

M 2013



INTERVIR NO SISTEMA DE AJUDA

**O IMPACTO DO PSICOTERAPEUTA ENQUANTO CAREGIVER NO CLIENTE
EQUANTO CARESEEKER**

CLÁUDIA ALEXANDRA DE MAGALHÃES CRISTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM OUTUBRO DE 2013

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**INTERVIR NO SISTEMA DE AJUDA:
O IMPACTO DO PSICOTERAPEUTA ENQUANTO CAREGIVER NO CLIENTE
ENQUANTO CARESEEKER**

Cláudia Alexandra de Magalhães Cristo

Outubro de 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor José Miguez (F.P.C.E.U.P).

*“Pedras no caminho?
Guardo todas...um dia vou construir um castelo.”
(Fernando Pessoa)*

Agradecimentos

A todos aqueles que me incentivaram ao longo destes cinco anos, aqui fica o meu sincero agradecimento:

Ao Professor Dr. José Miguez pela orientação e disponibilidade evidenciada bem como por me incentivar a dar o meu melhor nos momentos mais difíceis.

À Professora Dra. Catarina Brandão pela preciosa ajuda na compreensão do funcionamento do programa de análise de conteúdo NVivo. Tendo em consideração a minha aptidão para as ditas «novas tecnologias», poder contar com o apoio da professora foi sem dúvida uma mais-valia.

Aos meus parceiros de curso e parceiros para a vida João Santos, Marisa Silva, Sara Silva, Ana Ribeiro, Cláudia Leal e Sandra Azevedo. O meu MUITO OBRIGADO por comigo realizarem o sonho de ser psicóloga. As vossas palavras surgiram sempre no momento certo e na hora certa. Personalidades muito distintas mas que juntas dão o verdadeiro significado ao conceito de «amizade». A Cristo agradece-vos todo o vosso companheirismo.

À Filipa por me ter promovido o *insight* num momento final deste percurso. Foste, és e serás uma figura crucial para o culminar destes cinco anos.

Á Rita e à Maria porque juntas conseguimos. Neste curto espaço de convivência partilhamos angústias e preocupações mas também muitas gargalhadas e momentos que certamente ficarão na memória de cada uma de nós. É caso para dizer SOBE EUIPA!

À minha irmã de coração e voz que me acalma, Cátia Machado. Obrigada pelos momentos sérios e menos sérios mas sobretudo por me dares na cabeça quando preciso e por me fazeres sorrir quando menos esperava. *Solamente tu ...*

Aos meus Cristos (mãe, pai e irmão) porque juntos somos todos um. Agradeço a preocupação e carinho da minha «velhinha», a racionalidade do meu «carequinha» e os mimos do meu «maninho». Poderia chegar até aqui sem eles? Poder podia mas não era a mesma coisa. Somos os quatro mosqueteiros prontos para enfrentar qualquer batalha e esta de me tornar psicóloga foi mais que vencida.

Aos meus avós por me alimentarem o ego e elevarem a minha auto-estima ao máximo.

Ao avô João que apesar de «emprestado» é uma figura crucial na minha vida.

Aos tios de coração Zinha Bispo e Manuel Bispo por serem a força impulsora que me fez seguir o meu caminho...e que caminho!

À minha Melguinha por ser a voz que me acalma e por se ter revelado uma excelente surpresa, estou muito grata por fazer parte da minha vida. Não tenho palavras para agradecer todo o apoio e dedicação.

Ao meu Huguinho por toda a espontaneidade característica da idade, obrigado por me chamares «Cláudia fofinha» e «minha gaja boa». Sem dúvida o único que me conseguia arrancar aquele sorriso nos momentos mais difíceis.

À Catarina por ser a minha maninha que me mima sempre no momento certo e na hora certa, o meu mais sincero obrigado.

Resumo

A vinculação é um conceito dinâmico que emerge no contexto da psicoterapia. O modelo do Ajustamento Empático Orientado para Objetivos (*goal-corrected empathic attunement*) postula o *self* como um sistema complexo onde interagem diversos sistemas que orientam o indivíduo, ou inibem-no, na exploração que este faz dos seus problemas e de si próprio. Utilizando uma metodologia qualitativa procurou-se analisar o impacto da ação do psicoterapeuta/*caregiver* no cliente/*careseeker*. Deste modo foram analisados diferentes tópicos com o intuito de fazer inferências neste âmbito tendo como fonte de referência do TABELIS (*Theory of Attachment Based Exploratory Interest Sharing*). O principal instrumento de recolha de dados reporta-se ao SISDAT (satisfações; insatisfações; surpresas; descobertas; aprendizagens, transposições). Os resultados sugerem um impacto significativo dos padrões de interação entre *caregiver* e *careseeker*. A eficácia da referida interação depende em grande medida da capacidade de *attunement* do *caregiver*.

Palavras-chave: vinculação; *caregiver*; *careseeker*; interação; *goal-corrected empathic attunement*; TABELIS.

Abstract

Attachment is a dynamic concept that emerges in the context of psychotherapy. The goal - corrected empathic attunement puts the self as a complex system where many interacting systems that guide the individual, or inhibit it, this makes the exploitation of their problems and of itself. Using a qualitative methodology was sought to analyze the impact of the action of the psychotherapist / caregiver in client / careseeker. Thus different topics were evaluated in order to infer this context as a reference source having the TABELS (Attachment Theory of Interest Based Exploratory Sharing). The main instrument for data collection reports to SISDAT (satisfactions, dissatisfactions, surprises, discoveries, learning, transpositions). The results suggest a significant impact of the patterns of interaction between caregiver and careseeker. The effectiveness of this interaction depends largely on the ability of the caregiver attunement.

Keywords: attachment; caregiver; careseeker; interaction; goal-corrected empathic attunement; TABELS.

Résumé

Attachment est un concept dynamique qui émerge dans le contexte de la psychothérapie. Le modèle du Ajustement Empathique Orienté à Objectifs (goal-corrected empathic attunement) postule self comme un système complexe où interagissent nombreux systèmes qui guident l'individu, ou inhibent, dans l'exploitation de leurs faits et de lui-même. En utilisant une méthodologie qualitative nous avons cherché à analyser l'impact de l'action du psychothérapeute / careseeker en mode client / careseeker. Ainsi, différents sujets ont été évalués afin de faire inférences en ce contexte comme une source de référence de TABELS (Theory of Attachment Based Exploratory Interest Sharing). Le principal instrument de collecte de données se réfère au SISDAT (satisfactions, insatisfactions, surprises, découvertes, apprentissage, transpositions). Les résultats suggèrent un impact significatif des modes d'interaction entre le caregiver et careseeker. L'efficacité de cette interaction dépend largement de la capacité de l'harmonisation (attunement) de caregiver.

Mots-clés : attachement ; caregiver ; careseeker ; interaction ; goal-corrected empathic attunement; TABELS

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	4
1. A Consulta Psicológica	
2. Teoria da Vinculação – TABELS	9
2.1.As funções do self	13
2.2. Os modelos de funcionamento interno	14
2.3.Os comportamentos e as respostas de careseeking e de caregiving	16
2.4. <i>Goal Corrected Empathic Attunement</i> (GCEA)	18
II. Metodologia	23
1. Enquadramento	23
2. Objetivos de estudo e hipóteses de investigação	23
3. Método	24
3.1. Participantes	24
3.2.Instrumentos	24
3.3.Procedimento de tratamento da informação	25
III. Resultados e Discussão de Resultados	30
Considerações finais	43
Referências bibliográficas	45

Introdução

A presente dissertação de mestrado insere-se no âmbito da intervenção em situações de apoio tendo como fonte de referência a *Theory of Attachment Based Exploratory Interest Sharing* (TABEIS).

O principal objetivo deste trabalho é compreender qual o impacto do psicoterapeuta (caregiver) no cliente (careseeker), analisando os referidos padrões de interação.

Assim, numa primeira fase e como forma de contextualizar o estudo em questão realizou-se um enquadramento teórico no qual foi exposto o modelo de vinculação de Bowlby e o modelo proposto por Lake & Heard (2009), o TABEIS. Para além disso foi efetuada uma breve referência acerca da importância dos fatores presentes no desenrolar da consulta psicológica, enaltecendo o papel do psicoterapeuta enquanto *caregiver*.

A temática da vinculação assume um papel preponderante neste trabalho, sendo compreendida como um sistema inato cuja evolução vai influenciar e organizar os processos motivacionais, emocionais e da memória, com especial relevo ao nível dos *caregivers*. A teoria desenvolvida por Dorothy Heard e Brian Lake, em 2009 coloca a relação de dar/receber apoio no centro do quadro dinâmico de sobrevivência vs exploração, descrevendo um processo instintivo restaurador que é ativado sempre que o sujeito se sente ameaçado.

Num segundo momento procedeu-se à elaboração da metodologia, sendo que esta constitui uma forma de planificação e descrição do trabalho desenvolvido. Neste sentido foram elencados os objetivos de investigação, caracterizou-se a amostra assim como a recolha de informação e procedimento de análise da mesma. Tendo em consideração o carácter qualitativo da presente investigação recorreu-se ao programa de análise de conteúdo NVivo 10 for Windows.

Tendo por base os resultados recolhidos foi elaborada a discussão dos mesmos, propiciando assim uma reflexão acerca destes. Nesta fase é crucial mencionar as limitações que emergiram no decorrer da realização do estudo.

Em suma referimos que a vivência dos papéis de *caregiver* e *careseeker* está patente no nosso quotidiano nas relações que estabelecemos com a família, amigos e

colegas de trabalho. Contudo, o foco do nosso estudo remete para a análise da interação entre os referidos sistemas no contexto da intervenção em consulta psicológica.

CAPÍTULO I.

Enquadramento Conceptual

I. Enquadramento Conceptual

1. A Consulta Psicológica

O termo «consulta» remete para o ato de deliberar frequentemente, consultar e interrogar. Por sua vez a «entrevista psicológica» pode ser definida como o ato de comunicação, isto é a partilha de informação entre os interlocutores. O referido processo é pautado por uma simbologia (linguagem) e conteúdo «não-verbal» (gestos, expressão facial, postura). A entrevista psicológica permite construir uma nova realidade, propondo interpretações alternativas dos factos (Pediñelli & Rouan cit in Cyssau, 2003).

A consulta psicológica implica que ocorra uma reflexão por parte do psicólogo clínico relativamente a uma determinada questão colocada pelo paciente. O referido processo de intervenção requer o conhecimento e a utilização de diversas técnicas especializadas de apoio, escuta ativa e reformulação que deverão ser empregues como forma de proporcionar uma ajuda eficaz e continuada aos sujeitos que ultrapassam momentos difíceis da sua vida. Os problemas são diversos, tais como: tensão emocional, ansiedade, dificuldades conjugais, medo, perda, luto, entre outros. Neste sentido o objetivo é promover «um novo olhar» acerca dos comportamentos, sentimentos e pensamentos das situações que o sujeito considere problemáticas. Os sentimentos positivos e negativos são igualmente aceites, sendo interpretados como parte integrante da personalidade, sendo esta aceitação que confere ao sujeito a oportunidade de pela primeira vez na sua vida compreender a si próprio tal como é. «Não tem necessidade de uma atitude de defesa face aos sentimentos negativos» (Rogers, 2005, p. 40). É nesta compreensão de si que reside o aspeto mais importante de todo o processo.

Frequentemente associada à consulta psicológica está a ideia de fraqueza, interpretada como uma incompetência por parte do sujeito em lidar com o que o rodeia. Efetivamente reconhecer que se necessita da ajuda de um profissional de saúde mental pode revelar-se um processo complexo e extremamente delicado. Deste modo é imprescindível traçar em conjunto com o cliente os objetivos a alcançar, frisando que este é um processo de cooperação. Ao longo do processo terapêutico é crucial estabelecer uma relação de confiança que permita atribuir um novo significado às diferentes experiências emocionais. De realçar que por vezes não são obtidos os resultados esperados da consulta psicológica devido ao facto de nunca se ter estabelecido uma relação satisfatória entre psicólogo e cliente.

«Os psicólogos e terapeutas não têm frequentemente uma noção muito clara da relação que devia existir e, por isso, os seus esforços terapêuticos são vagos e indecisos quanto à direção e aos resultados. A sutil inter-relação que se cria entre o terapeuta e o cliente, o psicólogo e o aconselhado, exige uma grande atenção». (Rogers, 2005, p.86).

