psicoterapia como um encontro entre duas pessoas com características complementares. Charman (2003) propõe descrever a aliança terapêutica em termos de pares efetivos ou inefetivos, combinando tais características em abordagens coerentes com a díade e com as especificidades dos problemas tratados. As combinações de características de personalidades descritas pelos participantes servem de suporte para o argumento do pesquisador.

Outro pesquisador que utiliza uma abordagem semelhante é Larry Beutler, a partir da abordagem eclética (Beutler, 1979, 1983, 2000, 2001, 2002). Segundo o pesquisador, pacientes mais resistentes e independentes requerem abordagens e terapeutas menos diretivos, enquanto pacientes mais dependentes e influenciáveis necessitam de abordagens e terapeutas mais diretivos. Da mesma forma, pacientes internalizadores (introvertidos e propensos a mecanismos de defesa de internalização) são suscetíveis a abordagens reflexivas, com foco no *insight*, enquanto pacientes externalizadores (extrovertidos e propensos à atuação) requerem tratamentos com foco na modificação de comportamentos e mais objetivos. Os resultados encontrados nesta pesquisa podem ser associados ao argumento do pesquisador eclético. Assim, pacientes com tendência à introversão descreveram resultados mais focados na reflexividade interna e na modificação do autoconceito (P1, P2 P3, P4, P8, P9 e P10), enquanto pacientes com tendência à extroversão privilegiaram relações sociais e mudanças

comportamentais (P7 e P11). Entretanto, foi descrito também um caso de paciente com tendência à introversão focado na modificação de comportamentos (P5). Já entre os terapeutas a tendência quanto à extroversão ou à introversão não apareceu associada a um estilo descrito como mais ou menos diretivo. Interpreta-se essa diferença em relação à adaptação e à flexibilidade requeridas ao terapeuta, estando talvez a ação do profissional menos sujeita a traços de personalidade específicos. No entanto, entre os terapeutas com tendência à extroversão, encontram-se impaciência quanto aos resultados (T1 e T12), ênfase nas relações sociais (T9), nas estratégias de confronto (T10 e T7) e na modificação comportamental, além de características pragmáticas (T7). Enquanto nos terapeutas com tendência à introversão, encontram-se cuidado e lentidão (T3), acolhimento (T4 e T11), receptividade (T6), respeito aos limites do paciente (T8) e sensibilidade (T11). Deve-se fazer a ressalva de que essas interpretações não estão apoiadas em dados estatísticos, mas na reflexão qualitativa a partir de um contexto quantitativo e, portanto, não são passíveis de generalização, sendo apenas destacadas no sentido de ilustrar qualidades peculiares.

Outro dado destacado a partir do contexto quantitativo foi a avaliação superior de tratamentos entre díades com mesma tendência de traço. Tal resultado pode indicar que tendências semelhantes de traços podem contribuir na determinação do foco do tratamento e, portanto, nos resultados.

Em suma, constatou-se que características de personalidade são importantes para o vínculo, influenciando nas modificações das técnicas e no jeito do terapeuta trabalhar e do paciente perceber as intervenções. Os resultados atestam também que o tema é complexo, pois a variabilidade de fatores intervenientes na relação terapêutica é muito grande, tais como as técnicas específicas, o referencial teórico e as características dos problemas e queixas do paciente. Entre tais características, encontra-se a trajetória do desenvolvimento psicológico. Sobre esse fator, discutem-se os resultados desta pesquisa, comparando-os com a literatura a seguir.

Desenvolvimento e psicoterapia

Estudos sobre o impacto da consideração do desenvolvimento psicológico para os tratamentos psicoterapêuticos descrevem uma menor efetividade entre aqueles nos quais os terapeutas não utilizam critérios desenvolvimentais para o planejamento, a avaliação e a condução (Holmbeck, 2000; Jardim, 2005; Kazdin, 1991, 1993; Zahn-Waxler, 1993, 1996). Em tais tratamentos, corre-se o risco de confundir problemas

severos com dilemas comuns previstos no desenvolvimento. Outra confusão possível é entre a ação da terapia e efeitos da maturação bio-psico-social. Um dos reflexos mais comuns desses problemas ocorre na confusão do terapeuta quanto ao estabelecimento de objetivos e metas para o tratamento, ocasionando tratamentos intermináveis ou propensos ao abandono unilateral do paciente. Encontra-se, também, como uma das conseqüências dessa confusão, o critério de sucesso da terapia através da permanência do paciente por tempo indeterminado. Isso decorre da utilização de técnicas e abordagens indistintas para qualquer tipo de paciente, sendo especialmente sensível no caso do tratamento de adolescentes. Esta pesquisa perguntou aos terapeutas se estes utilizavam técnicas específicas no atendimento a adolescentes, além de como eles avaliavam resultados em geral. Além disso, os pacientes foram questionados sobre como percebiam o término do seu tratamento.

Os resultados indicaram que os terapeutas demonstram dificuldades de estabelecer metas e prazos para os tratamentos. A terapia é um processo em etapas, afirmaram os participantes, iniciando com um foco bem claro e específico, evoluindo para aspectos subjacentes à queixa inicial. Essa transição muitas vezes ocorre sem que os participantes a percebam claramente, nem a discutam entre si. O tratamento parece seguir enquanto há demanda e enquanto o terapeuta mostra-se competente em manter o paciente envolvido no processo. Os pacientes, por sua vez, demonstraram confusão quanto à questão sobre a continuação da terapia e sobre o tempo que ainda ficariam em tratamento. Eles disseram que poderiam se tratar para sempre, por mais algum tempo, por pouco tempo, ou que já estavam finalizando a terapia. Alguns estavam satisfeitos com os resultados, enquanto outros não sabiam como relacionar o tempo com os resultados. Um paciente (P11) revelou que estava em tratamento há tanto tempo (oito anos), que os resultados da terapia se misturaram com seu processo de maturação biológico e emocional. E um terapeuta (T5) relatou a permanência do paciente como critério de sucesso da terapia. Por outro lado, também foram descritos critérios de diferenciação entre problemas mais profundos, envolvendo a personalidade, e temas focais, menos severos (T3, T7 e T8). Da mesma forma, encontram-se respostas variadas dos terapeutas quanto ao tratamento de adolescentes. Ora os terapeutas relatam que tratam adolescentes sem variações técnicas específicas (T1), ora que fazem adaptações indicadas para o tratamento aos jovens (T5, T8, T9). Muitas vezes o terapeuta afirma que a sua teoria não prevê adaptações, sendo idêntica para pacientes de qualquer idade, mas quando perguntado sobre como trabalha com jovens, relata diversas diferenças (T6,

T10). Interpreta-se esse resultado como uma confirmação dos estudos anteriores quanto à falta de interface entre as áreas do desenvolvimento psicológico e da psicoterapia. O término do tratamento segue sendo um desafio para terapeutas e pacientes e um tema pouco discutido no contexto da relação, embora se encontrem variações conforme a linha teórica do terapeuta. Observaram-se também diferenças nos enfoques teóricos quanto a diversos procedimentos. A seguir, focalizam-se as diferenças das abordagens teóricas.

Diferenças entre teorias

As terapias analisadas nesta pesquisa (ver dados dos terapeutas, Tabela 5) incluíram a psicanálise (T6 e T10), a análise junguana (T2), a terapia comportamental (T5 e T7), a gestalt terapia (T4), a terapia breve focal (T8), a terapia sistêmica (T11), a terapia corporal e psicodramática (T3) e a terapia corporal (T1, T9, T12). Embora o foco do atual estudo seja na relação terapêutica, como principal fator para os resultados, as diferentes linhas determinaram também contrastes nos tratamentos. Nesse sentido, os participantes relataram como percebem diferenças entre as linhas teóricas. Os terapeutas destacaram o trabalho corporal e as suas técnicas (T1, T3, T9 e T12), a reflexividade e a busca de motivações inconscientes (T2, T6, T10), o trabalho com o foco no aqui-e-agora (T4), a modificação de padrões comportamentais (T5 e T7), o trabalho focal (T8), e o uso de perguntas reflexivas (T11). A psicanálise foi destacada por terapeutas e pacientes como uma linha que traz dificuldades, distanciando o terapeuta do paciente, sendo de difícil compreensão por este e, por isso, implicando desafios aos resultados (T1, T9, T11 e T12). Mas também foi referida como uma base (T3), uma forma de encontrar respostas para questões humanas (T6) e uma forma de trabalhar através do confronto individual (T10), constituindo-se em uma teoria profícua na transformação pessoal profunda. Sobre o uso do divã, uma paciente referiu que este auxilia na reflexividade individual (P10), mas outra paciente (P3) destacou que ele pode atrapalhar, sendo uma barreira para a relação. Quanto às técnicas em geral, os pacientes identificaram o seu tratamento com a modificação de comportamentos e o uso de tarefas (P5 e P7), o trabalho focado no presente (P4), a análise do inconsciente (P6 e P10), a identificação de focos (P8), o uso de perguntas reflexivas (P11) e os trabalhos envolvendo técnicas vivenciais e posturas corporais (P1, P3 e P11). Eles afirmaram que procuraram terapias específicas, pois tinham objetivos claros com o tratamento (P5, P6 e P7). Mas também disseram que características de personalidade são tão ou mais

importantes do que a teoria (P7). As técnicas foram referidas como menos importantes do que a relação, servindo para facilitar o vínculo e necessitando de ajustes e adaptações, conforme a necessidade do paciente (T1, T4, T5, T7, T9 e T12). Há, portanto, um reconhecimento dos participantes de que as diferentes técnicas são importantes, mas estão submetidas à relação e ao vínculo entre terapeuta e paciente. A seguir retomam-se as questões iniciais deste estudo, discutindo-as com base nas expectativas e nos resultados encontrados.

Perguntas iniciais e expectativas

Os resultados encontrados neste estudo compõem um conjunto de dados sobre a psicoterapia, tomada como expressão da relação terapêutica e percepção de efeitos identificáveis de forma quantitativa e qualitativa. Nesse sentido, retomam-se as questões iniciais, para discuti-las à luz dos resultados. No início da pesquisa partiu-se da questão geral: como a percepção de fatores do desenvolvimento e da personalidade dos pacientes influi na relação terapêutica? Este problema incluiu as seguintes questões gerais: Como terapeutas percebem a trajetória desenvolvimental dos pacientes e qual a sua influência na modificação dos tratamentos? Como terapeutas e pacientes percebem características de personalidade e como essa percepção influi na avaliação dos resultados do processo? Como a memória de eventos marcantes da terapia pode estar envolvida na avaliação de resultados? E, finalmente, como a comunicação entre terapeuta e paciente pode estar associada à modificação de temas de vida, em uma estrutura narrativa? Entre as questões específicas, destacaram-se: psicoterapeutas utilizam técnicas específicas em atendimento a adolescentes? A convergência de traços de personalidade entre psicoterapeutas e pacientes (exemplificados na extroversão) contribui para a efetividade dos tratamentos? A qualidade da relação terapêutica está associada a maior efetividade? A recuperação de eventos marcantes ocorridos nas sessões associa-se a maior efetividade? A descrição qualitativa do paciente sobre sua experiência psicoterapêutica contextualiza indicadores quantitativos?

