

***Mindfulness e Psychological Mindedness* enquanto posturas terapêuticas: Relação com o processo de mudança em psicoterapia**

Dora Alice Coimbra* / António Branco Vasco**

* Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; ** Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa / Society for the Exploration of Psychotherapy Integration

A influência das características do psicoterapeuta, no processo e nos resultados da intervenção psicoterapêutica, tem sido amplamente reconhecida, independentemente do modelo teórico. Assumindo-se o interesse no estudo das competências terapêuticas não “técnicas”, necessárias para a prática clínica, reflecte-se sobre os constructos *mindfulness* e *psychological mindedness*, enquanto características relativamente estáveis da consciência da experiência e do *self* do psicoterapeuta, que podem manifestar-se como posturas terapêuticas distintas. Acreditamos que os terapeutas mais *mindful* e/ou *psychologically minded*, oscilando responsivamente entre as duas posturas terapêuticas, poderão verificar nos seus pacientes, uma maior capacidade estrutural, associada a um aumento da consciência da experiência e do *self*, obtido através da assimilação de objectivos estratégicos específicos de fase 2, do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006). É apontada a relevância clínica de se considerar a *mindfulness* e a *psychological mindedness* como posturas terapêuticas complementares, salientando-se a necessidade de se encontrar uma definição operacional dos constructos.

Palavras-chave: Mindfulness, Psychological mindedness, Posturas terapêuticas, Consciência da experiência e do self, Metamodelo de complementaridade paradigmática.

Introdução

A importância do terapeuta em psicoterapia

A relação terapêutica assume uma importância primordial no desenrolar positivo e no resultado do processo terapêutico. A presença, a atitude e a postura terapêuticas, enquanto elementos da experiência da relação, parecem constituir, mais do que as técnicas que são utilizadas, a essência da ajuda terapêutica (Fox, 1993; Norcross, 2011). A construção, a manutenção e a eventual reparação (Safran & Muran, 2002; Safran & Segal, 1990) da relação não só promovem a capacidade de mudança do cliente, como constituem, *per se*, a própria mudança (Fox, 1993). A relação terapêutica, de cariz bidireccional, pretende-se uma experiência reparadora para o cliente, de reabilitação psicológica e de re-socialização. O terapeuta tem o papel de criar condições para fazer emergir a capacidade daquele para integrar as suas experiências num sistema pleno de significado.

Durante muito tempo, a importância do psicoterapeuta foi subvalorizada na investigação em psicoterapia, por comparação com as “técnicas” terapêuticas, específicas de cada modelo teórico (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, & Nickel, 2007). No entanto, essas parecem explicar apenas 10 a 15% da variância das intervenções (e.g., Lambert & Barley, 2001). Ou, numa versão mais recente,

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Dora Alice Coimbra, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013, Lisboa, Portugal. E-mail: doracoimbraa@hotmail.com

apenas 8%, em contraste com a variância explicada pela relação terapêutica (12%) e as variáveis do terapeuta (7%) (Norcross & Lambert, 2011).

Por outro lado, a qualidade da aliança terapêutica tem sido identificada como o factor comum, intraterapêutico, mais responsável pelo resultado da intervenção, independentemente do modelo teórico (Norcross, 2011). Deste modo, as características do terapeuta parecem influenciar significativamente os resultados da terapia, “para melhor e para pior – efeitos de deterioração” – (e.g., Mays & Franks, 1985, citado por Vasco, 2005b, p. 81). As variáveis inerentes ao terapeuta são preexistentes à interacção terapêutica (variáveis “extra”-terapêuticas), sendo a sua presença e influência na mesma, essencialmente, “intra-terapêutica.” Manifestando-se, particularmente, no modo como constrói e sustenta a aliança terapêutica e no modo como toma decisões, igualmente terapêuticas. Assim, o *self* do terapeuta e a sua postura no processo psicoterapêutico, assumem uma importância central para o sucesso da intervenção.

