



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR NA PERSPETIVA DOS PACIENTES: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS ATIVIDADES DO TERAPEUTA

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização Psicologia Clínica

Dissertação

Mestranda: Ana Carolina Campos Lourenço

Orientação: Prof^a Doutora Catarina Marques da Silveira Vaz
Velho

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais

Departamento de Psicologia

Psicoterapia e Bem-estar na perspetiva dos pacientes: Um estudo qualitativo sobre as atividades do terapeuta

Mestranda: Ana Carolina Campos Lourenço

Orientação: Prof^a Doutora Catarina Marques da Silveira Vaz
Velho

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização Psicologia Clínica
Dissertação

Évora, 2018

Título | PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR NA PERSPETIVA DOS PACIENTES: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE AS ATIVIDADES DO TERAPEUTA

“Um dia eu volto a encontrar-te. Que viaje eu o mundo todo! Que viaje só dentro de mim! Prometo que te reencontro.”

Michelle Cascais Rita

Para o Pedro Afonso, prometo continuar a fazer-te orgulhoso.

Agradecimentos

Começo por agradecer às duas pessoas que colaboraram no estudo prévio pelas experiências partilhadas e riqueza das mesmas que me permitiram desenvolver esta investigação.

À minha professora e orientadora, por me ter guiado ao longo de todo este processo, pela disponibilidade, pela dedicação e sabedoria, por me tranquilizar e fazer com que tudo parecesse mais simples.

À minha família, por me ensinarem o que é realmente importante preservar. À minha mãe, que também é pai, por me ter possibilitado tudo isto, dar-me o tempo e espaço que preciso e a liberdade para ser o que quiser. Ao meu irmão, por me fazer querer ser tão boa como ele. À minha prima Rita, por me acompanhar em todos os momentos desde que nascemos sem nunca me deixar sentir sozinha.

Aos meus amigos, que são a família que eu escolhi. Aos de sempre e aos que a universidade juntou. Pelo apoio e por partilharmos mais uma etapa juntos. Agradeço-vos a todos, mas a cada um em particular, por me terem ajudado a alcançar mais um objetivo.

Por último, mas não menos importante, à Joana, pela paciência e constantes incentivos que tornaram este caminho mais fácil.

Resumo: Psicoterapia e Bem-estar na perspectiva dos pacientes: Um estudo qualitativo sobre as atividades do terapeuta

O presente estudo pretendeu explorar a perspectiva de pacientes de psicoterapia acerca do modo como esta facilitou ou promoveu o seu bem-estar, focando-se nas atividades do terapeuta consideradas úteis ao processo psicoterapêutico. Partindo da análise de transcrições de duas entrevistas e utilizando a análise temática, encontramos 3 temas principais, sendo eles: i) o papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança, compreendendo ações mais específicas e simultaneamente diretivas; ii) a sua postura na relação, remetendo para as características relacionais do terapeuta; iii) a adaptação da intervenção terapêutica ao paciente, salientando a valorização do ajustamento ao paciente e às suas necessidades. As nossas descobertas, são genericamente consistentes com resultados de outros estudos semelhantes realizados noutros contextos e ilustram como os pacientes valorizam o que o terapeuta faz para flexibilizar e adaptar a terapia.

Palavras-chave: psicoterapia; perspectiva dos pacientes; bem-estar; estudo qualitativo; análise temática.

Abstract: Psychotherapy and Well-being in the patient's perspective: A qualitative study on the therapist's activities

The present study aimed to explore the perspective of psychotherapy patients regarding the process by which the therapy facilitates or promotes their well-being, focusing on the therapist activities which the patients perceive as useful. Starting off from two transcriptions of interviews that use thematic analysis as the qualitative analysis methodology, we have found 3 main themes: i) the active role of the therapist while an agent of change, encompassing more specific actions and simultaneously directives; ii) their posture in the relationship, referring to the relational characteristics of the therapist; iii) the adjustment of the therapeutic intervention to the patient, which highlights the benefit of an adjusted therapy to the patient and their needs. In general, our findings are in keeping with the results of similar studies which have been conducted in other contexts, and illustrate how patients appreciate what the therapist does to adapt the therapy.

Key-words: psychotherapy; patient's perspective; well-being; qualitative study; thematic analysis.

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	3
<i>Aspetos gerais da investigação em psicoterapia</i>	<i>3</i>
<i>A importância da perspetiva dos pacientes sobre a psicoterapia.....</i>	<i>8</i>
<i>As atividades do terapeuta que facilitam o processo terapêutico.....</i>	<i>14</i>
Estudo Empírico	18
<i>Natureza e Objetivo.....</i>	<i>18</i>
<i>Participantes</i>	<i>20</i>
<i>Instrumentos</i>	<i>21</i>
<i>Procedimento</i>	<i>23</i>
Resultados.....	28
Discussão.....	36
Considerações finais.....	42
Referências	46
ANEXOS.....	53
Anexo 1 – Guião da Entrevista	
Anexo 2 – Exemplos de codificação	
Anexo 3 – Perspetiva global das categorias e códigos	
Anexo 4 – Processo de construção/organização das categorias em temas	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Perspetiva global dos temas e categorias resultantes da análise dos dados	35
---	----

Introdução

A compreensão de quais os fatores psicológicos envolvidos na idealização de uma vida saudável e que vale a pena ser vivida tem dado origem ao desenvolvimento de vários estudos no âmbito da Psicologia, sendo um assunto que desperta interesse desde a época da Grécia Antiga (Siqueira e Padovam, 2008). Ao considerar-se a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) o bem-estar é apontado como o componente mais importante da saúde, justificando a pertinência do estudo aqui descrito, que teve como objetivo explorar a perspectiva dos pacientes acerca do modo como a psicoterapia promove o seu bem-estar.

Ao abordar o conceito de Bem-Estar são tradicionalmente consideradas duas perspectivas filosóficas: na visão hedónica, o bem-estar hedónico, ou emocional, está relacionado com a felicidade, satisfação com a vida, prazeres momentâneos, sendo valorizadas experiências de prazer em detrimento das de desprazer e com a procura de um equilíbrio entre afeto positivo e negativo (Diener, 1984, Diener *et al.*,1999, Westerhof, 2001 citado por Westerhof e Keyes, 2010; Lent, 2004); por outro lado, considerando a visão eudaimónica, o bem-estar eudaimónico, ou psicológico, foca-se no crescimento e desenvolvimento pessoal, no qual o sujeito toma consciência e explora os seus verdadeiros potenciais de modo a atingir um funcionamento ótimo, o que resultaria numa vida bem vivida, ou seja, estando envolvido em mais do que apenas a felicidade pessoal, também associado a objetivos, esforços e desafios (Ryan e Deci, 2001 citado por Westerhof e Keys, 2010; Westerhof e Keys, 2010).

Lent (2004) sugere que se agrupem estas duas visões, uma vez que as suas noções de bem-estar se complementam, considerando que a terapia tem a finalidade de restaurar e/ou promover o bem-estar, estando a função restauradora mais ligada a noções de bem-estar hedónico enquanto que a função de promoção do bem-estar se foca no crescimento orientado do sujeito, relacionado com objetivos eudaimónicos. O autor ressalta a importância do estudo de aspetos associados a este constructo complexo de bem-estar para que possamos auxiliar os pacientes na procura do seu próprio bem-estar e/ou métodos que aumentem a autorregulação afetiva de pacientes que experienciam altos níveis de afeto negativo, tornando a terapia mais eficaz.

A investigação apoia empiricamente o valor da psicoterapia, no entanto quando se trata de entender quais os ingredientes técnicos mais importantes em diferentes tratamentos, o conhecimento é limitado (Høglend, 2014), uma vez que estabelecer que

a psicoterapia é eficaz não informa sobre como, ou porque, funciona (Johansson e Høglend, 2007).

Assim, é pertinente analisar a perspectiva dos pacientes acerca do processo terapêutico de modo a compreender como este pode promover o seu bem-estar e até facilitar esse mesmo processo, uma vez que tem sido registado que aquilo que os pacientes consideram significativo difere entre estes e o terapeuta (Timulak, 2010 citado por Watson, Cooper, McArthur e McLeod, 2012). Num estudo que faz a distinção entre atividades do paciente úteis e atividades do terapeuta úteis, isto é, ações específicas que contribuem para o processo de mudança na terapia, os pacientes identificaram várias atividades do terapeuta como úteis, bem como um efeito útil enquanto resultado do contributo de ambos, pelo qual a compreensão pode ser melhorada (Watson *et al.*, 2012).

Procurámos neste estudo explorar quais são as atividades do terapeuta que os pacientes, retrospectivamente, consideram que foram úteis ao processo terapêutico.

Para que tal fosse possível optámos por uma metodologia de investigação qualitativa, pois, sendo o comportamento humano o objeto de estudo da psicologia, torna-se fundamental considerar dados qualitativos relacionados com a experiência, discurso ou história do sujeito (Fernandes e Maia, 2001). Mais especificamente, foi utilizada a análise temática, que se apresenta como uma abordagem flexível, direta e acessível para extrair significados dos dados transcritos (McLeod, 2011).

Apresentados os pressupostos e objetivo desta investigação é importante referir a sua estrutura de apresentação, que é constituída por duas partes.

A primeira parte descreve o enquadramento teórico e é composta por três capítulos, começando com uma visão acerca de aspetos gerais da investigação em psicoterapia. Posteriormente é discutida a importância da perspectiva dos pacientes sobre a psicoterapia. Por fim, debruça-se sobre as atividades do terapeuta que facilitam o processo terapêutico.

A segunda parte, intitulada de estudo empírico, descreve em primeiro lugar a natureza e o objetivo. Segue-se a metodologia, que inclui os participantes, os instrumentos e os procedimentos adotados. Finalmente são apresentados os resultados e a discussão dos mesmos.

Dedicamos ainda uma última secção para as considerações finais.

Enquadramento Teórico

Aspetos gerais da investigação em psicoterapia

Não existe uma definição consensual de psicoterapia apesar das várias tentativas ao longo das décadas, pelo que Feltham e Hanley (2017) propõem utilizar a seguinte: a psicoterapia é sobretudo, se não exclusivamente, um método para abordar problemas psicológicos e por vezes psicossomáticos, incluindo sofrimento humano profundo e prolongado, dilemas situacionais, crises e necessidades de desenvolvimento e aspirações em direção à realização do potencial humano, baseado em ouvir e falar. Ao contrário das abordagens biomédicas, as terapias psicológicas operam em grande parte sem medicação ou outras intervenções físicas, preocupando-se com a saúde mental mas também com aspetos de vida espirituais, filosóficos, sociais, entre outros e baseiam-se em treino formal que engloba atenção a teoria pertinente, competências de pesquisa, clínicas e/ou desenvolvimento de micro-competências, desenvolvimento e/ou terapia pessoal do estagiário e prática supervisionada (Feltham e Hanley, 2017).

Prochaska e Norcross (2017) sublinham que dependendo da orientação teórica a psicoterapia pode ser conceituada como persuasão interpessoal, cuidado com a saúde, educação psicossocial, auto-mudança profissionalmente treinada, forma de reparação, tecnologia comportamental, entre outras. Não existindo uma definição de psicoterapia amplamente aceite, a divisão de psicoterapia da Associação Americana de Psicologia (APA) adotou oficialmente a definição de psicoterapia desenvolvida por Norcross que recebeu o reconhecimento de muitas entidades (Campbell, Norcross, Vasquez e Kaslow, 2013) considerando a psicoterapia como a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posições interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos, com o objetivo de ajudar as pessoas a modificar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais em direções que considerem desejáveis (Norcross, 1990 citado por Prochaska e Norcross, 2017).

Já não existem dúvidas de que a terapia é eficaz, o campo chegou a um consenso de que a psicoterapia é mais eficaz do que nenhum tratamento e do que os controlos com placebo (Lambert e Ogles, 2004 citado por Tschacher, Junghan e Pfammatter, 2014), sendo um tratamento eficaz para doenças mentais e distúrbios comportamentais que apresenta geralmente tamanhos de efeitos moderados a fortes (Lambert, 2013 citado por Moltu *et al.*, 2016). Com os grandes avanços no campo de pesquisa em psicoterapia é possível encontrar evidências quanto à sua eficácia para

uma série de perturbações em milhares de estudos e centenas de meta-análises realizadas ao longo de várias décadas (Campbell *et al.*, 2013) onde o aumento da necessidade de comprovação da psicoterapia como tratamento eficaz levou a um crescimento na produção teórica mundial no que respeita aos resultados das psicoterapias, demonstrando uma aproximação entre a pesquisa e a prática clínica (Campezatto, Nunes e Silva, 2014).

Existem duas modalidades diferentes de aproximação ao estudo empírico da psicoterapia: os estudos de eficácia, que avaliam o resultado com recurso a ensaios clínicos, nos quais um grande número de variáveis são controladas, privilegiando as questões de validade interna e tornando suficientemente claras as relações entre o tratamento e o resultado (Vasco, Santos e Silva, 2003) e os estudos de efetividade, que avaliam a generabilidade e fiabilidade dos resultados encontrados em contextos experimentais, mas com menos rigor no controle de variáveis (Lambert e Goates, 2002 citado por Vasco *et al.*, 2003), focando-se no processo psicoterapêutico, especialmente na forma como as mudanças ocorrem no contexto da psicoterapia (Peuker *et al.*, 2009 citado por Campezatto, Nunes e Silva, 2014). Apesar da extensa pesquisa comparando a eficácia e efetividade de várias psicoterapias observaram-se poucas diferenças consistentes nos resultados (Luborsky *et al.*, 2002, Wampold, 2001 citado por Campezatto, Nunes e Silva, 2014).

Para além da distinção entre eficácia e eficiência na pesquisa em psicoterapia, Mulder, Murray e Rucklidge (2017) mencionam outro debate que se prende com o funcionamento das terapias se dever principalmente a fatores específicos, característicos de uma abordagem particular, ou a fatores comuns presentes em qualquer abordagem, baseando-se em duas descobertas decorrentes de repetidas meta-análises: a psicoterapia é mais eficaz do que interações não estruturadas e mais efetiva do que nada (Goldin *et al.*, 2012, Holmes, Donovan, Farrell e March, 2014 citados por Mulder *et al.*, 2017) e as psicoterapias específicas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia interpessoal, a atenção plena e a terapia de aceitação e compromisso, geralmente não diferem em eficácia (Arch *et al.*, 2012, Bogels, Wijts, Oort e Sallaerts, 2014 citados por Mulder *et al.*, 2017).

A equivalência das diferentes abordagens em termos dos seus resultados é ilustrada pela meta-análise desenvolvida por Barth *et al.* (2013) ou pela revisão de Luborsky *et al.* (2002), citados por Mulder *et al.* (2017), em que a primeira relatou efeitos semelhantes sobre sintomas depressivos em diferentes intervenções psicoterapêuticas a pacientes com depressão, sugerindo que os fatores comuns compartilhados em todas

as psicoterapias podem ser o principal mecanismo terapêutico, e a segunda mostrou diferenças não significativas no resultado de 17 meta-análises que compararam tratamentos entre si, que diminuíram ainda mais após os efeitos substanciais da lealdade do investigador serem controlados. Stiles (2013) citado por Donald e Carey, (2017) coloca a hipótese da equivalência dos resultados decorrer de esforços dos pacientes e dos terapeutas em regularem os fatores de tratamento, fazendo com que os dados correlacionais pareçam fracos e inconsistentes.

No entanto, estes e outros dados semelhantes foram questionados por meta-análises como a de Tolin (2010), citado por Mulder *et al.* (2017), que relatou que a TCC foi associada a uma vantagem significativa em relação a outras terapias, pelo menos em pacientes com ansiedade ou distúrbios depressivos ou pela revisão de Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer e Fang (2012), citados por Mulder *et al.* (2017), de 269 estudos meta-analíticos que examinaram a TCC para diferentes problemas psicológicos mostrando evidências de especificidade do tratamento.

Estas descobertas aparentemente contraditórias levaram à distinção de dois grandes grupos de teóricos em psicoterapia: aqueles que enfatizam que os fatores não específicos ou comuns são partilhados por diferentes abordagens e incluem a relação, a expectativa dos pacientes e os processos e aqueles que enfatizam fatores únicos ou específicos em psicoterapias diferentes, nomeadamente as técnicas processuais como agentes causais da mudança terapêutica (Mulder *et al.*, 2017; Tschacher *et al.*, 2014). A controvérsia que dividiu a disciplina em dois campos opostos também mostra como foi incapaz de unir os pontos de vista dos investigadores quanto à questão das psicoterapias diferirem nos seus efeitos ou à explicação de como são produzidos esses efeitos (Donald e Carey, 2017).

Durante um período de tempo substancial que remonta à década de 1930 os efeitos da psicoterapia foram geralmente positivos em vários estudos (Lambert e Ogles, 2004 citado por Lambert, 2007). Esforços consideráveis têm sido feitos para melhorar ainda mais os resultados dos pacientes, sendo que a maioria das tentativas assumem a forma de estudos de resultados comparativos controlados utilizando metodologia de ensaios clínicos e manuais de tratamento que definem e prescrevem as ações do terapeuta, cujos resultados levam a recomendações para melhores práticas, nomeadamente tratamentos específicos para distúrbios específicos, com base em critérios propostos por uma variedade de comités científicos (Lambert, 2007).

