

MARÍLIA DA NATIVIDADE VIEIRA CARMO

Representações dos clientes sobre psicoterapia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências Sociais e Humanas

Porto, 2019

MARÍLIA DA NATIVIDADE VIEIRA CARMO

Representações dos clientes sobre psicoterapia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências Sociais e Humanas

Porto, 2019

MARÍLIA DA NATIVIDADE VIEIRA CARMO

Representações dos clientes sobre psicoterapia

Marília Da Natividade Vieira Carmo

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof.^a Doutora Ana Sani e coorientação do Mestre João Leal

RESUMO

A pertinência do estudo sobre a perspectiva do cliente é cada vez mais reconhecida como valiosa para a compreensão do modo como a psicoterapia funciona e o seu impacto. Neste sentido, o presente estudo centra-se numa análise compreensiva sobre as representações dos clientes acerca da psicoterapia. Para o efeito, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a cinco clientes que frequentavam um processo de psicoterapia. Para analisar as entrevistas foi utilizada a abordagem qualitativa, com base na análise de conteúdo de Bardin (2012). Quatro categorias e respetivas subcategorias foram identificadas e discutidas em relação à literatura sobre as representações dos clientes e as suas próprias experiências em psicoterapia. Quanto aos resultados, estes são consistentes com estudos qualitativos anteriores sobre as perspectivas dos clientes. De forma geral, observa-se que os participantes conseguiram verbalizar as suas perceções e crenças sobre a psicoterapia, assim como, as suas experiências neste contexto. Os clientes consideram-se agentes da sua própria mudança, admitindo que a psicoterapia não funciona se os próprios não participarem de forma ativa durante o processo. Também, foram capazes de identificar mudanças que ocorreram em várias dimensões das suas vidas como um efeito do tratamento.

Palavras-chave: Psicoterapia; Representações; Clientes; Expetativas; Perceção de mudança.

ABSTRACT

The relevance of the perspective of the clients is increasingly getting acknowledged as valuable for the understanding of how psychotherapy works and its impact. In this sense, this study focuses on a comprehensive analysis of the clients' representations regarding psychotherapy. For this purpose, we conducted semistructured interviews with five clients in a psychotherapy process. To analyze the interviews a qualitative approach was used, based on the content analysis of Bardin (2012). Four categories and respective subcategories were identified and discussed concerning the literature about the clients' representations and their own experiences in psychotherapy. The results are consistent with the previous qualitative studies about the clients' perspectives. Generally, we could observe that the participants were able to express their perceptions and beliefs about psychotherapy, as well as their experiences in this context. The clients consider themselves agents of their own change, thinking that psychotherapy does not work if they do not participate actively during the process. They were also able to identify changes that occurred in various dimensions of their lives as a result of the treatment.

Key-words: Psychotherapy, Clients, representations, expectations, change.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus orientadores, sem eles nada disso seria possível.

À Professora Doutora Ana Sani, pela orientação, pelos conselhos, sugestões, pela sua disponibilidade, paciência, e acima de tudo pela sua generosidade.

Ao Mestre João Leal, por todo o apoio e paciência que teve comigo, pelos incentivos e pela total disponibilidade que revelou em todas as fases do trabalho.

Um especial obrigado aos participantes deste estudo por toda a sua colaboração e disponibilidade.

Não posso deixar de agradecer a todos os professores da Universidade Fernando Pessoa pelos conhecimentos transmitidos. Um especial agradecimento à Professora Sónia Alves.

Durante o meu percurso académico fui acompanhada por pessoas extraordinárias, as quais não poderia deixar de agradecer. Assim, agradeço a todos os meus colegas e amigos, especialmente à Joana Cabral, Carolina Teves, Elisabete Rebelo, Alexandra Marques, Joana Silva, Elisabete Faustino, por todas as nossas vivências e experiências, por todo o carinho, apoio e partilha de conhecimentos e conversas profundas; à Ana Ribeiro pelo apoio e partilha de experiência e conhecimentos durante o meu estágio e à Dona Fernanda Bastos, pela sua presença, atenção e carinho.

Agradeço ainda, com muito carinho, às minhas colegas de trabalho, Rosa Salé, Odete Azevedo e Paula Bettencourt e à colega de profissão Clara Rita, pelo seu interesse e incentivo.

Um Obrigado a toda a minha família. Um especial agradecimento à minha mãe e aos meus irmãos, o que sou hoje também é graças a vocês.

À minha família de Coração, Sr^a Maria José Silva, Sr. Gilberto Oliveira, Ana e José Resendes, um Muito Obrigado!

A ti, Pedro... pela paciência, disponibilidade, compreensão e Amor. Obrigado pela companhia e por me ouvires. Por teres sido sempre tão capaz de acreditar em mim quando eu não conseguia.

Índice

Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Agradecimentos.....	VI
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Anexos.....	IX
Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento teórico.....	3
1.1. Definição de psicoterapia	3
1.2. Contexto histórico-concetual da psicoterapia.....	3
1.3. O estudo da eficácia em psicoterapia	7
1.4. Fatores que compõem a psicoterapia.....	10
1.4.1. Fatores extraterapêuticos	11
1.4.2. Expectativas	13
1.4.3. Fatores comuns das terapias	15
1.4.4. Fatores específicos das terapias	19
1.5. O contributo do estudo das representações para a psicoterapia	20
Capítulo II – Estudo empírico	25
2.1. Objetivos de Investigação.....	25
2.2. Metodologia.....	25
2.3. Método.....	25
2.3.1. Participantes	25
2.3.2. Instrumentos	26

2.3.3. Procedimentos	27
2.4. Apresentação dos resultados.....	29
2.5. Discussão dos resultados	38
Conclusão	46
Referências	51
Anexos	62

Índice de tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes.....26

Tabela 2. Síntese das categorias e subcategorias.....28

Índice de Anexos

Anexo I – Pedido de autorização para recolha de dados63

Anexo II – Declaração de consentimento informado.....65

Anexo III – Dados pessoais e guião de entrevista67

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética70

Anexo V – Matriz conceptual referente às categorias.....72

Introdução

A história da psicoterapia tem as suas raízes na cura pela fé e nas práticas religiosas, populares ou eruditas (Pedinielli, 1999), porém, a psicoterapia, só começou a assemelhar-se àquilo que conhecemos hoje a partir do século XIX. No seu início, a psicoterapia começou a ser praticada, acidentalmente, por psiquiatras, neurologistas e internistas (Jaspers, 2000). Foi marcada por uma forte rivalidade entre várias escolas em que cada modelo terapêutico restringia o desenvolvimento do seu trabalho ao contexto da sua própria teoria, sem ter em conta perspectivas alternativas ou intervenções potencialmente superiores à própria (Serra, 2003). Segundo Wampold (2007), embora as práticas de cura tenham existido desde o início da espécie humana, a eficácia de quase todas essas práticas não foi submetida ao que seria considerado um teste científico.

Décadas de estudos comprovaram a validade da psicoterapia e dos seus potenciais benefícios porém, a psicoterapia continuará a ser alvo de investigação, uma vez que o processo e os seus efeitos são tão complexos que continuarão a atrair curiosos e a proporcionar conceções explicativas dos resultados, dos componentes, dos mecanismos e mesmo dos processos presentes na psicoterapia (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). Tradicionalmente, grande parte da pesquisa sobre as experiências dos clientes na terapia baseou-se nas interpretações e avaliações do terapeuta ou do investigador, e não na percepção do cliente. Mais recentemente, passou a haver um maior reconhecimento do papel do paciente enquanto participante ativo na psicoterapia, passando a assumir a percepção do ponto de vista do cliente um papel maior na investigação em psicoterapia. Vários autores têm sublinhado que é essencial indagar sobre como os clientes experimentam a terapia, sendo este um campo de investigação tão jovem (e.g., Elliott & James, 1989; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016). Assim, a presente dissertação surge na sequência de um interesse científico pelo modo como os clientes interpretam os contributos da psicoterapia.

Numa primeira fase do trabalho procedeu-se ao levantamento bibliográfico por forma a compreender esta temática. Da síntese destes contributos teóricos resultou num plano metodológico através de uma abordagem empírica que contem uma única fonte de recolha de dados, a entrevista semiestruturada. Esta entrevista tem como principal objetivo compreender mais acerca das representações dos clientes sobre a psicoterapia.

O método qualitativo, através da análise de entrevistas, permite-nos ouvir a voz dos clientes, aproximando-nos dos fenómenos atuais e da experiência dos clientes e

presente uma compreensão do significado que os vários aspetos da terapia contêm para os mesmos (McLeod, 2013).

O presente trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos: enquadramento teórico e estudo empírico.

No capítulo 1 define-se o conceito de psicoterapia. A seguir, é apresentada uma revisão teórica sobre o contexto histórico-conceptual da psicoterapia e o estudo da eficácia em psicoterapia. Ainda no primeiro capítulo, são abordados os fatores que compõem a psicoterapia, agrupando-os em quatro áreas: fatores extraterapêuticos, expectativas, fatores relacionais (também designados por fatores comuns) e técnicas terapêuticas. Finaliza-se este capítulo com o contributo do estudo das representações para a psicoterapia, onde é feita uma revisão de estudos que procuraram compreender a perspectiva dos clientes sobre a psicoterapia.

No Capítulo 2 é apresentado o estudo empírico partindo da identificação dos objetivos da investigação. Explicita-se, em seguida, a opção metodológica tomada, bem como a descrição da amostra, instrumento e procedimentos. São apresentados os resultados das entrevistas e das perspectivas dos cinco clientes participantes no estudo, onde se verifica o modo como estes concebem a psicoterapia. Identificam-se, também, os processos psicoterapêuticos, baseados no Modelo Transteórico, que podem ter contribuído para os resultados da psicoterapia e as mudanças alcançadas, segundo as perspectivas dos clientes. Após a apresentação dos resultados segue-se a sua discussão, procedendo-se ao confronto dos resultados obtidos e apresentados, com a teoria sobre o tema em análise, bem como com os resultados publicados noutros estudos que se focam na mesma problemática de investigação.

Por último, apresenta-se, em síntese, as conclusões do estudo, bem como algumas reflexões sobre o mesmo incluindo as suas limitações e os seus contributos para o conhecimento.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1.1. Definição de psicoterapia

Vários conceitos foram construídos ao longo do tempo para designar a “psicoterapia”. Definida, muitas vezes, como a “cura pela palavra”, a psicoterapia consiste na aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais que se baseiam em princípios psicológicos estabelecidos com a finalidade de ajudar as pessoas a modificar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (APA, 2013), sendo também uma forma de autoconhecimento, de crescimento e de aprendizagem (Ribeiro, 1984). Envolve um cliente que tem uma perturbação, problema ou queixa e um terapeuta habilitado que deve ter uma solução adaptada e/ou individualizada para cada cliente e à sua perturbação, problema ou queixa (Wampold, 2001).

Desde o seu surgimento até à atualidade, a psicoterapia apresentou-se como uma alternativa para prestar cuidados de saúde mental. O conhecimento sobre o desenvolvimento psicológico humano, a origem da psicopatologia e o lugar e a natureza da psicoterapia têm um passado remoto (Baptista, 2016; Moreira et al., 2005).

1.2. Contexto histórico-concetual da psicoterapia

Segundo Moreira e colaboradores (Moreira et al., 2005b), a procura por níveis satisfatórios de bem-estar acompanha o Homem desde os tempos mais remotos, numa primeira instância, através da simples procura da satisfação de necessidades básicas (p.e. alimentação), posteriormente tornou-se uma necessidade premente, o bem-estar psicológico. O Homem também precisava de sentir-se bem com outras questões. O querer saber “o que ando aqui a fazer” transformou-se numa questão existencial com implicações significativas em termos de sofrimento, como a própria fome ou sede. Neste sentido, iniciaram-se tentativas para encontrar explicações sobre a origem e o desenvolvimento do bem-estar psicológico e sobre as estratégias para alcançar níveis satisfatórios de bem-estar (Moreira et al., 2005).

De acordo com Bienenfeld (2002), o começo da terapia planeada para casos com perturbação mental parece ter surgido na cultura grega, pois nos seus templos, através do descanso, dieta, massagem, banhos, exercícios e higiene, procuravam atingir a cura e o

bem-estar. Na Grécia antiga era, também, prática habitual invocar a interferência divina. A tradição greco-romana também praticava terapias semelhantes, porém em casos mais severos permitiam e recomendavam abordagens mais punitivas. Mais tarde, as práticas romanas centraram-se no tratamento através de ervas e em outros tratamentos somáticos. Porém, com a expansão do império romano, os métodos espirituais e psicológicos gregos praticamente desapareceram, dando lugar à *Era Cristã*, onde o pensamento mágico e a alquimia representavam a ciência da época.

A *Era cristã* foi marcada pelo desenvolvimento de hospitais com propósitos humanitários para o tratamento de “simplicírios e loucos” e pelas doutrinas religiosas de paciência, piedade, absolvição da culpa e cuidado, mas também pela inquisição (Bienenfeld, 2002). Nos tempos da inquisição, a loucura foi associada ao mal, à bruxaria e à possessão demoníaca. Esta perspectiva, apoiada pelo clero e pelas figuras políticas da época, levou a uma interpretação demoníaca da doença mental e a práticas terapêuticas que consistiam em queimar o corpo para salvar a alma prisioneira (Baptista, 2016; Bienenfeld, 2002).

Com a ascensão do método científico durante o iluminismo, influenciado pelas forças sociais e políticas democráticas, a loucura começou a ser entendida como uma doença, proliferando os manicômios, nos quais se utilizavam abordagens mais humanas nos cuidados dos doentes (Baptista, 2016; Bienenfeld, 2002).

No início do século XIX, o médico francês Philippe Pinel desenvolveu um novo conceito de doença mental, assinalando que quem sofria de perturbações mentais eram doentes e que deveriam ser tratados como tal e não de forma punitiva. Eram indivíduos que se encontravam em enorme sofrimento e merecedores de consideração plena. Desta forma, deveriam ser tratados com métodos eficazes de modo a poderem recuperar novamente a razão (Baptista, 2016; Facchinetti, 2008).

Ainda no século XIX, o foco voltou-se para a neurologia, pressupondo-se que o mau funcionamento mental refletia a existência de doenças do sistema nervoso (Baptista, 2016). Foi então que neurologistas, como Jean-Martin Charcot (1825-1893) e seu aluno Pierre Janet (1859-1947) começaram a aceitar “histéricos” como pacientes nos consultórios, afastando-se da atribuição exclusiva ao contexto hospitalar (Bienenfeld, 2002). Charcot iniciou o estudo científico do hipnotismo (Jung, 1989), representando um primeiro passo para a compreensão da mente e do cérebro (Bienenfeld, 2002).

Fortemente influenciado por Jean-Martin Charcot e por Joseph Breuer (médico em Viena), Sigmund Freud cria uma nova disciplina do conhecimento designada por

psicanálise (Baptista, 2016; Bienenfeld, 2002). Freud iniciou aquilo que depressa se transformou num processo de ajudar as pessoas a sentirem-se emocionalmente melhor e a alcançarem níveis satisfatórios de bem-estar (Moreira et al., 2005). Desde o final do século XIX até 1960, a psicanálise era, não somente a escola do pensamento psicoterapêutico dominante (Lambert, 2013a), como também a única existente (Baptista, 2016). A influência de Freud foi enorme, principalmente após as conferências que realizou, em 1909, na Universidade de Clark, sendo estas consideradas como o “*big bang* da psicoterapia” (Baptista, 2016; Jung, 1989). As gerações seguintes de psicólogos e psiquiatras foram marcadas pelo seu pensamento, assim como dos seus seguidores, Adler, Jung, Ferenczi, Rank, Abraham, Jones, Anna Freud (Baptista, 2016; Lambert, 2013a).

Após o surgimento da influência Freudiana, enquanto alguns se esforçavam por seguir os seus ensinamentos (Baptista, 2016), outros desenvolveram perspectivas divergentes e alternativas, conduzindo a novas abordagens para a psicoterapia (Lambert, 2013a).

A primeira alternativa à psicanálise foi a terapia centrada no cliente (na pessoa) desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers, em 1942 (Lambert, 2013a). Esta abordagem foi caracterizada por Rogers como uma “terapia não diretiva”. O terapeuta assume o papel de um facilitador que ajuda o cliente a identificar os seus próprios problemas e a determinar a direção que deve seguir a terapia (Collin et al., 2014). Segundo Rogers (2007), para que a mudança aconteça devem estar presentes algumas condições essenciais, nomeadamente na relação terapêutica. Neste sentido, o terapeuta deve apresentar uma atitude genuína e congruente perante o cliente, de consideração positiva incondicional e compreensão empática (Rogers, 2007). Estas características, atualmente, são reconhecidas como fundamentais para a construção da aliança terapêutica em quase todas as abordagens psicoterapêuticas (Lambert, 2013a).

A terapia centrada no cliente afastou-se significativamente das opiniões freudianas, onde o terapeuta era considerado o especialista do cliente, enquanto que Rogers enfatizava o potencial do cliente para a sua própria “cura” (Lambert, 2013a).

Ao mesmo tempo, outras abordagens psicoterapêuticas surgiram em resposta à ineficiência das técnicas psicoterapêuticas da psicanálise freudiana (Collin et al., 2014).

Uma nova escola surgiu, nos anos 20, com procedimentos baseados na aprendizagem que enfatizava a mudança de comportamento dos pacientes. Esta abordagem teve maior impacto na psicoterapia, após a publicação da obra *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition de Wolpe*, em 1958 (Lambert, 2013a). Wolpe utilizou o princípio

da inibição recíproca para desenvolver um programa de dessensibilização sistemática para tratar fobias e que, ainda nos dias de hoje, é utilizada na prática clínica (Collin et al., 2014).

Posteriormente, o surgimento da terapia cognitiva ocorreu na sequência da “insatisfação com os modelos psicológicos – comportamentais e psicodinâmicos - sem recurso a variáveis não observáveis para explicar os processos envolvidos no pensamento, na linguagem, na resolução de problemas ou nas emoções (...) dando origem ao que se designou por revolução cognitiva (...)” (Baptista, 2016, p. 39).

A terapia cognitiva (para a depressão) foi desenvolvida por Aaron T. Beck, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, direcionada para resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964, citado por Beck, 1995). Simultaneamente, Ellis (2002) desenvolve a teoria racional emotiva que partilha como foco do tratamento psicológico a reestruturação de crenças denominadas de “irracionais”.

O impacto das terapias cognitivas e comportamentais foi de tal ordem significativo que no presente a Sociedade de Psicologia Clínica da Associação Americana de Psicologia reconhece como empiricamente suportados mais de 80 tratamentos para diversas problemáticas, sendo que a sua maioria se desenvolveu a partir dos trabalhos pioneiros dentro deste modelo.¹

Resumindo, a história da psicoterapia tem as suas raízes na cura pela fé e nas práticas religiosas, populares ou eruditas (hipnotismo, “tratamento moral”, por exemplo) (Pediñelli, 1999), porém, a psicoterapia, só começou a assemelhar-se àquilo que conhecemos hoje, a partir do século XIX. No seu início, a psicoterapia começou a ser praticada, acidentalmente, por psiquiatras, neurologistas e internistas (Jaspers, 2000), marcada por uma forte rivalidade entre várias escolas, caracterizada por Larson (1980) como “uma luta dogmática” em que cada modelo terapêutico restringia o desenvolvimento do seu trabalho ao contexto da sua própria teoria, sem ter em conta perspectivas alternativas ou intervenções potencialmente superiores à própria (Serra, 2003).

Com o passar dos anos e com o progressivo desenvolvimento da psicoterapia como ciência, tem sido possível verificar o declínio da luta ideológica entre as várias escolas de psicoterapia e, lentamente, tem vindo a transformar-se numa atitude de mútuo

¹ É possível aceder a uma lista de tratamentos empiricamente suportados em <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>

respeito (Serra, 2003) e até de aproximação entre abordagens teóricas dominantes (e.g. psicanálise e comportamentalismo) (Moreira et al., 2005).

A consciencialização, por parte dos terapeutas, de que nenhuma abordagem é clinicamente suficiente para lidar com todos os casos e que nenhum modelo pode considerar-se a única e exclusiva forma de tratamento, contribuiu para a diminuição progressiva da rivalidade entre as várias escolas de psicoterapia (Serra, 2003).

1.3. O estudo da eficácia em psicoterapia

Embora as práticas de cura tenham existido desde o início da espécie humana, a eficácia de quase todas essas práticas não foi submetida ao que seria considerado um teste científico (Wampold, 2007). A validade da psicoterapia e dos potenciais benefícios estiveram, sobretudo, postos em causa aquando do ataque lançado pelo psicólogo Hans Eysenck, à eficácia da psicoterapia (Gleitman, 2002; Leonardi & Meyer, 2015; Moreira et al., 2005).

Eysenck (1952) a partir dos dados que obteve da revisão de 24 estudos de psicoterapia psicodinâmica e eclética, questionou os efeitos da psicoterapia, sugerindo mesmo que esta não tinha efeitos curativos, que podia ter efeitos negativos e ser, até mesmo, prejudicial. Segundo a sua análise, apenas 44% dos pacientes tratados através da psicanálise e 64% dos pacientes tratados com procedimentos ecléticos apresentavam melhorias, contrapondo com valores superiores de pacientes neuróticos tratados por médicos de clínica geral, na ordem dos 72%. Referiu também que cerca de dois terços dos pacientes com problemas neuróticos se recuperariam espontaneamente, dentro de dois anos a partir do início do problema, concluindo que a psicoterapia não era mais eficaz do que a remissão espontânea.

A publicação do estudo de Eysenck assumiu-se como um marco importante tanto na história da investigação em psicoterapia como na própria psicoterapia, já que deu origem a diferentes tipos de reações, estimuladas pela busca da corroboração empírica da eficácia da psicoterapia (Moreira et al., 2005).

