

Joana Ferreira Azevedo



Experiência dos clientes em psicoterapia e bem-estar psicológico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2021

Joana Ferreira Azevedo



Experiência dos clientes em psicoterapia e bem-estar psicológico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2021

Joana Ferreira Azevedo

Experiência dos clientes em psicoterapia e bem-estar psicológico

Joana Ferreira Azevedo

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof.^a Sónia Alves.

Resumo

A psicoterapia é uma intervenção interpessoal que se baseia em princípios psicológicos, que envolve um terapeuta com treino profissional e um cliente que procura ajuda para um problema, queixa ou perturbação mental, sendo que essa intervenção psicoterapêutica é sempre adaptada de acordo com aquelas que são as especificidades de cada cliente, ou seja, é uma intervenção individualizada (Wampold & Imet, 2015).

Atualmente, e apesar da evidência acerca da eficácia da psicoterapia, os processos subjacentes a estes resultados constituem ainda um desafio. Compreender-se o “como” e o “porquê” das mudanças positivas acontecerem é imperativo para que a investigação em psicoterapia aumente o seu valor para a prática clínica (Greenberg, 1999; Kazdin, 2009).

Procurando contribuir para a compreensão da mudança em psicoterapia, levámos a cabo um estudo descritivo, de natureza observacional, baseado em métodos mistos que teve os seguintes objetivos: (i) descrever a evolução clínica em termos de bem-estar de clientes de idade adulta que se encontram em psicoterapia; (ii) conhecer a experiência em psicoterapia desses clientes; (iii) compreender as inter-relações entre as experiências relatadas e a evolução clínica em termos de bem-estar. Participaram no estudo 8 clientes de idade adulta que se encontravam a ter psicoterapia. A evolução clínica foi avaliada através do CORE-OM na 1^a/8^a sessão e a experiência em psicoterapia avaliada através do HAT na 1^a/4^a/8^a sessão e do ASI na 4^a/8^a sessão.

Os grupos considerados em termos de evolução clínica (recuperado/melhorado/não melhorado) apresentaram experiências semelhantes em psicoterapia, apesar de terem emergido algumas diferenças: a) os que recuperaram são os únicos que identificam “acontecimentos problemáticos”; b) o que melhorou identifica um nível de mudança inferior à média; c) o que não melhorou identifica menos “acontecimentos importantes” específicos, mas é o que identifica maior nível de mudança, apesar de também não a especificar.

Palavras-chave: psicoterapia; processo de mudança; resultado; experiência dos clientes

Abstract

Psychotherapy is an interpersonal intervention based on psychological principles, involving a professionally trained therapist and a client who seeks help for a problem, complaint or mental disorder, and this psychotherapeutic intervention is always tailored according to the specificities of each client, i.e. it is an individualized intervention (Wampold & Imet, 2015).

Currently, and despite the evidence about the effectiveness of psychotherapy, the processes underlying these results are still a challenge. Understanding the "how" and "why" positive change occurs is imperative for psychotherapy research to increase its value to clinical practice (Greenberg, 1999; Kazdin, 2009).

Seeking to contribute to the understanding of change in psychotherapy, we conducted a descriptive, observational, mixed-methods study with the following objectives: (i) to describe the clinical evolution in terms of well-being of adult-aged clients who are in psychotherapy; (ii) to know the experience in psychotherapy of these clients; (iii) to understand the interrelationships between the reported experiences and the clinical evolution in terms of well-being. Eight adult-aged clients who were undergoing psychotherapy participated in the study. Clinical evolution was assessed using the CORE-OM at the 1st/8th session and psychotherapy experience assessed using the HAT at the 1st/4th/8th session and the ASI at the 4th/8th session.

The groups considered in terms of clinical evolution (recovered/improved/not improved) presented similar experiences in psychotherapy, although some differences emerged: a) those who recovered are the only ones who identify "problematic events"; b) the one who improved identifies a lower than average level of change; c) the one who did not improve identifies fewer specific "important events", but is the one who identifies the highest level of change, although it does not specify it either.

Keywords: psychotherapy; change process; outcome; client experience

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer às pessoas que, através das mais diversas formas, contribuíram para a execução desta dissertação, assim como para a realização deste sonho.

A si, Professora Sónia Alves, minha orientadora e companheira nesta longa e desafiadora caminhada. A si, pela compreensão, pela disponibilidade, pelo cuidado. A si, que tem o dom da sabedoria, tornando-se um modelo de referência dada a sua humanidade e o seu profissionalismo.

A vocês, Mãe e Mimi, pela paciência, por permanecerem ao meu lado em todos os momentos e desafios. A vocês, que são o meu porto seguro.

A ti, pai, que embora das estrelas, iluminaste e continuas a iluminar todo o meu caminho, e lá no fundo, tudo isto é por ti.

A ti, Pedro, por seres o melhor companheiro que poderia desejar. A ti que me motivas todos os dias a lutar pelos meus objetivos com disciplina e paixão. A ti, que mesmo nos dias mais cinzentos, me transmites força e segurança para ultrapassar todos os desafios presentes. A ti, que vês o melhor de mim e me incentivas a procurar ser melhor.

A ti, avô, que me enches o coração ao ver-te tão orgulhoso do meu percurso e me fazes querer ser mais e melhor.

A ti, Ana, pelas conversas de horas sem fim, tão cheias de significado. Pela motivação, pela força, pelo passar do testemunho referente à disciplina necessária para atingir os nossos objetivos, pela partilha de experiências, pelos sorrisos, pelos choros e pelo apoio. Ter a oportunidade de partilhar estes últimos 5 anos com uma amiga como tu fez com que este caminho de cheio de espinhos se torna-se menos avassalador. A ti, um obrigada não chega. A minha gratidão por ti é indescritível. Que a nossa conexão, tão especial, nos acompanhe nas nossas futuras caminhadas. Obrigada por me deixares aprender e desenvolver contigo.

A vocês, restantes amigos e família, obrigada pelo apoio dado das mais diversas formas, que tanto significou.

Índice Geral

Resumo	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos	iii
Índice de Tabelas	v
Índice de Anexos	vi
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1 Psicoterapia: breve enquadramento histórico	3
2.2. Investigação em Psicoterapia.....	8
2.2.1. Investigação centrada nos resultados	8
2.2.2. Investigação centrada nos processos de mudança.....	11
2.3. O papel da experiência do cliente na investigação em psicoterapia	15
3. Parte Prática.....	25
3.1. Método.....	25
3.1.1. Participantes	25
3.1.2. Material	26
3.1.3. Procedimento.....	28
3.2. Apresentação dos Resultados e Discussão.....	28
4. Conclusões.....	44
Referências:	47
Anexos.....	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 - <i>Caraterização Sociodemográfica dos Participantes</i>	26
Tabela 2 - <i>Bem-estar dos Participantes (CORE-OM) na 1ª e na 8ª Sessão e Significado Clínico desta Evolução</i>	29
Tabela 3 - <i>Categorização do(s) “Acontecimento(s) Importante(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 1ª Sessão</i>	30
Tabela 4 - <i>Categorização do(s) “Acontecimento(s) Problemático(s)” Identificados pelos participante (HAT) na 1ª Sessão</i>	32
Tabela 5 - <i>Categorização do(s) “Acontecimento(s) Importante(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 4ª Sessão</i>	33
Tabela 6 - <i>Categorização do(s) “Acontecimento(s) Importante(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 8ª Sessão</i>	35
Tabela 7 - <i>Mudanças Identificadas pelos Participantes (ASI) na 4ª e na 8ª Sessão</i>	38
Tabela 8 - <i>Acontecimento(s) Importante(s) (HAT, 1ª/4ª/8ª sessão) e Evolução Clínica (CORE-OM 1ª-8ª Sessão)</i>	40

Índice de Anexos

Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	56
Anexo 2 - Pedido de Autorização para a Consulta da Base de Dados da Unidade de Adultos.....	57

1. Introdução

Um longo caminho foi percorrido até chegarmos às definições de psicoterapia que atualmente temos acesso. A psicoterapia é uma intervenção, sobretudo interpessoal, que se baseia em princípios psicológicos, que envolve um terapeuta com treino profissional e um cliente que procura ajuda para um problema, queixa ou perturbação mental. Na psicoterapia pretende-se que o terapeuta ofereça essa ajuda em termos terapêuticos aos clientes com esses problemas, queixas ou perturbações mentais, sendo que essa intervenção psicoterapêutica é sempre adaptada de acordo com aquelas que são as especificidades de cada cliente, tornando-se, portanto, uma intervenção individualizada (Wampold & Imet, 2015).

Atualmente, existe evidência suficiente de que a psicoterapia é um método de intervenção eficaz (Lambert, 2013b) e, apesar de se continuar a estudar a eficácia de diversos tipos de psicoterapia (Faria et al., 2020; Hill, 2014), cada vez mais tem crescido o interesse e a necessidade de se compreender as razões pelas quais a psicoterapia é eficaz (Hill, 2014). Compreender-se o “como” e o “porquê” das mudanças positivas acontecerem é imperativo para que a investigação em psicoterapia aumente o seu valor para a prática clínica (Greenberg, 1999; Kazdin, 2009). A investigação centrada nos processos de mudança tornou-se, progressivamente, num novo foco de investigação, visto que compreender os fatores envolvidos na mudança, nomeadamente os fatores que facilitam e/ou dificultam as mudanças, pode otimizar e orientar os esforços para assim melhorar a eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos (Hayes & Andrews 2020).

Neste contexto, tem-se assistido ao interesse crescente por parte dos investigadores em estudar a experiência dos clientes em psicoterapia (Elliott, 2008, 2010; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016), uma vez que compreender a experiência vivenciada pelo próprio cliente é extremamente útil para a prática clínica e para os terapeutas.

Elliott (2012) refere que apesar da existência de muitas teorias acerca do que provoca mudança em psicoterapia, a perceção acerca de como as mudanças realmente ocorrem nas intervenções em saúde mental ainda é limitada e, por isso, os métodos qualitativos são especialmente apropriados para tal. No entanto, tradicionalmente, a maioria das investigações sobre mudanças no processo terapêutico são feitas por recurso a métodos quantitativos (Elliott, 2012).

A investigação em psicoterapia que combina métodos mistos é ainda diminuta, não sendo, de facto, muitos os estudos que recorrem à experiência “qualitativa” dos clientes (em termos dos aspetos úteis ocorridos na psicoterapia) e aos resultados “quantitativos” obtidos na sequência da psicoterapia (McElvaney, & Timulak, 2013; Smet et al., 2020).

Procurando aprofundar o conhecimento acerca da mudança em psicoterapia, e fazendo-o por recurso quer à experiência relatada pelo cliente quer aos resultados terapêuticos conseguidos, levámos a cabo um estudo de métodos mistos. Deste modo, e integrado numa linha de investigação em curso na Clínica Pedagógica de Psicologia de uma Universidade do Norte do País, desenvolvemos um estudo com os seguintes objetivos: (i) descrever a evolução clínica em termos de bem-estar de clientes de idade adulta que se encontram em psicoterapia [avaliado através do *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure*, CORE-OM (Core System Group, 1998; Sales et al., 2012)]; (ii) conhecer a experiência em psicoterapia desses clientes [avaliada através do *Helpful Aspects of Therapy*, HAT (Elliott, 1993; Llewelyn, 1988; Sales et al., 2007) e da *Avaliação das Sessões de Intervenção*, ASI (J. Leal, A. Ribeiro & S. Alves, 2018)]; e (iii) compreender as inter-relações entre as experiências relatadas e a evolução clínica em termos de bem-estar.

Estruturalmente iniciamos este trabalho pelo enquadramento teórico, onde é apresentada a definição de psicoterapia e é descrita a investigação que tem vindo a ser feita neste contexto. Na segunda parte do trabalho são apresentados os objetivos, o método, os resultados e as conclusões do estudo empírico.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Psicoterapia: breve enquadramento histórico

A psicoterapia resultou de um percurso histórico com sensivelmente 3 mil anos, estando, desse modo, diretamente relacionada com a construção do conhecimento científico (Castanheira et al., 2019). A psicoterapia foi originalmente apelidada de “cura pela fala”, tendo diversas origens, nomeadamente, na religião, na medicina, na filosofia, no hipnotismo e na cura pela fé, no entanto, e apenas no final do século XIX, a psicoterapia começou a ser usada como uma intervenção psicológica (Castanheira et al., 2019).

Neste sentido, um longo percurso foi percorrido até chegarmos ao novo movimento (Lambert, 2013a) ou ao conceito moderno de psicoterapia (Leal, 2018), que iremos abordar posteriormente. A psicoterapia surge desde há muito tempo como sendo palco de grande atenção por parte dos investigadores, e dessa forma foram surgindo diversas mudanças; se inicialmente os processos psicológicos envolviam uma visão mística e fantasiada, posteriormente, com o avançar da investigação, evoluiu para uma visão onde se começou a relacionar de forma complexa o indivíduo (tendo como fatores alvo os seus aspetos biológicos, os seus valores, sentimentos e comportamentos) com o seu contexto de vida/meio ambiente (ou seja, concomitantemente com o seu contexto familiar, social, político, entre outros), compreendendo assim que a relação entre estes dois fatores é fundamental para a indicação de saúde ou doença (Castanheira et al., 2019).

A ideia de que Freud (1856-1939) fez nascer o conceito moderno de psicoterapia com a psicanálise é consensual (Leal, 2018), sendo considerado, quer Freud, quer os seus sucessores, como uma influência prestigiosa da psicoterapia (Lambert, 2013a). Deste modo, é possível referir que o conceito moderno de psicoterapia é um fruto de meados do século XX. No entanto, apenas em 1902 é que a proposta psicanalítica que surgiu na Áustria foi alvo de maior divulgação, o que consequentemente fê-la expandir-se (Leal, 2018). A psicanálise não era apenas a escola de pensamento psicoterapêutico dominante (constituindo o núcleo da formação de psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais), como também era a única escola existente (Batista, 2016). Contudo, embora que alguns procuravam seguir as teorias de Freud, outros procuravam criar alternativas

e perspectivas divergentes a esses ensinamentos. O que, conseqüentemente, conduziu ao surgimento de outras escolas de pensamento (Batista, 2016; Lambert, 2013a).

A terapia centrada no cliente de Carl Rogers (1902-1987) foi a primeira alternativa à psicanálise (Batista, 2016), sendo considerada como uma abordagem que se afastava de modo significativo dos ensinamentos de Freud, uma vez que, na abordagem psicanalítica o terapeuta era encarado como o especialista no cliente (Lambert, 2013a). Dentro dos diversos contributos de Rogers para a psicoterapia, o autor destacou as condições essenciais para que ocorram mudanças (ou para que aconteçam modificações na personalidade, na sua terminologia), nomeadamente: a avaliação positiva, empatia, respeito, cordialidade, conexão, congruência e a genuinidade (Batista, 2016; Lambert, 2013a). Sendo que estas condições referidas por Rogers, são atualmente consideradas como características imprescindíveis pela maioria das abordagens, designadamente no desenvolvimento da aliança/relação terapêutica (Batista, 2016).