Kazdin (2007) afirma existir pouco conhecimento sobre o como e o porquê da terapia funcionar e ser responsável pela mudança, existindo várias teorias e discussões

mas as evidências que as apoiem são raras. Assim, o autor faz a distinção entre mediadores – construções que mostram relações estatísticas importantes entre uma intervenção e um resultado mas podem não explicar o processo pelo qual ocorrem – e mecanismos – um maior nível de especificidade que explica como a intervenção se traduz em eventos que levam ao resultado – indicando várias razões para o seu estudo, entre outras semelhantes: compreender os mecanismos de mudança pode trazer ordem e parcimônia ao estado atual de múltiplas intervenções; pode estimular melhor a mudança terapêutica possibilitando o direcionamento de estratégias que desencadeiam processos de mudança críticos; saber o que é necessário para que o tratamento funcione, quais as condições e/ou componentes ideais para alcançar mudança e generalizarem-se os efeitos de tratamento da pesquisa para a prática; ajudar a identificar variáveis responsáveis pela eficácia de determinado tratamento permitindo uma melhor seleção de pacientes.

Hardy e Llewelyn (2014) também sublinham que, apesar dos grandes avanços realizados na pesquisa em psicoterapia, para que possamos afirmar que muitos tratamentos psicológicos levam a mudança terapêutica significativa existem ainda questões para as quais não temos resposta, destacando “O que é que acontece na sessão de psicoterapia que é útil?” onde o foco é: O que acontece na terapia que permite que ocorra mudança, considerando o lado do paciente, o do terapeuta e as suas interações. Os processos psicoterapêuticos incluem processos de mudança do paciente e de como estes podem resultar de intervenções e interações terapêuticas, dinâmicas que nem sempre são diretas ou fáceis de observar, pois podem ocorrer ou não dentro da sessão de terapia, ser ou não passíveis de descrição verbal e o seu impacto pode ser útil, inútil ou neutro, tornando-se importante fornecer evidências teóricas e empíricas sobre a maneira como os processos ou atividades terapêuticas estão ligadas aos processos de mudança dos pacientes (Hardy e Llewelyn, 2014).

Tem vindo a ser realizada pesquisa sistemática em psicoterapia, conduzida de acordo com os princípios científicos predominantes da época desde 1940, pelo que o volume e qualidade de artigos de pesquisa em psicoterapia cresceu constantemente, apesar de existirem poucas evidências de que este esforço se reflita na prática de terapia em contexto real (McLeod, 2017). McLeod (2017) justifica a situação pelo facto de, nos processos de psicoterapia atuais, as principais ideias que informam a tomada de decisão do clínico e a experiência do paciente serem reconhecíveis para qualquer terapeuta da década de 40 ou 50, não sendo imediatamente óbvio que a terapia como um todo se tornou mais efetiva, uma vez que os tamanhos de efeito relatados em

estudos de resultados atuais pouco diferem dos registados na primeira análise abrangente do resultado da terapia (Smith, Glass e Miller, 1980 citados por McLeod, 2017).

Embora tenham sido feitos progressos ao longo dos últimos anos, o campo ainda se encontra com carência de conhecimento sobre como melhorar o resultado da psicoterapia para cada paciente (Green e Latchford, 2012 citado por Moltu *et al.*, 2016) uma vez que a pesquisa de resultados, que tem comprovado que a terapia funciona, tem sido priorizada em relação à pesquisa do processo de funcionamento que possibilitará responder à questão “*como é que a terapia funciona?*” (Mulder *et al.*, 2017).

A importância da perspectiva dos pacientes sobre a psicoterapia

Embora décadas de pesquisa e milhares de estudos tenham mostrado que a psicoterapia é uma intervenção eficaz para problemas de saúde mental (American Psychological Association, 2013) estes estudos também indicam que a psicoterapia não funciona para todas as pessoas, sendo que, uma área de estudo com potencial para promover melhorias na eficácia da psicoterapia é a da pesquisa que tem como objetivo obter o *feedback* dos pacientes sobre o que funciona ou não no tratamento (Swift, Tompkins e Parkin, 2017).

Historicamente as percepções dos pacientes sobre o terapeuta e a terapia eram consideradas suspeitas e geralmente interpretadas negativamente devido à possibilidade de distorções, relações de transferência ou crenças disfuncionais causadas pela psicopatologia interferirem (Bohart e Tallman, 2010; Bohart e Wade, 2013). Mais especificamente, Macran, Ross, Hardy e Shapiro (1999) apontam um conjunto de razões para a reduzida importância que tem vindo a ser atribuída à perspectiva dos pacientes, nomeadamente: devido ao seu estado mental os pacientes não serem capazes de fornecer julgamentos objetivos e fidedignos acerca da sua terapia; os pacientes poderem não estar conscientes da utilidade da sua terapia; os pacientes poderem, consciente ou inconscientemente, distorcer as experiências que relatam; e os pacientes não serem suficientemente qualificados para fazer uma avaliação competente sobre a sua terapia.

No entanto, estas objeções não são apoiadas empiricamente pela investigação que tem vindo a ser desenvolvida. Uma revisão abrangente que agrupou e catalogou mais de 2000 estudos com o objetivo de identificar variáveis que tenham impacto positivo na terapia mostrou que, na maioria dos casos, as variáveis percebidas do ponto de vista do paciente foram consistentemente mais associadas a resultados positivos do que as variáveis avaliadas do ponto de vista do terapeuta ou do ponto de vista de um observador independente (Orlinksy, Grawe e Parks, 1994 citado por Rodgers, 2002). Também Busseri e Tyler (2000) e Zuroff *et al.* (2000), citados por Bohart e Tallman (2010) encontraram uma correlação mais elevada entre a percepção do paciente acerca da relação terapêutica e os resultados da terapia, do que entre a percepção do terapeuta e os resultados da terapia.

Há um conjunto de argumentos que defendem a importância de se considerar a perspectiva dos pacientes: Investigadores, teóricos e terapeutas podem entender melhor o processo e a ação da psicoterapia se estiverem familiarizados com os tipos de

experiências que os pacientes têm (Elliott e James, 1989, citado por Hodgetts e Wright, 2007). Elliot (2008) vê a compreensão do potencial alcance e formas da experiência dos pacientes como um componente importante da habilidade terapêutica que pode levar a um maior entendimento dos mesmos e a intervenções mais eficazes, principalmente ao nível dos processos mediadores em terapia que terão implicações na previsão de resultados. Também Bohart e Wade (2013) consideram que é responsabilidade dos terapeutas conhecerem os pontos de vista dos pacientes acerca da terapia, para que possam antecipar o tipo de coisas que estes pensam, percebem, querem e precisam, de forma a fortalecer a aliança terapêutica e aproveitando formas de mobilizar a participação do paciente.

Para Levitt, Butler e Hill (2006), apesar de ser difícil determinar o que é significativo para os pacientes sobre as suas experiências de psicoterapia, a percepção de mudança por eles relatada orienta tratamentos, informa teorias e cria uma procura contínua por serviços de psicoterapia. Na mesma linha, Roussos (2013) afirma que estudar a percepção dos pacientes acerca da mudança e da sua relação com estratégias terapêuticas possibilita obter uma compreensão mais clara do processo terapêutico, passando-se de uma abordagem idiográfica que é útil para o paciente em particular, para uma abordagem geral onde a informação também é útil para terapeutas e investigadores.

Szymańska, Dobrenko e Grzesiuk (2016) assumem que ao analisar o processo de psicoterapia é particularmente importante ter em conta a perspectiva do paciente, pois é a sua experiência que deve ser objeto de análise. Esta visão compreende a percepção do paciente dos seus próprios atributos e comportamentos, bem como a sua avaliação do método de trabalho do terapeuta e a eficácia da psicoterapia (Mander *et al.*, 2014, Ward, Wood e Awal, 2013 citados por Szymańska *et al.*, 2016).

Centrando-nos agora na investigação em psicoterapia que considera a perspectiva dos pacientes, segundo Macran *et al.* (1999) esta envolve o reconhecimento, por parte dos investigadores, de que os pacientes são indivíduos com as suas próprias crenças e valores e que contribuem ativamente para o processo terapêutico, permitindo-lhes expressar a natureza individual das suas experiências (sem influência das crenças e valores dos investigadores) e por ser uma abordagem colaborativa possibilita que os pacientes definam o que é pessoalmente importante e significativo em terapia.

Para Bohart (2000), citado por Mörtl e Von Wietersheim (2008) qualquer pesquisa sobre processos psicoterapêuticos deve basear-se na experiência dos pacientes sobre quais os fatores que consideram poder ajudar na mudança, pois o

quadro de referência do paciente é central e interage com as intervenções terapêuticas, sendo relevante considerar a teoria de mudança e objetivos dos pacientes relativamente ao que, do seu ponto de vista, faz sentido. Nesta linha, pedir diretamente aos pacientes que partilhem as suas experiências de psicoterapia vai fornecer ao investigador dados detalhados sobre o modo como interpretam e utilizam as ações, técnicas e intervenções do próprio terapeuta (Bohart e Wade, 2013, McLeod, 2013, Rennie, 2002 citados por von Below, 2017).

A maior parte da pesquisa qualitativa sobre experiências de terapia, na perspetiva dos pacientes, tem-se centrado em diferenciar e descrever aspetos do processo terapêutico percebidos como importantes, identificando repetidamente dois fatores que parecem ocorrer em vários tipos e modalidades de terapia: fatores relacionais comuns úteis, por exemplo, a oportunidade do paciente conversar livremente com um terapeuta competente, apoiante, que aceite, genuíno, empático e sintonizado e, fatores relacionados com a resolução de problemas e tarefas/técnicas de terapia úteis, como por exemplo ganhar *insight*/consciencialização e encontrar novas ferramentas para lidar ou resolver os seus problemas (Viklund, 2013).

O ponto de vista dos pacientes sobre o que acontece na terapia tem sido progressivamente reconhecido como valioso ao proporcionar uma compreensão sobre aquilo que funciona (alimentando o debate em relação a fatores específicos e não específicos e como a mudança é efetuada) e tem-se recorrido cada vez mais a investigações qualitativas para fornecer informações aos terapeutas, elucidar aspetos da prática clínica e compreender os processos terapêuticos (Hodgetts e Wright, 2007).

Tendo em conta que muita da pesquisa sobre a visão dos pacientes acerca da terapia demonstrou a presença de temas comuns relativamente ao que os pacientes consideram útil, estes resultados contribuem para o debate sobre o papel de fatores específicos e não específicos na terapia e sobre questões acerca da natureza da mudança e dos fatores implicados nesses processos de mudança (Clarke, Rees e Hardy, 2004).

São inúmeras as vantagens que o conhecimento da perspetiva dos pacientes traz para o campo. Importa considerar os aspetos ou o processo de terapia percebidos como importantes pelos pacientes uma vez que as suas perspetivas não só diferem das perspetivas dos terapeutas e dos investigadores, mas também parecem ser melhores preditores de resultados (Horvath, Del Re, Flückiger e Symonds, 2011 citado por Viklund, 2013), pelo que a compreensão das divergências e convergências entre as opiniões dos pacientes e dos terapeutas facilitará o ajuste entre as técnicas e as próprias

necessidades dos pacientes (Olivera, Braun, Gómez Penedo e Roussos, 2013). Além disso, Bohart e Wade (2013) referem que ao investigar os pontos de vista dos pacientes sobre o que é útil na terapia podem surgir aspetos que estejam a ser negligenciados por investigadores ou teorias.

Considerando a relevância da pesquisa sobre a perspectiva dos pacientes para os profissionais, pode não ser uma surpresa para os últimos a possibilidade de o que acontece em terapia ser mais amplo do que os pesquisadores ou teorias esperam, pelo que a pesquisa os pode sensibilizar para possíveis problemas na prática, bem como oferecer um meio para entender os temas e questões gerais que são importantes para os pacientes (Timulak e Keogh, 2017). A vontade dos terapeutas em considerar as perspectivas dos pacientes, a abertura para ouvir o que têm a dizer, a falta de confiança diante *feedback* negativo e a capacidade de modular as ações em conformidade são aspetos suscetíveis de contribuir para relações e colaborações mais fortes com os pacientes e, como tal, para resultados terapêuticos mais fortes (Timulak e Keogh, 2017).

Embora os terapeutas desejem saber o que os pacientes pensam, existe dificuldade em obterem *feedback* e mesmo quando conseguem geralmente não lhe prestam a devida atenção (Rousmaniere, 2017, Boswell, Kraus, Miller e Lambert, 2015 citados por Swift e Parkin, 2017). Para Mohr (1995), citado em von Below (2017), o *feedback* que os terapeutas recebem dos pacientes sobre a psicoterapia permite-lhes perceber se os objetivos e intervenções foram bem-sucedidas e entendidas como pretendiam e, conseqüentemente, melhorar a técnica e o conhecimento sobre como informar os pacientes acerca do que é e o que podem esperar da psicoterapia, de uma maneira que lhes faça sentido. O foco nas experiências e conclusões dos pacientes proporciona novos conhecimentos aos investigadores e clínicos sobre como podem fazer a psicoterapia funcionar, ajudando a identificar intervenções e processos que na perspectiva dos pacientes não são úteis, o que pode contribuir para a redução do risco dos pacientes se deteriorarem ou sofrerem danos nas intervenções terapêuticas, pois geralmente existe uma lacuna entre as experiências percebidas pelos terapeutas e pelos pacientes acerca da mesma terapia (von Below, 2017).

A pesquisa de eventos significativos permite que os pacientes partilhem qualitativamente os seus pensamentos sobre a utilidade da psicoterapia e tem potencial em fornecer informações sobre o motivo da psicoterapia funcionar ou não para diferentes pacientes, onde os estudos nesta área geralmente apresentam diferenças no tempo de medição, em que os pacientes podem identificar eventos significativos que ocorreram durante todo o processo de psicoterapia ou numa sessão específica,

podendo identificar e discutir experiências corretivas em psicoterapia ou eventos úteis e prejudiciais, e nos métodos utilizados para coleta de dados, desde medidas em papel com espaço para uma resposta aberta escrita a um formato de entrevista (Swift *et al.*, 2017).

A psicoterapia ainda carece de estudos que considerem a perspectiva que o paciente tem da terapia, uma vez que a maioria das investigações se tem focado na perspectiva do terapeuta e de que forma o paciente responde às intervenções. No entanto, importa ressaltar uma mudança de paradigma e um reconhecimento cada vez maior do papel do paciente enquanto agente ativo no processo terapêutico, que no ponto de vista da investigação significa olhar a terapia e a interação pelos olhos do paciente (Lucena, 2013; Bohart e Wade, 2013). Ver o paciente como um colaborador ativo de mudança é coerente com a política da American Psychological Association (2006) citado por Bohart e Wade (2013) sobre práticas baseadas em evidências, onde as preferências, valores e percepções do paciente devem ser incluídas na tomada de decisão terapêutica.

Ao reconhecer-se, cada vez mais, o papel crucial dos pacientes como os especialistas nos processos psicoterapêuticos algumas áreas de pesquisa têm vindo a crescer, procurando dar-lhes voz para que forneçam feedback sobre o que funciona e o que não funciona na terapia, nomeadamente a pesquisa sobre *feedback* de tratamento informado, pesquisa de eventos úteis e prejudiciais ou estudos qualitativos sobre determinados processos de tratamento (Swift e Parkin, 2017).

Embora já existam estudos que questionem os pacientes sobre as suas experiências de terapia há muito tempo, Timulak e Keogh (2017) reforçam que os investigadores só nas últimas décadas descobriram a riqueza e valor das suas perspectivas para a compreensão da terapia e da prática clínica. Uma meta-análise qualitativa abrangente de experiências de pacientes de psicoterapia baseada em resultados de 109 estudos estruturou as suas descobertas em cinco *clusters* de percepções dos pacientes: 1) a terapia como um processo de mudança através de curiosidade estruturante e identificação de padrões; 2) relação de cuidado, compreensão e aceitação que permite a internalização de mensagens positivas e um processo de mudança auto-consciente; 3) as credenciais profissionais do terapeuta criam confiança e são fonte de dúvidas sobre a sua autenticidade; 4) importância da colaboração e reconhecimento de diferenças na relação; e 5) importância da atuação do paciente e ajuste da terapia para satisfazer as suas necessidades (Levitt, Pomerville e Surace, 2016 citados por Timulak e Keogh, 2017).

Existindo uma grande variedade de tipos de estudos que utilizam a perspectiva dos pacientes, Olivera *et al.* (2013) sugerem que essa perspectiva pode contribuir com dados relevantes para uma maior compreensão da psicoterapia e seus efeitos quanto: à sua psicopatologia, ao seu tratamento (abordando aspectos benéficos e prejudiciais), a aspectos específicos da terapia ou características particulares do terapeuta, à mudança ou ao resultado da terapia, entre outros. Timulak e Keogh (2017) propõem a integração das investigações sobre as perspectivas dos pacientes em duas categorias: as que estudam aspectos variados das suas perspectivas na terapia e as que avaliam um construto teórico particular, podendo ser também categorizadas em termos da avaliação da perspectiva do paciente num formato aberto, dando-lhe voz para falar livremente sobre as suas experiências ou utilizando medidas psicométricas, o que inevitavelmente limita a perspectiva do paciente para um conjunto finito ou intervalo de respostas.

As atividades do terapeuta que facilitam o processo terapêutico

Centramo-nos agora sobre um aspeto específico do processo terapêutico referente às ações do terapeuta que podem facilitá-lo. Do ponto de vista teórico, Cormier e Cormier (1998) referem-se a respostas de ação como um conjunto de respostas ativas (em vez de passivas) que refletem um estilo mais dirigido pelo terapeuta, que se move para além do quadro de referência do paciente, e que incluem mais dados e percepções geradas por si, exercendo uma influência mais direta do que a das respostas de escuta, que respondem às mensagens do paciente principalmente do seu ponto de vista. Para Egan (1994), citado por Cormier e Cormier (1998) as respostas de ação têm como finalidade ajudar os pacientes a notar a necessidade de mudar e agir segundo um quadro de referência mais objetivo.

