



A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA PRÁTICA
CLÍNICA E NA SUPERVISÃO

Um estudo qualitativo com psicoterapeutas

MARIA TERESA NETO CARREIRA GROTHAUSEN MARTINS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021/2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto, apresentado no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Quando somos pequenos, começamos a escola com uma mochila que quase supera o tamanho do nosso pequeno corpo e que carrega tudo aquilo que temos de aprender. Damos os primeiros passos em direcção à porta da sala de aula, inquietos com o que pode surgir do lado de lá. Mas no fim do dia, chegamos a casa com os cabelos despenteados, ar cansado e sorriso no rosto – em crianças, sempre sinónimos de que o tempo valeu a pena. E esta sensação vai-se repetindo, até que aos poucos a inquietude vai dando lugar à segurança de que aquele lugar também é casa. Afinal, é possível continuar a brincar.

Ao crescermos, por vezes esquecemo-nos de ser crianças. No ISPA, felizmente, não foi sempre assim. Aprendi que tão importantes quanto os livros na mochila, são as histórias que partilhamos. Por este motivo, não posso deixar de agradecer, em primeiro lugar, a todos os que cruzaram o meu caminho até aqui, mas sobretudo àqueles que fazem morada em mim.

Obrigada,

Família, por se fazerem presentes mesmo na ausência. A ti, avô.

Inês, por chegares ao lado mais humano que há em mim. A vida ganhou toda uma outra dimensão contigo ao meu lado.

Rita, pela pessoa bonita que és. É um prazer ir fazendo esta viagem contigo.

Fred, por me mostrares que a autenticidade deve prevalecer.

Leonor, pela compreensão profunda.

Di, por me ensinares que a vida tem mais prazer quando nos sabemos rir do ridículo.

Margarida T., pelas partilhas em cafés. Espero que se prolonguem durante anos.

Inês F., por te perderes no tempo comigo. Por todo o apoio.

Rita B., por me trazeres sempre um pouco de casa.

Rita J. e dii, pela companhia nos momentos partilhados de angústia. Foi tudo mais fácil ao saber que estavam aqui.

Evy, pela tranquilidade que acolhe.

Agradeço ao Professor David Dias Neto pela confiança e liberdade, mas principalmente por me incentivar a continuar, quando a norma era perder-me nos detalhes.

Um agradecimento especial aos participantes deste estudo, que partilharam um pouco da sua visão sobre a psicoterapia comigo. Obrigada por me ajudarem a crescer.

Que continue a partilha.

Resumo

Problema: A investigação na área da supervisão clínica tem enfatizado a influência que esta tem no psicoterapeuta e no paciente mas não explorou o modo como a visão da relação terapêutica pode ter um impacto nestes resultados. **Objetivo:** O presente estudo pretende compreender a influência da supervisão clínica sobre a relação terapêutica, segundo a perspectiva de psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos, dado serem modelos teóricos que perspectivam a relação de formas muito distintas. **Método:** Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas a cinco psicoterapeutas de cada modelo teórico. **Resultados:** Os resultados foram analisados segundo o método da análise temática, que permitiu encontrar quatro temas relativos à visão da relação: “Actores da relação”; “Relação profissional e humana”; “Relação como ferramenta”; e “Função da experiência subjectiva do terapeuta”. Além disso, a elaboração da relação em supervisão foi dada por dois temas: “Foco da supervisão” e “Análise dos casos clínicos”. Por último, foi encontrado o tema “Influência da supervisão”. **Discussão:** A supervisão clínica exerceu uma influência sobre o psicoterapeuta, contribuindo para o ganho de conhecimento, constituindo-se como modelo para a sua intervenção, e apoiando-o emocionalmente. Foi discutida a influência dos modelos teóricos sobre a visão da relação terapêutica e a supervisão.

Palavras-chave: Relação terapêutica; supervisão clínica; psicoterapia cognitivo-comportamental; psicoterapia psicodinâmica; análise temática

Abstract

Problem: Research in the area of clinical supervision has emphasized the influence it has on the psychotherapist and the patient but has not explored how the view of the therapeutic relationship may have an impact on these outcomes. **Objective:** The present study aims to understand the influence of clinical supervision on the therapeutic relationship from the perspective of cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapists, since these are theoretical models that view the relationship in very different ways. **Method:** Ten semi-structured interviews were conducted with five psychotherapists from each theoretical model. **Results:** The results were analyzed using the method of thematic analysis, which allowed finding four themes concerning the view of the relationship: "Actors of the relationship"; "Professional and human relationship"; "Relationship as a tool"; and "Role of the therapist's subjective experience". In addition, the elaboration of the relationship in supervision was given by two themes: "Focus of supervision" and "Analysis of clinical cases". Finally, the theme "Influence of supervision" was found. **Discussion:** Clinical supervision exerted an influence on the psychotherapist, contributing to the gain of knowledge, constituting a model for his intervention, and supporting him emotionally. The influence of theoretical models on the view of the therapeutic relationship and supervision was discussed.

Key-words: Therapeutic relationship; clinical supervision; cognitive-behavioral psychotherapy; psychodynamic psychotherapy; thematic analysis

Índice

Introdução	1
Método	13
Design	13
Participantes.....	13
Entrevista	14
Procedimento	15
Análise das Entrevistas	16
Resultados.....	19
Familiarização com os Dados – Fase 1.....	19
Criação de Códigos Iniciais – Fase 2.....	19
Procurar Temas – Fase 3.....	21
Rever os Temas – Fase 4	22
Definir e Nomear os Temas – Fase 5.....	24
Produzir o Relatório – Fase 6	35
Discussão	51
Referências.....	61
Anexos	69
Anexo A – Guião da entrevista.....	69
Anexo B – Sistema de transcrição (adaptado)	71
Anexo C – Definição dos temas, subtemas e códigos utilizados.....	72
Anexo D – Número de participantes por tema, subtema e código	80
Anexo E – Associações entre subtemas e códigos de todos os participantes	83

Lista de tabelas

Tabela 1: Mudanças Observadas na Relação Terapêutica no Segundo Caso Clínico de Cada Participante, Posteriormente à Supervisão Clínica.....	49
--	----

Lista de figuras

Figura 1: Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 1.....	21
Figura 2: Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 2.....	21
Figura 3: Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 3.....	22
Figura 4: Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 1.....	23
Figura 5: Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 2.....	23
Figura 6: Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 3.....	23
Figura 7: Actores da Relação, de uma Forma Geral, Segundo o Participante 1.....	37
Figura 8: Actores da Relação, de uma Forma Geral, Segundo o Participante 8.....	38
Figura 9: Actores da Relação Mencionados no Segundo Caso Clínico do Participante 1.....	39
Figura 10: Menções e Associações do Foco e Influência da Supervisão, por Nível de Generalização, Segundo o Participante 4.....	46
Figura 11: Menções e Associações do Foco e Influência da Supervisão, por Nível de Generalização, Segundo o Participante 7.....	47

Introdução

A investigação em psicoterapia tem procurado perceber os factores que influenciam o processo terapêutico e contribuem para a sua eficácia. Mais recentemente, Norcross e Lambert (2019a), apoiados na evidência empírica dos últimos anos, construíram um modelo sobre a variação dos resultados terapêuticos, sendo que esta é explicada por: factores comuns (30%; i.e., factores encontrados na maioria dos processos, independentemente da abordagem teórica), efeito placebo (15%; i.e., o conhecimento do paciente de que está a ser tratado e a expectativa de que o processo terapêutico o vai ajudar), técnicas do psicoterapeuta (15%) e mudança extra-terapêutica (40%; i.e., remissão espontânea, apoio social, etc.). Os mesmos autores elaboraram um segundo modelo, em que 35% da variância não é passível de ser explicada, facto que os autores atribuem a erros metodológicos e/ou à complexidade do comportamento humano. De seguida, encontram-se os factores do paciente (30%), a relação terapêutica (15%), a técnica do terapeuta (10%) e factores do terapeuta (7%).

Apesar de, no modelo dos factores comuns, a relação terapêutica ser responsável por 15% dos resultados terapêuticos, é actualmente partilhada pela maioria dos investigadores a ideia de que não é possível realizar uma intervenção sem uma relação estabelecida. Por outro lado, a relação, bem como os outros factores anteriormente mencionados, podem ser influenciados pela supervisão clínica que o terapeuta realiza dos seus casos clínicos, pelo que se revela essencial a realização de estudos sobre a visão que os psicoterapeutas têm da relação terapêutica e do impacto da sua supervisão na mesma.

Aliança e Relação Terapêutica

Os estudos sobre a relação terapêutica muitas vezes focam-se na aliança entre terapeuta e paciente. No entanto, estes conceitos são, em parte, distintos, pelo que é importante demonstrar a forma como ambos são conceptualizados na literatura.

Inicialmente, Freud (1913/1958) considerou que existia uma transferência positiva (i.e., um desejo de agradar e receber afecto do terapeuta) que permitia que o paciente se mantivesse no processo psicoterapêutico, mesmo perante as suas defesas inconscientes. Por outro lado, Freud (1937/1964, citado por Ribeiro, 2019) teorizou sobre uma colaboração real entre ambos, que constituiria uma parte mais racional, associada ao *ego* do paciente. Assim, a aliança terapêutica via-se fortalecida pela existência destas duas componentes e, pelo contrário, quando a relação se encontrava fragilizada, os resultados terapêuticos eram negativamente influenciados (Ribeiro, 2019).

Posteriormente, Greenson (1965) veio realizar uma distinção entre aliança de trabalho e aliança terapêutica, referindo que a primeira remete para a capacidade do paciente de colaborar com as tarefas terapêuticas, enquanto a segunda diz respeito ao vínculo emocional entre terapeuta e paciente.

Luborsky (1976, citado por Luborsky, 1984) conceptualizou o desenvolvimento da aliança terapêutica em duas fases: a “aliança tipo I” e a “aliança tipo II”. A primeira envolve a construção de um vínculo seguro, sendo que o paciente deve acreditar que o terapeuta o vai conseguir ajudar, e o terapeuta deve manter uma atitude acolhedora e de apoio. Por sua vez, a segunda fase envolve a colaboração e compromisso do paciente, sendo que este tem de realizar um investimento no processo terapêutico.

Actualmente, a conceptualização mais aceite e utilizada é a de Bordin (1979). O autor baseou-se em Greenson (1965) e na abordagem psicodinâmica para referir que a aliança terapêutica se constitui como uma colaboração consciente entre terapeuta e paciente, apoiada em três domínios: acordo nos objectivos terapêuticos, consenso nas tarefas (e.g., na utilização da associação-livre nas abordagens psicodinâmicas) e o vínculo relacional entre terapeuta e paciente. Na sua perspectiva, diferentes abordagens psicoterapêuticas apoiam-se de forma variada nas componentes referidas, pelo que o perfil ideal da aliança terapêutica seria diferente. Por exemplo, os psicoterapeutas de abordagens comportamentais provavelmente estabelecerão uma colaboração com os pacientes com foco em objectivos e tarefas mais específicos do que os psicoterapeutas de abordagens psicodinâmicas, ainda que em ambas se encontre e seja necessária uma aliança de trabalho. Por outro lado, o autor considera que o vínculo requerido em abordagens breves pode diferir daquele das abordagens de longa duração, sendo que as últimas requerem uma maior confiança entre terapeuta e paciente.

Até ao momento, as definições mencionadas remetem para a noção de aliança terapêutica. Contudo, é de referir que outros autores procuraram focar-se noutros aspectos para além da colaboração entre terapeuta e paciente. Rogers (1957) debruçou-se sobre as atitudes do psicoterapeuta que facilitam a relação com os seus pacientes, sendo elas: empatia, autenticidade e consideração positiva. Esta visão permanece em estudo actualmente, revelando-se importante na conceptualização actual sobre a relação terapêutica. Contudo, a perspectiva de Rogers remete unicamente para os factores do terapeuta, e não oferecem, por isso, uma visão global sobre a relação terapêutica (Gelso, 2011, 2014).

Na concepção de Gelso e Carter (1985), a relação terapêutica é mais abrangente do que a aliança e os factores do terapeuta, dizendo respeito aos “sentimentos e atitudes que o terapeuta e o paciente têm um face ao outro e a maneira como estes são expressos” (p. 159).

Neste sentido, postulou-se a existência de um modelo tripartido (Gelso & Samstang, 2008), considerando que a relação possui três componentes (Gelso, 2014; Gelso & Carter, 1985; Gelso & Hayes, 1998): a aliança de trabalho, a transferência e contratransferência, e a relação real.

A aliança de trabalho, como já vimos anteriormente, remete para a colaboração entre terapeuta e paciente, sendo uma dimensão da relação que encontra a sua base na relação real e, por isso, é livre da transferência do paciente. É esta componente que possibilita que o trabalho terapêutico seja realizado, apesar das resistências e obstáculos emocionais que podem surgir no processo (Gelso, 2011). Assim, quando tal é possível, estão reunidas as condições para que o terapeuta e paciente criem um vínculo emocional e concordem nos objectivos e tarefas terapêuticos, como considerou Bordin (1979, citado por Gelso, 2011).

A transferência e a contratransferência têm sofrido alterações na sua conceptualização ao longo do tempo. Relativamente à contratransferência, existem três visões: a clássica, a totalista e a complementar (Gelso, 2011; Stefana et al., 2020). A primeira parte da ideia do terapeuta como uma tela em branco que apenas tem a função de interpretar os conteúdos do paciente. Assim, a contratransferência surge como uma reacção inconsciente do terapeuta à transferência do paciente, apesar de ter as suas origens nos conflitos internos não resolvidos do terapeuta. Podendo ser um obstáculo ao processo terapêutico (nomeadamente à compreensão do paciente), deve ser evitada e/ou superada. A concepção totalista considera que a contratransferência compreende todas as reacções do terapeuta face ao paciente, sendo estas normais e inevitáveis. Nesta perspectiva, a contratransferência deve ser interpretada, de modo a que o terapeuta se compreenda melhor a si próprio e ao paciente. Em terceiro lugar, a visão complementar postula que as reacções do terapeuta tendem a ser complementares às do paciente, dado que é essa a forma expectável ou natural de reagir. Desta forma, o terapeuta deve estar atento para evitar reproduzir os padrões relacionais disfuncionais da vida do paciente.

No que diz respeito à transferência, esta pode ser conceptualizada como factores do paciente que são transferidos para o terapeuta, sem que este tenha um papel nesse fenómeno. Por outro lado, as abordagens mais actuais (relacionais e intersubjectivas) consideram que a transferência se estabelece de uma determinada forma, consoante as dinâmicas relacionais e as subjectividades do terapeuta e paciente, pelo que ambos contribuem para o seu desenvolvimento, apesar de ter origem em factores internos do paciente (Gelso, 2011).

A perspectiva de Gelso (2011) é a de que a transferência remete para factores do paciente que encontram as suas raízes nas suas relações precoces, e que são transferidas para o terapeuta. Por sua vez, a contratransferência diz respeito às reacções do terapeuta que são moldadas pelas suas vulnerabilidades e conflitos passados ou actuais, e que surgem na relação

terapêutica quando o paciente tem um determinado comportamento, atitude ou sentimento que vai estimular esses conflitos ou vulnerabilidades.

Por último, a relação real diz respeito à relação pessoal que se constitui entre terapeuta e paciente e reflecte o grau de genuinidade de ambos e a capacidade de se perceberem um ao outro pelo que são realmente. Assim sendo, a relação real é analisada tendo em conta a magnitude (i.e., quantidade) e valência (i.e., positiva ou negativa) da genuinidade e realismo presentes. A título de exemplo, um paciente pode ser genuíno e perceber o terapeuta de forma negativa, pelo que a relação se encontra dificultada. Assim, a associação entre a magnitude e a valência dão-nos o perfil da relação real, podendo esta ser mais, ou menos forte (Gelso, 2011, 2014).