Tendo por base a frase supracitada torna-se pertinente esclarecer algumas particularidades da relação terapêutica. Assim sendo, esta pode ser interpretada como uma relação única que se distingue da relação pais-filhos ao não requerer uma permanência e dedicação constantes e afasta-se de uma relação de amizade pela ausência de reciprocidade (dar e receber) (Rogers, 2005). O psicólogo está consciente das suas limitações e campo de ação. Contudo, o cliente não tem a perceção exata de todos os mecanismos envolvidos no processo de consulta psicológica. Deste modo, a verdadeira relação terapêutica surge no momento em que o sujeito descobre que pode baixar as suas defesas psicológicas habituais uma vez que o psicólogo não efetua juízos morais acerca da sua conduta. É nesta possibilidade de o cliente ser ele próprio que os mecanismos de defesa e compensação são desativados.

«Na relação terapêutica, pode avaliar os seus impulsos e atitudes, os seus conflitos e opções, os padrões passados e os problemas presentes, de uma forma tanto mais verdadeira quanto, por um lado se libertou da necessidade de se proteger de um ataque e, por outro, está defendido de uma dependência demasiado complacente.» (Rogers, 2005, p.91).

Visto que a relação terapêutica tem contornos tão distintos das restantes da nossa vida, é fundamental compreender como cliente e psicólogo se adaptam a este modelo relacional dotado de extrema complexidade. Um estudo desenvolvido por Porter teve como objetivo analisar o papel desempenhado pelo psicólogo (*cit in* Rogers, 2005). Para tal foram gravadas dezanove entrevistas, sendo as várias técnicas de consulta psicológica divididas da seguinte forma: as que definem a situação da entrevista; as que apresentam e desenvolvem a situação do problema; as que elaboram a compreensão e as que garantem e aceleram a atividade do paciente. A referida investigação permite inferir que numa primeira fase do contacto terapêutico é privilegiada a explicação do papel do psicólogo. Sendo que nas fases seguintes existe uma tendência para desaparecerem elementos desse género.

Como referido anteriormente, a relação de consulta psicológica é pautada pela aceitação e ausência de julgamentos morais o que permite ao cliente a expressão máxima dos seus sentimentos, atitudes e questões que o perturbem. Deste modo a relação é bem delineada, com limites de tempo, de dependência e de atitudes agressivas que são válidas para cliente e psicólogo.

«Nesta experiência única de uma liberdade emocional perfeita dentro de um quadro de referência bem definido, o cliente é livre para reconhecer e compreender os seus impulsos e modelos de conduta, positivos ou negativos, o que não se verifica em nenhuma outra relação. Esta relação terapêutica é distinta da maior parte das relações de autoridade na vida de todos os dias e incompatível com elas.» (Rogers, 2005, p. 114)

A livre expressão de sentimentos é um dos principais objetivos da consulta psicológica, pretendendo-se externalizar as emoções, ideias e atitudes que estão no centro dos problemas e conflitos de cada sujeito. Neste sentido é necessário que o psicólogo seja suficientemente hábil para permitir ao cliente a referida expressão. (Rogers, 2005) Tal como mencionado anteriormente, a própria relação terapêutica irá estimular este processo.

«Quando uma pessoa fala de si e dos seus problemas, especialmente na relação de consulta psicológica em que não há necessidade de se defender, os verdadeiros problemas tornam-se cada vez mais evidentes para um interlocutor atento» (Rogers, 2005, p. 132). Contudo, este processo implica dificuldades quer para o paciente quer para o psicólogo, sendo pertinente refletir acerca das mesmas. A capacidade de reconhecer os sentimentos do cliente tem um carácter intuitivo. Contudo, tal habilidade é desenvolvida no exercício da sua atividade profissional. Deste modo nos primeiros momentos enquanto psicólogo surge o dilema entre dar resposta às emoções expressas pelo cliente ou responder de acordo com conteúdo intelectual. Seguindo a presente linha de raciocínio, numa primeira experiência a tendência é de conduzir a consulta psicológica adotando uma postura factual. De acordo com Rogers (2005) quando o psicólogo responde num plano intelectual às ideias que o cliente exprime, desvia a expressão para canais intelectuais escolhidos por si o que bloqueia a livre manifestação de sentimentos, acabando por solucionar os problemas tendo por base as suas interpretações, que poderão ser ou não consonantes com as do cliente. Por sua vez quando o psicólogo presta especial atenção às atitudes emocionais concede ao paciente a satisfação de se sentir compreendido num nível profundo, tornando-o capaz de

expressar outros sentimentos e assim conduzi-lo a uma forma mais eficaz de encontrar as raízes afetivas do seu problema. Apesar de este ser considerado o melhor caminho para a compreensão recíproca entre cliente e psicólogo, não significa que não existam «pedras» no caminho. É necessário que o profissional de saúde mental desenvolva a capacidade de focar a sua atenção na tonalidade afetiva daquilo que é dito.

De uma forma geral, não é extremamente complicado fazer com que o cliente expresse sentimentos negativos face a outrem, como é o caso de padrões, pais e professores. No entanto, quando tais apreciações negativas são elaboradas em torno do próprio cliente ou do psicólogo podem ocorrer duas situações: agir em defesa do cliente devido à simpatia que temos por ele ou estabelecer a nossa própria defesa enquanto psicólogos (Rogers, 2005). Seguindo a presente linha de raciocínio, nos momentos em que o cliente se sente profundamente desanimado, com ideias negativas acerca de si e considerando-se totalmente incapaz, a tendência natural por parte de um psicólogo inexperiente é convencê-lo que está a exagerar. «Isso provavelmente será verdade e o argumento do psicólogo é intelectualmente lógico, mas não terapêutico. O cliente sente-se sem valor, sejam quais forem as boas qualidades que lhe possam ser objetivamente atribuídas» (Rogers, 2005). Deste modo o trabalho do psicólogo será mais eficaz se proporcionar o reconhecimento desses sentimentos negativos, fazendo com que o cliente admita que são seus e conseqüentemente descubra qualidades positivas.

A maioria dos psicólogos que estão a dar os primeiros passos tendem a vivenciar com maior dificuldade as atitudes que são ambivalentes e menos claras. As atitudes ambivalentes precisam ser analisadas tão abertamente quanto os sentimentos positivos e negativos. O facto de os sentimentos serem contraditórios não deve perturbar o psicólogo, sendo fundamental esclarecer as respetivas ambivalências, dado que são atitudes contraditórias mas não no sentido de uma ser verdadeira e a outra falsa (Rogers, 2005). Ao não assumir uma postura excessivamente compreensiva e de aprovação nem crítica e reprovadora confere ao cliente a liberdade de manifestar outros sentimentos contraditórios que constituem um obstáculo no acesso aos seus problemas de adaptação.

As atitudes do cliente para com o psicólogo são também um aspeto a ter em consideração no âmbito da consulta psicológica. Neste sentido, quando o cliente manifesta apreciações positivas face ao psicólogo, este deve deixar o sujeito à vontade para modificar esse sentimento sem se sentir culpado por isso. Numa fase inicial enquanto psicólogos a

tendência será ficar envaidecido com o comentário. No entanto, é fundamental manter a atitude desenvolvida até ao momento, evitando agradar o cliente com o intuito de continuar a obter a sua admiração. Por outro lado o paciente pode expressar sentimentos negativos relativamente ao processo terapêutico, sendo pertinente reconhecer tais atitudes. Por mais que o psicólogo se sinta pessoalmente atacado deverá procurar o distanciamento necessário para a «saúde» da relação terapêutica.

Quando o contato terapêutico se aproxima do final é importante transmitir a ideia de que o cliente está livre para prosseguir sem a necessidade de acompanhamento psicológico visto que adquiriu a independência e autonomia necessárias. Inicialmente o paciente poderá assustar-se com a ideia de se tornar independente. Contudo, progressivamente vai chegando ao ponto em que manifesta a vontade de terminar o referido contacto. No que concerne à atuação do psicólogo, este não deve efetuar qualquer tentativa de reter o cliente por pensar que os seus problemas não estão todos resolvidos. O importante é que o paciente selecionou objetivos adequados e tem a coragem e a confiança para procura-los. «*O psicólogo deve aprender a ir buscar a sua satisfação pessoal no progresso do cliente no sentido do crescimento, não em mantê-lo dependente.*» (Rogers, 2005, p. 233). De uma forma geral o término da consulta virá mais cedo do que o psicólogo pensa. Ao estarmos tão centrados nos problemas não resolvidos, não tomamos consciência suficiente da preparação do cliente para prosseguir com a sua vida de uma forma autónoma. Seguindo esta linha de raciocínio o psicólogo deverá colocar as necessidades do cliente em primeiro lugar, exercendo a sua satisfação pessoal um segundo plano. Segundo Rogers (2005), o dever do psicólogo é o de auxiliar o cliente, fazendo-o sentir-se livre para cessar a relação assim que se sentir preparado. Deste modo a duração do processo terapêutico depende igualmente da competência do psicólogo e da gravidade da desadaptação do cliente.

No processo de consulta psicológica podem estar presentes dois ou mais interlocutores, caso seja terapia individual ou de grupo. Contudo, pode-se mencionar que existem essencialmente dois lados, o do psicólogo e do cliente (s). Neste sentido, o profissional com formação no âmbito da Psicologia irá orientar a sua atuação tendo por base fatores teóricos. Por sua vez a conduta do cliente será baseada na sua experiência de terapia e representações que tem acerca de si e do outro (Kramer, Roten, Beretta, Michel & Despland, 2008; Tyron, Blackwell, & Hummel, 2008 cit in Ribeiro, E, 2009).

De acordo com Ribeiro (2009) a teoria da vinculação tem constituído um pressuposto base no estudo da aliança terapêutica, na medida em que proporciona ao cliente a oportunidade de ser cuidado no contexto de uma relação específica, cuja qualidade depende da capacidade do cliente para confiar e aceitar ser confortado. Um aspeto que se torna pertinente referir reporta-se ao estilo de vinculação do cliente. Investigações efetuadas neste âmbito têm demonstrado que clientes com um padrão de vinculação seguro desenvolvem alianças terapêuticas positivas, enquanto os clientes com um estilo inseguro apresentam maior variabilidade na aliança estabelecida com o terapeuta (Ribeiro, 2009). Deste modo, os pacientes seguros demonstram com maior facilidade sentimentos de conforto e segurança na relação terapêutica pelo que as respostas são interpretadas como sendo de suporte e sensíveis às suas necessidades.

«Por outro lado, o conforto com a intimidade terapêutica e a sua maior capacidade para depender dos outros sem ameaça do self, são aspetos referidos na literatura como bons preditores, não só da melhor qualidade da aliança terapêutica, como no sucesso da resolução de ruturas a longo prazo» (Collins & Read, 1990; Kivlighan, Patton, & Foote 1998; Satterfield & Lyddon, 1995 cit in Ribeiro, 2009, p.47).

Os clientes com um padrão de vinculação preocupado apresentam uma inquietação face à possibilidade de serem rejeitados/abandonados pelo terapeuta o que os leva a adotar uma postura de submissão perante o psicólogo. Seguindo a presente linha de raciocínio, o real envolvimento no processo terapêutico fica condicionado (Ribeiro, 2009). No que concerne aos clientes com um estilo de vinculação desligado, a literatura indica que estes tendem a estar associados a perceções positivas da aliança, contudo a uma dimensão superficial (Ribeiro, 2009). Por sua vez, os sujeitos com um padrão de vinculação evitante, desenvolvem relações terapêuticas caracterizadas como sendo de menor qualidade.

2. Teoria da Vinculação - TABELIS

O termo «self» pode ser compreendido como «*uma entidade autónoma imersa nas dinâmicas exploratórias de partilha de interesses e vinculação*» (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 5). Por outras palavras o self desenvolve-se no decorrer das relações interpessoais que estabelecemos com outros significativos ao longo do ciclo vital. Neste sentido e tal como citado por Ribeiro (2009) o que será crucial para estabelecer uma aliança terapêutica de qualidade e duradoura são as características do terapeuta que

promovam a capacidade para negociar eficazmente os processos interpessoais e de trabalho terapêutico inerentes à cooperação entre cliente e psicólogo. Existem contudo comportamentos que podem condicionar negativamente a aliança terapêutica, sendo estes: imposição dos seus próprios valores; comentários irrelevantes; encorajamento da dependência; partilha de conflitos emocionais pessoais que implicam a quebra de barreiras terapêuticas e expressão de sentimentos negativos em relação ao cliente; ausência de uma estruturação da sessão; intervenções superficiais; inflexibilidade no plano terapêutico; uso excessivo de interpretações de transferência (Piper, et al., 1999 cit in Ribeiro, 2009).