O metamodelo de complementaridade paradigmática

Todos os terapeutas, independentemente da orientação teórica, baseiam a sua intervenção, e a tomada de decisão clínica, explícita ou implicitamente, num referencial teórico ou “mapa” de sequência terapêutica (Vasco, 2006). Ou seja, numa sequência temporal do processo terapêutico, referente a um “quando” da terapia, relativo a fases que contemplam objectivos terapêuticos específicos. O Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), de natureza integrativa, possibilita o acesso clínico, empírico e teórico, à compreensão e explicação do que ocorre “entre o início e o fim do processo terapêutico, a um nível intermédio de abstracção – o dos *objectivos estratégicos*” (Vasco, 2006, p. 11). Qualquer psicoterapeuta beneficia da utilização do Metamodelo de Complementaridade paradigmática, idealizado para responder à necessidade de se encontrar um referencial transversal aos modelos teóricos já existentes, integrativos ou não (Vasco, 1994, 2006). O referido metamodelo é composto por “princípios gerais de mudança terapêutica”, que determinam o “quê” da terapia, pela aliança terapêutica, a qual define o “estar” em terapia, abarcando também a “conceptualização do paciente e do problema” – o “quê” mais o “como” da terapia. A dimensão temporal e sequencial do processo terapêutico, enquanto função das características e “necessidades cambiantes de pacientes em mudança” (Vasco, 2006, p. 11) é contemplada no metamodelo, mediante um componente referente a uma sequência temporal de fases relativas a objectivos (perfazendo o “quando” da terapia). Este componente descreve o processo de intervenção terapêutica segundo sete fases sequenciais, as quais envolvem um conjunto de objectivos estratégicos específicos – designadamente: fase 1. Confiança, Motivação e Estruturação da relação, fase 2. Aumentar a Consciência da Experiência e do *Self*, fase 3. Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao *Self*, fase 4. Regulação da Responsabilidade, fase 5. Implementação de Acções Reparadoras, fase 6. Consolidação da Mudança e fase 7. Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída.

A mudança terapêutica produtiva passa, necessariamente, pelo aumento da consciência da experiência e do *self*, fase 2 do metamodelo de Complementaridade Paradigmática, sendo os objectivos específicos desta fase os de: (a) auxiliar o paciente a diferenciar os problemas; (b) focar a atenção em um problema de cada vez; (c) distanciar-se dos problemas; (d) diferenciar entre sentimentos, pensamentos e acções; (e) aumentar a consciência das relações e conflitos interpessoais e (f) aumentar a consciência das características, regras e conflitos do *self*.

Mindfulness e psychological mindedness: Variáveis da consciência da experiência e do self do terapeuta

A palavra “*mindfulness*” é uma tradução inglesa para *sati*, termo Pali, o qual designa uma actividade (Gunaratana, 2001), significando “consciência, atenção e recordar” (Germer, 2005, p.

5). Etimologicamente, *sati* significa “recordar, memória”, “não esquecimento”, mas no uso corrente, a palavra designa mais do que um simples recordar ou lembrar. Sati significa “não flutuar na superfície”, envolvendo “consciência plena do objecto”, ou “consciência profunda do objecto” (Silananda, 1999). Não existem palavras que descrevam rigorosamente o significado de *sati*. O estado de *mindfulness* é pré-simbólico (Gunaratana, 2001), ultrapassa uma formulação verbal, sendo pré-reflexivo (Brown & Ryan, 2003), i.e, implica uma consciência que surge antes que seja elaborado um processo reflexivo e teórico. *Sati*, ou a experiência de *mindfulness*, não “existe” em si mesma, num sentido real e visível, podendo contudo, ser experienciado e, *a posteriori*, aludido metaforicamente. Constitui uma actividade inefável, tornando-se incompleta, se a tentarmos capturar por palavras (Gunaratana, 2001).

A *mindfulness* refere-se a uma forma de consciência ou percepção, que implica processar, num registo pré-reflexivo (Brown & Ryan, 2003), o conteúdo da experiência, aos níveis emocional e sensorial. Kabat-Zinn (2003) descreve-a: “As palavras para coração e mente são as mesmas nas línguas asiáticas; assim ‘*mindfulness*’ inclui uma qualidade afectuosa e compassiva no acto de estar presente e atento, um sentido de abertura, presença amigável e interesse” (p. 145). O autor captura, na definição supracitada, de forma inteligível e compreensiva, a natureza de *mindfulness*, enquanto forma de atenção plena, sem julgamento, do momento presente, remetendo, para (a) uma atenção direccionada à experiência, promovendo um sentido de abertura à mesma; (b) a relação compassiva do indivíduo, consigo mesmo e com o mundo, enquanto forma de ser e (c) a ideia de unidade mente-corpo que essa experiência proporciona. *Mindfulness* carece de um termo homólogo, preciso, em português. O conceito é por vezes traduzido como “consciência plena”. A utilização dessa expressão como representativa de *mindfulness* é pouco inclusiva porque negligencia parte do significado que esta palavra contém. Pensamos que a essência da postura *mindful* em terapia é bem capturada pela conhecida expressão de Bion (1967) “sem memória nem desejo”.