As primeiras reações dos investigadores relacionaram-se com as falhas metodológicas encontradas na revisão efetuada por Eysenck. A título exemplificativo, McNeilly e Howard (1991) testaram a conclusão de que a psicoterapia não foi mais eficaz do que a remissão espontânea, utilizando os mesmos métodos analíticos de Eysenck. O seu estudo permitiu aferir conclusões contraditórias às de Eysenck, estimando-se que 50%

dos pacientes que frequentavam psicoterapia melhoraram após 8 semanas, enquanto que apenas 2% dos “não tratados” foram estimados a melhorar num período equivalente. Eles também demonstraram que a psicoterapia produziu, em 15 sessões, a mesma taxa de recuperação que a remissão espontânea, após dois anos.

Com base nestes dados, pode refutar-se a hipótese de que a psicoterapia não é mais eficaz do que a remissão espontânea dos sintomas. O tratamento apresenta taxas significativamente superiores, quando comparadas aos efeitos da remissão espontânea, o que comprova que a psicoterapia é eficaz. O facto de a psicoterapia ter um efeito mais rápido é particularmente importante, porque o sofrimento é aliviado mais rapidamente (Lambert, 2013b).

Eventualmente, ao longo de décadas, milhares de estudos e centenas de meta-análises, que avaliaram diversas perturbações e terapias, comprovaram os efeitos positivos da psicoterapia (e.g., Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon, & Andersson, 2010; de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009; McNeilly & Howard, 1991; Smith & Glass, 1977). Estima-se que a dimensão do efeito da eficácia da psicoterapia ronde os $d=0,60$ ($d=0,40$ a $0,80$), significando que cerca de 65% dos pacientes tratados terá um resultado positivo em comparação com 35% dos pacientes que estão em lista de espera durante o mesmo período de tempo (Lambert, 2013b)

Em relação às mudanças atribuíveis à psicoterapia, Prochaska & Norcross (2010)² identificaram as seguintes: mudanças de sintomas, problemas situacionais, cognições desadaptativas, conflitos de natureza interpessoal, conflitos familiares/sistémicos, e conflitos de natureza interpessoal.

Garantida a eficácia da psicoterapia, uma nova polémica se instalou. Com a grande proliferação de abordagens psicoterapêuticas e um aumento do interesse do público pela psicoterapia, levantava-se uma questão: Qual dos modelos apresenta melhores resultados? (Moreira et al., 2005).

Relativamente a esta questão, surgiram duas vertentes da investigação distintas. Enquanto alguns autores defendiam que todos os tratamentos têm efeitos semelhantes, não havendo tratamentos ou técnicas mais eficazes que outras e atribuindo a mudança a fatores comuns (e.g. Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Luborsky et al., 2002; Rosenthal & Rubin, 1982), outros procuravam identificar os diversos componentes do

² A Teoria da mudança, derivada do Modelo Transteórico, propõe que a mudança em qualquer um destes níveis (denominado assim pelos autores) acarreta sempre em mudanças noutro(s) nível/níveis, estando estes todos interligados.

tratamento e avaliar cada modelo separadamente em amostras específicas, enfatizando os fatores específicos (e.g., Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

A posição a favor dos fatores comuns apoia-se na investigação sobre os resultados das psicoterapias, realizadas em grande número ao longo dos anos 70 (e.g., Luborsky et al., 1975; Luborsky et al., 2002; Smith & Glass, 1977; Wampold et al., 1997) apontavam para a inexistência de diferenças significativas entre os efeitos benéficos de diferentes modelos teóricos - o que ficou conhecido como o paradoxo da equivalência ou o Veredicto do pássaro Dodó: “todos ganharam, todos merecem prêmios”. Com base nos resultados de Luborsky e colaboradores (Luborsky et al., 1975; Luborsky et al., 2002), a eficácia da psicoterapia foi atribuída aos componentes partilhados pelos diversos modelos terapêuticos. Segundo Luborsky et al. (2002), a haver ingredientes específicos em psicoterapia, estes poderão ser importantes e suscetíveis de contribuir para a mudança, mas sobretudo devido aos significados que o terapeuta e o paciente lhes atribuem.

De igual forma, foram mobilizados esforços na comunidade científica no sentido de identificar quais os fatores específicos das psicoterapias. A título exemplificativo, a Divisão 12 de psicologia clínica da Associação Americana de Psicologia (APA) instaurou, em 1993, um grupo de trabalho (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*), cujos alguns objetivos consistiam em promover e disseminar todas as intervenções empiricamente validadas em crianças, adolescentes, adultos e idosos; definir que tipo de intervenções eram eficazes no tratamento de determinado tipo de problema ou doença mental, baseando-se no pressuposto de que nenhum tratamento ou modelo deveria funcionar bem para todos os problemas; e introduzir tratamentos manualizados (e.g., o manual de Nathan & Gorman, 2007), ou seja, planos terapêuticos fundamentados, sistematizados e descritos em manuais (Chambless & Hollon, 1998; Task Force On Promotion And Dissemination Of Psychological Procedures, 1993), que apresentam os princípios e técnicas do tratamento e uma descrição clara das operações que o terapeuta deve realizar (apresentando cada técnica tão concretamente quanto possível, além de fornecer exemplos de cada uma) (Moreira et al., 2005).

Posterior a este trabalho inicial da Divisão 12, deu-se o surgimento de grupos de trabalho de outras divisões da APA, cuja intenção era complementar possíveis omissões na avaliação das intervenções psicoterapêuticas. Assim, surge, em 1999, a Divisão 29 da APA (Psicoterapia) com o objetivo de identificar, operacionalizar e disseminar

informações sobre *relações terapêuticas empiricamente sustentadas*, dada a grande associação entre resultados e aspectos da relação terapêutica (APA - Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Deste modo, a APA, começa a dar mais ênfase aos fatores comuns, reconhecendo que estes representam grande parte da variação nos resultados entre perturbações.

Segundo Lambert (2013b), com a crescente evidência de que há, simultaneamente, alguns efeitos técnicos específicos, bem como grandes efeitos comuns entre os tratamentos, a grande maioria dos terapeutas tornou-se eclética na sua orientação, refletindo uma certa rejeição às tendências rígidas, e a adesão saudável às evidências empíricas.

Desta forma, será, então, pertinente abordar, ainda que de forma sumária, os diferentes fatores que têm influenciado quer a prática clínica quer a investigação em psicoterapia.

1.4. Fatores que compõem a psicoterapia

Existe algum consenso, no que respeita à definição básica do que é a psicoterapia e à sua eficácia. No entanto, estima-se que existem mais de 400 tipos diferentes de psicoterapias (Cordioli, 2008; Moreira et al., 2005)

A atuação em psicoterapia é multifacetada, sendo a sua intervenção entendida a partir de uma teoria base, variando quanto às técnicas específicas que utiliza, aos objetivos, à frequência das sessões, ao tempo de duração (Cordioli, 2008) e ao modo como concebem a psicopatologia (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011).

Embora existam diferenças entre as várias escolas terapêuticas, em termos de teoria e prática, têm-se verificado tentativas de aproximação entre elas (Cordioli, 2008). Vários fatores foram identificados como sendo comuns a todas as abordagens psicoterapêuticas e importantes no que respeita à mudança terapêutica (Stamoulos et al., 2016).

Tais fatores abrangem o próprio contexto interpessoal da terapia: “a pessoa do terapeuta e, em particular, algumas qualidades, como empatia, calor humano e interesse genuíno; a qualidade da relação terapêutica (a aliança terapêutica e o vínculo); além de fatores pessoais do paciente, como a capacidade de vincular-se ao terapeuta, seu nível educacional, sua cultura, suas crenças, suas expectativas, sua motivação para efetuar

mudanças em sua vida, e a maior ou menor flexibilidade para adaptar-se a cada método específico” (Cordioli, 2008, p. 20).

Segundo Lambert e Barley (2001), os fatores que influenciam os resultados em psicoterapia agrupam-se em quatro áreas: fatores extraterapêuticos, expectativas, fatores relacionais (também designados por fatores comuns) e técnicas terapêuticas. A cada fator foi atribuído uma percentagem de relevância para o resultado da terapia. Assim sendo, grande parte do resultado do cliente, 40%, é atribuído a *fatores extraterapêuticos* (provenientes do paciente, remissão espontânea, eventos externos, apoio social), 15% é atribuído às *expectativas* (incluindo o efeito placebo ou confiança na terapia), 15% é atribuído às *técnicas*, fatores que são específicos a cada terapia (por exemplo, biofeedback, hipnose, dessensibilização sistemática, etc.) e 30% da mudança é atribuída aos *fatores comuns ou relacionais* (relação cliente-terapeuta) (Lambert & Barley, 2001). É de uma breve exploração dos mesmos que nos ocupamos de seguida.

1.4.1. Fatores extraterapêuticos

Os fatores extraterapêuticos incluem componentes externos à própria terapia, nomeadamente características do cliente e as suas experiências, a sua história, o diagnóstico, suporte social, habilidades de enfrentamento e pressões do quotidiano (Lambert & Barley, 2001; Sprenkle & Blow, 2004). De acordo com Lambert e Barley (2001), o cliente e os fatores extraterapêuticos são responsáveis por 40% da mudança.

Por exemplo, os eventos de vida externos podem acelerar as melhorias esperadas ou, pelo contrário, levar ao sucesso parcial, desistências ou falhas no tratamento (Feinstein, Heiman, & Yager, 2015). Da mesma forma, determinadas características dos clientes são consideradas preditores de melhores resultados. A gravidade do problema, nível de motivação, resiliência, e a capacidade do cliente para identificar e resolver problemas são alguns dos aspetos que podem influenciar o sucesso terapêutico (Bohart & Wade, 2013).

Segundo Bohart e Wade (2013), os clientes não são recetores passivos de tratamento. Os clientes interagem ativamente com os terapeutas e a própria forma como interpretam a terapia contribui para o resultado do processo terapêutico. Assim, os seus valores, perceções e crenças devem ser sempre considerados na tomada de decisão terapêutica. Há literatura que sugere que a contribuição do cliente, através do envolvimento ativo durante o processo, tem mais impacto no resultado do que qualquer

método de tratamento (Lambert, 1992, citado por Norcross & Lambert, 2011; Glass, Arnkoff, & Shapiro, 2001). Congruentemente, num estudo sobre a percepção dos psicólogos acerca do grau de importância de 16 fatores comuns, os participantes consideraram o fator “abertura do cliente para receber ajuda” como um dos mais importantes para o resultado terapêutico, ficando apenas abaixo dos fatores aliança terapêutica e empatia (Stamoulos et al., 2016).

Clientes motivados parecem estar mais dispostos a participar na terapia e a suportar melhor sentimentos dolorosos que, muitas vezes, surgem como resultado da própria terapia. Nestes casos, os clientes acreditam que participar e concluir com sucesso as tarefas será útil para aprender a lidar com os seus problemas (Wampold & Budge, 2012). Já a forma como estes aprendem depende do grau de envolvimento, da ressonância com o terapeuta e métodos, do esforço atribuído, da sua própria criatividade, e da forma como o cliente interpreta e implementa o que é transmitido pelo terapeuta. O cliente interpreta o que aprende à luz das suas crenças, esquemas e metas individuais, vê-se como agente ativo, esforçado e com um papel integral na produção de resultados. O cliente tem também assim um papel ativo em desenvolver, manter e reparar a aliança terapêutica (Bohart & Wade, 2013).

Todavia, muitos clientes terminam a terapia antes de atingirem um nível de mudança clinicamente significativo. As razões apontadas na literatura incluem: deceção com o tratamento, progresso inferior ao esperado, considerarem ter alcançado alívio suficiente, mesmo que o terapeuta não concorde, relação com o terapeuta, e características pessoais (variáveis demográficas, tipo de perturbação, nível de motivação, impulsividade e hostilidade) que interferem com a ligação ao terapeuta e tratamento (Bohart & Wade, 2013).

Desta forma, admitindo que o cliente é responsável pela sua própria mudança, os terapeutas devem conhecer as variáveis do cliente que possam ter impacto nos efeitos da terapia e desenvolver competências para avaliar se determinada intervenção se adequa ao cliente (Bohart & Wade, 2013; Moreira et al., 2005).

Segundo Robinson (2009), não é fundamental que a mudança do cliente seja vista à luz de uma teoria de como a mudança ocorre ou a partir de planos terapêuticos elaborados. Mais importante é saber a percepção do cliente quanto à natureza do seu problema e a sua possível resolução, adaptando a terapia às características do paciente e àquilo que é considerado útil pelo e para o próprio.

A constatação de que diferentes clientes têm diferentes trajetórias de mudança tem implicações tanto para entender como funciona a terapia quanto para o tratamento, sendo necessário a adoção de uma abordagem flexível e adaptar o tratamento às características do paciente (Bohart & Wade, 2013; Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

1.4.2. Expectativas

Um dos fatores que há muito se julga afetar o processo e os resultados da psicoterapia são as expectativas (Connor & Callahan, 2015; Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011; Glass et al., 2001; Lambert & Barley, 2001; Santibáñez Fernández et al., 2008; Tambling, 2012; Weinberger, 2014). As expectativas do cliente sobre a psicoterapia podem ser distinguidas por:

Expectativas sobre o resultado - referem-se à esperança ou expectativa de que a terapia será eficaz na redução dos sintomas e no alcance dos objetivos (Tambling, 2012), antes do primeiro contacto com o tratamento ou terapeuta e durante o processo (Constantino et al., 2011). Estas podem ser positivas, negativas ou ambivalentes (Constantino et al., 2011).

*Expectativas sobre o processo*³ - referem-se ao que vai acontecer durante a terapia, incluindo cognições acerca dos papéis que o cliente e terapeuta vão assumir (*expectativas de papéis*), qual será o seu terapeuta e o que acontecerá, durante as sessões de terapia (Tambling, 2012).

Expectativas de papéis são definidas como padrões de comportamento apropriados ou esperados de uma pessoa que ocupa uma posição específica. Em psicoterapia, os clientes alimentam expectativas quanto à natureza da relação terapêutica e dos papéis de cada elemento da díade (Glass et al., 2001; Tambling, 2012).

Numa revisão de 76 estudos (37 sobre as expectativas de papel, 24 sobre as expectativas de resultados e alguns sobre as preferências em relação aos papéis, às características demográficas do terapeuta e ao tipo de psicoterapia (e.g., psicoterapia

³ De salientar que, as expectativas de resultados e as expectativas de processo interagem entre si. O cliente pode ter elevadas expectativas quanto ao resultado antes da terapia, como também, por exemplo, esperar que a terapia se concentre, exclusivamente, na primeira infância (Constantino et al., 2011).

versus medicação), Glass e colaboradores (2001) concluíram que as preferências, na maioria dos estudos, apresentaram ter pouco impacto no resultado da terapia. No entanto, as expectativas de resultados se relacionavam, positivamente, com os resultados da psicoterapia. A capacidade do terapeuta de transmitir competência e preocupação pode enaltecer as expectativas positivas dos clientes sobre o resultado. Deste modo, o terapeuta deve mostrar conhecimento acerca dos problemas apresentados e os meios para abordar estes problemas em terapia. Da mesma forma, Wampold (2007) refere que uma explicação funcional sobre o problema cria a expectativa no cliente de que, se o protocolo de tratamento for cumprido, as dificuldades serão resolvidas. As expectativas positivas podem ser ainda importantes no alívio precoce do desconforto.

Por sua vez, Tambling (2012), através de uma extensa revisão de literatura, aferiu que os clientes esperam que os terapeutas sejam ativos, cuidadosos, orientados para a tarefa e focados no seu problema.

Da mesma forma, a incongruência entre as expectativas e a realidade pode resultar no abandono precoce e na falta de compromisso com a terapia. As expectativas de papel influenciam tanto os resultados da psicoterapia como também a formação da aliança terapêutica (Bohart & Wade, 2013; Tambling, 2012). Assim sendo, a terapia deve ser explicada para que as discrepâncias sejam corrigidas, por exemplo, quanto ao tipo de método, às características do terapeuta, papéis na terapia, definição e duração da terapia (Bohart & Wade, 2013; Glass et al., 2001). Bonner e Everett (1982) documentaram que um procedimento de preparação para o tratamento é eficaz no aumento da adequação das expectativas sobre a estrutura da psicoterapia. Sendo também de suma importância abordar e esclarecer, no início da terapia, a duração prevista do tratamento (Bohart & Wade, 2013).

No entanto, outros autores mencionam que muitos investigadores assumem que as expectativas de processo e resultado influenciam o resultado da psicoterapia, sem que haja evidência que apoie fortemente esta hipótese (e.g., Constantino et al., 2011). Constantino e colaboradores (2011) realizaram uma meta-análise, baseada em 46 estudos, e concluíram que, embora os dados sugiram que as expectativas de resultados têm uma associação positiva com os resultados da psicoterapia, esta é fraca e mista. Segundo os mesmos, não existem suficientes estudos bem controlados para conduzir uma meta-análise ou permitir retirar conclusões mais definitivas. Uma possível explicação para estes resultados, prende-se com a hipótese de que a associação expectativa-resultado é mediada pela aliança cliente-terapeuta, ou seja, as expectativas de resultados dos clientes podem

estar positivamente associadas à qualidade da aliança. Clientes com expectativas de resultado positivas (em comparação com crenças mais pessimistas), podem ser mais propensos a envolverem-se numa relação de trabalho colaborativa com o seu terapeuta, o que por sua vez pode promover bons resultados terapêuticos (Constantino et al., 2011).

Segundo Bohart e Wade (2013), a motivação sobrepõe-se a construções como expectativa e esperança. Os clientes que não acreditam que podem mudar e que se sentem sem esperança podem apresentar baixa motivação para a terapia. Proporcionar uma explicação adaptativa ao cliente sobre o seu problema transmite esperança e a aceitação da explicação, cria expectativas positivas de que o terapeuta vai ajudar a solucionar o seu problema. Quando aprovada pelo cliente, esta explicação faz sentido e é credível, porque é fornecida por um profissional de confiança e surge agregada a um conjunto de estratégias que o cliente acredita que vão ser úteis para atingir os objetivos (Wampold & Budge, 2012).

Essencialmente, as expectativas refletem crenças a diversos níveis sobre o tratamento. Estas são maleáveis, ao longo do processo, e carecem de verificação periódica para que seja possível responder-lhes adequadamente. Neste sentido, torna-se relevante explorar o papel da relação cliente-terapeuta na eficácia da psicoterapia.

1.4.3. Fatores comuns das terapias

Seguindo o paradigma da existência de fatores comuns entre as diferentes abordagens terapêuticas, Tschacher, Junghan e Pfammatter (2014), identificaram e definiram 22 fatores não-específicos ou comuns presentes na literatura. Os autores incluíram todos os fatores que foram referidos por pelo menos dois autores. Os fatores comuns considerados por ordem de importância no processo terapêutico foram a aliança terapêutica, envolvimento do cliente no processo de mudança, e experiência afetiva. Outros fatores comuns identificados foram: mitigação de isolamento social; fornecimento de um esquema explicativo; disponibilidade para mudança; nova narrativa sobre si mesmo; expectativa de autoeficácia, etc.

Estes resultados corroboram as conclusões de muitos outros investigadores, no sentido de a eficácia da terapia depender sobretudo da qualidade da aliança terapêutica, sendo esta variável mais importante para o processo de mudança do que as técnicas específicas (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bachelor, 1995; Bordin, 1979; Braga & Vandenberghe, 2006; Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013; Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, & Peri, 2016; Horvath & Luborsky, 1993; Heidi M

Levitt & Williams, 2010; Lingardi, Colli, Gentile, & Tanzilli, 2011; Macfarlane, Anderson, & McClintock, 2015; Norcross & Lambert, 2014, 2018; Safran & Muran, 2006; Stamoulos et al., 2016).

O conceito de aliança terapêutica tem as suas raízes na teoria psicodinâmica. Porém, tem sido amplamente incorporada na maioria das abordagens psicoterapêuticas como uma habilidade básica de qualquer terapeuta (Baldwin & Imel, 2013; Horvath & Luborsky, 1993). Assume-se, assim, como fator comum a relação existente entre o paciente e o terapeuta, uma vez que é independente da abordagem teórica.

Os fatores presentes na relação cliente-terapeuta são difíceis de diferenciar conceitualmente entre variáveis terapêuticas (por exemplo, estilo interpessoal, atributos do terapeuta), condições facilitadoras (empatia, calor, congruência) e a aliança terapêutica. Esses conceitos não são mutuamente exclusivos ou distintos, mas sim interdependentes e sobrepostos (Lambert & Barley, 2001).

Segundo Bordin (1979), a aliança terapêutica é definida como uma relação colaborativa e afetiva entre o terapeuta e o cliente. É composta por três componentes: a) um acordo sobre metas e objetivos da terapia; b) um acordo sobre as tarefas da terapia – a colaboração entre cliente e terapeuta exige um contrato de trabalho acordado por ambas as partes; c) um vínculo profundo de confiança mútua, respeito e cuidado entre terapeuta e paciente.

A investigação, nesta área, explora vários aspetos da relação terapêutica, incluindo a aliança entre terapeuta e cliente, bem como a capacidade, habilidades, atitudes e características pessoais dos terapeutas.

Horvath, Del Re, Flückiger e Symonds (2011), através de uma meta-análise de 190 estudos independentes, e cobrindo mais de 14 000 intervenções, concluíram que existe uma relação moderada, mas altamente confiável, entre aliança terapêutica e o resultado terapêutico ($r = .275$). A relação global entre aliança e resultado, na psicoterapia individual, representa aproximadamente 7,5% da variância, nos resultados do tratamento.

Num outro estudo qualitativo, os resultados indicaram que um bom relacionamento, a disposição dos clientes para partilhar sentimentos negativos sobre situações de incompreensão, e o esforço e facilitação dos terapeutas para reparar a rutura de alianças, através de uma postura flexível e aceitável, geralmente, levaram à sua resolução. Em contrapartida, um relacionamento fraco, a falta de vontade dos terapeutas para discutir ou aceitar as reações negativas dos clientes, ou a falta de consciência dos terapeutas sobre os sentimentos negativos dos clientes levou a mal-entendidos não

resolvidos e, muitas vezes, ao abandono da terapia (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994).