De acordo com o modelo tripartido, os três componentes encontram-se em todas as relações terapêuticas, sendo que a diferença reside na dimensão de cada um, consoante a abordagem teórica, as dinâmicas que estão a decorrer entre terapeuta e paciente, a qualidade da relação, entre outros. Além disto, a relação de trabalho provém da relação real, mas a associação entre estas vai influenciar a forma como o paciente é capaz de expressar e pensar sobre a sua transferência (principalmente sobre os sentimentos dolorosos) (Gelso, 2011, 2014).

Factores Comuns ou Específicos

De uma forma geral, a maioria dos estudos realizados até ao momento aponta para um impacto positivo e moderado da aliança terapêutica nos resultados do paciente (Flückiger et al., 2018; Miller et al., 2013).

Contudo, uma questão presente na literatura é se esse efeito se constitui como um factor comum ou específico (Zilcha-Mano & David-Sela, 2022). Apesar de a maioria dos estudos demonstrar que a aliança é um factor comum, sendo o seu impacto nos resultados terapêuticos independente do modelo teórico do terapeuta (e.g., Norcross & Lambert, 2019b), alguns autores consideram que a aliança se constitui como um factor específico e tem, por isso, efeitos mais ou menos pronunciados dependendo da abordagem teórica (e.g., Mulder et al., 2017), o que é apoiado por estudos que demonstram um efeito moderado do tipo de tratamento (e.g., Snippe et al., 2015). De modo a responderem a esta questão, Zilcha-Mano e David-Sela (2022) realizaram um estudo com dois tratamentos distintos (sendo que num deles a aliança era considerada como o factor principal da mudança terapêutica, e no outro como um meio para facilitar o *insight* através das interpretações do terapeuta). Os resultados demonstraram que tratamentos diferentes, ainda que igualmente eficazes (análise inter-participantes), promovem a mudança terapêutica através de diferentes mecanismos (análise intra-participantes), sendo que

num deles a aliança foi considerada o principal factor de mudança no paciente, e no outro apenas um facilitador dessa mudança. Esta distinção parece remeter para a forma como os psicoterapeutas conceptualizam a aliança/ relação.

Relação Terapêutica e Técnica

A perspectiva sobre a relação terapêutica e a sua associação com a técnica parece diferir consoante a abordagem teórica do psicoterapeuta. Assim, psicoterapeutas de vários modelos podem considerar que a relação é importante no processo terapêutico, mas a forma como o fazem é distinta.

Nos modelos psicodinâmicos, a relação terapêutica parece constituir-se como um meio para que o paciente consiga ganhar *insight*, mas também como um factor terapêutico em si (Gilbert & Leahy, 2007). Por outro lado, os mesmos autores referiram que os modelos cognitivo-comportamentais parecem utilizar a relação terapêutica para promover a colaboração com o paciente, de modo a facilitar a intervenção técnica ou a formulação cognitiva.

Neste sentido, Messer e Fishman (2018) procuraram organizar os dados de diferentes modelos utilizados por vários psicoterapeutas, tendo por base: o objectivo do terapeuta em estabelecer a relação (face à mudança terapêutica); e a utilização de técnicas que visam directamente a relação *versus* que têm um impacto nesta mas não a abordam directamente. De uma forma geral, observaram que as abordagens psicodinâmicas consideram que a relação terapêutica promove a mudança do paciente por si, sendo que as acções do terapeuta visam abordá-la directamente, de modo a promover essa mudança. Por sua vez, os modelos cognitivo-comportamentais, de uma forma geral, consideram que a relação se revela importante no processo terapêutico, mas não é suficiente para promover a mudança do paciente, pelo que as técnicas utilizadas pelo terapeuta não visam abordar a relação directamente, embora tenham um impacto nesta. Contudo, é de salientar que, dentro da mesma abordagem, os psicoterapeutas enfatizam aspectos diferentes da relação: alguns psicodinâmicos focaram-se na reparação de rupturas, outros procuraram promover a sensação do paciente de que era compreendido pelo terapeuta, entre outros.

Por outro lado, a visão da relação também pode ser analisada através da diferenciação entre uma componente mais relacional e outra mais profissional – à semelhança das teorizações de Gelso e Carter (1985). Altimir et al. (2017) propuseram um modelo sobre a relação terapêutica, como sendo composta por duas dimensões: a dimensão técnica e relacionada com o papel dos intervenientes, e a dimensão de troca afectiva. A primeira é caracterizada por uma assimetria relacional entre o terapeuta e o paciente, sendo particularmente importante nos

primeiros momentos do processo terapêutico, porque ajuda a diferenciar os papéis presentes na relação terapêutica dos papéis das restantes relações da vida do paciente. A segunda dimensão remete para a componente real da relação e caracteriza uma simetria relacional, que é expressa através dos sentimentos genuínos de preocupação, cuidado e proximidade emocional do terapeuta em relação ao paciente, que vão para além do contrato terapêutico. Assim, é criado um vínculo emocional que assenta na confiança e na profundidade emocional. No final do processo, o vínculo emocional é mantido. Segundo este modelo, os aspectos relacionais parecem construir-se sobre os profissionais.

Estabilidade ou Variação da Aliança Terapêutica

Por outro lado, existem também dados contraditórios sobre o padrão da aliança (intra-participante) que promove melhores resultados terapêuticos. Alguns estudos demonstram que uma melhoria progressiva da aliança é mais favorável (e.g., Kramer et al., 2009), outros referem que um padrão em U (aliança alta-baixa-alta) é melhor (e.g., Kivlighan & Shaughnessy, 2000) e outros não encontram diferenças consoante o padrão é estável ou não (e.g., Stiles et al., 2004).

A ideia de uma oscilação na percepção da aliança vai ao encontro do modelo de Safran e Muran (1996, 2000). Os autores consideram que a construção de uma aliança engloba inevitavelmente a passagem por períodos ou momentos de rupturas (i.e., dificuldades), sendo na sua reparação (i.e., superação) posterior que se encontra a melhoria da aliança terapêutica, pois isso demonstra que um trabalho terapêutico foi realizado e foi possível ocorrer uma mudança face a uma dificuldade, por meio da colaboração entre terapeuta e paciente (Safran et al., 2011). É ainda de salientar que existe alguma sobreposição entre o conceito de “ruptura” e os conceitos de resistência, falha empática e transferência (negativa). No entanto, trata-se de um conceito trans-teórico e que remete para impasses que sofrem uma influência mútua do terapeuta e do paciente, não sendo propriamente atribuídos a um dos elementos da relação (Safran et al., 2009).

Contudo, o estudo recente de Hillman et al. (2022) demonstrou que padrões estáveis de uma boa aliança terapêutica (por um período superior a oito sessões) promovem uma redução dos sintomas, e vice-versa (i.e., períodos estáveis de poucos sintomas promovem uma boa aliança), mas um aumento progressivo da aliança não demonstrou melhorias. Assim, neste último estudo, não é a flutuação que parece contribuir para uma melhoria dos resultados terapêuticos, mas sim a estabilidade de uma boa aliança terapêutica.

A questão que agora se coloca é quais são os factores que influenciam a percepção da aliança e/ou relação terapêutica.

Factores que Influenciam a Relação Terapêutica

Como vimos anteriormente, parecem existir diferenças consoante analisamos a aliança terapêutica entre pacientes, ou relativamente a cada paciente individualmente. A primeira situação parece ser principalmente determinada por características pessoais do terapeuta e do paciente que já estavam presentes antes de iniciarem o processo terapêutico, e que determinam a qualidade da aliança no início do processo. Por sua vez, a segunda situação parece remeter para os processos que decorrem ao longo da psicoterapia (Zilcha-Mano & Fisher, 2022). Combinando as duas condições, alguns pacientes podem conseguir criar boas alianças no início do processo terapêutico, enquanto com outros isso é desenvolvido ao longo do processo (Zilcha-Mano, 2017).

De seguida, serão apresentados diversos estudos que procuraram compreender quais são os elementos que contribuem para uma boa relação terapêutica ou, pelo contrário, a dificultam. Entre estes, estão dois estudos que procuraram analisar o referido, tendo em consideração o momento do processo psicoterapêutico em que se encontrava a díade.

Lavik et al. (2018) realizaram uma meta-análise sobre os processos que decorrem no início dos processos terapêuticos. Os autores descobriram que os seguintes factores impactam a relação, segundo os pacientes: a presença de um terapeuta competente que tem conhecimento técnico e teórico, mas que simultaneamente é empático, acolhedor; o paciente sentir-se compreendido na sua subjectividade (como pessoa e nas suas dificuldades); o paciente sentir que o terapeuta tem afeição por si, valida e tolera os seus sentimentos e reacções, e funciona como um suporte; a percepção de esperança no futuro, que é dada quando o psicoterapeuta enfatiza os esforços, pontos fortes e colaboração do paciente; e a superação de medos iniciais sobre a psicoterapia. Por sua vez, os psicoterapeutas consideraram importante: equilibrar a competência técnica com uma postura relacional acolhedora (ser empático, genuíno, usar o humor quando apropriado e mostrar-se como pessoa e não apenas como psicoterapeuta), estando também atentos às suas vulnerabilidades pessoais que podem dificultar a relação; mostrar interesse genuíno por compreender o paciente (i.e., mostrar-se curioso); apoiar o paciente na construção dos seus objectivos pessoais e mostrar uma abertura para a colaboração; criar um ambiente seguro, evitando uma postura crítica, e adaptando-se à personalidade do paciente; prestar atenção à linguagem corporal de modo a ter uma noção do estado da relação; e promover experiências úteis para o paciente na primeira consulta.

Na sequência do referido, Hardy et al. (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura de modo a compreender os factores que são importantes para o estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de uma boa relação terapêutica. Num primeiro momento,

revela-se essencial que o paciente colabore no processo terapêutico, o que depende das expectativas, intenções, motivações e esperança que este tem, mas também do trabalho do psicoterapeuta em ajustar e/ou promover estas componentes. Para tal, o psicoterapeuta também precisa de apresentar uma postura acolhedora e genuína, ser empático (no sentido de compreender o paciente), negociar os objectivos terapêuticos com o paciente e colaborar no processo terapêutico, e promover um ambiente de suporte para o paciente. Quando estas condições estão reunidas, deverá ser possível que o paciente confie no psicoterapeuta, e demonstre compromisso e abertura face aos objectivos e tarefas acordados. Por sua vez, o psicoterapeuta deve procurar servir-se de um conjunto de técnicas terapêuticas que promovem a relação (e.g., reflexão, interpretação relacional, etc.). Por fim, a manutenção da relação terapêutica tem como objectivos: a satisfação do paciente com o processo terapêutico, uma boa aliança terapêutica, uma maior expressão emocional do paciente (uma vez que esta promove a mudança) e a alteração da visão que o paciente tem sobre si próprio. Estes objectivos podem ser dificultados por factores do terapeuta como por exemplo, sentimentos negativos em relação ao paciente, postura crítica ou falhas na adaptação das técnicas de intervenção ao paciente; e por factores do paciente, como agressividade e resistência ao processo terapêuticos. Estes elementos podem conduzir a rupturas na relação, pelo que o psicoterapeuta deve procurar reflectir sobre os seus sentimentos e prática clínica, e adaptar-se ao paciente de modo a conseguir responder às necessidades deste.

Apesar de não terem distinguido o momento do processo terapêutico, Krause et al. (2011) também procuraram compreender, entre outros aspectos, quais os elementos que os psicoterapeutas e pacientes consideravam importantes na relação terapêutica. Os resultados do seu estudo qualitativo demonstraram que os pacientes consideram que o terapeuta deve ser gentil, empático e acolhedor, e não ser agressivo ou crítico. Além disto, enfatizaram a importância de sentirem que o seu psicoterapeuta tem conhecimento profissional, de modo a conseguir oferecer a ajuda necessária. Por sua vez, os psicoterapeutas referiram que deve existir afeição mútua e deve ser mantida uma postura de aceitação do paciente. Mais ainda, revela-se importante que os pacientes expressem as suas experiências pessoais e emoções (incluindo os sentimentos em relação ao terapeuta), e que se comprometam e colaborem no processo terapêutico. Por fim, ambos concordaram que deve existir uma confiança mútua.

Ackerman e Hilsenroth (2003), na sua revisão de literatura, observaram que as características do terapeuta que promovem uma boa aliança são, entre outras, a flexibilidade, empatia, honestidade, respeito pelo paciente, interesse, abertura e interpretação correcta.

Por outro lado, algumas investigações têm-se focado na gestão que os psicoterapeutas fazem da sua contratransferência. Mais especificamente, quando o terapeuta consegue geri-la, promove melhores resultados terapêuticos (Hayes et al., 2011; Ligiéro & Gelso, 2002). No entanto, é de salientar que o terapeuta não deve procurar suprimi-la mas sim compreender o seu significado, não só para o próprio, como também para o paciente (Gelso & Silberberg, 2016), sendo para isso necessária uma capacidade de auto-reflexão (i.e., a consciência dos seus próprios sentimentos e significados), empatia, auto-integração (i.e., a existência de uma identidade estável, sendo capaz de diferenciar o eu do outro e de renunciar às necessidades pessoais em prol do processo), gestão da ansiedade e capacidade de conceptualização (que engloba a capacidade de pensar sobre o caso em termos teóricos e compreender as dinâmicas do paciente que também são transpostas para a relação) (Van Wagoner et al., 1991).

Por fim, a promoção de uma relação real entre terapeuta e paciente parece promover a colaboração no processo terapêutico, o conforto, o progresso do paciente e a empatia e acolhimento do terapeuta (Eugster & Wampold, 1996). No entanto, Kivlighan et al. (2017) observaram que alguns pacientes atribuíam uma maior importância à aliança e outros à relação real, pelo que os psicoterapeutas devem procurar compreender o tipo de paciente com quem estão a trabalhar, de modo a promover a relação e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos.

Relação terapêutica e supervisão clínica

Até ao momento, foram apresentadas as diversas perspectivas e investigações sobre os domínios da relação terapêutica. Dada a importância da relação na psicoterapia, é de esperar que os psicoterapeutas procurem formas de a analisar e monitorizar, de modo a promover melhores relações com os seus pacientes. Uma dessas formas é através da supervisão.

A Supervisão Clínica

A supervisão clínica é definida de diversas formas. Segundo Bernard e Goodyear (2019), remete para uma intervenção na qual um supervisor mais experiente se reúne com um psicólogo/ psicoterapeuta, de modo a analisarem o trabalho clínico deste último. Por sua vez, Milne (2007) considerou que a supervisão remete para uma relação que visa o apoio, desenvolvimento e avaliação do trabalho do supervisando. A finalidade da supervisão é, por um lado, permitir o desenvolvimento de conhecimentos e competências no psicoterapeuta, para que este consiga exercer a sua prática clínica de forma mais autónoma e eficaz e, por outro,

garantir que os pacientes recebem uma intervenção ética e adequada, protegendo assim o bem-estar destes (Bernard & Goodyear, 2019; Watkins, 2011).

Apesar de se tratar de um serviço profissional, Norcross e Poppo (2017) consideram que o elemento fundamental da supervisão é a relação que se estabelece entre supervisor e terapeuta. Desta forma, revela-se fundamental ter em consideração o modo como esta pode influenciar a supervisão e o processo terapêutico. Worthen e McNeill (1996) realizaram um estudo qualitativo e observaram que uma boa relação de supervisão estava associada a uma postura empática, ausência de julgamento face ao terapeuta, validação e promoção da exploração e experimentação (i.e., de abertura a novas experiências e conhecimentos). Por outro lado, os psicoterapeutas salientaram a importância de se sentirem apoiados pelo supervisor, por exemplo, através da normalização das suas dificuldades com os pacientes.

Influência da Supervisão Clínica

A questão que agora se coloca é se a supervisão clínica efectivamente tem um impacto no processo terapêutico ou não. Ao longo dos anos, têm sido realizados diversos estudos para tentar esclarecer este tópico.

No que respeita aos benefícios para o psicoterapeuta, são relatados diversos benefícios. Por exemplo, os estudos apontam para um aumento da autoconsciência, autoeficácia e conhecimento (tanto teórico como sobre o desenvolvimento das relações terapêuticas) e ganho de confiança (Lohani & Sharma, 2022; Wheeler & Richards, 2007).