Embora “consciência plena” seja um componente necessário de *mindfulness* (Wallace, 2008), não ocorre num sentido “frio” (Langer & Moldoveanu, 2000), i.e., não alude somente a um domínio da consciência e da atenção, correspondendo ainda, a uma noção de totalidade, de presença integral do indivíduo, com aceitação, envolvendo qualidades de compaixão, afeição e pertença (Kabat-Zinn, 2003).

Por sua vez, a expressão “*psychological mindedness*” tem origem na literatura psicanalítica, sendo considerada necessária ao exercício da psicanálise (Appelbaum, 1973). Apesar de os psicoterapeutas compreenderem o que é *PM* de uma forma intuitiva (Conte & Ratto, 1997; Hall, 1992), não há consensualidade relativamente ao significado específico do constructo. A *PM* surge mencionada como intracepção (Murray, 1938, citado por Farber, 1989) ou introversão (Jung, 1922, citado por Farber, 1989). Appelbaum (1973) declara que a *PM* é, muitas vezes, igualada a termos como “reflexão”, “introspecção”, “auto-observação”, ou “auto-consciência”, sendo “insight” a expressão mais comumente associada ao constructo, ou usada como sinónimo do mesmo.

Psychological mindedness pode traduzir-se como “mentação psicológica”, consistindo simultaneamente num interesse (em) e capacidade (Hall, 1992) de compreender e explicar os processos psicológicos, e as suas implicações cognitivas e emocionais. Este exercício intelectual pode ser direccionado para o próprio indivíduo, e/ou para os outros (e.g., Farber, 1985)¹. A Figura 1 ilustra uma diferenciação dos construtos.

¹ Referimos os constructos em inglês, por uma questão de uniformidade. Adoptamos as expressões *mindfulness* (substantivo) e *mindful* (adjectivo), *psychological mindedness* (substantivo) e *psychologically minded* (adjectivo). Empregamos a sigla *PM*, para referir o termo *psychological mindedness*, e *PMed* para *psychologically minded*, incluindo também verbalizações como “highly *psychological minded* psychotherapists” que traduzimos como “psicoterapeutas elevadamente *PMed*”.

	<i>Mindfulness</i>	PM
Traços (Self) e/ou Estados (Experiência)	Atenção voluntária à revelação da experiência momento-a-momento; Não julgamento; Observação participante; Compaixão e pertença.	Interesse/Intenção e Capacidade de: Identificar, compreender e relacionar os processos psicológicos, do próprio e dos outros.
Proficiência	Registrar a experiência momento-a-momento Auto-regulação (e.g., reacções de contratransferência) Monitorização da atenção (orientação para a experiência presente)	Compreender e interpretar o funcionamento psicológico do cliente (e.g., avaliação e conceptualização de caso)
Foco de atenção	Conteúdo da experiência emergente momento-a-momento	Conteúdos estritamente psicológicos
Qualidade de atenção	Pré-reflexiva	Reflexiva
Momento da experiência	Presente	Presente, Passado ou futuro
Registo da experiência	OBSERVACIONAL: Percepções, sensações, emoções	EXPLICATIVO, INTERPRETATIVO: Cognições, emoções

Figura 1. Diferenciação dos Constructos *Mindfulness* e PM (enquanto variáveis da Consciência da experiência e do *Self* do terapeuta)

Concebendo o *self* como agente experiencial, e associando-o, parcialmente, a uma ideia de “traço”, em termos do que é relativamente estável e conhecido pelo indivíduo, o constructo teórico “consciência do *self*” é constituído por instâncias como a sensação de *agência*, *necessidades psicológicas* (Conceição & Vasco 2005), a responsividade e flexibilidade dos estilos terapêuticos; e as visões epistémicas e ontológicas do mundo, do terapeuta e do cliente (Vasco, Silva, & Chambel, 2001). Definimos os constructos *mindfulness* e *psychological mindedness* como instâncias da consciência do *self* e da experiência, determinando implicações distintas, na relação em terapia, para o psicoterapeuta e para o cliente.