No dia-a-dia surgem múltiplas ameaças com as quais cada individuo tem de lidar. Neste sentido surge a seguinte questão: Que mecanismo torna possível colmatar as eventuais adversidades do quotidiano? Heard & Lake (2009) propõem um modelo, designado *Processo Reparador* segundo o qual perante uma situação de ameaça são ativados os sistemas de careseeking e de defesa do sujeito e será a interação com um caregiver empático que irá permitir repor a sensação de bem-estar do careseeker. Deste modo, a sensação de bem-estar é mantida até que surja uma nova ameaça, repetindo-se o mecanismo explicado pelos autores. De realçar que o processo em questão implica a existência de uma partilha de interesses entre o careseeker e o caregiver. Um aspeto que se torna pertinente referir reporta-se ao reconhecimento do estado emocional do outro. No contexto de consulta este fator adquire extrema importância visto que caso o psicólogo ignore os sentimentos expressos pelo cliente irá passar a mensagem de que não o está compreender, podendo despertar neste a vontade de terminar a terapia ou tornar-se agressivo para com o terapeuta (Heard, Lake & McCluskey, 2009). Continuando, a questão da identificação do estado emocional do outro, Heard & Lake (2009) consideram que os sinais não-verbais como os gestos, a expressão facial e o tom de voz representam um forte indicador da emoção que um determinado sujeito experiencia no momento. Assim sendo, para que o caregiver possa dar um apoio eficaz ao careseeker é necessário que esteja atento não só à comunicação verbal mas também não-verbal do individuo procurando transmitir que compreende o que o este sente naquele instante. Nas interações que estabelecemos emitimos sinais que indicam proximidade ou distanciamento perante outrem. Deste modo, se por um lado sorrir e olhar diretamente para os olhos da pessoa implica aproximação, por outro desviar o olhar representa um desejo, mesmo que inconsciente, de manter a distância (Heard, Lake & McCluskey, 2009).

Como referido anteriormente o self representa «uma entidade autónoma imersa nas dinâmicas exploratórias de partilha de interesses e vinculação» (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 5). No entanto, torna-se pertinente compreender qual o significado de tal citação. A elaboração desta possível definição de self baseou-se na literatura existente acerca da vinculação, nos estudos de autores como Freud, Guntrip, Winnicott e Fairbairn e no trabalho desenvolvido no contexto de consulta (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 44). Tendo como suporte as referidas fontes de informação, Heard, Lake & McCluskey desenvolveram o modelo designado de Theory of Attachment Based Exploratory Interest Sharing (TABEIS). O presente modelo teórico enquadra a relação de dar e receber apoio no centro da dinâmica de sobrevivência vs exploração, descrevendo um processo restaurador que é ativado instintivamente sempre que o sujeito percebe uma ameaça (*Processo Reparador*). Os autores focaram a sua atenção na compreensão dos conceitos de «pessoa» e «self» visto que existe uma tendência errónea para pensar que a pessoa atua num ambiente completamente diferente do self. Assim sendo, Heard, Lake & McCluskey (2009) consideram que

«uma pessoa que está a interagir com outras pessoas e pretende construir uma vida com essas mesmas pessoas planeando os próximos acontecimentos, vive num ambiente externo para o qual o self contribui ao usar instintivamente o sistema de suporte. Por outro lado o self num estado de subjetividade vive dentro de um ambiente interno» (Heard, Lake & McCluskey, 2009, p. 45).

O ser humano é um ser de relações que atua numa dada sociedade pelo que será natural que as suas crenças, ideias, opiniões e até mesmo tomada de decisão sejam influenciadas pelo contato estabelecido com outros significativos. Seguindo esta linha de raciocínio, o self é também construído no contexto interpessoal do sujeito, através dos sinais verbais e não-verbais emitidos pelo caregiver ou por pessoas que exerçam algum tipo de autoridade sobre o indivíduo.

A vinculação («attachment») pode ser compreendida como um sistema inato cuja evolução vai influenciar e organizar os processos motivacionais, emocionais e da memória, com especial pertinência ao nível do caregiver. A investigação feita neste âmbito incide na existência de dois estados afetivos aos quais crianças e jovens estão expostos, sendo estes segurança/insegurança e vinculado às pessoas/procura da pessoa. De acordo com Heard, Lake & McCluskey (2009) um self seguro implica ter a certeza de que existe alguém

disponível com quem se pode contar para desenvolver uma relação próxima de confiança, sendo frequentes e consistentes as interações de apoio, isto é interações que permitam alcançar o objetivo do sistema de careseeking. Contrariamente, inerente a um self caracteristicamente inseguro estão interações com caregivers que não dão o apoio necessário para que o objetivo de careseeking seja atingido. Geralmente, o self inseguro desenvolve-se devido à emissão por parte do caregiver de sinais inconsistentes e contraditórios a nível emocional e verbal. Os autores chamam a atenção para o facto de que um self seguro não implicar «estar seguro» em todas as situações visto que o sujeito poderá eventualmente encontrar-se numa situação em que é incapaz de estabelecer contato com um caregiver de confiança. Neste momento, a forma como o individuo lida com a situação irá depender da qualidade do seu modelo de funcionamento interno, que contém o historial das relações estabelecidas com outros significativos (Heard, Lake & McCluskey, 2009).

Sendo que o self se desenvolve ao longo do ciclo vital torna-se pertinente compreender como ocorre esta evolução. Logo ao nascimento é possível perceber se o self manifesta um desejo pela procura externa ou pela procura interna. Deste modo um self extrovertido está associado a elevados níveis de vitalidade e interesse, sendo estes os componentes essenciais para que uma pessoa seja percebida como carismática. É esse carisma que faz com que outras pessoas apreciem a companhia desse sujeito (Heard, Lake & McCluskey, 2009). É fundamental ter uma noção geral de quais as funções do self em cada faixa etária com o intuito de perceber qual o processo que permite assegurar o bem-estar de cada individuo. Neste sentido, Heard & Lake focaram a sua atenção em dois períodos essenciais: final da infância e início adolescência, caracterizada por grandes alterações ao nível psicológico que permitem que a criança se transforme num adulto (cit in Heard, Lake & McCluskey, 2009). Durante a infância, a criança aprende não só a ver o mundo de acordo com «os seus olhos» mas também tem em consideração o ponto de vista do outro. Assim sendo, adquire a capacidade de partilhar um objetivo comum com outra pessoa, tendo uma participação ativa para o alcance do mesmo. Por outras palavras, nesta idade as crianças desenvolvem a competência da empatia. Este conceito pode ser compreendido da seguinte forma:

«para que um sujeito A seja empático com um sujeito B, o sujeito A tem de ser capaz de interpretar os sinais emocionais não-verbais que o sujeito B emite, usando a sua capacidade inata para os reconhecer, isto é ser simpático. Mas concomitantemente o sujeito. O sujeito A expressa o desejo de agir através de B de

uma forma que é sinceramente apoiante e não é misturada com sinais não-verbais coercivos e temerosos ou mensagens verbais» (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 242).

No decorrer da adolescência ocorrem mudanças ao nível cognitivo, físico e emocional, fazendo com que o sujeito questione a sua identidade “Quem sou eu?”. O self caracteriza-se por uma vontade iminente de iniciar uma relação sexual com um determinado par. Apesar de os sujeitos preferirem a companhia dos pares à da família a relação com os familiares não é quebrada, visto que são estes que permitem ao sujeito alcançar os seus objetivos. Neste sentido, adolescentes com um tipo de vinculação seguro procuram manter o contacto com os parentes que estão contentes por estes interagirem de forma segura com os seus pares. Por sua vez, adolescentes com um tipo de vinculação insegura geralmente não têm o apoio necessário na transição para um novo contexto.

2.1. As funções do self

Na idade adulta, o self pode exercer cinco funções distintas, sendo estas: defensiva, careseeking, caregiving, partilha de interesses e sexual. O self defensivo relaciona-se com a perceção do perigo, colocando em causa o bem-estar do sujeito. Como referido anteriormente, quando o individuo se sente ameaçado são ativados os sistemas de defesa, de vinculação/careseeking e apoio interno/externo. A função do self relacionada com o sistema de careseeking reporta-se ao facto deste sistema ser ativado perante uma situação de perigo. Contudo, o sistema de careseeking implica a cooperação de um caregiver empático que permita alcançar o objetivo do careseeker e lidar eficazmente com eventuais obstáculos. A função relativa ao sistema de caregiving reporta-se às capacidades que o caregiver deve possuir de forma a apoiar o careseeker no alcance dos seus próprios objetivos. A ação do caregiver move-se entre duas formas, de proteção, conforto, ajuda na satisfação das necessidades da pessoa e educativa, isto é partilha de interesses (Heard, Lake & McCluskey, 2009). A partilha de interesses implica que duas ou mais pessoas manifestem curiosidade/ interesse por um determinado tópico, partilhando as suas ideias. Quando nos referimos a um self sexualmente despertado é crucial ter presente que pode ativar dois sistemas distintos: sistema sexual afetivo relacionado com um self seguro; sistema defensivo da sexualidade associado a um self inseguro. Mais concretamente, Heard & Lake consideram que as relações sexuais afetivas permitem ao sujeito ter a experiência de estar realmente próximo de alguém por quem se sente atraído pelas suas características

físicas, emocionais e psicológicas. Por sua vez um tipo de sexualidade defensivo envolve perversões sexuais e o abuso de crianças e de outros adultos (Heard, Lake & McCluskey, 2009).

2.2. Os modelos de funcionamento interno

Ao longo do texto, está patente a ideia de que para que um sujeito consiga ultrapassar eventuais adversidades e lidar com as ameaças quotidianas é necessário o apoio de alguém significativo que permita assim restaurar o seu bem-estar. Muitos psicoterapeutas começaram a interessar-se pela teoria da vinculação, explorando as interações que ocorrem entre as crianças e os seus caregivers e o efeito destas no desenvolvimento da relação entre eles. No entanto, nem sempre é possível estabelecer o contato com uma figura competente, pelo que se torna pertinente compreender «O que é que acontece quando o self está sob ameaça ou sozinho?». Como resposta a esta questão surgem os Modelos de Funcionamento Interno. De acordo com Bowlby «são requeridos dois modelos de funcionamento: um relativo ao ambiente externo de uma pessoa e outro relacionado com as capacidades físicas para agir e realizar os planos idealizados» (cit in Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 118). Mais tarde, Heard, Lake & McCluskey (2009) referem que os Modelos de Funcionamento Interno são construídos pelo self através de um número considerável de relações estabelecidas. Apesar destes modelos estarem evidenciados nos nossos comportamentos, não temos consciência do seu processamento. Os Modelos de Funcionamento Interno caracterizam-se por uma organização complexa. Contudo, na sua essência são constituídos por um conjunto de representações elaboradas a propósito de situações específicas, experienciando sentimentos advindos da interação com outrem com um propósito específico em mente. Para além das representações de cada situação/acontecimento, os Modelos de Funcionamento Interno incluem também uma representação das consequências a curto e por vezes a longo prazo das interações (Heard, Lake & McCluskey, 2009) Neste sentido, é possível perceber que a construção dos Modelos de Funcionamento Interno ocorre ao longo do tempo, sendo um processo gradual e representativo da história que alguém tem com um aspeto particular do mundo no qual atua. Tendo em consideração que os referidos modelos englobam representações das situações como das suas consequências, irão desempenhar um papel importante em tarefas de planeamento. A capacidade de planear melhora significativamente a partir do momento em que a criança consiga elaborar uma visão do futuro que ultrapasse o período de um ou dois dias. Assim sendo, inicialmente a criança tem presente a noção de passado e de

presente, construindo gradualmente projeções futuras, o que ocorre por volta dos três anos de idade. Nesta faixa etária as crianças começam a desenvolver a ideia de que existe um próximo Natal, um próximo aniversário (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 120). O facto de a criança ter em mente a ocorrência de eventos futuros faz com que esta seja capaz de idealizar objetivos acerca do que pretende fazer e ser, tendo em conta o seu mundo e o dos outros. Tendo por base o racional teórico inerente aos Modelos de Funcionamento Interno, Heard & Lake (1997) aprofundaram a ideia de que existem dois sistemas instintivos, isto é um sistema apoiante (supportive) e outro não apoiante (unsupportive) (in Heard, Lake & McCluskey, 2009). Os autores postulam que estes sistemas são ativados sempre que o sujeito está sozinho e não há ninguém por perto que possa prestar o apoio e cuidados necessários. Quando o sistema age de forma apoiante permite ao indivíduo lidar com as ameaças ao seu bem-estar, nomeadamente quando as suas figuras de apoio não estão disponíveis. Contrariamente, quando o sistema age de uma forma caracterizada como não apoiante, isso faz com que o medo, ansiedade e medidas defensivas do sujeito aumentem.