No estudo qualitativo de Worthen e McNeill (1996) referido anteriormente, uma boa supervisão teve como consequências: o aumento da confiança dos terapeutas e da capacidade para conceptualizar e intervir (conseguindo ter novas perspectivas e conhecimentos para resolver dificuldades na relação terapêutica); o aumento da capacidade para compreender e analisar questões complexas; e a melhoria da relação de supervisão.

Por sua vez, Murr et al. (2020) realizaram entrevistas semi-estruturadas com psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e observaram que a supervisão facilitou a associação da teoria à prática clínica, principalmente quando o supervisor ajudava o terapeuta a formular um caso clínico difícil. Mais ainda, a supervisão oferecia um modelo de intervenção aos terapeutas, no sentido em que as técnicas de *role-play* ou a partilha de casos clínicos do supervisor, possibilitava o aumento do repertório dos terapeutas e, assim, da sua flexibilidade e versatilidade enquanto profissionais. Por último, foi referido que a presença de um supervisor com mais conhecimento aumentava a sensação de confiança dos terapeutas e ajudava-os a compreenderem como intervir correctamente.

Vallance (2004), no seu estudo qualitativo, procurou perceber o impacto da supervisão de *counselling* nos pacientes, segundo os *counsellors*. Como resultados, observou que: a análise da relação com o paciente possibilitou a identificação dos padrões deste, e ajudou na tomada de consciência dos próprios sentimentos e reacções. No mesmo sentido, a supervisão possibilitou o ganho de conhecimento, experiência, confiança e monitorização da competência, mesmo quando um determinado paciente não era abordado na supervisão, uma vez que a exploração de um caso clínico acabava por ter impacto na abordagem dos restantes. Do ponto de vista emocional, a supervisão auxiliou na prevenção de contaminação do processo com os pacientes, na medida em que os sentimentos do participante eram desconstruídos com o supervisor e, assim, não eram transpostos para o processo terapêutico. Por fim, os participantes realçaram a importância de aprenderem com as sugestões do supervisor, mas apenas quando era possível decidirem se estas se adaptavam efectivamente ao seu estilo pessoal ou não.

É esperado que os benefícios que a supervisão produz no terapeuta sejam traduzidos para o processo terapêutico e para o paciente. No entanto, a investigação que temos até ao momento não permite retirar conclusões bem sustentadas, uma vez que os estudos apresentam diversos problemas, como falhas metodológicas, resultados contraditórios e foco numa abordagem psicoterapêutica específica ou em contextos não-psicoterapêuticos, não possibilitando assim a generalização dos resultados (Alfonsson et al., 2018; Bessa-Silva et al., 2017; Simpson-Southward et al., 2017; Watkins, 2011, 2019). No mesmo sentido, ainda são desconhecidos os processos que demonstram como é que os benefícios da supervisão no terapeuta são transpostos para o processo terapêutico (Alfonsson et al., 2018; Watkins, 2019).

Um dos estudos mais referidos (e.g., Alfonsson et al., 2018; Watkins, 2011) como podendo ilustrar os benefícios da supervisão nos pacientes é o de Bambling et al., (2006). Os autores descobriram que os pacientes que tiveram um processo terapêutico acompanhado por supervisão, mostraram: melhores níveis percebidos de aliança terapêutica, maior diminuição dos sintomas e maior satisfação com o processo terapêutico, comparativamente àqueles sem supervisão. No entanto, estes resultados podem ser atribuídos a diferenças de base (i.e., já existiam diferenças iniciais na percepção da aliança terapêutica).

O Presente Estudo

Uma vez que a relação terapêutica é percebida de diversas formas, consoante os psicoterapeutas, os modelos teóricos e o tipo de análise (i.e., inter-participantes ou intra-participantes), torna-se relevante perceber como é que estas semelhanças e diferenças se conjugam. Mais ainda, sendo a supervisão clínica uma prática partilhada entre psicoterapeutas

e com um efeito sobre a relação e, presumivelmente, sobre o paciente, seria pertinente analisar não só a influência desta, como a sua associação com a visão da relação terapêutica.

Neste sentido, o presente estudo pretende compreender, segundo a perspectiva dos psicoterapeutas, a influência que a sua supervisão clínica possui sobre a relação terapêutica que estabelecem com os seus pacientes. Relativamente aos objectivos específicos, pretende-se compreender:

1. Como é que os psicoterapeutas descrevem a relação terapêutica?
2. Como é que a relação terapêutica é elaborada em supervisão, segundo o psicoterapeuta?
3. De que forma é que os psicoterapeutas consideram que a sua supervisão clínica tem impacto na relação terapêutica que estabelecem com os seus pacientes?

Para além dos objectivos mencionados, procura-se ainda compreender em que medida é que os modelos teóricos de formação dos psicoterapeutas (cognitivo-comportamental e psicodinâmico) influenciam as questões colocadas, bem como se a supervisão promove uma mudança na visão da relação terapêutica. Estes objectivos revelam-se importantes na medida em que a literatura realça que estas duas abordagens apresentam grandes diferenças entre si no que respeita à visão da relação e da técnica, mas não no que respeita à influência da supervisão sobre o processo psicoterapêutico, como mencionado anteriormente. Por outro lado, é identificado um efeito da supervisão sobre o psicoterapeuta e, em alguns estudos, sobre o paciente, mas é desconhecida a influência desta sobre a visão da relação terapêutica de uma forma geral.

Método

Design

A presente investigação é de natureza qualitativa, procurando-se compreender a perspectiva dos psicoterapeutas relativamente à influência da supervisão clínica na relação que estabelecem com os seus pacientes. Para tal, partiu-se de uma posição epistemológica relativista que considera que existem múltiplos pontos de vista sobre a realidade.

A recolha dos dados é realizada num único momento, através de entrevistas individuais semiestruturadas, com questões abertas que, por um lado, permitem obter dados que respondam às questões de investigação e, por outro, encorajam os participantes a dar respostas mais detalhadas e que vão ao encontro ao que consideram ser mais importante para si.

Participantes

O presente estudo tem como participantes psicoterapeutas do modelo cognitivo-comportamental e psicodinâmico, que se encontram em supervisão (individual ou em grupo) há pelo menos seis meses, com um/a supervisor/a do mesmo modelo teórico que o seu. Para além do descrito, é também critério de inclusão o facto de estarem a realizar consultas individuais com pacientes adultos (idade superior a 18 anos).

Os participantes foram contactados através do email apresentado nas plataformas da Associação de Psicanálise Relacional (Psi-Relacional); Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (APPPP); e Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI). Destes contactos, realizaram-se dez entrevistas, sendo que 7 participantes são do sexo feminino. Apesar de o participante 10 estar sem supervisão clínica há dois meses (no momento da entrevista), considerou-se que esse tempo era pequeno para afectar a recordação das sessões de supervisão.

No que respeita à caracterização dos participantes, salienta-se que todos os participantes exercem a sua prática clínica em contexto privado, sendo que os de abordagem psicodinâmica têm uma média de anos de prática psicoterapêutica de 3,6 anos (mínimo de 1 ano e máximo de 8 anos) e os de abordagem cognitivo-comportamental de 9,2 anos (mínimo de 7 anos e máximo de 14 anos). Relativamente à supervisão clínica, os participantes de abordagem psicodinâmica têm supervisão individual (maioritariamente semanal), com o mesmo supervisor, com uma média de 3,4 anos em supervisão (mínimo de 1 ano e máximo de 8 anos), exceptuando-se o participante 8, que tem supervisão individual com dois supervisores diferentes. Por sua vez, os participantes de abordagem cognitivo-comportamental têm

supervisão em grupo (em formato quinzenal), com o mesmo supervisor, com uma média de 7,8 anos (mínimo de 4 e máximo de 14 anos).

Entrevista

A investigação contou com a realização de entrevistas semiestruturadas, tendo sido necessária a construção de um guião para as mesmas, o qual incidiu sobre três temáticas principais: 1) a relação terapêutica; 2) a supervisão clínica; e 3) o impacto da supervisão clínica sobre a relação terapêutica. Procurou-se que as questões abordadas no guião permitissem responder aos objectivos da investigação. De modo a observar se tal se verificava, realizou-se um estudo-piloto no dia 22 de Fevereiro de 2022, com uma psicóloga que está em formação na Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF), mas integra conceitos das abordagens cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Este estudo piloto resultou no desenvolvimento de um guião final, sendo que as alterações no guião passaram pela formulação de mais questões de *follow-up* e de perguntas iniciais (de contextualização) nas duas primeiras temáticas (relação terapêutica e supervisão clínica). As principais questões presentes no guião são as seguintes:

Relação terapêutica

1. Seria possível falar-me sobre a forma como trabalha em terapia?
2. Como perceciona a relação terapêutica, à luz do seu modelo de formação?
3. Pedia que se lembrasse de um caso em que sentiu dificuldades na relação terapêutica. Pode descrever-me essas dificuldades? (Caso clínico 1)

Supervisão clínica

4. Seria possível falar-me sobre a forma como decorre a sua supervisão clínica?
5. De que forma é que a relação terapêutica é abordada na sua supervisão?
6. Pedia que se lembrasse de um caso que tenha levado à sua supervisão, por dificuldades na relação terapêutica. Pode descrever-me essas dificuldades? (Caso clínico 2)

Influência da supervisão clínica

7. De uma forma geral, que mudanças observa na relação terapêutica com os seus pacientes, devido à supervisão?
8. De que forma é que o modo como se relaciona com o seu supervisor influencia a forma como se relaciona com os seus pacientes?

É de salientar que as questões principais foram semelhantes para todos os participantes, exceptuando-se as questões de *follow-up*, que cumpriam a função de compreender melhor um determinado evento relatado (ver anexo A). Além disso, foi pedido aos participantes que relatassem dois casos clínicos, sendo que um serviria a função de compreender a visão da relação (principalmente os factores que o participante considera que a influenciam), e o outro de perceber a influência da supervisão clínica num caso específico.

Na construção do guião, existiu uma preocupação em passar de questões gerais para questões relativas a casos clínicos específicos, dado que se procurou evitar que o terapeuta construísse as suas respostas gerais a partir de um único caso clínico.

Procedimento

Num primeiro momento, foi pedida a colaboração de diversos psicoterapeutas de abordagem cognitivo-comportamental e psicodinâmica para a realização de uma entrevista individual. Na apresentação do estudo, foi esclarecido o objectivo da investigação, os critérios de inclusão, e a possibilidade de realizar a entrevista de forma presencial ou através da plataforma Zoom, com a duração máxima prevista de uma hora e meia. Aos participantes que aceitaram participar no estudo, foi enviado um consentimento informado, que salientava a confidencialidade dos dados do participante e dos casos clínicos que relatasse. No decorrer da transcrição das entrevistas, os dados que colocassem em causa este parâmetro foram alterados de acordo com o sistema de transcrição proposto por Braun e Clarke (2013) e adaptado para o presente estudo (anexo B).

Como mencionado na secção “Entrevista”, foi realizado um teste-piloto, que resultou no desenvolvimento do guião final.

Posteriormente, a recolha dos dados foi realizada através da plataforma Zoom com todos os participantes que aceitaram integrar o estudo. No início de cada entrevista, o investigador agradeceu a colaboração no estudo, explicou novamente o objectivo da investigação, reforçou a confidencialidade dos dados, mostrou-se disponível para quaisquer perguntas e pediu para que a entrevista fosse gravada. A gravação possibilitou que as entrevistas fossem transcritas na íntegra, o que permitiu: diminuir a tendência do investigador para seleccionar os dados que favoreciam a sua opinião; rever as entrevistas várias vezes; e realizar uma análise detalhada dos dados.

As entrevistas foram sendo realizadas até ser atingido um critério de saturação, ou seja, até ao momento em que o investigador sentiu que os dados recolhidos deixaram de gerar nova informação para responder às questões de investigação (Braun & Clarke, 2013). De modo a ser

possível determinar este critério, foram sendo apontadas as ideias gerais e os códigos que iam surgindo ao longo das entrevistas. Apesar do paradigma epistemológico em uso ser relativista (i.e., em que se pressupõe que os dados não representam uma verdade total sobre o fenómeno em estudo), considerou-se que as entrevistas realizadas permitiram atingir o máximo de informação nova com a metodologia qualitativa utilizada.

Por fim, foi realizada a análise das entrevistas através da Análise Temática.

Análise das Entrevistas

As entrevistas foram analisadas segundo o método de análise temática, o qual pretende identificar, analisar e descrever padrões de significado (i.e., temas) dentro de um conjunto de dados (i.e., as entrevistas). Por se tratar de um método independente de abordagens teóricas, considerou-se que era o mais indicado para o presente estudo, dada a presença de participantes com duas abordagens psicoterapêuticas diferentes (cognitivo-comportamental e psicodinâmica) nas entrevistas realizadas. Por outro lado, o investigador assume uma posição pessoal psicodinâmica, pelo que com a utilização deste método pretende evitar ou diminuir enviesamentos na análise das entrevistas.

A análise temática compreende seis passos que o investigador deve seguir durante a análise dos dados. No entanto, é de notar que este não é um processo linear e inflexível, pelo que se deve recuar e avançar consoante necessário. Os passos são os seguintes (Braun & Clarke, 2006, 2013):

1. Familiarização com os dados
2. Criação de códigos iniciais
3. Procurar temas
4. Rever os temas
5. Definir e nomear os temas
6. Produzir o relatório

Na familiarização com os dados existe uma transcrição integral e literal dos dados (i.e., das entrevistas), o que permite que o investigador conheça bem o conjunto de dados. Posteriormente, lê-se e relê-se os dados, procurando e apontando significados e padrões iniciais, aos quais o investigador vai recorrer em fases posteriores da sua análise.

No segundo passo, ocorre a criação de códigos iniciais. Um código remete para a essência de um determinado dado, devendo ser breve, claro e distinto o suficiente dos restantes códigos. Neste passo, o investigador tem de decidir se pretende realizar uma codificação

completa (i.e., de todos os dados) ou selectiva (i.e., se pretende seleccionar apenas um conjunto de dados que considera relevante para o seu estudo). No entanto, a codificação deve sempre procurar responder às questões de investigação.

Num terceiro momento, o investigador vai procurar agrupar e classificar os códigos que identificou no passo anterior, em potenciais temas. Um tema corresponde a uma resposta padronizada dentro do conjunto de dados (i.e., das entrevistas), pelo que os códigos dentro de um tema devem ter uma associação entre si. Para facilitar este passo, o investigador pode recorrer a tabelas, mapas mentais, entre outros. No final, deverá ser possível associar os códigos e temas entre si. Neste passo, o investigador deve ter presente o tipo de análise que está a realizar: indutiva (*bottom-up*) ou teórica (*top-down*). Uma análise indutiva é orientada pelos dados, o que significa que o investigador olha para o conjunto de dados e procura perceber o que está presente nos mesmos. Por sua vez, uma análise teórica pressupõe o conhecimento prévio de teorias que vão orientar a análise, pelo que o investigador vai procurar perceber de que forma é que os dados vão ou não ao encontro deste conhecimento. Uma outra decisão remete para o nível de análise dos dados, podendo esta ser feita de forma semântica ou latente. Uma abordagem semântica baseia-se no significado explícito ou superficial dos dados, pelo que o investigador não procura interpretar para além do que os participantes descrevem, embora posteriormente interprete o significado dos padrões encontrados. Por outro lado, uma abordagem latente procura identificar as ideias ou concepções subjacentes dos dados, sendo mais utilizada quando o investigador pretende associar o contexto sociocultural aos dados.

De seguida, o investigador deve rever os temas que criou anteriormente. Para tal, tem de realizar uma análise de dois níveis: numa primeira análise, deve verificar se os dados dentro de cada tema formam um padrão coerente entre si; se isto se verificar, o investigador deve verificar se os temas reflectem os significados de todo o conjunto de dados. No final, deve ser possível ter um mapa temático com os vários temas e as ligações entre si, que respondem às questões de investigação.