Segundo Lambert (2013a), mais tarde, na década de 1920, surge uma nova escola de pensamento, mais especificamente, as abordagens baseadas na aprendizagem, que enfatizavam as mudanças de comportamentos dos clientes.

A abordagem de Rogers e as abordagens baseadas na aprendizagem davam maior atenção à importância de avaliar os efeitos da terapia de uma forma formal, do que outras abordagens (Lambert, 2013a). Os grupos de pesquisa da escola Rogeriana procuravam aplicar técnicas de gravação das sessões, de modo a analisar de forma cuidadosa o processo, com o objetivo de identificar correlações de mudanças positivas e de mudanças negativas. Já as abordagens baseadas na aprendizagem deram destaque à monitorização das respostas às intervenções e à sua conexão com as intervenções dirigidas pelo terapeuta. Lambert (2013a) refere que um fator que permitiu uma visibilidade superior direcionada a estas investigações foi o facto destas abordagens serem relativamente breves, quando comparadas com a psicanálise.

Mais tarde, devido às limitações associadas às abordagens que tinham como base a aprendizagem (que colocavam de parte variáveis não observáveis para explicar aqueles que eram os processos que estavam envolvidos nas funções mentais) e ao descontentamento com as abordagens psicanalíticas, a abordagem cognitiva ganhou importância e destaque (Batista, 2016; Lambert, 2013a).

A partir daqui, e como referem Cordioli e colaboradores (2019), surgem inúmeras outras abordagens que se distinguem naqueles que são os seus objetivos, na

sua fundamentação teórica, na frequência e duração das sessões, no treino dos terapeutas e nas condições pessoais exigidas.

Leal (2018) refere que apesar do conceito moderno de psicoterapia ter surgido com a psicanálise, foi possível perceber que após a segunda Guerra Mundial a noção de psicoterapia foi transformada e tornou-se um recurso quer dentro dos sistemas de saúde da maioria dos países desenvolvidos e dos em vias de desenvolvimento quer fora deles, para os indivíduos.

Com o passar do tempo, e com o surgimento das mais variadas abordagens psicoterapêuticas, nos finais do século XX, a psicoterapia alargou-se para além da perspectiva psicopatológica uma vez que, deixou de ser unicamente um tratamento de perturbações mentais e do sofrimento psíquico, expandindo-se para uma perspectiva de saúde, onde a estimulação do desenvolvimento pessoal e a melhoria do bem-estar se tornaram alvos de trabalho com o objetivo de aumentar a satisfação pessoal, o equilíbrio e bem-estar dos indivíduos (Cordioli et al., 2019; Leal, 2018).

Ao longo de mais de um século de pesquisa, inúmeros investigadores procuraram aprofundar o conhecimento acerca de como se estrutura a intervenção psicológica e um longo caminho foi percorrido até se alcançarem as definições de psicoterapia que encontramos hoje (Faria et al., 2020).

Segundo Hersen e colaboradores (1984), não existe nenhuma definição universalmente consensual. No entanto, segundo os autores, algo que é acordado por todos é que a psicoterapia é um processo interpessoal, que tem como objetivo mudar sentimentos, cognições e comportamentos e que é um processo conduzido por um profissional treinado.

A psicoterapia é, portanto, uma intervenção/tratamento psicológico. Assim como existem tratamentos fisiológicos, existem também intervenções que têm como alvo o sujeito psicológico, estando inscritos nesta categoria os domínios afetivo, cognitivo e comportamental. A psicoterapia pressupõe que os meios utilizados para o tratamento sejam, eles próprios, de cariz psicológico, ou seja, que o tratamento não recorra a produtos biológicos ou bioquímicos (Leal, 2018).

Wampold e Imet (2015) definem psicoterapia como sendo um tratamento, sobretudo interpessoal, de forma a descartar as intervenções psicológicas que não envolvem diretamente uma interação terapeuta-cliente. Algumas formas de ajuda psicológica como, por exemplo, a biblioterapia, o aconselhamento virtual entre outras que não são colocadas em prática num contexto de uma relação interpessoal, face a face

numa relação profissional, não são consideradas psicoterapia. Portanto, a psicoterapia é uma intervenção, sobretudo interpessoal, que se baseia em princípios psicológicos, envolvendo um terapeuta com treino profissional e um cliente que procura ajuda para um problema, queixa ou perturbação mental. Na psicoterapia pretende-se que o terapeuta ofereça essa ajuda em termos terapêuticos aos clientes nesses problemas, queixas ou perturbações mentais, sendo que essa intervenção psicoterapêutica é sempre adaptada de acordo com aquelas que são as especificidades de cada cliente, tornando-se, portanto, uma intervenção individualizada.

A American Psychological Association (APA, 2020) define psicoterapia como uma intervenção interpessoal colaborativa (terapeuta-cliente), onde profissionais treinados (psicólogos) através de procedimentos e técnicas empiricamente validadas procuram avaliar, identificar e intervir no domínio emocional, cognitivo e comportamental dos clientes.

Ao observarmos o que se entende por psicoterapia, não podemos deixar de citar aqueles que são os seus objetivos, sendo que, dependendo das abordagens psicoterapêuticas, estes objetivos podem variar, uma vez que cada abordagem tem estabelecido os seus objetivos a alcançar (não significando que são objetivos rígidos e que não possam sofrer alterações) (Leal, 2018). Deste modo, algumas abordagens assumem como objetivos a redução sintomática, a aprendizagem de formas de lidar com características quer pessoais quer ambientais, desenvolvimento de habilidades úteis, entre outros (Leal, 2018). Roussos (2013) refere que diversos conceitos têm sido tipicamente usados para a descrição do desenvolvimento/avanço/melhoria que ocorre durante as intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente, o conceito de resultados, mudanças, alterações nos padrões de personalidade dos clientes e redução sintomática, não havendo de facto uma definição.

Tendo em conta todos estes conceitos, e olhando para a eficácia da psicoterapia como dependente da existência de resultados psicoterapêuticos benéficos (Hill, 2014), associamos o objetivo primordial da psicoterapia a esses resultados.

Entende-se por resultados terapêuticos, alterações/mudanças que surgem em determinados domínios específicos (cognitivo, afetivo, comportamental, entre outros) que são considerados alvos da intervenção, sendo que estas mudanças/modificações se sucedem após a intervenção psicoterapêutica (Gelo e Manzo, 2015; Llewelyn et al., 2016). Black (2009) refere que a noção de mudança é extremamente importante para o

processo psicoterapêutico, uma vez que os clientes, quando recorrem à procura de ajuda psicológica, esperam experienciar mudanças nos problemas apresentados.

Ainda no que se refere aos objetivos da psicoterapia, Wampold (2013) salienta que basearmo-nos unicamente na redução dos sintomas tem as suas limitações, uma vez que essa visão coloca de parte outros domínios importantes. Esta ideia é corroborada pelas conclusões do estudo de Levitt e colaboradores (2006), os quais concluem que a redução sintomática, embora possa ser considerada como um resultado positivo, pode não ser considerada como a principal mudança experienciada pelos clientes. Neste sentido, pode afirmar-se que a eficácia da psicoterapia se relaciona com a remissão de sintomas, com o aumento da funcionalidade e do bem-estar subjetivo dos clientes (Lambert, 2013c).

Uma vez abordada a definição de resultados, torna-se imprescindível citar quais os significados clínicos que os resultados em psicoterapia transmitem. Jacobson e Truax (1991) elaboraram uma definição para “significado clínico”. Os autores referem que o significado clínico é dependente de uma dupla avaliação do resultado, ou seja, envolve a mudança confiável nas pontuações (pré e pós-tratamento) e a avaliação dos resultados de disfuncional para funcional. Neste contexto, e com o objetivo de classificar e medir os resultados do tratamento, Jacobson e Truax (1991) referem quatro grandes categorias de resultados possíveis nos clientes: “recuperação” (onde a mudança é confiável e há uma mudança de corte clínico, passando para funcional); “melhoria” (surge uma mudança confiável, no entanto, permanece na faixa clínica); “não melhoria/sem mudança” (onde não surge nenhuma mudança confiável); e “deterioração” (surgem mudanças confiáveis, mas negativas). Esta divisão é considerada uma indicação estatística acerca da relevância clínica das mudanças que acontecem em psicoterapia (Smet et al., 2020).

Para além do conceito de “resultado terapêutico”, conceito que define a eficácia da psicoterapia, importa circunscrever o conceito de “processo de mudança” (isto é, o processo de transformação terapêutica). Orlinsky e colaboradores (2004, citado por Hardy & Llewelyn, 2015) definem processo de mudança como o processo que engloba de forma principal as ações, experiências e a relação do terapeuta-cliente que surgem durante as sessões psicoterapêuticas e, de forma secundária, as experiências e ações que acontecem fora das sessões psicoterapêuticas estando com elas relacionadas. Neste sentido, o processo envolve variáveis que estão relacionadas com o cliente, com o

terapeuta e com a relação entre eles, sendo que estas variáveis podem estar implicadas no sucesso e no insucesso psicoterapêutico (Peuker et al., 2009).

Deste modo, e voltando à questão histórica da psicoterapia, abordamos dois conceitos centrais que se traduzem em duas grandes linhas de investigação em psicoterapia que serão abordadas de seguida: a investigação centrada nos resultados e a investigação centrada nos processos de mudança.

2.2. Investigação em Psicoterapia

2.2.1. Investigação centrada nos resultados

A investigação centrada nos resultados é uma das duas grandes áreas de pesquisa e procura quantificar as mudanças que ocorrem em termos terapêuticos pré e pós-intervenção (Elliott et al., 2001).

Embora que no presente a eficácia da psicoterapia seja um dado inquestionável, nem sempre isto aconteceu (Lambert, 2013b).

Um momento muito importante e que impulsionou a investigação centrada nos resultados em psicoterapia foi protagonizado por Hans Eysenck (1957) quando publicou um artigo intitulado “The effects of Psychotherapy: An Evaluation” onde o autor elaborou uma revisão que se baseava em 24 estudos sobre a terapia psicodinâmica e a terapia eclética e aonde concluiu que as evidências acerca eficácia da psicoterapia eram insuficientes para se afirmar que a psicoterapia era eficaz, referindo assim que a psicoterapia não tinha resultados positivos e que poderia até tornar-se prejudicial e causar danos (Lambert, 2013a; Wampold, 2013). Estas afirmações consideradas provocatórias causaram um grande furor e, desta forma, tornaram-se alvo de críticas (Lambert, 2013). Hans Strupp (1963) foi um dos primeiros autores a criticar as afirmações de Eysenck, onde começou por realizar investigações que procuravam ir contra essas afirmações, começando, dessa forma, um debate que é até hoje evocado (Leal, 2018; Wampold, 2013). Segundo Wampold (2013), o debate ocorrido entre Hans Eysenck e Hans Strupp é considerado como um momento impulsionador da pesquisa acerca dos processos e resultados em psicoterapia ao longo dos últimos 50 anos, uma vez que através dele vários esforços foram feitos com o objetivo de se avaliar a eficácia da psicoterapia de modo esclarecer a dúvida levantada por Eysenck. Portanto, após este debate, os benefícios da psicoterapia foram-se tornando um alvo crescente de investigação, analisados através de métodos quantitativos e qualitativos, o que conduziu

a um aumento significativo da quantidade e da qualidade das investigações em psicoterapia (Lambert, 2013b).

Todos os esforços envolvidos na investigação dos resultados e da eficácia em psicoterapia permitiram concluir que a psicoterapia é realmente eficaz, uma vez que apresenta resultados benéficos (Hill, 2014). No entanto, após essa conclusão outra questão foi alvo de foco e de estudo, nomeadamente, o quão eficaz eram os diversos tipos de intervenções psicoterapêuticas (Hill, 2014), tendo como objetivo assegurar maiores níveis de eficácia nos mais diversos modelos terapêuticos (Faria et al., 2020).

Através da reanálise de revisões realizadas no passado e através das metanálises realizadas recentemente acerca dos resultados em psicoterapia é possível compreender os contributos da psicoterapia nos mais variados tratamentos para as mais variadas perturbações (Lambert, 2013b). Muitas foram as investigações realizadas com o objetivo de comparar os mais variados tipos de intervenções psicoterapêuticas, porém, os resultados dessas investigações demonstraram que as diferenças entre elas não tinham significância (Isolan et al., 2019).

Com a evidência que os diversos modelos teóricos eram eficazes, sem diferenças significativas entre si, surgiu o chamado “veredicto do pássaro Dodô”, aplicado pela primeira vez em psicoterapia por Rosenzweig (1936), que é descrito no livro *Alice no País das Maravilhas* de Lewis Carroll, onde o pássaro nomeado Dodô depois de uma corrida entre diferentes animais referiu que todos os participantes ganharam e todos mereciam receber prémio pela corrida, sendo, portanto, semelhante às conclusões acerca da eficácia dos diferentes tipos de intervenção psicoterapêutica, onde todos aparentam estar em igualdade e em equivalência quando se trata da validade da sua eficácia (Castanheira et al., 2019). Deste modo, foram surgindo diversos estudos que mencionaram que as diferentes orientações teóricas, embora recorressem a diferentes visões e teorias acerca do mundo, da causalidade, do bem-estar e da saúde mental, das perturbações e das intervenções capazes de produzir mudança, não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito aos resultados entre eles, uma vez que aparentavam ter resultados idênticos (Leal, 2018; Moreira et al., 2005).

Segundo Isolan e colaboradores (2019) a parábola referida anteriormente também denominada de “paradoxo de equivalência” tem uma persistência superior devido a Luborsky e os seus colaboradores (1975), uma vez que os autores realizaram uma meta-análise qualitativa, onde usaram a frase do veredicto de Dodô como subtítulo,

e as conclusões do estudo apresentavam evidência de que os pressupostos defendidos por Rosenweig do “Veredicto de Dodô” estavam corretos.

Alguns motivos foram levantados de modo a compreender o facto dos diversos tipos de intervenção não apresentarem diferenças significativas em relação à eficácia entre eles. A mais popular entre elas é que no processo psicoterapêutico existem fatores que estão presentes em todos os tipos de intervenções (mais especificamente, os intitulados fatores comuns) e que parecem ser responsáveis pela existência de resultados positivos semelhantes (Hill, 2014; Lambert, 2013c; Rosenzweig, 1936). Hill (2014) avança com mais duas explicações possíveis: a de que a interação terapeuta-cliente pode ter uma maior significância para o resultado da psicoterapia do que o próprio modelo de intervenção utilizado na mesma; e a de que a investigação acerca do processo e acerca dos resultados ainda não está devidamente aprofundada, nomeadamente as estratégias adotadas podem não detetar essas diferenças e, por essa razão, não são encontradas diferenças entre diferentes abordagens. Lambert (2013c) levanta, ainda, outra explicação ao referir que as diferentes abordagens psicoterapêuticas podem chegar a resultados semelhantes através de processos diferentes.