Sendo assim, a habilidade do terapeuta para formar uma aliança pode realmente ser importante (Baldwin & Imel, 2013). Compatível com isso, Olivera, Braun, Penedo e Roussos (2013), com base numa investigação qualitativa, concluíram que a maioria dos participantes, que expressaram a existência de mudanças, relataram haver uma boa relação terapêutica, enquanto os únicos dois participantes do estudo, que relataram a inexistência de mudança, expressaram sentir-se incompreendidos ou terem ficado desapontados com o seu terapeuta. Embora os resultados não sejam conclusivos, dadas as dificuldades inerentes à manipulação dessas variáveis, estes mostram como os aspetos negativos e positivos da relação terapêutica poderão estar associados à perceção de mudança.

Para a terapia ser bem-sucedida, esta deve-se basear na aceitação do terapeuta como um agente de confiança que agirá a partir do melhor interesse do cliente (Wampold, 2007). A mudança exige uma exploração, por parte do cliente, de fatores emocionalmente carregados, num exercício de análise e de exploração de si próprio. Neste sentido, é compreensível o papel central da relação entre cliente e terapeuta na definição e manutenção da aliança e a importância da segurança no seio da mesma para a promoção da mudança. Uma maior sensação de conexão com o processo terapêutico pode aumentar a probabilidade de mudança e crescimento terapêutico, ao longo do processo (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Desta forma, as histórias pessoais dos clientes e dos terapeutas podem ter alguma influência sobre a capacidade de desenvolver uma boa aliança terapêutica. Algumas características do terapeuta e dos clientes podem interagir e resultar em padrões de alianças, particularmente propícios ou não à formação e manutenção dos mesmos (Horvath & Luborsky, 1993). Assim, a qualidade da aliança terapêutica resultará da proximidade entre as exigências do tipo particular de aliança e as características pessoais do paciente e terapeuta (Bordin, 1979).

Os resultados de uma meta-análise indicam que os terapeutas são responsáveis por 5% do resultado da terapia, o efeito apresentado é pequeno, num sentido absoluto, mas consistente e de tamanho semelhante a algumas variáveis de processo (p.e. aliança) e maior do que outras (Baldwin & Imel, 2013).

Ao mesmo tempo, vários estudos demonstram evidências de que os terapeutas diferem quanto à sua eficácia. Mais especificamente, “um terapeuta poderá trabalhar

melhor ou pior com determinados grupos etários (crianças, adolescentes, adultos, terceira idade) ou com determinadas patologias, ou caracteres, ou histórias de vida, etc.” (Rocha, 2013, p. 6).

Qualidades pessoais, (e.g., capacidade geral de resolver problemas, sensibilidade, etc.), e habilidades do terapeuta são consideradas essenciais para o progresso do cliente (O’Donohue & Cummings, 2008). Outros estudos verificaram que variáveis adicionais do terapeuta estão altamente relacionados com o sucesso do tratamento, nomeadamente: a genuinidade, a autenticidade, a aceitação incondicional (Stamoulos et al., 2016), a credibilidade do terapeuta, a compreensão empática, a capacidade de envolver o paciente e de estabelecer um foco nos seus problemas e de direcionar a atenção do paciente para a experiência afetiva (Lambert & Barley, 2001). O terapeuta deverá ainda mostrar ter conhecimento sobre os problemas que o cliente está a enfrentar e dos meios para abordar esses problemas na terapia (Glass et al., 2001).

No entanto, há que ter em conta que as características dos clientes são variáveis que influenciam de igual forma o sucesso terapêutico. Embora a capacidade do terapeuta no estabelecimento da aliança possa manter o cliente em terapia (possivelmente, por inculcar motivação no paciente), outros fatores do paciente (e.g., rigidez, dificuldades com a regulação das emoções ou tolerância) podem impedir o cliente de responder ao tratamento (Huppert et al., 2014). Não obstante, grande parte da eficácia entre os terapeutas deve-se à capacidade de formar uma aliança de trabalho com uma variedade de pacientes.

Terapeutas eficazes são tidos pelos pacientes como confiáveis, os pacientes aceitam a explicação fornecida por estes para os seus problemas mais rapidamente e colaboram com os mesmos para alcançar os seus objetivos pessoais (Wampold, 2007). Assim, o desenvolvimento e manutenção da relação terapêutica promove ao mesmo tempo o contexto em que as técnicas terapêuticas exercem a sua influência (Lambert & Barley, 2001). Nesta mesma ótica, Norcross e Lambert (2018), referem que os métodos instrumentais e a relação terapêutica influenciam-se mutuamente através de uma interação complexa e recíproca. Por outras palavras, os autores consideram que o relacionamento não existe à parte do que o terapeuta faz em termos de método, do mesmo modo, não há nenhum método de tratamento que não provoque algum impacto relacional.

Apesar de se considerar que enfatizar a relação terapêutica e outros fatores comuns, na prática e na investigação, é suscetível de aumentar o resultado da psicoterapia muito mais do que o foco em técnicas específicas, “os terapeutas não podem

simplesmente fazer o que quiserem, como quiserem e durante o tempo que quiserem” (Laska, et al., 2014). Desta forma, apesar de a abordagem dos fatores comuns estar focada em melhorar os resultados terapêuticos e a competência do terapeuta, atingir este objetivo também exige uma variedade de técnicas específicas baseadas em evidências (Laska et al., 2014).

1.4.4. Fatores específicos das terapias

Como surge a mudança em psicoterapia é muito debatido na literatura. Os apologistas dos ingredientes específicos concentram-se nas técnicas como agentes essenciais de mudança (Tschacher et al., 2014). Estas intervenções específicas usadas pelo terapeuta devem ser coerentes com o modelo explicativo sobre a origem e a manutenção dos sintomas, com o propósito de eliminá-los (Cordioli, 2008).

No entanto, a evidência acumulada de décadas de investigação científica sugere não existir um contributo significativo dos fatores específicos para a eficácia da psicoterapia (Wampold & Imel, 2015). Segundo Prochaska e colaboradores (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Norcross, 2010) uma explicação possível é que apesar das principais terapias poderem discordar, concetualmente, sobre o que mudar, todas ativam processos de mudança independentemente das técnicas utilizadas e da abordagem teórica. Sendo que, os ingredientes específicos de cada terapia levam a mecanismos de mudança que podem ser quer distintos, quer semelhantes (Prochaska & Norcross, 2010).

De acordo com Prochaska e Norcross (2010) estes processos podem ser categorizados em dez tipos, expondo para cada um deles os objetivos e as principais técnicas utilizadas:

a) Tomada de Consciência (realização de esforços pelo indivíduo na procura de novas informações e de compreender e receber feedback acerca do comportamento-problema - e.g., *observações, confrontos, interpretações, biblioterapia, feedback, etc.*);

b) Alívio Dramático (o cliente experimenta e expressa emoções e sentimentos relacionados ao problema e a possíveis soluções – e.g., *cadeira vazia*);

c) Reavaliação Ambiental (reconhecimento por parte do cliente de como o seu comportamento tem impacto negativo para si e no ambiente em que vive);

d) Reavaliação Pessoal (reorganização da imagem que o cliente tem de si próprio e dos seus valores com relação ao aspeto sentido como problemático. Implica, também,

que a pessoa faça uma reavaliação do seu problema e do tipo de pessoa que pode vir a ser ao conquistar a mudança desejada - e.g., *experiência emocional corretiva*);

e) Auto-libertação (o cliente acredita que a mudança é possível, compromete-se e investe esforços para mudar o comportamento-problema);

f) Gestão de Reforços (quando há recompensas pelas mudanças alcançadas - e.g., *contratos de contingência, o reforço, auto-recompensa*);

g) Relação de ajuda (o cliente vê a possibilidade de partilhar os seus problemas com pessoas/grupos que possam auxiliar no processo de mudança - e.g., *Grupos de autoajuda*);

h) Contracondicionamento (o cliente aprende formas alternativas de responder aos estímulos associados ao seu problema e se ocupa dessa prática - e.g., *técnicas de relaxamento; dessensibilização, etc.*);

I) Controlo de Estímulos (preconiza a mudança no ambiente de modo a facilitar a mudança comportamental, evitando e reduzindo estímulos que levam ao comportamento-problema - e.g., *reestruturação ambiental, etc.*)

J) Libertação Social (o cliente procura alternativas para libertar-se do seu problema através de recursos ambientais e sociais que incentivam a mudança - e.g., *empoderamento*).

De referir, no entanto, métodos de tratamento específicos parecem apresentar vantagens, em alguns casos, principalmente em casos de ansiedade, onde é habitual recorrer à exposição sistemática (Lambert & Ogles, 2004 citado por Norcross & Lambert, 2011).

1.5. O contributo do estudo das representações para a psicoterapia

Compreender a psicoterapia com base na representação dos clientes constitui o foco da atenção deste trabalho. Conhecer o que é a psicoterapia não é apenas conhecê-la no que de facto ela é, enquanto uma prática consolidada em conhecimentos científicos. É também conhecê-la através das representações que dela têm, das ideias, conceitos, explicações criadas mediante as interações, neste estudo em particular, que ocorrem num contexto terapêutico.

As representações consistem em afirmações que podem ser baseadas em factos científicos como em crenças criadas, através das relações com os outros. A representação é o sentido pessoal que atribuímos aos significados elaborados socialmente (Lane, 2006).

Estas representações podem resultar como motor na procura de um psicólogo ou, pelo contrário, funcionarem como dissuasor, por serem estas reguladoras das ações dos sujeitos (Moscovici, 2012). Sendo estas construídas a partir das relações estabelecidas entre os indivíduos, nos processos comunicacionais, e resultarem dos afetos que os eventos sociais despertam nos mesmos (Jodelet, 2008), torna-se importante saber a perspectiva do cliente. O que o levou a procurar psicoterapia? Que expectativas tinha? Que representações tem da psicoterapia? São algumas das questões que nos podem auxiliar na procura do significado que o cliente atribui à psicoterapia.

O cliente constitui a fonte mais direta, no que respeita às suas próprias experiências, constituindo a fonte de informação mais precisa, relativamente ao significado e valor da terapia. Os clientes podem fornecer informações importantes sobre o contexto, que, por sua vez, irá clarificar o significado de uma experiência, e até identificar ligações entre várias experiências que não são observáveis por outros (Elliott & James, 1989).

Do mesmo modo, Levitt, Pomerville e Surace (2016) referem que a perspectiva dos clientes é útil para descrever como a terapia apoia na resolução dos seus problemas, permitindo esclarecer e identificar experiências significativas para os mesmos num contexto terapêutico, e levar a uma compreensão mais aprofundada do processo de mudança. Neste estudo os investigadores analisaram as experiências de clientes adultos em psicoterapia individual a partir de uma meta-análise de 109 estudos de pesquisa qualitativa. Os resultados revelaram que os clientes são agentes da sua própria mudança, retratando os esforços dos clientes durante as sessões em conjunto com as contribuições dos terapeutas e a qualidade das interações cliente-terapeuta. Na perspectiva dos clientes a terapia consiste num processo de mudança ativado pela identificação e compreensão dos padrões pessoais que ao serem avaliados num contexto de uma relação de suporte levaria a novos *insights* e a novas estratégias interpessoais. Ficou claro neste estudo que os clientes, como especialistas das suas próprias vidas, desempenham um papel importante no processo terapêutico, contrariando a ideia de que estes deveriam ser passivos ao receberem tratamento (Levitt et al., 2016).

Outros estudos nacionais (Moleiro & Pinto, 2009) e internacionais (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009; Jock, Bolger, Olivera e Roussos, 2013; Lambert, 2015; Leme et al., 1989; Manthei, 2006, 2007; Nunes & Gióia-Martins, 2003; Olivera, María, Braun, Balbi, & Roussos, 2011; Oliveira, Paixão, Page, & Carlton, n.d.; Olivera, Braun, Penedo e Roussos, 2013; Polli, Savegnago, & Arpini, 2013; Timulak, 2007) procuraram

igualmente aceder às representações de clientes sobre a psicoterapia, os psicólogos e os psicoterapeutas.

A título exemplificativo, na investigação realizada por Moleiro e Pinto (2009), com pessoas LGBT, acerca das experiências e expectativas relativamente aos processos de apoio clínico, concluiu-se que, as representações sobre a psicoterapia foram, em geral, positivas. O significado atribuído pelos participantes prendeu-se com a procura de uma solução para diversos problemas, principalmente, aqueles relacionados com a sua condição minoritária, nomeadamente na gestão de dificuldades decorrentes da discriminação e da homofobia.

Ainda nesta ótica, podemos citar o estudo de Polli, Savegnago, e Arpini (2013), que procurou compreender a forma como uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual percebe o seu terapeuta e a terapia. Os resultados mostraram que a criança vivenciou a terapia como um espaço onde podia partilhar o seu segredo e o terapeuta é tido como alguém, sobretudo, de confiança. O autor destaca a relevância da psicoterapia para superar as situações traumáticas originadas pelo abuso sexual e a importância do papel do terapeuta nessas situações.

Draucker e Petrovic (1997) estudaram as perspectivas de antigos clientes, vítimas de abuso sexual, acerca do acompanhamento psicoterapêutico. Os participantes descreveram as suas experiências no contexto terapêutico e embora não seja comum encontrar na literatura estudos sobre experiências negativas em terapia, a maioria dos participantes (12 em 19) descreveram experiências negativas com os seus terapeutas, nomeadamente, experiências de (re)vitimação ou vitimação secundária, problemas de contratransferência, sentimentos de aversão, rejeição e abandono por parte do terapeuta, falta de experiência e de competências técnicas, desacordo em relação ao término da terapia, etc.

Por sua vez, os participantes, que referiram aspetos positivos da sua experiência, descreveram o processo terapêutico como uma estrada e o terapeuta como o guia. Algumas recomendações foram ainda sugeridas por eles que acreditam serem úteis no atendimento a vítimas de abuso sexual. O terapeuta deve: a) estar informado sobre a problemática; b) informar o cliente sobre o processo terapêutico; c) manter uma boa relação terapêutica; d) respeitar o processo do cliente; e) ir ao ritmo do cliente; f) finalizar o processo no momento certo (Draucker & Petrovic, 1997).

No estudo realizado por Binder, Holgersen, & Nielsen (2009) sobre a percepção dos clientes relativamente às mudanças alcançadas em terapia, os participantes realçaram

a relação com os outros, a redução da angústia sintomática, melhor autocompreensão e aceitação como as mudanças mais importantes que ocorreram com a psicoterapia.

Ainda sobre a percepção dos clientes, Manthei (2007) constatou no seu estudo que os clientes consideram-se ativos na resolução dos seus problemas, são atentos e exigentes relativamente ao processo, abertos a sugestões e a intervenções dos terapeutas. São capazes de enumerar comportamentos alternativos que adoptaram fora das sessões e que contribuíram para a sua melhoria. Quase todos os entrevistados foram capazes de referir aspetos úteis do processo, assim como o que pode ou não funcionar com os próprios.

Da mesma forma, Jock, et al. (2013) e Olivera, et al. (2013) procuraram esclarecer as percepções de antigos clientes, relativamente às diferentes dimensões da terapia, incluindo o motivo da procura de tratamento, as suas percepções sobre o tipo de mudanças que ocorreram com o tratamento, a relação terapêutica e suas reflexões sobre o processo de finalização. Alguns dos resultados destes estudos indicaram que os clientes da Argentina são mais propensos a serem encaminhados para terapia por amigos e familiares do que clientes nos Estados Unidos, encaminhados por profissionais de saúde. Consistente com a percepção comum de que os argentinos consideram a terapia mais como um modo de vida do que os americanos, para quem ela pode ser mais estigmatizada. Os participantes argentinos conseguiram dar um número muito superior de respostas relativamente às mudanças ocorridas em terapia, demonstrando que a maioria deles tinha uma opinião clara sobre o seu tratamento e o que foi útil para eles (Olivera et al., 2013). Segundo Jock et al. (2013), isto poderá ter ocorrido devido à vitalidade da psicoterapia na cultura argentina, sugerindo que eles têm um maior léxico (i.e., um mapa conceitual ou vocabulário mais diferenciado do que os clientes americanos) sobre a mudança psicoterapêutica.

Olivera et al. (2013) concluiu também que, no geral, a maioria da amostra foi capaz de identificar as mudanças e relacioná-las ao processo, demonstrando a capacidade do cliente para identificar elementos-chave do processo terapêutico.

Estes estudos indicam-nos que a cultura pode moldar a forma como os clientes perspetivam a psicoterapia. Segundo Wampold (2001), o contexto cultural da psicoterapia, do paciente e do terapeuta são de extrema importância para entendermos os benefícios que produz.

Também Nock e Kazdin (2001) referem que a forma como o cliente participa do processo terapêutico e os resultados alcançados das intervenções é fortemente influenciada pelas crenças que tem acerca da psicoterapia. Entende-se que as

discrepâncias entre as expectativas quanto aos objetivos da terapia e o desconhecimento relativamente ao modo como funciona, são dificuldades que podem surgir, numa fase inicial do processo, e que, se não forem trabalhadas, podem comprometer o processo (Cordioli, 2008).

A construção de um conceito também passa pelo entendimento do que é caracterizado pelos clientes como psicoterapia. A sua definição, ou do seu papel, depende da atitude em relação à psicoterapia ou ao psicoterapeuta e da experiência particular de quem a define (Moscovici, 2012). Deste modo, o estudo das representações da psicoterapia revela-se importante pela valorização crescente da perspectiva dos clientes sobre a psicoterapia. Não só porque nos permite obter algum conhecimento sobre a imagem da psicoterapia, possibilitando, eventualmente, delinear propostas de intervenção, no que respeita ao modo como a imagem da psicoterapia, dos psicólogos e psicoterapeutas é transmitida, como também permite aos profissionais melhorarem os seus serviços, atuando em direção a esclarecer os seus clientes.

Capítulo II – Estudo empírico

2.1. Objetivos de Investigação

O presente trabalho tem como principal objetivo identificar as representações que os clientes têm sobre a psicoterapia, mais especificamente pretendemos: a) identificar as suas razões que levaram a procurar tratamento; b) analisar as expectativas do cliente sobre a psicoterapia; c) identificar os significados atribuídos, pelos clientes, às suas experiências no contexto terapêutico; d) explorar as reflexões dos clientes sobre o processo psicoterapêutico; e) reconhecer a percepção dos clientes acerca da sua própria mudança.

2.2. Metodologia

Tendo em conta o tema em estudo e os objetivos propostos, optou-se por uma investigação de carácter qualitativo e exploratório. Esta escolha residiu no facto da investigação qualitativa ser, particularmente, capaz de aceder à riqueza das experiências dos clientes em psicoterapia (Macfarlane et al., 2015), pela sua faceta descritiva que visa a construção do conhecimento, a reflexão e uma rica e profunda compreensão da experiência humana na sua inerente subjetividade (Oliveira, 2010).

2.3. Método

2.3.1. Participantes

Neste estudo participaram cinco clientes de psicoterapia, um do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 36 e os 52 anos. Todos os sujeitos frequentavam uma Clínica Universitária, sendo que a duração dos tratamentos, no momento da entrevista, decorria de quatro meses a dois anos. Todos já tinham tido acompanhamento anteriormente, inclusive em psiquiatria. Os dados sociodemográficos mais relevantes dos participantes do estudo encontram-se na Tabela 1 e foram recolhidos aquando da realização das entrevistas individuais.

Os clientes apresentaram como motivo do pedido de consulta perturbação emocional associada a problemas de ansiedade e depressão ($n=3$) e associada a Vitimação por violência na intimidade ($n=2$).

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos participantes

Código	Idade	Sexo	Estado civil	Situação profissional	Experiências prévias em psicoterapia (n)	Duração do atual tratamento
CL1	36	Feminino	Divorciada	Inspetora de qualidade	1	>2 anos
CL2	42	Feminino	Casada	Secretária	2	6 meses
CL3	39	Feminino	União de facto	Desempregada	1	4 meses
CL4	40	Feminino	Divorciada	Agente da PSP	3	6 meses
CL5	52	Masculino	União de facto	Desempregado	1	>1 ano

Os clientes foram selecionados a partir do pré-estabelecimento de alguns critérios. Como critério de inclusão foram tidos em conta a idade – maior de 18 anos; estado - autonomia funcional do foro mental; e assinar o termo de consentimento informado. Por outro lado, o abuso de substâncias psicoativas (exceto cafeína, nicotina e psicofármacos) constituirá um aspeto de exclusão, uma vez que pode enviesar o critério da autonomia funcional do foro mental.

2.3.2. Instrumentos

Para o presente estudo optou-se por construir um guião de entrevista semiestruturada constituída por oito questões abertas, assim como um questionário com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica da amostra definidas através de variáveis como idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão. Foram ainda colocadas questões sobre o motivo da consulta; duração do atual acompanhamento psicoterapêutico e experiências prévias de tratamento (cf. Anexo).

A entrevista semiestruturada é caracterizada pela elaboração prévia de um roteiro de questões abertas, o qual é dada alguma liberdade aos participantes para abordar novas informações que originam novas questões. Permite uma organização flexível, no entanto, o investigador deve conseguir orientar as respostas e perguntas subsequentes para o objetivo proposto (Belei, Gimenez-paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008). Para além de permitir aos clientes maior flexibilidade na descrição das suas experiências em

psicoterapia (Levitt & Piazza-bonin, 2011), a entrevista permite uma visão mais rica e completa das perspectivas dos clientes (Olivera et al., 2013).

2.3.3. Procedimentos

Primeiramente, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para a realização do presente estudo. Após obtenção de parecer positivo avançou-se para a seleção dos casos, que cumpriam com os critérios pré-estabelecidos supracitados, junto dos técnicos da Clínica.