Os participantes revelaram que as características de personalidade de pacientes e de psicoterapeutas influem na relação terapêutica. Diversas características foram destacadas como facilitadoras do processo, como acolhimento e assertividade, por parte dos terapeutas, e empenho, reflexividade e persistência, por parte dos pacientes. Também foi dito que terapeutas e pacientes formam pares que conjugam características complementares, podendo se associar na facilitação dos resultados. Quanto ao

desenvolvimento, os terapeutas disseram que ora utilizam critérios desenvolvimentais no tratamento, ora não, descrevendo, por exemplo, tratamentos com e sem adaptações para adolescentes. A falta de interface entre desenvolvimento e psicoterapia refletiu-se nas dificuldades de pacientes e terapeutas em avaliarem o tempo do tratamento, os objetivos e metas, além das combinações e definições sobre o término. Sobre as memórias dos eventos marcantes da terapia, estas se mostraram como descritores de intensidade emocional no processo. E os relatos de eventos marcantes revelaram narrativas sobre temas de vida do paciente relacionadas a conteúdos tratados na terapia. Dessa forma, os relatos constituíram-se em fontes de informação sobre aspectos processuais do tratamento, como mudanças implementadas, transformações pessoais, desafios enfrentados e conquistas obtidas. Além disso, os relatos contextualizaram e clarificaram a ação da terapia na modificação de temas de vida, associando as mudanças relacionadas aos resultados descritos nas entrevistas sobre a experiência do tratamento.

Verificou-se, também, que a convergência de tendências à extroversão ou à introversão coincidiu com a percepção de resultados melhores, devendo-se investigar se há uma regra nesse sentido através de estudos com amostras estatisticamente significativas. A maior qualidade da aliança terapêutica (Calpas) coincidiu com avaliações gerais da experiência de estar em tratamento melhores (Strupp). Além disso, encontrou-se uma concordância predominante entre a intensidade emocional do tratamento (QML), a qualidade da aliança (Calpas) e a avaliação da experiência de estar em tratamento (Strupp). E a descrição qualitativa da percepção dos pacientes e terapeutas sobre o tratamento e as narrativas de eventos marcantes contextualizou os resultados medidos nos instrumentos quantitativos e vice-versa, acrescentando informações sobre o tratamento.

Finalmente, ao final desse estudo, cabe destacar algumas de suas limitações. Para a utilização dos instrumentos quantitativos no contexto psicoterapêutico foi necessário adaptar os critérios utilizados para os pontos de corte quanto às categorizações dos escores dos pacientes. Assim, no caso da medida do traço extroversão, optou-se por descrevê-lo como tendência a extrovertido ou tendência a introvertido, a partir da comparação com a média brasileira do instrumento. Tal medida permite a inclusão de sujeitos que pontuaram como medianos, mas reduz a distância entre as categorias. Da mesma forma, a utilização do ponto médio da escala como critério para o ponto de corte nos instrumentos de avaliação da terapia (Strupp, Calpas e QML) e da média amostral como ponto de corte para a classificação da terapia ou da

memória entre superior e inferior diminui o contraste entre as categorias. Tais critérios foram adotados no sentido de minimizar a perda amostral. Devido ao objetivo principal deste estudo estar associado à descrição qualitativa de aspectos relevantes nos tratamentos, a análise quantitativa foi utilizada apenas como forma de ilustrar os resultados qualitativos.

Outra limitação do estudo se refere ao procedimento utilizado na seleção dos casos analisados. Como foram os terapeutas que indicaram os pacientes a serem entrevistados, deve-se inferir que escolheram-nos entre os seus casos bem sucedidos. Por isso, os resultados encontrados foram analisados levando-se em consideração essa seleção prévia dos terapeutas. Optou-se por esse procedimento para reduzir a resistência do terapeuta em “abrir o *setting* terapêutico”, permitindo a avaliação de casos em andamento. Para um estudo futuro, seria interessante desenvolver um procedimento de controle, a fim de minimizar as influências do terapeuta na seleção dos casos, tais como a comparação de pacientes diferentes do mesmo terapeuta mediante uma seleção prévia pelos instrumentos quantitativos.

Por fim, indicam-se três possibilidades de pesquisas a partir deste estudo. A primeira investigaria dois pacientes do mesmo terapeuta, com diferentes perfis de extroversão, com o objetivo de investigar variações de procedimentos do mesmo profissional, diante da variação de traço de personalidade. A segunda seria uma investigação longitudinal de casos, utilizando-se medidas quantitativas e dados qualitativos em diversos momentos da terapia, uma vez que os dados apontaram a importância do fator tempo na avaliação dos resultados. E a terceira investigaria a produção da narrativa do tratamento, analisando-se suas variações conforme o desenvolvimento da terapia, em diferentes momentos (no início, no meio e no fim do tratamento).

REFERÊNCIAS

- Abrahamson, D. J. (2001). Treatment efficacy and clinical utility: A guidelines model applied to psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 176-179.
- Abramovitz, J. S. & Schwartz, S. A. (2004). Evidence-based treatments for obsessive-compulsive disorder. Em A. R. Roberts & K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 274-281). Oxford University Press: NY.
- Adler, J., Wagner, J., & McAdams, D., (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41, 1179-1198.
- Alchieri, J. C., Nuñez, J. C., Cervo, C. S. & Hutz, C. S. (2004). Inventário Millon de estilos de personalidade: Procedimentos de adaptação para o Brasil. Em: Claudia Bosseto Censi; Domingos Palma; Maria P. R. Meneses. (Org.). *Diversidade e Encontro: Perspectivas de pesquisa em Psicologia*. (p. 187-202) Ed. Frederico Westfalen: R.S.
- Arean, P. A. & Alvidrez, J. (2002). Ethical considerations in psychotherapy effectiveness research: Choosing the comparison group. *Ethics and Behavior*, 12, 63-73.
- Bakhtin, M. (1973). *Problems of Dostoevsky's poetics*. (R. W. Rotsel, Trans.). Ann Arbor: Ardis (Original work published in 1929).
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70 (Publicação original em francês, 1977).
- Bartak, A., Soeteman, D., Van-Busschbach, J., & Verheul, R., (2005). Necessity, effectiveness, and cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders: Empirical evidence. *Tijdschrift-voor-Psychiatrie*, 47, 309-318.
- Barker, C., Pitstrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*. England: Wiley.
- Beels, C., (2007). Psychotherapy as a rite of passage. *Family-Process*, 46, 421-436.
- Beiter, J., (2007). *Self-forgiveness: A narrative phenomenological study*. Tese de doutorado não publicada. Duquesne U., US.

- Bergin, A. E. & Garfield, S. S. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E. (1979). Toward Specific Psychological Therapies for Specific Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic Psychotherapy: A Sistematic Approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L. E. (1999). Manualizing flexibility: the training of eclectic therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 399-404.
- Beutler, L. E. (2000). Dreams and nightmares about the next big revolution in psychotherapy. *Psychotherapy*, 37, 359-363.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: from outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Beutler, L. E. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychology*, 32, 25-33.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., Engle, D. & Mohr, D. (1993). Differential patient x treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 15-31.
- Beutler, L. E. & Clarkin, F. C. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/ Mazel.
- Biaggio, A., Natalicio, L.F. & Spielberger, C.D. (1977) Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do IDATE. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada* 29: 33-44, 1977.
- Blatt, S. J. & Ford, R. Q. (1994). *Therapeutic change: An objective relations perspective*. New York: Plenum Press.
- Bloom, B. L., Yeager, K. R. & Roberts, A. R. (2004). The implications of controlled outcome studies on planned short-term psychotherapy with depressive disorders. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 281-292). Oxford University Press: NY.
- Borkovek, T. D., Echemendia, R.J., Ragusea, S. A. & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically

- meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-167.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brownlee, K., (2007). What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. *Psychiatric-Rehabilitation-Journal*, 30, 239-240.
- Camasso, M. J. (2004). Treatment evidence in a non-experimenting practice environment. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p.p. 233-245). Oxford University Press: NY.
- Charman, D. P. (2003). Effective psychotherapy and effective psychotherapists. Em: D. P. Charman (Ed.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice*. (pp. 3-22). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Clegg, J., (2007). Review of Formulation in psychology & psychotherapy: Making sense of people's problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 17, 407-410.
- Corcoran, J. (2004). Evidence-based couples therapy with depressed clients. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 348-356). Oxford University Press: NY.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P. & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 465-473.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *The NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cunha, J. A. (2001). Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davis, S., (2005). *Common and model-specific factors: What marital therapy model developers, their former students, and their clients say about change*. Tese de doutorado não publicada. Virginia Polytechnic Inst And State U., US.

- Delgado, R., & Howard, G., (2005). Finding and correcting flawed research literatures. *The Humanistic Psychologist*, 33, 293-303.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure : Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dziegielewska S. F. & A. R. Roberts (2004). Health care evidence-based practice: A product of political and cultural times. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 200-205). Oxford University Press: NY.
- Elliott, R. & Greenberg L.S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- Engelmann, A. (2002). A Psicologia da gestalt e a ciência empírica contemporânea. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 18, 001-016.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Eysenck, H. J. (1949). Training in clinical psychology: an English point of view. *American Psychologist*, 4, 173-176.
- Eysenck, H. J. (1950a). The relation between medicine and psychology in England. Em W. Dennis (Ed.), *Current trends in the relation of psychology and medicine*. Pittsburgh: Univer. of Pittsburgh Press.
- Eysenck, H. J. (1950b). Function and training of the clinical psychologist. *J. ment. Sci.*, 96, 1-16.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. consult. Psychol.*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1955). The effects of psychotherapy: a reply. *J. abnorm. Soc. Psychol.*, 50, 147-148.
- Eysenck, H. J. (1961). The effects of psychotherapy. Em H. J. Eysenk (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. (pp. 679-725). Basic Books, Inc.: New York.
- Eysenck, H. J. (1970). *The Structure of Human Personality*. Methuen & Co. Ltd., London.
- Fivush, R., Haden, C. & Adam, S. (1995). Structure and coherence of preschoolers' personal narratives over time: Implications for childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, 60, 32-56.

- Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P., & Geller, P., (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior-Modification*, 31, 772-799.
- Freud, S. (1977a). *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1909)
- Freud, S. (1977b). *Notas Sobre um Caso de Neurose Obsessiva*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1909)
- Freud, S. (1987). *A Dinâmica da Transferência*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1912)
- Gard, G. D. (2003). *Building practice research networks: Overcoming barriers to practitioner participation*. Tese de doutorado não publicada. Antioch U/New England Graduate School, US.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. Em S.L. Garfield & A.E. Bergin (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 213-256). New York: John Wiley & Sons.
- Gauer, G., Tonial, C. & Gomes, W. (2005). *Memória autobiográfica: qualidades fenomenais da recordação consciente e propriedades atribuídas a eventos pessoais marcantes*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Gaw, K. F. & Beutler, L. E. (1995). Integrating treatment recommendations. Em L. E. Beutler and M. Berren (Orgs.) *Integrative Assessment of Adult Personality* (pp. 280-319). New York: Guilford.
- Gomes, W. B. (1990). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: um seguimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6, 87-105.
- Gomes, W. B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gomes, W. B., Reck, A. & Ganzo, C. (1988). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: um estudo empírico fenomenológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4, 187-206.

- Gomes, W. B., Reck, A. Bianchi, A. & Ganzo, C. (1993). O uso de indicadores quantitativos e descritores qualitativos na pesquisa em psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 415-433.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 5, 245-250.
- Grawe, K., (2004). *Psychological therapy*. Ashland, OH, US: Hogrefe and Huber Publishers.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Shroeder, B. & von Witzleben, I. (2001). Short- and Long-Term Effectiveness of an Empirically Supported Treatment for Agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 375-382.
- Halstead, J., Leach, C., & Rust, J., 2007; The development of a brief distress measure for the evaluation of psychotherapy and counseling (sPaCE). *Psychotherapy Research*, 17, 656-672.
- Hartman, S. & Zepf, S. (2003). Effectiveness of psychotherapy in Germany: A replication of the Consumer Report study. *Psychotherapy Research*, 13, 235-242.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (s/d). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - Manual*. Rio de Janeiro: CEPA Ltda.
- Hayes, B., (2007). *Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with and without motivational interviewing at reducing the social anxiety, alcohol consumption, and negative consequences of socially anxious college students*. Tese de doutorado não publicada. Department of Psychology, University of Wisconsin – Milwaukee, US.
- Hermans, H. J. M. & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-Narratives: The Construction of Meaning in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J.G. (1993). *The Dialogical Self: Meaning as Moviment*. New York: Academic Press, Inc.
- Hirschfeld, R.M.A, Klerman, G.L., Clayton, P.J., Keller, M.B., McDonald-Scott, P., & Larkin, B.H. (1983). Assessing personality: Effects of depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695-699.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. & Jensen, P. (1995). Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 683-687.

- Hoffman, S., & Laub, B., (2004). Dialectical Cotherapy. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41, 191-196.
- Hoglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K., Sorbye, O., Sjaastad, M., & Heyerdahl, O., (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American-Journal-of-Psychiatry*, 163, 1739-1746.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Holmbeck, G. N., Colder, C., Shapera, W., Westhoven, V., Kenealy, L. & Updegrove, A. (2000). Working with adolescents: Guides from developmental psychology. Em P.C. Kendall (Org.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (334-383). New York: Guilford Press.
- Holmbeck, G. N. & Kendall, P.C. (1991). Clinical childhood developmental interface: implications for treatment. Em P.R. Martin (Org.), *Handbook of behavior therapy and psychological science: an integrative approach* (p. 73-99). New York: Pergamon Press.
- Holmbeck, G. N. & Shapera, W.E. (1999). Research methods with adolescents. Em P.C. Kendall, J.N. Butcher & G.N. Holmbeck (Orgs.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. (p.634-661). New York: Wiley.
- Horowitz, M., (2005). *Understanding psychotherapy change: A practical guide to configurational analysis*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hubbell, R., (2007). *Volunteers in psychotherapy: Community engagement and personal change*. Tese de doutorado não publicada. Antioch New England Graduate School, US.
- Huber, D., Heirich, G., & Klug, G., (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research*, 17, 474-481.
- Hutz, C., Nunes, C., Silveira, A., Serra, J., Anton, M., & Wieczorek, L. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 349-366.

- Jardim, A. P., Oliveira, M. Z. & Gomes, W. B. (2005). Possibilidades e dificuldades na articulação entre pesquisa e psicoterapia com adolescentes. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 18*, 215-224.
- Jersak, H. (2000). *The Utilization of the Five-Factor-Model in the Prediction of Process and Outcome in Process-Experiential Psychotherapy*. Tese de doutorado não publicada. Department of Psychology, University of Toledo. Toledo, Ohio.
- Jorgensen, C., (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology, 21*, 516-540.
- Jorniak, E., & Pare, D., (2007). Teaching narrative therapy in Russia. *Journal of Systemic Therapies, 26*, 57-71.
- Jung, C. G. (1986). *Psicogênese das doenças mentais*. Petrópolis: Vozes. (Original published in 1907)
- Jung, C. G. (1999). *Dois ensaios de psicologia analítica*. Petrópolis: Vozes. (Original published in 1917)
- Juni, S. (1995). Review of the Revised NEO Personality Inventory. Em: J.C. Conoley & J.C. Impara (eds.). *The Twelfth Mental Measurements Yearbook* (p. 863-868). Lincoln, NE: The Buros Institute of Mental Measurements.
- Karterud, S., Johansen, M., & Wilberg, T., (2007). Conjoint group and individual psychotherapy in a research trial for patients with severe personality disorders. *Group, 31*, 31-46.
- Kaplan, A., (2007). *Listening to the body: Pragmatic case studies of body-centered psychotherapy*. Tese de doutorado não publicada. Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of Applied And Professional Psychology, US.
- Kaplan, B., (2007). *Assertiveness training and patient self-disclosure*. Tese de doutorado não publicada. Walden U., US.
- Kazdin, A. E. (1971). The effect of response cost in suppressing behavior in a pre-psychotic retardate. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry, 2*, 137-140.
- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. Em S.L. Garfield & A.E. Bergin (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp 23-68). New York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions. *Psychological Bulletin, 102*, 187-203.

- Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 785-798.
- Kazdin, A. E. (1993). Psychotherapy for children and adolescents current progress and future research directions. *American Psychologist, 48*, 644-657.
- Kazdin, A. E. & Terence, G. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 35*, 407-416.
- Keeling, M., (2007). *Externalizing problems: It's in the bag*. New York, NY, US: Haworth Press.
- Kegerreis, D., (2007). Attending to splitting: The therapist couple in a conjoint individual group psychotherapy program for patients with borderline personality disorder. *Group, 31*, 89-106.
- Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youths: guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 235-247.
- Kendall, P. C. & Hudson, J. L. (2001). The science of psychotherapy research: Participating in a roundtable discussion. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 184-185.
- Kirkegaard-Thomsen, D. & Berntsen, D. (2003). Snapshots from therapy: exploring operationalisations and ways of studying flashbulb memories for private events. *Memory, 11*, 555-570.
- Kohlenberg, R. H., Kanter, J. W., Bolling, M. Y. Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive & Behavioral Practice, 9*, 213-229.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst, 17*, 305-319.
- Lanigan, R. L. (1988). *Phenomenology of communication: Merleau-Ponty's thematics in communicology and semiology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Lanigan, R. L. (1992). *The human science of communicology: A phenomenology of discourse in Foucault and Merleau-Ponty*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

- Lanigan, R. L. (1994). A good rhetoric is possible: Ricoeur's philosophy of language as a phenomenology of discourse in the human sciences. Em L. E. Hahn (Ed.), *Paul Ricoeur*. The Library of Living Philosophers. Peru, IL: The Open Court Publishing Co.
- Levant, R. F. (2001). On scanning the trail ahead: Comment on "The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 186-188.
- Levy, K., Yeomans, F., & Diamond, D., (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Journal-of-Clinical-Psychology*, 63, 1105-1120.
- Liebowitz, M.R., Stallone, F., Dunner, D.L., & Fieve, R.F. (1979). Personality feature of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60, 214-224.
- Luty, S., Carter, J., McKenzie, J., Rae, A., Frampton, C., Mulder, R., & Joyce, P., (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British-Journal-of-Psychiatry*, 190, 496-502.
- Marcolino, J. A. M. & Iaconi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 88-95.
- Marsh, E., & Multhaup, K., (2007). Dual coding theory: It's not just for cognitive psychologists anymore. *PsycCRITIQUES*, 52, No Pagination Specified.
- Matsukara, T. S., Maturano E. M. & Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, 675-681.
- Matthis, I., & Zellner, M., (2007). Bulletin of the International Neuro-Psychoanalysis Society. *Neuro-Psychoanalysis*, 9, 107-112.
- McCrae, R.R. (1991). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57, 399-414.
- McEvoy, P., (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour-Research-and-Therapy*, 45, 3030-3040.
- Metcalfe, C., Winter, D., & Viney, L., (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy-Research*, 17, 431-442.

- Minami, T., Wampold, B., Serlin, R., Kircher, J., & Brown, G., (2007). Benchmarks for Psychotherapy Efficacy in Adult Major Depression. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 75, 232-243.
- Mullen, E. J. (2004). Facilitating practitioner use of evidence-based practice. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 205-210). Oxford University Press: NY.
- Myers, I. B. (1962). *Manual: The Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Myers, I. B., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Nachmias, C. & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.
- Nave, A., (2005). Would you dance? Reflection on self and psychotherapy. *Psychologica*, 40, 81-91.
- Neal, A. C. (2003). *The impact of written treatment plans on the effectiveness of psychotherapy in a university-based community clinic*. Tese de doutorado não publicada. U Montana, US.
- Nielsen, S. L., Smart, D. W., Isakson, R. L., Worthen, V. E., Gregersen, A. T., & Lambert, M. J. (2003). The Consumer Reports Effectiveness Score: What Did Consumers Report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37.
- Norquist, G. S. (2001). Practice research networks: Promises and pitfalls. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 173-175.
- Nunes, C. H. S. (2000). *O desenvolvimento de marcadores psicométricos no inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Nunes, C. H. S. (2005). *Construção, normatização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos cinco grandes fatores*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Olds, D., (2006). Identification: Psychoanalytic and biological perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 18-46.

- Pasquali, L. (2003). *Os tipos humanos – A teoria da personalidade*. Petrópolis: Vozes.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Persons, J. B. (2001). Conducting effectiveness studies in the context of evidence-based clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 168-172.
- Peterson, C. & Biggs, M. (1998). Stitches and casts: Emotionality and narrative coherence. *Narrative Inquiry*, 8 (1), 51-76.
- Pos, A., (2007). *Experiential treatment for depression: A test of the experiential theory of change, differential effectiveness, and predictors of maintenance of gains*. Tese de doutorado não publicada. York U., Canada.
- Proctor, E. K. & Rosen, A. (2004). Concise standards for developing evidence-based practice guidelines. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 193-199). Oxford University Press: NY.
- Reid W. R. & Fortune, A.E. (2004). Task centered practice: An example of evidence-based practice. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 226-233). Oxford University Press: NY.
- Reiter, M., (2007). The use of expectation in solution-focused formula tasks. *Journal-of-Family-Psychotherapy*, 18, 27-37.
- Reppold, C. T. & Hutz, C. S. (2001). *Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1984). Person-centered approach foundations. Em: Corsini, R. (Org.), *Encyclopedia of psychology*. (p. 26–28). New York: John Wiley.
- Rogers, C. R. & Sanford, R. C. (1985). Client-centered psychotherapy. Em: Kaplan, Harold I. / Sadock, Benjamin J. (Orgs.), *Comprehensive textbook of psychiatry, IV*. (p. 1374–1388). Baltimore: Williams and Wilkins.