Como temos vindo a observar, diversos têm sido os esforços para validar as evidências da eficácia da psicoterapia e das diversas abordagens de modo a orientar e apoiar a prática clínica com um suporte empírico firme. Dentro desses esforços, podemos nomear o esforço realizado pela APA com a criação de critérios para dar suporte às diferentes formas de intervenção (Lambert, 2013a). Contudo, Lambert (2013a) refere que a lista das intervenções psicoterapêuticas que são empiricamente validadas contribui para uma segurança errónea de eficácia, uma vez que envolve muito mais do que a noção de evidência de que é eficaz, não se podendo esquecer de que o cliente e o terapeuta têm uma grande influência sobre o processo terapêutico sendo, portanto, dois intervenientes que são extremamente fundamentais para uma intervenção ser bem sucedida.

Após a investigação focada na busca pela evidência acerca da eficácia da psicoterapia e das diferentes abordagens, surgiram diversas variáveis que foram sendo alvo de investigação. Neste contexto, será abordada apenas a investigação focada no modelo de dosagem de eficácia psicoterapêutica (Howard et al., 1936; Lambert, 2013b), dada a sua importância para a elaboração deste trabalho.

Com o avançar da investigação em psicoterapia, surgiu a necessidade de procurar compreender o número de sessões necessárias para surgirem benefícios em

psicoterapia (sendo esses benefícios, a diminuição do sofrimento e a melhoria do funcionamento psicológico) (Hill, 2014; Lambert, 2013a), uma vez que começaram a surgir pressões quer sociais quer económicas. Originando-se assim, o modelo de dosagem de eficácia psicoterapêutica (Howard et al., 1936; Lambert, 2013b). Assim sendo, é possível referir que no presente existe uma grande quantidade de literatura que se foca nos resultados da psicoterapia em ensaios clínicos e que indicam que os benefícios da psicoterapia podem ser alcançados em 12 a 14 sessões de intervenção (Lambert, 2013b). Por outro lado, Howard e colaboradores (1986) realizaram uma metanálise onde investigaram a relação entre o número de sessões e os resultados clínicos dos clientes, verificando que 14% dos clientes melhoraram antes de comparecer à 1ª sessão, 53% melhoraram após a 8ª sessão, 75% após 26 sessões, e 83% após 52 sessões, concluindo que a relação entre ambos assemelha-se em parte ao que acontece com os medicamentos, uma vez que, quanto mais sessões de psicoterapia os clientes tinham maior era a oportunidade e probabilidade de melhora, mas em doses mais altas, tinham retornos decrescentes, ou seja, os maiores ganhos terapêuticos (mudanças) ocorrem nas primeiras sessões, e as sessões posteriores são caracterizadas por um decréscimo/mudanças menos dramáticas não havendo relação linear entre o número de sessões e a melhoria (Howard et al., 1986).

2.2.2. Investigação centrada nos processos de mudança

Tal como já referido anteriormente, a investigação centrada nos processos de mudança é uma das duas grandes áreas da investigação em psicoterapia, surgindo após o início da investigação centrada nos resultados. A investigação centrada nos processos de mudança tem como objetivo compreender quais são os fatores que estão presentes no processo e que permitem a ocorrência de mudanças (Elliott et al., 2001).

Apesar das diversas investigações que nos trazem informações acerca da eficácia da psicoterapia, os processos que estão subjacentes a estes resultados são ainda um grande desafio (Greenberg, 1999; Kazdin, 2009). Procurando compreender o processo de mudança, Greenberg (1986) introduziu o paradigma “*Change Process Research*” (CPR) que se foca na pesquisa do processo, direcionando-se para a identificação e fundamentação dos processos que estão subjacentes à mudança terapêutica. A pesquisa acerca dos processos que estão subjacentes aos resultados, mais especificamente, acerca dos processos que ocorrem durante o processo psicoterapêutico e que originam mudanças é fundamental para que se possa explicar como é que a psicoterapia produz

mudanças, tendo como objetivo extrapolar a divisão entre processo e resultado, compreendendo desta forma a relação existente entre eles (Greenberg, 1986).

Existem diversos motivos que caracterizam a importância da compreensão acerca do “como” e do “porquê” das mudanças em psicoterapia se acontecerem (Kazdin, 2009). Um desses motivos é o facto de existirem diversas terapias que apresentam evidências de que geram mudanças e entender os mecanismos de mudança poderia desencadear benefícios caso fossem identificados mecanismos-chave que explicassem os resultados nas intervenções. Outro motivo é o facto de que com a compreensão dos processos que estão subjacentes aos resultados é possível otimizar a mudança, tendo em conta que, ao sabermos como as mudanças surgem, torna-se possível identificar estratégias a implementar de modo a ativar o processo de mudança de forma mais eficaz. Além disto, e de modo a aprimorar a generalidade dos resultados dos tratamentos, a começar da pesquisa até à prática, é importante perceber quais são os aspetos necessários para que um tratamento funcione de forma eficaz, assim como compreender quais são os aspetos que não devem ser esquecidos/excluídos para se conseguirem alcançar mudanças. Por fim, compreender as mudanças em psicoterapia contribui para a identificação de variáveis que possam determinar a eficácia de certo tratamento.

Como referem Hayes e Andrews (2020), a compreensão dos fatores envolvidos na mudança, nomeadamente dos fatores que facilitam e dificultam as mudanças, pode otimizar e orientar os esforços para assim melhorar a eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos.

Hardy e Llewelyn (2015) referiram quatro grandes objetivos da pesquisa do processo em psicoterapia. Segundo os autores, o primeiro objetivo, que é considerado o objetivo central, caracteriza-se por compreender quais os mecanismos dos processos de intervenção e dos processos de mudança nos clientes em psicoterapia. Melhorar a qualidade das intervenções terapêuticas é o segundo objetivo, onde é importante entender quais os fatores das intervenções que são considerados os mais relevantes para que se produzam mudanças o que, por conseguinte, permite enfatizar/desenvolver esses fatores/aspetos, ao invés de fatores/aspetos menos críticos. O terceiro objetivo é o de contribuir de modo a desenvolver teorias, ou seja, o objetivo é que esta pesquisa ofereça fundamentos lógicos, o que, por conseguinte, vai facultar ao trabalho da terapia uma estrutura sólida. O trabalho que não tem uma base segura na teoria pode, presumivelmente, ter um impacto considerado limitado, surgindo assim o risco de

perder o foco. Já o trabalho que tem uma base segura na teoria pode fundamentar-se face àquilo que se mostrou eficiente anteriormente, assim como pode proporcionar eficácia a futuras intervenções. Para finalizar, o quarto objetivo é auxiliar no aprimoramento da eficácia do treino, estando vinculado aos três objetivos referidos anteriormente. Desta forma, este trabalho no processo permite que os terapeutas aprendam a oferecer intervenções que têm mais probabilidade em oferecer resultados eficazes, em aprimorar a qualidade e em garantir que as teorias que suportam as abordagens sejam sustentadas por evidências.

Considerando a psicoterapia como um processo que envolve o surgimento de mudanças, vários esforços foram executados de modo a compreender quais os fatores que influenciam verdadeiramente essas mudanças. Na segunda metade do século XX surgiu um grande debate em volta dos fatores específicos e dos fatores comuns, debate esse que procurava evidenciar qual(ais) o(s) fator(es) com maior peso nas mudanças (Isolan et al., 2019).

Entende-se por fatores específicos de mudança em psicoterapia, fatores que são próprios de cada abordagem (e.g., técnicas). Sendo os fatores específicos propostos para as mais diversas abordagens psicoterapêuticas: os fatores cognitivos (psicoeducação, reestruturação cognitiva e insight); os fatores comportamentais (aprendizagens); e, os fatores sociais, grupais ou sistêmicos (Isolan et al., 2019).

Entende-se por fatores comuns de mudança (ou fatores não específicos) em psicoterapia fatores que estão presentes nas mais diversas abordagens terapêuticas. Várias são as investigações que se focam nos fatores comuns em psicoterapia, sendo que este movimento foi iniciado em 1936 por Saul Rosenzweig, quando o autor publicou um artigo em que referia que dado que nenhum tipo de psicoterapia era mais eficaz do que outro uma vez observando os resultados similares entre eles (“Veredicto de Dodô”), a eficácia das mesmas poderia decorrer da existência de fatores que são comuns a todos eles (Isolan et al., 2019; Lambert, 2013a; Rosenzweig, 1936).

Lambert (1992; citado por Lambert, 2013c) sugeriu que os fatores comuns estão divididos em três categorias sequenciais de mudanças: fatores de suporte/apoio; fatores de aprendizagem; e, fatores de ação. Dentro da categoria de fatores de suporte estão incluídos: a catarse; a estruturação; a existência de uma relação positiva; o reassuramento; a existência de um ambiente seguro; a identificação com o terapeuta, a aliança terapêutica terapeuta-cliente; a participação ativa quer do terapeuta quer do cliente; o reconhecimento da competência do terapeuta; a empatia, o respeito, a

aceitação e a genuinidade do terapeuta; confiança (o que leva à abertura para a exploração). Na seguinte categoria de fatores (fatores de aprendizagem) surgem os seguintes aspectos: o aconselhamento; a experiência afetiva; a assimilação de experiências problemáticas; a mudança de expectativas acerca da autoeficácia; a aprendizagem cognitiva; a exploração da referência interna; a experiência emocional corretiva; o *feedback*; o insight; e a racionalização. Por fim, surge a última categoria, a categoria de fatores de ação, que inclui: a regulação comportamental; o domínio cognitivo; o incentivo à experimentação do novo; o encorajamento a novos comportamentos (como assumir riscos e enfrentar medos); a modelagem; a resolução de problemas; as experiências de sucessos; e a prática.

Isolan e colaboradores (2019) dividiram os fatores comuns em três grandes grupos: fatores dos clientes (tais como, motivação, capacidade de estabelecer vínculos e aliança de trabalho, entre outros); fatores do terapeuta (incluem as habilidades terapêuticas); fatores da relação terapeuta-cliente (tais como a aliança terapêutica).

Como temos vindo a observar, diversos são os fatores comuns identificados, no entanto, o fator que tem sido objeto de maior investigação é a aliança/relação terapêutica (Honda & Yoshida, 2013), sendo considerado o fator comum mais importante (Cuijpers et al., 2019), começando a ser estabelecido logo na primeira sessão (Faria et al., 2020).

Dadas as investigações realizadas com o objetivo de procurar identificar quais os fatores responsáveis pela mudança, Lambert (1992; citado por Lambert, 2013c) concluiu, através de uma metá-análise, que 30% das mudanças encontradas se devem a fatores comuns (relacionados com a relação terapêutica) e 15% a fatores específicos (relacionados com os fatores exclusivos das diferentes abordagens). Os restantes 55% devem-se ao efeito placebo ou às expectativas (15%) e a variáveis do cliente e fatores extra-terapêuticos (40%, englobando característica dos clientes e do meio que o rodeia).

Em suma, apesar da investigação acerca da eficácia da psicoterapia (resultados) e dos fatores que se associam à mudança (processos), os mecanismos de transformação terapêutica ainda não estão suficientemente estudados, o que faz com que a investigação processo-resultado seja necessária na medida em que permite contribuir com informações importantes acerca da progressão dos clientes ao longo do tratamento (Sales & Alves, 2014).

2.3. O papel da experiência do cliente na investigação em psicoterapia

Atualmente, vários são os estudos que se têm focado nos eventos significativos que ocorrem no processo psicoterapêutico, organizando-se em estudos que se focam não só na perspectiva do terapeuta como também na perspectiva do cliente (Corrêa et al., 2016), o que nem sempre aconteceu pois os investigadores tendiam a não dar importância ao olhar do cliente sobre o processo, não perspectivando a experiência dos clientes como um contributo para a compreensão de todo o processo (Macran, 1999).

Contudo, nas últimas décadas tem-se assistido a um interesse crescente por parte dos investigadores no estudo da experiência dos clientes em terapia (Elliot, 2008, 2010; Levitt et al., 2016; Timulak & Keogh, 2017) por se considerar o valor que essas perspectivas/experiências trazem para a compreensão quer dos princípios subjacentes à mudança quer da própria prática clínica (Timulak & Keogh, 2017). Tal como referem Sales e Alves (2014), compreender o olhar do cliente sobre as suas próprias experiências durante o processo terapêutico contribui de forma significativa para a intervenção, tornando-a mais produtiva e eficaz.

De modo a esclarecer o que se entende por experiências dos clientes, adotamos a definição de Elliott e James (1989). Os autores referem que as experiências dos clientes se baseiam nas sensações, perceções, pensamentos e emoções que acontecem durante e que se referem à intervenção psicoterapêutica. Esta definição abrange diversas categorias, nomeadamente: tipos de experiências (que inclui emoções, auto verbalizações internas, desejos, significados, sensações físicas internas, perceções face a estímulos externos, memórias, entre outros); de objetos (nomeadamente, o tratamento em si, o *self*, o terapeuta, ou outros indivíduos significativos); níveis de consciência (nitidamente conscientes, parcialmente conscientes ou com ausência de consciência); graus de expressão (nitidamente expressas, escondidas, expressas com intenção através de comunicação quer verbal quer não verbal ou escondidas com êxito); e, por fim, de locus (tais como reflexões extra-terapia e reações referente à mesma, que são incluídas naquela que é a experiência que ocorre dentro da sessão terapêutica).

A fonte mais direta de conhecimento acerca das experiências dos clientes em psicoterapia são os próprios clientes, visto que têm um lugar considerado privilegiado referente aos aspetos que ocorrem no processo psicoterapêutico (Elliott & James, 1989).

A investigação neste campo é acompanhada pela premissa de que as experiências dos clientes em psicoterapia contribuirão significativamente para a descoberta de dados importantes que permitam aprimorar a compreensão acerca da

psicoterapia e dos seus resultados psicoterapêuticos (Oliveira et al., 2013). Tal como refere Elliott (2008), a compreensão, em termos teóricos, dos processos mediacionais pode trazer implicações naquela que é a previsão acerca dos resultados. Neste mesmo contexto, Hampson (2008) salienta a importância do *feedback* dos clientes na medida em que este pode contribuir para que os terapeutas possam fazer alterações e melhorias naquele que é o seu desempenho, tornando-se, deste modo, mais responsivos àquelas que são as necessidades dos clientes.