Os participantes selecionados foram informados sobre o objetivo do estudo e depois de assinarem o consentimento informado foi agendada a entrevista. De todos os clientes contactados, apenas uma não participou, devido à incompatibilidade de horários. O anonimato das respostas foi assegurado e os dados fornecidos destinaram-se meramente para fins de investigação.

As entrevistas realizaram-se durante a primeira quinzena de junho de 2016 e foram registadas através de gravação áudio, com duração de 9 min. a 72 min. (média 37 min.). Estes encontros tiveram lugar numa sala que continha o material necessário, uma luminosidade adequada e sem estímulos desestabilizadores. A recolha dos dados foi efetuada de forma individual e num único contacto. Tentou-se sempre respeitar a sequência das questões, mas considerando também sempre que oportuno a hipótese de alterar a ordem sequencial em função do discurso dos participantes. No final da entrevista, criou-se um espaço onde foi dada a possibilidade a cada participante para acrescentar mais alguma informação que considerasse pertinente, ou que ao longo da entrevista tivesse esquecido de referir.

Depois as entrevistas foram transcritas na íntegra para análise qualitativa de dados. Os dados foram codificados – atribuindo duas letras e um número para cada participante – garantindo, assim, o anonimato e confidencialidade.

Os dados foram objeto de uma análise de conteúdo categorial tendo por referência os objetivos traçados. Após a transcrição integral das entrevistas, procedeu-se à pré-análise, onde foram realizados recortes do texto e a codificação dos mesmos. Criou-se uma matriz conceptual referente às categorias de análise e subcategorias. Esta matriz engloba, também, as diferentes análises de registo semântico e unidade de contexto. A análise de registo semântica é a forma de análise mais frequente e que corresponde ao tema ou unidade de informação, ao que o investigador apreende da leitura dos dados.

Quanto às unidades de contexto, estas devem fazer compreender a unidade de registo, podem ser descritas como os exemplos que nos levaram a criar as unidades de registo. De forma a interpretar e a verificar as conclusões dos dados obtidos a análise será auxiliada pela técnica de «análise de conteúdo» proposta por Bardin (2011).

Esta técnica de investigação permite fazer inferências ou deduções válidas dos dados obtidos para o seu contexto. Neste sentido, criaram-se quatro categorias (cf. Anexo): a) características gerais da psicoterapia; b) expectativas do cliente; c) mecanismos de mudança; d) resultados da psicoterapia, e respetivas subcategorias.

Tabela 2

Síntese das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
A. Características gerais da psicoterapia	a1. Motivo do pedido de consulta a2. Psicoterapia como forma de tratamento a3. Aliança terapêutica
B. Expectativas do cliente	b1. Expectativas de Processo b2. Expectativas de Papéis b3. Expectativas de Resultado
C. Mecanismos de mudança	c1. Tomada de consciência c2. Reavaliação Pessoal c3. Auto-libertação c4. Contracondicionamento c5. Alívio Dramático c6. Reavaliação Ambiental
D. Resultados da psicoterapia	d1. Mudanças Sintomáticas d2. Mudanças a nível interpessoal d3. Mudanças Intrapessoais

Na apresentação dos resultados, foram utilizadas as próprias palavras dos clientes de forma a ilustrar com clareza e autenticidade as suas experiências e perceções sobre a psicoterapia. Algumas das suas declarações tiveram de ser ligeiramente alteradas, de

modo a garantir o anonimato. Isso foi feito através da eliminação de detalhes pessoais e nomes de lugares, sem alterar a essência das suas declarações.

Face ao exposto, segue-se a apresentação dos principais resultados encontrados, os quais serão exemplificados com recurso a excertos de narrativas dos clientes.

2.4. Apresentação dos resultados

A) Características gerais da psicoterapia

A categoria «características gerais da psicoterapia», inspirada nos conceitos de psicoterapia de Wampold (2001) e da APA (2013), engloba as seguintes subcategorias: (a1) motivos do pedido de consulta, (a2) psicoterapia como forma de tratamento e (a3) aliança terapêutica.

A primeira subcategoria procurou identificar **(a1) o motivo do pedido de consulta**, surgindo vários motivos associados a um grau de perturbação sentido como intenso e situações problemáticas complexas, nomeadamente ansiedade, depressão, *burnout*, dificuldade em lidar com certos acontecimentos de vida, e problemas emocionais associada a Vitimação por violência na intimidade. Para ilustrar esta subcategoria, vejamos os motivos apresentados pelas Clientes CL2 e CL4:

Eu sempre fui muito ansiosa e sempre tive alguns problemas difíceis de resolver. Mas desta vez eu estava a trabalhar e deu-me uma dor muito forte no trabalho e eu caí para o chão (...), porque me tinha enervado com umas questões de trabalho que levaram os meus stresses ao limite (...) Já falava aos saltinhos, já andava lá sempre energética (...) eu tinha a ansiedade completamente descontrolada (...) eu já estava numa fase em que eu nem conseguia falar, (...) em que estava sempre a chorar e completamente descontrolada. (CL2)

Foi Síndrome de Burnout juntamente já com depressão. (CL4)

a2) Psicoterapia como forma de tratamento.

Esta subcategoria agrega as reflexões gerais dos participantes (CL1, CL2, CL3, CL4, CL5) sobre o método da psicoterapia e o seu impacto. Vejamos alguns exemplos relativamente à perceção dos clientes sobre a psicoterapia enquanto um método de tratamento que visa dar uma solução a uma queixa, problema ou perturbação.

Já falei a alguns colegas meus, que são tão stressados como eu (risos)... disse que há problemas que nós criamos e que há profissionais que nos ajudam a resolvê-los (...) e eu disse-lhes se nós vamos ao dentista quando nos doem um dente, se calhar quando nós estamos completamente exaustos e a cabeça completamente confusa se calhar temos de ir a uma profissional, a um psicólogo, para pôr as coisas nas gavetas. (...). E se calhar as pessoas não têm ideia de como, de como pode fazer bem, em determinados momentos de vida, termos de procura um psicólogo para ele nos ajudar a pensar da forma, se calhar, mais correta. (CL2)

Alguns participantes (CL2 e CL4) reflectiram sobre o significado da sua experiência pessoal em psicoterapia. Por exemplo, a C4 referiu que:

[A psicoterapia ajuda-me a]escolher métodos que me possam fazer sentir melhor. Ajuda-me a cumprir esses métodos. (CL4)

Apesar de, como vimos, em geral os participantes considerarem que a terapia tem um método eficaz, notou-se que as suas avaliações se centraram maioritariamente nas suas experiências terapêuticas mais recentes. Uma das participantes, no âmbito de outro processo terapêutico anterior referiu:

Acho que ajuda, no entanto, às vezes pode não ser o mais adequado. Às vezes não é bem direccionado para o tipo de problema, tipo de soluções, porque já fiz psicoterapia antes noutros sítios. (CL4)

Outro cliente entendeu a terapia como um processo, demorado e não linear, onde cada indivíduo pode ter diferentes trajetórias.

Nós vivemos muito no mundo do alívio rápido, nós vivemos no mundo do clique, no mundo da pastilha e do imediato e não é assim. A psicoterapia como o nome indica demora mais tempo... menos tempo... mais complicado... menos complicado...mais sofrível...menos sofrível... Mas, é um processo... que vai resultar em algumas situações e que não vai resultar em outras situações. (CL5)

a3) Aliança terapêutica.

Esta é definida como uma relação colaborativa e afetiva entre o terapeuta e o cliente. Engloba duas principais componentes, nomeadamente um vínculo profundo de confiança mútua, identificado a partir da análise das entrevistas de três clientes (CL1, CL2 e CL3), e um acordo sobre metas e objetivos da terapia, referido por outros dois clientes (CL4 e CL5). Seguem-se dois excertos que exemplificam cada uma das componentes:

E a Dr.^a a minha psicóloga lá, (...) é a minha base de apoio. O apoio da Dr.^a ajudou-me bastante. (...) ela é a pessoa que melhor me conhece (...). (CL3)

Terminados os planos que são traçados ou que nos ajudam a traçar, em que eu tenho estes objectivos para cumprir e isso faz com que eu esteja ativa no processo, digamos, da minha cura, da minha recuperação. (CL4)

B) Expectativas do cliente

A categoria «expectativas do cliente», como a própria designação deixa antever, procura aferir o que os clientes esperam da terapia e as crenças sobre o seu papel e do seu terapeuta antes e durante o processo. Esta categoria inclui três subcategorias, sendo elas (b1) expectativas de processo, (b2) expectativas de papéis e (b3) expectativas de resultados.

b1) Expectativas de processo

Nos seus discursos sobre a psicoterapia foi possível verificar que quatro participantes (CL1, CL2; CL3; CL5) apresentavam expectativas sobre o processo, ou seja, sobre o que vai acontecer durante as sessões de psicoterapia, antes e durante a terapia.

A CL2 refere que:

No princípio vinha com medo, mas depois fui vendo que realmente é diferente (...) eu achava que ia fazer uns jogos, umas coisas e que, pronto (...) e se fosse assim não sei se continuaria (...). Por isso é que eu digo assim, não correspondeu às minhas expectativas, superou porque eu não estava a contar que fosse assim e também não estava a contar que de uma maneira tão rápida começasse a sentir-me melhor.

Outro participante parece apontar que, ainda antes de vir para a terapia, as suas expectativas eram positivas e incidiam sobre a procura da causa e solução para o seu problema.

(...) eu achei que precisava de mais e como atualmente a psiquiatria baseia-se muito nos neuroquímicos (...) e como achava que o meu problema era... não era com neuroquímicos... que faz um efeito, mas não uma causa... (CL5)

Ainda sobre o mesmo participante, este após o início da terapia manteve expectativas positivas sobre o processo.

Há momentos e ...ultrapassar os momentos, é isso. E é isso que eu no fundo...vim para aqui, porque eu estava completamente paralisado... E é isso que eu tenho obtido e que eu tenho perspectivado...acho que é isso ... que está a ajudar nessa reorientação, nesse reencontrar, é isso...reencontrar, ganhar outra vez uma dinâmica positiva de bola para a frente.(CL5)

b2) Expectativas de papéis

Todos os participantes alimentam expectativas quanto à natureza dos papéis de cada elemento da díade. Usando as palavras de um participante para ilustrar a subcategoria:

Eu acho que o paciente tem que ter sempre uma correspondência dele ativa em relação aquilo que é pedido pelo terapeuta... Ativa no sentido de fazer os exercícios, de pensar, porque é isso que se trata.... Caso contrário ficávamos aqui a receber conselhos...não é?. (...) Eu é que tenho que escrever, eu é que tenho que ter vontade, eu é que tenho que... que querer ser ajudado. Não são vocês psicoterapeutas que vão fazer o meu trabalho, portanto é isso. (CL5)

b3) Expectativas de resultados

Os participantes relatam expectativas quanto à eficácia na redução dos sintomas e no alcance dos objetivos.

A ideia era curar-me completamente (...). (CL1)

Eu imagino o futuro comigo mais calma (...) como uma mãe mais calma (...) isso é muito importante.(CL2)

De um modo mais genérico os participantes fazem referência às expectativas que tinham antes do pedido de consulta.

Sei que estas coisas demoram o seu tempo, mas também das outras vezes nunca vi estes resultados que agora estou a ver (...) nunca pensei que ia ter um resultado tão bom como estou a ter. (CL2)

C) Mecanismos de mudança

Os mecanismos de mudança representam processos que podem ser definidos como qualquer atividade que o indivíduo inicie para modificar pensamentos, sentimentos ou comportamentos. Ao descreverem os significados atribuídos à psicoterapia, os participantes descrevem também os processos de mudança que aconteceram ao longo do

processo psicoterapêutico e que serão agora abordados aprofundadamente. Para tal, adotou-se os processos de mudança caracterizados pelo Modelo Transteórico para a construção das subcategorias, surgindo seis subcategorias: (c1) tomada de consciência, (c2) reavaliação pessoal, (c3) auto-libertação, (c4) contracondicionamento, (c5) alívio dramático e (c6) reavaliação ambiental.

c1) Tomada de consciência

A tomada de consciência consiste na obtenção da compreensão sobre o comportamento-problema. Segundo os relatos dos participantes, a terapia fez com que os participantes conseguissem compreender a origem dos seus problemas e atribuir sentido às suas vidas.

Tenho noção agora que sofro disso [depressão] e tenho que fazer uma luta mais constante (...) para... sair dela. Ao contrário das outras pessoas, consigo sempre ver mais o negativo que o positivo. Tenho noção disto agora, tenho noção de coisas que antes não tinha. E quando as coisas aconteciam era um problema, era difícil de gerir. Eu descobri (...) eu cheguei à causa da raiz, porque é que eu era...como eu era...porque é que eu reagia às situações como reagia, o porquê? os traumas que tinha por de trás disso. (CL1)

c2) Reavaliação Pessoal

Outro dos mecanismos de mudança presentes nos relatos de três participantes (CL1, CL2 e CL5) dizem respeito à reorganização da imagem que os próprios tinham de si mesmo e do impacto positivo que esta reavaliação os proporcionou.

E noto que a nível da minha postura eu sentia-me sempre humilhada, frágil e neste momento começo a ver que eu sou uma pessoa igual a muitas outras... e apenas eu própria é que não me respeitava a mim. (CL2)

c3) Auto-libertação

A psicoterapia resulta se o cliente acredita que a mudança é possível, compromete-se e investe esforços para mudar o comportamento-problema. Isto foi refletido no discurso de dois clientes (CL2, CL3), a título ilustrativo a CL3 refere:

(...) eu tenho que ser activa, eu tenho que fazer valer a pena o esforço, tanto da parte do Dr. como da minha parte...mas principalmente da minha parte, porque se eu vier aqui um dia muito desanimada, muito triste por causa de um problema que me surgiu, mas vir cá na semana seguinte com o problema

resolvido... é menos um obstáculo...é mais um motivo para nos motivar, alegrar (...). (CL3)

c4) Contracondicionamento

Os participantes relatam a adoção de respostas alternativas frente a estímulos associados ao comportamento-problema e investem nesta prática:

É como eu dizia dantes quando via um problema ia dar um drama e agora tento me acalmar e digo “pronto, ok, aconteceu. O que é que a gente pode fazer para resolver?” Eu digo “calma! Isso acontece a toda a gente, não é só a ti”. E isso vem do que aprendi aqui, não é? “acontece... qual é a solução? Como é que vamos resolver? (CL1)

c5) Alívio Dramático

Duas participantes (CL1 e CL2) revelaram que a psicoterapia os possibilitou de experimentarem e libertarem emoções e sentimentos relacionados ao problema:

É o espaço em que eu posso dizer quem sou eu, que eu falo do que eu sinto, do que eu penso (...) na terapia podes dizer...e podes falar dos teus medos, dos teus anseios, dizer do que não és capaz... (...) aqui eu vinha desabafar das minhas coisas, a pessoa tá para me ouvir (...)Tu aqui vens só despejar (...)só vens tipo aliviar a tua carga emocional, o teu dia menos bom, deixar aqui (...) e acho que a terapia ajudou-me neste sentido, de vir só para falar (...). (CL1)

c6) Reavaliação Ambiental

A reavaliação ambiental consiste no reconhecimento por parte do cliente de como o seu comportamento provoca problemas para si e aos que o rodeiam. Como podemos ver no trecho seguinte, a cliente avalia o impacto negativo que o seu comportamento-problema tem nos outros:

(...) eu notei que ela [filha] já estava a ficar da mesma forma que eu, muito insegura, muito frágil, muito medrosa e a ficar muito ansiosa (...) porque eu estava a lhe passar a minha ansiedade toda e a própria educadora disse isso e a própria médica. (CL2)

Para além de identificarem o impacto que os seus problemas têm nos outros, duas clientes (CL1 e CL2) relataram esforços para realizar intervenções a esse respeito:

Tentar ser mais positiva, tentar não me massacrar a mim própria, não ser tão rigorosa comigo, porque eu sou comigo e depois acabo por ser com os outros sem querer e até de uma forma inconsciente e tenho noção disso... Porque exijo de mim o correcto e há valores que para mim são muito importantes que depois quando os outros falham eu fico muito ofendida por eles falharem. E eu não posso ser assim, não temos todos os mesmos valores e não vêm às vezes as situações da mesma forma que eu vejo. Não temos a mesma perspectiva de vida (...). (CL1)

D) Resultados da psicoterapia

Por fim, a quarta e última categoria *resultados da psicoterapia* diz respeito à percepção dos clientes sobre a eficácia da psicoterapia através da análise das mudanças identificadas pelos clientes, a extensão e profundidade das mudanças alcançadas.

Os resultados da psicoterapia, presente nos discursos dos participantes, são tipicamente expressos através da comparação entre o antes e o depois da terapia. Os participantes refletem sobre alterações no modo como se sentem, como agem, aquilo que eram os seus padrões habituais de funcionamento, nos seus relacionamentos.

d1) Mudanças Sintomáticas

Dois participantes (CL2 e CL3) referem que a psicoterapia teve impacto na diminuição da ansiedade:

Noto que estou menos ansiosa do que estaria se não tivesse vindo fazer a psicoterapia. (CL2)

Outros dois participantes (CL1 e CL2) identificaram mudanças a nível do humor:

A instabilidade que eu tinha desapareceu (...) eu era muito infeliz e dizia que queria ser feliz (...) e ajudou-me nesse sentido de eu querer ser feliz e estar feliz. Antes 90% do meu tempo eu estava infeliz...sei que ninguém é completamente feliz, mas os momentos felizes eram muito poucos em relação aos que eu estava triste e então eu queria mudar essa perspectiva e a terapia está a ajudar-me neste sentido...de eu mudar esta perspectiva e ter mais momentos felizes e absorver mais esses do que os infelizes. (CL1)

d2) Mudanças a nível interpessoal

A relação com os outros e a melhoria na relação com os outros aparece como um dos aspetos centrais do modo como os participantes consideram que a terapia os ajudou.

Na perspectiva de uma das clientes a psicoterapia promoveu a compreensão diferenciada do outro:

Não é fácil quando tu vais criticar o trabalho de alguém...e depois levas com contrapartidas, porque quando tu criticas alguém, essa pessoa vai-te apontar o dedo também...e se não for profissional, acaba por ser pessoal. É defesa auto humana...e é normal, eu já percebi isso agora, mas durante anos custou-me, pessoalmente custava-me muito. Agora já não (...) sei que estão a criticar-me, porque é o método deles de se defenderem, porque eu estou a criticar o trabalho deles... e isso a mim ajudou-me e isso veio com a terapia, com o estar bem, com estas coisas todas...isto para mim foi importante. (CL1)

Os clientes (CL1 e CL2) referem que a psicoterapia permitiu adotarem comportamentos diferentes na relação com o outro:

A minha relação com a minha filha mudou muito, porque antes não tinha calma para ir ver as coisas, estava sempre ansiosa com alguma coisa. Neste momento, entendo que para ela tenho que ter toda a calma do mundo e que as outras coisas esperam. Aprendi a reorganizá-la [vida doméstica] durante a semana e então chega ao fim de semana e consigo estar com ela e isso para mim é muito importante. Há situações com a minha filha que vivi, depois que estive aqui, maravilhosas, que a apanhei mais calma e que a minha filha está muito mais calma do que estava, está muito mais meiga, muito mais sociável. (CL2)

Na perspectiva de duas clientes outras pessoas também reconhecem as suas mudanças.

A título exemplificativo, a seguinte cliente refere:

Quem lida comigo acho que... apercebeu-se que a minha vida mudou e que eu mudei, por exemplo... uma chefe, que foi minha chefe, quando voltou a falar comigo ficou espantada, porque disse que estava completamente diferente. Estava muito mais calma, mais ponderada, mais racional, menos emotiva, menos agressiva. (CL1)

Do mesmo modo, outra cliente expressa:

(...) sei que estou uma outra pessoa, é assim, para além de eu me sentir uma outra pessoa, mais calma, as outras pessoas à volta também já sentem isso. (CL2)

d3) Mudanças Intrapessoais

Ao elaborarem sobre o modo como a terapia promoveu a mudança, os clientes descrevem uma variedade de mudanças a nível intrapessoal, que promoveram o sentido de autoeficácia (CL2 e CL3), a integração da experiência (CL1), a autoestima (CL2), e comportamentos ou atitudes diferentes face às situações (CL2, CL3 e CL5).

Um exemplo de mudança intrapessoal que promoveu o sentido de autoeficácia, referida pela C2 foi a seguinte:

O futuro nunca mais vai ser como antes, claro que embora tenha outras coisas para limar (...) tenho que aprender a andar dentro de um carro, conduzir, mas já vejo a hipótese que talvez consiga um dia vir a conduzir e é o que tenho que pensar. (...) não sei até quando é que vou precisar das consultas, mas neste momento as ferramentas que tenho já vão fazer com que o futuro nunca mais irá ser o mesmo. (CL2)

Outro exemplo de como a psicoterapia permitiu a integração da experiência, deixando de sentir excitação ao relatar a experiência problemática:

(...) quando eu cheguei aqui a coisa que me lembrava que dizia sempre “eu quero falar das coisas como uma lembrança, não que elas doam” passou que doeu, mas eu consegui falar só como uma lembrança, não como uma coisa que me magoou, que me feriu. Faz parte (...) é o meu trabalho que foi melhorado... falar das situações sem me emocionar, falar “é passado”, falar e não magoar (...). (CL1)

Por outro lado, uma cliente descreveu como passou a sentir-se diferente consigo própria:

Eu própria é que não me respeitava e estava a começar a perceber isso, que eu própria tenho que pensar naquilo que me está a fazer bem e no que não está a fazer bem. E isso realmente não vai mudar, porque já neste momento eu já sei fazer esta diferença, agora já é automática até. (CL2)

Vejamos também um exemplo de como a terapia teve impacto positivo em comportamentos ou atitudes dos clientes:

Agora já questiono tudo, antes era o tal pensamento automático “ai meu Deus isto vai acontecer mal” e havia ali fantasias e neste momento não... neste momento já começo a questionar muita coisa que em 42 anos de vida nunca questioneei. As coisas a partir daqui nunca mais vão ser as mesmas porque já não são, já estão a começar a entrar dentro de mim. (CL2)

2.5. Discussão dos resultados

Depois de apresentados os resultados, segue-se o processo de análise e reflexão dos mesmos, com o objetivo de lhes atribuir um sentido e assim, conseguirmos compreender os significados construídos pelos participantes acerca das suas experiências em psicoterapia e se esta, a psicoterapia, contribuiu, ou não, para a mudança. A discussão dos resultados encontra-se organizada em função das categorias gerais e das respetivas subcategorias. Antes de avançarmos com a análise dos resultados, importa lembrar que todos os participantes deste estudo se encontravam a frequentar terapia e já tinham passado por pelo menos uma experiência anterior em psicoterapia, não restringindo os seus relatos apenas às experiências mais recentes. Acrescenta-se que alguns participantes recorreram diversas vezes à psicoterapia, mesmo quando esta não ajudou, acreditando que poderia ser diferente com outro terapeuta ou outro tipo de intervenção.