- Rosswog, D., (2007). The effectiveness of pet-facilitated group therapy for adults with chronic depression. Tese de doutorado não publicada. Gannon U., US.
- Rubin, D. C., Schrauf, R. W. & Greenberg, D. L. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 31 (6), 887-901.
- Rubinstein, G.; (2007). Two behavioural indicators of dependency and the five-factor model of personality. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 333-342.
- Schneider, K. J. (2001). Challenges and collaborative possibilities of the PRN: A view from depth-therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 180-183.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the *Consumer Report* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Silva, J., & Slachevsky, A., (2005). Prefrontal cortex activity modulation as a putative mechanism of psychotherapy change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 609-625.
- Skinner, B. F. (1956). A case history in scientific method. *American Psychologist*, 11, 221-223.
- Souza, M. L., & Gomes, W. B. (2003). Evidência e interpretação em pesquisa: as relações entre qualidades e quantidades. *Psicologia em Estudo*, 8, 83-92.
- Souza, M. L., Gomes, W. B., & McCarthy, S., (2005). Reversible relationship between quantitative and qualitative data in self-consciousness research: phenomenological dialogue between data and capta. *Quality & Quantity*, 39, 199-215.
- Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H., & Freyberger, H., (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*, 74, 240-246.
- Springer, D. W. (2004). Treating juvenile delinquents with conduct disorder, attention-deficit/ hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 263-273). Oxford University Press: NY.
- Stevens, S. E. (2001). *Is psychotherapy more than skills acquisition with a helpful teacher? A meta-analysis*. Tese de Doutorado não publicada. U Wisconsin - Milwaukee, US.

- Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy: Research, practice, and public policy. How to avoid dead ends. *American Psychologist*, *41*, 120-130.
- Strupp, H. H., Fox, R. E. & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Svartberg, M., Stiles, T., & Seltzer, M., (2006). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *Focus*, *4*, 234-243.
- Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Butzel, J. S., Cox, C., & Giles, D. E. (2003). Personality traits and symptom reduction in a group treatment for women with histories of childhood sexual abuse. *Compr.Psychiatry*, *44*, 448-453.
- Taylor, R., (2007). Review of Cutting it out: A journey through psychotherapy and self-harm. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 1171.
- van-Shaik, D. J. F., van-Marwijk, H. W. J., van-der-Wint, A. W. M., Beekman, A. T. F., de-Haan, M. & van-Dijk, R. (2002). Effectiveness of psychotherapy for depressive disorder in primary care. A systematic review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *44*, 609-619.
- Vonk, M. E., Bordnick, P. & Graap, K. (2004). Cognitive-behavioral therapy with posttraumatic stress disorder. Em A. R. Roberts e K. R. Yeager (Orgs.), *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. (p. 303-309). Oxford University Press: NY.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 688-701.
- Weller, S.C. & Romney, A.K. (1990) *Metric scaling: Correspondence analysis*, Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences 07-075. Newbury Park, CA: Sage.
- Wiley, N. (1994). *The Semiotic Self*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *5*, 79-89.

Zahn-Waxler, C. (1996). Environment, biology, and culture: Implications for adolescent development. *Developmental Psychology*, 32, 571-573.

ANEXOS

Anexo A

Roteiro da entrevista fenomenológica com terapeutas

Abertura: Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de levantar dados sobre a experiência de ser psicoterapeuta. Eu tenho um roteiro de entrevista, mas o mais importante é o seu depoimento. A entrevista será gravada e o que você disser permanecerá confidencial. Você tem alguma dúvida?

Formação

1. Como você escolheu trabalhar como terapeuta?
2. E como foi a sua formação (onde, quanto tempo durou)?
3. Como foi e por que você escolheu essa formação?

Técnica psicoterapêutica

4. Como você descreveria a forma como trabalha no consultório?
5. Você segue totalmente a técnica que aprendeu? Você faz modificações próprias? Como é isso?
6. Dentro dessa forma, o que você faz que acha que o auxilia no efeito terapêutico?
7. Você se percebe como um (a) terapeuta mais diretivo ou menos? Como isso influenciou nos resultados que alcança?
8. Você acha que essa forma tem relação com características suas de personalidade? Quais e como isso ocorre?
9. E como você acha que esse seu “jeito de trabalhar” repercute nos pacientes?
10. Existe algum tipo de paciente que você gosta mais de atender? Como é esse tipo? Você acha que consegue melhores resultados com este tipo?
11. E existe algum tipo de paciente com quem você acha difícil trabalhar, na terapia? Por quê? Como isto se dá? Você acha que atrapalha os resultados do tratamento?

Atendimento a adolescentes

12. Você também atende adolescentes?
13. O que você acha que caracteriza a prática clínica com adolescentes?
14. Que recursos técnicos você usa no tratamento?
15. Em que sentido isso facilita o processo?
16. Quais as maiores dificuldades que você vê no atendimento a adolescentes?
17. Peça que agora você pense naquele (a) paciente que me indicou para entrevistar. Como você o(a) percebe?
18. Você o(a) vê como mais extrovertido(a) ou introvertido(a)? É mais autônomo ou dependente?
19. Você acha que tem funcionado a terapia com ele (a)? Por quê?

Fechamento: Muito obrigado pela sua participação. Os dados que você forneceu foram muito importantes para a minha pesquisa. Se você necessitar de alguma informação, o nosso grupo de pesquisa está à sua disposição.

Anexo B

Roteiro da entrevista fenomenológica com pacientes

Abertura: Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de levantar dados sobre a experiência de ser paciente de psicoterapia. Eu tenho um roteiro de entrevista, mas o mais importante é o seu depoimento. A entrevista será gravada e o que você disser permanecerá confidencial. Você tem alguma dúvida?

1. Como foi que você decidiu fazer terapia?
2. E como você escolheu o seu terapeuta?
3. Há quanto tempo você se trata?
4. E com que frequência vai ao psicólogo?
5. Quais os seus objetivos com o tratamento?
6. Como está sendo se tratar?
7. O que o seu terapeuta faz, que você acha que lhe ajuda (que atitudes dele você acha que lhe ajudam)? Como isso acontece?
8. Tem alguma coisa que ele faz que você acha que pode atrapalhar, na terapia?
9. E, em geral, o que você acha que um terapeuta faz que ajuda na terapia? (Não necessariamente o seu terapeuta faz).
10. E o que atrapalha? (Também, não necessariamente o seu terapeuta faz).
11. Como você sabe se o tratamento está lhe ajudando?
12. Para que você acha que serve um tratamento psicoterapêutico?

Fechamento: Muito obrigado pela sua participação. Os dados que você forneceu foram muito importantes para a minha pesquisa. Se você necessitar de alguma informação, o nosso grupo de pesquisa está à sua disposição.

Anexo C

Inventário CGF-Fator Extroversão

EFE versão preliminar (Nunes, 2005)

Caderno de Aplicação

Instruções:

Você está recebendo um caderno que contém frases que descrevem sentimentos, opiniões e atitudes. Por favor, leia atentamente cada uma das sentenças e pense o quanto você se identifica com elas. A seguir, marque na folha de respostas, no local apropriado, a sua resposta a cada item. Para tanto, siga as instruções abaixo: Para cada item, você tem a opção de marcar de “1” a “7”. Se você acha que a frase o descreve muito bem, marque o “7” na grade de respostas. Se você acha que a frase absolutamente não o descreve adequadamente, marque “1”. Se você considerar que a sentença o descreve “mais ou menos”, marque “4”. Leve em conta que quanto *mais* você acha que a frase é apropriada para descrevê-lo, *maior* deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas 5, 6 e 7); quanto *menos* você identificar-se com a descrição feita, *menor* será o valor a ser registrado na escala (respostas 1, 2 e 3). Note que todos os valores da escala podem ser marcados. Não existem respostas certas ou erradas. É importante que as suas respostas sejam sinceras. Responda a todos os itens.

1. Tenho facilidade em me expressar.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

2. Adoro aventuras.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Desisto facilmente das coisas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Gosto de me gabar pelas minhas qualidades.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

5. Tenho pouco a dizer.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Tenho dificuldade em expressar meus sentimentos.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

7. Adoro festas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

8. Tenho vergonha de falar em grupo.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

9. Sinto que sou incrível, capaz de realizar qualquer coisa.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

10. Não falo muito.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

11. Envolver-me rapidamente com os outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

12. Sou uma pessoa tímida.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

13. Acho que sou muito mais inteligente do que as pessoas em geral.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

14. Dou ordens sem nenhum problema.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

15. Sou comunicativo.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

16. Gosto de ter uma vida social agitada.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

17. Espero pela decisão dos outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

18. Tenho dificuldades em falar com desconhecidos.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

19. O principal objetivo da minha vida é ter poder e fama.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

20. Gosto de ter uma vida ativa.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

21. Dificilmente falo de mim para os outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

22. Costumo agir com tranquilidade diante de situações novas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

23. Acho que posso fazer qualquer coisa.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

24. Sou uma pessoa acanhada.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

25. Tomo minhas decisões rapidamente.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

26. Não consigo viver só.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

27. Tento controlar as pessoas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

28. Costumo tomar a iniciativa e conversar com os outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

29. Considero essencial manter e preservar o contato com os outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

30. Facilmente coloco as minhas idéias em prática.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

31. Tento influenciar aos outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

32. Demonstro meus sentimentos.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

33. Divirto-me quando estou entre muitas pessoas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

34. Consigo defender-me quando necessário.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

35. É comum terem inveja de mim.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

36. Costumo ficar calado quando estou entre estranhos.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

37. Deixo-me influenciar pelos outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

38. Acho que muitas pessoas têm inveja da minha capacidade.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

39. Fico muito tímido quando estou entre desconhecidos.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

40. Resolvo meus problemas com rapidez.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

41. Adoro atividades em grupo.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

42. As pessoas dizem que falo pouco.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

43. Devo ser bem tratado, pois sou uma pessoa especial.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

44. Estou sempre pronto para qualquer coisa.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

45. Deixo que os outros tomem as decisões por mim.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

46. Converso com muitas pessoas diferentes quando vou a festas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

47. Dificilmente fico sem jeito.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

48. Sinto-me desanimado quando devo participar de alguma festa ou reunião social.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

49. Quando estou entre um grupo, gosto que me dêem atenção.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

50. Sou uma pessoa envergonhada.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

51. Não me sinto muito motivado a lutar pelas coisas que quero.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

52. Sou divertido.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

53. Sinto-me constrangido quando estou entre muitas pessoas.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

54. Posso conquistar quem desejar.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

55. Sou uma pessoa introvertida.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

56. Transmito alegria aos outros.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

57. Acredito que darei importantes contribuições para a humanidade.

Absolutamente não me descreve.	1	2	3	4	5	6	7	Me descreve muito bem.
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Anexo D