Algumas áreas de pesquisa, tais como a investigação sobre eventos úteis ou problemáticos na terapia, a pesquisa da intervenção informada pelo *feedback* do cliente, a pesquisa feita através de metodologia qualitativa que procura compreender as experiências dos cliente relativamente a determinados processos de tratamento têm vindo a identificar os clientes como sendo especialistas na psicoterapia, procurando assim dar-lhe uma voz ativa em termos de *feedback*, oferecendo assim informações aos investigadores sobre o que é que efetivamente tem resultado ou não na intervenção psicoterapêutica (Swift & Parkin, 2017). Esta exploração acerca da experiência dos clientes é também uma forma de incluir o testemunho do cliente na própria prática clínica, dando voz aos mesmos, na medida em que se considera que não é possível compreender de forma nítida as experiências dos clientes e o “como” e o “porquê” das mudanças em psicoterapia sem dar esta voz ativa aos clientes (Bonsmann, 2010).

Portanto, de forma a conseguirmos entender os eventos significativos (eventos úteis e problemáticos) é fundamental aceder às experiências dos clientes em terapia (Elliott, 2010; Swift & Parkin, 2017).

Entende-se por acontecimentos significativos, momentos/episódios que ocorrem durante a sessão de terapia (podendo ser uma reação específica, um ato, uma interação) (Elliott e Shapiro, 1992; citado por Corrêa et al., 2016), que causam efeitos que surgem de forma imediata no cliente, ou seja, têm um impacto terapêutico imediato, ocasionando, assim, algum desenvolvimento/impacto, o que consequentemente pode originar mudanças (Elliott, 1985).

O fundamento lógico que está subjacente à pesquisa dos acontecimentos significativos é o facto dos eventos úteis ou problemáticos serem considerados como os acontecimentos mais significativos que ocorrem durante as sessões de terapia, podendo ser significativamente positivos (no caso dos eventos úteis) ou significativamente negativos (no caso dos eventos problemáticos), sendo considerados como os momentos mais fecundos e frutíferos da terapia (Timulak, 2007; 2010).

Dado o facto de encontrarmos uma utilização relativamente indiscriminada dos conceitos “eventos úteis e problemáticos” (e.g., Swift e Parkin, 2017; Timulak, 2010), “aspectos úteis e problemáticos” (e.g., Antoniou e colaboradores, 2017; McElvaney e Timulak, 2013; Cooper et al., 2015), “acontecimentos significativos” (e.g., Corrêa et al., 2016) e “experiências problemáticas” (Bownie et al., 2016), optámos, neste trabalho, por adotar as designações utilizadas por Elliott (1993) e que estão subjacentes ao HAT (*Helpful Aspects of Therapy*), onde o autor se refere a aspectos úteis, dividindo-os em acontecimentos importantes (ou que ajudaram) e em acontecimentos problemáticos (ou difíceis). Esta opção prende-se com o facto do HAT ser o instrumento utilizado para aceder às experiências dos clientes em psicoterapia neste estudo.

Estes aspectos úteis que ocorrem em psicoterapia têm sido alvo crescente de investigação. Vários autores têm vindo a desenvolver esforços com o objetivo de identificar, estudar e compreender os mesmos, nomeadamente no que se refere aos acontecimentos importantes e os problemáticos. Dentro destes autores destacamos as contribuições de Antoniou e colaboradores (2017), Bownie e colaboradores (2016), Cooper e colaboradores (2015), Corrêa e colaboradores (2016), Levitt e colaboradores (2016), McElvaney e Timulak (2013), Swift e colaboradores (2017), Quick e colaboradores (2018), Smet e colaboradores (2020), Timulak (2007) e Timulak e colaboradores (2010).

Tendo em conta todas estas contribuições, vamos procurar descrever os domínios que os autores identificaram de um modo conjunto e dinâmico sem fazer apresentação de autor a autor. Neste sentido, os “acontecimentos importantes” identificados pelos clientes quando analisadas as suas experiências em psicoterapia irão ser agrupados em 3 domínios distintos: acontecimentos importantes relacionados com o terapeuta, no que diz respeito às habilidades psicoterapêuticas; acontecimentos importantes que estão diretamente relacionados com técnicas de tratamento específicas; e, por fim, acontecimentos importantes que têm origem no próprio cliente.

Os acontecimentos importantes relacionados com o terapeuta mais frequentemente identificados na bibliografia analisada são o uso de habilidades psicoterapêuticas (Swift et al., 2017). Mais especificamente: respeito; congruência; criação de ambiente seguro, a resposta às necessidades dos clientes, que passava por ouvir os clientes e envolvê-los de forma ativa na tomada de decisão acerca dos planos do tratamento (Antoniou et al., 2017); compreensão e aceitação, o que leva à internalização por parte dos clientes de mensagens positivas e impulsionam o

envolvimento no processo de mudança relativo ao desenvolvimento de autoconsciência; genuinidade e autenticidade, proporciona aos clientes um sentimento de validação por parte dos terapeutas, o que conseqüentemente faz com que os clientes se envolvam em discussões consideradas mais vulneráveis; recetividade; neutralidade (Levitt et al., 2016). Além dos já referidos, também foram identificados: a capacitação (onde o terapeuta capacitava o cliente a contribuir para a sua própria mudança terapêutica) (Antoniou, et al., 2017; Levitt et al., 2016); a escuta ativa (Swift et al., 2017); o não julgamento (Antoniou et al., 2017; McElvaney & Timulak, 2013; Smet et al., 2020); a flexibilidade do terapeuta (Antoniou et al., 2017; Cooper et al., 2015; Swift et al., 2017) em se ajustar/adaptar ao processo terapêutico; a validação por parte do terapeuta, o que leva ao fortalecimento (Timulak et al., 2010). O terapeuta ser desafiador (Antoniou et al., 2017; Cooper et al., 2015), quer através de questões, através de estimulação do pensamento, e através de discussão sobre diferentes perspectivas acerca de uma situação, assim como ser tranquilizador (reduzindo a preocupação ou ansiedade, contribuindo para o aumento da segurança) (Antoniou et al., 2017) foram outros dois aspetos úteis identificados pelos clientes. Por fim, ainda dentro das habilidades do terapeuta, surge, como o aspeto útil mais frequentemente identificado, a empatia (Antoniou et al., 2017; Levitt et al., 2016; McElvaney & Timulak, 2013; Timulak et al., 2010; Swift et al., 2017);

Surgem ainda, dentro dos acontecimentos importantes identificados pelos clientes relacionados com as ações do terapeuta, aspetos que estão diretamente relacionados com técnicas de tratamento específicas (Cooper et al., 2015; McElvaney & Timulak, 2013), nomeadamente, técnicas de oferta de insight (Swift et al., 2017; Smet et al., 2020), de treino de habilidades, de processamento de emoções, de treino de resolução de problemas e, por fim, psicoeducação (Swift et al., 2017).

Por fim, os acontecimentos importantes identificados pelos clientes como tendo origens neles próprios foram: as perspectivas positivas acerca da terapia; o esforço geral para mudar, a motivação, o esforço, as contribuições/envolvimento na tomada de decisão (Antoniou et al., 2017); determinação e honestidade (quer consigo mesmos, quer com os seus terapeutas) (Antoniou et al., 2017; Levitt et al., 2016); o papel ativo na terapia; e o reconhecimento pelo seu progresso (Levitt et al., 2016).

Timulak (2007) com o objetivo de sistematizar os principais tipos de acontecimentos importantes em terapia, realizou uma metanálise de 7 estudos onde conseguiu descrever nove diferentes categorias de experiências-chave:

- a) Eventos de resolução de problemas/mudanças de comportamento: eventos em que o cliente desenvolve estratégias para alcançar os seus objetivos desejados;
- b) Eventos de alívio: eventos em que o cliente experiênciia um relaxamento que ocorre devido à experiência interpessoal com o seu terapeuta; eventos em que o cliente experiênciia a sua preocupação de forma menos avassaladora em que o terapeuta pode ter um papel importante (através da empatia, afirmação, esperança);
- c) Eventos de consciência/percepção/autocompreensão: eventos em que o cliente se consciencializa face a aspetos da sua experiência ou situação de vida definida (incluindo outras) de modo a chegar a uma compreensão contextual mais aprofundada dessa experiência/situação.
- d) Eventos de capacitação/fortalecimento: eventos de empoderamento em que o cliente experiênciia uma sensação de força pessoal para lidar com os problemas, com dificuldades interpessoais e com autopercepções; eventos em que o cliente experiênciia um senso de desenvolvimento pessoal; eventos em que a validação interpessoal pode estar presente; e por fim, eventos em que o cliente reconhece o seu desenvolvimento.
- e) Eventos de compreensão: eventos em que o cliente refere que se sentiu intensamente compreendido o que o levou a presenciar uma experiência interpessoal única.
- f) Eventos de experiência emocional: eventos em que o cliente vivencia as emoções de forma reconstruída, e até possivelmente de uma forma diferente, e descreve isso como uma experiência importante.
- g) Eventos de garantia/suporte/segurança: eventos em que o cliente relata garantias de experiência oferecidas pelo terapeuta, com e sem garantias verbais explícitas. Inclui também a experiência de ser aceito pelo terapeuta.
- h) Eventos de envolvimento com o cliente: eventos em que o cliente participa ativamente no processo de terapêutico, onde há espaço para o cliente partilhar o que na sua perspetiva atual, é importante no processo.
- i) Eventos de contacto pessoal: eventos em que o cliente experiênciia o terapeuta com um ser humano e não como um terapeuta, podendo experienciar proximidade com o mesmo.

Dentro de todas as categorias, a categoria de garantia/suporte/segurança e a de consciência/percepção/autocompreensão têm, segundo o autor, uma boa saturação, uma vez que estão presentes em todos os 7 estudos. As categorias de resolução de problemas/mudanças de comportamento, de capacitação/fortalecimento, de alívio, de envolvimento com o cliente e de contacto pessoal, foram encontradas em pelo menos 3 dos estudos (quase metade dos estudos) analisados pelo autor, tendo desta forma uma saturação menor.

Posteriormente, Timulak (2010) numa metá-análise refere que as categorias com mais saturação são as de consciência e de resolução de problemas. Outras categorias de eventos, tais como eventos relacionados com a relação terapêutica (compreensão; contacto pessoal) também foram prevalentes, embora com menor saturação.

Quick e colaboradores (2018) examinaram os eventos úteis identificados pelos clientes num ambiente de aconselhamento comunitário, usando a categorização de Timulak (2007) para categorizar esses eventos. Como resultado desta investigação perceberam que todos os nove impactos categorizados por Timulak (2007) estavam presentes, além disso, perceberam que esta investigação sugere a existência de outra categoria, visto que os clientes identificaram diversas vezes o falar (ou “*voicing*”) como uma interação que teve impacto na sessão (Quick, et al., 2018). Em conclusão, os autores referem que a meta-análise realizada por Timulak (2007) pode oferecer uma base de categorização dos impactos identificados pelos clientes em terapia de eventos úteis (significativos) (Quick, et al., 2018).

Uma vez analisados os acontecimentos importantes, serão agora referidos os diversos acontecimentos problemáticos constatados ao longo da leitura bibliográfica, quando analisadas as experiências dos clientes em psicoterapia. Tal como aconteceu com os acontecimentos importantes, vamos procurar descrever os domínios que os autores identificaram de um modo conjunto e dinâmico sem fazer apresentação de autor a autor. Deste modo, foram identificados como acontecimentos problemáticos: o terapeuta oferecer algum conselho que não se adequava, ou que o terapeuta direccionava a consulta para tópicos menos relevantes; terem se sentido julgados pelo terapeuta; o facto de abordarem determinados temas que o cliente ainda não estava pronto para falar sobre os mesmos (Swift, et al., 2017); o superinvestimento na postura de aceitação e compreensão por parte dos terapeutas pode ser considerado um obstáculo para o senso de uma aceitação genuína (Levitt, et al., 2016); o envolvimento excessivo do terapeuta, na vida dos clientes (e.g., transmitir opiniões muito fortes, tornava-se um obstáculo);

dificuldades em manter os limites em termos profissionais por parte do terapeuta; no contexto profissional, embora o mesmo crie clareza e uma sensação de segurança, surgem aspetos como o tempo limitado de cada sessão, o pagamento, o regularidade das sessões pode levantar algumas questões face à genuinidade do terapeuta, tornando-se um obstáculo para a conexão inicial (Levitt, et al., 2016). Além dos acontecimentos problemáticos já referidos surgem outros, tais como: o facto dos clientes se sentirem expostos (e.g., sentimento de vulnerabilidade); o acesso limitado ao terapeuta; o surgimento de dúvidas acerca da adequação do aconselhamento; o facto de ainda se sentirem mal após a terapia; dificuldades em discutir problemas familiares; dificuldades em discutir acerca de traumas recentes; dificuldades em compreender o material psicopedagógico (McElvaney & Timulak, 2013). Curiosamente, quer a “empatia” quer “ouvir/escutar de forma ativa” saturaram quer como acontecimentos importantes, quer como acontecimentos problemáticos. A empatia, embora tenha sido considerada como o acontecimento importante mais frequentemente identificado pelos clientes de acordo com a bibliografia analisada, Swift e colaboradores (2017) concluíram que a empatia como acontecimento problemático pode surgir em consequência da qualidade da empatia, onde em vez de se sentirem compreendidos, sentiram-se julgados ou que o terapeuta estava desorientado. Já no que se refere a “ouvir/escutar de forma ativa”, os mesmos autores concluíram que era considerado um acontecimento importante quando os clientes partilhavam emoções importantes, mas problemático quando os clientes partilhavam coisas menos significativas.

Apesar da tendência crescente para se estudar a experiência dos clientes, a investigação em psicoterapia realizada através métodos mistos é ainda escassa, não existindo muitos estudos que recorrem à experiência “qualitativa” do cliente e aos resultados “quantitativos” obtidos na sequência da psicoterapia (McElvaney, & Timulak, 2013; Smet et al., 2020). Como refere Timulak (2007), o pressuposto de que há algum tipo de ligação entre os eventos significativos que acontecem em terapia e os seus resultados faz parte do paradigma da pesquisa acerca destes eventos

Neste contexto, a investigação da relação entre as experiências dos clientes em psicoterapia (em termos de aspetos úteis – acontecimentos importantes e problemáticos) e os resultados psicoterapêuticos tem vindo a ganhar atenção e importância. McElvaney e Timulak (2013) analisaram as experiências dos clientes em psicoterapia em dois grupos de clientes - um grupo com clientes com “bons resultados” e outro com clientes com “maus resultados” - em termos quantitativos. Já as experiências dos clientes em

psicoterapia foram avaliadas em termos qualitativos, dividindo-se em três fatores: acontecimentos importantes e problemáticos que ocorrem em terapia, as experiências de relacionamento terapêutico e as experiências de mudança atribuídas à terapia.