Os resultados obtidos neste estudo revelam, no que diz respeito às *características gerais da psicoterapia*, e ao *motivo* do pedido de consulta em particular, que são vários os motivos que levam o indivíduo a procurar ajuda através da psicoterapia. Estes motivos surgem associados a um elevado grau de perturbação, ou seja, um grau de perturbação sentido como intenso e a situações problemáticas complexas, sendo de destacar: ansiedade, depressão, *burnout*, dificuldade em lidar com certos acontecimentos de vida, e problemas emocional associados a vitimação por violência na intimidade. À semelhança do que indica na literatura, este estudo também confirma que os clientes quando questionados sobre o que os levou a procurar terapia são capazes de identificar uma ou mais situações em que não conseguiram lidar ou mesmo um evento específico que os ajudou a tomar a decisão (Manthei, 2006).

Os motivos encontrados neste estudo também vão ao encontro dos mencionados nos estudos de Olivera, et al. (2013) e de Roussos, et al. (2016), tais como problemas interpessoais, problemas emocionais, como sintomas de ansiedade e depressão, problemas de fase de vida. Tal como documenta o estudo de Wampold (2007), os pacientes procuram a psicoterapia quando os seus problemas são persistentes e graves e quando a sua explicação para os problemas é desadaptativa e o indivíduo sente-se desmoralizado em resolvê-los sozinho. Outros autores também referem que o sofrimento psíquico é o principal fator que incentiva o cliente a procurar um tratamento psicológico, sendo que este sofrimento pode ser determinado por um problema, queixa ou perturbação mental (Rocha, 2013; Wampold, 2001). É possível verificar que o pedido de consulta envolve o

reconhecimento da dificuldade em lidar com os próprios problemas, sendo comparado a um pedido de ajuda.

Relativamente às reflexões gerais dos participantes sobre o *método* da psicoterapia e o seu impacto, verifica-se que os participantes a percebem como benéfica. Da investigação depreende-se que todos os clientes foram capazes de fazer reflexões gerais sobre a psicoterapia como forma de tratamento, identificando várias formas através das quais a psicoterapia pode ajudar as pessoas. Uma das formas das quais a psicoterapia ajuda, segundo a maioria dos clientes, refere-se à modificação de pensamentos disfuncionais, sendo também considerada como uma forma de intervenção direcionada para resolver problemas, para resolver questões existenciais, capaz de promover o interesse pela vida e que procura mudar estados emocionais. E de facto, tal como salienta a APA (2013), a psicoterapia serve para ajudar as pessoas a alterar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais.

No entanto, da análise do discurso dos entrevistados, é possível verificar ainda que estes, apesar de considerarem que a terapia tem um método eficaz, centram as suas avaliações, essencialmente, nas suas experiências terapêuticas mais recentes e um deles (CL5) referiu-se a ela como um processo longo e não linear.

No estudo de Levitt et al. (2016) os clientes também definem o processo de mudança como uma experiência holística, não linear. Nesta mesma ótica, os autores do Modelo Transteórico baseiam-se na premissa básica de que o processo ocorre em fases sucessivas, mas não obrigatoriamente de forma linear (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992). Ou seja, a evolução pode ocorrer de forma contínua ao longo das fases, ou não. Os indivíduos podem até, iniciar, abandonar e reiniciar o processo, em qualquer momento, e por diversas vezes, sendo frequentes as recaídas (Prochaska et al., 1992), o que também poderá justificar o facto de todos os clientes neste estudo serem reincidentes.

Nas palavras de uma outra cliente (CL4), a psicoterapia ajuda, no entanto, às vezes não é bem direcionada para o tipo de problema ou tipo de soluções, não sendo desta forma adequada às necessidades do cliente. Outro cliente (CL5) refere que a psicoterapia consiste num processo que poderá resultar em algumas situações e em outras não, sendo o tratamento por meio da psicoterapia diferente de indivíduo para indivíduo, onde podem ocorrer diferentes trajetórias de mudança. Estes resultados, de certo modo, também poderão estar intimamente ligados ao pressuposto de que nenhum tratamento ou modelo funciona bem para todos os problemas (Chambless & Hollon, 1998), contrariamente ao que é defendido por muitos outros investigadores, no sentido de que a eficácia da terapia

depende sobretudo dos fatores comuns. De modo geral, as verbalizações dos clientes em relação ao método da psicoterapia corroboram com a definição de Wampold (2001), que reforça a ideia de que a psicoterapia envolve um cliente que sofre de uma perturbação e/ou apresenta um problema ou queixa e um terapeuta habilitado o qual deve desenvolver uma intervenção individualizada e adaptada a cada caso.

Por fim, face à última subcategoria integrada nas características gerais da psicoterapia, a *aliança terapêutica*. A aliança terapêutica é uma parte essencial e inseparável de tudo o que acontece em psicoterapia, visto que a psicoterapia é, em essência, uma relação interpessoal (Safran & Muran, 2006). À semelhança do que indica a literatura, este estudo também confirma a presença de uma relação colaborativa e de confiança entre clientes e terapeutas (Bordin, 1979; Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Levitt et al., 2016). Com base no entendimento da maioria dos clientes (CL1, CL2 e CL3) deste estudo, a relação de confiança é essencial e depende da presença de qualidades pessoais do terapeuta, nomeadamente simpatia, escuta, interesse genuíno e empatia que, segundo uma cliente (CL1), deve ser estabelecida entre ambos de forma a desenvolver uma base segura a partir da qual a cliente possa expressar-se. A este respeito, a literatura que versa sobre o tema coloca em destaque a importância da relação entre paciente e terapeuta, sendo essencial para que a mudança desejada ocorra e por isso mesmo, o terapeuta deve ter características como uma atitude genuína e congruente com o paciente, assim como de consideração positiva incondicional e compreensão empática (Lambert, 2013a; Rogers, 2007). Levitt e Williams (2010), também afirmam a necessidade de haver uma relação de confiança entre o terapeuta e o cliente, de forma a se conseguir alcançar resultados positivos. Os resultados também reforçam o estudo de Bachelor (1995) em que os clientes falaram predominantemente sobre as contribuições dos terapeutas para a aliança e o estudo de Olivera et al. (2013) onde a maioria dos clientes afirmaram sentir confiança e o apoio do terapeuta. Neste estudo, dois clientes (CL4 e CL5) mencionam também a existência de um acordo sobre metas e objetivos da terapia. Estes resultados vão ao encontro da investigação realizada por Lingardi et al. (2011) que concluíram que o contributo do terapeuta para a aliança terapêutica não diz respeito apenas a fatores relacionais, mas também técnicos.

Para se aferirem as representações dos pacientes face à psicoterapia, também se teve em linha de conta as *expectativas* dos mesmos, o que por outras palavras significa aferir o que eles esperam da terapia e as crenças sobre o seu papel e do seu terapeuta antes e no decorrer de todo o processo. Desta categoria surgiram três subcategorias, sendo elas

expectativas de processo, expectativas de papéis e expectativas de resultados. No que concerne às *expectativas de processo*, os participantes revelaram que a psicoterapia correspondeu às suas expectativas, na medida em que esta os ajudou a superar problemas e em alguns casos até superou as expectativas. No entender de Tambling (2012), as expectativas relativas ao processo referem-se ao que vai acontecer durante a terapia, quem será o terapeuta e o que acontecerá durante as sessões de terapia e foi precisamente isso que os entrevistados fizeram. Apesar de terem expectativas positivas relativamente à psicoterapia, alguns participantes (CL1 e CL3) revelaram ter sentido um certo medo aquando do início do processo. Isto corrobora com o estudo MacFarlane, et al.(2015), onde os clientes referiram existir uma certa apreensão inicial em relação à psicoterapia, baseada na falta de conhecimento sobre o processo psicoterapêutico. O mesmo aconteceu com clientes com experiência prévia em psicoterapia, assumindo, após a primeira sessão, terem tido uma experiência marcadamente diferente e muito positiva.

Por sua vez, as *expectativas de papéis* traduzem-se em padrões de comportamento que se esperam de uma pessoa e no âmbito da psicoterapia (Glass et al., 2001), estas expectativas dizem respeito à natureza da relação terapêutica e dos papéis de cada elemento da díade (Tambling, 2012). Neste estudo, e relativamente às expectativas de papéis, verificou-se que alguns participantes alimentam expectativas quanto à natureza dos papéis de cada elemento da relação terapêutica, reconhecendo a importância do paciente querer fazer a terapia e de querer ser ajudado.

Os clientes definiram o papel do terapeuta como um profissional que se coloca numa posição de ajuda, que permite que o cliente construa uma nova interpretação dos seus problemas, alguém que dá conselhos e ensina técnicas. Uma das clientes comparou o terapeuta com um médico que trata problemas de saúde, atribuindo uma componente médica e de cura de um problema. Por outro lado, os clientes, também, se consideram protagonistas da sua mudança, sendo unânime a opinião dos clientes sobre a necessidade de eles próprios terem um papel ativo na terapia. Isto reforça o estudo de Levitt et al. (2016) e de Rodríguez-Morejón (2016).

Já em relação às *expectativas de resultados*, os participantes relataram expectativas ao nível da eficácia na redução dos sintomas e no alcance dos objetivos. Estes esperavam ficar mais calmos, conseguir resolver os seus problemas e sentirem-se melhor. Na verdade, as expectativas de resultados, segundo Glass e colaboradores (2001), relacionam-se, positivamente, com os resultados da psicoterapia e por isso, se o cliente parte com uma atitude positiva para a terapia, a probabilidade de esta ser bem-sucedida e

eficaz é maior. Aparece ir ao encontro do que Tschacher et al. (2014) definiu como fator comum “instilação de esperança”, na medida em que o cliente forma a expectativa de que a terapia será bem-sucedida e os seus problemas serão resolvidos.

No que respeita à categoria *mecanismos de mudança* apresentados pelos clientes, isto é, aos processos que podem ser definidos como qualquer atividade que o indivíduo inicie para alterar pensamentos, sentimentos ou comportamentos, teve-se em conta a *tomada de consciência*, a *reavaliação pessoal*, a *auto-libertação*, o *contracondicionamento*, o *alívio dramático* e a *reavaliação ambiental*.

A *tomada de consciência* foi a subcategoria mais referenciada pelos clientes. Os resultados demonstram que todos os clientes parecem valorizar a tomada de consciência ao nível da compreensão dos seus problemas, bem como, da construção de novos significados. E de facto, tal como os estudos de Norcross et al. (2011), Prochaska e DiClemente (1983) e Prochaska e Norcross (2010) indicam, a tomada de consciência implica esforços, por parte do indivíduo, na aquisição de novas informações e de compreender e receber feedback acerca do comportamento-problema, o que se verifica no discurso dos participantes do estudo. Também Rodríguez-Morejón (2016) defende que as explicações sobre os sintomas são essenciais para que o cliente ajuste as ideias que traz às novas perspetivas que o terapeuta oferece.

Em consequência, a *tomada de consciência* sobre os seus problemas permitiu gerar novas opções e tomar decisões melhores referentes ao problema enfrentado. Isto vai de encontro aos resultados encontrados nos estudos de Levitt & Williams (2010) e Levitt et al. (2016). Neste contexto, Binder, Holgersen, e Nielsen (2009) na sua investigação acerca da perceção de ex-pacientes sobre os efeitos positivos da psicoterapia, reportaram a “autocompreensão e o insight” como um aspeto útil referido pela maioria dos participantes. Segundo Levitt e Williams (2010) o elevado número de referências desta subcategoria pode ser justificado pelo facto de o desenvolvimento de uma nova consciência ser uma tarefa transversal às várias abordagens de psicoterapia, sendo esta uma estratégia importante para o processo de mudança e não como uma mudança em si.

Com base nos relatos dos clientes, foi possível identificar a presença de um outro mecanismo de mudança, a *reavaliação pessoal*. Segundo a maioria dos clientes (CL1, CL2 e CL5) a psicoterapia contribuiu para a reorganização da imagem que tinham de si mesmos e teve um impacto positivo na reavaliação que os mesmos fazem sobre o que sentem e pensam sobre si a respeito do seu comportamento-problema. Estes resultados vão de encontro ao que é exposto por Norcross et al., (2011), Prochaska e DiClemente

(1983), Prochaska e Norcross (2010) e Prochaska et al. (1992) os quais entendem que este mecanismo deve contribuir para a reorganização da imagem que o paciente tem de si próprio e dos seus valores face ao problema por eles apresentado.

Os mesmos estudos indicam ainda que a reavaliação pessoal exige que o paciente faça uma reavaliação do tipo de pessoa em que se pode tornar se conseguir alcançar a mudança desejada. Também o estudo de Levitt et al. (2016) permitiu constatar que a identificação de padrões de funcionamento em termos de relacionamentos, emoções, comportamentos e pensamentos, promoveu nos clientes uma compreensão integrada dos seus modos de funcionamento, desenvolvendo assim uma nova narrativa sobre si e novas formas de estar no mundo.

Já em relação à *auto-libertação*, verificou-se que os participantes (CL2 e CL3) partilham a ideia de que a psicoterapia resulta se estes acreditarem que a mudança é possível, e se comprometerem com o processo e investirem. Nos relatos dos clientes, foi possível verificar que os mesmos já começam a fazer mudanças fora das sessões e que reconhecem que a decisão de mudar deve partir dos próprios. Estas constatações foram comprovadas no estudo de Honda e Yoshida (2012), onde os participantes reconheceram o seu papel enquanto agentes da sua própria mudança.

A título de exemplo, uma cliente (CL2) faz referência a tarefas que realiza entre as sessões, nomeadamente a identificação de pensamentos automáticos e reestruturação dos mesmos. O discurso dos entrevistados vai de encontro ao que é defendido por Norcross et al. (2011), Prochaska e DiClemente (1983) e Prochaska e Norcross (2010), uma vez que consideram que na auto-libertação o paciente acredita que a mudança é possível, baseando-se, também, na premissa de que os seus esforços são fulcrais para alcançar a mudança. Da mesma forma, Levitt et al. (2016), referem que em muitos estudos os clientes relataram que o trabalho fora das sessões foi importante para o desenvolvimento de novos comportamentos. Este mecanismo também exige que o cliente se sinta “pronto para a mudança”. Neste sentido, Tschacher et al. (2014), no seu estudo identificou como fator comum “disponibilidade para a mudança”, que se refere à prontidão do cliente, na terapia, para mudar o seu comportamento ou a sua situação. Querendo também dizer o que Lambert e Ogles (2004 citado por Tschacher et al., 2014) definem por “incentivo para tentar novos comportamentos”.

Com base nos relatos dos participantes, foi possível identificar a presença de outro mecanismo de mudança, o *contracondicionamento*. Quatro clientes (CL1, CL2, CL3 e CL5), aparentemente, passaram a adotar respostas alternativas mediante estímulos

associados ao seu comportamento-problema. Estes resultados permitem verificar como a psicoterapia surtiu efeito na nossa amostra, dado que o *contracondicionamento* implica que o cliente aprenda e adquira novas e alternativas formas de responder aos estímulos associados ao seu problema, recorrendo a este mecanismo, por exemplo, através de técnicas de relaxamento (Prochaska & Norcross, 2010).

Em relação a esses dois últimos mecanismos (*auto-libertação* e *contracondicionamento*), vários estudos têm investigado sobre as contribuições dos clientes durante o processo terapêutico e afirmam que os recursos dos clientes e o que eles fazem fora das sessões, incluindo tarefas de casa e esforços para alterarem as suas práticas, como a adoção de comportamentos alternativos, são tão, ou mais importantes, que o acompanhamento durante as sessões (Manthei, 2007).

Quanto ao mecanismo do *alívio dramático*, constatou-se que dois dos clientes (CL1 e CL2) revelaram que a psicoterapia lhes permitiu expressar e libertar emoções e sentimentos relacionados aos problemas apresentados, permitindo obter alívio. E de facto, tal como fica evidente em diversos estudos, este mecanismo permite que o cliente expresse e liberte emoções e sentimentos associados ao seu problema e concomitantemente, relativos a eventuais soluções para o problema (Norcross et al., 2011; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Norcross, 2010). Outro estudo também revelou que os clientes consideravam a psicoterapia como um lugar para “esvaziar-se dos problemas”, através do qual obtiveram alívio ao compartilharem a sua situação (Honda e Yoshida, 2012). Aparenta, também, ir ao encontro do que Timulak (2007) referiu como categoria Alívio, na medida em que os participantes neste estudo, ao partilharem os seus receios, sentimentos e pensamentos com o seu terapeuta em sessão, pareciam obter alívio.

No que diz respeito à *reavaliação ambiental*, a qual se traduz no reconhecimento do cliente face ao impacto que o seu comportamento tem na sua vida e na das pessoas que o rodeiam. Os clientes (CL1 e CL2) avaliam como negativo o impacto que o seu comportamento-problema tem no meio familiar e laboral. Estes resultados vão de encontro ao que é defendido por diversos teóricos que se debruçaram sobre o tema (Norcross et al., 2011; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Norcross, 2010), onde fica perceptível que a reavaliação ambiental é um mecanismo que permite que o paciente reconheça como o seu comportamento tem um impacto negativo para si, mas também na vida das pessoas que fazem parte do seu ambiente.

Por fim, mas nem por isso menos importante, o estudo contemplou a categoria dos *resultados da psicoterapia*, que possibilitou aferir e analisar as perceções dos

participantes face aos benefícios obtidos com a psicoterapia, por meio da análise das mudanças identificadas pelos mesmos, a extensão e profundidade das mudanças alcançadas. Analisando os discursos dos entrevistados, verifica-se que os resultados da psicoterapia são expressos através da comparação entre o antes e o depois da terapia. Os clientes indicaram sentir mudanças ao nível da forma como se sentem, como agem, naqueles que eram os seus padrões habituais de funcionamento e nos seus relacionamentos. De facto, como se referiu antes, não só no enquadramento teórico como nesta discussão, a psicoterapia implica uma mudança e esta mudança pode fazer-se sentir a diversos níveis.

Neste estudo foi possível identificar *mudanças sintomáticas*, *mudanças de natureza interpessoal* e *intrapessoal*. Resultados semelhantes foram apresentados por Olivera et al. (2013) e Olivera, et al. (2011), onde os participantes do seu estudo mencionaram em maior número mudanças a nível emocional (ansiedade e humor), interpessoal e intrapessoal. No mesmo contexto, outros estudos encontraram resultados semelhantes, por exemplo no estudo de Roussos, Braun & Olivera (2017) todos os participantes descreveram apenas mudanças positivas como um efeito do tratamento recebido, o que se verifica no discurso da nossa amostra, e a maioria identificou mudanças interpessoais (6 em 8 participantes) e intrapessoais (7 em 8).

Face às mudanças decorridas ao nível das *mudanças sintomáticas*, duas participantes (CL2 e CL3) deste estudo revelam que a psicoterapia teve um impacto positivo ao nível da diminuição da ansiedade e, outras duas (CL1 e CL2), ao nível das alterações e instabilidade do humor. O maior número de declarações relativamente à mudança a esse nível, foram feitas pela CL2, que apresentou como motivo da consulta ansiedade. A mesma cliente, refere que se sente mais calma, menos ansiosa, menos stressada, mais feliz. Por sua vez, estas mudanças refletiram de modo positivo em outras áreas da sua vida, nomeadamente no trabalho, na vida doméstica, na relação com a família e com os colegas.

Nesta ordem de ideias, a *nível interpessoal*, os resultados demonstram que a relação com os outros e a melhoria na relação com os outros foi uma dessas mudanças e surge, no discurso dos participantes, como um dos aspetos centrais em que a terapia os ajudou. Verifica-se que a psicoterapia promoveu a compreensão diferenciada do outro, permitiu que os entrevistados adotassem comportamentos diferentes na relação com o outro, sendo que dois (CL1 e CL2) deles referem mesmo que as pessoas com quem

interagem frequentemente e que fazem parte do seu ambiente, também notaram essas mudanças.

Relativamente às *mudanças intrapessoais*, pode-se considerar como a experiência de mudança mais distintiva, pelo número de clientes (CL1, CL2, CL3 e CL5) e frequência com que mencionaram mudanças a esse nível. Fica visível que estas refletiram-se no sentimento de autoeficácia, na sua autoestima, na integração da experiência e nos comportamentos ou atitudes diferentes face às situações. Os clientes através da terapia ganharam consciência do seu valor como pessoas, passaram a cuidar-se mais e a serem menos críticos consigo.

Os resultados deste estudo são congruentes com os resultados já obtidos em estudos anteriores, contribuindo para validar a perspectiva dos clientes sobre os benefícios da psicoterapia. A pesquisa neste contexto sugere que a psicoterapia facilita a redução da sintomatologia, melhora o funcionamento diário e resulta em mudanças clinicamente significativas (Lambert, 2015).