Questionário Strupp de avaliação de eficiência terapêutica (*Strupp's Rate Questionnaire*)

Indique em que medida as frases seguintes descrevem de modo geral a sua experiência em psicoterapia. Desconsidere se em um momento ou outro do tratamento você tenha sentido diferentemente. Para marcar sua resposta, escolha um número da seguinte escala:

- 1 Concordo plenamente
- 2 Concordo
- 3 Indeciso
- 4 Discordo
- 5 Discordo plenamente

- ___ 1. Minha terapia foi uma experiência intensamente emocional.
- ___ 2. Minha terapia foi freqüentemente uma experiência muito dolorosa.
- ___ 3. Lembro-me muito pouco de detalhes do que acontecia nas sessões.
- ___ 4. Meu terapeuta quase nunca usava termos técnicos.
- ___ 5. De um modo geral, trabalhei muito pouco os meus sentimentos no decorrer do tratamento.
- ___ 6. Houve momentos que me senti muito irritado com o terapeuta.
- ___ 7. Eu acho que o terapeuta era muito ativo durante as sessões.
- ___ 8. O terapeuta usava freqüentemente uma linguagem muito abstrata.
- ___ 9. Eu achava freqüentemente que o/a terapeuta falava muito durante as sessões.
- ___ 10. Nada que o terapeuta disse ou fez abalou meu auto-respeito.
- ___ 11. Eu sinto confiança absoluta na integridade pessoal do terapeuta.
- ___ 12. Eu sinto muita receptividade e consideração na maneira como o/a terapeuta fala comigo.
- ___ 13. O modo de falar do terapeuta tende a ser frio.
- ___ 14. O modo de falar do terapeuta tende a ser neutro.
- ___ 15. O terapeuta fala freqüentemente sobre a teoria psicanalítica nas minhas sessões.
- ___ 16. A preocupação principal do tratamento parece-me voltada para minhas atitudes e sentimentos em relação ao terapeuta.
- ___ 17. A preocupação principal do tratamento parece-me voltada para o meu relacionamento interpessoal.
- ___ 18. A preocupação principal do tratamento parece-me voltada para as minhas experiências infantis.
- ___ 19. A preocupação principal do tratamento era para os meus gestos, silêncios, mudanças no tom de voz e movimentos de corpo.
- ___ 20. Meu terapeuta nunca procurava tranqüilizar-me.
- ___ 21. Meu terapeuta mostrava-se muito pouco interessado em meus sonhos e fantasias.

___22. Nunca tive a menor dúvida sobre o interesse do terapeuta em ajudar-me.

___23. Eu sinto que a experiência emocional da terapia foi muito mais importante para produzir mudanças do que o entendimento intelectual dos meus problemas.

___24. O meu terapeuta preocupa-se tanto com a compreensão intelectual quanto com a experiência emocional.

25. Como você se considerava no início do tratamento?

<input type="checkbox"/>				
extremamente perturbado	muito perturbado	moderadamente perturbado	um pouco perturbado	levemente perturbado

26. Quão forte foi a pressão interna para fazer alguma coisa a respeito destes problemas no início do tratamento?

- Extremamente forte
- Muito forte
- Moderadamente forte
- Relativamente fraca
- Muito fraca
- Extremamente fraca

___27. Consigo ver alguma mudança que eu posso atribuir, seguramente, ao tratamento.

___28. Com o tratamento sinto-me melhor nas minhas relações interpessoais.

___29. Reconheço mudanças positivas no modo de entender e elaborar meus sentimentos.

___30. Tenho conseguido colocar ordem nos meus problemas colocando prioridade no que realmente quero.

___31. Sinto no tratamento um esclarecimento sobre mudanças mas não as sinto incorporadas às minhas atitudes.

___32. Sinto influências marcantes do tratamento sobre mim.

___33. Com a terapia tornei-me uma pessoa preocupada e agitada.

___34. Questiono continuamente se as mudanças que estão ocorrendo em minha vida são decorrentes do meu tratamento.

___35. Reconheço mudanças positivas no modo de externalizar meus sentimentos.

___36. A terapia trouxe-me um método de pensar as coisas.

___37. O tratamento encoraja-me a assumir maior determinação na realização dos meus projetos pessoais.

38. Em que medida estas mudanças que você mencionou foram aparentes para outras pessoas?

(a) Pessoas muito próximas de você (Marido, mulher, etc.)

<input type="checkbox"/>				
bem evidentes	razoavelmente evidentes	pouco evidentes	muito pouco evidentes	não foram evidentes

(b) Amigos próximos

<input type="checkbox"/>				
bem evidentes	razoavelmente evidentes	pouco evidentes	muito pouco evidentes	não foram evidentes

(c) Colegas de trabalho

<input type="checkbox"/>				
bem evidentes	razoavelmente evidentes	pouco evidentes	muito pouco evidentes	não foram evidentes

39. Como você se sente lidando com seus problemas atuais?

- Muito adequadamente
- Pouco adequadamente
- Nem adequada nem inadequadamente
- Um tanto inadequadamente
- Muito inadequadamente

40. Em que medida as queixas ou sintomas que levaram você à terapia desapareceram como resultado do tratamento?

- Desapareceram completamente
- Melhoraram muito
- Melhoraram pouco
- Quase não melhoraram
- Tornaram-se piores

41. Você recomendaria um tratamento psicoterapêutico para um amigo com problemas emocionais?

- Sem nenhuma dúvida
- Poderia recomendar
- Recomendaria com alguma reserva
- Não recomendaria
- Aconselharia para que não fosse.

Anexo G

Gravação dos relatos de eventos marcantes da terapia

Volte agora para os títulos dos eventos e classifique-os por ordem de importância. Eu vou gravar algumas coisas que você vai me contar sobre esses eventos. Pegue o mais importante (n° 1) e me conte: como foi que esse evento ocorreu? Em que contexto? Quem participou do evento? Como foram as ações dos participantes? Como terminou o evento? Qual a maior dificuldade/desafio envolvido? Em que sentido esse evento foi importante para você? Como agiu o terapeuta? Como você agiu? (Repetir para cada evento relatado).

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

Anexo H

Termo de consentimento informado

Estamos realizando um estudo com o objetivo de compreender possíveis influências de aspectos do desenvolvimento humano e da personalidade de pacientes e de psicoterapeutas no processo da psicoterapia e na relação terapêutica. Para tal fim será solicitada uma entrevista com algumas questões sobre a experiência de ser psicoterapeuta ou de ser paciente e alguns questionários de avaliação de personalidade e do processo psicoterapêutico.

Através desse trabalho esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a prática psicoterapêutica, características de personalidade e do desenvolvimento psicológico, e avaliação subjetiva de resultados.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com minha privacidade;
- de que as informações registradas na entrevista serão arquivadas junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Dr. William B. Gomes, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição de atenção à saúde.

Data: ___/___/___.

Nome e assinatura do voluntário:

Assinatura do Professor responsável:

1- Observação: O presente documento, baseado nos artigos 10 e 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder do voluntário e outra com o pesquisador responsável.

Anexo I

Tematização de entrevista fenomenológica do terapeuta e do paciente

Análise da Díade 8 – terapeuta H e paciente S.

Temas da entrevista da terapeuta H.

Tema 1. A escolha de ser terapeuta

A entrevistada afirmou que queria trabalhar como terapeuta, desde a sua formação na faculdade de psicologia. Durante a graduação, o aluno tinha que escolher duas linhas teóricas, para fazer o estágio supervisionado. A sua escolha foi muito influenciada pelos professores identificados com as linhas. Ela escolheu a psicanálise lacaniana e a psicoterapia breve focal, com enfoque psicanalítico. E entre as duas, disse que preferiu a terapia breve.

Durante sua formação, H. disse que focou o curso na prática, passando pelo estágio supervisionado, como ouvinte e depois atendendo alguns pacientes, com supervisão na linha breve focal:

Eu fiz o meu estágio supervisionado na graduação, né, como eu falei. A gente começa lá, no sexto período de psicologia, como ouvinte no quinto e sexto períodos, nós somos ouvintes. E do sétimo até o décimo, nós fazemos estágios supervisionados dentro da técnica de supervisão, durante quatro horas. Uma vez por semana a gente atende de três a quatro pacientes, cada estudante, e aí, nós temos uma parte teórica da técnica, num grupo de estudo. E depois de um ano sendo ouvinte, a gente passa para o estágio supervisionado e, depois disso, a minha supervisora, lá na faculdade, era também uma das supervisoras na formação em psicoterapia na santa casa”. (...) “Hoje eles... fica sendo como se fosse uma pós-graduação, uma especialização né, só que uma especialização, a nível de prática. Você tem aulas de psicopatologia, tem aula de psicanálise, você tem questões de mecanismo de defesa, de medicamentos né, uma série de questões voltadas e depois você faz a parte ambulatorial.

Tema 2. A escolha da linha – a psicoterapia breve focal

H. relatou que se identificava mais com a objetividade, a clareza da técnica, a atividade do terapeuta e associou a identificação da linha com características suas de personalidade:

A primeira coisa é a clareza da técnica, o objetivo que eu me identifico mais, com a psicoterapia, do que com a psicanálise, na questão da objetividade, da

atividade do terapeuta, né? Eu não conseguia, nem encaixava no perfil de um psicanalista lacaniano, naquele lugar de posição passiva e aí, a psicoterapia breve veio de encontro... eu acredito muito que a escolha, muitas vezes, da técnica que você escolhe para trabalhar tem a ver um pouco com o seu jeito de ser.

Conforme a psicóloga, hoje em dia as pessoas não vêm buscar autoconhecimento, em uma psicoterapia, mas sim, “alívio de alguma coisa”, não tendo muito tempo, o que se encaixa no planejamento delimitado das atividades da psicoterapia focal:

Uma questão objetiva, atividade, tem um planejamento, a técnica faz isso também, planejamento das atividades. Também, o enfoque delimitado e também, em função de algo que, eu acredito muito, que nós não temos um tempo de... As pessoas hoje têm um tempo delimitado, também né? As pessoas hoje não vêm buscar um tratamento psicológico simplesmente por motivo de autoconhecimento, elas vêm em busca de um alívio de alguma coisa e eu penso que essa psicoterapia focal se encaixa muito bem nessa demanda social.

Ela ressaltou que ter um foco não quer dizer que não se trabalhe as questões passadas. Há um procedimento que inclui anamnese, análise das condições internas do paciente, pois nem todos podem ser submetidos à psicoterapia breve focal. A técnica é desencadeadora de ansiedade e exige um planejamento e pode-se usar várias técnicas, mesmo não psicanalíticas, como hipnose ou psicodrama:

Olha só, quando a gente fala foco, não quer dizer que a gente vai desprezar as questões passadas, né? O primeiro passo da psicoterapia breve é fazer uma anamnese clínica, que é onde a gente faz um levantamento primeiro... A primeira coisa que a gente avalia é as condições internas do paciente, né? Quais são suas funções egóicas? Nem todo paciente pode ser submetido à psicoterapia breve focal. (...)