Quando comparadas as experiências dos clientes com “bons resultados” com as dos clientes com “maus resultados”, parecem surgir poucas diferenças, embora que sejam consideradas pelos autores como diferenças interessantes. McElvaney e Timulak (2013) concluíram que o grupo dos clientes com “maus resultados” referiram com mais frequência o fator da “consciência do funcionamento problemático” e o “domínio da experiência problemática” (como tendo um impacto útil). Identificaram ainda que os clientes com “bons resultados” relataram com mais frequência percepções de “aumento da autoaceitação” (quer em termos de aceitação do seu papel na vida quer em termos de autoaceitação), já os clientes com “maus resultados” relataram mais frequentemente “aumento da autoconsciência”. Adicionalmente, o grupo dos clientes com “bons resultados” relataram com mais frequência “experiências de vulnerabilidade” como acontecimentos problemáticos nas sessões, o que não aconteceu com os clientes com “maus resultados”, tornando-se assim um facto considerado curioso pelos autores, segundo os quais, os clientes com “bons resultados” tinham uma maior probabilidade de se envolver totalmente na terapia sem controlar de forma excessiva aquilo que estavam a sentir comparativamente com os clientes com “maus resultados”. Por fim, os autores encontraram ainda diferenças na percepção que os clientes tinham sobre o terapeuta, uma vez que os clientes com “bons resultados” percecionavam o “terapeuta como igual”, o que não acontecia com os clientes com “maus resultados”, que valorizavam frequentemente a “orientação do terapeuta”. O que, segundo os autores, se encaixa na visão dos clientes com “bons resultados” como tendo mais abertura e menos ansiedade nas sessões, sugerindo que os clientes com “bons resultados” aparentam ter uma menor dependência e uma maior confiança na sua agência no processo, o que pode indicar que estes clientes já se conseguem envolver abertamente no processo terapêutico.

Smet e colaboradores (2020) procuraram também analisar as experiências dos clientes em psicoterapia em dois grupos de clientes diferentes, tal como McElvaney e Timulak (2013), no entanto, os grupos alvo foram diferentes, uma vez que os autores analisaram as experiências de clientes “recuperados” e “melhorados”. Neste sentido, os autores observaram que os clientes recuperados e melhorados identificaram três processos centrais relacionados com a terapia: “a terapia como um estimulante de uma perspetiva diferente” (através de confronto empático, questões específicas entre outras),

desenvolvendo uma visão geral o que, por sua vez, leva à identificação de padrões e à importância da reflexividade e da análise de pensamentos; “a terapia como um processo ativo e interativo, ou seja, colaborativo, o que se reflete no empoderamento”; “a terapia como um espaço de alívio”. Ainda neste estudo, o terapeuta foi também descrito pelos clientes como um fator de influência devido ao facto de sentirem que o terapeuta era um empoderador da terapia, de se sentirem seguros e que não seriam julgados. Ambos os grupos da amostra identificaram a relação terapêutica e as habilidades terapêuticas (como: empatia, aceitação, entre outras) como fatores significativos na terapia, havendo uma minoria que sentiu que as suas necessidades não foram respondidas, o que levou a uma rutura na aliança terapêutica.

Quando comparadas as experiências dos clientes “melhorados” com as dos “recuperados, e apesar das semelhanças parecerem superar as diferenças, Smet e colaboradores encontraram importantes diferenças ao nível do envolvimento dos clientes na terapia e da identificação de barreiras internas e externas. O grupo de clientes “recuperados” tiveram um papel mais ativo no seu processo psicoterapêutico e nas suas mudanças, do que os clientes “melhorados”. Ao nível das barreiras internas e externas, dificultadoras do processo de envolvimento e de benefício da terapia, estas foram mais vezes identificadas pelo grupo de clientes “melhorados”. Adicionalmente, parece poder identificar-se uma tendência para os clientes “recuperados” identificarem processos mais específicos e para os clientes “melhorados” descreverem a terapia de uma forma mais geral. Por fim, os resultados deste estudo permitiram compreender que as experiências dos clientes com “bons resultados” não significam que todo o processo tenha sido bom, visto que também foram descritas pelos clientes experiências negativas. Além disso, a mudança sintomática dos clientes pode não ser considerada um critério suficiente para se avaliar e analisar as diferenças entre os dois grupos, isto porque a redução sintomática aparentou ser minimamente significativa (Smet et al., 2020)

Num estudo de um caso de sucesso, Corrêa e colaboradores (2016) procuraram descrever os impactos associados aos acontecimentos significativos no processo terapêutico através quer da experiência do cliente, quer da do terapeuta, e encontraram diferenças nos impactos descritos pelo cliente e pelo terapeuta. O cliente descreveu como impactos percebidos as categorias de "autocompreensão" e de “sensação de fortalecimento” e o terapeuta identificou impactos nas categorias de “autocompreensão”, de “sensação de fortalecimento” e de “orientação e de mudança de comportamento”. Como resultado da investigação, os autores referem que quer as

percepções dos terapeutas quer as dos clientes são importantes para que haja uma compreensão daquilo que é útil para que ocorram mudanças em psicoterapia, lembrando que podem surgir outros impactos considerados pelo cliente.

Timulak e colaboradores (2010), num estudo acerca dos acontecimentos importantes identificados num caso de sucesso, concluem existir ligação entre os resultados da sessão, em termos de acontecimentos importantes, e o resultado geral do processo terapêutico. Os resultados demonstraram evidências de que os principais problemas vivenciados e identificados pelo cliente na terapia se encontravam relacionados com os acontecimentos importantes à medida em que iam sendo “resolvidos”.

Bownie e colaboradores (2016) procuraram estudar as experiências problemáticas dos clientes que frequentaram uma terapia inútil. Os acontecimentos considerados pelos clientes como problemáticos foram “atos falhos realizados por parte do terapeuta”, mais especificamente: “a não resposta às necessidades dos clientes”, “a ausência”, sentindo que o mesmo trabalhava por benefício e que os levava para a sua própria direção preferida; a ausência de “cuidado”, “interesse genuíno”, “escuta ativa”, “colaboração”; “arrogância e sensação de superioridade” por parte do terapeuta; e, “quebra de sigilo”. Assim, os clientes sentiram-se usados, enganados, negligenciados, arrependidos por terem partilhado determinadas questões íntimas, o que parece permitir concluir que o colapso da relação terapêutica pode estar diretamente relacionado com a percepção de inutilidade da terapia.

A experiência dos clientes em psicoterapia tem-se revelado, como atrás ficou demonstrado, importante para a compreensão do processo de transformação terapêutica. No entanto, são ainda escassos os estudos que recorrem à experiência “qualitativa” dos clientes (em termos dos aspetos úteis) e aos resultados “quantitativos” obtidos na sequência da psicoterapia. Deste modo, o estudo empírico desenvolvido procura ser um contributo para o aumento do conhecimento nesta área.

3. Parte Prática

3.1. Método

Partindo da questão de investigação – “Será que resultados terapêuticos diferentes se traduzem em experiências qualitativamente diferentes?” – levámos a cabo um estudo descritivo, de natureza observacional, baseado na pesquisa documental, com os seguintes objetivos:

- 1) Descrever a evolução clínica em termos de bem-estar de clientes de idade adulta que se encontram em psicoterapia;
- 2) Conhecer a experiência em psicoterapia desses clientes;
- 3) Compreender as inter-relações entre as experiências relatadas e a evolução clínica em termos de bem-estar.

Para se atingirem estes objetivos foi utilizada uma metodologia mista, com recurso à análise temática da experiência dos clientes em psicoterapia e ao estudo descritivo do bem-estar psicológico.

3.1.1. Participantes

Foi estudada uma amostra, tendo por base o método não-probabilístico de amostragem por conveniência, constituída por clientes adultos que estiveram em acompanhamento psicológico numa Clínica Pedagógica de Psicologia de uma Universidade do Norte de Portugal.

A amostra ficou constituída por 8 participantes, sendo 87.5% ($n=8$) do género feminino e 12.5% ($n=1$) do género masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 67 anos ($M = 43.75$; $DP = 15.39$). Relativamente ao estado civil, 50% ($n=4$) dos participantes eram solteiros, 25% ($n=2$) casados/em união de facto e 25% ($n=2$) divorciados/separados. Quanto ao nível de escolaridade, 50% ($n=4$) dos participantes tinham o ensino superior, 25% ($n=2$) o 1º ciclo e 25% ($n=2$) o 2º ciclo. Por fim, e relativamente à situação profissional, 25% ($n=2$) eram reformados e 75% ($n=6$) estavam empregados.

Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica participante a participante.

Tabela 1*Caraterização Sociodemográfica dos Participantes*

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Situação Profissional
A	Feminino	39	Solteiro	Ensino superior	Empregado
B	Feminino	29	Solteiro	Ensino superior	Empregado
C	Feminino	32	Solteiro	Ensino superior	Empregado
D	Feminino	67	Casado/união de facto	1ºCiclo	Reformado
E	Feminino	51	Casado/união de facto	2ºCiclo	Empregado
F	Masculino	26	Solteiro	Ensino superior	Empregado
G	Feminino	43	Divorciado/ Separado	2ºCiclo	Empregado
H	Feminino	63	Divorciado/ Separado	1ºCiclo	Reformado

3.1.2. Material

A evolução clínica dos participantes em termos de bem-estar foi avaliada através do *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM; Core System Group, 1998; versão portuguesa adaptada por Sales et al., 2012). O CORE-OM é uma medida de autorrelato que procura avaliar o bem-estar psicológico de clientes adultos, sendo que deve ser preenchido por indivíduos que consigam compreender o conteúdo dos itens e que sejam capazes de fazê-lo de forma autónoma (Sales et al., 2012). Segundo Evans e colaboradores (2002) este instrumento deve ser preenchido antes da terapia (como método de diagnóstico, não de perturbações específicas, mas sim de sintomatologia clínica), mas também pode ser usado durante e a até no final da mesma, de modo a avaliar as mudanças psicológicas.

O CORE-OM é constituído por 34 itens que estão divididos em quatro dimensões: Bem-estar subjetivo (4 itens – 4; 14; 17; 31); Queixas e Sintomas (12 itens – 2; 3; 5; 8; 11; 13; 15; 18; 20; 23; 27; 28), Funcionamento social e pessoal (12 itens – 1; 3; 7; 10; 12; 19; 21; 25; 26; 29; 32; 33); e Comportamentos de risco (6 itens – 2; 6; 9;

16; 22; 34). Estes 34 itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre ou quase sempre), relativamente à experiência da última semana do cliente (Sales et al., 2012). Sales e colaboradores (2012) desenvolveram a versão portuguesa do CORE-OM, seguindo o protocolo proposto pelos autores para a tradução e adaptação do instrumento. A versão portuguesa do CORE-OM apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha > 0,8$), comparável à da versão original, considerando-o assim aplicável, consistente e relevante para a população portuguesa (Sales et al., 2012).

A experiência dos clientes em terapia foi avaliada através do *Helpful Aspects of Therapy* (HAT; Llewelyn, 1988; Elliott, 1993; versão portuguesa de Sales et al., 2007). O HAT é um instrumento de autorrelato semiestruturado com questões semiabertas, permitindo aos clientes anotarem as suas experiências em termos aspetos úteis e dificuldades na terapia. Este instrumento procura, portanto, aceder a questões importantes relacionadas com o processo de mudança em terapia (Elliott, 2012). Elliott (2012) refere que a maioria dos clientes preenche o HAT sem grande dificuldade, apesar do mesmo exigir mais tempo (5/10 minutos) e esforço do que outras escalas quantitativas, devendo ser preenchido pelo cliente no final de cada sessão terapêutica. Este instrumento convida os clientes a descreverem a sua experiência através das suas próprias palavras relativamente aos acontecimentos importantes (os que mais o ajudaram) e aos problemáticos (os que foram mais difíceis) que ocorreram durante a sessão e avaliar, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos o quão úteis e negativos foram os acontecimentos (de 1- não ajudou nada/nada negativo a 5- ajudou muitíssimo/extremamente negativo) (Sales et al., 2007).

De modo a complementar a informação acerca da experiência dos clientes em terapia recorreu-se, ainda, à *Avaliação das Sessões de Intervenção* (ASI; J. Leal, A. Ribeiro & S. Alves, 2018). A ASI é um instrumento de trabalho não publicado da Clínica Pedagógica de Psicologia que convida o cliente a monitorizar, na sua perspetiva, as mudanças percebidas ao longo do processo. Este instrumento é constituído por uma questão de resposta aberta, referente às mudanças sentidas, e outra de resposta fechada, referente ao nível do progresso sentido relativamente à mudança identificada, avaliado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de 1- nenhum progresso a 5- atingi os meus objetivos).

3.1.3. Procedimento

Dado que este estudo integra uma das linhas de investigação em curso numa Clínica Pedagógica de Psicologia de uma Universidade do Norte do País, linha esta aprovada pela Comissão de Ética da respetiva Universidade (Anexo 1), procedeu-se ao pedido de autorização junto desta clínica para a consulta dos processos clínicos (Anexo 2).

Após a receção desta autorização, procedeu-se, no período compreendido entre maio e julho de 2021, à consulta dos processos clínicos de clientes adultos que estiveram em psicoterapia durante o ano letivo de 2018/2019.

Os critérios de inclusão para a seleção dos processos foram: a) clientes com idade igual ou superior a 18 anos; b) terem preenchido o CORE-OM na 1ª e na 8ª sessão; c) terem preenchido o HAT na 1ª, na 4ª e na 8ª sessão; e d) terem preenchido o ASI na 4ª e na 8ª sessão.

Foram excluídos do estudo (critério de exclusão) todos os processos cujos clientes não tivessem preenchido pelo menos um dos instrumentos considerados.

O critério para a seleção das sessões 1/4/8 para a recolha de dados teve como base teórica as conclusões apresentadas por Howard e colaboradores (1984) e que vieram a dar origem àquele que é conhecido como o “modelo de dosagem de eficácia terapêutica”.

Por recurso à análise quantitativa, descreveu-se o bem-estar dos clientes (CORE-OM) na 1ª e na 8ª sessão e analisou-se o significado clínico dessa evolução. De seguida, foram descritos e categorizados, por recurso à análise temática, os aspetos úteis identificados pelos clientes (HAT) nas 1ª/4ª/8ª sessões e descritas as mudanças percebidas (ASI) nas 4ª/8ª sessões. Numa última etapa, todos estes dados foram trabalhados através do exercício de compreensão de inter-relações, o que exigiu que a investigadora principal se ancorasse na sua capacidade interpretativa, por forma a analisarem-se as experiências dos clientes em psicoterapia em função da evolução clínica.

3.2. Apresentação dos Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados e a sua discussão irá ser feita por referência aos objetivos inicialmente formulados.

Relativamente ao **primeiro objetivo**, que é o de descrever a evolução clínica dos participantes em termos de bem-estar, e segundo os pontos de corte apresentados

por Evans e colaboradores (2002) para a média total dos itens do CORE-OM sem os itens de risco (1,36 para homens e 1,50 para mulheres), verifica-se que na 1ª sessão a maioria dos participantes (7 em 8) apresenta comprometimento do bem-estar, apresentando um *score* clínico. Na 8ª sessão, a maioria dos participantes (6 em 8) apresenta pontuações não clínicas (Tabela 2).