Numa das primeiras revisões sobre os estudos focados nas percepções de ex-clientes sobre as mudanças conseguidas com a terapia, Elliott e James (1989) verificaram que a melhoria nas relações interpessoais, o aumento na autoestima e o sentimento de mestria e competência, foram os aspetos mais comumente relatados. Por sua vez, Manthei (2007) através do seu trabalho de investigação sobre a percepção dos clientes sobre as suas experiências em psicoterapia, aferiu que os clientes em psicoterapia aprendem formas e meios de lidar com os seus problemas e estratégias que continuam a usar, mesmo depois de terem terminado o acompanhamento. Essas estratégias incluem habilidades, técnicas e novas formas de olhar para as situações e para eles mesmos.

Outro aspeto pertinente foi o facto de se constatar que as mudanças percebidas pelos clientes se encontram intimamente relacionadas com o motivo da consulta e os clientes envolvidos num maior número de processos foram os que mencionaram maior número de mudanças. Segundo Honda e Yoshida (2012), a mudança em clientes mais comprometidos pode ocorrer de forma mais lenta. Prochaska (1995) refere que os benefícios tendem a ocorrer de forma mais rápida no que diz respeito aos sintomas, enquanto que, para o indivíduo alcançar mudanças mais profundas, a duração da psicoterapia poderá ser maior.

De referir que, os clientes raramente mencionaram uma área de mudança sem mencionar outras. Esta sobreposição de subcategorias também foi verificada na investigação de Olivera et al. (2013), apresentando como possível explicação,

precisamente, o facto de uma mudança em determinada área ter impacto noutra área de mudança. Esta ideia também é partilhada por Prochaska & Norcross (2010), havendo uma mudança num nível, esta faz-se sentir nos outros níveis, na medida em que todos eles estão interligados. Portanto, a psicoterapia proporciona um processo dinâmico e multinível, onde as mudanças ocorridas num nível exercem influência nos restantes.

Conclusão

Ao longo das últimas décadas, a pesquisa em psicoterapia tem dedicado cada vez mais atenção à importância das perspetivas dos clientes sobre a psicoterapia. Neste sentido, a presente investigação tem como finalidade primordial a identificação das representações que os clientes têm sobre a psicoterapia. Para tal, visando o alcance deste grande objetivo, o mesmo foi desconstruído e formularam-se cinco objetivos específicos: 1) identificar as razões que levaram o cliente a procurar tratamento; 2) analisar as expectativas do cliente face à psicoterapia; 3) identificar os significados que os clientes atribuem às experiências vividas no contexto terapêutico; 4) explorar as reflexões dos clientes sobre o processo psicoterapêutico; 5) reconhecer a perceção dos clientes acerca da sua própria mudança.

Nesta ordem de ideias, no presente estudo foi possível constatar que os clientes são capazes de identificar uma ou mais razões que os ajudou a tomar a decisão. Por sua vez, o pedido de consulta envolveu o reconhecimento de dificuldades em lidar com os próprios problemas, sendo comparado a um pedido de ajuda. Fica claro que a psicoterapia tem, sem dúvida, como objetivos intervir no sofrimento, na perturbação e no mal-estar.

Relativamente às expectativas dos clientes em relação à psicoterapia, verificou-se que eles chegam à terapia com expectativas sobre o processo, resultado e papéis a desempenhar pela díade. Estes aderiram à psicoterapia com uma atitude positiva, porém constatou-se que pode existir uma certa apreensão inicial baseada na falta de conhecimento sobre o processo psicoterapêutico. Os clientes consideram-se agentes da sua própria mudança, admitindo que a psicoterapia não funciona se os próprios não participarem de forma ativa durante o processo. Por outro lado, esperam que o terapeuta seja um profissional que se coloca numa posição de ajuda, que permita ao cliente construir uma nova interpretação dos seus problemas, que seja alguém que dá conselhos, ensine técnicas e que ajude a resolver problemas de saúde. No geral, as expectativas sobre os

resultados que podem obter com o tratamento são positivas, os clientes esperam ficar mais calmos, resolver os seus problemas e sentirem-se melhor.

Em relação aos significados que os clientes atribuem às experiências vividas no contexto terapêutico e às reflexões sobre o processo psicoterapêutico, os resultados mostram que os clientes são capazes de refletir e falar sobre as suas experiências em terapia e identificar os benefícios da psicoterapia. No geral, os clientes caracterizam a psicoterapia como um método de tratamento, cujo poder curativo reside na presença de uma relação colaborativa e de confiança entre cliente e terapeuta. Serve para ajudar as pessoas a modificar pensamentos disfuncionais, sendo também considerada como uma forma de intervenção direcionada para resolver problemas, capaz de promover o interesse pela vida, e que procura mudar estados emocionais.

De igual forma, os clientes revelam a necessidade de haver um comprometimento durante o processo terapêutico e através dos seus relatos foi possível identificar um conjunto de mecanismos empregues pelos clientes ao longo da terapia. Estes mecanismos permitiram-nos ter uma visão das suas experiências terapêuticas e da contribuição dos clientes para o processo.

Durante o processo terapêutico os clientes tornaram-se mais conscientes das causas, consequências e soluções para os seus problemas, permitindo atribuir sentido ou significado às suas vidas; reorganizaram a imagem que tinham de si mesmos, desencadeando de forma positiva a reavaliação sobre o que sentem e pensam sobre si; passaram a adotar respostas alternativas mediante estímulos associados ao seu comportamento-problema e iniciaram mudanças fora das sessões; experienciaram e expressaram emoções e sentimentos relacionados com os problemas apresentados; e avaliaram como o seu comportamento pode ter um impacto negativo em si e nos outros.

Em contrapartida, as suas experiências dizem-lhes que o processo pode ser longo e não linear, que poderá resultar em algumas situações e em outras não. Pode não ser bem direcionado para o tipo de problema ou tipo de soluções, não se adequando desta forma às necessidades do cliente. Considerando o tratamento por meio da psicoterapia diferente de indivíduo para indivíduo, onde podem ocorrer diferentes trajetórias de mudança.

A mudança constitui-se como o principal objetivo da intervenção psicoterapêutica. Neste sentido, os clientes foram capazes de identificar mudanças que ocorreram em várias dimensões das suas vidas como um efeito do tratamento recebido, nomeadamente mudanças sintomáticas, mudanças de natureza interpessoal e intrapessoal.

Em suma, os resultados do estudo mostram que os clientes são capazes de falar sobre a sua experiência na terapia e relacionar as mudanças com este processo. Fica evidente a eficácia da psicoterapia no âmbito da intervenção individual, eficácia esta que foi comprovada empiricamente a nível internacional.

De um modo geral, esta investigação vem mostrar como a entrevista e a análise qualitativa das perspetivas dos clientes sobre a psicoterapia podem constituir uma abordagem metodológica valiosa na compreensão da psicoterapia, assim como no modo como esta influencia o modo de estar, agir, sentir e pensar das pessoas, já que permite integrar os significados individuais ou a perspetiva subjetiva dos participantes.

Reflete-se ainda sobre o facto dos clientes salientarem diferentes processos e resultados, com alguns deles a não fazerem referência a uma ou outra categoria. Coloca-se a hipótese de que, a diferença de processos identificados poderá representar a heterogeneidade das experiências dos clientes e dos problemas apresentados, ou, ainda, o simples facto de não se lembrarem, no momento da entrevista, de aspetos particulares que ocorreram na terapia.

Algumas das dificuldades sentidas ao longo deste trabalho consistiu na diferenciação entre algumas categorias/subcategorias. Por exemplo, distinguir os processos de mudança dos resultados em psicoterapia, e/ou, as expectativas e a aliança terapêutica. Uma possível explicação consiste no facto de existirem conceitos semelhantes, sendo também particularmente difícil na investigação em psicoterapia distinguir quando o cliente fala em mudanças efetivas (ou seja, resultados) e em processos de mudança.

Quanto às limitações do presente estudo, destaca-se que, embora a análise de conteúdo permitir uma leitura mais próxima e compreensiva das perceções dos clientes, esta é sensível à subjetividade do investigador. Por outro lado, as respostas dos clientes poderão estar sujeitas a fenómenos de desajustabilidade social, dado que as entrevistas foram realizadas na própria clínica. A acrescer, devido ao tamanho da amostra ($n=5$) os resultados estão limitados na sua transferibilidade.

Tendo em conta as limitações e implicações referidas, no que respeita a estudos futuros, tende-se a considerar que seria importante incluir uma amostra mais representativa, onde pudessem ser distinguidos diferentes modelos terapêuticos e o seu impacto na vida dos clientes. Outras pesquisas também podem incluir resultados quantitativos para complementar e comparar com os dados qualitativos. Replicar a entrevista após a conclusão do processo terapêutico para apurar a continuidade (ou não)

dos benefícios da psicoterapia. Seria também interessante conduzir um estudo qualitativo, com recurso à perspectiva dos clientes e de indivíduos sem experiência num contexto terapêutico. Sugere-se que sejam ampliadas as pesquisas sobre as percepções dos clientes, principalmente no contexto nacional. Outras questões poderiam ter sido acrescentadas ao guião de entrevista, relacionadas com o terapeuta (Como descreve o seu relacionamento com o seu terapeuta? O relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia? Como? Que contribuições do seu terapeuta considerou mais úteis?) e com aspetos negativos do processo (Houve algo que não mudou? Houve algum aspeto na terapia que menos gostou?).

Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- APA. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(3), 320–330. <https://doi.org/10.1037/a0033179>
- APA - Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 323–337.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Baptista, A. (2016). *O futuro da psicoterapia: O que todos deviam saber sobre os tratamentos psicológicos*. Lisboa: Pergaminho.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Belei, R. A., Gimenez-paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumoto, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação, 30*, 187–199.
- Bienenfeld, D. (2002). History of psychotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (pp. 925–935). EUA: Elsevier Science.
- Binder, P., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250–256. <https://doi.org/10.1080/14733140902898088>
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.),

- Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219–257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bonner, B., & Everett, F. (1982). Influence of client preparation and therapist prognostic expectations on children's attitudes and expectations of psychotherapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *11*(June 2014), 202–208. <https://doi.org/10.1080/15374418209533088>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braga, G. L. D. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *23*(3), 307–314. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010>
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Collin, C., Benson, N., Weeks, M., Grand, V., Lazyan, M., & Ginsburg, J. (2014). *O livro da psicologia*. Barcarena: Marcador Editora.
- Connor, D. R., & Callahan, J. L. (2015). Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy*, *52*(3). <https://doi.org/10.1037/a0038890>
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 354–376). New York: Oxford University Press, Inc.
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra indicações. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (3rd ed., pp. 19–41). Porto Alegre: Artmed.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 298–340). Hoboken, NJ: Wiley.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, *40*(02), 211. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006114>
- De Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>
- Draucker, C. B., & Petrovic, K. (1997). Therapy with male survivors of sexual sbuse: The client perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, *18*(2), 139–155. <https://doi.org/10.3109/01612849709010330>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, *48*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psych&gy Review*, *9*, 443–467. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)
- Ellis, A. (2002). Rational emotive behavior therapy. In W. Hersen, Michel; Sledge (Ed.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 483–487). New York: Elsevier Science.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. 1952. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(5), 659–663. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.60.5.659>
- Facchinetti, C. (2008). Philippe Pinel e os primordios da Medicina Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *11*(3), 502–505.
- Feinstein, R., Heiman, N., & Yager, J. (2015). Common factors affecting psychotherapy outcomes: some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000064>
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, *53*(1), 105–116. <https://doi.org/10.1037/pst0000041>
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 455–461.

<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.455>

- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (10th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2012). Mudança em pacientes de clínica-escola: Avaliação de resultados e processos. *Paidéia*, 22(51), 73–82.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>
- Jaspers, K. (2000). *Psicopatologia geral*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Jock, W., Bolger, K. W., Gómez Penedo, J. M., Waizmann, V., Olivera, J., & Roussos, A. J. (2013). Differential client perspectives on therapy in Argentina and the United States: A cross-cultural study. *Psychotherapy*, 50(4), 517–524. <https://doi.org/10.1037/a0033361>
- Jodelet, D. (2008). Social representations: The beautiful invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 411–430.
- Jung, C. G. (1989). *Freud e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Lambert, M. J., & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J. (2013a). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.),

- Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 3–20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-System : The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4). <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lane, S. T. M. (2006). *O que é psicologia social* (22^o). São Paulo: Brasiliense.
- Larson, D. (1980). Therapeutic schools, styles, and schoolism: A national survey. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(3), 3–20. <https://doi.org/10.1177/002216788002000302>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014a). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Leme, M. A. V. S., Bussab, V. S. R., & Otta, E. (1989). A representação social da psicologia e do Psicólogo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 9(1), 29–35.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139–1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Levitt, H. M., & Piazza-bonin, E. (2011). Therapists and clients significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21(1), 70–85. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518634>
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A Qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8). <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change : Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 20(3), 337–352. <https://doi.org/10.1080/10503300903476708>

- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of session process: Relationship to depth and alliance. *Psychotherapy, 48*(4), 391–400. <https://doi.org/10.1037/a0025248>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Jill, T., ... Krause, E. D. (2002). The dodo bird's verdict is alive and well-mostly, *12*(1936), 13–34.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that “Everyone won and must have prizes”? *Arch Gen Psychiatry, 32*, 995–1008.
- Macfarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy, 52*(3), 363–372. <https://doi.org/10.1037/a0038733>
- Manthei, R. J. (2006). Clients talk about their experience of seeking counselling. *British Journal of Guidance & Counselling, 34*(4), 519–538. <https://doi.org/10.1080/03069880600942657>
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Counselling Psychology Quarterly, 20*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/09515070701208359>
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: methods and contributions. In M.J. Lambert (ed.) (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 49–84). New Jersey: Wiley.
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research, 1*(1), 74–78. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334081>
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: Expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex Aequo, 20*, 159–172.
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora, LDA.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work* (6th ed.). New York: Oxford University Press, Inc.
- Nock, M. K., Phil, M., Kazdin, A. E., & Ph, D. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment, *10*(2), 155–180. <https://doi.org/10.1023/A:1016699424731>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3–23). New York: Oxford University Press, Inc.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: closing commentary. *Psychotherapy, 51*(3), 398–403. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0037418>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Nunes, L. C., & Gióia-martins, D. F. (2003). O psicólogo hospitalar na visão do paciente hospitalizado: um estudo das representações sociais. *Boletim de Iniciação Científica Em Psicologia, 4*(1), 11–24.
- O'Donohue, W., & Cummings, N. (2008). *Evidence-based adjunctive treatments*. Oxford, UK: Elsevier.
- Oliveira, A. A. de. (2010). Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. *Revista FACEVV, 4*(4), 22–27.
- Oliveira, R. A., Paixão, R., Page, R. C., & Carlton, J. L. (2003). Percepções de estudantes sobre psicoterapia, psicoterapeutas e psicoterapia de grupo em dois países: Portugal e Estados Unidos da América. *Interações, 5*, 52–66.
- Olivera, J., Braun, M., Penedo, J., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy, 50*(4), 505–516. <https://doi.org/10.1037/a0033359>

- Olivera, R., María, J., Braun, M., Balbi, P., & Roussos, A. (2011). Intervenciones y cambio en psicoterapia desde la perspectiva de paciente. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Polli, R. G., Savegnago, S. D. O., & Arpini, D. M. (2013). Psicoterapia e psicoterapeuta : representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual. *Mudanças – Psicologia Da Saúde*, 21(2), 20–29. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n2p20-29>
- Prochaska, J. (1995). Common problems : Common solutions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2(1), 101–105. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00032.x>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self- change of smoking - Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change - Applications to addictive behaviors. *American Psychological Association, Inc.*, 47(9).
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). Comparative conclusions: Toward a transtheoretical terapy. In J. O. Prochaska & J. C. Norcross (Eds.), *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed., pp. 485–516). California: Belmont.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473–483. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.473>
- Ribeiro, J. P. (1984). Processos de mudança em psicoterapia - reflexões sobre uma teoria da psicoterapia. *Arq. Bras. Psic.*, 36(2), 99–107.
- Robinson, B. (2009). When therapist variables and the client’s theory of change meet. *Psychotherapy in Australia*, 15(4), 60–65.

- Rocha, A. M. (2013). Ser psicoterapeuta. In *V Jornadas ibéricas de abálise Bioenergética* (pp. 1–16). Valência.
- Rodríguez-morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192551>
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240–248. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74(2), 166–169. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.2.166>
- Roussos, A., Braun, M., & Julieta, O. (2017). “For me it was a key moment of therapy”: Corrective experience from the client’s perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 73(2), 153–167. <https://doi.org/10.1002/jclp.22429>
- Safran, J. D., & Muran, C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89–98. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Serra, J. (2003). *Psicoterapia Integrada: um modelo para o processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113–129. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x>
- Stamoulos, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman,

- D., & Drapeau, M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration, 26*(3), 300–317. <https://doi.org/10.1037/a0040426>
- Tambling, R. B. (2012). A Literature Review of Therapeutic Expectancy Effects. *Contemporary Family Therapy, 34*(3), 402–415. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9201-y>
- Task Force On Promotion And Dissemination Of Psychological Procedures. (1993). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*(October), 2–23.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 310–320. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy: Results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 82–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.1822>
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology, 10*(2), 69–86. [https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0962-1849\(02\)01001-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0962-1849(02)01001-6)
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*(8), 857–873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address. *The Counseling Psychologist, 40*(4), 601–623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies :

Empirically , " All Must Have Prizes ". *American Psychological Association, Inc.*, *122*(3), 203–215.

Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*, *51*(4), 514–518. <https://doi.org/10.1037/a0037092>

Anexos

Anexo I

Pedido de autorização para a recolha de dados

[Redacted]

[Redacted]

Eu, Marília da Natividade Vieira Carmo, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa (Porto), pretendo realizar o meu trabalho de investigação inerente à dissertação de mestrado, [Redacted] [Redacted] sob orientação da Professora Doutora Ana Sani.

O tema da dissertação é “Representações sobre psicoterapia”, e tem como objetivo geral: Aceder às representações sobre psicoterapia de diferentes grupos clínicos; e, específicos: Comparar as representações sobre a psicoterapia entre os grupos; perceber a perspetiva dos clientes sobre a importância/contributo da psicoterapia para os seus problemas/projetos de vida.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a sua autorização para a recolha de dados no âmbito do estudo desta investigação.

A Diretora da [Redacted]:

[Redacted]

_____, ____ de _____ de 20__

Psicóloga Estagiária que delega o estudo:

(Marília Vieira Carmo)

Anexo II

Declaração de Consentimento Informado

Guião de Entrevista

«*Representações sobre psicoterapia.*»

Marília Vieira (2016)

Esta entrevista insere-se no âmbito da preparação da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Fernando Pessoa desenvolvida pela mestranda Marília Vieira, sob orientação da Professora Doutora Ana Sani e do Mestre João Leal.

Esta entrevista insere-se no estudo sobre as “*Representações sobre psicoterapia*” e visa a recolha de dados junto de clientes que [REDACTED] com o intuito de avaliar as representações sobre psicoterapia de diferentes grupos clínicos.

A resposta a esta entrevista terá a duração aproximada de 30 minutos e será gravada em áudio, para que seja possível analisar os seus conteúdos.

A participação neste estudo é voluntária. A entrevista será gravada em formato áudio para os fins estritos desta investigação. Caso aceite participar, deverá antes de mais prestar o seu consentimento. Apenas os investigadores envolvidos no projeto terão acesso aos dados e, por isso, as respostas são totalmente confidenciais

Antes de começar a entrevista, pergunto se tem alguma dúvida que gostaria que esclarecesse.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado e estar ciente dos propósitos e termos em que decorrerá o presente estudo, da participação voluntária no mesmo, dos limites da confidencialidade e das demais questões, disponho-me a participar no mesmo e a responder de forma sincera.

Data: __/__/____ _____ (assinatura)

Anexo III

Dados Pessoais e Guião da Entrevista

DADOS PESSOAIS

Idade: _____ D.N.: ___/___/_____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Motivo do pedido de consulta:

Há quanto tempo está a ter acompanhamento XXXXXX?

É a primeira vez que recorre a serviços de psicologia?

Sim Não

Se não, quantas vezes é que já recorreu a este tipo de ajuda?

GUIÃO DA ENTREVISTA

- 1) O que a/o motivou a tomar essa decisão?
- 2) Qual é a sua opinião sobre a psicoterapia?
(Qual é a sua utilidade? A psicoterapia correspondeu às expectativas que tinha?)
- 3) O que tem sido a terapia para si, até ao momento?
(como é que se sente na terapia?)
- 4) Como vê a sua participação no processo?
(Sente que tem um papel ativo no processo?)
- 5) Na sua opinião, em que é que a terapia a/o tem ajudado?
(Poderia resumir que aspectos da terapia o ajudaram? Pode dar exemplos?)
- 6) Em que medida a intervenção psicoterapêutica a/o vai ajudar a organizar a sua vida?
(Acha que a psicoterapia pode influenciar na forma como as pessoas lidam com os problemas do dia-a-dia?)
- 7) Como perspectiva o seu futuro? *(Acha que a psicoterapia contribuiu/influenciou essa perspectiva?) (Acha que a psicoterapia pode ajudar as pessoas a perspetivar o seu futuro de forma diferente?)*

Alguma coisa em específico sobre o processo que gostasse de partilhar?

(Há algo mais que gostasse de acrescentar?)