Porque é uma técnica desencadeadora de ansiedades. Ter ênfase na intervenção imediata, você tem que fazer um planejamento, até pra ver que técnicas um psicólogo utilizar, dentro desse contexto, né? A gente não tem assim, a técnica, uma tipo de técnica de dramatização, não. Se o terapeuta dominar uma técnica que pode agregar, técnicas alternativas ao tratamento, que é a hipnose ou o psicodrama, nada impede que você utilize isso, desde que você tenha clareza e domínio dessas técnicas.

Sobre os resultados da terapia focal

A terapeuta destacou que, na abordagem focal, existe uma prática de follow up, ou seja, do paciente voltar para reavaliações, para verificar se os resultados permanecem, ou se os sintomas retornaram:

Olha, Adriano, talvez você não conheça a psicoterapia breve focal. A psicoterapia breve focal tem, dentro de um dos seus planejamentos, o que chamamos de follow up, que é o quê? Que é o retorno do paciente esporadicamente ao consultório, para que nós possamos perceber, avaliar se ele já recebeu alta, ou se aqueles sintomas ainda continuam permanecendo ou se efetivamente aquilo já fez transformações na sua vida, mudança de comportamento, a forma de olhar algo que antes... A objetividade da terapia breve focal é propiciar ao paciente de experiências emocional comedidas, ou seja, aquilo que antes não era possível, ele possa revivenciar isso, só que de uma forma menos dolorosa. Não fazer com que ele não vivencie, mas fazer com que ele traga, não fazer com que ele não vivencie, mas que ele traga isso para o seu próprio consciente. Nessa nossa linha de interpretação é a psicanálise. Mas intervenção, que é ênfase na intervenção imediata, então o follow up. Ele nos dá essa possibilidade de você reavaliar se essa técnica efetivamente funciona ou não. E até mesmo, dentro do próprio consultório, a gente tem esse feedback. Sabe, os pacientes que já passaram por outros tipos abordagens tradicionais, que sentem uma diferença em relação à forma de condução e a forma como se trabalha esse contexto. Na Santa Casa, no Rio de Janeiro, tinha um centro de referência de formação de psicoterapia breve focal, no Brasil. Lá eles fazem pesquisa da abordagem, da organização mundial de saúde, para verificar se ela dá certo, como uma forma de pesquisa também.

Tais reavaliações envolvem aspectos psicopatológicos, uma triagem psiquiátrica, dos aspectos psicopatológicos, comparando as queixas nos prontuários e a redução de sintomas:

Eles avaliam, por exemplo, lá na santa casa a formação que é fechada somente para médicos e psicólogos eles são tradicionais dentro desse contexto que algumas formações não têm, a grande maioria não tem e uma formação focada que somente psicólogos podem fazer o que é a formação da psicoterapia breve. Ela é muito focada nas questões do psicólogo ter que conhecer muito os

transtornos mentais né? Os aspectos psicopatológicos. Então, a gente vai fazendo essa formação de um ano, dois anos, pra você ter esse conhecimento amplo, para você saber o que é o psíquico do sujeito, né, e como que eles a medem? Na verdade não é... eles vão avaliar o retorno do paciente mediante as queixas que antes estavam nos seus prontuários. Porque lá também fazem um trabalho de psicoterapia e medicamentos, porque todos eles têm que passar por uma triagem psiquiátrica.

Tema 4. A forma de trabalhar

A psicóloga afirmou que, basicamente, trabalha através da verbalização, embora utilize algumas técnicas cognitivas, comportamentais e psicodrama:

Eu uso a verbalização, mas também verbalizações, algumas cognitivas, né? Eu uso algumas técnicas da comportamental. Até a gente lida com pacientes fóbicos, umas técnicas até do psicodrama, que é uma pessoa que fala muito, né? Técnicas comportamentais, mas, basicamente, é na verbalização.

Foco no contexto psicodinâmico.

Para trabalhar com psicoterapia breve, o psicólogo tem que ter algumas características de personalidade, como: ser enfático, ter atenção seletiva, não ser muito passivo, não ficar somente na escuta. Além de “ter uma noção de agir com objetividade”, para “fazer intervenções diretivas” e “ter também uma atenção seletiva”, para ver como pode trabalhar com o foco. Todas características para lidar com o “contexto psicodinâmico”:

É, no meu caso... Até mesmo, porque a psicoterapia breve, ela coloca que o terapeuta, para ser psicoterapeuta breve focal, ele tem que ter algumas características básicas. (...) Ele sabe que, para ter eficácia no trabalho, é necessário que ele tenha algumas características básicas, né? O quê? Alguém que trabalha... Ter condições de trabalhar de forma enfática, tem que ter uma atenção seletiva, então são algumas características que são necessárias, que não dá para você escolher trabalhar dentro de uma abordagem, se você fica muito numa posição passiva, muito somente de escuta. (...)

Então, é necessário que você tenha essas características: ter uma noção de agir com objetividade, que você vai ter que fazer intervenções diretivas e ter também uma atenção seletiva, para ver o que você pode, como você trabalha com o foco.

Então eu vou ter que selecionar tudo aquilo que ele está falando, que tem a ver com o contexto psicodinâmico.

O trabalho de aliança terapêutica sem a neurose de transferência.

Mesmo sem se dar conta, a terapeuta afirmou que trabalha de forma focal, sem deixar se instalar a “neurose de transferência”, para não “alongar o processo terapêutico do sujeito”:

Até tentei outras... Até tentei fazer um curso de formação em psicanálise. Mas, eu ia fazer a parte teórica, mas quando chegava na parte das intervenções, eu não me dou conta que uma das coisas da psicoterapia breve é não deixar instalar o negócio da transferência, que é uma coisa que, ao contrário do terapeuta, que tem que inibir a instauração da neurose de transferência... Por isso que a gente faz ênfase na intervenção imediata. Nós fazemos uma aliança terapêutica, mas não a neurose de transferência, o nosso trabalho não é alongar o processo terapêutico do sujeito.

Sobre o tempo de um tratamento focal, a entrevistada disse que dura entre quarenta e quarenta e cinco sessões:

Olha só, vai muito de situação para situação, de paciente para paciente, mas em média, teoricamente, falando teoricamente, é em torno de quarenta e cinco sessões. Em torno de quarenta e cinco sessões que... e tanto que, na Santa Casa, são quarenta sessões. Lá, você tem que fazer todo o processo terapêutico do paciente, no contrato de trabalho você já explica isso para ele. Em quarenta sessões você tem que... porque ali é uma questão institucional, entendeu? Mas no consultório a gente faz, em torno de quarenta e cinco, mas também tem algumas questões que se pode trabalhar, antecipar esse tempo ou também pode prolongar esse tempo.

O trabalho com o foco.

O terapeuta estabelece um foco, em um contrato, associado à demanda do paciente. E, depois, se houver outras coisas a serem trabalhadas, pode-se fazer um novo contrato:

Isso porque, na realidade, a gente sempre trabalha... Eu procurei... Há um tempo de quarenta e cinco sessões, mas não quer dizer que a gente vá fazer somente isso, porque a gente trabalha o foco... O paciente vem com a queixa, você trabalha aquilo e, depois, você pode fazer um novo contrato, dependendo na necessidade do que está acontecendo. São outras questões que você vem

trabalhar, quando essa paciente for melhorar e estiver te indicando... Ela veio com um foco, ela veio de uma demanda e agora, hoje, ela está trabalhando outras questões Aquilo não vai estar completamente resolvido. Hoje, as questões são extremamente voltadas para elas mesmas. Antes, ela tinha como envolver um terceiro... Então, muitas vezes, isso pode acontecer, mas tem paciente que vem trabalhar exatamente aquilo e que não tenha outra demanda... Que se precisa trabalhar algo diferenciado.

Perguntada sobre o seu jeito de ser terapeuta, H. respondeu que tem muita consciência das suas limitações, é objetiva e “muito humana”. O trabalho envolve uma reeducação, uma orientação e um apoio, para os pacientes que não têm uma estrutura:

Olha, eu penso que, como terapeuta, eu penso que sou uma pessoa muito consciente do meu papel. Eu tenho noção das questões que não são pertinentes pra mim, eu tenho consciência das minhas limitações. Por exemplo, eu não trabalho com dependente químico. Eu considero que é uma delimitação que eu passo, no meu trabalho, porque eu não tenho formação específica. Então, uma coisa que eu vejo... Então, eu defini pra mim, bem consciente, qual as ocupações e tipo de clientela eu quero? E... Sou uma pessoa que, na terapia, muito objetiva, alguns pacientes até falam: ‘você é bem objetiva’. É uma técnica que eu falei que desencadeia uma ansiedade, então, como terapeuta, tem essa objetividade que eu gosto muito. Mas eu também não consigo deixar de ser um pouco de mim, né? Por mais que a gente tenha que trabalhar com neutralidade, minhas questões, ainda... Como pessoa, eu sou muito humana e eu acho que também passo isso para os meus pacientes. Porque, além de só ser psicoterapeuta, no sentido de notificar, ajudar em alguma coisa, né, dentro de casa, no trabalho, tipo, então, às vezes, eu penso que também é um trabalho de reeducação. Que é uma das coisas de orientação que faz parte da psicoterapia breve, dentro de uma vertente dela no projeto, a psicoterapia de apoio. Como eu falei que ela, às vezes, a psicoterapia breve, ela lida com a ansiedade... Se os pacientes têm condições de ser submetido a ela. Aí, a gente vem no outro braço dela, que é a psicoterapia breve de apoio, que é para aqueles que não têm estrutura. Então e... Eu gosto muito também desse outro lado, de apoio, que eu acho que eu me encontro também nessa questão humana, que acho que aí você acaba olhando para o paciente de uma outra forma, também. Simplesmente não

fica naquele suposto lugar de saber, né? Que a psicanálise tanto faz. Mas eu ainda não consegui me definir bem como terapeuta.

E acrescentou que não tem dificuldade em confrontar o paciente, pois é objetiva, ativa, para trazer o paciente para “o centro do trabalho”:

Eu acho muito fácil confrontar, mas nós temos que... Tem algo que sempre temos que estar em estado de vigília, porque é preciso saber em que momento você pode confrontar. É, às vezes eu ousou muito, mas aí, esse ouvir muito é o que eu preciso ter suficientemente para fazer aquela confrontação. Mas a questão da intervenção, ela é extremamente necessária de forma imediata, porque se você não intervir de forma imediata... Às vezes ele falou alguma... Ele deixa somente para o fechamento da sessão, eu acho que perde muitos dados, então como você falou, eu já tinha falado, eu primo por esta questão da atividade, até para trazer o paciente pro centro. Como o objetivo sempre é trazer ele pro centro do trabalho, o centro da entrevista terapêutica.

O trabalho com o vínculo.