De modo a analisar-se o significado clínico da evolução do bem-estar dos participantes da 1ª para a 8ª sessão, e seguindo a nomenclatura apresentada por Jacobson e Truax (1991) – recuperação, melhoria, sem melhoria/sem mudança e deteriorização –, verificamos, tal como se pode observar pela análise da Tabela 2, que a maioria dos participantes (6 em 8) recupera (i.e., apresenta melhoria clínica, passando de um *score* clínico para um *score* não-clínico), um participante melhora (i.e., apresenta melhoria clínica, mas mantém *score* clínico) e um participante não melhora/sem mudanças (i.e., mantém o mesmo *score*, que é um *score* clínico).

Tabela 2

Bem-estar dos Participantes (CORE-OM) na 1ª e na 8ª Sessão e Significado Clínico desta Evolução

Participante	CORE-OM 1ª Sessão	CORE-OM 8ª Sessão	Evolução (1ª 8ª Sessão) Significado clínico
	Média total dos itens sem risco	Média total dos itens sem risco	
A	2.46	1.54	Melhoria
B	1.96	1.14	Recuperação
C	1.64	0.25	Recuperação
D	2.21	0.25	Recuperação
E	2.00	0.43	Recuperação
F	2.04	0.32	Recuperação
G	1.25	0.61	Recuperação
H	1.61	1.61	Não melhoria/sem mudança

A análise da evolução clínica (cf. Tabela 2) tendo em consideração as variáveis sociodemográficas (cf. Tabela 1), não nos parece conduzir a grandes “achados”. Não obstante, verificamos que o participante H, que é o único que não melhora/sem mudança pertence, para quase todas as variáveis sociodemográficas consideradas, com exceção do género, ao grupo dos menos representados (dos mais velhos, dos menos escolarizados, dos divorciados/separados e dos reformados).

Concluindo, e no que se refere à evolução clínica dos participantes, verifica-se que a maioria apresenta melhoria clínica (traduzida na redução sintomática, na melhoria do funcionamento e do bem-estar), o que nos remete para a eficácia da psicoterapia, o que vai de encontro com a literatura consultada (Lambert, 2013c; Levitt et al., 2006).

Passando agora para o **segundo objetivo**, que é o de conhecer a experiência dos participantes em psicoterapia, iremos começar por apresentar os aspetos úteis (HAT) – acontecimentos importantes e problemáticos – identificados na 1ª, na 4ª e na 8ª sessão, para depois descrevermos as mudanças percebidas (ASI) na 4ª e na 8ª sessão.

A categorização dos “acontecimentos importantes” foi feita por recurso à análise temática dedutiva a partir das categorias apresentadas por Timulak (2007) e posteriormente revistas por Quick e colaboradores (2018). Devido ao elevado número de respostas “não identifiquei”, os “acontecimentos problemáticos” não foram, por opção, categorizados.

Na tabela 3 apresentam-se os “acontecimentos importantes” identificados pelos participantes na 1ª sessão e a sua respetiva categorização.

Tabela 3

Categorização do(s) “Acontecimento(s) Importante(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 1ª Sessão

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
A	<i>“Poder falar um pouco sobre os meus problemas e sobre o que sinto. Senti-me compreendida.”</i>	<i>Voicing; Evento de compreensão</i>	3
B	<i>“O “estamos aqui para ajudá-la” dito pela terapeuta serviu para dar um pouco mais de confiança.”</i>	<i>Evento de Alívio; Evento de garantia/suporte/Segurança</i>	3

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
C	<i>“Ter conseguido desabafar e chorar foi muito importante e reconfortante, o desabafar e o choro foi libertador. A terapeuta tirar as minhas dúvidas e a sua disponibilidade e presença durante a sessão também foi muito importante, o “estar presente” da terapeuta me trouxe ainda mais esperança de que tudo vai passar.”</i>	Voicing; Evento de garantia/suporte/segurança; Evento de alívio;	5
D	<i>“A compreensão da pessoa que esteve comigo; Serviu para lavar a minha alma e para libertar um pouco a minha angústia.”</i>	Evento de compreensão; Voicing	3
E	<i>“A sessão foi importante em tudo o que falamos sobre a minha falta de confiança e de autoestima; Foi importante poder falar com uma pessoa sem julgamentos e crítica.”</i>	Voicing; Evento de Alívio	3
F	<i>“O facto de me ter sentido compreendido e de saber que vamos trabalhar para o meu bem-estar; Sinto-me muitas vezes sem rumo e a ideia de saber que há uma grande possibilidade de ficar melhor, agrada-me.”</i>	Evento de compreensão; Evento de Alívio	4
G	<i>“Acreditar num futuro melhor.”</i>	Evento de Alívio	4
H	<i>“Durante a sessão, ao exteriorizar os meus problemas... a minha dor, sinto-me mais leve e parece que tudo desaparece, servindo essencialmente para pensar mais em mim e menos nos problemas e na dor.”</i>	Voicing;	5

Notas. 1= Não ajudou nada; 2= Ajudou pouco; 3= Ajudou moderadamente; 4= Ajudou muito; 5= Ajudou muitíssimo.

Conforme se pode verificar pela análise da Tabela 3, as respostas dadas pelos participantes à questão “acontecimentos importantes” no final da 1ª sessão foram agrupados nas categorias “evento de alívio” (5 em 8), “voicing” (5 em 8), “evento de compreensão” (3 em 8) e “evento de garantia/suporte/segurança” (2 em 8), situando-se

no nível médio de utilidade destes acontecimentos em 4, o que significa que os participantes consideram que estes acontecimentos os “ajudaram muito”. Os participantes que identificaram o nível de utilidade abaixo da média foram: o A; o B; o D; e o E. Já os que identificaram o nível de utilidade acima da média foram: o C; e o H.

Passando para a análise dos “acontecimentos problemáticos” identificados pelos participantes na 1ª sessão (Tabela 4), e lembrando que estes não foram categorizados, verificamos que a maioria dos participantes (5 em 8) não identificou nenhum acontecimento, um referiu dificuldade na autoexposição, um sensação de não ter conseguido falar de tudo o que pretendia e um aspetos relacionados com o funcionamento da clínica pedagógica. Quanto ao nível médio de inconveniência, as respostas dos participantes situam-se em 3 o que significa que estes foram acontecimentos moderadamente negativos. Destaca-se o participante F, uma vez que identificou nível de inconveniência abaixo da média.

Tabela 4

Categorização do(s) “Acontecimento(s) Problemático(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 1ª Sessão

Participante	Acontecimento(s) problemático(s) (HAT)	Categoria	Nível de inconveniência do acontecimento (HAT)
A	NI*	-	-
B	<i>“A possibilidade de mudança de técnico para um que não teve este primeiro contacto comigo.”</i>	-	3
C	NI*	-	-
D	<i>“O contar detalhes sobre a minha vida que normalmente não falo com ninguém.”</i>	-	3
E	NI*	-	-
F	<i>“Não consegui falar de todos os problemas que me atormentam, mas percebo que é um processo demorado.”</i>	-	2
G	NI*	-	-
H	NI*	-	-

Notas. *NI= Não identificou; 1= Nada negativo; 2= Ligeiramente negativo; 3= Moderadamente negativo; 4= Muito negativo; 5= extremamente negativo.

Na 4ª sessão (Tabela 5), os “acontecimentos importantes” identificados pelos participantes foram agrupados em 5 categorias, a saber, “eventos de resolução de problemas/mudanças de comportamento” (5 em 8), “evento de alívio” (2 em 8), “evento de garantia/suporte/segurança” (2 em 8), “evento de consciência/percepção/autocompreensão” (1 em 8) e “evento de envolvimento com o cliente” (1 em 8). Não foi possível aplicar as categorias de impacto ao relato de dois participantes (participantes D e H), uma vez que estes identificaram a sessão toda como acontecimento importante [*“Tudo em geral foi agradável (...); “Todos os acontecimentos foram interessantes de tal modo que não me lembro de nenhum em particular(...)”*]. A pontuação média para o nível de utilidade dos acontecimentos identificados voltou a ser de 4, o que significa que os participantes consideram que estes acontecimentos os “ajudaram muito”. Os participantes que identificaram o nível de utilidade dos acontecimentos abaixo da média foram: o A; o B; o D. O participante C foi o único que identificou um nível de utilidade superior à média.

No que se refere aos “acontecimentos problemáticos” identificados pelos participantes na 4ª sessão, verifica-se que a totalidade dos participantes não identificou nenhum acontecimento

Tabela 5

Categorização do(s) Acontecimento(s) Importante(s) Identificados pelos Participantes (HAT) na 4ª Sessão

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
A	<i>“Técnicas de respiração para controlar a ansiedade, aprender a controlar a ansiedade.”</i>	Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento	3
B	<i>“Acreditar numa solução para uma das situações do meu dia-a-dia com a qual eu não sei lidar e que me incomoda. O terapeuta ter mencionado que me poderá ajudar na minha relação com o meu companheiro.”</i>	Evento de Alívio; Evento de garantia/suporte/Segurança	3

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
C	<i>“Ter ouvido que a pequena crise que tive durante a semana não foi um retrocesso. Foi muito bom perceber que a forma que lidei com a situação, apesar de ter achado que foi igual às anteriores, foi diferente e foi de forma muito melhor pensada que as anteriores.”</i>	Evento de garantia/suporte/segurança; Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento; Evento de consciência/percepção/autocompreensão	5
D	<i>“Tudo em geral foi agradável, e em especial ajudou na minha autoestima.”</i>	Não aplicável	3
E	<i>“O exercício sobre a automonitorização, gostei muito. Ajudou-me a identificar melhor os meus sentimentos e comportamentos em situações menos agradáveis.”</i>	Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento	4
F	<i>“Saber o retorno das últimas sessões, para saber o que vai ser trabalhado e aprender mais sobre mim.”</i>	Evento de envolvimento com o cliente	4
G	<i>“Acreditar que vou encontrar o meu caminho, entrei na consulta sem confiança nenhuma e sai confiante e entusiasmada.”</i>	Evento de Alívio	4
H	<i>“Todos os acontecimentos foram interessantes de tal modo que não me lembro de nenhum em particular. Saí da sessão bem-disposta.”</i>	Não aplicável	NR*

Notas. *NR = Não Respondeu; 1= Não ajudou nada; 2= Ajudou pouco; 3= Ajudou moderadamente; 4= Ajudou muito; 5= Ajudou muitíssimo.

Por fim, e tal como se pode observar pela análise da Tabela 6, os “acontecimentos importantes” identificados pelos participantes na 8ª sessão foram categorizados em “evento de resolução de problemas/mudanças de comportamentos” (3 em 8), “evento de envolvimento com o cliente” (2 em 8), “evento de consciência/percepção/autocompreensão” (2 em 8) e “evento de alívio” (1 em 8). Tal como se verificou na 4ª sessão, não foi possível aplicar as categorias de impacto ao

relato dos participantes D e H; o participante D não respondeu, embora tenha pontuado utilidade (o que pode estar relacionado com o facto do HAT ser aplicado fora do contexto da consulta, em todas as sessões, juntamente com outros instrumentos de avaliação da sessão, o que se poderá traduzir num certo desinvestimento e sobrecarga por parte dos clientes) e o participante H identificou novamente a sessão toda como acontecimento importante (“*No geral, tudo o que se passou nesta sessão foi importante para o meu bem-estar*”). O nível médio de utilidade assinalado foi novamente de 4 o que significa que os participantes consideram que os acontecimentos que identificaram os “ajudaram muito”. O participante B e o F identificaram o nível de utilidade inferior à média. Já o participante C, tal como na 1ª e 4ª sessão identificou um nível de utilidade superior à média.

Quanto aos “acontecimentos problemáticos”, e à semelhança do que se verificou na 4ª sessão, a totalidade dos participantes não identificou nenhum acontecimento.

Tabela 6

Categorização do(s) “Acontecimento(s) Importante(s)” Identificados pelos Participantes (HAT) na 8ª Sessão

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
A	<i>“Análise de evidências: transformar o pensamento automático negativo - evidências - pensamentos alternativos.”</i>	Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento	4
B	<i>“Ter ajuda para fazer um balanço e análise dos últimos dias. Para perceber que estou a conseguir fazer as coisas que, de facto, me ajudam.”</i>	Evento de envolvimento com o cliente; Evento de consciência/perceção/autocompreensão	3
C	<i>“O relaxamento muscular. Foi muito importante perceber que a tensão interfere com a respiração. E ter essa perceção é muito bom.”</i>	Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento; Evento de consciência/perceção/autocompreensão	5

Participante	Acontecimento(s) importante(s) (HAT)	Categoria (Timulak, 2007; Quick et al., 2018)	Nível de utilidade do acontecimento (HAT)
D	NR*	Não aplicável	4
E	<i>“Os custos e os benefícios do perdão, ajudou-me a perceber que o perdão tem as suas vantagens e desvantagens.”</i>	Evento de envolvimento com o cliente	5
F	<i>“Ver a lista de pensamentos/registos que poderia ter e assinalar. De forma a perceber o que faço e entender melhor como proceder.”</i>	Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento	3
G	<i>“Fez-me acreditar num futuro melhor.”</i>	Evento de Alívio	4
H	<i>“No geral, tudo o que se passou nesta sessão foi importante para o meu bem-estar.”</i>	Não aplicável	NR*

Notas. *NR = Não Respondeu; 1= Não ajudou nada; 2= Ajudou pouco; 3= Ajudou moderadamente; 4= Ajudou muito; 5= Ajudou muitíssimo.

Passando agora para a análise das categorias de impacto dos “acontecimentos importantes” no conjunto das sessões consideradas, verificamos que os eventos de alívio foram os mais frequentemente enunciados (8 ocorrências), seguidos dos acontecimentos de *voicing* (5 ocorrências), dos eventos de resolução de problemas/mudanças comportamentais (5 ocorrências), dos eventos de garantia/suporte/segurança (4 ocorrências), dos eventos de consciência/perceção/autocompreensão (3 ocorrências), dos eventos de envolvimento com o cliente (3 ocorrências) e dos eventos de compreensão (2 ocorrências). Ou seja, os “acontecimentos importantes” que os participantes mais vezes enunciaram/com maior saturação foram acontecimentos relacionados com a dimensão experiencial da relação com o terapeuta, com o ato de falar/ventilar e com o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, o que vai de encontro da literatura consultada (Quick et al., 2018; Timulak, 2007; 2010).

Entendemos por “acontecimento importante”, um momento específico com impacto terapêutico imediato (Elliott & Shapiro, 1992, citado por Corrêa et al., 2016;

Elliott, 1985), assim sendo, não foi possível categorizar os relatos do participante D (na 8ª sessão) e do participante H (na 4ª e na 8ª sessão) por identificarem toda a sessão.