A postura do terapeuta, enquanto parte integrante da relação terapêutica, tem uma importância fundamental para o sucesso de uma intervenção (e.g., Fox, 1993; Norcross, 2011). Consideramos, especificamente, a *mindfulness* e a *psychological mindedness* como “características” pessoais do terapeuta (integrando a consciência do *self*), e a sua manifestação enquanto “estados” ou “posturas” terapêuticas (compondo a consciência da experiência). Embora a *mindfulness* e a *PM* sejam conceptualizadas como variáveis da consciência da experiência do terapeuta, essas são definidas não apenas como estados, mas também como “traços”, i.e., como características relativamente estáveis da consciência da experiência do *self*. Concebendo estas variáveis como “traços”, características mais ou menos estáveis, presentes num indivíduo, serão variáveis da “consciência do *self*”. Enquanto “posturas”, serão constituintes da “consciência da experiência”. Neste sentido, os terapeutas que *são* tendencialmente *mindful* nas suas vidas pessoais (o que, nessa circunstância, determina a característica como “traço”, parte do *self* do terapeuta), poderão *estar* menos *mindful*

enquanto terapeutas (Stanley et al., 2006), sendo o inverso igualmente possível. Consideramos este raciocínio igualmente válido para a *PM*, enquanto variável da consciência da experiência da terapeuta.

Mindfulness e PM do terapeuta: Relação com o processo de mudança em psicoterapia
Self-em-relação em psicoterapia: Primazia da postura terapêutica mindful?

Anatta – no-*self* – é um preceito fundamental da tradição budista (Smith, 2005). A experiência de *anatta*, conceito pali (língua ancestral budista) é traduzida como no-*self* (não-eu) ou *egolessness* (não-ego) (Smith, 2005). A saúde mental, na tradição budista, assenta no entendimento e percepção de “no *self*”, i.e., na consciência de que não existe um *self*, enquanto entidade imutável e independente, ou essência permanente (Ryan & Brown, 2003). A prática de *mindfulness*, aproxima-nos da experiência de *anatta*, tendo a particularidade de aumentar o sentido de unidade, de participação no colectivo (Dixit, 2008), de *self-em-relação* (Hollomon, 2000). Este conceito parece ter implicações terapêuticas a dois níveis distintos. Por um lado, na prática clínica, uma postura terapêutica de *mindfulness*, implica que o terapeuta esteja, parcialmente, não “consciente” do seu *self* – o que assentaria, radicalmente, no reconhecimento de no-*self* ou no estado de *unself-consciousness* (Dixit, 2008). Por outro lado, para experienciar genuinamente a relação terapêutica, momento-a-momento, o terapeuta tem de se “esquecer” do *self* do cliente, enquanto “objecto” ou “caso” de estudo (Fulton, 2008). Estas instâncias definem o que entendemos por “*self-em-relação*” (Aron, 2009; Hollomon, 2000), no contexto terapêutico. Assim, se o terapeuta apresentar uma postura centrada no próprio *self*, isso é claramente problemático, a diferentes níveis (Kottler, 1986). Por outro lado, uma postura terapêutica demasiadamente centrada no cliente, no *self* reificado deste (Fulton, 2008; Ryan & Brown, 2003), i.e., uma atitude rígida, de registo intelectualizado e demasiadamente interpretativo acerca do caso – postura *PMed* –, sem haver uma consciência e atenção aumentadas (Brown & Ryan, 2003) da experiência da relação, poderá constituir uma influência negativa na promoção de mudança no cliente (promoção de objectivos estratégicos pelo terapeuta, e assimilação dos mesmos pelo paciente (Conceição, 2005), e por inerência, nos resultados da intervenção.

Sabe-se que graus elevados de *PM* implicam um raciocínio particularmente inferencial e analítico que, embora torne possível a prática terapêutica, pode limitar a espontaneidade e a expressão emocional (Farber, 1983, 1985), podendo influenciar negativamente a interacção terapêutica (e.g., aquando da necessidade de metacomunicar, para promover a desconfirmação experiencial do ciclo interpessoal disfuncional do paciente; Safran & Muran, 2002; Safran & Segal, 1990). Neste sentido, a *PM* pode ter, para alguns terapeutas, um efeito inibidor da capacidade de *mindfulness*. O foco terapêutico exclusivo na *PM*, não só através da adopção da *PM* enquanto atitude ou forma preferida, deliberada, de estar-na-relação, mas também como tendência individual involuntária, para avaliar continuamente o conteúdo psicológico, pode ser problemático. Os recursos atencionais, que deveriam dirigir-se à experiência participante da relação terapêutica, esgotam-se na reflexão interpretativa sobre os processos psicológicos do paciente. O oposto não parece ser válido, i.e., não consideramos que a capacidade ou o estado de *mindfulness* possa dificultar a postura de *PM*. Os terapeutas elevadamente *mindful* serão inerentemente mais flexíveis e responsivos, pelo que, se apresentarem um grau elevado de *PM*, esta capacidade para reflectir sobre o funcionamento psicológico não se manifestará de modo predominante, nem impedirá a atenção *mindful* à experiência da relação. A *mindfulness*, enquanto instância da consciência da experiência e do *Self*, implica um processamento perceptivo, emocional e sensorial, com atenção plena, da experiência aqui-e-agora. Ser tendencialmente e/ou estar *mindful* facilita o registo da experiência, pelo terapeuta, enquanto observador-participante, e