Estas respostas requerem que o terapeuta seja expressivo e desafiante, proporcionando ao paciente um ambiente seguro e de suporte, onde ouvi-lo cuidadosamente permite sentir-se confortável o suficiente para lhe dar *feedback* e é possível distinguir as seguintes: a) pistas/questões, são questões ou inquéritos abertos ou fechados com um propósito claro e que estabelecem padrões de mudança interpessoal, possibilitando ao paciente olhar as coisas de uma nova forma e a um nível mais profundo; b) confronto, são descritas discrepâncias ou incongruências evidentes nos sentimentos, pensamentos e ações do paciente, ajudando-o a tornar-se mais consciente das mesmas e a explorar outras formas de se perceber a si próprio ou a um problema, levando a diferentes ações e comportamentos; c) interpretação, é uma possível explicação para o comportamento do paciente que requer do terapeuta compreender e comunicar o significado de uma mensagem do paciente, fazendo uma associação ou atribuição causal entre vários comportamentos, eventos ou ideias ou apresentando uma explicação possível para determinado comportamento; d) dar informação, a comunicação de dados ou factos sobre experiências, eventos, alternativas ou pessoas quando os pacientes desconhecem as suas opções, não sabem quais os resultados possíveis de uma escolha particular ou plano de ação e para os ajudar a examinar problemas que têm evitado (Cormier e Cormier, 1998).

Um psicoterapeuta não pode praticar de forma não específica, existem técnicas e relacionamentos específicos que completam as sessões de terapia (Prochaska e Norcross, 2017). Por conveniência histórica e de pesquisa, o campo distinguiu entre relações e técnicas terapêuticas, onde palavras como "relação" e "comportamento interpessoal" são usadas para descrever como os terapeutas e os pacientes se

comportam um com o outro e, em contraste, termos como "técnica" ou "intervenção" são usados para descrever o que é feito pelo terapeuta (Norcross e Lambert, 2011).

Apesar das contribuições do paciente para a terapia estarem finalmente a ser atendidas, continuam a ser negligenciadas na maioria dos modelos teóricos de mudança pelo que o terapeuta e as suas técnicas ainda são vistos como os principais fatores terapêuticos (Bohart e Tallman, 2010). Uma vez que o terapeuta assume um papel fundamental na facilitação do processo de mudança, reconhece-se a importância de se identificarem intervenções específicas às quais a cooperação do paciente se engaja positivamente que possam ser consideradas "operações terapêuticas" com influência e, conseqüentemente, com impacto favorável na sessão (Orlinsky, 2009 citado por Gabalda, Ruiz e Aguilar, 2014). Assim, compreendem-se como atividades terapêuticas úteis as ações específicas (de nível micro) que os terapeutas podem realizar e que contribuem para o processo de mudança (Watson *et al.*, 2012).

Sendo a linguagem uma das ferramentas mais importantes do terapeuta e o meio básico através do qual a informação é transmitida (Gumz, Horstkotte e Kastner, 2014 citado por Gumz *et al.* 2017) o conhecimento empírico sobre o tipo de técnicas verbais que o terapeuta deve ou não aplicar no seu trabalho terapêutico é de grande importância prática (Gumz *et al.*, 2017). A pesquisa deveria desempenhar um papel importante nesta área, através de comparações sistemáticas e cada vez mais refinadas entre diferentes técnicas e avaliação dos seus efeitos diferenciais, pois é fundamental distinguir os comportamentos dos terapeutas para que se possa especificar em que medida as técnicas realmente diferem e como isso afeta o resultado do processo terapêutico (Bergin e Strupp, 2009, Castonguay, 2011 citados por Gumz *et al.*, 2017).

Barber (2015), citado por Gumz *et al.* (2017) enfatiza a necessidade de um conhecimento empírico mais sofisticado sobre quais as técnicas que realmente importam e que devem ser classificadas como "sabedoria clínica", isto é, saber até que ponto o resultado da terapia se deve a determinadas técnicas, não intencionais ou não relevantes em termos teóricos, pelo que uma possibilidade seria definir técnicas sem referência a teorias específicas e encontrar designações claras e inequívocas para técnicas específicas, para que uma técnica não tenha diferentes nomes (Gumz, Treese, Marx, Strauss e Wendt, 2015 citado por Gumz *et al.*, 2017).

É possível enumerar vários estudos que se propuseram a desenvolver a compreensão sobre como funciona o processo terapêutico, nomeadamente, no que respeita às ações do terapeuta. De forma a compreender o papel que a terapia desempenha na resposta às necessidades dos pacientes, Rodgers (2002) desenvolveu

um estudo considerando a visão de que os pacientes têm requisitos terapêuticos comuns e fornecem ao terapeuta uma ideia geral daquilo que parecem precisar, contudo cada paciente terá os seus próprios requisitos e cada terapeuta terá a sua forma de oferecer ajuda, sendo os pacientes beneficiados quando estes dois fatores convergem. O estudo encontrou os seguintes requisitos solicitados pelos pacientes ao terapeuta: a) permissão para que se sintam livres e falem livre e honestamente, que pode ser promovida tendo anonimato, tempo e espaço dedicados, sendo ouvidos e não julgados e tendo confiança na capacidade do terapeuta; b) ligação, ou seja, estarem envolvidos com e pelo terapeuta, que pode ser promovida por se sentirem valorizados e entendidos como indivíduos únicos e pelo terapeuta ser "real" e explorar ativamente as coisas em profundidade com eles; c) transparência no relacionamento com o terapeuta, que pode ser promovida por se sentirem capazes de se exprimir honestamente sem qualquer pretensão ou necessidade de se justificar e pelo terapeuta ver quem eles realmente são; d) reestruturação, ajuda do terapeuta para mudar e reestruturar as coisas, que pode ser promovida pelo terapeuta oferecer uma perspetiva alternativa ou uma nova estrutura de compreensão e por acompanhá-los enquanto trabalham certas questões (Rodgers, 2002).

Com o objetivo de identificar impactos de eventos úteis em psicoterapia identificados pelos pacientes, Timulak (2007) desenvolveu uma meta-análise que os reduziu nas seguintes categorias principais: a) *awareness/insight*/auto-compreensão; b) mudança comportamental/resolução de problemas; c) empoderamento; d) alívio; e) explorar sentimentos/experienciar emoções; f) sentir-se compreendido; g) envolvimento do cliente; h) reafirmação/apoio/segurança; e i) contato pessoal.

Elliott (2008) refere algumas descobertas comuns de estudos qualitativos de avaliação de serviços de saúde mental sobre processos terapêuticos úteis e prejudiciais, de onde se obteve informação questionando os pacientes sobre as suas experiências, em que os primeiros englobam a relação terapêutica, o terapeuta que escuta ou é empático, afirmando ou validando e o terapeuta oferecer técnicas específicas para lidar com problemas, enquanto os segundos incluíam o terapeuta impor as suas opiniões ao paciente e ser julgador ou invalidante.

Também Castonguay *et al.* (2010) desenvolveram um estudo cujos objetivos foram, primeiro, identificar aspetos que os pacientes e terapeutas consideram úteis ou não nas sessões de psicoterapia, bem como o conteúdo dos eventos que ajudam e que dificultam e a que nível o fazem, e segundo, investigar se o facto de o terapeuta ter conhecimento das perceções dos pacientes acerca de eventos úteis ou que dificultam

poderia ter um impacto causal na eficácia da terapia. Os pacientes reportaram, descreveram e indicaram o nível de ajuda ou dificuldade de eventos particulares na terapia, pelo que emergiram duas categorias principais: “Autoconsciência”, em que fornecer oportunidades aos pacientes para tornarem mais clara a sua experiência foi reportado como benéfico e “Self”, que reflete a importância do foco ser em questões diretamente relevantes às necessidades do paciente.

No estudo de Watson *et al.* (2012) que pretendeu explorar processos úteis em terapia, focando-se em atividades específicas dos pacientes e terapeutas que podem levar a efeitos úteis, as atividades terapêuticas úteis mais identificadas foram: perguntar, particularmente fazer perguntas e pedir aos pacientes que descrevessem as suas experiências e realizassem tarefas; direcionar os pacientes, por exemplo para discutirem certos temas ou emoções ou para fazerem planos (ou serem solicitados a pensar e esclarecer situações específicas); e o seu modo de ser, compreendendo qualidades relacionais do terapeuta como a abertura, compreensão e empatia e posição de suporte/não julgadora, tais como ser aberto e honesto sobre as suas sugestões e perguntas ou compartilhar experiências com os pacientes. Outras atividades terapêuticas apontadas pelos pacientes como úteis incluíram: fazer sugestões, particularmente em relação a exercícios terapêuticos específicos; esclarecer e comentar os pensamentos e sentimentos dos pacientes; identificar padrões específicos de comportamento; escutar; ser reconfortante; e dar *feedback* (Watson *et al.*, 2012).

Na mesma linha, uma investigação que pretendeu aprofundar os processos que contribuem para alcançar o Bem-Estar considerando a perspectiva de ex-pacientes de psicoterapia sobre a terapia desenvolvida por Velho (2016), revelou, entre outros aspetos, um conjunto de atividades do terapeuta apontadas como úteis pelos pacientes que os fizeram sentir na liderança do processo de terapia e realçaram a importância da participação ativa e de não liderança do terapeuta, são elas: o diálogo, fazer perguntas, sugerir ou propor soluções, propor exercícios, ensinar, sinalizar o importante, orientar, dar sentido e explicar, bem como a postura de não liderança do terapeuta, que não decidia por os pacientes, mas os ajudava e suportava.

Deste modo, a investigação que tem vindo a ser desenvolvida nesta área, que se propõe a identificar um conjunto de atividades do terapeuta que os pacientes valorizam, possibilita que se faça a distinção entre que ações podem ser mais ou menos benéficas para determinado paciente.

Estudo Empírico

Natureza e Objetivo

Com este estudo pretendemos aceder à realidade vivida pelos pacientes e ajudar na compreensão do processo terapêutico, mais especificamente explorar a perspectiva de ex-pacientes sobre as atividades do terapeuta que consideram úteis ao processo de psicoterapia.

Para cumprir tal objetivo optou-se por uma investigação de natureza qualitativa uma vez que esta permite entender o significado da experiência dos ex-pacientes obtendo detalhes sobre fenómenos internos, como pensamentos e emoções, que se tornam difíceis de estudar através de outros métodos de pesquisa (Locke, 2001) e pode ajudar a avançar o conhecimento de psicoterapia eficaz, por exemplo, delineando aquilo que os pacientes e/ou terapeutas percebem como eficaz durante e após a terapia (Donald e Carey, 2017), permitindo que os pacientes articulem e contextualizem elementos que lhes parecem ser importantes (Levitt, Butler e Hill, 2006).

O nosso estudo assume-se como de natureza qualitativa pois, de entre um conjunto de características comuns a este tipo de estudos apontadas por Miles e Huberman (1994) é-nos possível distinguir as seguintes: o pesquisador tenta capturar dados na perceção de ator “de dentro” através de um processo de atenção profunda, compreensão empática e suspendendo preconceitos sobre os tópicos em discussão; um dos objetivos é explicar a forma como as pessoas compreendem ou explicam configurações/situações específicas; são possíveis várias interpretações do material, mas algumas são mais apelativas por razões teóricas ou de coerência interna; utiliza-se relativamente pouca instrumentação, sendo o investigador o principal “dispositivo de medição”; a maior parte da análise é feita com palavras, que podem ser organizadas para permitir ao pesquisador contrastar, comparar, analisar e conceder padrões entre elas.

Segundo Donald e Carey (2017), os investigadores tornaram-se cada vez mais interessados em usar metodologias qualitativas para estender o conhecimento sobre o processo de psicoterapia. A nossa escolha basou-se no facto de esta metodologia se preocupar em explorar questões como “Porquê”, “Como” e “O quê” a partir de múltiplas perspectivas, sendo uma delas a do paciente (Nelson e Quintana, 2005 citados por Donald e Carey, 2017).

Descodificar a percepção dos pacientes sobre o processo terapêutico exige gerar os procedimentos certos para se ter acesso e interpretar informação que não é apresentada de forma homogênea e sistemática, procedimentos esses que os métodos qualitativos têm proporcionado (Roussos, 2013) e de modo a darmos resposta ao objetivo a que nos propusemos utilizámos a análise temática, uma variante da *grounded theory*, pois segundo McLeod (2011) todos os métodos qualitativos que procurem descobrir padrões de significado nos relatos de experiências dos participantes estão, de certa forma, envolvidos na análise de temas, que são configurações de segmentos com significado e impacto particulares para o investigador e cujo sentido é implícito e deve ser compreendido de forma reflexiva.

Posto isto, uma outra característica do nosso estudo é o investigador ser visto como uma pessoa real, onde aspetos como os seus interesses, passado e razões para conduzir o estudo são tidos em consideração, possibilitando aos leitores relacionarem-se com ele e com o material apresentado a um nível mais pessoal, aceitando-se a sua subjetividade (Rodgers, 2003). Face ao processo de construção de conhecimento, foi adotada uma atitude reflexiva, que nos permitiu refletir constantemente sobre o fenómeno em estudo e sobre o próprio processo que nos permitiu compreendê-lo e clarificar os paradoxos com que nos fomos deparando no decorrer da sua interpretação (Godoy, 2005).

No fundo pretendemos construir conceitos, pressuposições ou teorias a partir dos dados que surgem, identificando padrões, temas e categorias recorrentes nos relatos dos pacientes e os resultados pretendem descrever aquilo que aprendemos sobre o fenómeno (Merriam, 2002 citado por Godoy, 2005).

Participantes

Face ao objetivo de investigação enumerado, consideram-se como participantes deste estudo os sujeitos que formam a fonte de dados, que são os ex-pacientes de psicoterapia, bem como a equipa de investigação, a investigadora principal e a orientadora da investigação. Esta opção baseou-se no facto de na *Grounded Theory* construtivista os pontos de vista e pontos de partida do investigador influenciarem a forma como vê e aquilo que vê nos dados (Charmaz, 2011).

A descrição das características dos participantes é feita aglutinadamente para proteger o anonimato dos mesmos numa comunidade relativamente pequena. Este estudo teve 2 participantes principais, um homem e uma mulher, ambos jovens adultos e com formação superior, que fizeram um processo psicoterapêutico, ou seja, ex-pacientes de psicoterapia. Os participantes terminaram esse processo à cerca de um ano e tiveram experiências terapêuticas com dois terapeutas de orientações teóricas distintas.

A investigadora principal é licenciada em Psicologia e estudante do mestrado de Psicologia na área de especialização de Clínica e neste estudo procurou cruzar-se com aspetos específicos da atuação do terapeuta que beneficiem o resultado do processo terapêutico, sobre os quais nunca se tivesse deparado ou pensado de forma mais reflexiva, sendo uma investigação que lhe interessa, principalmente, pela utilidade numa prática profissional futura. Até ao momento não teve nenhuma experiência prática na utilização de metodologias qualitativas.

A orientadora da investigação é psicóloga e psicoterapeuta formada pela Associação de Terapias Comportamental e Cognitiva, com formação complementar noutros modelos teóricos e considera a sua prática integrativa. É praticante de Psicoterapia maioritariamente com adultos, há 20 anos em diversos contextos públicos e privados. Atualmente também desempenha funções como docente na formação de Psicólogos Clínicos no contexto universitário, nos últimos anos. O seu trabalho desde há vários anos tem vindo a ser influenciado pelo movimento de Integração em Psicoterapia e pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Instrumentos

Considerando o propósito do nosso estudo, que pretende recolher informações detalhadas sobre o processo terapêutico, o instrumento de recolha de dados utilizado no estudo prévio (Velho, 2016) foi a entrevista semiestruturada.

Na perspetiva dos métodos qualitativos, as entrevistas têm vantagens pois constituem-se como um instrumento bastante flexível em termos da sua aplicação, possibilitando ao investigador recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito e o conseqüente desenvolvimento de uma ideia sobre a forma como este interpreta determinados aspetos do mundo (Bogdan e Biklen, 1994), sendo que grande parte da pesquisa qualitativa em psicoterapia se baseia em entrevistas faladas com participantes para recolher informações detalhadas sobre o fenómeno em estudo (Polkinghorne, 2005 citado por Knox e Burkard, 2009).

Sendo a entrevista uma conversa extensa que visa reunir descrições aprofundadas acerca do mundo do entrevistado, através da qual um fenómeno pode ser interpretado em termos dos significados que este lhes atribui (Schostak, 2006 citado por Alshenqeeti, 2014), possibilita-nos descobrir informações que provavelmente não seriam acessíveis utilizando outras técnicas, não se constituindo apenas como uma ferramenta de recolha de dados, mas como uma forma natural de interação que pode ocorrer em várias situações (Blaxter *et al.* 2006 citado por Alshenqeeti, 2014).

A análise de transcrições de entrevistas, reunidas particularmente em formato semiestruturado, é tipicamente associada a estudos *grounded* (Tweed e Charmaz, 2012) pelo que na presente investigação utilizámos transcrições de entrevistas semiestruturadas de natureza exploratória, previamente recolhidas no âmbito de um projeto de doutoramento que pretendeu avaliar como é que a psicoterapia promove o bem-estar (Velho, 2016). As entrevistas centraram-se no bem-estar e nos processos terapêuticos dos pacientes, onde se pretendeu: explorar o impacto da psicoterapia no seu bem-estar e de que modo o que aconteceu na psicoterapia provocou um aumento ou diminuição do mesmo, bem como outros aspetos que contribuíram para o bem-estar durante a terapia; explicitar o que entendem subjetivamente por bem-estar; clarificar as suas contribuições e as dos terapeutas; solicitar exemplos ou episódios ilustrativos; e recordar a experiência e os acontecimentos significativos da sua psicoterapia (Velho, 2016).

Como especificado anteriormente, o principal instrumento desta investigação foi a entrevista a ex-pacientes de psicoterapia, mas consideramos que as investigadoras enquanto produtoras de significados também podem ser consideradas como um

instrumento de investigação, uma vez que pretendem compreender os significados atribuídos pelos participantes a uma determinada experiência tendo em conta a sua visão do mundo (Merriam, 2002 citado por Godoy, 2005).