Analisando agora as categorias de impacto dos “acontecimentos importantes” à medida que o processo psicoterapêutico avança (1ª/4ª/8ª), constatamos que na 1ª sessão são sobretudo elicitados acontecimentos relacionados com fatores comuns (evento de alívio e *voicing*), os quais reportam sobretudo à relação terapêutica, que como a literatura refere é um importante fator comum (Cuijpers et al., 2019; Honda & Yoshida, 2013), começando a ser estabelecido logo na 1ª sessão (Faria et al., 2020). Já na 4ª e 8ª sessão são evocados acontecimentos relacionados com os fatores específicos (evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento), os quais se referem ao desenvolvimento de estratégias para se alcançarem os objetivos terapêuticos, o que seria expectável, pois estes fatores estão sobretudo relacionados com abordagens ou modelos específicos de atuação (Isolan et al., 2019).

Passando agora para uma análise mais detalhada dos “acontecimentos problemáticos”, uma vez que os mesmos não foram categorizados e foram episódicos (identificados apenas por 3 participantes – o B; o D; e o F – na 1ª sessão), verificamos que os relatos dos participantes permitem-nos levantar a hipótese de que estes possam estar relacionados com variáveis sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade) e variáveis contextuais (funcionamento da clínica pedagógica), uma vez que:

- o participante B relatou aspetos relacionados com o funcionamento da clínica pedagógica, nomeadamente com a possibilidade de haver a mudança de técnico.
- o participante D relatou dificuldade na autoexposição. Este é o participante de mais idade e com baixo nível de escolaridade, o que segundo a literatura, podem ser variáveis que relacionam com a baixa literacia em saúde, nomeadamente em saúde mental (Cutilli, 2007) e consequentemente podem levar a uma maior resistência (Rebelo, 2007), neste caso na partilha de aspetos pessoais e possivelmente dolorosos.
- por fim, o participante F relatou aspetos relacionados com a sensação de não ter conseguido falar de tudo o que pretendia. Este é um participante homem (o único da amostra), o que segundo a literatura, pode levar a uma maior dificuldade na exposição de aspetos que possam fazê-lo sentir-se vulnerável (Gomes et al, 2007). Por outro lado, este relato pode também levantar outra hipótese, podendo dever-se ao limite de tempo de sessão, tal como refere a literatura (Levitt et al., 2016).

Ainda dentro do segundo objetivo – conhecer a experiência dos participantes em terapia – passamos agora para a descrição das mudanças identificadas pelos participantes (ASI) na 4ª e na 8ª sessão.

Tabela 7

Mudanças Identificadas pelos Participantes (ASI) na 4ª e na 8ª Sessão

Participantes	4ª sessão		8ª sessão	
	Mudanças	Nível de progresso	Mudanças	Nível de progresso
A	<i>“Quando saio das consultas sinto-me melhor, mais "leve".”</i>	1	<i>“Ver os problemas noutra perspetiva”</i>	2
B	<i>“Ainda não”</i>	2	<i>“Tento implementar atividades diárias focadas em mim.”</i>	2
C	<i>“Sim. Esta semana já consegui conduzir sem muito medo. Também consegui aproveitar melhor as saídas com amigos.”</i>	3	<i>“Sinto que evoluo cada semana e que estou mais próxima de alcançar os meus objetivos.”</i>	4
D	NR*	3	<i>“Tenho conseguido manter-me mais tranquilo.”</i>	3
E	<i>“Sim. Começo a ter mais confiança em mim.”</i>	4	<i>“Sim. Sinto-me mais confiante.”</i>	4
F	<i>“Sinto-me melhor comigo mesmo.”</i>	3	<i>“Tenho conseguido manter-me mais tranquilo.”</i>	3
G	<i>“Sim, tenho levado as coisas da melhor maneira.”</i>	3	<i>“Sim, as coisas têm melhorado em quase tudo.”</i>	4
H	<i>“Notei melhorias bastante satisfatórias.”</i>	5	<i>“Notei sim, boas mudanças. Estou muito melhor desde que comecei as consultas.”</i>	5

Notas. *NR = Não Respondeu; 1= Nenhum progresso; 2= Pouco progresso; 3= Progresso moderado; 4= Muito progresso; 5= Atingi os meus objetivos.

Conforme se pode observar pela análise da Tabela 7, na 4ª sessão a maioria dos participantes (7 em 8) identifica mudanças e apresenta, em média, um nível moderado de progresso (3). Os participantes que identificaram nível de progresso abaixo da média foram os participantes A e B; acima da média foram os participantes E e H. O participante D foi o único que não respondeu e assinalou, curiosamente, a escala de progresso sentido, referindo sentir “progresso moderado”. Na 8ª sessão, a totalidade dos participantes identifica mudanças, mantendo-se o nível médio de progresso em 3, que corresponde a “progresso moderado”. Os participantes que apresentam nível de progresso abaixo da média foram o A e o B, já os participantes C, E, G e H pontuaram acima da média.

As mudanças identificadas na 4ª sessão são, sobretudo, mudanças gerais (4 em 6) [“(...) sinto-me melhor”; “(...) tenho levado as coisas da melhor maneira”], embora 2 participantes (participante C e E) tenham referido mudanças específicas [“(...) consegui conduzir sem muito medo”]; “(...) mais confiança em mim”]. Na 8ª sessão são mais vezes referidas mudanças específicas (5 em 8) [“(...)implementar atividades diárias focadas em mim”; “(...)mais confiante; “Ver os problemas noutra perspetiva”], apesar de continuarem a ser identificadas mudanças gerais (3 em 8) [“(...) as coisas têm melhorado em quase tudo; “(...) boas mudanças(...)”].

Quanto ao progresso sentido, verificamos que a maioria dos participantes (5 em 8) assinala níveis iguais de progresso na 4ª e na 8ª sessão e que apenas 3 participantes assinalam maior progresso na 8ª sessão, o que vai de encontro à literatura consultada, segundo a qual os maiores ganhos terapêuticos (mudanças) ocorrem nas primeiras sessões não havendo relação linear entre o número de sessões e a melhoria (Howard et al., 1986).

Em síntese, concluímos que os “acontecimentos importantes” mais vezes identificados pelos participantes se referem, numa fase inicial, a fatores comuns (fatores relacionados com a relação terapêutica) e, à medida que o processo psicoterapêutico avança (4ª e 8ª sessão) vão também sendo evocados fatores específicos (desenvolvimento e aquisição de estratégias de resolução de problemas). No que se refere aos “acontecimentos problemáticos”, verificamos que estes são evocados em baixo número e os participantes que os enunciam referem sobretudo aspetos relacionados com a dificuldade na autoexposição, com a sensação de não ter conseguido falar de tudo o que pretendiam e com aspetos relacionados com o funcionamento da

clínica pedagógica. Por fim, e relativamente às mudanças identificadas, salientamos o facto de elas serem pouco específicas/abrangentes e que a maioria dos participantes assinala um progresso médio.

Procurando agora compreender as inter-relações entre a evolução clínica em termos de bem-estar e as experiências relatadas (**3º objetivo**), verificamos que participantes com evoluções clínicas diferentes parecem ter tido experiências semelhantes em psicoterapia, embora algumas diferenças possam ser salientadas (Tabela 8).

Tabela 8

Acontecimento(s) Importante(s) (HAT, 1ª/4ª/8ª sessão) e Evolução Clínica (CORE-OM 1ª-8ª sessão)

	Evolução clínica								
	R	M	Nm	R	M	Nm	R	M	Nm
Acontecimento(s) Importante(s)	1ª sessão			4ª sessão			8ª sessão		
Evento de alívio	5/7	0/1	0/1	2/7	0/1	0/1	1/7	0/1	0/1
Evento de consciência/percepção/autocompreensão	0/7	0/1	0/1	1/7	0/1	0/1	2/7	0/1	0/1
Evento de capacitação/fortalecimento	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
Evento de resolução de problemas/mudanças de comportamento	0/7	0/1	0/1	2/7	1/1	0/1	3/7	1/1	0/1
Evento de compreensão	1/7	1/1	0/1	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
Evento de experiência emocional	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
Evento de garantia/suporte/segurança	2/7	0/1	0/1	2/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
Evento de envolvimento com o cliente	0/7	0/1	0/1	1/7	0/1	0/1	2/7	0/1	0/1
Evento de contacto pessoal	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
<i>Voicing</i>	3/7	1/1	1/1	0/7	0/1	0/1	0/7	0/1	0/1
Total de ocorrências	11/7	2/1	1/1	8/7	1/1	0/1	8/7	1/1	0/1

Notas. R = Recuperado; M = Melhorado; Nm = Não melhorado.

No que se refere ao número de “acontecimentos importantes”, os participantes que recuperaram e que melhoraram identificaram, em termos relativos, maior número de “acontecimentos importantes” em todas as sessões consideradas quando comparados com o que não melhorou:

- os participantes que recuperaram (6 em 8) identificaram 11 acontecimentos importantes na 1ª sessão, 8 na 4ª sessão e 8 na 8ª sessão (taxa média de resposta 1.8/1.3/1.3, respetivamente);

- o participante que melhorou (1 em 8) registou 2 acontecimentos na 1ª sessão, 1 na 4ª sessão e 1 na 8ª sessão (taxa média de resposta de 2/1/1, respetivamente);

- o participante que não melhorou (1 em 8) registou 1 acontecimento importante na 1ª sessão, 0 na 4ª sessão e 0 na 8ª sessão (taxa média de resposta 1/0/0, respetivamente).

Apesar destas diferenças serem subtis, e deverem ser interpretadas com precaução dado o baixo número de participantes, podemos referir que quanto mais os participantes conseguem significar como importantes determinados acontecimentos em psicoterapia, mais abertos poderão estar para a mudança, o que se traduzirá em redução sintomática, melhoria do funcionamento e aumento do bem-estar, o que é suportado por alguma da literatura consultada (Lambert. 2013c; Levitt e colaboradores, 2006).

No que diz respeito às categorias de impacto dos “acontecimentos importantes”, tal como já referido anteriormente, destacamos as respostas dos participantes D e H, uma vez que, o participante D (“recuperado”) na 4ª sessão e o participante H (“não melhorado”) na 4ª e na 8ª sessão relataram experiências que reportam à sessão inteira e, por conseguinte, às quais não foi possível aplicar as categorias. Além disso, o participante D (“recuperado”) na 8ª sessão não respondeu à questão da identificação de “acontecimentos importantes”, no entanto, classificou o nível de utilidade.

Tal como referido anteriormente, é possível verificar que na 1ª sessão todos os participantes, independentemente do grupo de evolução clínica em que se inserem, relatam experiências que remetem para fatores comuns. Já na 4ª e 8ª sessão: o participante melhorado relata experiências que remetem para fatores específicos; os participantes recuperados identificam acontecimento que remetem para ambos os fatores (comuns e específicos); e por fim, tal como já referido, o não melhorado relatou experiências que remetem para sessão toda, não sendo possível identificar fatores comuns nem específicos.

Detendo-nos agora sobre o nível médio de utilidade dos “acontecimentos importantes” identificados na 1^a/4^a/8^a sessões (e que, recordando, foi em todas as sessões de “4”, o que significa que os participantes consideram que os acontecimentos assinalados os “ajudaram muito”) e relacionando-o com a evolução clínica, gostaríamos de destacar os níveis de utilidade assinalados pelos participantes B, C e H pelas razões que a seguir apresentamos: o participante B porque assinala abaixo deste valor médio (3) em todas as sessões e pertence ao grupo dos que mais evoluíram clinicamente (“recuperado”); o participante C porque é o único que assinala acima deste valor médio (5) em todas as sessões e pertence ao grupo dos que mais evoluíram clinicamente (“recuperado”); o participante H porque assinala acima deste valor médio (5) na 1^a sessão e nas sessões seguintes (4^a e 8^a) não responde e é o único que “não melhorou/não apresenta mudanças”.

Passando agora para a análise dos “acontecimentos problemáticos”, e apesar de não terem sido alvo de categorização, nem apresentados em formato tabela quando inter-relacionados com a evolução clínica, verificamos que apenas foram evocados por participantes recuperados, o que vai de encontro ao referido por Smet e colaboradores (2020), segundo os quais a melhoria clínica e mudança em psicoterapia não significa que todo o processo tenha sido bom.

Por último, e procurando analisar a inter-relação entre as mudanças percebidas identificadas pelos participantes na 4^a/8^a sessões e a evolução clínica, gostaríamos de salientar os participantes G (“recuperado”) e H (“não melhorado”), por serem os únicos dois participantes que apenas relatam mudanças gerais em ambas as sessões.

Detendo-nos agora sobre o nível médio de progresso sentido das mudanças percebidas identificadas na 4^a/8^a sessões (e que, recordando, foi em ambas as sessões de “3”, o que significa que os participantes consideraram sentir “progresso moderado”) e relacionando-o com a evolução clínica, gostaríamos de destacar os níveis de utilidade assinalados pelos participantes A, B e H pelas razões que a seguir apresentamos: o participante A (“melhorado”) porque assinala abaixo deste valor médio (3) nas duas sessões (4^a e 8^a), sendo que na 4^a sessão identifica o nível mais baixo referido pelos participantes (1); o participante B porque assinala abaixo deste valor médio (3) em ambas as sessões (4^a e 8^a) e pertence ao grupo dos que mais evoluíram clinicamente (“recuperado”); o participante H porque é o único que assinala acima deste valor médio (3) em ambas as sessões (4^a e 8^a), o que é contrastante por ser o único que “não melhora/sem mudanças”.

Entre todos os participantes destacados anteriormente, o participante H foi o que mais contrastou por, curiosamente, ser aquele que não melhora e ser aquele que relata sentir progresso superior a todos os participantes (“melhorado” e “recuperados”). Assim sendo, procuramos fazer uma análise compreensiva acerca de alguns fatores aos quais estes relatos podem estar associados. Podendo relacionar-se: a) com a medida de avaliação do bem-estar usada, dado que o cliente pode sentir mudanças às quais o instrumento de avaliação do bem-estar utilizado pode não ser sensível (CORE-OM); b) com o facto de ser um dos participantes mais velhos, com menos escolaridade, o que pode contribuir para uma dificuldade em compreender a medida de bem-estar considerada; c) com a possibilidade de haver um desinvestimento no preenchimento do instrumento (ASI) pelos motivos também já referidos anteriormente; d) por fim, com a possibilidade do participante estar a fantasiar uma mudança, ou seja, a simular que a terapia está a ser mais eficaz e a causar mais mudanças do que, de facto está, sendo esta uma das mentiras mais comuns enunciadas pelos clientes em psicoterapia como referem Farber e colaboradores (2019).