Num quinto momento, o investigador deve nomear e realizar uma descrição sucinta dos temas, de forma clara. Este passo permite compreender qual é a história daquele tema (e dos seus subtemas, se existirem).

Em último lugar, é elaborado um relato da história que os dados contam, o qual deve ser conciso e coerente, e englobar todos os temas identificados pelo investigador. Procura-se clarificar de que forma é que a história de cada tema se relaciona com todo o conjunto de dados e com as questões de investigação.

É de notar que na interpretação dos dados, o investigador deve tornar clara qual foi a lógica utilizada para determinar a prevalência dos temas, uma vez que existem diversas formas de o fazer e isso influencia a história contada pelos dados. Além disso, todas as lógicas possuem problemas associados, pelo que o mais importante é o investigador ser coerente na interpretação dos dados.

Resultados

Os resultados foram analisados segundo o método de análise temática, descrito anteriormente. Nesta secção irá ser apresentada a forma como a análise decorreu no presente estudo, de forma mais pormenorizada.

Familiarização com os Dados – Fase 1

Num primeiro momento, as entrevistas foram transcritas de forma integral e fidedigna, segundo o estilo ortográfico/ literal, i.e., tendo por base as palavras (e outros sons) ditas pelo participante, e não tanto a forma como estas eram proferidas (Braun & Clarke, 2013). De modo a tornar a transcrição o mais fidedigna possível (ainda que continue a ser meramente uma representação da entrevista em si), foi utilizado um sistema de transcrição proposto por Braun e Clarke (2013), com as adaptações consideradas necessárias para este estudo (anexo B). A transcrição e posterior leitura de cada entrevista possibilitou uma familiarização com os dados.

À medida que as entrevistas iam sendo transcritas, foram apontados significados e padrões iniciais, que possibilitaram posteriormente a elaboração dos códigos.

Criação de Códigos Iniciais – Fase 2

Apesar de a análise temática consistir num conjunto de seis passos, esta deve ser fluída, pelo que se começou a transcrever e codificar as primeiras entrevistas, enquanto ainda se estava a entrevistar os restantes participantes.

Realizou-se sempre uma codificação completa dos dados, ou seja, procurou-se sempre codificar tudo o que fosse relevante para responder às questões de investigação. Num momento posterior, os códigos foram revistos e retiraram-se aqueles que não eram pertinentes.

Numa primeira codificação, os códigos eram gerais, o que não permitia ter uma percepção concreta da visão do terapeuta. A título de exemplo, apresenta-se um excerto do participante 1, que remete para a sua visão sobre a relação terapêutica e estava codificado como “Papel do terapeuta”: *“E depois, também acho que uma boa forma de estabelecimento da relação também é este equilíbrio entre sermos validantes e sermos ah... e escutarmos a pessoa, e ao mesmo tempo darmos alguma psicoeducação relativamente a alguns temas, não é? Porque muito-, porque as pessoas não têm a obrigação de saberem o que é que é a psicoterapia, ou de como estar ou de como fazer psicoterapia. Isso nós é que temos obrigação de saber. E para as pessoas poderem fazer um melhor trabalho, também é importante que saibam o que é que as coisas são, para que é que servem e o que é que podem esperar.”* (linha 173).

No decorrer da análise das restantes entrevistas, verificou-se que a codificação mencionada também não era passível de ser reunida, posteriormente, num tema, pelo que foi alterada para “Terapeuta tem conhecimento especializado”, o que especifica uma parte do papel do terapeuta na relação com os seus pacientes e determina uma diferença de conhecimento entre terapeuta e paciente, que também foi referida por outros participantes.

O processo de codificação foi realizado de forma progressiva, comparando-se sempre os códigos gerados para as várias entrevistas, de modo a observar se existia ou não uma sobreposição entre estes (e agrupando-se os semelhantes num único código) e uma congruência em termos de assunto (para posterior integração em subtemas ou temas). Deste processo, resultaram 39 códigos que remetem para a visão dos terapeutas face à relação terapêutica, 15 códigos que se referem à forma como a relação é elaborada em supervisão clínica, e 10 que dizem respeito à percepção de influência da supervisão clínica na relação terapêutica. É ainda de salientar que a codificação foi realizada sem o recurso a conceitos que se referissem a uma abordagem teórica específica, de modo a facilitar a comparação posterior entre terapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos. Além disto, os códigos criados remetem para excertos das entrevistas que são identificados pelo investigador como contendo um significado específico. Por exemplo, no excerto supracitado, o código “Terapeuta tem conhecimento especializado” foi definido como “O terapeuta distingue-se do paciente por ter um conhecimento teórico e experiência, que utiliza para compreender o paciente e/ou para melhorar/ estabelecer a relação terapêutica”. Os códigos e respectivas definições podem ser encontrados o anexo C.

É de notar que a identificação de códigos e de temas seguiu um processo de análise indutivo. Para tal, foi necessário que o investigador tomasse consciência das suas considerações pessoais sobre a relação terapêutica e sobre a influência da supervisão para, assim, evitar enviesamentos na análise. Por outro lado, só foi feita a revisão de literatura depois dos resultados estarem finalizados, de modo a garantir que não havia uma influência de teorias pré-existentes sobre as entrevistas e análise. Por fim, foi ainda realizada uma auditoria externa com um colega com alguma prática em análise qualitativa, que reviu na íntegra todos os códigos atribuídos em cada entrevista e posteriores temas construídos.

A análise seguiu também uma abordagem semântica, uma vez que os códigos e temas criados se restringiram ao significado explícito atribuído pelos participantes, não havendo uma atitude interpretativa por parte do investigador nestas fases.

Procurar Temas – Fase 3

Os códigos gerados foram agrupados em temas e subtemas que pudessem ser interpretados posteriormente. Para cada questão de investigação foi construído um mapa temático (sendo a versão final apresentada e explicitada na Fase 4). No primeiro modelo, a primeira questão de investigação era composta pelos temas “Dificuldades na relação”, “Relação como ferramenta” e “Postura do terapeuta”; a segunda pelo tema “Foco da supervisão”; e a terceira pelo tema “Influência da supervisão”, como demonstrado de seguida:

Figura 1

Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 1

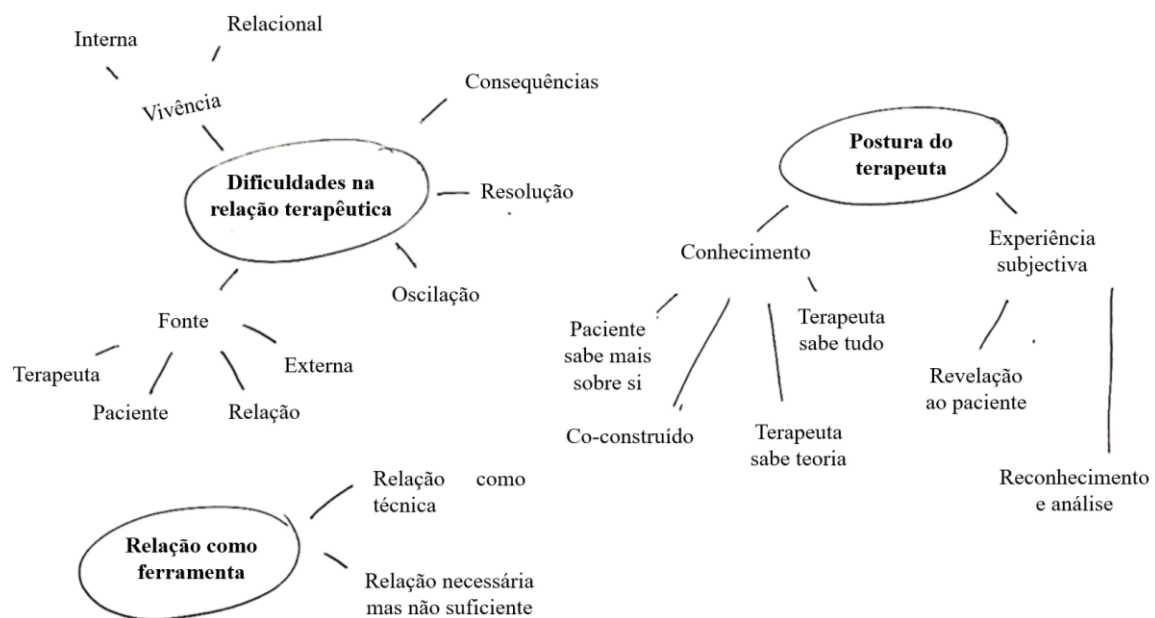


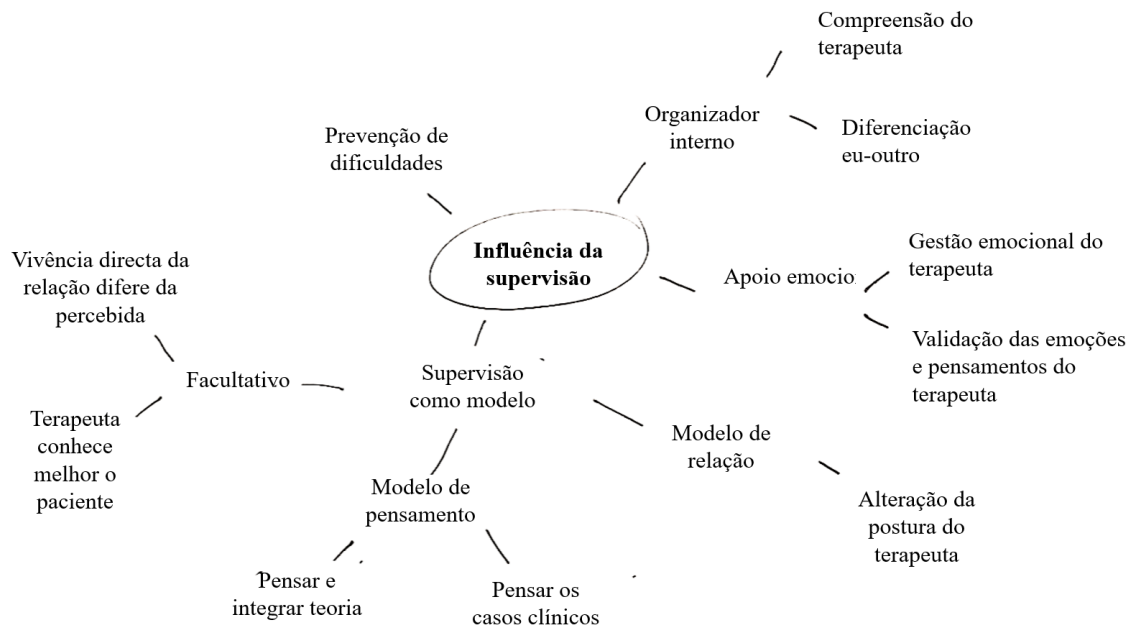
Figura 2

Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 2



Figura 3

Mapa Temático Inicial, Correspondente à Questão de Investigação 3



Rever os Temas – Fase 4

À semelhança do processo de elaboração dos códigos, também a construção dos mapas temáticos foi sofrendo diversas alterações, consoante as entrevistas iam sendo analisadas e os códigos adaptados. Desta forma, foram eliminados alguns subtemas e temas que não eram relevantes para responder às questões de investigação, enquanto outros foram reorganizados. Por exemplo, na primeira questão de investigação, os subtemas “Vivência”, “Oscilação”, “Resolução” e “Consequências” foram anulados e, como resultado, o tema “Dificuldades na relação” passou a ser designado por “Actores da relação” no mapa temático final. O tema “Postura do terapeuta” também foi eliminado, sendo que o subtema “Conhecimento” passou a “Relação de trabalho” e o subtema “Experiência subjectiva” passou a constituir o tema “Função da experiência subjectiva do terapeuta”. O tema “Relação como ferramenta” manteve-se. Na segunda questão de investigação, foi criado um novo tema que não estava presente no modelo inicial, designando-se por “Análise dos casos clínicos”, que remete para os processos de análise em supervisão. Por fim, o mapa relativo à terceira questão de investigação também foi sofrendo alterações nos subtemas, sendo que o “Supervisão como modelo” foi dividido em “Ganho de conhecimento” e o subtema “Organizador interno” passou a integrar o “Ganho de conhecimento”, deixando de existir. Os mapas temáticos finais são os seguintes:

Figura 4

Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 1

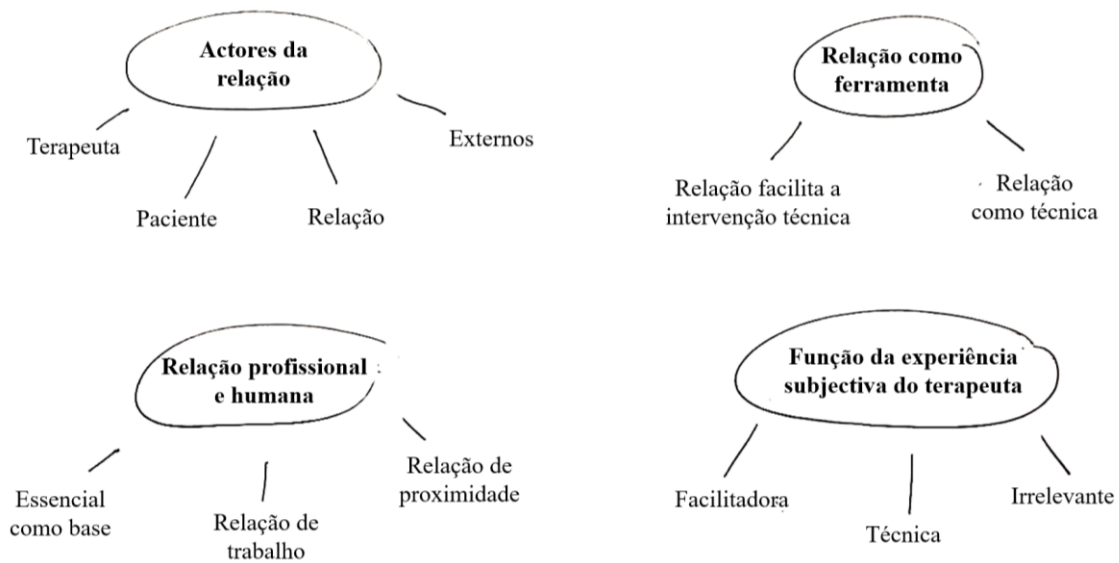


Figura 5

Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 2

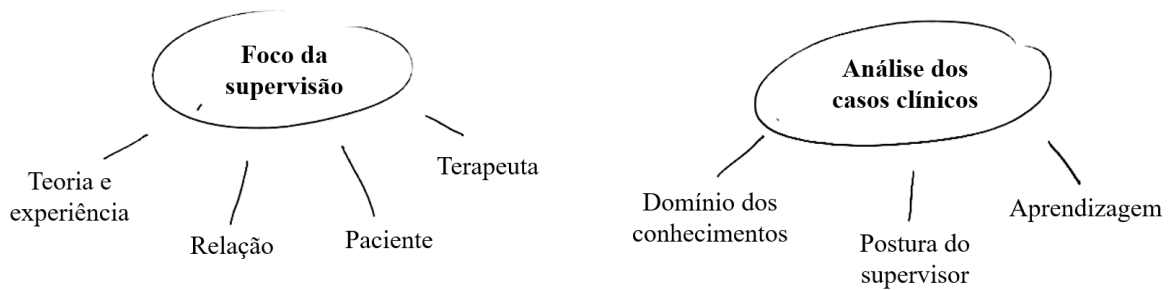
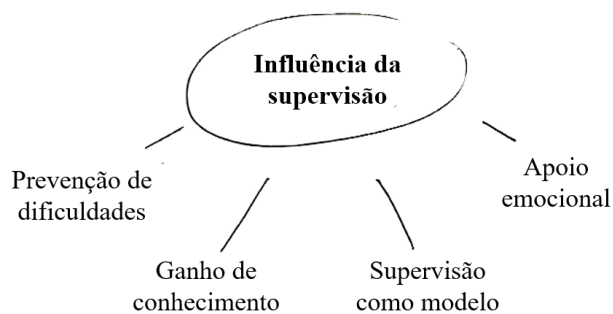


Figura 6

Mapa Temático Final, Correspondente à Questão de Investigação 3



Definir e Nomear os Temas – Fase 5

Nesta fase, procurou-se compreender de que forma é que os vários subtemas estão associados entre si, de modo a remeterem para o mesmo assunto e constituírem um tema. Uma vez que foi elaborado um mapa temático para cada questão de investigação, a descrição de cada tema e subtema vai ser apresentada de acordo com esse critério, de seguida.