Procedimento

As decisões relativas à seleção dos participantes, uma das tarefas mais importantes aquando do desenho do estudo, baseiam-se nas questões de pesquisa, perspectivas teóricas e evidências que informam o estudo, sendo que os sujeitos devem ser capazes de informar acerca de perspectivas importantes relacionadas com o fenómeno (Sargeant, 2012). No nosso estudo a seleção de participantes foi propositada, pois selecionámos os participantes que melhor poderiam responder à questão de pesquisa e melhorar a compreensão sobre o fenómeno em estudo (Creswell, 2009 citado por Sargeant, 2012).

Tendo como questão de base “*Quais são as atividades do terapeuta que os pacientes consideram úteis ao processo terapêutico?*”, de entre um total de 16 transcrições de entrevistas foram selecionadas, primeiramente, as 4 que se consideraram mais pertinentes na resposta à mesma, permitindo aprofundar quais os aspetos que os pacientes identificaram como úteis daquilo que foram as atividades do terapeuta. Foram lidas as 4 entrevistas e discutida a primeira impressão de cada uma, iniciando-se a codificação, sendo posteriormente selecionadas aquelas que considerámos serem mais ricas em termos do seu conteúdo obtendo-se assim duas transcrições (E1 e E2), com conteúdo verbal que ocupou 22 páginas na primeira e 35 na segunda.

Começo por sublinhar que a análise dos dados, sendo um processo complexo de contínuas leituras, comparações e reestruturações, sofreu várias alterações ao longo da investigação de forma a garantir que não se perdiam ideias importantes, o que exigiu dos investigadores a verificação contínua de quaisquer temas ou conceitos emergentes contra casos semelhantes e divergentes (Strauss e Corbin, 1990 citado por Rodgers, 2003).

Considerando alguns princípios da *Grounded Theory* construtivista de Charmaz (2006), a posterior análise das entrevistas transcritas foi realizada segundo procedimentos da Análise Temática descritos por Braun e Clarke (2006), que implicam que o investigador: a) se familiarize com os dados, através da sua transcrição, várias leituras e anotações de ideias iniciais; b) construa códigos iniciais, codificando sistematicamente características interessantes dos dados e agrupando dados relevantes para cada código; c) procure por temas, agrupando códigos e recolhendo dados relevantes para temas potenciais; d) faça uma revisão dos temas, verificando se formam padrões coerentes entre si e, posteriormente, em relação ao conjunto de dados; e) defina e nomeie os temas, refinando as suas especificidades e gerando definições e

nomes claros para cada um deles; f) produza um relatório, selecionando e analisando exemplos que relacionem a análise realizada com a questão de partida e a literatura.

Na prática, as fases da análise temática são semelhantes aos processos básicos da análise da *Grounded Theory*. O material é codificado, os códigos são examinados para procurar por temas comuns e os temas são examinados para determinar se podem ser organizados em temas superordenados e subordinados (Attride-Sterling, 2001 citado por McLeod, 2011).

Deste modo, a análise das entrevistas transcritas partiu de uma leitura atenta e repetida de todo o material para obter uma visão geral da experiência de cada paciente acerca das atividades do terapeuta que consideraram úteis, tendo sido elaboradas sínteses de cada uma das entrevistas.

A primeira etapa da análise de dados foi a codificação aberta. Através de uma leitura próxima as entrevistas foram codificadas linha a linha, de modo a garantir que não se perdiam informações importantes, identificando-se unidades de significado, segmentos de texto que contêm uma ideia ou significado relativamente à experiência do participante e que representam diferentes aspetos do que se tornou compreensível da experiência de cada paciente.

Desenvolvemos códigos para essas unidades de significado através de um nome que, simultaneamente, categoriza, resume e descreve segmentos de dados, refletindo o seu significado ou, com menos frequência, adotando os termos utilizados pelos pacientes (codificação *in vivo*). Começámos por codificar apenas os excertos que diziam respeito a atividades do terapeuta mas percebemos que era errado fazê-lo dessa forma devido à notória interação e influência entre aquilo que o terapeuta e o paciente fazem, passando a codificar todo o conteúdo da entrevista. Foram utilizadas diferentes cores ao longo da codificação, nomeadamente: vermelho para as atividades do terapeuta diretas, verde para as atividades do terapeuta indiretas e a carvão o restante texto.

Posteriormente, fizemos um levantamento dos códigos que diziam respeito às atividades do terapeuta e elaborámos uma lista para cada entrevista, obtendo 105 itens para a primeira entrevista (E1) e 87 itens para a segunda (E2), uma discrepância que se prende principalmente com o estilo das entrevistas, pois na segunda o paciente falou muito mais sobre si do que propriamente sobre o seu processo terapêutico.

Nessas listas, foram distinguidas por cores as atividades do terapeuta diretas, aquelas que os pacientes referem claramente, das atividades do terapeuta indiretas, inferidas por nós a partir do que os pacientes dizem, de forma a perceber se existiriam

diferenças significativas em termos do seu conteúdo. Tanto numa entrevista como na outra notámos que era irrelevante separar as atividades terapêuticas diretas das indiretas, não existindo diferenças entre ambas.

De seguida, organizaram-se os códigos num grupo inicial de categorias de modo a estabelecer relações, considerando as semelhanças entre conceitos que pareciam associar-se ao mesmo fenómeno. Esta associação tem um carácter provisório e não é mutuamente exclusiva, pelo que consistiu muito na construção e desconstrução devido ao constante questionamento, por exemplo, sobre as categorias criadas serem demasiado amplas, agruparem ideias diferentes que deveriam ser separadas, entre outros.

Fizemos isto para cada entrevista separadamente, o que se mostrou difícil e acabaram por ficar muitos códigos de fora, pelo que agrupámos os códigos das duas entrevistas em categorias, reformulando as categorias existentes para que se pudessem reorganizar e integrar os novos códigos. Comparámos as categorias que as entrevistas tinham em comum e depois focámo-nos nos códigos que sobravam em cada lista e se poderiam formar novas categorias.

Começámos por nomear as categorias de forma provisória, refinando e reformulando os seus nomes à medida que englobávamos novos códigos que foi, por exemplo, o caso da categoria “Adaptou a intervenção ao paciente” que se passou a chamar “Adaptou-se ao paciente”. Nesta primeira fase da análise, ao longo de 9 semanas, construímos 28 categorias com um total de 192 itens, tendo sobrado 23 itens, 12 relativos à primeira entrevista e 11 relativos à segunda.

Após o emergir das categorias verificámos se as ideias centrais de cada entrevista estavam expressas nas mesmas e procedeu-se à codificação axial. Nesta fase comparámos as categorias entre si procurando por pontos em comum, de modo a formar grandes categorias que agrupassem e expressassem os princípios fundamentais do fenómeno que decidimos explorar. Repetimos este processo por diversas vezes, explorando as diferentes possibilidades ou simplesmente para corroborar a organização estabelecida anteriormente até construirmos 4 temas mais abrangentes.

O emergir de um tema vai para além do conteúdo daquilo que a pessoa diz ou da resposta a uma questão específica, é um padrão recorrente que descobre algo significativo sobre o mundo, ou sobre um aspeto particular do mundo, que está a ser estudado (McLeod, 2011). Assim sendo, após várias discussões e reflexão, os 4 temas que emergiram foram melhor pensados e organizados, por fim, em 3 temas.

Quando procedemos à escrita dos temas e das categorias que deles faziam parte voltámos a reorganizar alguns códigos, uma vez que através dos exemplos retirados das entrevistas percebemos que estariam na categoria errada pois o contexto em que a pessoa diz determinada frase ajuda na interpretação e melhor compreensão do seu sentido. Esta nova “arrumação” levou a que algumas categorias deixassem de existir, quer porque os seus códigos integraram outras ou por as próprias categorias se terem agregado a outras, passando de 28 a 21 categorias.

Podemos apontar como exemplo o que aconteceu com as categorias “Flexibilidade em relação aos modelos” e “Utilizou um conjunto de técnicas distintas” que passaram a ser uma só, tendo-se agrupado os códigos de ambas numa nova categoria denominada de “Flexibilidade em relação aos modelos teóricos e técnicas utilizadas”. Outros exemplos dizem respeito a categorias que deixaram de existir, dado que não foram consideradas relevantes para a resposta à nossa questão de investigação, como foi o caso da categoria “promoveu ganhos terapêuticos” ou “gestão do tempo/timing”.

Durante o processo de análise dos dados encontrámo-nos semanalmente, ao longo de 17 semanas, para que pudéssemos discutir as categorias e temas encontrados, fazendo revisões minuciosas, questionando-nos acerca das mesmas em vários momentos e, todas as alterações que considerámos necessárias até desenvolvermos um conjunto consensual de 21 categorias e 3 temas. Este processo envolveu uma movimentação constante entre o conjunto de dados, os segmentos de dados codificados que analisámos e a própria análise dos dados que construímos (Braun e Clarke, 2006).

Importa referir que a análise dos dados foi conduzida por procedimentos manuais, de forma cuidadosa e demorada, sendo conseqüentemente influenciada pela sensibilidade teórica, variabilidade das interpretações e características pessoais das investigadoras. De forma a monitorizar o processo realizado fomos anotando as nossas ideias e raciocínio sobre os dados, categorias e processo sob a forma de *memos* no diário reflexivo, tentando-nos manter, tanto quando possível, fiéis aos significados das vozes dos participantes.

Dois exemplos ilustrativos destas anotações são:

Memo nº9: Qual é a etiqueta ou categoria para “papel central foi acompanhar” + “esteve ali para ele (paciente)”? R: O terapeuta acompanha o paciente e o paciente sente-se acompanhado. Verificar outras categorias possíveis. Decidimos chamar à

categoria: sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado. Esta categoria aparece nas duas entrevistas.

Memo nº15: As duas categorias “facilitar a partilha” e “partilharam responsabilidades” podem ser só uma? R: Não. Mudança de nome. A categoria “partilharam responsabilidades” passa a chamar-se: “fim do processo terapêutico acordado”.

Resultados

Os pacientes referem em ambas as entrevistas que o terapeuta é uma enorme ajuda, “(...) o terapeuta também ajudou-me muito bem (...)” (E1, p7) e “(...) foi uma grande ajuda (...) em relação à minha experiência geral devo dizer que ajudou-me imenso (...)” (E2, p2). Neste trabalho centrámo-nos em compreender quais as atividades dos terapeutas que promovem essa ajuda partindo da questão de investigação “Quais são as atividades do terapeuta que o paciente considera úteis ao processo terapêutico?”.

Depois de várias leituras e discussões entre as investigadoras e de terem sido realizados procedimentos de análise quanto ao conteúdo das duas entrevistas ao longo de 17 semanas encontrámos 3 temas abrangentes sobre o que o terapeuta faz que, na perspetiva dos pacientes, é útil e são eles: 1. o papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança, que compreende ações mais específicas e simultaneamente diretivas; 2. a sua postura na relação, remetendo para as características relacionais do terapeuta valorizadas pelos pacientes; e 3. a adaptação da intervenção terapêutica ao paciente, o tema mais homogêneo que salienta a valorização de uma terapia ajustada ao paciente e às suas necessidades.

Passamos a apresentar os resultados mais detalhadamente com recurso a exemplos ilustrativos retirados das entrevistas, identificadas por um número (E1 ou E2). Uma das ideias que surge relativamente a atividades terapêuticas que os pacientes consideram úteis prende-se com o papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança. Este primeiro tema divide-se em 9 subcategorias baseadas em relatos que apontam que o terapeuta os guiou/orientou, teve atenção ao discurso e sua compreensão, ofereceu novas visões e significados, facilitou a reflexão e a partilha, ensinou-os relativamente ao seu funcionamento, planeou e ajudou-os a planear num sentido lógico e empoderou os pacientes.

Ao valorizarem o papel mais ativo do terapeuta, os pacientes consideram que este os **guiou/orientou** ao longo do processo terapêutico, conduzindo-os, dando sugestões e incentivando-os de modo a alcançarem o que pretendem por eles próprios, referindo “(...) se conseguir meter na situação dessa pessoa e sugerir alternativas (...) sugestões de soluções secas e sem grandes: ‘Ah, veja se quer fazer...’, não, mais: ‘Faz, vai ter que fazer isto, já, agora, você sabe que quer fazer isso, vai pegar no telemóvel e vai seguir em frente ou vai marcar essa data (...)’” (E2, p12/13), ao mesmo tempo que valorizam uma postura de não liderança em que o terapeuta ajuda, suporta e orienta as

suas decisões, mencionando, por exemplo *“Ela fazia-me chegar, de facto, a uma significação diferente da coisa mas minha na mesma, que me fizesse sentido a mim, porque eu é que lá tinha chegado e por isso integrado à partida, não era uma coisa exterior, que eu tivesse que integrar (...)”* (E1, p12).

Os pacientes apreciam que o terapeuta tenha **atenção ao discurso verificando a sua compreensão**, ao resumir e recapitular de forma breve o que foi dito, verificando se percebe o sentido e se o que retira da conversa é o pretendido, apontando *“(...) tentativa de... resumir aquilo que eu tinha dito... para perceber o que eu tinha dito para perceber o sentido (...) e ela tinha encaixado aquilo...”* (E1, p2) ou *“(...) havia uma breve recapitulação do que foi dito, de modo talvez a verificar se era isso efetivamente que a pessoa pretendia que o psicólogo tirasse da conversa (...)”* (E2, p7).

Os pacientes apreciam que o terapeuta lhes **ofereça novas visões e significados**, ao ajudá-los a considerarem diferentes perspetivas, verem as coisas de outra maneira ou aperceberem-se delas pela primeira vez e a alterar, construir ou reformular significados tal como ao dar-lhes uma solução ou visão diferente, demonstrado em afirmações como *“(...) o que a [nome da terapeuta] fez também nas sessões, que é tentar ver isto da perspetiva da outra pessoa e perceber que para todas as situações também há um contributo que vem do outro lado e a outra pessoa sente-se afetada com a situação de maneiras diferentes (...)”* (E2, p26) e *“(...) íamos chegar a outra significação para isso (...) Ela fazia-me chegar, de facto, a uma significação diferente das coisas (...)”* (E1, p12/13).

O terapeuta **facilitar a reflexão** aos pacientes é igualmente valorizado, desbloqueando e dando contributos relevantes que os fizeram pensar ao mesmo tempo que refletia as coisas que eles traziam e os incentivava a sugerir soluções para os seus problemas, como são exemplos *“(...) que nos faz também pensar depois noutra coisa e que nos faz pensar OH! Nunca tinha pensado nisso assim ah... e é um desbloqueio enorme que sozinho ou.. é muito mais difícil.”* (E1, p13) e *“(...) contribuir com coisas que são relevantes e que me fizeram pensar (...)”* (E2, p 5).

Também é considerado útil o terapeuta **ensinar o paciente relativamente ao seu funcionamento** usando a forma como este estabelece a relação terapêutica, ao sinalizar como exerce determinados padrões, ajudando-o a compreender como funciona e chega àquele momento e a explorar as atribuições que faz, em passagens como *“Acho que me responsabilizava era por mim e pelos outros (...) e às vezes na própria relação com ela..., ela pontuava isso. (...) eu estar... preocupada com ela (...) era do género: Comigo preocupo-me eu, deixe lá! (...) eu acho que aprendi coisas sobre mim, sei lá,*

através de técnicas ou das conversas, depois acho que também aprendi coisas na relação, por causa da relação.” (E1, p19/20) ou “(...) conseguir balizar-se mais ou menos o que é que tinha sido a minha experiência passada, o que é que me tinha levado a chegar àquele momento, como é que eu abordava no dia-a-dia, como é que era o meu processo de tomar decisões (...) conseguir ler uma pessoa e criar um certo perfil associado a essa pessoa (...)” (E2, p11).

Outra atividade útil do terapeuta foi **facilitar a partilha**, na medida em que simplificou o processo de partilha aos pacientes acerca da sua situação, dando-lhes segurança, confiança e liberdade para se exporem e para exporem aquilo que pretendiam e fazendo com que percebessem a sua postura corporal, comportamento verbal e forma de falar como disponíveis, referindo *“O que é que ela me deu mais? Segurança! De uma certeza de poder confiar...” (E1, p20) e “(...) simplificou um bocado o processo de eu também acabar por abrir e contar ou explicar a minha situação e contar a minha história (...)” (E2, p3).*

Os pacientes também valorizam que o terapeuta **planeie e ajude a planear num sentido lógico**, abordando os assuntos e problemas racionalmente, distinguindo diferentes tópicos e a sua relevância, planeando um caminho, dividindo em tarefas e estabelecendo metas e objetivos a implementar, exemplos disso são *“(...) às vezes falávamos de objetivos mais concretos (...)” (E1, p17) ou “(...) para mim o ideal foi mesmo haver um caminho delineado (...) tentar rever os meus procedimentos dia-a-dia e todo o meu processo de trabalho, tentar implementar metas, objetivos (...) estabelecer essas metas e esses objetivos (...)” (E2, p 4).*

Os pacientes parecem valorizar o terapeuta **identificar e aprofundar questões problemáticas**, identificando e ajudando o paciente a identificar questões problemáticas, orientando-o nesse sentido e explorando-as mais profundamente, afirmando *“(...) talvez aí houvesse um pouco de negação da minha parte em enfrentar esses problemas... e pronto, aí houve mais desenvolvimento dessas situações e acabou por se chegar assim a alguns cerne que custaram talvez um pouco a abordar, a falar, a discutir, a trazer à tona e não sei (...) fazendo-me talvez conseguir ver onde é que existe o problema, onde é que estava a situação, aquilo exatamente o que é que eu estava a causar de entraves a mim próprio, quando talvez eu próprio achasse que o problema era uma coisa completamente diferente... chegar à raiz das questões e etc...” (E2, p6/26).*

Finalmente, é considerado útil o terapeuta **capacitar os pacientes** ao longo do tempo, restaurando-lhes poder através do reenquadramento positivo daquilo que viam

como negativo, reforçando as suas qualidades positivas, devolvendo a imagem positiva que tinha deles justificando porquê e encontrando formas mais positivas de se verem,“(...) *um... reforço das minhas qualidades positivas, um reenquadramento positivo daquilo que eu via como negativo e ela conseguiu (...) que eu chegasse lá e isso restaurou-me um certo... não sei, poder na minha pessoa (...) alguém que está a reforçar os meus aspetos positivos.*” (E1, p1/2), mas também dando-lhes a capacidade de pedirem ajuda mais vezes e ajudando-os a concretizar determinadas coisas “(...) *experiências que nunca tinha tentado levar para a frente foi uma coisa que tirei boa do acompanhamento psicológico, no sentido em que consegui (...) fazer com que a minha vida se tornasse uma coisa mais do presente (...)*” (E2, p10).