Muito obrigada

Anexo IV

Parecer da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

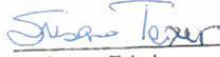
Porto, 23 de Maio de 2016

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de dissertação em Psicologia (Psicologia Clínica e da Saúde), de Marília da Natividade Vieira Carmo, intitulado "Representações sobre Psicoterapia", considera nada haver a opor à realização do mesmo. Recomenda-se que o termo de aceitação seja eliminado, dado que a declaração de consentimento informado é que deve ser usada.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

www.ufp.pt | Rua da Universidade, 1 - 4150-012 Porto | Portugal | T: +351 22 507 1100 | F: +351 22 550 4105 | geral@ufp.pt
RELIQUÍAS - II Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | II Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 249 - 4445-004 Porto-Portugal | T: +351 22 507 1100 | F: +351 22 550 4105 | geral@ufp.pt
I Faculdade de Ciências da Saúde | Faculdade Superior de Saúde I.R. Carlos De Matos 295 - 4200-150 Porto | Portugal | T: +351 22 507 4636 | F: +351 22 507 4937 | R. Guilherme, 114 - 4200-253 Porto | Portugal
T: +351 22 509 8221 - geral@ufp.pt | LINDAMBE de Ponte de Lima - Casa da Cultura - R. Conde de Barcelos 1001 - 4990-074 Ponte de Lima-Portugal | T: +351 252 341 026 | F: +351 258 741 412 | geral@lindambeponte.pt

Anexo V

Matriz conceptual referente às categorias

Matriz conceptual referente às categorias de análise das representações da psicoterapia

Categoria: Características gerais da psicoterapia**Subcategoria:** O Cliente apresenta uma perturbação, problema ou queixa

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
Motivo (CL1; CL2; CL3; CL4; CL5)	<p><i>Chegou a um ponto que eu soube... que eu só me apercebi quando me divorciei do mal que ele me fez e que eu deixei que ele fizesse. E aí decidi que tinha que fazer terapia. Eu só chorava e eu não queria que isso acontecesse, como eu sei que estava mal decidi procurar ajuda (...). E eu acho que foi aí que eu percebi que não podia deixar que voltassem a fazer a mesma coisa (...). (...) quando eu cheguei aqui a coisa que me lembrava que dizia sempre era “eu quero falar das coisas como uma lembrança, não que elas doam”. (CL1)</i></p> <p><i>Eu sempre fui muito ansiosa e sempre tive alguns problemas difíceis de resolver. Mas desta vez eu estava a trabalhar e deu-me uma dor muito forte no trabalho e eu caí para o chão (...), porque me tinha enervado com umas questões de trabalho que levaram os meus stresses ao limite (...) Já falava aos saltinhos, já andava lá sempre enérgica (...) eu tinha a ansiedade completamente descontrolada (...) eu já estava numa fase em que eu nem conseguia falar, já estava numa fase em que (...) estava tudo aqui na garganta que eu já mal conseguia falar, em que estava sempre a chorar e completamente descontrolada. (CL2)</i></p> <p><i>Tive uma discussão com o meu namorado na altura e ela [psicóloga] considerou grave e então aconselhou-me a vir aqui...se eu estava disposta a vir aqui às consultas (...) temos os nossos problemas, mas estamos a tentar resolvê-los...mais uma vez através dos psicólogos...(CL3)</i></p> <p><i>Foi Síndrome de Burnout juntamente já com depressão.(CL4)</i></p> <p><i>(...) notei que estava a precisar de ajuda, porque estava numa fase e numa situação em que dava por mim a ser extremamente violento nas minhas palavras, descontrolo emocional completamente, relativamente perdido em consequência dessa desconstrução toda que foi a minha vida e achei que precisava (...) a minha vida está a ser entrecortada com outras questões de relacionamento pessoal...não é só a desconstrução e a fase inicial, há outras coisas aqui... (CL5)</i></p>

Subcategoria: Psicoterapia como forma de tratamento.

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
Método (CL2; CL3; CL4; CL5)	<p><i>Eu costumo a dizer é quase como curar a ferida, enquanto tu não curas uma em cima da outra, acaba por virar uma frida gigantesca ... (CL1)</i></p> <p><i>Já falei a alguns colegas meus, que são tão stressados como eu (risos)...disse (...) que há problemas que nós criamos e que há profissionais que nos ajudam a resolvê-los (...) se nós vamos ao dentista quando nos doem um dente, se calhar quando nós estamos completamente exaustos e a cabeça completamente confusa se calhar temos de ir a uma profissional, a um psicólogo, para pôr as coisas nas gavetas. (...).(CL2)</i></p> <p><i>Se calhar as pessoas não têm ideia de como, de como pode fazer bem, em determinados momentos da vida, termos de procura um psicólogo para ele nos ajudar a pensar da forma, se calhar, mais correta. (CL2)</i></p> <p><i>A psicoterapia apareceu no momento certo, se calhar até se tivesse aparecido mais cedo na minha vida melhor teria sido.... mas apareceu no momento certo em que ainda agarrei a minha vida. (CL2)</i></p> <p><i>A minha opinião é positiva, é muito positiva, é muito favorável (...) é assim eu ainda preciso de ser acompanhada todas as semanas, mas estive só uma semana em que apanhei um feriado e eu notei que me faltava aquela hora para estabilizar a semana, a semana que não tive consulta. (CL2)</i></p> <p><i>[A psicoterapia ajuda] A ver muitos pontos de vista (...). (CL3)</i></p> <p><i>[A psicoterapia ajuda-me a]escolher métodos que me possam fazer sentir melhor. Ajuda-me a cumprir esses métodos. (CL4)</i></p> <p><i>Acho que ajuda, no entanto, às vezes pode não ser o mais adequado. Às vezes não é bem direccionado para o tipo de problema, tipo de soluções, porque já fiz psicoterapia antes noutros sítios. (CL4)</i></p> <p><i>A psicoterapia pode e pode [ajudar], porque depende sempre de vários fatores inclusivamente pessoais. (CL5)</i></p>

	<p><i>E a psicoterapia pode...vai ajudar as pessoas a orientar o seu pensamento (...), a desformatarem certas ideias de si próprias, desconstruir e construir uma nova...e lidar com ela. Ou seja, no fundo vai fazer com que as pessoas aceitem um determinado mundo. (CL5)</i></p> <p><i>Nós vivemos muito no mundo do alívio rápido, nós vivemos no mundo do clique, no mundo da pastilha e do imediato e não é assim. A psicoterapia como o nome indica demora mais tempo... menos tempo... mais complicado... menos complicado...mais sofrível...menos sofrível... Mas, é um processo... que vai resultar em algumas situações e que não vai resultar em outras situações. (CL5)</i></p> <p><i>É um processo complicado e depois ainda por cima isso não é linear... (CL5)</i></p>
--	---

Subcategoria: Aliança terapêutica

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Vínculo profundo de confiança mútua</p> <p>(CL1; CL2; CL3)</p>	<p><i>Para mim foi um sacrifício falar e sentir-me à-vontade, agora sim, sinto-me à-vontade com o Dr., mas primeiro era complicado, era um stress porque ele estava a ouvir, não é? Era uma coisa difícil, não é fácil neste aspecto... estabelecer essa...dizem que é importante o paciente e o Dr. conseguir estabelecer [Empatia] ...sim, a primeiro era complicado, pelo menos para mim (...)(CL1)</i></p> <p><i>Todas as pessoas são muito próximas o que nos leva a confiarmos. E acho que, como vocês estão connosco, está aqui a cabeça, está aqui o coração, está aqui o corpo e em outras situações quando nós somos um bocadinho mais inteligentes notamos que o médico está ali por estar e depois também não falamos, precisamos de ser ouvidos e não estamos e vocês estão e isso eu acho que marca toda a diferença. Podem estar muito cansados, mas notamos que estão aqui connosco aquele bocadinho e que nos ouvem e que estão e realmente tem sido muito bom. (CL2)</i></p> <p><i>E a Dr.ª. a minha psicóloga lá, (...) é a minha base de apoio. O apoio da Dr.ª ajudou-me bastante... ela é a pessoa que melhor me conhece (...). (CL3)</i></p>

	<p><i>Ajuda a uma pessoa...um psiquiatra passa a medicação...um psicólogo está ali...eu sei que não podem dar opinião, mas ao longo do tempo...conforme se vai passando o tempo, se tiver sempre o mesmo psicólogo, chega a uma altura em que o psicólogo é mais um familiar..é mais um amigo com que se pode contar(...) nós estamos mais à-vontade com um psicólogo. (CL3)</i></p> <p><i>(...) a Dr.^a fez-me ver a minha vida, fez-me dar...ter outro gosto. (CL3)</i></p>
<p>Acordo sobre metas e objetivos da terapia</p> <p>(CL4; CL5)</p>	<p><i>Terminados os planos que são traçados ou que nos ajudam a traçar, em que eu tenho estes objetivos para cumprir e isso faz com que eu esteja ativa no processo, digamos, da minha cura, da minha recuperação (CL4)</i></p> <p><i>Como tudo... Se um fisioterapeuta, se um ortopedista me diz tens que fazer vinte rotações no pulgar por dia e eu só faço cinco isto vai continuar na mesma com o processo inflamatório e não vai passar. É nesta perspectiva (...). (CL5)</i></p> <p><i>Eu acho que o paciente tem que ter sempre uma correspondência dele ativa em relação aquilo que é pedido pelo terapeuta... ativa no sentido de fazer os exercícios, de pensar, porque é isso que se trata.... Caso contrário ficávamos aqui a receber conselhos...não é? (...). (CL5)</i></p> <p><i>(...) há certos momentos que não me apetece mesmo (...) Não me apetece escrever...verbalizar aquilo que eu sinto, mas sei que tenho um valor e que vai ajudar a uma pessoa a ajudar-me, portante... é trabalho, é trabalho mútuo, mas essencialmente por nós. (CL5)</i></p>

Categoria: Expectativas do cliente

Subcategoria: Expectativas de Processo

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
Expectativas dos clientes sobre o que vai acontecer	<i>É doloroso (...). Eu acho, mas que faz muito bem.(CL1)</i>

<p>durante as sessões de terapia.</p> <p>(CL1; CL2; CL3; CL5)</p>	<p><i>No princípio vinha com medo, mas depois fui vendo que realmente é diferente (...) eu achava que ia fazer uns jogos umas coisas e que, pronto... E eu estava a pensar que seria assim e se fosse assim não sei se continuaria. Por isso é que eu digo, assim, não correspondeu às minhas expectativas, superou (...). (CL2)</i></p> <p><i>(...) se nós estivermos aqui porque queremos e porque entendemos que é o melhor para nós as coisas funcionam, senão, não funcionam. (CL2)</i></p> <p><i>No início quando comecei a vir aqui tive medo, porque era uma coisa diferente, ia ter de começar as coisas todas do início...estava-me a meter uma impressão...mas não (...). (CL3)</i></p> <p><i>(...) eu achei que precisava de mais e como atualmente a psiquiatria baseia-se muito nos neuroquímicos (...)e como achava que o meu problema era...não era com neuroquímicos... que faz um efeito, mas não uma causa...(CL5)</i></p> <p><i>(...)a confiança é algo que se conquista em cada momento (...)...ultrapassar os momentos é isso que eu no fundo...vim para aqui, porque eu estava completamente paralisado... E é isso que eu tenho obtido e que eu tenho perspectivado...acho que é isso que está a ajudar nesta reorientação, neste reencontrar, é isso...reencontrar, ganhar outra vez uma dinâmica positiva de bola para a frente.(CL5)</i></p>
---	---

Subcategoria: Expectativas de Papéis

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Os clientes alimentam expectativas quanto à natureza dos papéis de cada elemento da díade.</p> <p>(CL1; CL2; CL3; CL4; CL5)</p>	<p><i>Acho que o doente tem que querer, se ele não quiser a terapia não faz nada. Eu vi pelo meu filho que eu quis que ele fizesse e não adiantou, ele não queria. (...) E depois eu era chamada lá dentro e eu sabia que ele não fazia e não estava aqui para fazer isso e quando eu perguntava ele dizia “mas eu não quero falar de sentimentos”. Não há... volta a dar, não há maneira nenhuma que dê para fazer com uma pessoa que não quer, nem esteja disposta a isso. (CL1)</i></p> <p><i>E eu comecei a agir com esses conselhos e as coisas começaram a correr de uma outra forma no trabalho (...). Desta forma em que estamos a lidar com os problemas do dia-a-dia, do que é que aconteceu e eu não soube responder, isto interessa-me porque assim a gente consegue resolver as coisas que realmente nos angústia (...). (CL2)</i></p>

Exige alguma paciência tanto da pessoa que está e tanto da psicóloga. E a pessoa que está tem que querer porque se não quiser não consegue... porque foi isso que notei, a diferença que das outras vezes passavam alguns meses e eu desistia porque não queria e estava a ser obrigada e neste caso eu queria e queria me tratar. (CL2)

Por muito boa vontade que o psicólogo tenha em nos ajudar, que tem, em nos ouvir, se a outra pessoa do outro lado não estiver empenhada e dedicada e não quiser, não funciona. (CL2)

Somos nós que temos que resolver os problemas, mas se tivermos alguma dúvida sabemos que podemos contar com aquela pessoa (...) acho que é um reforço para uma pessoa que tenha problemas...ajuda-nos no dia-a-dia. (CL3)

Os psicólogos ensinam...ensinam técnicas para nós...para cada situação... (CL3)

Acho que vocês são muito importantes quer para uma pessoa que tenha problemas de saúde quer numa pessoa saudável que de um momento para o outro pode ficar com um problema que não sabe como é que se há de desenrascar, mas o primeiro passo é sempre nosso como eu já disse (...) vocês são tão importantes como um bom médico... (CL3)

Às vezes até nos questionamos se a pessoa realmente está a ouvir ou não...mas e depois de irmos à consulta e a pessoa saber o que eu... ou pelo menos aponta, (...) aponta pelo menos as coisas, anota as coisas...acho que é um reforço para uma pessoa que tenha problemas...ajuda-nos no dia-a-dia... (CL3)

Achar, se calhar, que as pessoas tinham disponibilidade mesmo de se entregarem e tentarem ajudar ao máximo, não é? ou, provavelmente de surgir uma abordagem diferente, uma interpretação diferente daquilo que eu estava a passar. Uma ajuda diferente... melhor... (CL4)

Basta até pensarmos que não estarei sozinha, que há alguém que me possa ouvir e dar-me determinadas alternativas de pensamentos...e assim não nos sentimos tão sozinhos...tão sem capacidade. (CL4)

Eu é que tenho que escrever, eu é que tenho que ter vontade, eu é que tenho que... que querer ser ajudado. Não são vocês psicoterapeutas que vão fazer o meu trabalho, portanto é isso. (CL5)

Quando se fala de emoções, quem as deve trabalhar? o psicoterapeuta orienta, guia, retira, puxa, mas o papel do trabalho é nosso...(...). (CL5)

Subcategoria: Expectativas de Resultado

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>O cliente tem expectativas de que a terapia será eficaz na redução dos sintomas e no alcance dos objetivos antes do primeiro contacto com o tratamento ou terapeuta e durante o processo.</p> <p>(CL2; CL5)</p>	<p><i>Então, tive que...a ideia era curar-me completamente (...). Estar bem e estar bem comigo própria. (CL1)</i></p> <p><i>Eu imagino o futuro comigo mais calma e como uma mãe mais calma a família fica mais calma e isso é muito importante. (CL2)</i></p> <p><i>Sei que estas coisas demoram o seu tempo, mas também das outras vezes nunca vi estes resultados que agora estou a ver (...) nunca pensei que ia ter um resultado tão bom como estou a ter. (CL2)</i></p> <p><i>Eu espero é voltar a ser aquilo que sempre fui... que é aproveitar ao máximo e ter uma intuição de aproveitar as oportunidades. Portanto, eu tenho que me reencontrar para... desenvolver outra vez, para desenvolver ou interagir com o melhor que eu tenho que é a minha intuição e não a quebrar. Portanto, vejo aqui em perspectiva várias coisas, mas neste momento quero é ficar melhor para a frente. (CL5)</i></p>

Categoria: Mecanismos de mudança**Subcategoria:** Tomada de consciência

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
	<p><i>Tenho noção agora que sofro disto [depressão] e tenho que fazer uma luta mais constante (...) para sair dela. Ao contrário das outras pessoas, consigo sempre ver mais o negativo que o positivo, tenho noção disto agora, tenho noção</i></p>

<p>Os clientes tomam consciência das causas, consequências e resolução dos seus problemas. (CL1; CL2; CL3; CL4; CL5)</p>	<p><i>de coisas que antes não tinha. E quando as coisas aconteciam era um problema, era difícil de gerir. (...) eu descobri (...) eu cheguei à causa da raiz, porque é que eu era...como eu era...porque é que eu reagia às situações como reagia, o porquê? os traumas que tinha por detrás disso. (CL1)</i></p> <p><i>Mesmo quando o problema é grave, quando ele me afecta muito (...), quando eu penso, mas porquê a mim? Mais uma vez a mim... É logo o que as pessoas depressivas pensam, não é? mais um! Mais uma vez a mim! É logo o automático a funcionar. (CL1)</i></p> <p><i>Comecei a fazer as consultas e comecei logo a ver tanta coisa que eu fazia de forma ansiosa e errada. A nível de trabalho e a nível familiar (...). Nós levamos muita informação daqui (...). (CL2)</i></p> <p><i>[A psicoterapia] tem sido boa, tem sido esclarecedora. (CL3)</i></p> <p><i>(...) descobriram que eu tinha síndrome tipo borderline que é aquela síndrome mudanças de humor radicais e eu tinha... era uma pessoa extremamente nervosa...tinha muita fobia...tinha muitos medos...tudo pairava na minha cabeça...sempre tudo pessimista...nunca tinha nada optimista...chorava muito. As fobias é diferente...as fobias (...) somos nós que temos que enfrentar as coisas e os psicólogos ajudam muito nisso. (CL3)</i></p> <p><i>(...) eu antes agia e depois é que pensava, verdade seja dita... e antes passava um mau bocado como eu disse (CL3)</i></p> <p><i>Há sempre dois lados das versões (...) grande parte do que estou a dizer das duas versões também foi uma das coisas que eu falei hoje com o Dr. aqui. Há sempre duas versões e nós temos que ser capazes de nos por um bocado fora de nós para avaliar o que nos rodeia. (CL3)</i></p> <p><i>Uma coisa muito importante é nós reconhecermos que temos problemas, porque muitas vezes vamos a um psicólogo e não... "eu tou aqui a fazer o quê?" "Não tenho problema nenhum...ou eu até tenho mas... não preciso e desistimos e desistimos de tudo. (CL3)</i></p> <p><i>Se calhar antes de fazer psicoterapia via tudo um bocadinho mais negro não é? via tudo um bocadinho sem solução, via tudo um bocadinho a repetir determinados problemas. (CL4)</i></p> <p><i>Tem sido um processo de interrogação que era o que eu precisava, de muitas das vezes verbalizar e de voltar a ver-me noutra perspectiva. Quando eu digo voltar a ver é porque eu via muitas das coisas numa determinada perspectiva e depois comecei a colocar em dúvida, comecei a não ver e afinal... não é uma questão de certo ou errado. (...) e o</i></p>
--	--

	<p><i>trabalho com a Dr.^a, por este escavar, por este interrogar, começou-me a dar uma perspetiva de que aquilo que eu poderia considerar...a essência é aquilo...e porque não? Ainda não estou lá! Acho que ainda não. (CL5)</i></p> <p><i>Cheguei à conclusão porque não estava a conseguir ultrapassar nada... das minhas reações... de transferência, de violência... (CL5)</i></p>
--	--

Subcategoria: Reavaliação Pessoal

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Reorganização da imagem que o cliente tem de si mesmo. (CL1; CL2; CL5)</p>	<p><i>Eu sentia-me incapaz de controlar a minha vida, sentia-me incapaz de seguir a minha vida para a frente, eu sentia-me incapaz de autossustentar-me e sustentar o meu filho. Sentia-me uma pessoa burra...ele conseguiu destruir a minha autoconfiança, a minha autoconfiança era zero. (...) eu acho que era muito má comigo própria e era completamente diferente (...) [com a psicoterapia] tomas consciência daquilo que és, daquilo que queres, daquilo que não sentes, daquilo que sentes, daquilo que tens falta, daquilo que não tens e vais-te apercebendo até das coisas boas. (CL1)</i></p> <p><i>A nível de superar problemas de ver situações...porque é que eu faço, o que é importante para mim, o que é que eu quero, o que é que eu não quero. Estabelecer prioridades, deixar de ser tão dura comigo própria e isso é um trabalho que ainda tenho pela frente...(CL1)</i></p> <p><i>Não me achava uma pessoa...ou interessante ou...fosse o que fosse...a autoestima é que estava completamente destruída. (CL1)</i></p> <p><i>E noto que a nível da minha postura eu sentia-me sempre humilhada, frágil e neste momento começo a ver que eu sou uma pessoa igual a muitas outras... e apenas eu própria é que não me respeitava a mim (CL2)</i></p> <p><i>Eu interroguei-me muito sobre muitas coisas. Então eu...? E agora...? Então eu fazia...? E agora...? Então...não é? há aqui um... é o que eu digo, foi uma desconstrução de um eu que eu fiquei... “e agora?” “Afiml quem sou eu?” “era o eu XPTO?” “Afiml era não era?”. tem sido um processo de interrogação que era o que eu precisava, de muitas das vezes verbalizar e de voltar a ver-me noutra perspetiva. (CL5)</i></p>

Subcategoria: Auto-libertação

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>O cliente acredita que a mudança é possível, compromete-se e investe esforços para mudar o comportamento-problema.</p> <p>(CL2; CL3)</p>	<p><i>E algo que também ajudou imenso foi o facto de eu chegar aqui e ter o registo das coisas e depois quando eu vou reler aquilo e pensar na solução para as coisas já começo, sozinha nesta fase, a ver como é que hei de resolvê-las. No princípio não conseguia perceber como é que as iria resolver, a fazer as evidências, e neste momento já estou a começar a fazer as evidências. Já começo a fazer mais perguntas a mim mesma e a não dar os pensamentos como reais, já começo a perguntar, “mas isto é assim e porquê?” Ainda muito subtil, mas já começo. (CL2)</i></p> <p><i>(...) eu tenho que ser activa, eu tenho que fazer valer a pena o esforço tanto da parte do Dr. como da minha parte...mas principalmente da minha parte, porque se eu vier aqui um dia muito desanimada, muito triste devido a um problema que me surgiu, mas vir cá na semana seguinte com o problema resolvido... é menos um obstáculo...é mais um motivo para nos motivar, alegrar (...). (CL3)</i></p>