A análise temática resultou em quatro temas relativos à forma como os terapeutas pensam sobre a relação terapêutica (i.e., à primeira questão de investigação), sendo eles: “Actores da relação”; “Relação profissional e humana”; “Relação como ferramenta”; e “Função da experiência subjectiva do terapeuta”.

Actores da Relação

Os terapeutas entrevistados consideram que a relação terapêutica pode ser facilitada ou dificultada por vários factores, sendo eles: “Terapeuta”, “Paciente”, “Relação” e “Externos”.

Terapeuta. Os factores do terapeuta que influenciam a relação terapêutica são: competência e intervenção; atitude de julgamento face ao paciente; capacidade auto-crítica; autenticidade e genuinidade; flexibilidade e abertura; empatia; limites e sensibilidades pessoais; disponibilidade emocional; experiência e expressão emocional; e auto-regulação emocional. A título de exemplo, apresenta-se um excerto do participante 4, que remete para a capacidade auto-crítica do terapeuta, i.e., para a capacidade de reflectir sobre os próprios sentimentos, comportamentos, pensamentos e prática clínica: *“Ah... podemos fazer duas coisas: ‘Correu mal, foi-se embora, houve dropout, ah, isto são dificuldades dela, são resistências dela’ e então não mudamos nada; ou então ‘Epá, foi-se embora, aconteceu isto, houve uma ruptura, o que é que se terá aqui passado? O que é que terá aqui ocorrido na relação para que isto tenha... tenha acontecido?’ ”* (linha 225).

Paciente. Encontraram-se os seguintes factores do paciente com influência na relação: capacidade auto-crítica; autenticidade e genuinidade; flexibilidade e abertura; limites e sensibilidades pessoais; experiência e expressão emocional; auto-regulação emocional; compromisso; disponibilidade emocional; e capacidade para pensar. Um exemplo pode ser encontrado num excerto do participante 6, relativo ao compromisso do paciente, i.e., à capacidade de se comprometer com o processo psicoterapêutico e com os termos acordados com o terapeuta, de um ponto de vista prático: *“na realidade, a pessoa tinha dificuldade em*

trabalhar o seu próprio problema que era, sobretudo, a procrastinação, o não cumprimento, portanto também acabou por adiar consultas, cancelar consultas no próprio dia, uma hora antes, ah... às vezes consultas que tinha confirmado de manhã e que cancela à tarde, ah... e que depois remarca quando remarca e aparece, ah... isto tem que ser falado (...)” (linha 156).

Relação. Os factores que remetem para a relação são aqueles em que não é possível distinguir qual dos dois – terapeuta ou paciente – tem mais impacto na mesma, sendo eles: encontro terapeuta-paciente; e nível de progresso. Um exemplo do encontro terapeuta-paciente é dado pelo participante 9, quando demonstra que tem uma visão do mundo diferente do paciente: *“por utilizar, se calhar, algumas situações que têm mais impacto em mim, como é o caso das pessoas mais vulneráveis, portanto, é normal ele... ele usar de alguma... eu vou-lhe chamar de ‘pseudo-agressividade’ porque eu acho que é mais isso, com crianças, com idosos, com pessoas fragilizadas, com os refugiados, portanto... que são situações que a mim (se calhar com outro terapeuta não tinha esse impacto), mas que a mim tem algum impacto”* (linha 307).

Externos. Os factores externos não foram especificados porque apenas foram relatados por dois participantes e não remetem directamente para a relação terapêutica, embora tenham um impacto na mesma. Veja-se o seguinte exemplo, do participante 3, que impossibilitou a relação: *“Depois eu própria fui abordada por... por várias pessoas que sabiam que eu estava a... a acompanhá-lo, de pessoas amigas dele - bem, não sei se eram amigas mas -, dizerem-me (...) Porque é que eu não o internava e que eu só queria era dinheiro, ah... foi coisas assim, que eu andava a explorá-lo na psicoterapia, coisas absurdas, quer dizer ((risos))... não sei ((risos))... então aquilo foi um... um enlace de tal forma e pronto (...) E ele a partir daí disse-me ‘Pois, nós não temos condições para... para... para continuar a psicoterapia’ ”* (linha 181).

Relação Profissional e Humana

O presente estudo possibilitou encontrar uma perspectiva geral sobre a relação terapêutica, i.e., sobre a dinâmica estabelecida entre terapeuta e paciente, tendo em conta os vários processos que nela têm lugar, como é o caso da importância da relação, o papel do conhecimento, a subjectividade do terapeuta e do paciente, entre outros processos. Assim, os subtemas encontrados foram: “Essencial como base”; “Relação de trabalho”; e “Relação de proximidade”.

Essencial como Base. A relação terapêutica é definida como a base do processo terapêutico de duas formas. Num primeiro sentido, considera-se que o processo terapêutico depende de uma boa relação estabelecida, não podendo ocorrer sem a mesma. Por exemplo, o participante 5 diz-nos que: *“acho que é a base do processo terapêutico, não é? Sem uma relação terapêutica não se faz nada. Sem uma relação de, de confiança, empatia, segurança sobretudo, não se faz nada, não é?”* (linha 51). Por outro lado, pode ser considerada essencial no início do processo terapêutico, tal como nos diz o participante 9: *“é sobre a relação terapêutica que assenta todo o trabalho desenvolvido com o doente. Portanto, é sempre o meu... ah... é a base. O essencial. É, digamos que, onde eu invisto mais do ponto de vista... do início de trabalho com cada... com cada pessoa. Portanto, ah... para mim é a base, é o essencial, é o decisivo, ah... Eu diria mesmo que é o mais importante no processo de mudança”* (linha 28).

Relação de Trabalho. Relativamente ao segundo subtema, observou-se que a relação terapêutica pode ser perspectivada de uma forma profissional, cognitiva, por diversos motivos. Primeiramente, o terapeuta distingue-se do paciente por possuir um conhecimento teórico e experiência que o ajudam a compreender o paciente ou melhorar/ estabelecer a relação terapêutica, tal como surge no relato do participante 5: *“não nos podemos esquecer dos dois lados: nunca pode deixar de ser humana, mas nunca pode deixar de ser diferencial, porque se de repente deixa de ser diferencial, nós deixamos de estar no lugar do terapeuta, então que lugar é que é o nosso? Se nos esquecemos da técnica e da teoria e de tudo isso, então onde é que ficamos?”* (linha 165). Neste sentido, os terapeutas apoiam-se em pressupostos teóricos/ investigação para terem uma visão sobre a relação terapêutica que estabelecem com os seus pacientes, como é referido pelo participante 1: *“O que é que constitui uma ruptura na relação... Olhe, do ponto de vista teórico, qualquer desentendimento que haja na... ou em termos do vínculo, ou de tarefas ou de objectivos”* (linha 391).

Por outro lado, terapeuta e/ou paciente podem ou não retirar uma aprendizagem das dificuldades que surgiram na relação terapêutica. Quando isso acontece, demonstra que a relação permitiu um trabalho interno de avaliação da situação, tal como refere o participante 8: *“Eu acho que para o psicoterapeuta sim. Se for fazer-, se for pensar sobre isso, não é? Mesmo que seja um pensar passado dois anos, três anos, quatro anos, porque depois com outros casos, se calhar, ‘Ah, daquela vez...!’ Ah... para o paciente, não sei. Depende de como é que a coisa é resolvida, depende... se... o-, se este dropout ficar numa coisa só agida,... ou se é possível com-, com a pessoa com quem se fez o dropout, haver algum tipo de encaminhamento, haver algum tipo de ‘Ok, vai haver aqui um dropout, mas (...) vamos ter aqui mais duas sessões, vá,*

só para falar aqui um bocadinho desta coisa que está a acontecer e o porquê de isto poder estar a acontecer’. Ah... assim, creio que possa haver benefícios, mesmo que curtos, até porque fica... a esperança de que possa ser diferente com outro psicoterapeuta, não é? Quando é um dropout puro e duro (...) pronto, pode aqui fazer uma coisa diferente de nunca mais procurar e portanto a porta fica completamente fechada para outra psicoterapia.” (linha 197).

No entanto, o terapeuta pode considerar que é da sua responsabilidade profissional resolver as dificuldades que surgem na relação terapêutica, como é mencionado pelo participante 2: *“claro que há questões que favorecem a relação, mas eu acho que quando não favorecem, faz parte do trabalho do terapeuta conseguir assinalar isso e conseguir... ser merecedor da confiança e da vulnerabilidade do outro e conseguir, ah... ler nas entrelinhas. Portanto, aquela ideia que às vezes os psicólogos dizem de ‘Ah, mas o... o paciente não se entregou!’, está bem, o paciente não se entregou e o terapeuta não se... esforçou por essa entrega, não é? Portanto eu acho que também é da responsabilidade do terapeuta quando a relação não tem lugar” (linha 69).*

Em último lugar, entre terapeuta e paciente estabelece-se um vínculo profissional, com limites terapêuticos específicos que distinguem esta relação das restantes na vida de ambos, como é exemplificado pelo seguinte excerto do participante 10: *“Eu sinto que é uma... uma conexão muito diferente das outras relações todas que nós temos. Está sempre muito contida no... no aqui e agora, (...) portanto, gosto particularmente desta visão de que... é um... é um objecto temporário, contido pelas nossas regras de ética e de intervenção, dentro do que é também (...) Dentro desta coisa que é esta coisa de estar com o outro, não nos perdendo a nós, mas deixando o nosso pessoal e o nosso familiar do lado de fora da porta” (linha 50).*

Relação de Proximidade. A relação terapêutica pode ser perspectivada de uma forma relacional, íntima, próxima. Num primeiro momento, pode-se considerar que a subjectividade do terapeuta participa na relação terapêutica, tendo um papel importante na mesma, tal como menciona o participante 4: *“A base assenta em princípios humanos e em que a pessoa se sente ali de uma forma... diferente. Às vezes nos modelos clássicos metem muito aqui o ênfase da... da neutralidade técnica. Nós não acreditamos nesse conceito (...) Nós quando estamos com os pacientes, estamos lá: estamos lá com a nossa personalidade, com a nossa subjectividade” (linha 53).* Por sua vez, a subjectividade do terapeuta também participa na relação, como refere o participante 2: *“acho que... nós podemos saber as teorias todas, mas não é isso que nos vai fazer compreender o outro. Ah... então, eu acho que a faculdade ensina-nos a teoria, mas a prática fica muito aquém” (linha 367).*

Relativamente à forma como a compreensão do paciente pode ser construída, o terapeuta pode considerar que deve existir uma colaboração entre terapeuta e paciente, sendo que ambos partilham a sua perspectiva sobre as vivências do paciente, como menciona o participante 3: *“é um modelo de co-construção, ou seja, nós construímos o conhecimento com a pessoa, nós não... não temos um conhecimento mais avançado para aquilo que a pessoa tem. Nós vamos construindo esse conhecimento”* (linha 66). Por outro lado, o terapeuta (também) pode considerar que a perspectiva que o paciente tem sobre a sua própria experiência e vivência subjectivas, tem primazia sobre a perspectiva do terapeuta, tal como refere o participante 10: *“Obviamente o-... a procura de isenção, e do não julgamento e do acolhimento da verdade daquela pessoa, o outro como especialista da sua experiência”* (linha 107).

Relação como Ferramenta

A relação terapêutica pode ser utilizada de duas formas diferentes no processo terapêutico, pelo que os subtemas encontrados foram: *“Relação facilita a intervenção técnica”* e *“Relação como técnica”*.

Relação Facilita a Intervenção Técnica. O terapeuta pode considerar que a relação terapêutica tem a função de facilitar a posterior intervenção técnica, i.e., o terapeuta procura estabelecer e manter uma boa relação com o paciente, para que seja possível intervir posteriormente com técnicas específicas, como é relatado pelo participante 6: *“é pensada como um... um marco central, sem a qual nada se fará pelo menos bem. Outras vezes como-... não é nada se fará mas é-... podem ocorrer... questões, que no fundo estão a ocorrer porque a relação terapêutica está a ser descorada, não está a ser bem monitorizada (...) muitas vezes o terapeuta pode (...) estar a tentar dar resposta e perceber o que se está ali a passar, do ponto de vista de... imaginemos, de diagnóstico e de tarefa a fazer, (...), e o terapeuta está muito centrado nisso, e o que está a boicotar o processo, digamos, é a relação, ou seja, o paciente não está a aderir porque há qualquer coisa, entretanto, na relação, que não está a fluir, portanto, está a haver uma contracorrente”* (linha 287).

Relação como Técnica. Noutro sentido, a relação pode ser considerada uma técnica em si. Nesta visão, considera-se que o paciente transporta para a relação terapêutica os seus padrões pessoais, pelo que a mudança ocorre quando existe uma tomada de consciência dos mesmos por parte do paciente, e/ou quando o terapeuta reage de uma forma diferente a esses

padrões, contribuindo para a quebra dos mesmos. A respeito da primeira situação, o participante 3 referiu: *“E, através da relação, ou seja, da sensibilidade que nós vamos tendo da forma como o paciente está connosco, vamos também-, e se relaciona connosco, nós vamos também tendo percepção de como é que ele se vai relacionando com o mundo, e-, e isso é-lhe devolvido. Ah... Ou seja, é-lhe dado a conhecer essa-, essas forma de se relacionar, e (...) tendo a consciência desse padrão relacional, a pessoa poderá fazer qualquer coisa sobre... sobre isso”* (linha 50). Por sua vez, a quebra de padrões do paciente foi mencionada, por exemplo, pelo participante 2: *“ela sentiu que mesmo agredindo, eu não fui a lado nenhum, e só isto foi transformador, neste caso, porque ela agredia muito as pessoas para elas se afastarem, porque ela depois tinha muito medo de se relacionar com o outro! Ah... e o facto de eu ter falado disto e ter mostrado que mesmo assim eu não-... não ia a lado nenhum, e que estava aqui para ela, eu acho que foi bom nesse sentido”* (linha 280).

Função da Experiência Subjectiva do Terapeuta

A experiência subjectiva do terapeuta (i.e., os sentimentos e pensamentos que o terapeuta tem na relação com o paciente) pode ser perspectivada como tendo ou não uma função no processo terapêutico, podendo ser: “Irrelevante”, “Facilitadora” ou uma “Técnica”.

Irrelevante. Alguns terapeutas consideram que a sua experiência subjectiva é irrelevante no sentido em que aquilo que sentem ou pensam a um nível pessoal não possui uma função terapêutica para o paciente, independentemente de estar ou não associado a este, pelo que é evitada a sua expressão na relação. Um exemplo é referido pelo participante 1: *“independentemente do meu dia, daquilo que eu esteja a passar no momento, ou mesmo coisas que o cliente me diga que possam ser semelhantes - mas não idênticas - a questões pessoais que eu posso estar a viver na minha vida, o facto é, eu estou ali para a pessoa, não é para mim. Eu costumo dizer que eu ali sou o mais irrelevante possível”* (linha 162).

Facilitadora. O terapeuta pode considerar que aquilo que sente/ pensa na relação com o paciente é importante para estabelecer ou manter uma boa relação, como é mencionado pelo participante 5: *“isso pode ser um exemplo talvez de um-... de um entrave que era um... que eram coisas minhas, coisas que eu estava a sentir... e que tive de as pensar, não é, para as tirar da frente, para conseguir realmente chegar a esta pessoa e estabelecer uma relação com ela”* (linha 266).