O segundo tema que emergiu nos relatos dos pacientes acerca do que consideram ser atividades terapêuticas úteis prende-se com a postura do terapeuta na relação com o paciente e está dividido em 8 subcategorias, remetendo para atividades terapêuticas específicas nas interações e onde o terapeuta criou as condições relacionais para que o paciente, por um lado, se sentisse acompanhado, suportado e aceite ao criar uma relação/ligação empática e livre de preconceitos, julgamentos e rótulos e por outro, que se tenha revelado direto, se tenha auto revelado e se tenha mostrado “transparente”.

Começando pela caracterização da **ligação/empatia** na relação, os pacientes referem que o terapeuta se ligou e relacionou com eles de forma genuína, colocando-se na sua situação e empatizando com facilidade, nomeadamente “(...) *uma das primeiras coisas que para mim foi muito importante foi sentir que... que aquela pessoa estava a tentar encontrar o meu comprimento de onda, não sei, a tentar sintonizar comigo, pronto é aquela sensação da empatia quando é connosco...*” (E1, p1) e “(...) *é mesmo preciso haver uma grande capacidade de se ligar ou criar empatia com a pessoa com quem está a falar ao ponto de se conseguir meter na situação dessa pessoa (...)*” (E2, p12).

Os **sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado** também são valorizados pelos pacientes e, tal como o nome indica, prendem-se com o terapeuta fazê-los sentir acompanhado na sua experiência, o que se verifica em testemunhos como “(...) *havia uma pessoa que estava ali para mim (...). E percorri uma parte do caminho acompanhada por esta pessoa (...)*” (E1, p8/15) ou “(...) *de certo modo levou-me a sentir também que havia um certo acompanhamento pessoal da minha experiência (...)*” (E2, p20). No entanto esse acompanhamento é ainda descrito como tendo a medida certa, não sendo demasiado presente ou intrusivo, sendo

referido “Às vezes tinha muito a sensação (...) quando estava nesses modos e a passar pela experiência, a terapeuta estava lá (...) mas era quase como se ela não estivesse.” (E1, p7) e “(...) esse sentimento de conseguir estar lá e ao mesmo tempo não estar demasiado lá...” (E2, p18).

Os pacientes sentiram como útil o facto do terapeuta lhes **dar suporte** de forma adequada aquando da partilha, suportando aquilo que iam transmitindo de uma maneira que para eles era correta e lhes deu conforto, afirmando “*Sempre senti que ela suportava as coisas (...) eu sentia, se calhar... um impacto ou uma certa emocionalidade, não sei, mas que não era uma coisa despropositada, era uma coisa adequada ao contexto (...)*” (E1, p2).

A **aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos** também é vista pelos pacientes como benéfica na medida em que o terapeuta fez o paciente sentir-se aceite, enquanto pessoa e relativamente ao conteúdo das suas partilhas, afirmando “*(...) foi uma sensação... hum... de aceitação de quem eu era, da forma como eu era, das coisas que eu partilhava ali...*” (E1, p1), sem julgamentos de valor, preconceitos ou rótulos em relação ao que era partilhado e possibilitando ao paciente discordar da sua visão, o que é expresso, por exemplo, em “*Ah... e... ela nunca deu um outro nome a isso (...) não era a pessoa de fora... que me estava a dar um nome para aquilo que eu estava a sentir (...) às vezes o feedback que ela me dava (...) era só um feedback, não era alguma coisa que eu tivesse que me ver assim (...)*” (E1, p12).

Os pacientes também valorizam a **postura neutra** do terapeuta, que se prende com não influenciar, não tomar partidos e distanciar-se o suficiente dos assuntos abordados, transmitida pela sua linguagem verbal e não verbal e pela forma como expôs as ideias, o que se pode observar nestas passagens “*(...) achei que foi bom também haver uma abordagem neutra da parte da (...) alguma perícia em conseguir manter um lado neutro durante a conversa (...)*” (E2, p5) e “*(...) voltando à linguagem corporal, o tom de voz, até as palavras, a maneira como se expõe uma ideia que acabou por incutir em mim a noção de que havia um certo sentimento de neutralidade (...) essa neutralidade para mim se calhar é isso, a capacidade de se distanciar o suficiente do assunto para vê-lo quase na perspetiva de uma terceira pessoa*” (E2, 17).

Outra atividade terapêutica útil é a **abordagem direta** do terapeuta, no sentido de ser direto em relação àquilo que comunica e à forma como o faz, bem como em relação ao que pensa e pretende, como podemos verificar nestes excertos “*(...) ela falava comigo... diretamente (...)*” (E1, p6) e “*(...) não andar muito aos rodeios, com rodeios em relação àquilo que pretendia dizer, que pretendia que eu retivesse de uma*

conversa ou os tópicos abordados (...) abordou as coisas sem papas na língua (...)” (E2, p3).

A **transparência na relação terapêutica** é igualmente valorizada pelos pacientes e compreende a abordagem por parte do terapeuta de diversos aspetos do processo terapêutico de forma “transparente”, tais como aquilo que sentem, como funciona, o que se pretende, o término ou até transmitir a sua impressão acerca do paciente e das aprendizagens feitas ao longo desse processo e são exemplos disso: *“Eu nunca senti e nem pelos vistos ela terá sentido, porque nunca me comunicou isso e nós tínhamos muito isso: trazer para a própria sessão o que estivéssemos a sentir sobre o processo (...)*” (E1, p2) ou *“(...) explicarem-me mais ou menos como é que iria suceder, como é que se pretendia que as coisas seguissem, que rumo é que se pretendia tomar (...)*” (E2, p21). Esta categoria remete ainda para a definição clara de limites e papéis na relação, em que o terapeuta centra a sua preocupação no paciente, dizendo, por exemplo, *“(...) ele definiu bem os limites da relação (...) houve, para aí uma ou duas vezes de... de sei lá, eu estar... preocupada com ela quase (...) e ela perguntava-me muito... nunca disse isto assim mas era do género: Comigo preocupou-me eu, deixe lá! E faça lá o que tem a fazer e...”* (E1, p19/20).

Por último, os pacientes apontam como uma atividade terapêutica útil o terapeuta se **auto revelar**, referindo que este não tinha inibições de partilhar, partilhava coisas da vida pessoal e comovia-se *“(...) foi um momento em que ela fez uma das poucas auto revelações que houve no processo (...) dizer que também no contexto de um workshop que tinha feito, que tinha a ver com trabalhar emoções etc., que ela própria tinha abordado esta coisa da raiva, nela própria... e que se identificava um bocadinho com este meu... medo (...)*” (E1, p3).

Quanto ao terceiro e último tema que surge, os pacientes reconhecem como útil o terapeuta adaptar a intervenção terapêutica ao paciente e contém 4 subcategorias que parecem realçar a adaptação da intervenção terapêutica pelo terapeuta às características e necessidades do paciente.

A primeira atividade terapêutica sentida pelos pacientes como útil é o terapeuta **adaptar-se ao paciente** e tal como o nome da categoria indica é a adaptação do terapeuta ao paciente, indo ao encontro e acompanhando a sua forma de ser e estar, sendo referido em excertos como *“O meu comportamento (...) era disponível (...) e sentia que isso, era de alguma forma acompanhado, de alguma forma espelhado (...) Como se tivesse alguém à frente que estava a acompanhar a minha forma de estar... e também a retribuir nessa, nessa... mesma linguagem que era a minha (...)*” (E1, p1) ou

“(...) vou abordar este assunto assim e ver como é que ele reage e então ver se a reação for boa continuar a abordar as coisas assim ou não... e nesse caso, ter que perceber o que é que embateu na personalidade da pessoa que estava efetivamente à procura de ajuda e adaptar... (...)” (E2, p13).

Os pacientes valorizam o terapeuta **identificar e responder às necessidades do paciente**, referindo que o terapeuta percebeu quais as suas necessidades e deu-lhes resposta, a partir de descrições como *“(...) foi ao encontro daquilo que eu precisava...” (E1, p 5)* ou *“(...) não sei o que é que ela me deu... deve-me ter dado imensas coisas que fossem ao encontro das necessidades que eu já tinha, não sei...” (E1, p 19)* e que o fez de acordo com as expectativas do paciente, considerando a passagem *“(...) houve aí nessa fase uma boa leitura do lado da psicoterapeuta de em que ponto da situação é que eu me encontrava face àquilo que eu pretendia tirar da minha, pronto da minha procura de ajuda (...)” (E2, p21).*

O terapeuta **perceber como e o que funciona com os pacientes** também é considerado benéfico pelos últimos, afirmando que este sabia o que funcionava com eles, qual a abordagem a adotar e a melhor forma de o fazer, por exemplo *“(...) ela encontrou o que funcionava comigo e eu acho que isso é muito importante (...) perceber o que é que aquela pessoa precisa e o que é que funciona com ela...” (E1, p18)* e *“(...) foi bom haver do lado da profissional a capacidade de perceber mais uma vez que era essa a abordagem certa para ter comigo (...) havia uma capacidade de saber, uma frase bem colocada e dita de uma maneira talvez mais imperativa e não tanto sugestiva, funcionou melhor comigo e compreendo que com outras pessoas talvez não funcionasse...” (E2, p13).*

Os pacientes consideram ainda como útil a **flexibilidade quanto aos modelos teóricos e técnicas utilizadas** pelo terapeuta, que transmite abertura em relação aos modelos teóricos, utilizando um conjunto de estratégias e técnicas de diferentes escolas terapêuticas e mostrando flexibilidade nas tentativas sobre a própria intervenção, o que é realçado no seguinte testemunho: *“Foi importante para mim, já agora, perceber que ela, que a minha terapeuta, não se fechava numa escola terapêutica (...) eu não senti que ela estivesse muito fechada numa [única] forma de resolver as coisas. Era o que ia fazendo sentido (...) não me estava a sentir analisada, ou analisada à luz de uma escola, ou com um conjunto de técnicas que vêm de uma escola (...)” (E1, p17/22).*

De seguida, é apresentado um quadro resumo com os temas e categorias que emergiram ao longo da análise dos dados.

Temas	Categorias
<p>Papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guiou/Orientou - Atenção ao discurso verificando a sua compreensão - Ofereceu novas visões e significados - Facilitou a partilha - Ensinou o paciente relativamente ao seu funcionamento - Facilitou a reflexão - Planeou e ajudou a planear num sentido lógico - Capacitou o paciente - Identificou e aprofundou questões problemáticas
<p>Postura do terapeuta na relação com o paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação/empatia - Sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado - Suportou - Aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos - Postura neutra - Abordagem direta - Autorrevelação - Transparência na relação terapêutica
<p>Adaptar a intervenção terapêutica ao paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou e respondeu às necessidades do paciente - Adaptou a intervenção ao paciente - Percebeu como e o que funcionava com o paciente - Flexibilidade em relação aos modelos teóricos e técnicas utilizados

Quadro 1 – Perspetiva global dos temas e categorias resultantes da análise dos dados

Discussão

Os contributos dos participantes do nosso estudo relativos à questão de investigação “*Quais são as atividades do terapeuta que os pacientes consideram úteis ao processo terapêutico?*” podem ser organizados em três temas: i) o papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança, que compreende ações mais específicas e simultaneamente diretivas; ii) a postura do terapeuta na relação, remetendo para características relacionais valorizadas pelos pacientes; e iii) a adaptação da intervenção terapêutica ao paciente e às suas necessidades e características.

Relativamente ao primeiro tema, os pacientes consideram úteis atividades terapêuticas promotoras de mudança, valorizando o papel ativo do terapeuta enquanto indivíduo que os ajuda e promove mudança ao longo de todo o processo terapêutico, podendo ser divididas em três grupos. Mais especificamente, é possível distinguirem-se atividades terapêuticas demonstrativas de uma atenção e compreensão do terapeuta mais focada no discurso do paciente. Estas atividades terapêuticas permitem ao paciente tirar maior proveito da terapia enquanto espaço de partilha e reflexão facilitando esses processos. No fundo, são atividades através das quais o terapeuta vai seguindo o que o paciente lhe transmite e agindo em conformidade. Para além deste aspeto, os pacientes valorizam também atividades mais diretivas, reconhecendo valor na forma como o terapeuta conduz a terapia num sentido significativo e benéfico para eles, guiando e orientando, propondo novas visões e significados, ajudando a planear num sentido lógico, identificando questões problemáticas e ajudando-os a refletir acerca do seu funcionamento. Por último, os pacientes destacam a importância das atividades terapêuticas os capacitarem e empoderarem.

Os relatos dos pacientes do nosso estudo quanto ao papel mais ativo do terapeuta relacionam-se, de forma geral, com os resultados obtidos por Levitt, Butler e Hill (2006) num estudo que propôs identificar componentes e princípios da experiência de psicoterapia que pudessem guiar o processo terapêutico, relativamente ao tema “Intervenção terapêutica: estruturando um foco no qual encorajar a reflexividade e a autodescoberta do cliente”. Nesse estudo, os pacientes identificaram um conjunto de atividades terapêuticas que os ajudaram a expressar-se, a aumentar a autoconsciência e que promoveram o processo reflexivo, demonstrando que o terapeuta tentou suportar o seu progresso e guiá-los a novas compreensões, tais como ser desafiador, identificar padrões, ensinar autorreflexão, oferecer novas perspetivas, permitir experiências

emocionais, permitir expressarem-se e questionar o significado dos pacientes (Levitt, Butler e Hill, 2006).

No mesmo sentido, em termos teóricos, Paul Wachtel (2011) ao abordar a questão do “leading”, que define como sendo as competências do terapeuta para guiar sessões orientando a discussão numa direção terapêutica significativa, refere um conjunto de técnicas usadas habitualmente pelos terapeutas. De entre essas técnicas, é possível distinguir algumas que estão de acordo com as nossas descobertas, tais como a proposta de perspectivas alternativas em que apesar do paciente ter o seu ponto de vista, o terapeuta pode oferecer-lhe uma nova perspectiva que pode ser benéfica no avanço do processo terapêutico. Esta dimensão aparece no nosso estudo referida pelos pacientes como o terapeuta oferecer novas visões. Para além disto, o autor acima citado refere a técnica generalizar que propõe identificar padrões facilitadores e disfuncionais na vida do paciente, permitindo ao terapeuta sugerir planos de intervenção que possam identificar problemas recorrentes, sequências e consequências de eventos ou estabelecer comportamentos básicos. Esta dimensão parece ser coincidente com aquilo que os pacientes do nosso estudo assumem como o terapeuta ensiná-los relativamente ao seu funcionamento. Finalmente, é referida pelo autor a técnica dirigir, pois considerando a relação terapêutica como produtiva é da responsabilidade do terapeuta manter a discussão focada em questões relevantes para os objetivos da terapia. Um dos aspetos destacados pelos pacientes no nosso estudo foi exatamente o terapeuta planear e ajudá-los a planear um sentido lógico para o processo.

Os nossos pacientes acrescentam, aos aspetos referidos por Wachtel (2011) a importância do terapeuta lhes facilitar os processos de partilha e de reflexão, “(...) a postura corporal dela, o comportamento verbal e a forma de falar (...) era disponível (...)” (E1, p1) ou “(...) acabava por me deixar expor aquilo que eu queria dizer (...)” (E2, p12) o que não está tão relacionado com um conjunto de técnicas e indicações específicas, mas mais com a forma como este os coloca e faz sentir à vontade promovendo essa partilha e reflexão, uma vez que os pacientes não dizem especificamente mas de forma genérica que o terapeuta desbloqueia, incentiva ou simplifica, oferecendo contributos relevantes e a segurança e confiança necessárias à exposição e reflexão das suas ideias sem restrições.

Relativamente à importância do terapeuta capacitar o paciente, a categoria é bastante homogénea e reflete a ideia do terapeuta ter fortalecido o paciente que passou a ver-se a si próprio de uma maneira mais competente e positiva. O que os pacientes afirmam acerca do terapeuta os capacitar, “(...) reformular, encontrar formas mais

positivas... ou seja, eu podia estar um caos completo mas ela encontrava qualquer coisinha em que... eu tinha sido bestial! (...) fez um empowering ao longo do tempo" (E1, p19), está em conformidade com os resultados do já referido estudo de Timulak (2007) que encontrou uma categoria que apelidou "*empowerment*" e que consiste em impactos nos quais o paciente experienciou um novo sentido de força pessoal para lidar com os problemas, auto-percepções e dificuldades interpessoais, teve um sentimento de desenvolvimento pessoal, experienciou validação interpessoal ou reconhecimento de autodesenvolvimento.

No fundo, o conjunto de ações do terapeuta que os pacientes referem neste tema possibilitam-lhes uma determinada mudança, o que se relaciona com o propósito das respostas de ação, referidas por Cormier e Cormier (1998) como oferecendo ao paciente formas alternativas de se ver a si próprio e ao mundo e que requerem do terapeuta uma boa gestão em termos da preocupação e julgamento.