A procura de uma figura de apoio por parte do careseeker não é novidade, mas como será que esta procura e obtenção do cuidado requerido ocorre na prática. Por outras palavras, «Em termos práticos como é que os careseekers alcançam o objetivo do careseeking?». Aqui, adquire extrema importância a competência do caregiver enquanto prestador de cuidados. Seguindo a presente linha de raciocínio, para que o objetivo de careseeking seja alcançado, é necessário que o caregiver seja capaz de reconhecer empaticamente o estado emocional do careseeker e comunicar essa compreensão através de sinais não-verbais acompanhados de alguma mensagem verbal. É importante que os caregivers tenham a noção de que os careseekers podem estar a pedir não só um apoio de carácter prático mas também emocional (Heard, Lake & McCluskey, 2009 p. 130). Uma vez mais está patente a importância de não ignorar os sentimentos do careseeker, procurando dar uma resposta emocionalmente adequada. Torna-se pertinente mencionar que o caregiver deve ter especial atenção ao seu tom de voz e o *timing* para efetuar qualquer comentário, ou seja o caregiver deve ter a capacidade de regular o seu próprio comportamento visando sempre o bem-estar do careseeker.

Tornar-se sensível e responsivo face aos sinais não-verbais e mensagens verbais do careseeker representa um componente essencial para que a psicoterapia exploratória seja eficaz. Heard, Lake & McCluskey (2009) chamam a atenção para o facto de sermos altamente responsivos ao que vemos na cara da outra pessoa e sermos influenciados pela

interação que estabelecemos com essa mesma pessoa. Assim sendo, a forma como percebemos a interação que alguém estabelece conosco afeta a nossa vitalidade, identidade, autoestima e sentido de competência. Se por um lado a interação estabelecida com uma pessoa é positiva isso irá enaltecer a nossa vitalidade, autoestima e sentido de competência, por outro tais características são diminuídas na presença de alguém que tememos. Assim que o sistema de careseeking é ativado por uma ameaça ao seu bem-estar, amigos, parceiros ou até mesmo terapeutas podem dar respostas de dois tipos: apoiantes e livres de medo ou que ameaçam o bem-estar do careseeker, tendo um profundo efeito no sentido de competência do sujeito (em última instância pode ativar um estado de desorganização e angústia).

2.3. Os comportamentos e as respostas de careseeking e de caregiving

McCluskey, em 2005 identificou a existência de cinco comportamentos típicos de careseeking e cinco respostas típicas de caregiving. Como comportamentos de careseeking refere: 1) o careseeker quer discutir sentimentos, conflitos e preocupações; 2) o careseeker está relutante em discutir sentimentos, conflitos e preocupações; 3) o careseeker aborda problemas que o preocupam mas enreda e confunde o caregiver quando este tenta ajudar; 4) o careseeker aborda problemas que o preocupam mas dispensa o caregiver quando este tenta ajuda-lo; 5) o careseeker está sobrecarregado, incoerente e desorganizado na sua apresentação de sentimentos, conflitos e preocupações. Relativamente às respostas de caregiving, a autora identifica as seguintes categorias: 1) o caregiver permanece sintonizado com os afetos do careseeker e regula os seus níveis de excitação; 2) o caregiver evita os afetos do careseeker e tenta desviar o careseeker da exploração dos mesmos; 3) o caregiver evita lidar com o afeto e torna-se desorganizado; 4) o caregiver evita lidar com o afeto do careseeker e torna-se imobilizado; 5) o caregiver não está sem sintonia com o afeto do careseeker e torna-se desorganizado (in Heard, Lake & McCluskey, 2009 pp. 134/135). Tendo por base os tipos de comportamentos do careseeker e respostas do caregiver é possível compreender que o primeiro item de cada um é o que seria de esperar de um careseeker e um caregiver seguros, levando assim a um padrão de interação designado de Goal Corrected Empathic Attunement (GCEA) (McCluskey1999/2005 in Heard, Lake & McCluskey, 2009). Por exemplo se o facto de uma criança chorar não traz a figura de vinculação de volta, esta vai gatinhar, andar ou correr até ficar junto da respetiva figura. Neste sentido o objetivo é atrair ou manter um grau satisfatório de proximidade necessário ao alcance do objetivo (Collin, 1996). O segundo estilo comportamental de

careseeking é frequentemente figurativo de alguém que teve experiências precoces caracterizadas pelo desprezo dos seus sentimentos e conflitos por parte do caregiver. Heard, Lake & McCluskey (2009) propõem que este tipo de comportamento de careseeking está relacionado com um padrão de vinculação evitante. Quanto ao terceiro tipo de comportamento de careseeking este reporta-se a alguém que teve respostas imprevisíveis dos seus caregivers, relacionando-se deste modo com um padrão de vinculação ambivalente. Subjacente ao quarto tipo de comportamento de careseeking está um caregiver que não foi capaz de dar resposta às necessidades do careseeker. Finalmente, quando nos referimos ao quinto tipo de comportamento de careseeking este associa-se a alguém que tem ativo de uma forma regular o sistema de defesa. No que concerne às respostas do caregiver, a segunda categoria pode ser interpretada como se o próprio caregiver ativa-se o seu sistema de defesa. O mesmo se verifica na terceira categoria, no entanto o caregiver é capaz de contornar este fenómeno, reajustando o seu comportamento. Na quarta categoria o sistema de defesa do caregiver é também ativado, tendo consequências ao nível da interação como o careseeker visto que parece ficar “congelado” e imobilizado. Relativamente à última categoria de resposta por parte do caregiver, esta é despoletada por algo que ocorreu muito rapidamente na interação entre o careseeker e o caregiver, levando à desorganização do último (Heard, Lake & McCluskey, 2009). Os cinco tipos de comportamento de careseeking e as cinco categorias de resposta de caregiving formam na sua totalidade vinte e cinco padrões de interação. No entanto Heard, Lake & McCluskey (2009) focaram a sua atenção em nove que consideram ser os mais frequentes. Os padrões de interação selecionados pelos autores podem ser qualitativamente divididos em duas partes: padrões de interação associados a um caregiving eficaz e padrões de interação relacionados com um caregiving ineficaz. De uma forma geral, os padrões de interação eficaz são: o caregiver responde aos sentimentos e pensamentos do careseeker, estabelecendo-se uma dinâmica de responsividade entre ambos; o careseeker introduz qual o motivo das suas preocupações e o caregiver procura explorar a temática apresentada; o careseeker apresenta elevado nível de excitação, sendo incoerente relativamente às suas preocupações, por sua vez o caregiver responde verbal e não-verbalmente de forma a regular a intensidade dos sentimentos do careseeker. Sumariamente, os padrões de interação relacionados com um caregiving ineficaz são: o careseeker introduz um problema e é constantemente interrompido pelo caregiver, desistindo assim de falar sobre o que o incomoda; o careseeker é exigente pelo que as respostas do caregiver são cognitivas e falham na relação dos sentimentos do careseeker; o careseeker apresenta as suas

preocupações com níveis variados de vitalidade, o caregiver fornece um mínimo de respostas verbais e não-verbais; o careseeker comunica desespero de forma não-verbal e fornece muito pouco conteúdo, por sua vez o caregiver evita abordar os sentimentos do careseeker, efetuando múltiplas questões; o careseeker traz consigo um assunto que o preocupa bastante, no entanto emite fortes sinais não-verbais de que não quer falar do assunto, o que pode fazer com este se distancie do caregiver; o careseeker revela qual a sua preocupação e as emoções associadas à mesma, no entanto o caregiver falha na identificação do sentimento experienciado pelo careseeker.

2.4. *Goal Corrected Empathic Attunement (GCEA)*

Um conceito anteriormente abordado reporta-se ao *Goal Corrected Empathic Attunement (GCEA)* como representativo de padrões de interação eficazes entre careseeker e caregiver. Assim sendo, é possível distinguir três padrões ditos como eficazes: 1) o caregiver é capaz de responder aos afetos do careseeker de tal forma que este se sente compreendido e encorajado a continuar a explorar a problemática em causa, o caregiver encontra-se num modo de exploração, ativo e responsivo; 2) um careseeker seguro que se tornou desorganizado na forma como interage com o caregiver, sendo que este último repara neste acontecimento e é capaz de voltar às reais preocupações do careseeker; 3) o careseeker apresenta um nível bastante elevado de vitalidade, sendo por vezes incoerente e desorganizado, o caregiver é capaz de dar resposta a este elevado nível de vitalidade, procurando reduzi-lo. Neste seguimento será crucial interpretar como «curativo» o processo empático pelo qual o psicólogo entra no mundo do outro, tentando compreender como este se vê e experimenta a si mesmo e às suas diversas realidades. Deste modo, e empatia é entendida como um processo de co-construção de símbolos da experiência (McCluskey, 2005).

Se por um lado o cliente motiva-se pelo desejo de ser compreendido e ajudado, por outro o psicólogo deve captar os afetos do cliente, regular os seus níveis de vitalidade, propor ideias construtivas e dar feedback para que sejam criadas as condições necessárias à exploração do problema por parte do cliente (McCluskey, 2005). É possível constatar que este é um processo dinâmico, que decorre ao longo do tempo e em diferentes etapas, como ilustrado na Figura 1.

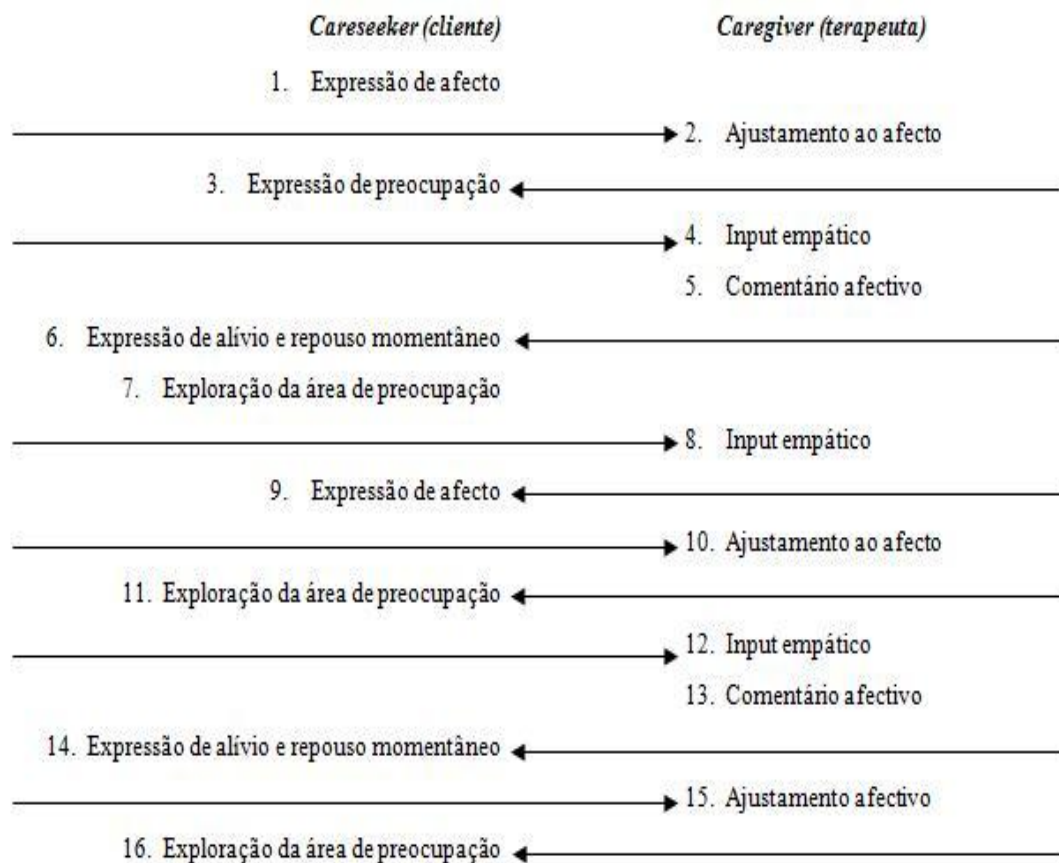


Figura 1. Espiral do Ajustamento Empático Orientado para Objectivos (McCluskey, 2005, p. 82).

O *Goal Corrected Empathic Attunement* engloba a vontade de ser compreendido e ajudado por alguém bem como a capacidade de estar em sintonia com as emoções, regulando o nível de ativação, empatizando e proporcionando reflexões. O objetivo major do *empathic attunement* é o de facilitar a gestão do sistema de exploração do cliente (McCluskey, 2005).