Técnica. Em algumas situações, o terapeuta considera que a sua experiência subjectiva é uma técnica em si, no sentido em que se serve daquilo que pensa ou sente na relação terapêutica, para compreender o paciente. Um exemplo é dado pelo participante 7: *“as nossas emoções e os sentimentos, a forma como eu me sinto quando estou com outra pessoa, é a nossa principal ferramenta de trabalho para conseguirmos empatizar e conseguirmos perceber o tipo de pessoa, o que é que ela desperta em nós”* (linha 347).

Relativamente ao modo como a relação terapêutica é elaborada em supervisão clínica (i.e., a segunda questão de investigação), foram encontrados dois temas: “Foco da supervisão”; e “Análise dos casos clínicos”.

Foco da Supervisão

O presente tema remete para os elementos da relação terapêutica que são apresentados e analisados em supervisão, podendo corresponder aos subtemas: “Teoria e experiência”, “Relação”, “Paciente” e “Terapeuta”.

Teoria e Experiência. Em algumas situações, a supervisão centrou-se na apresentação e análise de teorias ou experiências do supervisor (e colegas de supervisão) sobre um determinado tema, como é mencionado pelo participante 8: *“eu queria alguém que tivesse um domínio dos vários quadros teóricos psicanalíticos (...). Ah... e fica muito mais nesta questão de... como é que o Freud veria, como é que o Coimbra veria, como é que o Amaral veria, (...). Mas vamos fazendo assim, não é, portanto, vamos apresentando o caso e... todo o aporte teórico que este meu supervisor tem, é colocado, ah... o que me ajuda imenso”* (linha 279).

Relação. Na supervisão, o foco pode estar sobre um determinado aspecto da relação terapêutica, não sendo possível, neste caso, distinguir se se trata de um factor do terapeuta ou do paciente. Um exemplo é dado pelo participante 9: *“Podia ter ajudado a... identificar o que é que estava a correr mal naquela relação: O que é que não estava ali a acontecer? Porque é que a mudança não estava a acontecer? Porque é que a relação não estava a estabelecer-se?”* (linha 583).

Paciente. A supervisão pode focar-se em factores do paciente, como é o caso da sua experiência subjectiva (pensamentos, sentimentos e comportamentos) ou da sua postura na relação terapêutica. O participante 2 mencionou que *“ele fez-me ver outro lado dela que eu não estava a conseguir ver, porque estava já embrulhada nesta relação tóxica, não é?”* (linha 238).

Terapeuta. Por fim, a supervisão pode centrar-se em factores do terapeuta, seja no que respeita à sua intervenção (postura e/ou técnica) ou à sua experiência subjectiva (i.e., pensamentos e sentimentos). Como exemplo, o participante 7 refere uma situação em que o foco da supervisão foi a sua intervenção com um paciente: *“a supervisão foi... importante neste sentido de... ‘Ele não pode ‘fugir’’, ou seja, tem que haver esta... este inconformismo saudável do terapeuta de... com o paciente, de o reposicionar e de o... focar naquilo que é importante, de o pôr em contacto, neste caso com a dor que estava a ser sentida, ou seja, que... que ele estava... a querer evitar, mas... inadvertidamente a perpetuá-la”* (linha 467).

Análise dos Casos Clínicos

Os processos que ocorrem dentro de uma sessão de supervisão do terapeuta são variados. Os subtemas encontrados foram: “Domínio do conhecimento”, “Postura do supervisor” e “Aprendizagem”.

Domínio do Conhecimento. O supervisor e o terapeuta contribuem com conhecimentos diferentes para a compreensão dos casos clínicos. Por um lado, o supervisor possui mais experiência e conhecimento teórico do que o terapeuta, como refere o participante 1: *“O propósito da supervisão é nós podermos trazer as nossas-, as nossas dificuldades ou as nossas questões, perante um olhar de alguém mais experiente e também de fora”* (linha 731). No entanto, é o terapeuta quem conhece melhor aquele paciente em específico, porque é quem está directamente em relação com ele, enquanto o supervisor apenas tem uma imagem que é construída pela descrição do terapeuta. O participante 6 diz-nos o seguinte: *“um bom supervisor é aquele que percebe exactamente isso: ele não conhece o paciente, ah... ele está a conhecer o paciente através de nós”* (linha 496). Alguns terapeutas consideraram ainda que o seu supervisor conhece bem os casos clínicos, como é exemplificado pelo participante 4: *“alguém que está fora da relação terapêutica mas que ao mesmo tempo está lá dentro ((risos)) porque depois conhece tão bem o caso, não é? Às vezes nós levamos constantemente o mesmo caso e ele conhece tão bem que... que percebe, que percebe muito bem o que se está ali a passar”* (linha 293).

Postura do Supervisor. O supervisor pode assumir várias posturas dentro da supervisão com os terapeutas. De uma forma geral, os terapeutas consideram que se deve evitar a autoridade na supervisão, sendo que o supervisor deve procurar compreender o caso clínico em conjunto com o terapeuta, independentemente de concordarem ou discordarem em determinados pontos da análise. Esta perspectiva é mencionada pelo participante 7: *“Nunca senti de alguma forma que houvesse, digamos assim, uma crítica... para com... ou seja, aquele ‘dar na cabeça’, ou seja, esse registo não existe muito ali, porque estamos todos-, somos todos pares, no fundo”* (linha 402). Por outro lado, o supervisor também deve evitar uma postura de julgamento face ao terapeuta (e aos assuntos que este leva para a supervisão), como refere o participante 4: *“Sei de casos em que há colegas que levam para supervisão e sentem-se criticados, julgados, e dizem ‘Você tem que fazer isto, você tem que fazer aquilo’, dentro de uma dinâmica de poder, e então, as pessoas às vezes dão por elas a não contar aquilo que se passa nas sessões aos seus supervisores, com medo de serem criticadas. Isto para mim é impensável”* (linha 420).

Aprendizagem. Em supervisão, o terapeuta pode aprender de diversas formas. Os terapeutas entrevistados referiram que aprendem com a experiência clínica relatada pelo supervisor e/ou colegas de supervisão, como exemplifica o participante 5: *“ele vai-me dando... vai-me dando insights, vai-me explicando como é que ele actua, ‘Olhe, se calhar se fosse eu, olhe, já tive um paciente...’ e depois vai-me dando exemplos, pronto, ‘Tive um paciente que fiz assim e assado e depois as coisas aconteceram assim’, portanto, o eu ter conhecimento dessas experiências dele, que ele teve nas relações terapêuticas dele, sinto que isso me ajuda-, me vai ajudando e que eu vou tendo aqui algumas... alguns pontos... alguns pontos guias”* (linha 551).

Além disto, o terapeuta pode ainda ter uma postura activa sobre a informação que aprende em supervisão. Em primeiro lugar, o terapeuta pode retirar aprendizagens da supervisão, mas adaptá-las ao seu estilo pessoal e do paciente, como é mencionado pelo participante 3: *“eu vou aplicando depois, à minha medida, à minha forma, e isso é fundamental: é à minha forma, ou seja, eu quando estou com o paciente, ele está comigo, não está com o meu supervisor”* (linha 349). Em segundo, o terapeuta pode realizar diversas aprendizagens, mas posteriormente decide se a informação que adquiriu lhe faz sentido e é útil para aplicar com o paciente ou não, como exemplifica o participante 10: *“Eu tive sugestões da minha supervisora que eu não fiz! Nós não temos que fazer... ((risos)). (...) Mas lá está, ajudou-me a reflectir e a basear a minha intervenção numa reflexão sustentada, ah...”* (linha 679). Por fim, o terapeuta pode não concordar com a perspectiva que o supervisor lhe deu sobre o caso clínico,

mas ainda assim experimentar aplicá-la, como é dado pelo participante 2: “*E eu lembro-me que depois desta sessão, ah... e eu disse muitas coisas que o meu supervisor disse para dizer, que eu fui do género ‘Isto não me vai correr nada bem...’ ((risos)) e correu, e foi maravilhoso, e a partir dessa sessão foi... uma volta de cento e oitenta graus!*” (linha 136).

Em último lugar, a análise permitiu encontrar um tema que remete para a terceira questão de investigação e que se denomina “Influência da supervisão”.

Influência da Supervisão

O presente tema descreve, como o nome indica, a influência que a supervisão clínica possui sobre a relação terapêutica, segundo a perspectiva do terapeuta. Deste tema fazem parte os seguintes subtemas: “Prevenção de dificuldades”, “Ganho de conhecimento”, “Supervisão como modelo” e “Apoio emocional”.

Prevenção de Dificuldades. Alguns terapeutas consideram que a sua supervisão permitiu a prevenção de mais dificuldades na relação terapêutica, seja num determinado caso clínico que tenha sido elaborado em supervisão, ou noutros casos posteriores do terapeuta. O participante 1 referiu que: “*Por exemplo, aquilo que eu lhe relatei dessa experiência que eu levei a supervisão com essa cliente muito depressiva, eu sinto que, se eu não tivesse levado este caso para supervisão, eventualmente, poderiam ser criadas rupturas muito maiores do que foram, ou pelo menos eu não as conseguia reparar da melhor forma – como as tenho reparado – (...) Ah... não posso dizer que sim ou que não... ((riso geral)) Porque não... não tenho nenhuma bola de cristal e também não posso mudar o passado, mas a verdade é que eu estou convencido que, ah... que sim, que a supervisão ajudou-me nesse caso e tem-me ajudado nisso*” (linha 713).

Ganho de Conhecimento. A supervisão clínica possibilita que os terapeutas adquiram novos conhecimentos, em vários sentidos.

Primeiramente, a supervisão permite que o terapeuta aumente o seu autoconhecimento. Para tal, o supervisor ajuda o terapeuta a aprender/ reflectir sobre si próprio, podendo dar-lhe a conhecer características pessoais que até então desconhecia e, eventualmente, referindo que estas estão a ter um dado impacto no processo terapêutico. Um exemplo do referido é dado pelo participante 8: “*sabe (...) das minhas questões pessoais de vida, etc., ah... e portanto, depois*

também sabe fazer uma leitura de como é que aquele caso (...) por hipótese, se poderá estar a ligar às minhas questões, e o porquê de eu estar a ir por um caminho e não por outro. Portanto, (...) foca muito mais nesta coisa da relação terapêutica, de... ‘Qual é que é o background do psicoterapeuta?’ e ‘Que impacto é que isso pode ter no processo psicoterapêutico, naquele par?’ (...) como é que eu sou, as minhas questões, e como é que isso pode influenciar o processo terapêutico que eu desenvolvo com aquela pessoa em particular” (linha 299).

Uma outra forma de ganho de conhecimentos ocorre quando o terapeuta adquire uma nova perspectiva sobre um determinado caso clínico, por exemplo, no que respeita à experiência subjectiva do paciente ou à intervenção adequada para aquela situação. Neste sentido, o foco está sobre o paciente e/ou sobre a intervenção com o mesmo, como menciona o participante 6: *“a supervisão pode-nos dar... um... um empurrão no sentido ‘Eu acho que está na altura de arriscares mais, porque isso assim não vai a lado nenhum’ ou o contrário ‘Tenho a impressão que a pessoa não está a fazer porque estás a puxar demasiado por ela. Vem um bocadinho mais-, empatiza mais, fica não sei quê-, porque ela ainda não está preparada’” (linha 476).*

A supervisão também pode permitir que o terapeuta distinga se aquilo que está a ocorrer na relação provém de questões pessoais suas ou do paciente, diferenciando um e outro, como menciona o participante 10: *“foi determinante, por exemplo, para reflectir sobre esta experiência de transferência, contratransferência, quanto é que desta... sensação emocional que nós estamos a sentir naquele momento, com aquele cliente (ou com aquela reacção daquele cliente) é nosso, ou é da relação, não é? Porque é muito difícil, às vezes, separar o que é meu, o que é teu e o que é nosso” (linha 472).*

Alternativamente, a supervisão pode ajudar o terapeuta a compreender de que forma é que a sua experiência subjectiva (i.e., aquilo que sente, pensa) está associada ao paciente e/ou o ajuda a compreendê-lo. A título de exemplo, apresenta-se um excerto do participante 4: *“ter alguém à sua frente que (...) ‘Então mas vamos pensar porque é que é tão difícil para si ligar-se a esta pessoa. O que é que se passará aí dentro de si? O que é que esta pessoa evoca dentro de si?’ (...) Ou ‘Que pontos de identificação é que você está a fazer com esta pessoa; aspectos que tenham a ver consigo?’, não é? (...) E de alguém que está ali a pensar connosco!, para desbloquear, para nós darmos seguimento ao caso” (linha 350).*

De outro modo, a supervisão possibilita a aprendizagem e integração de teorias – por exemplo, técnicas, tipos de personalidade, etc. – e a eventual associação aos casos clínicos, como é mencionado pelo participante 9: *“durante a supervisão, (...) conheci outras estratégias que não estava alerta, vá, para lidar com estas situações de uma queixa sucessiva de-... de dor física (...). Portanto acabei por ter acesso a outras formas de abordagem” (linha 465).*

Supervisão como Modelo. A relação que o terapeuta estabelece com o seu supervisor pode servir de modelo para as relações terapêuticas que estabelece com os seus pacientes, seja por existir uma integração das características pessoais do supervisor e/ou pela reprodução (na relação terapêutica) da dinâmica entre ambos. O participante 6 referiu que: *“é engraçado porque às vezes acontece... eu ter frases gravadas do supervisor, ah... em que penso ‘Agora dizia isto’ ”* (linha 490).

Apoio Emocional. A supervisão auxilia o terapeuta do ponto de vista emocional. Em primeiro lugar, a supervisão pode ajudar o terapeuta a regular-se emocionalmente, tal como refere o participante 8: *“Mas é um caso muito difícil, que vai muitas vezes a supervisão, que eu fico, (...) muito desesperada, muito aflita. (...) é através da supervisão que eu consigo ir pondo a minha angústia também cá para fora, ah... e ir percebendo onde é que esta pessoa também me vai colocando, e o porquê, ah... das coisas estarem neste ponto, não é?”* (linha 352).

Alternativamente, a supervisão possibilita que o terapeuta compreenda se a sua perspectiva face a um determinado caso clínico tem fundamento (diminuindo as suas inseguranças pessoais), ou valida os seus pensamentos e sentimentos. Neste sentido, o participante 7 referiu que: *“principalmente em alguém que trabalha num contexto como o meu, que é a clínica privada e em que estou a trabalhar sozinho, (...), a supervisão é... às vezes é quase como oxigénio, em que... temos aqui um contexto em que podemos sentir as nossas dificuldades normalizadas, ah... naturalizadas”* (linha 339).

Por último, pode ocorrer um aumento da segurança do terapeuta no exercício da sua prática clínica, como refere o participante 3: *“só o ter a segurança de... de partilhar aquilo com alguém é... (...) porque isto é tudo confidencial, (...) mas posso falar com o meu supervisor, mas posso partilhar isso com alguém que tem mais experiência e mais conhecimento do que eu; mas mesmo ele me dizendo ‘Olhe, você já sabe disso e está a agir bem; e olhe continue’, às vezes é-, é ouro, quando uma pessoa ouve aquilo é fantástico!”* (linha 387).

Produzir o Relatório – Fase 6

A história contada pelos dados difere consoante o critério utilizado para a sua análise, podendo este ser: nível de análise (foco nos temas, subtemas ou códigos), nível de generalização (i.e., um tema, subtema ou código pode ser mencionado de uma forma geral ou num determinado caso clínico), e tipo de prevalência (pode ser dada pelo número de participantes

que mencionou um determinado tema, subtema ou código, ou pelas associações estabelecidas directamente pelo participante na entrevista).

Quando os temas são analisados pelo número de participantes que os mencionou num determinado momento, não existem diferenças entre os terapeutas (ver anexo D). As excepções encontram-se nos temas “Relação como ferramenta” e “Análise dos casos clínicos”, que não foram mencionados por parte dos participantes 7 e 9, respectivamente. No entanto, é de salientar que não existiam questões que abordassem directamente estes temas nas entrevistas realizadas.