No que diz respeito ao segundo tema, a postura do terapeuta na relação também foi valorizada pelos pacientes do nosso estudo, pela forma como o terapeuta os acompanhou, suportou e aceitou, pela abordagem direta, pela auto-revelação, pela ligação, pela transparência e neutralidade. A maioria dos aspetos considerados pelos pacientes do nosso estudo são consistentes com pesquisa anterior que pretendeu explorar processos úteis em terapia (Elliott, 2008; Watson e Cooper, 2012), podendo dizer-se que de modo geral está de acordo com a literatura dos *helpful factors*.

Mais especificamente, os nossos participantes dão importância à aceitação livre de preconceitos, julgamentos e/ou rótulos pelo terapeuta, "*(...) sempre senti que era livre de julgamentos de valor, não é, de lugares comuns (...) nem lhe deu um significado completamente ao lado (...)*" (E1, p2/3). Este resultado vai de encontro, para além dos estudos referidos acima, aos resultados do estudo de Roussos, Braun e Olivera (2017) que avaliou eventos na terapia identificados pelos pacientes como significativos e/ou mudanças no seu funcionamento psicológico a partir de relatos sobre experiências corretivas e mudanças relacionadas com a terapia, relativamente ao tema "condições facilitadoras" que inclui competências de relacionamento do terapeuta valorizadas pelos pacientes: o ter criado um espaço seguro e sem julgamento e o sentimento de ter sido apoiado o que é também consistente com a categoria "reafirmação/apoio/segurança" emergente no estudo de Timulak (2007) em que os pacientes relataram experiências de confiança e aceitação providas pelo terapeuta.

Os resultados que obtivemos sobre a valorização da partilha e autorrevelação dos terapeutas pelos pacientes, "*(...) a minha terapeuta chorou (...)* e o facto da pessoa

se comover, com uma pessoa, com uma experiência que é tao forte para nós (...) para mim também foi significativo da ligação que nós tínhamos...” (E1, p8), são consistentes com dois estudos citados por Hill e Knox (2001), o de Hill *et al.* (1988) que descobriu que os pacientes experienciavam um maior envolvimento com os seus sentimentos e deram classificações como mais úteis a terapeutas que se autorrevelaram e o de Ramsdell e Ramsdell (1993) em que ex-pacientes classificaram a partilha de informações pessoais pelos terapeutas como sendo benéfica na terapia. Os pacientes do nosso estudo também valorizam a autorrevelação do terapeuta em resposta à sua própria autorrevelação, conforme os resultados da pesquisa de Barrett e Berman (2001), citado por Hill e Knox (2001) onde pacientes que receberam mais autorrevelações recíprocas dos seus terapeutas, em resposta a autorrevelações semelhantes, referiram “gostar” mais deles e apresentaram menos sintomas após a terapia do que os pacientes que tinham recebido menos autorrevelações recíprocas, no entanto, é de sublinhar que a frequência ou intimidade das suas próprias autorrevelações não foi diferente nos 2 grupos.

Finalmente, o último tema reflete a valorização por parte dos pacientes das atividades do terapeuta que sentem que foram adequadas. Este resultado é consistente com a literatura que valoriza a importância de uma resposta sensível dos terapeutas ao contexto e ao paciente individual. A importância da flexibilidade do terapeuta, em relação aos modelos teóricos e técnicas utilizados, e a sua resposta às necessidades do paciente são aspetos da ação do terapeuta consistentemente abordados na literatura.

O que os pacientes do nosso estudo referem relativamente à flexibilidade e abertura dos terapeutas na utilização dos modelos teóricos e técnicas consoante as exigências da própria intervenção e o que fazia sentido para o paciente vai de encontro ao que Rodgers (2002) defende acerca dos terapeutas se tornarem mais úteis para os pacientes quando consideram diferentes teorias e abordagens na terapia e são flexíveis a combiná-las, para que se ajustem a pacientes individuais. Os nossos resultados também estão de acordo com os do estudo de Roussos, Braun e Olivera (2017) quanto ao tema a que chamaram “condições facilitadoras” que, para além de habilidades relacionais, incluiu fatores técnicos e no qual os pacientes relataram valorizar a flexibilidade do terapeuta, mencionando intervenções que refletiram a heterogeneidade dos quadros terapêuticos utilizados.

Muitas das vezes, os relatos dos pacientes do nosso estudo quanto à importância da flexibilidade do terapeuta interligam-se com o que referem sobre identificar e dar resposta às suas necessidades, “...*eu sinto que foi muito ao encontro*

(...) das minhas necessidades (...) perceber o que é que aquela pessoa precisa...” (E1, p17/18), valorizando que os terapeutas terem sido flexíveis quanto aos modelos teóricos e técnicas utilizadas, de modo a darem a resposta mais adequada às necessidades dos pacientes. Esta ideia está em concordância com Maslow (1966), citado por Zilcha-Mano (2018), que argumentou que os pacientes prefeririam que o terapeuta ajustasse a terapia às suas características e necessidades pessoais ao invés de serem eles a ajustarem-se aos modelos e agenda do terapeuta. Também Silberschatz (2015) afirma que psicoterapeutas eficazes tendem a adaptar as suas intervenções de forma a darem a melhor resposta possível aos problemas, necessidades ou objetivos específicos dos pacientes.

Para além destes aspetos da ação do terapeuta já abordados na literatura, encontrámos no nosso estudo outros aspetos relevantes relativos à questão do terapeuta se adaptar ao paciente e perceber o que e como funciona com ele, “... *foi o trabalho dela descobrir o que é que funcionava comigo e de se adaptar também à minha linguagem, etc, ao que funcionava comigo...*” (E1, p13). A partir das narrativas dos pacientes do nosso estudo é possível notar uma interação no que respeita ao terapeuta adaptar-se ao paciente, abordando-o de uma maneira semelhante à sua e, percebendo o que e como funciona, adaptar a intervenção à forma de funcionar do paciente, “... *foi compatível com a minha maneira também de abordar os tópicos...*” (E2, p17).

Para os pacientes do nosso estudo, o terapeuta ter em consideração as suas particularidades, “... *é conseguir trabalhar, não digo os defeitos, mas as peculiaridades de cada pessoa...*” (E2, p11) aquando da escolha dos modelos de intervenção e na própria comunicação entre eles são ações terapêuticas vistas como úteis. Esta adaptação já foi defendida por Millon e Grossman (2007) que relativamente à escolha da modalidade terapêutica, consideram que esta se deve basear na configuração de traços pessoais de cada paciente, combinando e delineando modelos integrativos que contribuam para otimizar e tornar a terapia mais breve e eficaz, espelhando o estilo pessoal de funcionamento do paciente. Também Kramer e Stiles (2015) referiram que os terapeutas não respondem apenas aos requisitos dos pacientes mas também às suas características, adaptando os princípios e ferramentas da sua abordagem às pistas interpessoais que lhes são fornecidas.

Assim, apesar de já existir investigação qualitativa que defende a importância da adaptação dos processos terapêuticos aos pacientes, o que o nosso estudo mostra é que também os próprios pacientes consideram e valorizam a adaptação feita pelo terapeuta como útil ao processo terapêutico.

Esta ideia de uma psicoterapia adaptada ao paciente poderá remeter para o conceito de psicoterapia personalizada defendido por Millon e Grossman (2007) que dizem “não acreditar que todas as psicoterapias o sejam” por considerarem que a maioria dos terapeutas atende de forma superficial às qualidades pessoais específicas dos pacientes devido ao viés implícito que trazem para a terapia, isto é, por preferirem determinadas teorias ou técnicas terapêuticas. Ao invés, na psicoterapia personalizada, o foco está no conjunto de atributos únicos do paciente, na sua natureza e proeminência, sendo posterior a decisão sobre a possível combinação e sequência de orientações terapêuticas e metodologias a usar (Millon e Grossman, 2007). No mesmo sentido, Lutz, Zimmermann, Müller, Deisenhofer e Rubel (2017) mencionam uma abordagem personalizada, que recorre a ferramentas de previsão e de adaptação personalizadas, defendendo que se poderiam obter melhores resultados nas intervenções psicológicas com a utilização de recomendações empíricas sobre as abordagens ou estratégias terapêuticas mais promissoras para determinado paciente, dadas as suas características específicas – ferramentas de previsão – e complementando as modalidades de tratamento tradicionais com medições contínuas de resultados e feedback ou ferramentas de solução de problemas – ferramentas de adaptação – através das quais se adapta o tratamento à individualidade dos pacientes.

De salientar ainda a consonância das nossas descobertas com a ideia proposta por Rodgers (2002) do terapeuta trabalhar num sentido que corresponda às necessidades do paciente possibilitando-lhe obter mais benefícios, utilizando a metáfora de uma “boa ferramenta” que se molda à mão do seu usuário como sendo mais útil do que uma que não o faça, salientando a sua solidez e força. O autor sugere que o terapeuta tenha em consideração as suas teorias acerca da terapia e da mudança e que se fundamente, simultaneamente, em si próprio e na sua crença sobre como funcionam os requisitos solicitados pelos pacientes.

Considerações Finais

Com o objetivo de melhor compreender o modo como o processo psicoterapêutico funciona, utilizámos os relatos de dois ex-pacientes de psicoterapia analisando as atividades do terapeuta referidas como úteis na promoção do seu bem-estar e no processo psicoterapêutico realizado.

Tendo havido na investigação em psicoterapia uma valorização progressiva da inclusão da perspetiva sobre o processo terapêutico, no nosso estudo decidimos explorar as perspetivas de ex-pacientes de psicoterapia sobre as atividades do terapeuta que os ajudam nesse processo, o que, tanto quanto sabemos, nunca terá sido levado a cabo com ex-pacientes de psicoterapia em Portugal.

Partindo da transcrição de duas entrevistas utilizámos a Análise Temática para analisar as experiências de ex-pacientes de psicoterapia. Considerando o objetivo a que nos propusemos e os resultados obtidos, parece-nos que a metodologia escolhida foi a mais adequada pois permitiu-nos expandir o nosso conhecimento acerca do tema estudado, fazer descobertas consistentes com resultados de outros estudos semelhantes realizados noutros contextos.

Assim, os resultados desta investigação apontam um conjunto de atividades do terapeuta úteis enquadradas em três grandes grupos que enfatizam: i) o papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança, compreendendo ações terapêuticas mais específicas e simultaneamente diretivas baseadas em relatos que apontam que o terapeuta os guiou/orientou, teve atenção ao discurso e sua compreensão, ofereceu novas visões e significados, facilitou a reflexão e a partilha, ensinou-os relativamente ao seu funcionamento, planeou e ajudou-os a planear num sentido lógico e empoderou os pacientes; ii) a postura do terapeuta na relação com o paciente, remetendo para atividades específicas das interações onde o terapeuta criou as condições relacionais para que o paciente, por um lado, se sentisse acompanhado, suportado e aceite ao criar uma relação/ligação empática e livre de preconceitos, julgamentos e rótulos e por outro, que se tenha revelado direto, se tenha auto revelado e se tenha mostrado “transparente”; iii) a importância do terapeuta adaptar a intervenção terapêutica ao paciente, realçando a adaptação da intervenção terapêutica pelo terapeuta às ao paciente e às suas necessidades e características.

Por ter sido o tema mais homogéneo e o que mais novidades trouxe, iremos focar-nos nestas considerações finais na questão da adaptação da intervenção terapêutica ao paciente.

Considerando que existe a preocupação em adaptar-se a terapia para melhor responder às necessidades dos pacientes desde o início da psicoterapia moderna, um processo que apesar de ter recebido diferentes nomes, i.e., adaptação, capacidade de resposta, sintonização, combinação, personalização, customização, individualização, tem como objetivo fundamental aumentar a eficácia da terapia adaptando-a à individualidade do paciente e singularidade do seu contexto (Norcross e Wampold, 2011), as conclusões da presente investigação vão de encontro à mudança no foco de “um diagnóstico específico para uma terapia específica”, onde a pesquisa e a prática de psicoterapia se começam a aproximar para se tornar numa terapia personalizada ao paciente (Zilcha-Mano, 2018).

Uma das dificuldades de implementação desta adaptação é referente ao que propõe Eversole (1997) sobre os terapeutas não se limitarem aos papéis de psicoterapia tradicionais delineados por quadros de prática ditados, em grande parte, pela teoria que orienta os trabalhos, tendo que sair desse quadro e ultrapassar os limites comuns estabelecidos conforme é necessário, o que vai exigir o desenvolvimento de um grande repertório de habilidades e recursos e de uma seleção deliberada, ética e teoricamente sólida de respostas terapêuticas que lhes permita responder às diferentes necessidades dos pacientes. Neste sentido, também Kramer e Stiles (2015) defendem que a capacidade de resposta dos terapeutas aos requisitos e características dos pacientes não deve ser vista como uma técnica, agente de mudança ou comportamento específico, mas como um princípio genérico e omnipresente de regulação interpessoal e sintonização que vai exigir respostas distintas consoante as circunstâncias emergentes, considerando o paciente, o contexto e a sua abordagem terapêutica, como estando na base da boa prática.

Os dados obtidos, de um modo geral, sugerem que as atividades do terapeuta devem ser adaptadas e compatíveis com as necessidades, visões e planos dos pacientes, o que já foi afirmado por Silberschatz (2015) ao investigar se terapeutas mais recetivos aos problemas e necessidades dos pacientes obtêm melhores resultados do que terapeutas menos responsivos, verificando que a medida em que os terapeutas respondem aos planos de intervenção dos pacientes de forma compatível é um forte preditor do resultado do tratamento e de um sentimento de positividade por parte dos pacientes para com a sua experiência terapêutica.

Apesar de já existir investigação qualitativa que defende a importância de os terapeutas adaptarem os processos terapêuticos aos seus pacientes, o que este

trabalho acrescenta é serem os próprios pacientes a dizê-lo como uma das atividades do terapeuta que promoveu o seu bem-estar e processo psicoterapêutico.

Importa ainda salientar duas ideias fundamentais notórias ao longo deste estudo. Em primeiro lugar, o papel ativo e central do paciente no processo terapêutico, que se vê como ator principal e conseqüentemente possibilita ao terapeuta um conjunto de outras ações terapêuticas, sendo até afirmado por Lambert (1992) e Wampold (2001), citados por Norcross e Lambert (2011) que os contributos dos pacientes para o resultado da psicoterapia são muito maiores que os de um método ou técnica terapêutica particulares. Por outro lado, a notória interação entre atividades do paciente e atividades do terapeuta, sendo umas respostas das outras e vice-versa, o que vai de encontro ao defendido por Gabalda, Ruiz e Aguilar (2014) de que não só o terapeuta deve ser sensível às necessidades e pedidos do paciente, como o paciente também deve ser responsivo às atividades terapêuticas e desafios na sessão.

Este estudo é condicionado pelas amostras de pesquisa qualitativa, que são reduzidas para permitir uma análise detalhada. Embora nos tenhamos concentrado em dois contributos de pacientes, consideramos ter conseguido capturar a riqueza das suas experiências individuais como ponto de partida para construir e expandir essas ideias, pois a análise qualitativa cuidadosa, mesmo que de um único caso, é de grande valor na compreensão do alcance dos resultados, dos contextos em que os resultados emergem e dos mecanismos que os produzem (Flyvberg, 2006 citado por Valkonen, Hänninen e Lindfors, 2011). Também podemos apontar como uma limitação o facto das narrativas dos pacientes, enquanto recordações retrospectivas, poderem ser afetadas pela sua capacidade de memória e até mesmo pela sua capacidade de colocar a sua experiência em palavras.

Investigações recorrendo a um maior número de entrevistas analisadas, iriam permitir atingir a saturação teórica, o que não foi possível devido ao tempo disponível para a realização deste estudo, uma vez que estudos que visem teorizar exigem amostras mais extensas que os que pretendem fornecer descrições detalhadas de fenómenos localizados (Tweed e Charmaz, 2012) e a quantidade de dados a recolher depende, para além do objetivo do estudo, do acesso, tempo e recursos disponíveis (Fernandes e Maia, 2001).

Como proposta para estudos futuros, seria interessante desenvolver e expandir esta investigação e realizar um procedimento extra para verificar, com os ex-pacientes participantes, se os dados obtidos neste estudo correspondem àquilo que foram as suas experiências e se lhes faz sentido, o que nos daria um valioso *feedback*. Uma outra ideia

seria, articular num estudo futuro as perspetivas dos pacientes com as dos terapeutas, por exemplo através de entrevistas aos terapeutas.

De um modo geral, eu não tinha muitas expectativas formadas sobre o que iria emergir neste estudo mas, o tipo de ações do terapeuta relatadas no primeiro tema, mais ativas e promotoras de mudança, seriam as que eu mais esperava encontrar por serem mais específicas e diretivas e também por irem de encontro à revisão da literatura realizada e ao conhecimento adquirido em unidades curriculares mais práticas. Posto isto, não contava encontrar uma descrição tão minuciosa de tantas atividades terapêuticas voltadas para a relação (em oposição a ações mais específicas) não tanto pela importância que os pacientes dão à postura do terapeuta na relação terapêutica, mas por conseguirem distinguir e explicitar claramente esses aspetos. De entre as ações terapêuticas encontradas, a autorrevelação foi aquela que mais me surpreendeu, pela positiva, como sendo uma atividade terapêutica benéfica para os pacientes, por ser controversa na literatura.

No momento da revisão de literatura sobre as atividades dos terapeutas que os pacientes consideram úteis não foram recolhidas referências de literatura relativas a esta adaptação por parte dos terapeutas mas, quando a categoria emergiu, parti do pressuposto que os terapeutas o fizessem e que não fosse uma novidade, pois para mim seria uma ação básica/óbvia a considerar pelos terapeutas em todos os processos terapêuticos.