Por vezes, o *caregiver* hesita momentaneamente em relacionar-se de forma autêntica, o que despoleta uma das seguintes reações no *careseeker*: renovar a pressão no sentido de reaver a relação vs colocar-se sobre si mesmo. O que se verifica é que o sistema de medo do *caregiver* é ativado, inibindo assim o seu sistema de caregiving (McCluskey, 2005). A dinâmica que é desenvolvida entre o *careseeker* e o *caregiver* é conotada de mensagens verbais e não-verbais e caso a situação não se inicie da melhor forma podem estabelecer-se padrões interativos muito rapidamente, que serão difíceis de quebrar. Nas situações que começam bem é necessário que o *caregiver* seja ativo, focalizado, flexível,

não defensivo e em sintonia com os comentários, estando num cognitivo exploratório. (McCluskey, 2005).

De forma a perceber se um determinado padrão de interação está presente é necessário avaliar se o *caregiver* responde ao *careseeker* de uma maneira previsível durante a entrevista. Assim sendo, existem estilos de interação e mensagens emotivas que os acompanham: se o *caregiver* amplifica a emoção do *careseeker*, parece credível uma proposta eficaz de *misattunement* (aumentar a emoção – o *caregiver* expressa mais tristeza do que o *careseeker*). Se a abordagem do *careseeker* é provida de muita emoção, o *caregiver* vem ao seu encontro com menor intensidade (proposta eficaz de *misattunement*: diminuir a emoção). Caso existam elevados níveis de vitalidade no *careseeker* (o *caregiver* tem o seu próprio sistema de medo ativado na interação e falha ao regular as emoções do *careseeker* ou a atenuar os seus objetivos) – existindo uma falha na regulação das emoções. Por último, se o *caregiver* se distancia emocionalmente do *careseeker* e o *careseeker* «desloca-se» para si mesmo – existe um *non-attunement* para as emoções (focus nos detalhes da história e não nas emoções) (McCluskey, 2005). Neste sentido, o que está a ser analisado nos padrões de interação é o modo como cada uma das partes responde ao outro e se o *careseeker* está ou aparenta estar a tentar atingir os seus objetivos como evidenciado pelos seus níveis de vitalidade das emoções (McCluskey, 2005).

As interações entre os pais e as crianças funcionam como um protótipo de interação *careseeking/caregiving*, tendo como objetivo a sobrevivência e o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, assim como é um motor para o estabelecimento da regulação emocional e cognitiva. De facto, a gestão da vitalidade dos afetos é dependente de um *caregiver* sintonizado (*attuned*) e sensível (McCluskey, 2005).

Como referido anteriormente, o *caregiving* pode ser enquadrado em diferentes estilos típicos de comunicação. Seguindo a presente linha de raciocínio, um *caregiver* *attuned* à emoção do *careseeker* é aquele que atende aos objetivos do *careseeking*. Por outro lado, um *caregiver* que evita a emoção do *careseeker* irá procurar desviar o *careseeker* da sua exploração (através de propostas não efetivas de *misattunement*). Poderá surgir um *caregiver* que evita ligar-se emocionalmente, torna-se desorganizado, posteriormente foca-se na emoção, regulando-a e atende aos objetivos do *careseeker* (*non-attunement*, *attunement*, propostas efetivas de *misattunement*). Um outro estilo será aquele no qual o *caregiver* evita ligar-se à emoção do *careseeker*, ficando bloqueado. Por fim

poderão ocorrer situações em que o *caregiver* revela *missatunes* para a emoção, tornando-se desorganizado (McCluskey, 2005).

Os estilos de comunicação para o *careseeker* foram também elaborados. Deste modo este poderá adotar as seguintes posições: discutir sentimentos, conflitos e preocupações ou estar relutante em relação a isso; trazer questões sobre as quais está preocupado, mas enreda o *caregiver* quando este o tenta ajudar ou então poderá dispensá-lo; apresentar-se oprimido, incoerente e desorganizado na sua apresentação de sentimentos, conflitos e preocupações (McCluskey, 2005).

Em suma, o processo de *Goal Corrected Empathic Attunement* é um processo consciente e, por isso, capaz de ser aprendido através da prática, potenciando a criação de uma relação terapêutica satisfatória.

CAPÍTULO II.

Metodologia

II. Metodologia

1. Enquadramento

O principal foco deste estudo reporta-se ao desenvolvimento de competências de investigação qualitativa no quadro de um programa de treino de intervenção em situações de apoio (caregiving) tendo como fonte de referência a TABEIS. Ao nível da investigação qualitativa pretende-se analisar os procedimentos utilizados pelos participantes nas diferentes fases no tratamento de dados.

No que remete às competências de interação torna-se pertinente ter em consideração a aquisição de competências de auto e hétero reflexão bem como de “*attunement*” nas situações de interação durante todo o processo de aprendizagem.

A estrutura da presente análise engloba 5 momentos no total. O momento 1 (M1) referente à montagem da situação de aprendizagem, ao procedimento de recolha de dados e à explicitação dos objetivos do modelo, desdobrando-se em quatro fases, sendo elas, a preparação da situação de aprendizagem (M1a), a realização das 1^{as} entrevistas (M1b), o *Debriefing* das situações de entrevista (M1c) e a respetiva explicitação dos objetivos do modelo (M1d). O segundo momento (M2), remetendo para a apresentação teórica de conceitos sobre a dinâmica da vinculação (*attachment*) em encontros profissionais com adultos de acordo com a TABEIS, bem como dos padrões de *caregiving-careseeking*, e noções relacionadas com *attunement*. Já o M3 refere-se à análise de dados e formação, com a análise da 1^a Entrevista (M3a) e a formação em competências de “*goal corrected empathic attunement*” (M3b). O M4 reporta-nos à implementação de competências de interação numa situação de apoio – 2^a recolha de dados, com a realização da 2^a Entrevista (M4a) e o *Debriefing* e análise das situações de entrevista (M4b). Por fim, o M5 repete as fases do momento anterior, com uma 3^a recolha de dados (M5a) e conseqüente *Debriefing* (M5b).

2. Objectivos de estudo e hipóteses de investigação

Como foi sendo referido ao longo do enquadramento teórico, o processo de *goal-corrected empathic attunement* é um processo consciente e, por isso, capaz de ser aprendido por treino, potenciando a criação de uma relação satisfatória. Assim sendo, os objetivos da presente investigação relacionam-se com a compreensão detalhada da implementação do sistema de ajuda tendo por base o modelo teórico anteriormente apresentado, a TABEIS. Deste modo as questões de investigação que orientam este estudo

reportam-se às satisfações, insatisfações, surpresas, descobertas, aprendizagens e transposições efetuadas pelos participantes neste âmbito. Seguindo a presente linha de raciocínio pretende-se analisar quais os principais aspetos relatados dos participantes em cada categoria, efetuando uma reflexão acerca dos mesmos.

3. Método

3.1. Participantes

O presente estudo foi concretizado com recurso a uma amostra por conveniência, uma vez que deste fizeram parte estudantes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sendo esta a instituição na qual o mesmo foi desenvolvido. No que concerne aos critérios de seleção da amostra, estes foram essencialmente: realização de todos os SISDAT (8 no total) por parte dos alunos e a organização dos mesmos de acordo com as respetivas categorias. A necessidade de desenvolver o último critério reportou-se ao facto de determinados SISDAT terem sido realizados sem a divisão supracitada, o que tornava inviável a sua análise. Deste modo foram seleccionados os sujeitos que cumpriam os requisitos mencionados. A investigação teve 30 participantes de um total de 125, sendo a maioria do sexo feminino. Em termos de idades, situavam-se entre os 20 e os 21 anos.

3.2. Instrumentos

A recolha dos dados qualitativos foi realizada com recurso aos SISDAT preenchidos pelos participantes. Este instrumento permitiu recolher informação relativa à experiência dos sujeitos enquanto prestadores de cuidados. Deste modo, o referido instrumento permitiu obter dados acerca das satisfações, insatisfações, surpresas, descobertas, aprendizagens e transposições percebidas pelos estudantes em cinco momentos distintos. De uma forma mais detalhada quando os participantes relatam as suas **satisfações** referem-se à força impulsora que os aproxima dos objetivos que querem manter e desenvolver. Ao mencionarem as **insatisfações** reportam-se à força restritiva que os afasta dos seus objetivos e que pretendem eliminar. No que concerne às **surpresas** estas caracterizam o discurso dos participantes no âmbito dos acontecimentos que não esperavam que surgissem. Por sua vez as **descobertas** reportam-se à promoção do autoconhecimento de cada participante. As **aprendizagens** permitem efetuar referências quanto à aplicabilidade nos conceitos e treinos efetuados no contexto quotidiano. Por fim,

as **transposições** caracterizam o discurso dos participantes quanto à mobilização do aprendido para situações concretas.

3.3. Procedimento de tratamento de informação

Nesta investigação a técnica de análise de informação utilizada reporta-se à análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo pode ser definida como

«Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens» (Bardin, 2011, p.46)

De entre as diversas técnicas de análise de conteúdo é de salientar a análise categorial, que permite o desmembramento do texto em unidades de categorias segundo «reagrupamentos analógicos» (idem). Deste modo, recorreu-se ao programa NVivo, versão 10 para Windows como ferramenta para a concretização deste processo.

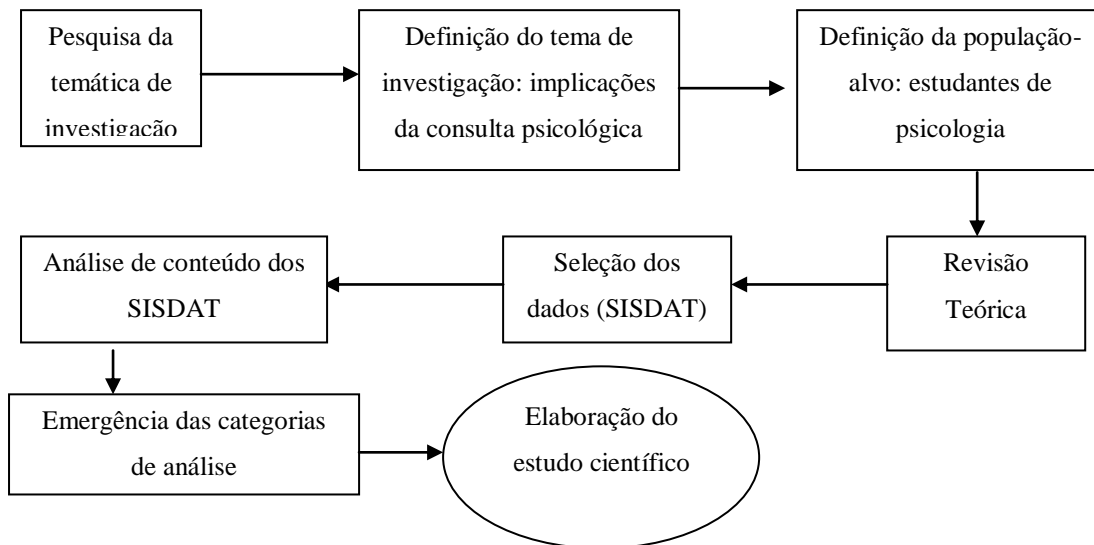
A presente análise qualitativa realizou-se em três períodos distintos. Num primeiro momento recolheram-se e organizaram-se os documentos. Posteriormente procedeu-se à codificação, na qual se coligiram os documentos nas respetivas categorias e subcategorias. Como referido anteriormente as categorias definidas foram as seguintes: «Satisfação»; «Insatisfação»; «Surpresas»; «Descobertas»; «Aprendizagens»; «Transposições». Para além disso emergiram as seguintes subcategorias: «Ausência de insatisfações»; «External attributions»; «Normalização da insatisfação»; «Expetativas Frustradas»; «Atividades académicas»; «Atividades profissionais» (cf. Quadro 1). Numa última instância procedeu-se à análise e consequente interpretação dos resultados obtidos (cf. Figura 1).