Quando inter-relacionamos as experiências dos participantes em psicoterapia com a sua evolução clínica, e embora sejam percebidas algumas diferenças, não encontramos experiências significativamente diferentes entre os grupos considerados (não melhorado/melhorado/recuperado). Esta conclusão vai de encontro aos resultados encontrados em estudos semelhantes, como o de McElvaney e Timulak (2013) (que comparam as experiências de clientes com “bons resultados” e “maus resultados”) e o de Smet e colaboradores (2020) (que compararam as experiências entre clientes “recuperados” e “melhorados”).

De entre as principais diferenças encontradas destacamos as seguintes: a) os que recuperaram são os únicos que identificam “acontecimentos problemáticos”; b) o que melhorou identifica um nível de mudança inferior à média; c) o que não melhorou identifica menos “acontecimentos importantes” específicos, mas é o que identifica maior nível de mudança, apesar de também não a especificar.

4. Conclusões

Procurando responder à questão de investigação deste estudo - “Será que resultados terapêuticos diferentes se traduzem em experiências qualitativamente diferentes?”— levamos a cabo este estudo de forma a aprofundar o conhecimento acerca da mudança em psicoterapia, fazendo-o por recurso quer à experiência relatada pelo cliente quer aos resultados terapêuticos conseguidos.

A análise dos dados leva-nos a concluir que a vivência da psicoterapia foi globalmente semelhante em participantes com evoluções clínicas diferentes. De facto, numa fase inicial todos os participantes identificaram fatores comuns; foram relatados poucos acontecimentos problemáticos e apenas o foram numa fase inicial do processo; e todos os participantes identificaram mudanças. Não obstante, e como já atrás referimos, foram percebidas subtis diferenças, as quais têm que ser interpretadas com precaução dado o baixo número de participantes: foram os participantes que recuperaram os únicos que evocaram “acontecimentos problemáticos”; o participante que melhorou identificou um nível de mudança inferior à média; e por fim, o participante que não melhorou identificou menos “acontecimentos importantes” específicos, mas é o que identifica maior nível de mudança, apesar de também não a especificar.

De entre todos os participantes, gostaríamos de destacar o participante H, dado que: é o único que não apresenta melhoria clínica; pode ser incluído, de um ponto de vista sociodemográfico, no grupo dos participantes menos representados; relativamente aos “acontecimentos importantes” é um dos poucos participantes que não especifica, sendo apenas possível categorizar o *voicing*; relativamente às mudanças percebidas, o seu registo é muito distinto das pontuações que apresenta na medida de evolução clínica (CORE-OM), usando uma narrativa escrita com um discurso muito valorizador da terapia que não se traduz nem nos eventos que identifica nem no bem-estar percebido.

A leitura dos resultados obtidos neste estudo deve ter em consideração as suas limitações. A primeira limitação percebida relaciona-se com o baixo número de participantes, que ficou a dever-se à dificuldade em conseguirmos processos clínicos que tivessem os critérios de inclusão considerados e desta forma, tivemos de, com suporte da literatura, flexibilizar critérios (e.g., a sequência das sessões consideradas) de modo a avançar com estudo. O baixo número de participantes faz com que exista pouca representatividade nos diferentes grupos de evolução clínica considerados e que estes não sejam homogéneos (6 recuperados, 1 melhorado e 1 não melhorado).

Outra limitação vai ao encontro daquele que é o contexto no qual esta amostra foi recolhida, visto que, esta procura foi feita numa clínica pedagógica, onde, de facto, existe um protocolo considerado relativamente exigente no que diz respeito ao preenchimento de instrumentos de avaliação. O que, pode fazer com que os níveis de investimento nesse mesmo preenchimento por parte dos clientes sejam diminutos. Além disso, outra limitação que pode ir ao encontro de um possível desinvestimento no preenchimento dos instrumentos, poderá dever-se ao *setting* e ao momento em que estes instrumentos são preenchidos. Este preenchimento ocorre no final da sessão, após a saída do espaço de consulta, onde muitas das vezes, os clientes necessitam de ir rapidamente embora, sendo que este preenchimento exige reflexão. Adicionalmente, o facto de ser uma clínica pedagógica onde os profissionais estão em formação inicial pode, deste modo, trazer uma maior dificuldade no uso dos dados recolhidos no contexto de consulta/trabalho por estes profissionais, o que conseqüentemente pode fazer com que os clientes se apercebam que esses dados não estão a ser usados, podendo transformar-se num desinvestimento no preenchimento dos instrumentos, sendo considerada como outra limitação. Desta forma, estas limitações permitem-nos refletir acerca da forma como a recolha destes dados é feita. Não seria mais produtivo o preenchimento destes instrumentos dentro da sessão, até mesmo não auto-preenchidos, mas sim preenchidos pelo terapeuta? Ou pelo menos integrados na agenda da sessão seguinte?

Por fim, outro aspeto que tanto poder ser uma limitação do estudo como pode ser uma implicação para a prática clínica, pode relacionar-se com o treino dos profissionais em formação na clínica pedagógica e identificação dos fatores específicos que ocorrem em psicoterapia pelos clientes. Na clínica pedagógica, os estagiários iniciam a realização de consultas executando todo o processo (triagem, avaliação, intervenção), não sendo esperado que no final da formação em psicologia (mestrado) os fatores específicos estejam suficientemente adquiridos/treinados, ao contrário do que acontece com os fatores comuns, que podem ser mais facilmente adquiridos/treinados pelos estagiários. Desta forma, os clientes podem ter uma maior facilidade na identificação de fatores comuns do que fatores específicos. Assim, como implicação para a prática pode-se colocar a seguinte questão: não seria possível orientar o treino dos estagiários em duas fases distintas? Iniciarem apenas com a execução de consultas de triagem e de avaliação e com a observação de consultas por um determinado período de tempo, e posteriormente executarem de todo o processo? Dado que, fatores

específicos se tornam-se mais fáceis de desenvolver numa boa base de trabalho em termos de fatores comuns?

Em suma, e apesar de todas as limitações, consideramos que este estudo empírico poderá contribuir para dar ênfase ao olhar do cliente como um fator primordial no que toca às suas experiências em psicoterapia, contribuindo para a adequação da prática clínica.

Referências:

- American Psychological Association. (2020, July 12). Understanding psychotherapy and how it works. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>
- Antoniou, P., Cooper, M., Tempier, A., & Holliday, C. (2017) Helpful aspects of pluralistic therapy for depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(2), 137–147. <https://doi.org/10.1002/capr.12116>
- Bonsmann, C. (2010). What do clients have to say about therapy?. *Counselling Psychology Review*, 25(4), 31-45. https://www.researchgate.net/publication/342736439_What_do_clients_have_to_say_about_therapy
- Bownie, C., McLeod, J., & McLeod, J. (2016). ‘It was almost like the opposite of what I needed’: A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(2), 1-9. <https://doi.org/10.1002/capr.12066>
- Black, T. G. (2009). Stories from the Heart: Narratives of Change in Therapeutic Enactment. *Canadian Journal of Counselling*, 43(2), 92–105. <https://cjc-ccc.ucalgary.ca/article/view/58956/44407>
- Castanheira, N. P., Grevet, E. H., & Cordioli, A. V. (2019). Aspectos conceituais e raízes históricas das psicoterapias. In A. V. Cordioli & E. H. Grevet (Eds.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (4th ed., pp. 31-63). Artmed
- Cooper, M., Wild, C., Rijn, B., Ward, T., McLeod, J., Cassar, S., Antoniou, P., Michael, C., Michalitsi, M., & Sreenath, S. (2015). Pluralistic therapy for depression: Acceptability, outcomes and helpful aspects in a multisite study. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 6-20. <https://psycnet.apa.org/record/2015-20488-002>
- Core System Group (1998). *CORE system (Information management) Handbook*. Leeds: Core System Group

- Corrêa, A., Ribeiro, E., & Costa, S. (2016). O impacto dos acontecimentos significativos no processo terapêutico: Um estudo de caso de sucesso. *Análise Psicológica*, 34(3), 203-217. <https://doi.org/10.14417/ap.1088>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Elliott, R. (1985). Helpful and non-helpful events in brief counseling interviews. An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-332. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.32.3.307>
- Elliott, R. (1993). Helpful Aspects of Therapy Form [Measurement instrument]. <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(3), 239-242. <https://doi.org/10.1080/10503300802074513>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. Psychotherapy research: *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. In A. Thompson & D. Harper (Eds.), *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (69-81). Wiley-Blackwells
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer, & D. L. Rennie (Eds.),

Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology (69–111).

Pabst Science Publishers

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised bried outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 51-60. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>

Faria, C., L., Brites, R., Paulino, M., & Silva, F. J. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. Pactor

Farber, B. A., Blanchard, M., & Love, M. (2019). *Secrets and Lies in Psychotherapy*. American Psychological Association

Gelo, O. C. G., & Manzo, S. (2015). Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. In O. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (Eds.) *Psychotherapy Research*. Springer

Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(3), 565-574. <https://10.1590/S0102-311X2007000300015>

Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, *55* (12), 1467–1480. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)10974679\(199912\)55:12<1467::AIDJCLP5>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)10974679(199912)55:12<1467::AIDJCLP5>3.0.CO;2-2)

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of the Society for Psychotherapy Research, Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *54* (9), 4-9. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.54.1.4>

- Hampson, N. (2008). *Helpful Aspects of Therapy: An evaluation of Dewsbury Adult Psychology Service and a Comparison of Three Classification Systems* [Tese de Doutorado]. University of Leeds
- Hardy G., & Llewelyn, S. (2015) Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: General issues, process, and outcome* (pp. 183–196). Springer-Verlag
- Hayes, A. M., & Andrews, A., L. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC Medicine*, 18(197), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01662-2>
- Hersen, M., Michelson, L., & Bellack, A. S. (1984). *Issues in psychotherapy research*. Springer Science+Business Media
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: facilitating exploration, insight, and action* (4th ed.). American Psychological Association
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: Indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 589-597 <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400007>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist Journal*, 14(2), 159-164 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3516036/>
- Isolan, L., Souza, L. H., & Cordioli, A. V. (2019). Fatores comuns e específicos das psicoterapias. In A. V. Cordioli & E. H. Grevet (Eds.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (4th ed., pp. 118-137). Artmed
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>

- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Lambert, M. J. (2013a). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed., pp. 3–20). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(b), 42-5. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J. (2013c). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed., p. 169–218). John Wiley & Sons.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223-238. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x>
- Llewelyn, S., Macdonald, J., & Doorn, K. A. (2016). Process-Outcome Studies. In J. Norcross (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology*. (451-463). American Psychological Association
- Levitt, H. M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314 –324. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Levitt, H. M., Surace, F. I., & Pomorville, A. (2016). A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000079>
- Luborsky, L., Singer, J., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>

- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health, 8*(4), 325-337. <https://doi.org/10.1080/09638239917256>
- McElvaney, J., & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*(4), 246-253. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761258>
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto Editora
- Oliveira, J., Braun, M., & Penedo, M. G. (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>
- Organização Mundial de Saúde (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller & S. H., Araujo, L. B. (2009). AVALIAÇÃO DE PROCESSO E RESULTADO EM PSICOTERAPIAS: UMA REVISÃO. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 439-445. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300004>
- Quick, E. L., Dowd, C., & Spong, S. (2018). Revisiting a meta-analysis of helpful aspects of therapy in a community counselling service. *BRITISH JOURNAL OF GUIDANCE & COUNSELLING, 46*(2), 148-159. <https://doi.org/10.080/03069885.2017.1340582>
- Rebello, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica, 4*(15), 543-557. <https://scielo.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a01.pdf>

- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Roussos, A. (2013). Introduction to Special Section on Clients' Perspective of Change in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503-50. <https://doi.org/10.1037/a0033847>.
- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2014). Quality of care through the eyes of the patient: Personalized routine measurement systems in mental health. *Transcultural*, 6, 115-127
- Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39, 54-55. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200003>
- Sales, C., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007). Formulário – Aspetos Úteis da Terapia (HAT). Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa (manuscrito não publicado).
- Smet, M. M., Meganck, R., Truijens, F., Geest, R., Cornelis, S., Norman, U. A., & Desmet, M. (2020). Change processes underlying “good outcome”: A qualitative study on recovered and improved patients' experiences in psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 30(7), 1-17. <https://doi.org/10.1037/cou0000362>
- Swift, J. K., & Parkin, S. R. (2017). The client as the expert in psychotherapy: What clinicians and researchers can learn about treatment processes and outcomes from psychotherapy clients. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1486-1488. <https://doi.org/10.1002/jclp.22528>
- Swift, J. K., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal Clinical Psychology*, 73, 1543-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22528>

- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1979). Specific vs non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780100095009>.
- 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/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421–447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386. <https://doi.org/10.1080/09515070.2010.534329>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017) The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal Clinical Psychology*, 73, 1556–1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Taylor & Francis
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16-24. <https://doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge

Anexos

Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Das conhecimentos
as docentes. 7
Gomes
10/11/2016*

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 07 de Novembro de 2016

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação em Psicologia, apresentado pela Professora Carla Barros e tendo como investigadora responsável a Professora Sónia Alves, intitulado "Investigação no âmbito da prática clínica na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (CPP-UFF)", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Teresa Martinho Toldy
Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

www.ufp.pt - www.fec.ufp.pt - Rua da Universidade, 294 - 4100-049 Porto - Portugal
RUA DOSSA - Faculdade de Ciências do Ambiente e da Saúde - Faculdade de Educação e Psicologia (Praça 9 de Abril, 149) - 4100-049 Porto - Portugal - T +351 22 507 1000 - F +351 22 500 8266 - geral@ufp.pt
Faculdade de Ciências da Saúde - Faculdade Superior de Saúde (R. Carlos Ba Mota, 296) - 4200-008 Porto - Portugal - T +351 22 507 4000 - F +351 22 507 4002 - R. Carlos Ba Mota, 296 - 4200-008 Porto - Portugal - T +351 22 500 8266 - F +351 22 500 8266 - geral@ufp.pt
T +351 22 500 8266 - geral@ufp.pt - RUA DOSSA - Faculdade de Ciências do Ambiente e da Saúde - Faculdade de Educação e Psicologia (Praça 9 de Abril, 149) - 4100-049 Porto - Portugal - T +351 22 507 1000 - F +351 22 500 8266 - geral@ufp.pt

Anexo 2 - Pedido de Autorização para a Consulta da Base de Dados da Unidade de Adultos

Pedido de Autorização

Consulta da Base de Dados da Unidade de Adultos

Ex.ma Cordenação da Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa

Eu, abaixo assinado, Joana Ferreira Azevedo (N.º34949), aluna regularmente matriculada no 2º Ano do 2º Ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, subordinada ao tema “Experiência dos clientes em psicoterapia e bem-estar psicológico”, sob orientação da Professora Sónia Alves, venho por este meio, solicitar a autorização para consultar a base de dados da Unidade de Adultos (UA).

Investigador(a) Principal:

Joana Ferreira Azevedo

Cordenadoras do Eixo Clínico e Comunitário

Susana Almeida

Sónia Fimrentel Alves

Porto, 2020/2021