permite responder, na interação, momento-a-momento. Idealmente, a postura terapêutica deveria ser mais próxima deste estado (Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2002). É exactamente esta o “estar” terapêutico que consideramos ideal em psicoterapia – a capacidade de alternar entre posturas de observador (*minded*) e de participante (*mindful*).

Observação participante e as posturas terapêuticas Mindful e PMed

A componente observacional da consciência da experiência do terapeuta (observação participante) parece implicar ambas as posturas *mindful* e *PMed*, consistindo em: atentar à tonalidade da voz do cliente, aos seus comportamentos e emoções verbais e não verbais, subtis e manifestos (observar o outro), observar o impacto que o cliente tem em si (observar-se a si e à relação) e aquele que está a ter no cliente (observar o cliente e a relação) (Hollomon, 2000). Mindfulness e PM diferem na qualidade de atenção que envolvem. A atenção *mindful*, no terapeuta, é direccionada a todos os “níveis” da sua experiência emergente: interioridade (sensações, emoções), “nível intermédio” (cognições, imagens, memórias) e “nível exterior” (percepções) (Safran & Muran, 2002). O estado de *PM* implica um registo mais compreensivo, explicativo e intelectual da experiência (Farber, 1985), determinando uma precedência da observação da realidade psicológica em relação à experiência integral, física, do que está a ocorrer no momento. Neste sentido, a atenção *PMed* dirige-se-á ao conteúdo “intermédio” da experiência (cognições, imagens, memórias), e parcialmente à interioridade [consciência aumentada das emoções (Farber, 1985). No contexto terapêutico, a *PM* será direccionada exclusivamente ao cliente, sendo hetero-utilitária (Appelbaum, 1973)]. A Figura 2 atenta a uma diferenciação das posturas terapêuticas.

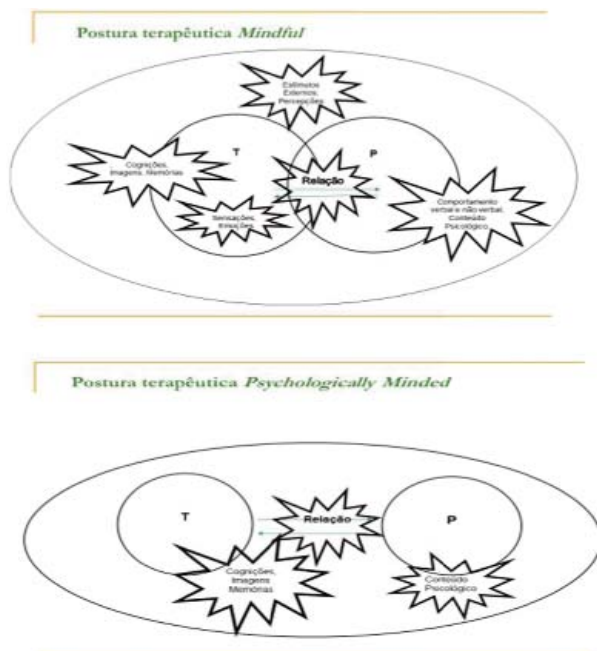


Figura 2. Elipse – Espaço Terapêutico; T (terapeuta); P (paciente); Formas-conteúdo da experiência emergente (níveis interior, intermédio e exterior), em que, tendencialmente, se aloca a atenção do terapeuta, nas posturas terapêuticas *mindful* e *PMed*. A atenção *PMed* terapêutica dirige-se principalmente ao conteúdo “intermédio” da experiência (cognições, imagens, memórias)

Discussão

Consideramos que níveis elevados de *mindfulness* e de *PM*, enquanto características mais ou menos estáveis e integrantes da consciência do *self* do terapeuta, poderão condicionar posturas terapêuticas (referentes à consciência da experiência) igualmente elevadas nas duas dimensões.