Quadro 1 – Caracterização das Categorias

Categorias	Subcategorias	Componentes	Descrição
Satisfações			Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas satisfações.
	Aquisição de competências		Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo à aquisição de novas aprendizagens.
	Componente prática		Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo ao caráter prático da

	Unidade Curricular.
Investigação qualitativa	Esta categoria codifica o discurso do aluno quanto à possibilidade de efetuar investigações qualitativas.
Desempenho positivo	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo ao seu desempenho
Insatisfações	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas insatisfações.
Ausência de insatisfações	Verbalizações da não existência de insatisfações. O participante refere que não tem insatisfações.
External attributions	Verbalizações que traduzem atribuições externas - alguma coisa no exterior impediram que eu fizesse melhor.
Frustração	Verbalizações relativas a referirem que consideravam/esperavam que a situação seria mais fácil.
Guião	Verbalizações relativas à ausência de informação, guião com pouca informação.
Operacionalização da teoria	Verbalizações relativas à aplicação da teoria, que é difícil.
Questões logísticas	Verbalizações relativas a aspetos logísticos da aula, equipamento, horários, etc. (textos)
Internas	Verbalizações que traduzem atribuições internas. Podem ser punitivas (não ser capaz, não ter valor, desconforto na posição de caregiver/careseeker) ou não punitivas (descreve factos, o discurso é mais construtivo ou neutro).
Não punitivas	Verbalizações que traduzem atribuições internas não punitivas (descreve factos, apresenta um discurso mais construtivo ou neutro).
Nervosismo	Refere o nervosismo na situação como um facto, sem ser numa lógica punitiva. Aceita o nervosismo como algo que é

	natural e que vai sendo ultrapassado.
Posição Física	Refere-se o desconforto físico na situação como um facto, sem ser numa lógica punitiva. Aceita como algo que é natural e que vai sendo ultrapassado.
Punitivas	Verbalizações que traduzem atribuições internas punitivas (não ser capaz, não ter valor, desconforto na posição de caregiver/careseeker).
Desempenho negativo	Categoria geral, refere que o seu desempenho é negativo/avalia de forma negativa o seu desempenho, mas não diz de forma clara a que nível do desempenho está insatisfeito, se é por ser careseeker, caregiver, etc.
Dificuldade em ser caregiver	Categoria geral refere que o seu desempenho é negativo/avalia de forma negativa o seu desempenho, mas não diz de forma clara a que nível do desempenho está insatisfeito, se é por ser careseeker, caregiver, etc.
Dificuldade em ser careseeker	Refere-se à dificuldade ou desconforto em ser careseeker.
Normalização da insatisfação	Verbalizações relativas à insatisfação com algo ou em geral como algo que é natural ou necessário. O erro é normalizado.
Surpresas	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas surpresas.
Expectativas frustradas	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo ao facto de as suas expectativas não terem sido cumpridas.
Descobertas	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas descobertas.
Aprendizagens	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas aprendizagens.
Transposições	Esta categoria codifica o discurso do aluno relativo às suas transposições.
Atividades académicas	Os alunos exploram a utilização em contextos académicos.

Figura 1 – Modelo que traduz o processo de investigação.

CAPÍTULO III.

Resultados e Discussão de Resultados

III. Resultados e Discussão de Resultados

Numa análise detalhada efetuada no âmbito da frequência das categorias é possível constatar que uma das principais «Satisfações» dos participantes reporta-se ao «Desempenho Positivo», sendo a sua prevalência de 21% (P: *«Talvez a minha maior satisfação fosse ter conseguido desempenhar um papel satisfatório enquanto entrevistada, uma vez que fui inventando com sucesso a história no decorrer na conversa e em consonância com as questões que me eram colocadas»*). Como verificado através da teoria um padrão eficaz de interação entre careseeker e caregiver reporta-se à capacidade deste último responder aos afetos do careseeker de tal forma que este se sente compreendido e encorajado a continuar a explorar a problemática em causa, acionando o seu mecanismo de exploração. Tal acontecimento está patente no discurso dos participantes visto que caracterizam como desempenho positivo o facto de a sua atuação enquanto psicoterapeutas (*caregivers*) exercer uma influência significativa nos clientes (*careseekers*), tal como se verifica através do seguinte excerto: *«Após a realização das entrevistas, aquilo que posso retirar em termos de satisfações é que, apesar de não ter sido muito fácil estar no papel de entrevistador/terapeuta, penso que consegui demonstrar que estava interessada naquilo que o entrevistado me dizia e, mesmo sendo pouco, estar atento ao que nos dizem é algo muito importante, pois é uma forma de demonstrar que estamos a ouvir e a compreender aquilo que a pessoa nos diz.»*

Tendo em consideração os diferentes momentos implícitos na realização do programa de intervenção em situações de caregiving é possível constatar que no âmbito do desempenho positivo 24% dos participantes aponta este fator no momento 1. Por sua vez de forma equitativa (22%) relatam discursos inseridos nesta categoria nos momentos 4 e 5. Torna-se pertinente esclarecer que nesta análise apenas constam os momentos 1, 3, 4 e 5 visto que ao momento 2 não corresponde nenhum SISDAT o que torna inviável a sua inclusão. Este fenómeno verifica-se nas análises que se seguem.

Um resultado interessante reporta-se ao facto de a maior percentagem de desempenho positivo pertencer ao momento 1. Tal situação pode ser justificada pelo facto de no primeiro momento serem atribuídos cenários pré-definidos. Pelo contrário numa última instância foi solicitado que os participantes idealizassem o seu próprio cenário o que parece ter condicionado o seu bom desempenho (cf. Tabela 1).

Por sua vez e ainda no âmbito da categoria «Satisfações», cerca de 8% dos participantes considerou a possibilidade de **adquirir novas competências** uma mais-valia (*P: «Penso que a aplicação das entrevistas é um excelente treino para que, num futuro próximo, mais profissionalmente, o possamos fazer adequadamente, e com mais experiência. É também de ressaltar o facto de podermos desempenhar três diferentes papéis e treinar a situação de entrevista, como se de um caso real se tratasse, visto que o desconhecemos, enquanto entrevistadores. Considero que, ao interpretar os papéis de investigadores, entrevistadores e entrevistados, nos fará compreender melhor o que cada um destes faz, pensa e sente. Perceberemos o quão é difícil estar no papel de entrevistador sem conhecer o caso que nos será apresentado pelo entrevistado; entenderemos melhor a responsabilidade do investigador neste processo de recolha de dados e todas as tarefas que este deve desempenhar na investigação; e compreenderemos como será difícil para o entrevistado expor a sua vida e responder às diferentes questões do entrevistador. Parece-me, assim, um trabalho interessante e que nos poderá ajudar a desenvolver as nossas competências enquanto psicólogos, o que também nos dará mais motivação.»*). Seguindo a presente linha de raciocínio e tal como postulado pelas teorias é na medida em que o psicoterapeuta vai adquirindo novas experiências que a sua atuação se revela cada vez mais eficaz e *attuned* com as manifestações do *caregiver* (cliente). Tal fenómeno permite ao *caregiver* desenvolver um sentido de competência na prestação de cuidados a um *careseeker* fragilizado. Torna-se pertinente referir que tal como é demonstrado através dos resultados e apoiado pela teoria o profissional em formação irá orientar a sua atuação tendo por base os fatores teóricos. Por outro lado a conduta do cliente é motivada pela sua experiência de terapia e vivências pessoais. Deste modo a aquisição de competências relacionais de prestação de apoio mostra-se fundamental para a saúde da interação terapêutica a desenvolver.

Ao analisar a evolução dos participantes em termos de aquisição de competências é possível constatar que esta adquire maior força no momento 5, o que pode ser explicado pelo facto de este momento reportar-se aos dois últimos SISDAT. Deste modo o desenvolvimento de novas potencialidades parece estar mais vincado nesta fase final (cf. Tabela 1).

Cerca de 7% dos participantes considerou como satisfação a «**Componente prática**» conferida pela possibilidade de treino de situações de ajuda (*P: «Notei com satisfação que esta unidade curricular terá uma forte componente prática, algo que tem*

«... sido uma lacuna persistente ao longo do percurso académico.») A pertinência do presente resultado reside no facto de a construção dos Modelos de Funcionamento Interno ocorrer ao longo do tempo, sendo um processo gradual. Deste modo a possibilidade de exercitar os conhecimentos teóricos inerentes à ação do psicoterapeuta revela-se uma mais-valia. Numa última instância tal aplicação prática constitui uma «arma eficaz» para o desenvolver do processo terapêutico.

Os resultados obtidos no que concerne à subcategoria «Componente Prática» permitem constatar que esta tem maior representatividade num momento inicial (14%) do que nos restantes (3%). Este fenómeno parece dever-se ao facto de os participantes terem ficado bastante agradados ao percecionarem o carácter prático do treino realizado (cf. Tabela 1).

Para além disso é possível constatar que apenas 4% dos participantes apontaram como relevante a oportunidade de concretizar **investigação qualitativa**, sendo esta uma subcategoria. Tal resultado constitui uma curiosidade relativa à perceção dos participantes quanto à oportunidade de desenvolver trabalhos de carácter qualitativo. (*P: «Relativamente a esta segunda aula a minha principal satisfação prende-se com o facto do tema a ser abordado nesta unidade curricular poder vir a ser útil no futuro. Já tivemos oportunidade de aprender a analisar dados quantitativos, sendo igualmente importante, para complementar a nossa formação, adquirir competências na análise de dados qualitativos. Além disso, vamos ter oportunidade de treinar as competências de um psicólogo, já adquiridas em outras disciplinas, ainda que não seja esse o objecto de avaliação. Através das entrevistas temos uma possibilidade de testar os nossos conhecimentos actuais e melhora-los.»*).

Neste âmbito de investigação qualitativa os resultados obtidos verificam-se com maior frequência no momento 3, sendo contudo escassos. Este acontecimento pode ser explicado pelo facto de o respetivo momento referir-se à análise das entrevistas o que possibilita um contacto mais próximo daquilo que é a investigação qualitativa.

Tabela 1 – Evolução «Satisfações»

	M1	M 3	M4	M5
Desempenho positivo	24%	0%	22%	22%
Aquisição de competências	0,1%	0%	7%	12%

Componente prática	14%	3%	3%	3%
Investigação qualitativa	0,1%	3%	0%	0%

No que concerne à categoria «**Insatisfações**» é possível verificar que cerca de 7% dos participantes apresentaram no seu discurso relatos de «**Normalização da insatisfação**» (*P: «No que concerne às insatisfações, que não podiam de estar representadas nesta última reflexão são sobretudo aprendizagens que fiz e que permitiram tornar-me mais crítica face ao meu desempenho. Se aprendi que a postura corporal é a imagem de marca dos sentimentos e emoções que estamos a sentir face ao que ouvimos, é também uma importante ferramenta que não deve ser deixada ao acaso. Por outro lado, existem também os padrões de interação, uns mais, outros menos benéficos que servem para caracterizar a nossa prestação e que apesar de inicialmente não serem muito tidos em conta acredito que explicam muitas das insatisfações e das contrariedades que surgiram ao longo das situações experimentais.»*). Tal resultado parece ir de encontro ao postulado pela teoria visto que permite ao profissional estar consciente das suas limitações e campo de ação enquanto caregiver. De ressaltar que o cliente não tem a perceção exata de todos os mecanismos implícitos na consulta terapêutica pelo que a verdadeira relação entre psicoterapeuta e cliente estabelece-se a partir do momento que este «baixa» as suas defesas psicológicas habituais. O reconhecimento das dificuldades dos profissionais enquanto psicólogos permite geri-las de uma forma mais eficaz. O que por sua vez terá consequências positivas na relação estabelecida com o cliente.

Os resultados obtidos no que concerne à normalização das insatisfações sugerem que esta adquire maior prevalência no momento 5 o que pode ser explicado pela partilha de experiências com o grupo. Por outras palavras, a tendência dos sujeitos em normalizar as suas insatisfações num momento final pode advir do facto de os *debriefings* possibilitarem a troca de dúvidas, angústias e inquietudes e assim promover nos participantes a ideia de que os «erros» que cometem ocorrem com alguma frequência. Deste modo o importante é encontrar mecanismos que possibilitem ultrapassá-los eficazmente (cf. Tabela 2).

Cerca 11% dos participantes referiram não ter qualquer tipo de insatisfação, ou seja, a prevalência da subcategoria «**Ausência de insatisfações**» foi diminuta (*P: «Não senti nenhuma insatisfação em concreto na última aula, pelo que a aula revelou-se bastante interessante, sobretudo do ponto de vista da reflexão e do desenvolvimento pessoal acerca da forma como encaramos os diferentes papéis e sobre a capacidade de nos colocarmos*

sobre o ponto de vista do outro.»). Assim sendo este resultado poderá ser interpretado como o facto de as dificuldades se irem dissipando à medida que o contacto com o processo de consulta psicológica é uma realidade cada vez mais presente. Deste modo as competências enquanto *caregiver* adquirem uma força cada vez maior o que se reflete no trabalho enquanto psicoterapeuta.

Relativamente à evolução da prevalência da subcategoria «ausência de insatisfações» é possível inferir que esta adquire menor percentagem (6%) no momento 3. Assim numa tentativa de interpretar tal resultado referimos o facto de o momento em questão reportar-se à análise da entrevista o que implicou a visualização da sua própria prestação enquanto participantes. Deste modo os SISDAT foram preenchidos de uma forma bastante autocrítica (cf. Tabela 2).