Subcategoria: Contracondicionamento

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto

<p>O cliente aprende respostas alternativas frente a estímulos associados ao comportamento-problema e investe nesta prática</p> <p>(CL1; CL2; CL3; CL5)</p>	<p><i>É como eu dizia antes quando via um problema ia dar um drama e agora tento me acalmar e digo “pronto, ok, aconteceu. O que é que a gente pode fazer para resolver?” Eu digo “calma! Isso acontece a toda a gente, não é só a ti”. E isso vem do que aprendi aqui, não é? “acontece...qual é a solução? Como é que vamos resolver?” (CL1)</i></p> <p><i>A respiração ajudou-me muitas vezes, porque quando eu comecei a fazer a respiração comecei logo a sentir resultados nos primeiros dias a seguir... comecei logo a ficar mais calma.(CL2)</i></p> <p><i>O facto de pegarmos num papel e pôr-mos as ideias cá fora, coloca-nos a pensar e aquilo fica organizado na cabeça de tal maneira que nós depois já, se calhar, não voltamos a cair no mesmo erro e é isso que eu noto. O facto de escrever sobre as coisas ajuda-nos depois a organizar o nosso pensamento e o facto de termos trabalhos de casa, ou seja, o facto de fazermos a respiração, o facto de apontar as coisas, o facto de às vezes de eu só apontar as coisas já aí vejo o que estou errada. (CL2)</i></p> <p><i>Já começo a arranjar formas e evidências para me acalmar, para saber acalmá-la [à filha].(CL2)</i></p> <p><i>Está a ajudar, porque depois chego à segunda-feira as ideias chaves eu aponto-as no telemóvel para não me esquecer e depois vou utilizando. (...)vou relendo e depois à medida que vão surgindo as coisas vou utilizando (...) e começam as coisas a correr melhor. (CL2)</i></p> <p><i>(...) e eu acabei por fazer isso (exercícios) porque estava-me a dar vómitos e se eu vomitasse a meio do exame o exame era anulado e eu teria que repetir e então eu fechei os olhos e concentrei-me o máximo que pude (...) e tentei ficar o mais calma possível (...) (CL3)</i></p> <p><i>Acho que cada um de nós às vezes entra num folclore de equilíbrio. Eu chamo-lhe um folclore de equilíbrio e às vezes o folclore de equilíbrio é olhar para a água....pronto... olhar para a água põe-me em...descansa-me, não me resolve o problema mas... (CL5)</i></p>
---	--

Subcategoria: Alívio Dramático

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto

<p>O cliente experimenta e expressa emoções e sentimentos relacionados ao problema</p> <p>(CL1; CL2)</p>	<p><i>É o espaço em que eu posso dizer quem sou eu, que eu falo do que eu sinto, do que eu penso (...) na terapia podes dizer...e podes falar dos teus medos, dos teus anseios, dizer do que não és capaz... (...) aqui eu vinha desabafar das minhas coisas, a pessoa tá para me ouvir(...) aqui vens só despejar (...)só vens tipo aliviar a tua carga emocional, o teu dia menos bom, deixar aqui (...) e acho que a terapia ajudou-me neste sentido, de vir só para falar (...). (CL1)</i></p> <p><i>No sentido de, houve situações que custavam-me muito falar. Há coisas que são do foro muito íntimo e que custam pôr em voz alta. Ouvir a nossa voz a dizer aquilo. Ouvir os nossos pensamentos é mais fácil, agora pôr em voz alta e saber que está alguém ali a olhar para ti e a ouvir aquilo que estás a dizer (...) mas para mim era tão importante ficar curada que por mais que me custasse fiz o sacrifício. (CL1)</i></p> <p><i>A minha mãe já faleceu e ainda não estava superado esse luto e quando eu vim para cá tinha muitas lágrimas para chorar, ainda tinha muita coisa que estava a doer e agora embora não esteja tudo totalmente resolvido, uma parte já ficou mais aliviada. (CL2)</i></p>
--	---

Subcategoria: Reavaliação Ambiental

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Reconhecimento por parte do cliente de como o seu comportamento provoca problemas para si e aos que o rodeiam e começa a realizar intervenções à sua volta.</p> <p>(CL1; CL2)</p>	<p><i>(...) tendo às vezes momentos mais stressantes já começo a perceber a influência que tem na minha filha. (CL2)</i></p> <p><i>Tentar ser mais positiva, tentar não me massacrar a mim própria, não ser tão rigorosa comigo, porque eu sou comigo e depois acabo por ser com os outros sem querer e até de uma forma inconsciente e tenho noção disso... Porque exijo de mim o correcto e há valores que para mim são muito importantes que depois quando os outros falham eu fico muito ofendida por eles falharem. E eu não posso ser assim, não temos todos os mesmos valores e não vemos as situações da mesma forma que eu vejo. Não temos a mesma perspectiva de vida (...).(CL1)</i></p> <p><i>As pessoas achavam-me prepotente, mas não, era falta de autoconfiança e as pessoas associavam à arrogância e à prepotência...e não era...era totalmente ao contrário...era falta de autoestima, era falta de...não ter confiança em mim própria. E aquela postura...calada, reservada é que...dava a sensação de prepotência de arrogância e não era nada disso.(CL1)</i></p>

	<p><i>Se tu sentes ou não que tens pessoas à tua volta que gostam de ti e perceberes que tens...perceber as coisas boas que tens... (CL1)</i></p> <p><i>Se eu estiver bem comigo própria as coisas ao meu redor também estão mais felizes... desde o outro...gentileza gera gentileza, não é? é esse mesmo o lema, estar bem...a forma como tu me tratas também és tratada provavelmente. (CL1)</i></p> <p><i>(...)eu notei que ela [filha] já estava a ficar da mesma forma que eu, muito insegura, muito frágil, muito medrosa e a ficar muito ansiosa (...) porque eu estava a lhe passar a minha ansiedade toda e a própria educadora disse isso e a própria médica. (CL2)</i></p> <p><i>E o que mexe muito com a relação com as pessoas, com a família, com as pessoas mais chegadas, aprendi a ouvi-las mais... o facto de estar menos angustiada... as coisas que nos rodeiam conseguem ser muito melhores.(CL2)</i></p> <p><i>(...) tendo às vezes momentos mais stressantes já começo a perceber a influência que tem na minha filha (...).(CL2)</i></p>
--	---

Categoria: Resultados da psicoterapia

Subcategoria: Mudanças Sintomáticas

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Mudanças a nível do humor</p> <p><i>(CL1; CL2)</i></p>	<p><i>A instabilidade que eu tinha desapareceu (...) eu era muito infeliz e dizia que queria ser feliz (...) e ajudou-me nesse sentido de eu querer ser feliz e estar feliz. Antes 90% do meu tempo eu estava infeliz...sei que ninguém é completamente feliz, mas os momentos felizes eram muito poucos em relação aos que eu estava triste e então eu queria mudar essa perspectiva e a terapia está a ajudar-me neste sentido...de eu mudar esta perspectiva e ter mais momentos felizes e absorver mais esses do que os infelizes... (CL1)</i></p> <p><i>(...) consigo estar mais alegre (CL2)</i></p> <p><i>Tenho sido muito mais feliz, não é que antes não fosse, mas agia muitas vezes aos gritos e agora não preciso utilizá-los, antes enervava-me e pronto (...) (CL2)</i></p>

	<p><i>(...) era muito agressivo nas minhas palavras, até em situações normais, não é? em que dava por mim, “mas eu disse isso?” completamente desproporcionado.... que realmente era a minha...era a canalização (...) do meu mal-estar. (CL5)</i></p>
<p>Mudanças a nível da ansiedade (CL2; CL3)</p>	<p><i>Noto que estou menos ansiosa do que estaria se não tivesse vindo fazer a psicoterapia. (CL2)</i></p> <p><i>Completamente, completamente! Em tudo! Desde o atender um telefonema em que ficamos às vezes stressados e temos que saber dizer não e não sabemos dizer. (CL2)</i></p> <p><i>Quando eu começo a stressar e noto que estou a falar muito depressa e estou a baralhar-me toda, paro... E isso antes não acontecia, eu continuava até não poder mais e neste momento paro. Vou até à casa de banho, saio e tento me acalmar. (CL2)</i></p> <p><i>Logo nas primeiras sessões consegui ver logo alterações no meu comportamento (...) no trabalho comecei a agir com mais organização, com mais concentração, com mais calma (...) eu tinha muito medo da chefia, por ser administrativa quando há alguma coisa eu fico logo toda nervosa. Não, neste momento já entendi que são pessoas como eu...e então, a ansiedade vai baixando, que já não sinto... Eu falava muita apressada, estava sempre muito nervosa, já estou mais calma (...) já não tomo victan há montes de tempo e antes tomava porque estava sempre nervosa. (CL2)</i></p> <p><i>(...) eu chegava sempre a casa super stressada, com montanhas de coisas que se passavam [no trabalho] e isso agora não acontece, porque de uma forma ou de outra respondo na altura certa e eu não respondia... e sem ser mal-educada, sendo mesmo bem-educada respondo e a ansiedade sai daqui e isso realmente só com psicoterapia, com psiquiatria não conseguia. (CL2)</i></p> <p><i>Estava realmente muito stressada, sempre com uma pontada no coração em que uma médica já me disse que “(...) a sua ansiedade é de tal maneira elevada que o victan não estava a fazer nada”, ou seja, mudou tanto. (CL2)</i></p> <p><i>O que eu noto é que a forma como nós trabalhamos os problemas do dia-a-dia, ao perguntarem os problemas do dia-a-dia e ao vermos o que é que me enervava, houve algumas questões que ficaram resolvidas de um momento para o outro e que me enervavam muito. Só a forma como eu às vezes via é que não estava correta e eu acho que aí houve situações em que ao falar, ao falar com a Dr.ª, e víamos... “não, mas não é assim olhe repare é assim desta maneira”. (CL2)</i></p>

	<p><i>Tinha muito medo de ser despedida porque achava que ficava sem dinheiro e que ia pedir (...) e vimos que não é bem assim, mas tive 23 anos com esse fantasma, como é que seria a vida se não fosse assim... e andamos a desmistificar isso (...). (CL2)</i></p> <p><i>Aprendi a dominar, por exemplo, eu tinha muito medo que lhe acontecesse (à filha) alguma coisa, a ela ou a algum familiar, ouvia uma ambulância, alguma coisa, eu tinha sempre muito medo e aprendi também a dominar um bocadinho isso e a ver as evidências, porque é isso que realmente nós precisamos de ver... as evidências do que é... do que é a verdade e daquilo que o nosso pensamento está a fantasiar, porque eu ouvia uma ambulância e achava que era algum familiar meu, que era a minha filha, que era o meu pai, que era meu marido, achava sempre que era um deles. (CL2)</i></p> <p><i>Aprendi a reorganizar a vida doméstica, porque enervava-me muito ao fim de semana. (CL2)</i></p> <p><i>Agora em Maio é que as coisas começaram a ficar mais complicadas porque apareceu aí uma situação de doença que ainda não está definida e ando assim um bocado preocupada, mas até nisso, noto que estou menos ansioso do que estaria se não tivesse vindo fazer a psicoterapia.(CL2)</i></p> <p><i>(...) sei que estou uma outra pessoa, (...) noto que estou menos ansiosa do que estaria se não tivesse vindo fazer a psicoterapia. (CL2)</i></p> <p><i>Eu neste momento estou nervosa, mas consigo sorrir, consigo manter a calma... como hei de explicar...consigo falar, porque geralmente quando estava nervosa começava a falar muito depressa muito depressa e ninguém entendia até ao momento em que parava e não conseguia falar...isso tem sido bom. (CL3)</i></p>
--	---

Subcategoria: Mudanças a nível interpessoal

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto

<p>Compreensão diferenciada do outro (CL1)</p>	<p><i>Não é fácil quando tu vais criticar o trabalho de alguém...e depois levas com contrapartidas, porque quando tu criticas alguém, essa pessoa vai-te apontar o dedo também...e se não for profissional, acaba por ser pessoal. É defesa auto humana...e é normal, eu já percebi isso agora, mas durante anos custou-me, pessoalmente custava-me muito. Agora já não (...) sei que estão a criticar-me, porque é o método deles de se defenderem, porque eu estou a criticar o trabalho deles... e isso a mim ajudou-me e isso veio com a terapia, com o estar bem, com estas coisas todas...isto para mim foi importante. (CL1)</i></p>
<p>Comportamentos diferentes na relação com o outro (CL1; CL2; CL3)</p>	<p><i>E tenho noção de que a terapia me ajudou até ficar...nem absorver tanto essas coisas. A pessoa fala, digo à pessoa o que penso, o que acho, mas de forma... antes eu tinha uma forma muito mais agressiva, agora acho que tenho uma forma mais assertiva e no sentido de ver dos dois prismas do buraco. (CL1)</i></p> <p><i>As pessoas diziam, mas eu nem me apercebia que eu era extremamente agressiva, estava sempre em contra-ataque, isto mudou, a minha postura de estar... Tudo isto acho que foi da terapia. (CL1)</i></p> <p><i>A minha relação com a minha filha mudou muito, porque antes não tinha calma para ir ver as coisas, estava sempre ansiosa com alguma coisa. Neste momento, entendo que para ela tenho que ter toda a calma do mundo e que as outras coisas esperam (...). Há situações com a minha filha que vivi, depois que estive aqui, maravilhosas, que a apanhei mais calma e a minha filha está muito mais calma do que estava, está muito mais meiga, muito mais sociável. (CL2)</i></p> <p><i>A minha mãe já faleceu (...) e o meu pai tornou-se numa pessoa muito possessiva, a não querer que eu saísse de casa, a controlar-me muito (...). E aprendi algumas coisas, a dizer ao meu pai “agora não”. É mais difícil, isto com a família é muito difícil, mas já aprendi a dizer, algumas coisas já consegui resolver. (CL2)</i></p> <p><i>A nível do trabalho, nunca mais vai ser o mesmo.... mesmo que eu vá para outro sítio aprendi técnicas que vão levar-me a dizer as coisas de forma educada e calma e que estão a funcionar. (CL2)</i></p> <p><i>E só nestas sessões a forma como depois eu ia agir com determinado chefe, com determinada pessoa que me enervava em determinada situação, era diferente. Comecei a, por exemplo, eu não sabia dizer não aos meus chefes e quando eu entrei aqui... se tenho seis chefes e tenho outras pessoas que me podem pedir coisas, todos me pediam e eu dizia “já vou... Já vou... Já vou...”, mas eu (...) não tenho tantos braços e tudo isso ia-me sufocando e foi das primeiras sessões que eu tive em que OK tenho que aprender a priorizar as coisas (...) “ok. Vou terminar aqui e depois já faço”. Mas eu não tinha coragem para fazer isto (...) algo que eu já consigo fazer. (CL2)</i></p>

	<p><i>Desde o quisermos expor as nossas ideias, ou não expormos ou expomos de forma explosiva e não chegamos a lado nenhum... e aprendemos a argumentar e a colocar os nossos pensamentos em ordem e a conseguirmos expor as nossas ideias (...). (CL2)</i></p> <p><i>E o que mexe muito com a relação com as pessoas, com a família, com as pessoas mais chegadas aprendi a ouvi-las mais... o facto de estar menos angustiada conseguem ser muito melhores as coisas que nos rodeia. (CL2)</i></p> <p><i>Comecei a deixar de ser motivo de chacota (...). (CL3)</i></p>
<p>Outras pessoas acham que o cliente mudou</p> <p>(CL1; CL2)</p>	<p><i>Quem lida comigo acho que... apercebeu-se que a minha vida mudou e que eu mudei, mas pessoas, por exemplo... uma chefe, que foi minha chefe, quando voltou a falar comigo e ficou espantada, porque disse que estava completamente diferente. Estava muito mais calma, mais ponderada, mais racional, menos emotiva, menos agressiva. (CL1)</i></p> <p><i>Neste aspeto sinto, sinto que estou mais calma, as pessoas...houve pessoas que notaram diferença. (CL1)</i></p> <p><i>Para além de eu me sentir uma outra pessoa mais calma, as outras pessoas à volta também já sentem isso. (CL2)</i></p> <p><i>Consegui logo melhorar e comecei em dezembro, nós estamos em junho e já lá as pessoas notam muitas mudanças em mim. (CL2)</i></p> <p><i>(...) até os meus colegas notaram que a minha secretária começou a ficar vazia (CL2)</i></p>

Subcategoria: Mudanças Intrapessoais

Unidade de Análise	
Registo semântico	Contexto
<p>Auto-eficácia</p> <p>(CL2; CL3)</p>	<p><i>O futuro nunca mais vai ser como antes, claro que embora tenha outras coisas para limar (...) tenho que aprender a andar dentro de um carro, conduzir, mas já vejo a hipótese que talvez consiga um dia vir a conduzir e é o que tenho que pensar. (...) não sei até quando é que vou precisar das consultas, mas neste momento já as ferramentas que tenho já vão fazer com que o futuro nunca mais irá ser o mesmo. (CL2)</i></p> <p><i>[A psicoterapia] fez-me acreditar mais em mim. (CL3)</i></p>
<p>Integração da experiência</p>	<p><i>(...) quando eu cheguei aqui a coisa que me lembrava que dizia sempre “eu quero falar das coisas como uma lembrança, não que elas doam” passou que doeu, mas eu consegui falar só como uma lembrança, não</i></p>

<i>(CL1)</i>	<i>como uma coisa que me magoou, que me feriu. Faz parte (...) é o meu trabalho que foi melhorado... falar das situações sem me emocionar, falar “é passado”, falar e não magoar (...). (CL1)</i>
Autoestima <i>(CL2)</i>	<i>(...) eu própria é que não me respeitava e estava a começar a... perceber isso, que eu própria tenho que pensar naquilo que me está a fazer bem e no que não está a fazer bem. E isso realmente não vai mudar, porque já neste momento eu já sei fazer esta diferença, agora já automática até. (CL2)</i>
O cliente descreve comportamentos ou atitudes diferentes face às situações <i>(CL1; CL2; CL3; CL5)</i>	<p><i>Eu digo, “eu estou aqui, daqui para aqui eu vejo uma parede amarela, mas tu dali (...) vais ver o espelho (...) e vamos estar a afirmar as duas a mesma coisa, porque estás a ver o buraco de uma perspetiva diferente” e é muito difícil às vezes isso, e sinto que a terapia me ajudou muito neste aspeto, tentar ver a perspetiva dos dois lados do prisma do problema que às vezes quem vê daquela forma já não consegue ver de outra e a minha forma agressiva de antigamente era atacar. Era tudo visto daquela forma (...) e agora não, é tentar ver das duas formas. (CL1)</i></p> <p><i>Eu agora tenho uma folha em que ponho aquilo que é prioritário, aquilo que é importante e aquilo que mesmo não sendo nem prioritário nem importante está a causar-me aflição não fazer e vou organizando o trabalho e... antes às vezes tinha não sei quantas janelas de email abertas e uma confusão enorme na minha secretária (...) e as coisas agora...começo uma e acabo, começo outra e acabo e não era assim, porque queria estar em todos os focos ao mesmo tempo. (CL2)</i></p> <p><i>(...) a minha filha já teve umas doenças, eu também já tive umas doenças e depois ia a correr para a internet e depois ficava a chorar a semana inteira com coisas que lia na internet e pronto, aprendi que nem tudo o que está na internet é feito por profissionais... que não vale a pena procurar e nunca mais fui procurar e isso também me aliviou bastante, porque depois ia procurar e lia as piores coisas, fazia os meus cenários, as minhas fantasias e depois tudo aquilo ficava ali... então isso também ajudou bastante. (CL2)</i></p> <p><i>Agora já questiono tudo, antes era o tal pensamento automático “ai meu Deus isto vai acontecer mal” e havia ali fantasias e neste momento não... neste momento já começo a questionar muita coisa que em 42 anos de vida nunca questionei. As coisas a partir daqui nunca mais vão ser as mesmas porque já não são, já estão a começar a entrar dentro de mim. (CL2)</i></p> <p><i>(...) consegui mudar logo alguns aspetos que me enervavam muito. (CL2)</i></p> <p><i>Aprendi a reorganizá-la [vida doméstica] durante a semana e então chega ao fim de semana e consigo estar com ela e isso para mim é muito importante. (CL2)</i></p>

	<p><i>Em casa (...) queria ser perfeita, queria ser perfeita para a miúda, ser perfeita para o meu marido, perfeita em casa e depois não dava tempo para tudo e depois ficava muito angustiada por ter estado pouco tempo com a minha filha ou porque não consegui fazer as coisas ou assim e aprendi a gerir as coisas de uma outra forma. (CL2)</i></p> <p><i>[A psicoterapia ajudou a resolver problemas] sim, eu fiquei a ver as coisas de uma outra maneira (...). (CL3)</i></p> <p><i>(...) comecei a pensar de outra maneira. Primeiro pensar no que ela (Psicóloga) me iria dizer...muitas vezes... e depois é que agia e isso dá-me sucesso a mim...(CL3)</i></p> <p><i>Comecei a enfrentar os meus problemas (...) e isso foi graças à terapia (...). (CL3)</i></p> <p><i>Com a psicoterapia consigo ter (...) um olhar mais aberto sobre as coisas e consigo perceber que há vários caminhos e que poderá haver soluções sempre, e isso ajuda-me a ter uma melhor perspetiva do futuro. (CL4)</i></p> <p><i>[A psicoterapia ajuda-me] especialmente a mim ajuda-me a não valorizar tanto aquilo que não interessa, tanto aquilo que é mais negativo para mim, ajuda-me a fazer uma escolha seletiva mais dos meus pensamentos, alguns pensamentos que me atrapalham de seguir em frente (...). Ver as coisas de outras perspetivas (...) a ver outros ângulos das coisas a ter outras interpretações (...). (CL4)</i></p> <p><i>Tem me ajudado a ... no fundo a desenvolver mecanismos de reequilíbrio face aos meus pensamentos... eu consigo ter ...um mecanismo de resposta positiva frente ao desequilíbrio. (CL5)</i></p>
--	---