Os terapeutas que apresentam níveis elevados de *mindfulness* são mais capazes de auto-regular as suas reacções de contratransferência (Hollomon, 2000) e monitorizar a atenção (Bishop et al., 2004) relativamente aos conteúdos conscientes distractivos, que os afastam da experiência da relação. A contratransferência negativa, associada a resultados negativos em psicoterapia (Mohr, 1995) pode ser contrariada através de uma postura *mindful*, de *ser* ou estar na relação – “*self-em-relação*” (Hollomon, 2000) – em que todo o conteúdo da experiência do terapeuta é observado, com aceitação, momento-a-momento, e, por vezes, utilizado para informar conteúdos de metacomunicação (Safran & Muran, 2002).

Os terapeutas com graus elevados de *PM* podem sentir maior empatia (Farber & Golden, 1997), e ser capazes de avaliar o grau de severidade dos problemas do cliente – características do terapeuta, cuja ausência está associada a resultados negativos na intervenção (Mohr, 1995). A *PM* possibilita que o terapeuta seja capaz de interpretar correctamente os conteúdos psicológicos, estando associada a uma avaliação mais rigorosa do funcionamento psicológico (Hall, 1992). Além disso, uma *PM* elevada, relaciona-se com uma elevada capacidade de compreensão (Appelbaum, 1973; Farber & Golden, 1997), tornando o terapeuta potencialmente mais responsivo às necessidades do cliente.

A *PM* do terapeuta é uma variável relevante e necessária para o sucesso da intervenção (Farber & Golden, 1997), porque sem esta capacidade (Hall, 1992), não é possível fazer atribuições causais, precisas, entre processos psicológicos, nem apreender as motivações que subjazem o comportamento do cliente. Se um terapeuta for elevadamente *mindful*, e apresentar um nível baixo de *PM*, embora possa estar integralmente na experiência da relação, com aceitação, pode equivocar-se na avaliação e formulação clínicas. Para além disso, este terapeuta também não será capaz de responder adequadamente às necessidades cambiantes do cliente (Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2006), na medida em que não consegue avaliar, nem interpretar intelectualmente, de forma adequada, a informação que decorre da experiência da relação. Neste sentido, o processamento *mindful*, imediato e intuitivo da experiência da relação, parece ser necessário, mas não suficiente, para se conduzir a intervenção, a qual deve sustentar-se por uma contínua e dinâmica conceptualização do caso (Eells, 1997), que decorre da capacidade de compreender, interpretar e analisar o caso psicologicamente (postura *PMed*).

Por outro lado, um terapeuta que apresente um grau baixo de *mindfulness*, e um nível elevado de *PM*, será menos responsivo ao cliente, na interacção, e menos capaz de discriminar, momento a momento, conteúdos – emoções, pensamentos, comportamentos – que constituem dados relevantes para compreender integralmente o cliente.

Defendemos que a *mindfulness* e a *PM*, presentes no terapeuta em graus mais ou menos elevados, e manifestadas como posturas terapêuticas diferenciadas e enquanto qualidades da consciência da experiência do terapeuta, terão relação com o aumento da consciência da experiência e do *self* no cliente. Reportamo-nos assim, à influência que podem ter relativamente aos resultados de fase 2 do metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006). Essa conquista terapêutica será obtida através da assimilação mais diferenciada, pelo cliente, dos objectivos estratégicos específicos dessa fase (Conceição, 2005) – facilitada por aquelas competências não “técnicas” do terapeuta. Os terapeutas com graus mais elevados nas dimensões *mindfulness* e *PM* (++) podem verificar nos seus pacientes uma maior facilidade na assimilação de objectivos estratégicos da fase 2 do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), comparativamente aos terapeutas que revelam

uma dessas características de forma predominante, i.e., elevada *mindfulness* e baixa *PM* (+-); ou baixa *mindfulness* e elevada *PM* (-+). Estas posturas poderão ser conceptualizadas como processos complementares em psicoterapia, se utilizadas de forma responsiva. Existirá a necessidade de balanceamento do terapeuta entre uma postura *mindful* e *PMed*, dependendo do momento da intervenção (Vasco, 2005a). Pensamos não ser despidendo sublinhar ainda que a capacidade de movimentação do terapeuta entre as posturas *mindful* (participante) e *minded* (observador) cumpre também uma desejável função terapêutica de modelagem. Ou seja, acreditamos que um dos objectivos da terapia, em termos de promoção de bem-estar, passa pela capacidade de viver a vida, alternando entre instâncias de experiência e de reflexão.

Conclusões

O presente artigo incidiu na importância de se considerarem os constructos de *mindfulness* e de *psychological mindedness* como posturas terapêuticas necessárias e complementares, que facilitam a obtenção de resultados terapêuticos produtivos.