No âmbito da subcategoria «**External attributions**» é possível inferir que a sua frequência foi de 32% no total, sendo que apenas 5% dos participantes elaboraram discursos no sentido da «**Frustração**» (*P: «senti-me insatisfeita com o facto de não ter conseguido cumprir os objetivos que me propus como caregiver, pois penso que não consegui impulsionar o autoconhecimento do careseeker, talvez por não ter surgido naturalmente essa oportunidade ou pelo simples facto de eu não ter impulsionado esse momento*). Neste âmbito, torna-se pertinente mencionar que por vezes não são obtidos os resultados esperados da consulta psicológica devido ao facto de nunca se ter estabelecido uma relação satisfatória entre *caregiver* e *careseeker*. Assim sendo os sentimentos de frustração vivenciados pelo profissional enquanto *caregiver* parecem sugerir um impacto negativo no *careseeker* que inibe o seu sistema de exploração ao recuar na expressão dos seus sentimentos e emoções mais profundas.

Ao analisar-se a frustração como uma particularidade das insatisfações externas é possível constatar que o principal momento no qual a sua incidência é maior reporta-se ao terceiro, o que uma vez mais pode ser justificado pela visualização das entrevistas por parte dos participantes. (cf. Tabela 2).

Cerca de 10% dos participantes mencionaram questões relativas à componente «**Guião**» (*P: «Considero que no cenário 2 (homossexual portadora de VIH positivo) a parte da história acrescentada era pouco clara e dava pouco aso a um desenvolvimento significativo do cenário»*). A análise da presente subcategoria permite inferir que o contacto com diferentes realidades pode revelar-se assustador e preocupante o que poderá

conduzir à ativação do sistema de medo por parte do *caregiver*. Assim sendo e como defendido pela teoria tal fenómeno poderá condicionar a eficácia do mecanismo de *caregiving*. Por outro lado também o desconhecido pode revelar-se um meio de ativação do sistema de defesa (*P*: «*a minha maior insatisfação talvez seja a falta de à vontade para lidar com situações como as que nos são requeridas na entrevista, sobretudo no papel de entrevistado ou entrevistador, uma vez que estas acabam por ser, para mim, uma dificuldade ao bom desempenho*»). O facto de o psicoterapeuta (*caregiver*) manifestar comportamentos inibitórios irá condicionar a própria expressão do cliente (*careseeker*) visto que cada um de nós é altamente responsivo ao que vê na cara do outro, o que influencia a interação estabelecida (Heard, Lake & McCluskey, 2009). Tal fenómeno é justificado pelo facto de a dinâmica que é desenvolvida entre o *careseeker* e o *caregiver* é conotada de mensagens verbais e não-verbais. Neste sentido caso a situação não se inicie da melhor forma podem estabelecer-se padrões interativos muito rapidamente, que serão difíceis de quebrar.

Ao nível do guião é possível constar que as insatisfações diminuem ao longo dos momentos de treino o que parece dever-se ao facto de os estudantes desenvolverem diferentes competências que lhes permitem assim reagir mais eficazmente perante situações distintas. (cf. Tabela 2)

Por sua vez 6% da subcategoria «External attributions» foi codificada como referente à «Operacionalização da Teoria» (*P*: «*Assim, foi mesmo “insatisfatório”, para mim, ter percebido que, no momento da entrevista, o meu objectivo foi essencialmente o de cumprir com os requisitos daquela actividade desta UC, ao invés de atender aos sentimentos do meu colega, que ao transmitir medo (e pela nossa quase impossível concentração), optou por “chorar”*»). Assim sendo o referido resultado aponta para a dificuldade de o psicoterapeuta e colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo seu percurso profissional o que certamente tem um impacto significativo no apoio conferido ao cliente. Inclusivamente, um dos fatores subjacentes ao insucesso do processo terapêutico reporta-se à inflexibilidade do estilo utilizado.

A operacionalização da teoria atinge no momento 3 um valor significativamente maior (33%) quando comparado com os restantes. Este fenómeno pode ser interpretado pelo facto de o momento em questão focar a formação em competências de *goal- corrected empathic attunement*, encontrando-se algumas dificuldades neste processo.

Finalmente e no âmbito da subcategoria em questão obteve-se uma percentagem de 21% relativamente à componente «**Questões de logística**» (P: «*Relativamente às insatisfações sinto-me na necessidade de referir alguns problema alheios ao grupo que surgiram e condicionaram um pouco as nossas entrevistas. Assim, no dia em que estas estava agendadas, já após os investigadores teres distribuídos os papeis aos entrevistados, informaram-nos de que havia um problema como as máquinas de filmar e que não poderíamos gravar nesse dia as nossas entrevistas.*».) Tais insatisfações parecem estar associadas a aspetos que estavam fora do controlo dos participantes, não estando deste modo diretamente relacionados com o seu desempenho. Efetivamente, esta é uma questão sobre a qual é importante refletir e discutir visto que por vezes surgem imprevistos que condicionam o adequado desenrolar do processo terapêutico sem que o profissional tenha um contributo direto para a sua ocorrência.

Ao «olhar» para os resultados referentes às insatisfações por motivos de logística é possível inferir que estas são mais frequentes no momento 3 (40%) o que pode dever-se ao facto de para muitos participantes esta ser a primeira vez que contactam com um programa de análise qualitativa. Deste modo é natural que surgem múltiplas dificuldades que condicionam assim as suas insatisfações (cf. Tabela 2).

No que concerne à subcategoria «**Internas**» a sua prevalência é de 33%. Sendo que os discursos alusivos às insatisfações internas **não punitivas** foram de cerca de 7% (4% referentes à componente «Nervosismo» e 3% referentes à «Posição física»).

Numa breve interpretação dos resultados obtidos no âmbito do «**Nervosismo**» estes poderão ser o reflexo da escassa experiência dos participantes no papel de psicoterapeutas. Deste modo o contacto com novas problemáticas parecer ser um fator gerador de ansiedade (P: «*Por outro lado, fiquei um pouco insatisfeita, pois estou já um pouco nervosa e ansiosa com a situação da entrevista. Sendo uma pessoa um pouco nervosa, receio que tal possa prejudicar o meu desempenho durante a realização das entrevistas.*»). Assim sendo emerge a seguinte questão: «*De que forma poderá o caregiver promover a ativação do sistema de exploração do careseeker se ele próprio está inibido?*» Esta provavelmente será uma questão retórica. Contudo, manifestamos a nossa audácia ao sugerir como forma de resolução deste dilema a centralização nas necessidades do *careseeker* procurando dar resposta às mesmas. Para tal mostra-se crucial reconhecer o impacto do nosso papel

enquanto *caregivers* e assim transmitir a segurança e confiança necessárias para que o *careseeker* explore eficazmente os seus sentimentos e preocupações que o atormentam.

A análise de resultados referente ao nervosismo permite constatar que não existem grandes discrepâncias nos diferentes momentos o que pode ser explicado pelo facto de independentemente da fase do processo, aqueles sujeitos que têm características mais ansiosas percebem o nervosismo ainda que com maior ou menor intensidade (cf. Tabela 2).

No que concerne à «**Posição física**» esta afigura-se como uma curiosidade. Deste modo o desconforto corporal parece condicionar a postura dos intervenientes na consulta. Como referido anteriormente, a comunicação não-verbal é de uma importância extrema. No entanto pode também enviesar a percepção do outro. Neste sentido, determinadas expressões faciais e corporais parecem conduzir a interpretações erróneas por parte do *caregiver* e *careseeker* (*P: «A insatisfação fica-se a dever sobretudo ao facto do suporte físico, nomeadamente as cadeiras, que estavam colocadas na sala de gravações não serem as mais apropriadas para o efeito e que, no meu caso, tornam a tarefa de manter uma postura corporal centrada no caregiving algo difícil e desconfortável»*).

A posição física como motivo da insatisfação não punitiva adquire uma percentagem diminuta em todos os momentos. Deste modo o facto de os participantes estarem tão focadas na sua prestação parece encobrir eventuais desconfortos físicos (cf. Tabela 2).

No âmbito da subcategoria «**Punitivas**», cerca de 5% foram codificadas como sendo «**Desempenho negativo**» (*P: «No entanto, fiquei um pouco insatisfeita ao perceber que nenhum dos papéis foi bem desempenhado, isto porque quando fiz de *careseeker* não estava em modo de sobrevivência mas sim em modo de fuga possivelmente. Para ajudar o meu colega tentei, sempre que me parecia necessário, sobrepor-me a ele. Já na posição de *caregiver* o papel foi inverso»*). Os presentes resultados podem ser interpretados de diferentes formas. Assim sendo, uma primeira visão reporta-se ao facto de o *caregiver* ao assumir uma posição crítica acerca do seu desempenho poder refletir uma forma de aprendizagem e conseqüente progresso na sua atuação. Em contrapartida ao atribuir uma conotação negativa ao seu contributo pode gerar sentimentos de frustração que colocam em causa a restauração do sistema de exploração do *careseeker*.

O desempenho negativo é maioritariamente percecionado pelos participantes no momento no momento 3 o que uma vez mais pode ser interpretado como o impacto da visualização da sua prestação na situação de treino do sistema de ajuda (cf. Tabela 2).

Por sua vez 18% dos participantes desenvolveram discursos relacionados com a componente **«Dificuldade em ser caregiver»** (P: *«A parte que me causou mais insatisfações foi assumir o papel de caregiver. A certa altura da interação senti que os papéis se inverteram e senti-me mais como um careseeker do que como um caregiver»*.) Este resultado reflete o que é defendido pelos teóricos visto que por vezes existe uma tendência do psicoterapeuta em transportar as suas dificuldades pessoais para o contexto profissional, o que é certamente percecionado pelo cliente. Uma outra dificuldade em ser *caregiver* reside no facto de nos momentos em que o cliente apresenta um discurso desanimado, com ideias negativas acerca de si, a tendência natural por parte de um psicólogo inexperiente é convencê-lo que está a exagerar (P: *«Relativamente ao papel de entrevistadora, penso ter sido o mais difícil de realizar. O facto de pensar que as minhas competências, como entrevistadora, serão avaliadas e o peso deste papel (que é o que mais se aproxima com a profissão de psicólogo), levou a que, ao longo da entrevista, nem sempre as intervenções tenham sido as mais apropriadas. Revelou-se complicado procurar estratégias no sentido de ajudar a doente uma vez que ela se encontrava hospitalizada tendo como único suporte emocional a namorada.»*) Tal como mencionado aquando a realização do enquadramento teórico, por vezes o *caregiver* hesita momentaneamente em relacionar-se de forma autêntica, o que despoleta uma das seguintes reações no *careseeker*: renovar a pressão no sentido de reaver a relação vs colocar-se sobre si mesmo (P: *«a minha maior insatisfação, talvez seja o facto de não conseguir impedir que o sistema de medo fosse novamente activado, o que me levou mesmo a bloquear e a não saber o que dizer. Outra insatisfação foi o facto de não sentir que tivesse dito algo que ajudasse o cliente melhorar o seu estado de espírito, um pouco também devido à activação do sistema referido anteriormente»*).

Ao analisar-se os resultados referentes à evolução dos participantes no âmbito da dificuldade em ser *caregiver* é possível verificar que esta tem maior incidência num momento final o que se revela um dado curioso pois seria de esperar que com o aumento da prática neste contexto, as dificuldades fossem dissipadas e não aumentadas. Contudo, tal resultado pode advir da análise da situação de entrevista e o consequente aumento do nível de exigência imposto pelos próprios participantes (cf. Tabela 2).

A componente «**Dificuldade em ser careseeker**» (P: «*Uma das minhas maiores insatisfações prende-se com o primeiro momento de entrevista (careseeker), nesta não consegui manter a postura adequada e acabamos por nos rir bastante impedindo-nos a concentração*») tem uma prevalência de 3%. Tal resultado pode ser explicado à luz da teoria uma vez que por vezes o *careseeker*/cliente assume uma postura de relutância face à expressão de sentimentos, conflitos e preocupações. Também o facto de apresentar um discurso incoerente e desorganizado constitui uma barreira ao sistema de *careseeking* (P: «*a minha maior insatisfação possível foi quando procurei dar soluções ao problema do meu caregiver*»).