Esta investigação complementou bastante a minha formação académica no sentido em que fez a ponte entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, por me ter proporcionado um contacto tão próximo com experiências reais. A realização deste estudo permitiu-me empregar e desenvolver o conhecimento e competências adquiridas durante a formação académica e mostrou-me de que modo a análise qualitativa das perspetivas de pacientes sobre a psicoterapia pode contribuir para a compreensão do processo terapêutico nomeadamente, das ações do terapeuta que são úteis, tendo, conseqüentemente, o potencial de aumentar a eficácia do processo terapêutico. Considerando a psicoterapia como um processo que é para o Outro, 'ouvir' os pacientes sobre aquilo que os ajuda em terapia irá, seguramente, torná-la mais eficaz, destacando-a como a descoberta mais importante que irei levar para uma prática futura.

Referências Bibliográficas

- Alshenqeeti, H. (2014). Interviewing as a Data Collection Method: A Critical Review. *English Linguistics Research*, 3, 1. DOI: 10.5430/elr.v3n1p39.
- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 320–330. DOI: 10.1037/a0033179.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T. & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness: The APA Resolution. *American Psychological Association*, 50(1), 98-101. DOI: 10.1037/a0031817.
- Campezatto, P., Nunes, M. & Silva, M. (2014). Pesquisa em psicoterapia e psicanálise. *Aletheia*, 43-44, 213-226.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D. D., Hemmelstein, N. A., Jackson, J. S., Morford, M., Ragusea, S. A., Roper, J. G., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T. D. & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327-344. DOI: 10.1037/a0021164.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE.
- Charmaz, K. (2011). A Constructivist Grounded Theory Analysis of Losing and Regaining a Value Self. In F. J. Wertz, K. Charmaz, M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson & E. McSpadden (Eds.), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis* (pp. 165-204). New York: Guilford Press.

- Clarke, H., Rees, A. & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(1), 67-89. DOI: 10.1348/147608304322874263.
- Cormier, S. & Cormier, B. (1998). *Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. Pacific Grove: Brooks-Cole Publishing.
- Donald, I. N. & Carey, T. A. (2017). Improving knowledge about the effectiveness of psychotherapy. *Psychother Politics Int.*, 15(3), e1424. DOI: 10.1002/ppi.1424.
- Elliott, R. (2008). Research on Client Experiences of Therapy: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy Research*, 18(3), 239-242. DOI: 10.1080/10503300802074513.
- Eversole, T. (1997). Psychotherapy and Counseling: Bending the Frame. In M. G Winiarski (Ed.), *HIV Mental Health for the 21st Century* (pp. 23-). New York: NYU Press.
- Feltham, C. & Hanley, T. (2017). What are counselling and psychotherapy? In C. Feltham, T. Hanley & L. A. Winter (Eds.), *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.
- Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp.49-76). Braga: Universidade do Minho – Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Gabalda, I., Ruiz, S. & Aguilar, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 217-240. DOI: 10.1080/09515070.2013.877419.
- Godoy, A. S. (2005). Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 3(2), 81-89.
- Gumz, A., Neubauer, K., Horstkotte, J. K., Geyer, M., Löwe, B., Murray, A. M, Kastner, D. (2017). A bottom-up approach to assess verbal therapeutic techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL). *PLOS ONE*, 12(8), e0182949. DOI: 10.1371/journal.pone.0182949.
- Hardy, G. E. & Llewelyn, S. (2014). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. C.G. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Vienna: Springer.
- Hill, C. & Knox, S. (2001). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413-417. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.413.

- Høglend, M. D. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 171(10), 1056–1066. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14010121.
- Hodgetts, A. & Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: A review of qualitative studies. *Clin. Psychol. Psychother.*, 14(3), 157-163. DOI: 10.1002/cpp.527.
- Johansson, P. & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clin. Psychol. Psychother.*, 14, 1–9. DOI: 10.1002/cpp.514.
- Katzman, J. & Coughlin, P. (2013). The Role of Therapist Activity in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1), 75–90. DOI: 10.1521/pdps.2013.41.1.75.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432.
- Knox, S. & Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research Methods*, 19(4-5), 566-575. DOI: 10.1080/10503300802702105.
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277-295. DOI: 10.1111/cpsp.12107.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1): 1-14. DOI: 10.1080/10503300601032506.
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4) 482-509. DOI: 10.1037/0022-0167.51.4.482.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Momento-to-Moment Change. *Journal of Counselling Psychology*, 53(3), 314-324. DOI: 10.1037/0022-0167.53.3.314.
- Locke, K. (2001). *Grounded Theory in management research*. London: SAGE.
- Lucena, B. (2013). *Perspetiva do Paciente sobre Processos e Mecanismos de Mudança em AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)*. (Master's thesis, Universidade de Lisboa). Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10571/1/ulfpie046424_tm.pdf.

- Lutz, W., Zimmermann, D., Müller, V., Deisenhofer, A. & Rubel, J. (2017). Randomized controlled trial to evaluate the effects of personalized prediction and adaptation tools on treatment outcome in outpatient psychotherapy: study protocol. *BMC Psychiatry*, 17(1), 306. DOI: 10.1186/s12888-017-1464-2.
- 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. DOI: 10.1080/09638239917256.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.
- McLeod, J. (2017). Science and Psychotherapy: Developing Research-Based Knowledge That Enhances the Effectiveness of Practice. *Transactional Analysis Journal*, 47(2), 80-101. DOI: 10.1177/0362153717694885.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *An expanded Sourcebook Qualitative Data Analysis*. London: SAGE.
- Millon, T. & Grossman, S. (2007). *Moderating Severe Personality Disorders: A Personalized Psychotherapy Approach*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., Binder, P., Castonguay, L. G. & Nordberg, S. S. (2016). This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research*, 24, 1-14. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189619.
- Mörrtl, K. & Von Wietersheim, J. (2008). Client Experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, 18(3), 281-293. DOI: 10.1080/10503300701797016.
- Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry*, 4(12), 953-962. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30100-1.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. DOI: 10.1037/a0022180.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 127-132. DOI: 10.1002/jclp.20764.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J., & Roussos, A. (2013). A Qualitative Investigation of Former Clients' Perception of Change, Reasons for Consultation, Therapeutic Relationship, and Termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516. DOI: 10.1037/a0033359.

- OMS (2001). Relatório Mundial de Saúde: Saúde Mental – Novo entendimento, nova esperança. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Prochaska, J. O & Norcross, J. C. (2017). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (9th Edition). New York: Oxford University Press.
- Rodgers, B. (2002). An investigation into the client at the heart of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(3), 185-193. DOI: 10.1080/14733140212331384815.
- Rodgers, B. (2003). An Exploration into the Client at the Heart of Therapy: A qualitative perspective. *Person-Centred and Experiential Psychotherapies*, 2(1), 19-30. DOI: 10.1080/14779757.2003.9688290.
- Roussos, A. (2013). Introduction to Special Section on Clients' Perspective of Change in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503–504. DOI: 10.1037/a0033847.
- Roussos, A., Braun, M. & Olivera (2017). "For Me It Was a Key Moment of Therapy": Corrective Experience From the Client's Perspective. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 73(2), 153–167. DOI: 10.1002/jclp.22429.
- Sargeant, J. (2012). Qualitative Research Part II: Participants, Analysis, and Quality Assurance. *J Grad Med Educ*, 4(1), 1–3. DOI: 10.4300/JGME-D-11-00307.1.
- Silberschatz, G. (2015). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1-13. DOI: 10.1080/10503307.2015.1076202.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209. DOI: 10.1590/S0102-37722008000200010.
- 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. *J. Clin. Psychol.*, 00, 1–3. DOI: 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. *J. Clin. Psychol.*, 73, 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.
- Szymańska, A., Dobrenko, K. & Grzesiuk, L. (2016). Patient characteristics, patient experience from psychotherapy, and psychotherapy effectiveness. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 605-625. DOI: 10.18290/rpsych.2016.19.3-6en.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310-320. DOI: 10.1080/10503300600608116.

- Timulak, L. & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *J Clin Psycho*, 73(11), 1556-1567. DOI: 10.1002/jclp.22532.
- Tschacher, W., Junghan, U. & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy – Results of an Expert Survey. *Clin. Psychol. Psychother*, 21, 82-96. DOI: 10.1002/cpp.1822.
- Tweed, A. & Charmaz, K. (2012). Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners. In Harper, A. R. & Thompson, D. (Eds.), *Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners* (pp. 131-146). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Valkonen J., Hanninen V. & Lindfors O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychother Res.*, 21(2), 227-40. DOI: 10.1080/10503307.2010.548346.
- Vasco, A. B., Santos, O. & Silva, F. (2003). Psicoterapia Sim!: Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495. DOI: 10.17575/rpsicol.v17i2.463.
- Velho, C. (2016). *Bem-estar, regulação de necessidades psicológicas e processo psicoterapêutico: integrando a perspetiva dos pacientes* (Doctoral dissertation). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Viklund, E. (2013). *Therapy talk and talk about therapy: Client-identified important events in psychotherapy* (Licentiate Thesis, Linköping University). Retrieved from <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:761940/FULLTEXT01.pdf>.
- von Below, C. (2017). *When psychotherapy does not help... and when it does: Lessons from young adults' experiences of psychoanalytic psychotherapy* (Doctoral dissertation, Stockholm University). Retrieved from <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1112340&dswid=-3343>.
- Wachtel, P. (2011). *Therapeutic communication : knowing what to say when*. New York: Guilford Press.
- Watson, V. C., Cooper, M., McArthur, K. & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(1), 77–89. DOI: 10.1080/13642537.2012.652395.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 17, 110-119. DOI: 10.1007/s10804-009-9082-y.

Zilcha-Mano, S. (2018). Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2018.1429691.

ANEXOS

Anexo 1 – Guião da entrevista

Guião da entrevista

(a) Recordar a experiência e os acontecimentos significativos da sua psicoterapia

- Gostaria que me contasse a história da sua psicoterapia...
- Gostaria de recordar, de falar sobre a sua psicoterapia?
- Alguma coisa em particular?
- Houve para si alguns momentos ou acontecimentos particularmente significativos? Como?
- Como se sentiu no processo, na relação?
- De modo geral o que foi importante para si na terapia?
- O que pensava ou sentia em relação ao seu terapeuta?

(b) Explorar o impacto positivo ou negativo da psicoterapia na sua vida e no seu Bem «-Estar;

- Como é que fazer terapia influenciou a sua vida?
- Como é que fazer a psicoterapia influenciou o seu Bem-Estar?
- Teve esse impacto positivo/negativo e o inverso?
- De algum modo teve um impacto negativo/positivo?

(c) Explicitar de que modo, o que aconteceu na psicoterapia, provocou um aumento ou diminuição do Bem-Estar; teriam acontecido sem psicoterapia?

- Como é que aquilo que aconteceu na psicoterapia a fez sentir-se melhor/pior com mais ou menos Bem-Estar?
- Teria havido essas mudanças sem a psicoterapia?

... solicitando:

(c1) exemplos ou episódios ilustrativos

- Pode dar-me um exemplo, ou contar um episódio que tenha acontecido e que ilustre bem o que aconteceu?

(c2) clarificando entre as contribuições dos clientes e as contribuições dos terapeutas e/ou da relação.

- O que contribuiu? A relação, como?

- O que o terapeuta disse, como?
- O que fez, como?
- O que (a paciente) contribuiu? Como?
- O que é que o terapeuta fez que a ajudou?
- O que acha que fez que ajudou?)

(c3) Explorar outros aspetos, que não a psicoterapia, que tenham tido impacto no seu Bem-Estar

- Resumo, entendo pelo que me diz que a psicoterapia, especialmente o que teve um impacto importante...
- E fora da terapia?
- Como é que outras pessoas ou acontecimentos contribuíram para o aumento, ou diminuição, do seu Bem-Estar?

(d) Explicitar o que entendem subjectivamente por Bem-Estar e quais os aspetos em que a terapia contribuiu, não contribuiu e gostaria que tivesse contribuído

(d1) Para si, o que é o Bem-Estar, sentir-se bem? O que é importante para si para se sentir bem na sua vida?

(d2) Em que é que a Terapia não ajudou ao seu Bem-Estar? Em que gostaria que tivesse ajudado? Houve algum aspecto que tenha mudado para pior com a psicoterapia?

(d3) Com base na sua experiência há alguma mensagem que gostaria de deixar aos psicoterapeutas? Aos pacientes de psicoterapia? Alguma coisa que era importante que todos os psicoterapeutas soubessem ou tivessem em conta?

(e) Dar a possibilidade ao paciente que acrescentar ou clarificar algum aspecto que lhe pareça relevante e que não tenha sido questionado

- Há algum aspecto sobre a sua psicoterapia e o impacto desta no seu Bem-Estar que lhe parece importante contar e que ainda não o tenha feito?
- Há alguma pergunta que eu não tenha colocado mas a que gostasse de responder?
- Algum aspecto que gostaria de deixar claro ou sublinhar?

Anexo 2 – Exemplos de codificação de partes das entrevistas

Unidades de análise	Códigos
E1,P1 – <i>“Bom, depois mais para a frente no processo, foi uma sensação... hum... de aceitação de quem eu era, da forma com eu era, das coisas que eu partilhava ali...”</i>	Fez a paciente sentir-se aceite Aceitou a pessoa e o conteúdo das coisas que partilhava
E1,P3 – <i>“(...) alguém podia ter pensado alguma coisa completamente fora e ela, aguentou isso muito bem e...”</i>	Não deu um significado errado Aguentou muito bem o que a paciente partilhou
E1,P4 – <i>“ela partilhou comigo que... o que aprendeu comigo, ou que sentiu que mudou também no próprio processo (...)”</i>	Partilhou o que aprendeu com a paciente e com aquele processo terapêutico
E1,P8 – <i>“(...) eu recebi de facto naquela relação e o facto de... às vezes... de pedir ajuda mais vezes, cá fora.”</i>	Deu-lhe a capacidade de pedir ajuda mais vezes
E1,P12 – <i>“(...) umas das coisas de que ela chegou a falar mais do que uma vez foi de que sentia que havia coragem na minha forma de agir ou de estar ali ah... porque me abria muito às coisas (...) e isto não era para que visse assim, era só o feedback dela (...)”</i>	Devolveu a imagem positiva que tem da paciente e justifica porquê Criou a possibilidade à paciente de discordar/ter a sua visão
E1,P13 – <i>“(...) uma pessoa de repente dá-nos um ah... uma solução ou uma visão que nos faz também pensar depois noutra coisa (...) e é um desbloqueio enorme que sozinho ou.. é muito mais difícil.”</i>	Ofereceu uma solução ou visão diferente Fez o paciente pensar Desbloqueou
E1,P15 – <i>“E percorri uma parte do caminho acompanhada por esta pessoa (...)”</i>	Fez a paciente sentir-se acompanhada

<p>E1,P17 – <i>“Foi importante para mim, já agora, perceber que ela, que a minha terapeuta, não se fechava numa escola terapêutica (...)”</i></p>	<p>Transmitiu abertura em relação aos modelos teóricos</p>
<p>E1,P20 – <i>“O que é que ela me deu mais? (...) uma crença de que se calhar as pessoas aguentam mais do que aquilo que eu penso, e que não tenho que estar sempre... preocupada com os outros ou...”</i></p>	<p>Fez a paciente acreditar numa coisa que ainda não tinha notado Deu à paciente uma visão diferente</p>
<p>E2,P3 – <i>“(...) no sentido de não andar muito aos rodeios, com rodeios em relação àquilo que pretendia dizer (...) a facilidade com que a Dra. se meteu na minha situação e abordou as coisas sem papas na língua (...)”</i></p>	<p>Foi direto(a) em relação ao que comunicava Empatizou com facilidade Abordou as questões de forma direta</p>
<p>E2,P4 – <i>“(...) há alguém que efetivamente verbaliza essas ideias, emoções, etc. (...)”</i></p>	<p>Verbalizou as ideias e emoções do paciente</p>
<p>E2,P5 – <i>“(...) talvez só pela minha linguagem corporal a abordar esse tópico, só por talvez hesitar um pouco mais em falar de certas coisas ou tentar dar ênfase (...) voltar a desenterrar os esqueletos e abordar então os assuntos e aí descobri que parecendo que não, havia coisas que ficaram de quando tinha 10/12 (...)”</i></p>	<p>Usou a linguagem corporal do paciente para perceber quais os tópicos/principais problemas a abordar Ajudou o paciente a encontrar problemas de que ainda não se tinha apercebido</p>
<p>E2,P6 – <i>“(...) houve mais desenvolvimento dessas situações problemáticas e acabou por se chegar assim a alguns cerne que custaram talvez um pouco a abordar (...)”</i></p>	<p>Desenvolveu as situações problemáticas mais profundamente Chegaram a questões difíceis de abordar</p>
<p>E2,P7 – <i>“(...) um certo momento de pausa em que havia uma breve recapitulação do que foi dito (...)”</i></p>	<p>Recapitulava o que o paciente tinha dito de forma breve</p>
<p>E2,P11 – <i>“(...) conseguir balizar-se mais ou menos o que é que tinha sido a minha experiência passada, o que é que me tinha levado a chegar àquele</i></p>	<p>Compreendeu como é que o paciente chega àquele momento compreendendo como foi o percurso</p>