Uma vez que não existem grandes diferenças entre o número de participantes que integrou cada tema, as associações entre estes também não diferem. Contudo, de uma forma geral, à medida que diminui o nível de análise (dos temas para os códigos), aumentam as diferenças entre os participantes, i.e., aparentemente os temas (e alguns subtemas) são comuns a todos os participantes, mas a forma como cada terapeuta perspectiva a relação terapêutica e a supervisão clínica difere. Assim sendo, serão apresentados, de seguida, os vários subtemas e códigos, com as suas semelhanças e diferenças entre participantes.

Actores da Relação

Se atendermos aos subtemas “Terapeuta”, “Paciente” e “Relação” sem analisarmos os diversos factores em si, observamos que estes foram mencionados por quase todos os participantes, parecendo, *a priori*, independentes do modelo teórico. Por sua vez, os factores “Externos” apenas foram referidos por dois participantes, quando houve uma quebra dos limites terapêuticos num caso clínico, e quando outro participante considerou que o auto-cuidado do terapeuta influencia a relação. A primeira situação ocorreu apenas uma vez em todo o conjunto de entrevistas, pelo que pode significar que se trata de um fenómeno de baixa frequência, ainda que de elevado impacto (porque impossibilitou o processo terapêutico).

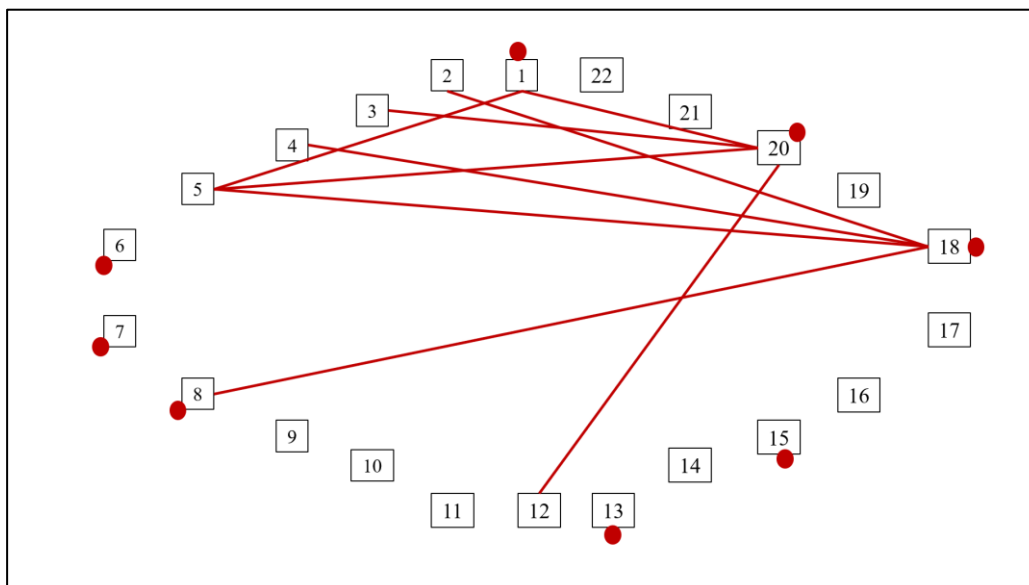
Quando procuramos especificar os factores que os participantes referiram nas entrevistas (i.e., observando os códigos), verificamos que a maioria dos diferentes factores do terapeuta foram referidos por todos os participantes, à excepção da “auto-regulação emocional do terapeuta”, que apenas foi mencionada nos casos clínicos de quatro participantes, parecendo ser uma característica necessária em situações clínicas mais específicas – enquanto as restantes podem corresponder a factores que devem existir como base para o estabelecimento ou manutenção de uma boa relação terapêutica. Pelo contrário, os diversos factores do paciente não foram mencionados pela generalidade dos participantes, sendo que os mais referidos foram “experiência e expressão emocional”, “compromisso” e “disponibilidade emocional” (ver anexo D), enquanto os restantes apenas surgiram em um, dois ou quatro participantes. No que

respeita ao compromisso e disponibilidade emocional do paciente, podemos hipotetizar que estes parecem ser factores essenciais para que o processo possa decorrer, dado que o mesmo envolve uma colaboração de trabalho entre terapeuta e paciente. Por sua vez, a “experiência e expressão emocional” remete essencialmente para as situações em que o paciente se mostra agressivo/ zangado, triste, angustiado ou emocionalmente distante, o que parece constituir-se como uma dificuldade para todos os terapeutas. Finalmente, destacam-se ainda a “flexibilidade e abertura do paciente”, a “capacidade para pensar do paciente” e o “nível de progresso” que é conseguido no processo terapêutico, uma vez que só foram mencionados por terapeutas cognitivo-comportamentais, parecendo especialmente relevantes para esta abordagem.

Apesar de se terem encontrado as diferenças referidas, a principal reside ao nível das associações entre os diversos factores, sendo que estas diferem entre terapeutas, ou consoante o mesmo terapeuta se está a referir aos factores de uma forma geral ou num caso clínico específico. De modo a ilustrar o referido, foram construídas imagens com cada um dos factores que influenciam a relação, numerados de 1 a 22 (i.e., o total de factores mencionados), com as respectivas associações dadas directamente pelos terapeutas. Destas imagens, seleccionaram-se as correspondentes aos participantes 1 e 8 (por terem abordagens diferentes e apresentarem um maior contraste entre si), que dizem respeito à sua visão dos “Actores da relação” de uma forma geral.

Figura 7

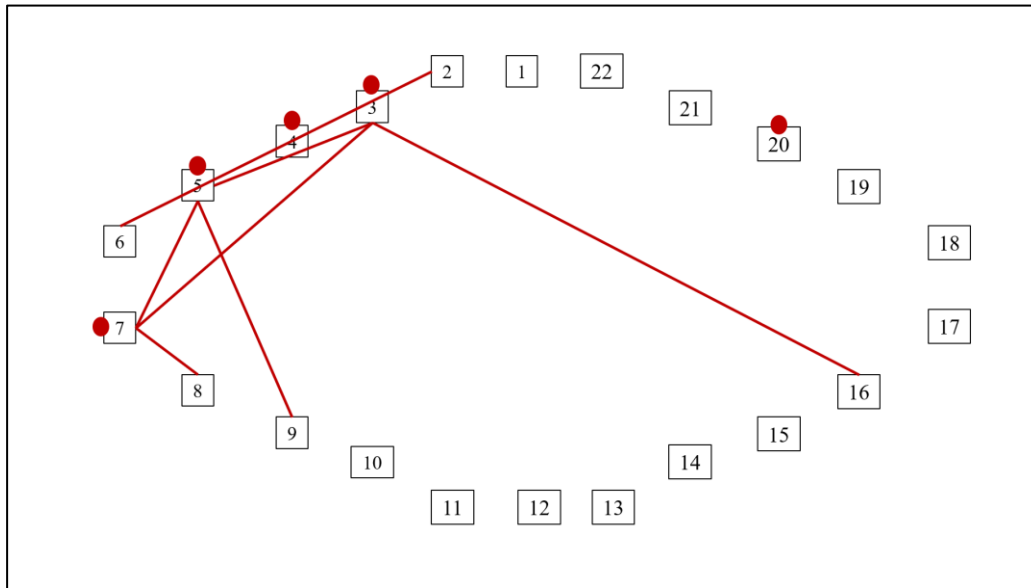
Actores da Relação, de uma Forma Geral, Segundo o Participante 1



Legenda: Os círculos representam um factor mencionado pelo terapeuta e as linhas a associação entre dois factores, dada directamente pelo terapeuta.

Figura 8

Actores da Relação, de uma Forma Geral, Segundo o Participante 8



Legenda: Os círculos representam um factor mencionado pelo terapeuta e as linhas a associação entre dois factores, dada directamente pelo terapeuta

Como ilustrado, os participantes 1 e 8 mencionam alguns “Actores da relação” em comum, mas as associações que fazem são diferentes. Por exemplo, no terapeuta 1, os três factores com mais associações são o 5 (flexibilidade e abertura do terapeuta), 18 (disponibilidade emocional do paciente) e 20 (encontro terapeuta-paciente), enquanto no terapeuta 8 são o 3 (capacidade auto-crítica do terapeuta), 5 e 7 (limites e sensibilidades pessoais do terapeuta). Apesar de a “flexibilidade e abertura do terapeuta” (5) ser comum, os terapeutas associam-na de modos diferentes, tal como é exemplificado de seguida:

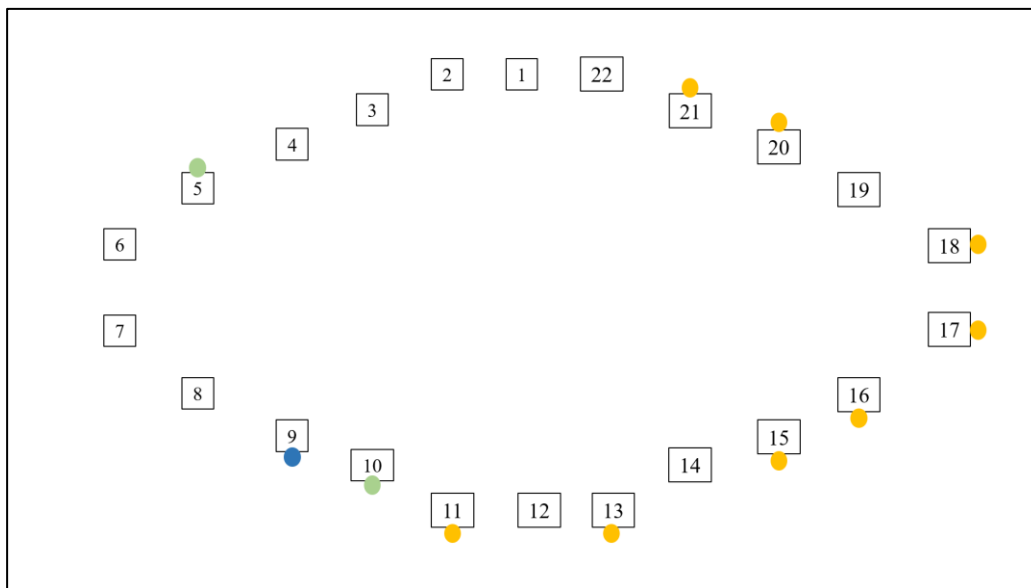
Participante 1: *“Todos esses momentos (...) são rupturas. É quando (...) eu tento propor uma hipótese, ou faço uma conjectura, que de alguma forma não corresponde à realidade da pessoa, ou à experiência subjectiva da pessoa, e depois sou incapaz de reconhecer isso”* (linha 399). Neste excerto, o desencontro de perspectivas entre terapeuta e paciente (20) constitui uma dificuldade na relação e deve ser ultrapassada através da capacidade do terapeuta de aceitar a perspectiva do paciente (5).

Participante 8: *“Curiosidade. Se nos mantivermos curiosos pelo paciente, mesmo com coisas que nos possam ser... insuportáveis, ou intoleráveis,... se ainda assim houver curiosidade de tentar perceber o porquê de para aquela pessoa ser assim, a janela ou o caminho ainda está aberto para que se possa estabelecer a relação”* (linha 114). O terapeuta considera que, apesar dos seus limites pessoais que podem dificultar a relação (7), deve procurar manter uma curiosidade pelo paciente (5).

Por outro lado, o nível de generalização também afecta os resultados. Assim, um terapeuta pode considerar que existem diversos factores que influenciam a relação terapêutica de uma forma geral, mas quando questionado sobre um caso clínico específico, os factores mencionados e as associações que surgem podem diferir. A título de exemplo, apresenta-se uma ilustração do participante 1, relativamente ao segundo caso clínico:

Figura 9

Actores da Relação Mencionados no Segundo Caso Clínico do Participante 1



Legenda: Amarelo – factores que dificultaram a relação; Verde – factores que facilitaram; Azul – consequências das dificuldades.

Comparando as Figuras 7 e 9, observa-se que existem actores da relação semelhantes em ambas, mas outros só surgem numa das duas situações, podendo ser referidos apenas com o relato do segundo caso clínico (p.e., factor 17 – compromisso do paciente) , ou apenas de uma forma geral (p.e., factor 1 – competência e intervenção do terapeuta).

Relação Profissional e Humana

No tema “Relação profissional e humana”, seis participantes mencionaram que a relação é “essencial como base”. Estes terapeutas concordam que o processo terapêutico não pode decorrer sem uma boa relação estabelecida, mas apenas três deles, de abordagem cognitivo-comportamental, mencionaram que a relação é importante no início do processo.

Por sua vez, os subtemas “relação de trabalho” e “relação de proximidade” foram abordados pela maioria dos participantes, embora tenham sido novamente encontradas

diferenças ao nível dos códigos que os compõem. Os códigos que foram mencionados por um maior número de participantes foram “visão da relação apoiada na teoria”, “valor educativo das dificuldades” e “compreensão co-construída”, sendo que estas ideias parecem independentes do modelo teórico. No que respeita à visão da relação, os participantes consideram que os terapeutas devem apoiar-se nos seus modelos teóricos para pensarem sobre a relação e prática clínica. Em segundo lugar, a presença de dificuldades na relação terapêutica pode permitir que o terapeuta conheça melhor os seus “limites e sensibilidades pessoais”, e/ou que ocorra uma mudança no paciente como resultado da consciencialização dos seus padrões pessoais (anexo E). No entanto, isto exige do terapeuta uma “capacidade auto-crítica” para pensar sobre a sua própria implicação nas dificuldades, “flexibilidade e abertura” para adaptar a sua intervenção ao paciente e “competência e intervenção” no sentido de procura de mais conhecimento especializado; e, do lado do paciente, torna-se mais fácil este adquirir vantagens das dificuldades quando existe uma maior “capacidade auto-crítica” (anexo E). Relativamente à forma como a compreensão do paciente é elaborada, três participantes salientaram que o terapeuta efectivamente tem um conhecimento especializado que o paciente não possui. Contudo, este nem sempre é suficiente para compreender o paciente, uma vez que a complexidade humana se estende para além das teorias (referido por seis participantes). Assim, três participantes salientam que a relação deve ser sempre vivida num registo simétrico, em que ambos colaboram na construção de uma narrativa para a experiência subjectiva do paciente, sendo que a perspectiva do paciente deve ter primazia sobre a do terapeuta, uma vez que é o autor da sua própria história (segundo quatro participantes).

Resta-nos ainda mencionar que alguns terapeutas realizaram associações com outros aspectos da “Relação profissional e humana” (ver anexo E). Por exemplo, o participante 8 considera que efectivamente existe um “vínculo profissional” entre terapeuta e paciente, com limites terapêuticos que formam o *setting*, mas também tem de existir “flexibilidade e abertura do terapeuta” para adequar e pensar alguns desses limites com os pacientes, quando as situações assim o exigem. Já a “presença de subjectividade do terapeuta” possibilita, segundo o participante 2, a utilização da sua “experiência subjectiva como técnica”, mas, segundo o participante 3, deve ser sempre mantido um “vínculo profissional”, com limites terapêuticos mais rígidos. Desta forma, alguns terapeutas parecem ver o estabelecimento dos limites terapêuticos de uma forma mais inflexível do que outros.

A visão da relação terapêutica como contendo componentes profissionais mas simultaneamente humanos parece ser transversal à maioria dos participantes, o que sugere que é independente do modelo teórico dos terapeutas.

Relação como Ferramenta

No tema “Relação como ferramenta”, apenas três participantes (de abordagem cognitivo-comportamental) referiram utilizar a relação para facilitar a posterior intervenção técnica. No modelo psicodinâmico, provavelmente este código não se coloca em prática porque a relação não é encarada como estando separada da intervenção. Aliás, sete terapeutas consideraram a relação como uma técnica em si, sendo cinco de abordagem psicodinâmica. A utilização da relação como uma técnica pode ser encarada de duas formas distintas: o terapeuta pode considerar que a relação permite que o paciente ganhe consciência dos padrões pessoais que transporta para a relação terapêutica; e/ou o terapeuta pode procurar perceber quais são os padrões do paciente, de modo a oferecer uma resposta diferente daquela a que o paciente está habituado. No entanto, no presente estudo, os participantes que mencionaram utilizar a relação como uma técnica, fizeram referência às duas formas de actuação. É ainda de salientar que, neste código, se destaca o participante 10 que, sendo de uma abordagem cognitivo-comportamental, parece usar a relação de uma forma que se aproxima mais da abordagem psicodinâmica. Por sua vez, o participante 6 referiu que utiliza a relação de ambas as formas, podendo aproximar-se de um modelo integrativo.