O entendimento do conceito budista de (no) *Self* (*anatta*) é potencialmente útil na psicoterapia ocidental, particularmente a nível da relação terapêutica (Fulton, 2008). Não faz sentido dizer que a tendência ocidental para conceptualizar e experienciar o *self* é eticamente certa ou errada; contudo, pode certamente interferir no trabalho terapêutico, de forma pouco produtiva. A cultura influencia directamente a forma de experienciar e de conceptualizar o *self*, e os terapeutas não estão imunes a esse legado.

O terapeuta pode beneficiar da sua prática de *mindfulness* e da sua compreensão desta experiência, não só pessoalmente, como também profissionalmente, na relação terapêutica com cada cliente. Havendo um conhecimento implícito de que o *self* do cliente não é inalterável, nem constante, e uma interiorização pelo terapeuta do conceito budista de no-*self* – ou, pelo menos, um entendimento do significado prático do mesmo – as qualidades de flexibilidade e de tolerância à incongruência serão desenvolvidas, havendo uma maior responsividade à experiência e necessidades cambiantes do cliente, em cada momento da terapia (Vasco, 2006). É neste contexto que ecoam a relevância e utilidade da *mindfulness*, na prática psicoterapêutica.

Apesar de existirem variadas definições de *mindfulness* e de *PM*, mais ou menos compreensivas no conteúdo que envolvem, e de parecer haver alguma consensualidade, implícita, quanto ao significado dos constructos, não existe uma definição operacional dos mesmos. Bishop e col. (2004) sugerem uma definição operacional de *mindfulness* para responder a esta questão. Alguns autores (e.g., Conte & Ratto, 1997; Dollinger, 1997; Hatcher & Hatcher, 1997; MacCallum & Piper, 1997a) propõem medidas de *PM*, sendo patenteados na literatura esforços no sentido de se encontrar uma definição operacional do constructo, cujo significado converge, parcialmente, com o de outros (Appelbaum, 1973; Farber, 1989; Hall, 1992; McCallum & Piper, 1997b). Esta ausência de uma definição precisa dos constructos restringe o desenvolvimento de instrumentos de avaliação adequados e, conseqüentemente, a possibilidade de uma maior amplitude na investigação, direccionada não só à importância global destas instâncias da consciência da experiência e do *Self* do terapeuta, como características individuais passíveis de ser cultivadas, como também à utilidade da sua presença, específica, nos terapeutas. É assim necessária, uma definição operacional de *mindfulness* e de *psychological mindedness*, para que seja possível um entendimento mais preciso dos mecanismos exactos subjacentes à função destas características num sentido lato e, especificamente, enquanto posturas terapêuticas. Essa operacionalização permitirá levar a cabo estudos destinados a averiguar os efeitos da presença das referidas características no terapeuta, e da sua eventual manifestação utilitária em terapia.

A potencial utilidade da prática pessoal de *mindfulness* para terapeutas é uma qualidade terapêutica desejável, quer a nível pessoal, quer a nível profissional (Hick, 2008; Dryden & Still, 2006; Stanley et al., 2006). Germer (2005) defende que a *mindfulness* pode “tornar-se um constructo que aproxima a teoria clínica, a investigação e a prática, e ajuda a integrar as vidas pessoal e profissional dos terapeutas” (p. 11).

Pode conceber-se, em psicoterapia, os constructos de *mindfulness* e *PM* como sucedendo ao longo de um continuum. O psicoterapeuta, enquanto observador (distanciado) e participante, oscilaria, idealmente, entre os estados de *mindfulness* e de *PM*. As características do terapeuta de “abertura à experiência, responsividade, flexibilidade, tolerância à incerteza e frustração, relacionadas com uma melhor capacidade de estabelecimento da aliança terapêutica e com melhores resultados de intervenção” (e.g., Lambert & Ogles, 2004, citado por Vasco, 2006, p.81), poderão constituir variáveis facilitadoras da capacidade de balanceamento do terapeuta entre uma postura mais *mindful* ou mais *PMed*.

A *mindfulness* e a *psychological mindedness* são constructos com potencial integrativo, na medida em que o seu significado conceptual e clínico parece ser transversal a todas as orientações teóricas, pela necessidade de estarem presentes, moderada a elevadamente, nos terapeutas – podendo manifestar-se tendencialmente como posturas, de actuação complementar, em terapia.