A terapeuta afirmou que não há um ponto fundamental, como um fator para que o tratamento funcione, mas uma soma de fatores e destacou a empatia, para o estabelecimento da aliança:

Porque eu penso que não há um ponto fundamental. Penso que é uma soma de fatores que vai fazer com que seja fundamental. Mas aí, eu acho que é fundamental, até porque, dentro da técnica, a primeira coisa básica é empatia. Se não tem empatia não tem como a gente ter algo que fundamenta a técnica, que é a aliança, já que tem como trabalhar.

Tema 5. Os pacientes com quem gosta de trabalhar e os mais difíceis

Os pacientes que H. gosta mais de atender são aqueles com transtorno do pânico, por causa dos resultados rápidos. Os depressivos exigem muito da psicóloga:

Eu gosto muito de trabalhar com paciente que tem transtorno do pânico. É uma coisa nesses anos todos que eu percebo é que, basicamente, que eles têm assim, uma estrutura da personalidade... a gente da psicoterapia breve e a psicodinâmica... a psicodinâmica deles é idêntica. São pessoas com características diferentes, mas o funcionamento dinâmico, como ser humano... tem situações... eu gosto muito de trabalhar, até porque, efetivamente são

peessoas que têm retorno muito de imediato. Os pacientes que exigem muito de mim são os pacientes depressivos.

Entre os mais difíceis, a entrevistada citou os depressivos, que são “até mais complexos do que aqueles que apresentam alguma psicose”. Eles precisam de uma “bengala”, e “se lamentam”, mas querem continuar com a situação, pois têm algum ganho com ela: “então, é diferente do paciente que tem a síndrome do pânico. Ele quer se livrar daquilo porque o paciente, ele lamenta, mas ele só ganha nisso, que ele se lamenta, entendeu?”. E associou a dificuldade de tratar o depressivo ao fato de os resultados demorarem, por ele se agarrar ao sintoma.

O paciente indicado para o tratamento breve tem que ter um foco definido, um problema claro, uma certa estruturação egóica e uma demanda focal clara.

Tema 6. Sobre a paciente em foco

Idas e vindas.

H. relatou que a paciente está a uns três anos em atendimento e considera o tratamento bem sucedido. O processo tem “idas e vindas”, com períodos em que a paciente vem, e períodos em que ela “some”: “Ela foi, voltou, ela vai e volta. Ela quer continuar... Por exemplo, tem mais de um mês que não a vejo...”.

Perguntada se a paciente encontrou o que veio procurar na terapia, a psicóloga respondeu que “nunca se consegue encontrar tudo”. Que a demanda inicial, o foco do tratamento, é trabalhado e, a partir dele, se consegue “irradiar” o efeito para outras áreas da personalidade:

Olha, Adriano, eu vejo que ninguém vai encontrar tudo, tá? Essa é uma noção que eu tenho muito clara no trabalho do psicólogo. A gente nem sempre vai conseguir encontrar tudo, até porque não tem como atingir a plenitude, que é algo que é impossível isso, com um ser humano... A última demanda e que depois, posteriormente, pode apresentar outra demanda... Acho que primeiro a gente tem o objetivo inicial, por isso que eu falo na escola com as pessoas que trabalham a psicoterapia focal, eu vou trabalhar naquele foco ali, aquilo ali sim, que tem que ser atingindo. Tem um termo na psicoterapia breve focal, que chama ‘efeito carambola’. O efeito carambola é o quê? É a bola principal, que é a bola branca ou preta, né? E tem lá outras bolinhas, a bola que vai ser tacada é o foco.... Aí, quando eu for focar em outras coisas, acertar as outras bolas, são as outras áreas da sua personalidade, tentando atingir por

irradiação. E isso é chamado de efeito carambola de irradiação. Então, a gente atinge as outras áreas da personalidade do sujeito, mas a gente não vai atingir tudo na plenitude. Eu penso que, para cada técnica tem seu estilo de paciente.

Ao descrever o atendimento, H. disse que a paciente veio encaminhada pela terapeuta de sua filha. Ela chegou ao consultório “extremamente arrogante”, “antipática” e muito ansiosa. A terapeuta escutou-a e ela foi embora. Mas a paciente voltou, depois de dois meses e iniciou o tratamento. Ela descreveu sua vida como marcada por perdas. O pai morreu e, logo a seguir, a mãe. Ela, então, experimentou uma queda de padrão econômico muito grande. O foco do tratamento envolveu sentimentos em relação às questões familiares, em especial, a relação com a filha. E, junto com o foco, a busca de um companheiro, as atitudes compulsivas, além de uma certa inibição. No momento, o tratamento está começando a focar nas suas próprias questões:

Essa paciente teve uma história de vida assim... Veio de uma família que tinha muito dinheiro, né? O pai tinha muitas posses e que, de repente, o pai morreu e perdeu tudo... Ela foi de uma auge a uma queda. Teve uma história com drogas, noitadas... E que, automaticamente, a mãe morreu também. Ela era jovem... Ela profissionalmente não deu certo, então, automaticamente, ela é uma pessoa com a marca da perda. A demanda dela inicial, a queixa dela, foi encaminhada para uma amiga minha, que também é psicoterapeuta breve focal e que atende a filha dela... E que ela era também um pouco mal criada, porque ela queria conversar com minha amiga para saber tudo que a filha fazia. A menina está com vinte e um anos, vinte e dois, e aí, ela mandou um bilhete para a minha amiga e minha amiga mandou um bilhete para ela dizendo que ela compreendia a ansiedade dela e que ela também deveria procurar uma ajuda. E ela ficou mordida com isso, mas veio no meu consultório, muito arrogante, extremamente antipática. No primeiro encontro, ela chegava aqui topetuda demais, arrogante... Vim aqui porque Dra. K. me mandou aqui. Eu ouvi e tal... Ela era muito ansiosa, e ela foi embora... Aí, depois de dois meses, ela voltou... Aí, trabalhamos algumas questões da filha dela e a gente chegou... Foi muito legal porque a gente conseguiu trabalhar. O nosso objetivo foi atingindo, de ela rever a relação com a filha. A gente trabalhou essa questão da não culpa, né? Essa história da vida, da perda. Foi muito legal. A gente trabalhou esta questão, então, já teve um crescimento nessa relação com a filha dela, mas ela carrega as questões familiares muito forte. As outras partes da família são todas desestruturadas e

ela é a única com uma vida equilibrada, ela é a única que tem uma profissão. Ela é funcionária pública no tribunal de justiça. Vive um pouco ainda do pouco de renda que existe dos bens da família e tudo vem em cima dela. Então, tem essas questões familiares, a busca de um companheiro, pois nunca teve uma relação que teve sucesso. Ela é uma pessoa que age compulsivamente, é uma pessoa inibida, então, a gente tenta trabalhar com outras questões dela. Por ela mesmo, né? Ligar um pouquinho o botão do foda-se, né? E ela é uma pessoa muito interessante... Às vezes, ela tava sem grana... E eu fiquei sem cobrar dela por vários meses, porque não tinha mesmo como... Ela pagava empréstimo de banco, ela queria parar e eu disse que não, que a gente continuaria e que um dia a gente acertaria as sessões.

Tema 7. Sobre o atendimento a adolescentes

Conforme a entrevistada, o atendimento de adolescentes é bem diferente do tratamento com adultos. A queixa pode ser o vestibular ou o seu comportamento, dentro de casa. Na maioria das vezes, a demanda é dos pais. A terapeuta, então, coloca claramente para os pais, que não trabalha a partir das suas expectativas. Que vai falar para o adolescente tudo o que os pais falam, na sessão. E que tenta envolver o jovem, no processo, incluindo o seu desejo:

Sim, é muito diferente. Até pelas próprias características. A queixa é o vestibular, mal criado dentro de casa. E, na maioria, a queixa não é deles, é dos pais. Muitos adolescentes, muitas vezes, nem procuram, vêm porque os pais mandam. A demanda, eles acham muito melhor ele ficar aqui. E o que os pais querem, mas é o seu desejo? Tem que fazer uma anamnese dos pais, aí, depois os adolescentes. Eu coloco para eles as questões referentes ao que os pais trouxeram e aí, devolvo pra ele. Onde eu mostro a psicodinâmica dele. Imagina, não vou fazer alguma coisa com você sem que você não queira, só porque seu pai quer... Eu não me proponho a fazer este trabalho... E eu falo isso muito claro junto com os pais deles. Deixo o desejo do próprio atendido. Que o adolescente vai estar envolvido no processo terapêutico.

E concluiu que gosta mais de atender adulto, embora goste, também, de adolescente, na faixa dos quinze anos, na fase da descoberta das suas habilidades, dos seus limites, dos seus deveres. O que ela não gosta é de atender “dependente químico”,

pois a técnica focal não se encaixa muito bem com esse tipo de paciente, além de ele envolver “depressão” e “uma série de outros comprometimentos”:

Eu gosto de atender mais adulto, eu gosto muito de atender adulto. Mas eu também gosto de atender adolescente, principalmente aqueles na faixa de quinze anos, naquela fase da descoberta das suas habilidades, dos seus limites, dos seus deveres. Eu gosto muito dessa faixa etária. O que eu não gosto de atender mesmo é dependente químico. Por uma opção, mesmo. Por questões de técnica, a psicoterapia breve não se encaixa muito bem com o dependente químico e eu também penso numa questão consciente, que não dá pra atender todos os tipos. Essa é uma questão que você precisa de uma especialidade. Existe depressão e tem uma série de outros comprometimentos... Tem muitos fatores e por isso que eu... esses pacientes eu encaminho.

Temas da entrevista da paciente S.

Tema 1. Sobre a procura do tratamento e o tempo da terapia

A paciente relatou que não foi buscar um atendimento. Foi encaminhada pela psicóloga da filha, preocupada que ela estivesse iniciando um processo de depressão. Então, ela foi fazer uma avaliação e acabou ficando no atendimento: “Eu não busquei a psicoterapia, a terapeuta da minha filha me encaminhou, preocupada que eu estivesse entrando num processo de depressão, e eu fui fazer uma avaliação, só uma avaliação, e fiquei”.

A psicóloga diagnosticou um início de depressão e encaminhou a paciente para um psiquiatra. O profissional avaliou que o caso não era para medicação e a reencaminhou para o atendimento psicoterápico. S., então, voltou ao consultório da terapeuta, para iniciar o tratamento:

Aí, eu fui, ela fez uma avaliação. Ela me encaminhou para um psiquiatra, porque ela achava que eu estava mesmo entrando no processo de depressão. Fui ao psiquiatra, ele fez uma avaliação de que não era caso de psiquiatra, de fazer medicação, até me medicou, mas disse que era um caso de psicoterapia mesmo, não era de psiquiatria, de medicação.