Neste âmbito é possível constatar que não existem diferenças significativas ao longo dos momentos o que pode ser justificado pelo facto de os participantes terem acesso aos diferentes cenários ao longo do processo o que permite assim reduzir as insatisfações sentidas ao encarnar este personagem (cf. Tabela 2)

Tabela 2 – Evolução «Insatisfações»

			M1	M3	M4	M5
Normalização das insatisfações			7%	3%	5%	12%
Ausência de insatisfações			16%	6%	8%	8%
External attributions	Frustração		3%	0%	6%	3%
	Guião		18%	0%	5%	6%
	Operacionalização da teoria		4%	33%	2%	0%
	Questões logísticas		18%	40%	18%	18%
Internas	Não Punitivas	Posição física	0%	0%	8%	5%
		Nervosismo	6%	3%	2%	0%
	Punitivas	Desempenho negativo	9%	10%	2%	0%
		Dificuldade em ser caregiver	18%	0%	2%	20%
		Dificuldade em ser careseeker	1%	0%	5%	6%

Ao analisar os dados relativos à categoria «**Surpresas**» é possível inferir que cerca de 13% efetuaram referências a «**Expectativas frustradas**» (P: *um pouco no seguimento*

do que disse nas insatisfações, não estava à espera que fosse bloquear tanto, pois não consegui ter reacção durante algum tempo o que acabou por deixar, tanto a mim como ao careseeker desconfortável. Pelo que se tal voltar a acontecer tenho que aprender a acalmar-me e concentrar-me para, assim, conseguir promover a exploração). Seguindo a presente linha de raciocínio é frequente enquanto psicoterapeutas centramo-nos excessivamente nos problemas não resolvidos, acabando por desenvolver um sentimento de impotência/ frustração por não considerarmos que o processo não ficou completo. Este fenómeno designado de expectativas frustradas pode advir de um elevado nível de exigência imputada pelo próprio caregiver.

Ao analisar-se os resultados no âmbito das expectativas frustradas é possível constatar que esta subcategoria tem maior incidência no terceiro momento (23%) o que pode ser interpretado como uma desconstrução das idealizações efetuadas *a priori* pelos participantes (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Evolução «Surpresas»

	M1	M3	M4	M5
Expectativas Frustradas	17%	23%	5%	8%

No que concerne à categoria «**Descobertas**» não foram definidas quaisquer subcategorias. No entanto, tal facto deve-se à diversidade de discursos mencionados pelos participantes neste âmbito. Através da literatura é possível constatar que se por um lado o cliente rege-se pelo desejo de ser compreendido e ajudado, por outro o psicólogo assume a função de regular os seus níveis de vitalidade, sendo este um processo gradual (P: «*Quanto a descobertas, estas surgiram ao longo dos três cenários. As dificuldades em tomar o ponto de vista do outro leva-nos a por vezes cometer alguns erros, mas por outro lado quanto maior for a nossa descontração e foco no cliente, mais susceptível será de se criar uma relação empática e com isso co-construir uma relação sólida e por conseguinte encontrar soluções e respostas co-construídas*»). Deste modo a categoria referente às descobertas parece estar intimamente relacionada com o autoconhecimento dos participantes enquanto psicoterapeutas, o que sem dúvida terá um impacto positivo no exercício da sua profissão num futuro próximo (P: «*Percebi que, mesmo não tendo tido um desempenho óptimo como entrevistador/terapeuta, posso ser um bocadinho melhor do que aquilo que esperava. E algumas das competências mais básicas de um psicólogo, que referi no SISDAT anterior como importantes para nos ajudar nas entrevistas, foram “saindo” naturalmente, sem ter que estar a pensar nelas. De facto, o mais importante era*

ouvir o que o entrevistado me dizia e ao mesmo tempo estar a pensar no que deveria perguntar a seguir para compreender melhor o seu problema e a sua história.»; «Com esta primeira entrevista descobri que tenho capacidade para expressar as minhas emoções e do mesmo modo para as controlar, ainda que nem sempre na perfeição, pois sorri quando tal não deveria ter acontecido, enquanto entrevistadora. Considero que tal descoberta contribui para o meu auto-conhecimento, que na minha opinião é feito ao longo de toda a vida, pois nós mudamos todos os dias, e constitui também uma aprendizagem para o meu futuro profissional.»)

No âmbito das «**Aprendizagens**» os participantes relataram a vivência dos diferentes papéis (caregiver, careseeker e investigador) como um fator de crescimento e evolução no âmbito académico e pessoal. Deste modo obtiveram uma visão holística de todo o processo de consulta psicológica, enaltecendo a pertinência do papel do *caregiver*/psicoterapeuta na evolução do quadro patológico do *careseeker*/cliente. Neste sentido a possibilidade de encarnar a personagem de *careseeker* revela-se uma forma eficaz de aprender a lidar com as diferentes problemáticas que possam surgir (P: «*Penso que esta tarefa vai ser importante na medida em que me vai permitir aprender como interagir com pessoas com certas características e certos problemas. Nesta primeira fase acho que a minha aprendizagem vai ser por tentativa e erro, ou seja, só depois de ter realizado a minha entrevista me vou aperceber dos meus erros e, com base neles, vou poder aprender a como os melhorar;* «*As aprendizagens prendem-se com a observação anterior, fruto da reflexão sobre a actividade prática e contacto com as mais diversas reflexões. Também, e igualmente importante, a apresentação teórica abordando a TABELIS, com conteúdos relevantes e relativos à situação e dinâmicas de entrevista e posições de CareGiver e CareSeeker, contribuiu para a minha aprendizagem*»).

Por fim quanto à categoria «**Transposições**» é possível constatar que 28% dos participantes efetuaram referências no âmbito das «**Atividades profissionais**» (P: «*Penso que esta unidade curricular bem como esta cadeira me vão preparar melhor para as situações de intervenção enquanto profissional. A tarefa que me foi proposta é uma tarefa que se faz com frequência no âmbito da intervenção psicológica por isso penso que a experiência que vou retirar dela me vai ser benéfica para situações concretas futuras.*»). Deste modo, os participantes ao mencionarem as atividades profissionais como transposições alertaram para a necessidade e possibilidade de colocar em prática as aprendizagens efetuadas. Este de forma incontestável um resultado de extrema importância

dado que tal flexibilidade parece permitir um desempenho mais adequado e ajustado no âmbito do processo terapêutico.

No âmbito das transposições efetuadas para o contexto laboral esta foi efetuada com maior frequência no momento 1 (37%) o que pode advir do facto de situação de treino constituir uma projeção dos participantes num futuro próximo (cf. Tabela 4)

Por conseguinte, cerca de 8% efetuaram referências no âmbito das «**Atividades académicas**» (P: «*Embora o desenvolvimento dos “SISDAT” ainda seja novo para nós, penso que, à medida que os formos redigindo, este nos permitirá não só conseguir reflectir para esta UC, como para outras UC’s sem que seja necessário alguém nos pedir. Embora, tal como as docentes disseram, não existem “SISDAT” certos, ou errados, estes serão para nós um desenvolvimento que poderá ser “transposto” para outras UC’s e outros momentos do nosso dia-a-dia*»). Tal como o cliente/*careseeker* desenvolve o seu Modelo de Funcionamento Interno no âmbito das experiências de vida, também o psicoterapeuta enquanto *caregiver* adquire este mecanismo no decorrer do seu percurso académico. Assim sendo, a possibilidade de treino de transpor os conteúdos referentes ao modelo teórico TABELIS para outros contextos vem reforçar a pertinência do seu estudo.

No momento 3 as transposições no âmbito académico adquirem maior prevalência o que parece dever-se à possibilidade de recorrer a um programa análise qualitativa e assim implementá-lo noutras unidades curriculares (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Evolução «Transposições»

	M1	M3	M4	M5
Atividades profissionais	37%	33%	20%	20%
Atividades académicas	4%	23%	5%	7%

Considerações Finais

Na reta final da presente investigação torna-se pertinente elaborar um balanço da mesma. Neste sentido pretende-se efetuar uma reflexão crítica acerca dos aspetos mais pertinentes, mencionando o que decorreu de acordo com as expectativas e o que não se desenvolveu como inicialmente estipulado.

Começamos por mencionar que a temática da vinculação exerce sem dúvida um papel crucial nos mais variados contextos (familiar, académico, profissional, amoroso). Efetivamente a própria realização da presente dissertação de mestrado implica a existência de uma vinculação entre orientador e orientado o que se irá refletir na qualidade do trabalho.

Como citado por Siegel em 1999 o sistema de vinculação motiva a criança para procurar proximidade e estabelecer comunicação com as figuras significativas. Deste modo poderá dizer-se que este mecanismo é responsável pelo aumento da possibilidade de sobrevivência da mesma. A vinculação baseia-se na sensibilidade e responsividade parental para detetar os sinais da criança, permitindo desenvolver uma comunicação colaborativa. A partilha mútua nas relações de interação e a vinculação emocional ou ressonância dos estados mentais constitui a essência para o desenvolvimento de uma vinculação segura. O desenvolvimento de um estilo de vinculação na infância poderá perpetuar-se na vida adulta, podendo ser reproduzido no contexto de consulta, tal como exposto no enquadramento teórico e reforçado pelos resultados obtidos.

Os sujeitos constroem um conjunto de representações mentais do seu comportamento de vinculação, sendo estes dados armazenados como modelos de experiência, que segundo Bowlby denominam-se de Modelos de Funcionamento Interno. Inclusivamente são «guardados» como modelos relativos ao funcionamento das relações no passado, servindo de base para prever o seu desenvolvimento futuro. O *careseeker*/cliente constrói experiência através dos seus vários modelos de relacionamento com as suas figuras de vinculação isso vai influenciar o seu comportamento na relação terapêutica e a experiência de resposta do psicólogo ao mesmo (McCluskey, 2005).

Um aspeto pertinente alertado por Heard reporta-se remete para a qualidade de *caregiving* afetar a capacidade da criança de alcançar determinadas explorações (McCluskey, 2005). Como psicoterapeutas é fundamental atribuir um valor significativo à

regulação das emoções e saber como estabelecer uma ligação com as mesmas. Mas acima de tudo é necessário estarmos conscientes de que os *careseekers* leem as nossas expressões, respondendo de acordo com as mesmas (McCluskey, 2005). Deste modo os resultados obtidos através da realização da análise de conteúdo vão de encontro ao postulado pelos autores. As mensagens emotivas trocadas entre *careseeker* e *caregiver* durante o período em que a proximidade psicológica vivida por ambos é confortável, mostra que cada um está preparado para se relacionar, interessar e valorizar os sentimentos, ideias e ações expressas pelo outro (Heard & Lake, 1986).

Tratando-se de uma investigação qualitativa, é de extrema importância frisar que as tarefas deste género mostraram-se sempre bastante exigentes, em parte pelo rigor que impõem, mas também pela ambiguidade nas análises que não podemos deixar de focar. Neste momento torna-se oportuno referir que uma das limitações do presente estudo reporta-se à ausência de um acordo intercotadores, não sendo deste modo afixada a objetividade do mesmo. Seguindo a presente linha de raciocínio, este será um fator a ter em consideração em investigações futuras.

Como limitações apontamos também o facto de não terem sido desenvolvidas subcategorias no âmbito das descobertas e das aprendizagens. No entanto tal fenómeno pode ser justificado pela multiplicidade de relatos neste sentido, dada a subjetividade dos mesmos. Como sugestão para a realização de um estudo futuro inserido nesta temática referimos que a extração dos resultados seja efetuada tendo por base a evolução dos participantes no decorrer dos diferentes momentos.

O contributo deste estudo reside na importância da realização de investigações controladas e fiáveis que permitam evidenciar os diferentes momentos e padrões que emergem em contextos diversos e que ajudam a compreender a dinâmica vinciativa estabelecida entre o *careseeker* e o *caregiver*, a qual se constitui tão fundamental.

Em jeito de conclusão referimos a necessidade de se realizarem mais investigações no âmbito do TABELIS como forma de explorar a riqueza da interação entre *caregiver*/psicoterapeuta e *careseeker*/cliente. O mundo da vinculação é dotado de uma extrema complexidade e o seu estudo revela-se um excelente contributo na compreensão da dinâmica de interações estabelecidas entre psicólogo e paciente.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Cyssau, C. (2003). *A entrevista em clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heard, L., & McCluskey, U. (2009). *Attachment Therapy with Adolescents and Adults: Theory and Practice Post Bowlby*. London: Karnac Books.
- Heard, D. H., & Lake, B. (1986). The attachment dynamic in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 149, 430-438.
- McCluskey, U. (2005) *To Be Met as a Person: the dynamics of attachment in professional encounters*. London: Karnac.
- McCluskey, U. (2010). Understanding the self and understanding therapy: an attachment perspective. *Context Magazine*, 107, 29-32.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Rogers, C. (2005). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*: São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward Neurology of Interpersonal Experience*. New York: The Guilford Press.