Referências

- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 54, 35-46.
- Aron, L. (2009). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 2, 279-281.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do *self* como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-79.
- Conte, H. R., & Ratto, R. (1997). Self-report measures of psychological mindedness. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dixit, J. (2008). The art of now: Six steps to living in the moment. *Psychology Today*, 41, 62-69.
- Dollinger, S. J. (1997). Psychological mindedness as “reading between the lines”. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dryden, W., & Still, A. (2006). Historical aspects of mindfulness and self-acceptance in psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 24, 3-28.
- Eells, T. (1997). Psychotherapy case formulation: History and current status. In T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.

- Farber, B. A. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Theory, Research and Practice, 29*, 174-182.
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*, 170-177.
- Farber, B. A. (1989). Psychological Mindedness: Can there be too much of a good thing?. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 26*, 210-217.
- Farber, B. A., & Golden, V. (1997). Psychological Mindedness in Psychotherapists. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Fox, R. (1993). *Elements of the helping process: A guide for clinicians*. New York, NY, England: Haworth Press, Inc.
- Fulton, P. R. (2008). Anatta: Self, non-self, and the therapist. In S. F. Hick & B. Thomas (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York, London: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter?. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry, 22*, 485-489.
- Gunaratana, H. (2001). *Mindfulness in plain English* [versión electrónica]. Boston: Wisdom Publications.
- Hall, J. A. (1992). Psychological-mindedness: A conceptual model. *American Journal of Psychotherapy, XLVI*, 131-140.
- Hatcher, R. L., & Hatcher, S. L. (1997). Assessing the psychological mindedness of children and adolescents. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hick, S. F. (2008). Cultivating therapeutic relationships: The role of mindfulness. In S. F. Hick & B. Thomas (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York, London: Guilford Press.
- Hollomon, D. (2000). The 'I' of the therapist: Eastern mindfulness and the skillful use of self in psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B – The Sciences and Engineering, 61*, 3279.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156.
- Kottler, J. A. (1986). *On being a therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 357-361.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues, 56*, 1-9.
- McCallum, M., & Piper, W. E. (1997a). The psychological mindedness assessment procedure. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McCallum, M., & Piper, W. E. (1997b). Integration of psychological mindedness and related concepts. In M. McCallum & W. E. Piper (Eds.), *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 1-27.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: Basic needs, mindfulness, and the authentic self. *Psychological Inquiry*, 14, 71-76.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2002). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Silananda, V. S. (1999). *The four foundations of mindfulness: A summary*. A talk given by the Venerable Sayadaw U. Silananda the Buddha Sasana Yeiktha at Severn Bridge, Ontario, Canada [versão electrónica].
- Smith, E. (2005). Licking honey off a razor: Buddhist psychology for western psychotherapists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 3725.
- Stanley, S., Reitzel, L., Wingate, L., Cukrowicz, K., Lima, E., & Joiner, T. (2006). Mindfulness: A primrose path for therapists using manualized treatments?. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 327-335.
- Vasco, A. B. (1994). No reino de Pã: Abordagem cognitivo-comportamental do caso José. *Psicologia*, IX, 139-152.
- Vasco, A. B. (2005a). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A. B. (2005b). Creio num engenho que falta mais fecundo de harmonizar as partes dissonantes: Fundamentação para a integração em psicoterapia. *PsiLogos*, 1, 77-94.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo do terapeuta e do cliente: Impactos na aliança terapêutica. *Psicologia*, XV, 299-308.
- Wallace, B.A. (2008). A mindful balance: Interview with Tricycle Magazine. *Tricycle: The Buddhist Review*, 17, 60-63, 109-111.

The influence of the psychotherapist characteristics, both on the course and the results of the psychotherapeutic intervention, has been widely recognized, regardless of therapeutic model. Considering the study of the “non-technique” therapeutic skills, needed for clinical practice, a reflection is made on the constructs of *mindfulness* and *psychological mindedness*, as relatively stable characteristics of the experience and *self-consciousness* of the psychotherapist, displayed as distinct therapeutic stances. We believe that highly *mindful* and/or *psychologically minded* therapists, responsively swinging between the two therapeutic stances, might verify the patient's achievement of a greater structural ability, related to an increased experience and *self-consciousness*, attained through the assimilation of specific strategic objectives of phase 2, of the *Paradigmatic Complementarity Integrative Metamodel* (Vasco, 2006). The clinical implications of considering *mindfulness* and *psychological mindedness* as complementary therapeutic stances are discussed, and the need to find an operational definition of the constructs is emphasized.

Key words: Mindfulness, Psychological mindedness, Therapeutic stances, Experience and self-consciousness, Paradigmatic complementarity metamodel.