Ela relatou que vem se tratando, com frequência semanal, há mais ou menos três anos. Esse tempo, sem interrupção, embora tenha tentado parar, há um tempo atrás, por problemas financeiros. A terapeuta, então, combinou que ela pagaria por aquelas sessões em outra oportunidade:

Faz um ano e meio e, a princípio, por uma condição financeira, mesmo, que eu estava, mesmo ela fazendo um preço especial, que ela estava fazendo para mim, estava fora do meu orçamento. Ela não deixou eu parar, suspendeu, falou assim: 'Não... você não precisa me pagar agora'. Eu acho, também, que ela percebeu que eu queria dar uma corrida, mais nunca parei.

S. tinha tentado fazer terapia, antes, mas não gostou, não ficou à vontade, pois a terapia era no ambiente de trabalho, com uma colega sua. Além disso, a paciente referiu que a psicóloga tentou fazer uma sessão de hipnose, o que ela não gostou, acabando por abandonar o tratamento, em torno da quarta sessão:

Eu tinha tentado fazer uma vez, no meu trabalho, mas eu não me senti nem um pouco à vontade. Eu sou funcionária pública, tem um setor que é o serviço social, que oferece o tratamento, também. Eu busquei o tratamento, mas não me senti à vontade, não tive empatia com a psicoterapeuta. É uma colega de trabalho, mas não me passava confiança mesmo. Eu não acreditava naquele processo. Inclusive, teve um dia, eu devo ter feito umas quatro sessões, e, na quarta sessão, ela foi tentar fazer um processo de hipnose comigo, que eu achei que... eu não acreditei naquilo e não tive identidade, parei e nunca mais toquei no assunto.

Tema 2. O processo do tratamento

S. foi à terapeuta, no início, “contrariada”, pois acreditava que o problema fosse com sua filha. Mas, com o tempo, percebeu que ela tinha problemas, inclusive em relação à filha. Assim, foi ficando no tratamento, confiando na terapeuta e, com sessenta dias, já estava em uma situação de terapeuta e paciente:

Ela fez uma avaliação. Eu fui bastante, como é que eu vou dizer, contrariada, para lá. Porque eu tinha certeza que o problema era com minha filha adolescente. E fui, com muita má vontade. Fui para ajudar no processo da minha filha, mas com uma extrema má vontade; e a segunda vez também foi de má vontade; a terceira foi de má vontade, porque eu percebi que eu precisava do processo. Que eu acreditava que eu estava totalmente certa e que minha filha estava me causando sérios problemas e na verdade, depois, eu percebi que eu estava causando problemas para minha filha. Não era ela que causava problemas para mim. E, como que eu vou te explicar, adquirindo minha confiança, devagarinho, mas não foi tão devagar assim, eu acredito que em

sessenta dias eu já estava totalmente: eu paciente, ela psicóloga. Eu já era paciente dela, porque eu já estava ali, com a intermediária da minha filha. Eu acredito que isso, uns sessenta dias, eu já assumi o meu papel de paciente. A psicoterapeuta da minha filha deu alta para ela, imediatamente, e eu estou lá três anos.

No início, nas três primeiras sessões, a paciente achava a terapeuta “muito chata”, pensando que a terapeuta não podia avaliar a situação. Ela se definiu como “arrogante” e “prepotente”, nessas primeiras sessões com H.:

Eu achava muito chata, ela não tinha filho, então como ela poderia saber de... Que coisa chata! E eu não conheço a psicóloga da minha filha a Dra. K., então, eu achava aquilo tudo muito chato. Só eu que sabia o que se passava dentro da minha casa, uma coisa bem arrogante, bem prepotente mesmo. Como que alguém pode, sem saber o que eu passo, querer fazer uma avaliação e dizer que eu, mãe, estou errada?.

A situação na terapia foi melhorando a partir da percepção da paciente sobre a relação com sua filha. Ela foi se percebendo uma mãe super protetora, autoritária, o que lhe causava problemas de comunicação com a filha. Ela, então, trabalhando em si esses aspectos, começou a perceber melhoras na relação com a filha, o que a fez acreditar no processo da terapia:

A minha memória é bastante curta, mas eu acredito que foram... o que me marcou muito é que eu queria poupar minha filha de tudo, de todos as dores, de todo os sofrimentos, de todos os perigos. Eu era uma mãe super protetora e, também, além de ser super protetora, autoritária, enfim... E ela começou a pedir para eu tentar mudar, porque o relacionamento meu com a minha filha estava bastante tenso. E eu queria impor e ela não queria aceitar. Eu acho que toda mãe e todo pai passa por esse período da adolescente com... Minha filha é filha única, também, quer dizer, eu voltava tudo para ela e eu comecei a fazer experiência. Aí, ela (a terapeuta) falava: ‘ela tem que ter as dores dela, ela tem que aprender com os sofrimento dela, cada um tem suas próprias dores’ e eu fui achando dentro do que eu achasse, que não a colocasse em risco, eu fui começando a ceder e o relacionamento com minha filha foi melhorando muito, em função disso. E aí, eu comecei a acreditar no processo.

A avaliação de resultados.

S. disse que essa mudança no relacionamento com a filha tem relação direta com o processo da psicoterapia. Ela ficou quase dois anos só tratando disso, e, talvez, esse tenha sido um “modo de fugir” de si mesma. Mas pode dizer que é “uma mãe antes e uma mãe depois” do tratamento:

Foi totalmente resultado do processo, eu acredito. Eu acredito que fiquei uns dois anos trabalhando só isso, minha parte, eu como mãe. Talvez tenha sido até um modo de fugir de mim mesmo... Melhorou muito a minha relação com a minha filha. Eu posso dizer que eu sou uma mãe antes e uma mãe depois.

A entrevistada referiu que tinha muita confiança na terapeuta. H. lhe passava segurança e firmeza, no jeito de lidar com ela:

Ah, total confiança, se não, eu não estaria lá até hoje. Isso para mim é fundamental. Eu acho que, confiança e segurança também na firmeza, no jeito de lidar. Muitas vezes saía dali sem resposta, e queria que ela me respondesse alguma coisa. Mas eu acho que muita confiança, muita confiança.

Sobre as sessões, S. afirmou que o processo de “confiabilidade”, de “empatia” foi tão natural, que ela nem se lembra quando foi mudando. Ela disse que se sente quase como se tivesse um “vínculo de amizade” com a terapeuta, conseguindo “se abrir mais”, a partir disso, vencer as “reservas” que tinha. Assim, ela fala e recebe um “feedback” da psicóloga. E acrescentou que, muitas vezes, a psicóloga “briga” com ela:

Eu, toda vez que eu entro, eu não consigo me lembrar muito, porque foi um processo tão evolutivo de confiabilidade, de empatia, eu nem consigo nem me lembrar se a mudança do processo... Foi uma coisa que foi acontecendo naturalmente. Eu acho que a gente já tem até um vínculo de amizade que eu, nisso, consigo me abrir mais, porque antes eu tinha muitas reservas e hoje eu já falo mais como se fosse uma amiga. E tem sempre um feedback, não é uma coisa calada, monólogo, não. As nossas sessões têm sempre um feedback, briguento, ela briga comigo...

A paciente afirmou que a terapeuta não é sua amiga, mas poderia ser: “Não, não é uma relação de amizade, mas eu gostaria que ele fosse minha amiga, se eu tivesse que escolher uma amiga, eu escolheria ela”.

Sobre os resultados, S. disse que nem sentiu a mudança acontecendo, mas a própria filha falava que ela era uma antes da terapeuta e outra, depois. Então, ela foi percebendo os resultados, na relação com a filha. Houve vezes em que ela questionou se a terapia estava funcionando, se não havia estacionado, e falava para a terapeuta. Mas

esta, muito paciente, ouvia e “não dava muita confiança”, marcando outra sessão. A paciente afirmou que acha que, inconscientemente, tentava parar o tratamento. Ela pensa que a filha já cresceu, que os problemas com ela estão resolvidos. Mas, então, percebe que não falou muito de si. Nesse sentido, ela acredita que o tratamento centrado nela somente agora está começando:

Eu não senti, foi um processo que foi acontecendo. Nenhum momento eu parei para pensar... Algumas vezes, em conversa com a minha filha, a minha filha falava assim: ‘oh, bendita H.! Você é uma antes e uma depois da H’. Algumas brincadeiras, assim, aí, você começa a pensar, realmente mudou, assim, mas não foi um processo. Ah, isso foi funcionando. Eu já cheguei a uma época que eu falei: isso não está funcionando nada, eu não estou evoluindo nada, a gente estacionou, o processo estacionou... E ela, muito paciente, a gente ouvia e não fala nada... Voltava na próxima. Mas eu, tivemos de: ah, isso não está resolvendo nada, eu não estou evoluindo nada... ia lá e falava... essas besteiras e saía de lá e dizia: ‘gente eu não acredito que eu estou pagando para ir lá e falar esse monte de besteira, reclamar da colega de trabalho, da conta que venceu, trivialidades, coisas de rotina’. Aí eu, que me fazia pensar, eu não tenho porque ir lá, eu não tenho... tudo ela já resolveu... com a minha filha... nosso relacionamento é outro enfim... (...)

Eu acho que ela não me dá muita confiança, nesse sentido, não. Ela ouve e já marca outro horário e eu fico sem ligar para conciliar os nossos horários. Fica até um tempo, um mês, ela liga... hoje eu percebo que é como se ela tivesse ligado... A gente pode marcar qual horário? Mas eu acho que, inconscientemente, eu tento dar uma... Não é por querer: ‘vou parar e não vou fazer mais’. Eu já tentei fazer, uma vez por questão financeira, que eu realmente estava muito apertada e a outra... e outra, porque eu achei que o processo estava estacionado, não estou evoluindo nada, não tem porque eu estar aqui... Minha filha já cresceu, formou, a gente já tem um bom relacionamento e agora eu estou por outro motivo. Agora, três anos depois, eu começo a falar de mim mesma. Está começando. Agora que o processo está começando.

Perguntada se ela se imagina sem a terapia, S. disse que sempre imagina que, quando resolver o próximo problema, estará pronta para ouvir que pode terminar o processo. No entanto, sempre há problemas na vida, que “temos que saber

administrar”. Mas que acredita que, no processo, ainda tem alguma coisa que ela não conseguiu resolver consigo mesma. E, por isso, continua em tratamento:

Eu nunca imaginei, assim, não sei. Eu sei que é um processo e espero que acabe em breve. Na realidade, eu já me imaginei sem. Eu sempre achei que o problema que eu estou vivendo, e só aquele que eu tenho pra resolver, e quando ele acaba, eu estou preparada para ouvir, que o processo vai terminar. Mas sempre focar em alguns assuntos diferentes, então, por exemplo, tem horas que eu acho que, a situação financeira vai melhorar, por exemplo... O processo vai acabar porque isso gera outros conflitos. E aí, a situação financeira melhora, e eu acho que... as coisas acontecem todo dia, na vida da gente. São problemas que você vai ter a vida inteira. E saber administrar, quando eles acontecem. Então, eu acredito que o processo tem alguma coisa que eu ainda não consegui resolver comigo mesma, estou pensando nisso agora, hein?