<p><i>momento (...) conseguir ler uma pessoa e criar um certo perfil associado a essa pessoa (...)</i></p>	<p>Compreendeu o padrão de funcionamento do paciente</p>
<p>E2,P13 – <i>“(...) decidiu: Ok, vou abordar este assunto assim e ver como é que ele reage e então ver se a reação for boa continuar a abordar as coisas assim ou não...”</i></p>	<p>Mostrou flexibilidade nas tentativas sobre a própria intervenção Adaptou a forma de abordar o paciente</p>
<p>E2,P17 – <i>“(...) eu diria que para mim funcionou bem porque mais uma vez foi compatível com a minha maneira também de abordar os tópicos...”</i></p>	<p>Abordou as questões de uma maneira compatível com a do paciente</p>
<p>E2,P18 – <i>“diria que foi muito esse sentimento de conseguir estar lá e ao mesmo tempo não estar demasiado lá...”</i></p>	<p>Acompanhou o paciente na medida certa</p>
<p>E2,P26 – <i>“(...) fazer um pouco o que a (nome da terapeuta) fez também nas sessões, que é tentar ver isto da perspetiva de outra pessoa e perceber que para todas as situações também há um contributo que vem do outro lado e a outra pessoa sente-se afetada com a situação de aneiras diferentes (...)</i></p>	<p>Ajudou o paciente a perceber qual a sua perspetiva e que os outros podem ter perspetivas diferentes</p>

Anexo 3 – Perspetiva global das categorias e códigos criados

Categorias	Códigos
Facilitou a reflexão	<p>E1 – Fez refletir</p> <p>E1 – Fez pensar</p> <p>E1 – Desbloqueou</p> <p>E1 – Refletiu as coisas que a paciente traz</p> <p>E2 – Forçou o paciente a sugerir soluções para os problemas</p> <p>E2 – Contribuiu com coisas relevantes que fizeram o paciente pensar</p>
Ofereceu novas visões e significados	<p>E1 – Fez a paciente acreditar numa coisa que ainda não tinha notado</p> <p>E1 – Deu uma visão dos outros diferente</p> <p>E1 – Ofereceu uma visão ou solução diferente</p> <p>E1 – Ajudou a paciente a alterar significações</p> <p>E1 – Em conjunto chegaram a outro significado</p> <p>E1 – Conduziu a paciente aos seus significados e reformulações</p> <p>E1 – Conduziu a paciente a um significado seu</p> <p>E2 – Ajudou o paciente a encontrar formas problemas que ainda não se tinha apercebido</p> <p>E2 – Ajudou o paciente a perceber qual a sua perspetiva e que os outros podem ter perspetivas diferentes</p> <p>E2 – Fez o paciente aperceber-se/ver as coisas de uma forma mais produtiva</p>
Adaptou-se ao paciente	<p>E1 – Adaptou-se</p> <p>E1 – Modo de falar/estar em harmonia com o da paciente</p> <p>E1 – Adaptou-se à linguagem e funcionamento da paciente</p> <p>E1 – Arranjou alternativas</p> <p>E1 – Acompanhou a forma de estar da paciente, retribuindo na mesma linguagem que ela</p> <p>E2 – Abordou o paciente como se fosse da sua idade</p> <p>E2 – Foi bastante compatível com a maneira de ser do paciente</p> <p>E2 – Adaptou a sua forma de abordar os assuntos à do paciente</p> <p>E2 – Abordou as questões de uma maneira compatível com a do paciente</p> <p>E2 – Abordou as situações de uma maneira semelhante à do paciente</p> <p>E2 – Mostrou flexibilidade nas tentativas sobre a própria intervenção</p>
Percebeu como e o que funcionava com o paciente	<p>E1 – Percebia quando não era a falar que iam lá</p> <p>E1 – Descobriu o que funcionava com a paciente</p> <p>E1 – Percebeu o que funcionava com a paciente, incluindo ao nível da linguagem</p> <p>E1 – Encontrou o que funcionava com a paciente</p>

	<p>E1 – Encontrou formas de funcionar com a paciente e de a por a funcionar</p> <p>E2 – Percebeu qual a abordagem certa a adotar com o paciente</p> <p>E2 – Sabia o que funcionava melhor com o paciente</p>
<p>Sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado</p>	<p>E1 – Acompanhou a paciente</p> <p>E1 – Fez a paciente sentir-se acompanhada e que a ajudava</p> <p>E1 – Estava lá para a paciente</p> <p>E1 – Esteve “ali” com a paciente</p> <p>E2 – Acompanhou o paciente</p> <p>E2 – Acompanhou o paciente na medida certa</p> <p>E2 – Fez o paciente sentir-se acompanhado na sua experiência</p>
<p>Atenção ao discurso e sua compreensão</p>	<p>E1 – Tentou perceber o sentido do que a paciente tinha dito</p> <p>E1 – Resumiu</p> <p>E1 – Fez ponto da situação</p> <p>E2 – Recapitulou o que tinha sido dito de forma breve</p> <p>E2 – Verificou se o que retirava da conversa era o que o paciente pretendia</p> <p>E2 – Fez devoluções mais estruturadas</p>
<p>Facilitou a partilha por parte do paciente</p>	<p>E1 – Deu segurança à paciente de poder confiar</p> <p>E1 – Postura corporal, comportamento verbal e forma de falar disponível</p> <p>E2 – Deixou o paciente expor o que queria</p> <p>E2 – Simplificou o processo de partilha ao paciente acerca da sua situação</p>
<p>Abordagem direta</p>	<p>E1 – Falou com a paciente diretamente</p> <p>E2 – Teve uma abordagem franca e ao mesmo tempo direta</p> <p>E2 – Abordou os assuntos de forma franca e direta</p> <p>E2 – Foi direta em relação ao que comunicava</p> <p>E2 – Abordou as coisas de forma direta</p> <p>E2 – Foi direta em relação ao que pretendia que o paciente retivesse da conversa ou tópicos abordados</p> <p>E2 – Teve uma abordagem “fria e calculista”</p> <p>E2 – Dizia ao paciente o que pensava</p>
<p>Ligação/Empatia</p>	<p>E1 – Relacionou-se com o paciente de forma genuína</p> <p>E1 – Colocou-se na situação do paciente</p> <p>E1 – Tentou encontrar o “comprimento de onda” da paciente</p> <p>E1 – Tentou sintonizar com a paciente</p> <p>E2 – Empatizou com facilidade</p> <p>E2 – Empatizou</p> <p>E2 – Conseguiu chegar à paciente</p> <p>E2 – “Ligou-se” ao paciente</p>
	<p>E1 – Foi ao encontro das necessidades da paciente</p> <p>E1 – Deu coisas à paciente que iam de encontro às suas necessidades</p>

<p>Identificou e respondeu às necessidades do paciente</p>	<p>E1 – Foi ao encontro do que a paciente precisava E1 – Percebeu o que a paciente precisava E1 – Ajudou a paciente com as suas necessidades E2 – Percebeu o que era significativo para o paciente E2 – Reteve as coisas que eram importantes e trabalhou-as E2 – Distinguiu e trabalhou as partes mais importantes do que o paciente tinha partilhado E2 – Correspondeu/foi compatível com o resultado que o paciente esperava E2 – Fez uma boa leitura do ponto de situação em que o paciente se encontrava face ao que pretendia da terapia E2 – Trabalhou as peculiaridades</p>
<p>Guiou/orientou</p>	<p>E1 – Ajudou a paciente a estar mais contacto com o seu corpo e as suas emoções E1 – Conseguiu que a paciente chegasse lá E1 – Ia guiando a paciente E1 – Conduzia a paciente E2 – Incentivou o paciente a agir logo E2 – Orientou a conversa E2 – Deu orientações/indicações diretas e precisas E2 – Sugeriu soluções E2 – Deu as suas contribuições E2 – “Forçava” o paciente a sugerir soluções para os problemas E2 – Sugeriu alternativas E2 – Verificava se o que tinha acordado com o paciente estava a ser cumprido</p>
<p>Flexibilidade em relação aos modelos teóricos e técnicas utilizadas</p>	<p>E1 – Transmitiu abertura em relação aos modelos teóricos E1 – Utilizou um conjunto de estratégias/técnicas de diferentes escolas terapêuticas E1 – Arranjava alternativas E1 – Foi buscar coisas de arteterapia E1 – Trabalharam a partir de desenhos E1 – Propôs exercício com a técnica da cadeira vazia E1 – Utilizou técnicas e conversas E1 – Introduziu elementos mais experienciais E2 – Adotou uma abordagem mais pessoal E2 – Mostrou flexibilidade nas tentativas sobre a própria intervenção</p>
<p>Planeou e ajudou a planejar num sentido lógico</p>	<p>E1 – Falaram de objetivos mais concretos E2 – Abordou os assuntos de uma forma racional E2 – Ajudou o paciente a abordar os problemas de uma maneira lógica E2 – Utilizaram um processo de raciocínio em que tabelavam diferentes tópicos e distinguiam a sua relevância E2 – Tentaram implementar metas e objetivos E2 – Planearam um caminho E2 – Dividiu em tarefas</p>

	<p>E2 – Permitiu ao paciente estabelecer um padrão/rotina para o seu dia-a-dia</p> <p>E2 – Tentaram rever os procedimentos do dia-a-dia e processo de trabalho do paciente</p>
<p>Ensinou o paciente relativamente ao seu funcionamento</p>	<p>E1 – Usou a relação terapêutica, pela forma como a paciente estabelece a relação, para a ensinar</p> <p>E1 – Sinalizou como a paciente estava a exercer um padrão de hiper-responsabilização</p> <p>E2 – Ajudou o paciente a compreender a forma como funciona e a explorar as atribuições que faz</p> <p>E2 – Compreendeu o padrão de funcionamento do paciente</p> <p>E2 – Compreendeu como o paciente chega àquele momento compreendendo como foi o percurso</p>
<p>Identificou e aprofundou questões problemáticas</p>	<p>E2 – Chegaram a questões difíceis de abordar</p> <p>E2 – Desenvolveram as questões problemáticas mais profundamente</p> <p>E2 – Desenvolveram tópicos mais difíceis para o paciente</p> <p>E2 – Chegou à raiz das questões</p> <p>E2 – Levou o paciente a ver onde existiam problemas e situações que lhe causavam entraves</p> <p>E2 – Ajudou o paciente a encontrar problemas que ainda não se apercebeu</p> <p>E2 – Orientou a conversa para encontrar possíveis problemas</p> <p>E2 – Reparou em problemas do paciente</p> <p>E2 – Utilizou a linguagem corporal do paciente para perceber quais os tópicos/problemas principais a abordar</p> <p>E2 – Trabalhou as causas dos problemas</p> <p>E2 – Ajudou o paciente a abordar problemas</p>
<p>Capacitou o paciente</p>	<p>E1 – Restaurou um certo poder na paciente</p> <p>E1 – Fez um reenquadramento positivo do que a paciente via como negativo</p> <p>E1 – Reforçou os aspetos positivos da paciente</p> <p>E1 – Reforçou as qualidades positivas da paciente quando ela precisou</p> <p>E1 – Devolveu a imagem positiva que tem da paciente e justificou o porque</p> <p>E1 – Reformulou, encontrou formas mais positivas da paciente se ver</p> <p>E1 – Fez um <i>empowering</i> ao longo do tempo</p> <p>E1 – Deu-lhe a capacidade de pedir ajuda mais vezes</p> <p>E2 – Ajudou a levar as coisas mais para a frente</p>
<p>Autorrevelou-se</p>	<p>E1 – Partilhou coisas da vida pessoal</p> <p>E1 – Fez autorrevelação</p> <p>E1 – Chorou</p> <p>E1 – Comoveu-se</p> <p>E1 – Disse identificar-se com o medo da paciente</p> <p>E1 – Não tinha inibições de ir partilhando</p>

	<p>E1 – Partilhou o que aprendeu com a paciente e com aquele processo terapêutico</p> <p>E1 – Transmítia a impressão que tinha da vivência com a paciente</p> <p>E1 – Reconheceu o mesmo sentimento de impasse que a paciente</p>
Aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos	<p>E1 – Fez a paciente sentir-se aceite</p> <p>E1 – Aceitou a pessoa e o conteúdo das coisas que partilha</p> <p>E1 – Livre de julgamentos e de lugares comuns</p> <p>E1 – Não encaixou a paciente numa coisa</p> <p>E1 – Não dava um significado errado</p> <p>E1 – Não dava outro nome às coisas</p> <p>E1 – Criou a possibilidade da paciente discordar/ter a visão dela</p>
Suportou	<p>E1 – Reagiu, suportou e deu feedback da maneira certa</p> <p>E1 – Suportou as coisas que a paciente partilhou com emoção, de forma adequada</p> <p>E1 – Aguentou muito bem o que a paciente partilhou</p> <p>E1 – Suportou, não ficou chocada, não deu um significado errado</p> <p>E1 – Deu conforto</p>
Transparência na relação terapêutica	<p>E1 – Não permitiu que a paciente saísse do seu papel de paciente</p> <p>E1 – Transmítia a impressão que tinha da vivência com a paciente</p> <p>E1 – Fechou o processo terapêutico com a paciente, partilharam responsabilidades</p> <p>E1 – Conversaram sobre o possível fim do processo terapêutico</p> <p>E1 – Partilhou o que aprendeu com a paciente e com aquele processo terapêutico</p> <p>E1 – Deu feedback do que ia sentindo no processo terapêutico</p> <p>E1 – Traziam para a sessão o que iam sentindo no processo terapêutico</p> <p>E1 – Comunicava de forma transparente</p> <p>E1 – Definiu bem os limites da relação</p> <p>E1 – Centrou a sua preocupação no paciente</p> <p>E2 – Explicou como iria funcionar o processo terapêutico e o que se pretendia</p>
Postura neutra	<p>E2 – Foi neutra</p> <p>E2 – Distanciou-se o suficiente dos assuntos</p> <p>E2 – Teve uma postura neutra</p> <p>E2 – Manteve-se neutra, não influenciava/tomava partido</p> <p>E2 – Transmítia um sentimento de neutralidade pela sua linguagem corporal, tom de voz, palavras e maneira como expôs as ideias</p>

Anexo 4 – Processo de construção/organização das categorias em temas

1ª fase			
Processo terapêutico concertado	Interação competências e estratégias	Dinâmica da relação	Postura/abordagem adotada
<ul style="list-style-type: none"> - Identificou e respondeu às necessidades do paciente - Adaptou a intervenção ao paciente - Percebeu como e o que funcionava com o paciente - Procurou identificar e aprofundar questões problemáticas - Flexibilidade em relação aos modelos teóricos - Utilizou um conjunto de técnicas distintas 	<ul style="list-style-type: none"> - Guiou/Orientou - Fez sugestões - Ofereceu uma nova visão - Reformular e encontrar novos significados - Facilitar a reflexão - Facilitar a partilha por parte do paciente - Gestão do tempo/timing - Atenção ao discurso e sua compreensão - Promoveu ganhos terapêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação/empatia - Sentimento e ações do terapeuta que fazem a paciente sentir-se acompanhada - Suportou - Aceitação livre de preconceitos/julgamentos e rótulos - Postura neutra - Facilitou a partilha por parte do paciente - Auto-revelação 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem direta - Auto-revelação - Transparência na relação terapêutica - Fim do processo terapêutico acordado - Definiu claramente o papel do paciente - Promoveu ganhos terapêuticos

2ª fase			
Adaptar a intervenção terapêutica	Papel do terapeuta como agente de mudança ativo	Relação entre o terapeuta e o paciente	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificou e respondeu às necessidades do paciente - Adaptou a intervenção ao paciente - Percebeu como e o que funcionava com o paciente - Procurou identificar e aprofundar questões problemáticas - Flexibilidade em relação aos modelos teóricos - Utilizou um conjunto de técnicas distintas 	<ul style="list-style-type: none"> - Guiou/Orientou - Fez sugestões - Utilizou um conjunto de técnicas distintas - Atenção ao discurso verificando a sua compreensão - Gestão do tempo/timing - Ofereceu uma nova visão - Reformular e encontrar novos significados - Facilitou a reflexão - Ensinou o paciente relativamente ao seu funcionamento - Pensar metacognitivamente sobre o percurso/processo - Promoveu ganhos terapêuticos - Empoderou o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação/empatia - Sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado - Suportou - Aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos - Postura neutra - Facilitou a partilha 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem direta - Auto-revelação - Transparência na relação terapêutica - Fim do processo terapêutico acordado - Definiu claramente o papel do paciente

3ª fase			
Adaptar a intervenção terapêutica	Papel do terapeuta como agente de mudança ativo	Relação entre o terapeuta e o paciente	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificou e respondeu às necessidades do paciente - Adaptou a intervenção ao paciente - Percebeu como e o que funcionava com o paciente - Procurou identificar e aprofundar questões problemáticas - Flexibilidade em relação aos modelos teóricos - Utilizou um conjunto de técnicas distintas 	<ul style="list-style-type: none"> - Guiou/Orientou - Fez sugestões - Atenção ao discurso verificando a sua compreensão - Gestão do tempo/timing - Ofereceu uma nova visão - Reformular e encontrar novos significados - Facilitou a reflexão - Ensinou o paciente relativamente ao seu funcionamento - Facilitou a partilha - Pensar metacognitivamente sobre o percurso/processo - Promoveu ganhos terapêuticos - Empoderou o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação/empatia - Sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado - Suportou - Aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos - Postura neutra - Abordagem direta - Auto-revelação - Transparência na relação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Definiu claramente o papel do paciente

4ª fase		
Papel ativo do terapeuta enquanto agente de mudança	Postura do terapeuta na relação com o paciente	Adaptação da intervenção terapêutica ao paciente
<ul style="list-style-type: none"> - Guiou/Orientou - Atenção ao discurso verificando a sua compreensão - Ofereceu novas visões e significados - Facilitou a reflexão - Ensinou o paciente relativamente ao seu funcionamento - Facilitou a partilha - Planeou e ajudou a planear num sentido lógico - Empoderou o paciente - Identificou e aprofundou questões problemáticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação/empatia - Sentimentos e ações do terapeuta que fazem o paciente sentir-se acompanhado - Suportou - Aceitação livre de preconceitos, julgamentos e rótulos - Postura neutra - Abordagem direta - Auto-revelação - Transparência na relação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou e respondeu às necessidades do paciente - Adaptou a intervenção ao paciente - Percebeu como e o que funcionava com o paciente - Flexibilidade em relação aos modelos teóricos e técnicas utilizados