De uma forma geral, a forma como os terapeutas utilizam a relação no processo terapêutico parece estar dependente do seu modelo teórico de base. Aliás, três participantes cognitivo-comportamentais (anexo E) referiram que a relação é “essencial como base” porque esta se revela essencial para que o terapeuta consiga posteriormente implementar técnicas específicas com o paciente, o que reforça a ideia de que a visão da relação como uma ferramenta depende, em certa medida, do modelo teórico.

Função da Experiência Subjectiva do Terapeuta

A experiência subjectiva do terapeuta não tem uma função no processo terapêutico segundo três participantes cognitivo-comportamentais, sendo que a sua vida pessoal deve ser deixada de parte quando o terapeuta está a exercer a sua prática clínica. Os participantes 1 e 9 consideraram que isto se revela essencial para que o terapeuta tenha “disponibilidade emocional”, enquanto o 10 o associa ao estabelecimento de limites terapêuticos, i.e., ao “vínculo profissional” entre terapeuta e paciente (ver anexo E). Os restantes sete participantes (cinco de abordagem psicodinâmica) mencionaram que utilizavam a sua experiência subjectiva para compreender melhor o paciente. Neste ponto, destacam-se os participantes 6 e 7, que têm formação cognitivo-comportamental mas aproximam-se de uma concepção psicodinâmica.

Por sua vez, a maioria dos terapeutas refere que procura estar atento aos seus sentimentos e pensamentos, de modo a facilitar a relação com o paciente, parecendo independente do modelo teórico. Isto parece particularmente importante quando o terapeuta experiencia sentimentos “negativos” (p.e., zanga) face ao paciente ou quando está perante casos com problemáticas muito graves (p.e., ideação suicida) que são emocionalmente difíceis de gerir. Por fim, o participante 9 (anexo E) mencionou que o terapeuta deve estar atento à sua experiência subjectiva, uma vez que a implementação de técnicas só pode ocorrer quando a relação está bem estabelecida, pelo que este participante associa, em certa medida, a função da relação e da sua experiência subjectiva.

Numa primeira análise, o modelo teórico dos terapeutas parece orientar a forma como perspectivam a integração da sua experiência subjectiva no processo terapêutico, sendo considerada, de uma forma geral, irrelevante para os cognitivo-comportamentais e uma técnica para os psicodinâmicos. No entanto, as duas perspectivas podem não ser totalmente incompatíveis, uma vez que ambas pressupõem que o terapeuta deve ter a sua atenção investida no paciente e que a utilização (ou não) da sua experiência subjectiva faz parte do seu trabalho de terapeuta. A diferença parece estar ao nível da suspensão ou não das experiências pessoais, pois enquanto no primeiro caso o terapeuta considera que aquilo que sente/ pensa não lhe dá informações terapêuticamente relevantes e acaba por quebrar os limites terapêuticos, no segundo caso acontece precisamente o oposto.

Foco da Supervisão

Os elementos da relação terapêutica que são elaborados em supervisão são semelhantes na maioria dos participantes, sendo que a excepção se encontra na “relação”, pois foram apenas quatro os participantes que relataram situações em que não era possível distinguir se se tratava de um factor do terapeuta ou do paciente. Curiosamente, os quatro participantes mencionados são de abordagem cognitivo-comportamental, sendo que se debruçaram sobre os objectivos terapêuticos, a monitorização da relação em si, e a presença de uma diferença cultural entre terapeuta e paciente (que não foi relatada em mais nenhum caso clínico).

Mais uma vez, as principais diferenças registam-se ao nível da generalização, i.e., os elementos referidos pelos terapeutas de uma forma geral nem sempre correspondem aos presentes no caso clínico que mencionaram. Contudo, esta diferença parece não ter um grande significado de forma isolada – dado que a supervisão clínica na sua totalidade abrange mais elementos do que aqueles que se encontram num único caso clínico –, pelo que posteriormente este subtema será apresentado em associação ao subtema “influência da supervisão”.

Análise dos Casos Clínicos

No presente tema, os subtemas “domínio do conhecimento” e “aprendizagem” são mencionados pela maioria dos participantes, pelo que aparentemente não apresentam diferenças entre si. Contudo, ao nível dos códigos mencionados, encontram-se diferenças significativas.

Relativamente ao “domínio do conhecimento”, os terapeutas concordam, na sua maioria, que o supervisor tem mais conhecimento teórico do que o próprio, embora cinco participantes (quatro dos anteriores) considerem que é o terapeuta quem conhece melhor o paciente, pois é quem está directamente em relação com ele. Ainda assim, dois destes participantes mencionam ainda que o seu supervisor conhece bem os pacientes apresentados em supervisão. Apesar de estes dados serem aparentemente contraditórios, a situação parece semelhante à visão que os terapeutas têm da compreensão do paciente: o terapeuta tem mais conhecimento teórico do que o paciente (tal como o supervisor tem mais do que o terapeuta), mas em último caso a compreensão do paciente é feita em conjunto (o que permite que o supervisor também conheça bem o caso), com a primazia da perspectiva do paciente (tal como acontece com o terapeuta, que é quem conhece melhor o paciente) (ver anexo E).

A “postura do supervisor” foi mencionada por apenas quatro participantes, o que pode dever-se ao facto de não terem existido perguntas focadas nesta temática. Ainda assim, é um dos processos que ocorrem dentro de uma sessão de supervisão e que tem influência na forma como o terapeuta a utiliza. Três participantes referiram que na supervisão devia ser evitada a autoridade do supervisor, i.e., este deve procurar respeitar a perspectiva do terapeuta, uma vez que é o terapeuta quem conhece melhor o paciente. Por outro lado, o supervisor também se deve abster de uma postura de julgamento, uma vez que isso mina os conteúdos que o terapeuta leva para as sessões de supervisão, como mencionam outros três participantes.

Em terceiro lugar, seis terapeutas salientaram a importância de aprenderem com os casos relatados pelo supervisor/ colegas de supervisão, uma vez a teoria nem sempre se revela suficiente para compreender os próprios pacientes e a experiência relatada pode possibilitar a aquisição de novas perspectivas sobre os casos clínicos (anexo E). No entanto, é de salientar que seis participantes consideraram que a aprendizagem que realizam com a supervisão é seleccionada pelo próprio, ou seja, podem ser abordados determinados assuntos ou conhecimentos em sessão, mas o terapeuta selecciona aqueles que fazem sentido para si. Destes participantes, quatro acrescentaram ainda que os conhecimentos adquiridos são sempre adaptados ao seu estilo pessoal, pois revela-se essencial que o terapeuta seja ele próprio em consulta com os pacientes (“presença de subjectividade do terapeuta”). No entanto, os terapeutas 2 e 5 referiram que por vezes não concordaram com a sugestão ou perspectiva do

supervisor, mas ainda assim experimentaram aplicá-la com o seu paciente. Face ao exposto, parece que, se por um lado o terapeuta se deve manter fiel a si próprio, por outro, a abertura à sugestão experiente do supervisor pode revelar-se benéfica em alguns casos.

Analisando os dados de forma conjunta, tendo em conta as associações directas que alguns participantes fizeram (anexo E), os terapeutas consideram que o supervisor tem mais conhecimento e conhece bem os casos clínicos, mas não deve existir um julgamento ou autoridade sobre o terapeuta, permitindo que a informação pertinente seja seleccionada por este, de modo a que este se sinta emocionalmente apoiado e ganhe novos conhecimentos. Por fim, os participantes 2, 3 e 5 salientaram que o facto de o supervisor ter mais conhecimento do que os próprios, aumentava a sua segurança com a prática.

Influência da Supervisão

De uma forma geral, os participantes parecem ter uma visão congruente da influência da supervisão na relação terapêutica, sendo que esta contribui para o aumento de conhecimento, pode constituir-se como um modelo para a relação terapêutica, e funciona como um apoio emocional para o terapeuta. Assim, a influência ocorre sobre o terapeuta e não sobre o paciente, o que era de esperar dado que o paciente não participa na relação de supervisão. No entanto, existem diferenças dentro de cada subtema.

A generalidade dos terapeutas disse que, ao apresentarem um caso clínico, ganham “novas perspectivas sobre o caso”, podendo estas ser, por exemplo, ao nível da experiência subjectiva do paciente ou da intervenção que o terapeuta deve adoptar naquele caso específico.

Da mesma forma, a maioria concorda que a supervisão possibilita a “integração de teorias”, i.e., o conhecimento teórico e experiência do supervisor é transmitido ao terapeuta (“supervisor tem mais conhecimento”), integrando-os com a prática clínica. Neste sentido, o supervisor pode sugerir que o terapeuta estude determinadas teorias, técnicas, etc., ou pode realizar uma exposição directa desses conteúdos, com exemplos de casos clínicos (“aprender com casos relatados”), para que futuramente o terapeuta consiga aplicar esses conhecimentos com os seus pacientes. Isto revela-se essencial uma vez que a “teoria é insuficiente para compreender” os casos, pelo que aliar a teoria à prática facilita o trabalho clínico do terapeuta.

Por sua vez, seis terapeutas referiram que a supervisão os ajuda a distinguir se os factores que estão a influenciar a relação são do próprio ou do paciente. Da mesma forma, seis participantes (quatro psicodinâmicos) mencionaram que a supervisão também auxilia na associação entre terapeuta e paciente. Se, por um lado, a diferenciação terapeuta-paciente

parece independente do modelo teórico do terapeuta, por outro, a associação terapeuta-paciente foi mais referida por terapeutas psicodinâmicos e parece existir uma distinção entre a forma como estes a elaboram em supervisão, comparativamente aos cognitivo-comportamentais: enquanto os psicodinâmicos procuram utilizar o que sentem/ pensam face ao paciente como uma forma de o compreender (i.e., como técnica), os terapeutas cognitivo-comportamentais parecem procurar estar atentos à forma como se sentem/ pensam de modo a facilitar a relação. Contudo, os terapeutas 5 e 8 procuraram compreender o paciente através da sua experiência pessoal, de modo a facilitar a relação (anexo E).

Apenas quatro participantes disseram que a supervisão possibilita o “aumento do autoconhecimento”, sendo que pode ser apenas referido que existem questões pessoais do terapeuta que estão a impactar a relação e que devem ser resolvidas no seu processo terapêutico pessoal, ou pode existir uma tentativa de compreender essa vivência do terapeuta, reflectindo sobre os limites da sua prática clínica. Neste sentido, o participante 1 referiu que o aumento de autoconhecimento é essencial para o terapeuta conhecer os seus “limites e sensibilidades pessoais”, o que o participante 10 considerou importante uma vez que a sua experiência subjectiva não deve participar no processo terapêutico, i.e., é irrelevante (anexo E).

Genericamente, os participantes consideram que a relação que estabelecem com o seu supervisor serve de modelo para as relações que estabelecem com os seus pacientes, seja porque existe uma assimilação de uma determinada característica pessoal do supervisor que depois o terapeuta reproduz na relação terapêutica, ou porque a dinâmica da relação com o supervisor é transportada para a dinâmica da relação terapêutica. Na primeira situação, o terapeuta pode recordar-se de determinadas frases do supervisor, reproduzir o estilo interventivo ou exemplos de intervenções do supervisor (“aprender com casos relatados”), ou ainda integrar uma característica de personalidade do mesmo (e.g., aceitação incondicional). Na segunda situação, o terapeuta pode servir-se da dinâmica que estabelece com o seu supervisor (profissional, mas simultaneamente de proximidade), para ter um modelo para a relação com os seus pacientes. Neste último caso, o foco parece estar mais sobre os limites da relação, enquanto no primeiro parece estar sobre o terapeuta enquanto pessoa e profissional. Além disto, os participantes 3, 4 e 6 salientam que utilizam a “supervisão como modelo”, mas procuram seleccionar a informação que consideram pertinente, e adaptá-la ao seu estilo pessoal (anexo E).

Por fim, a supervisão é considerada um apoio emocional nos três sentidos referidos na Fase anterior da análise temática, sendo esta influência independente do modelo teórico do terapeuta e tendo, para os participantes 1, 2, 4 e 8, o objectivo de utilizarem posteriormente a sua experiência subjectiva como um facilitador da relação terapêutica, i.e., a supervisão

constitui-se como um apoio emocional, que ajuda o terapeuta a lidar melhor com as suas emoções e a regular-se melhor na relação terapêutica.

Não foram relatadas influências negativas da supervisão no processo terapêutico, o que foi atribuído ao facto de o terapeuta seleccionar a informação da supervisão que lhe parece pertinente e adaptá-la ao seu estilo pessoal.

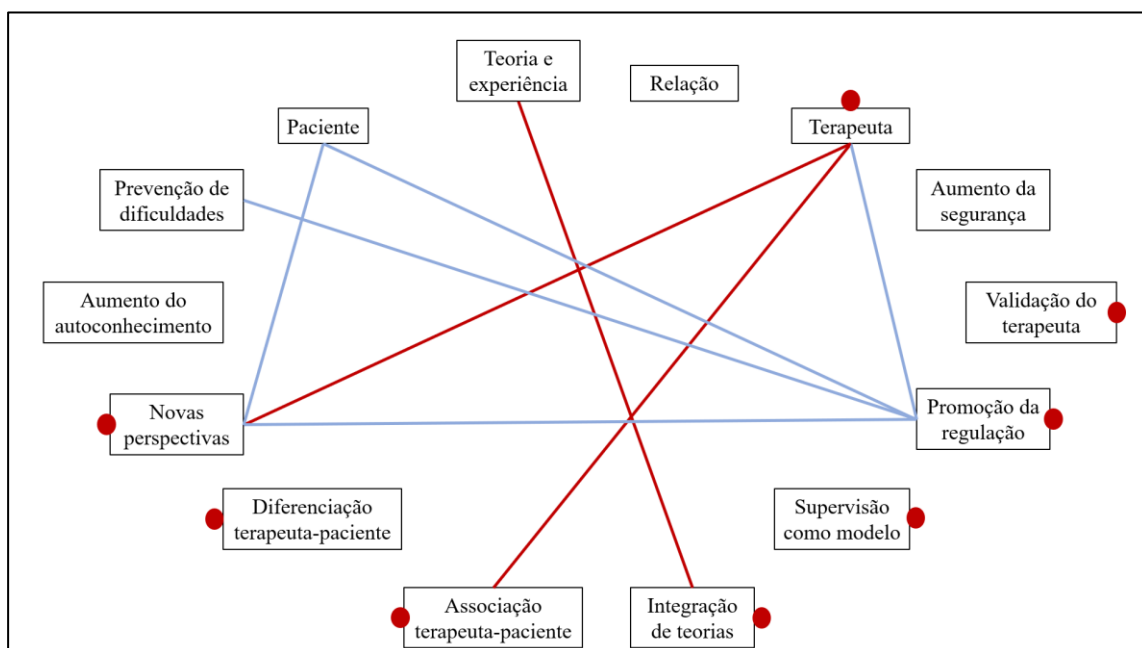
Foco da Supervisão e Influência da Supervisão

Os elementos da relação que são elaborados na supervisão, bem como a influência desta, diferem parcialmente, consoante o participante se está a referir a estes de uma forma geral ou num caso clínico. Por outro lado, estes dados também podem ser diferentes ao nível das associações que os terapeutas fazem entre os vários subtemas ou códigos.

De modo a ilustrar o referido, elaboraram-se ilustrações com os subtemas/ códigos do “foco da supervisão” e “influência da supervisão”. Destas, seleccionaram-se as dos participantes 4 e 7 (por terem abordagens distintas e apresentarem alguns elementos em comum mas associações distintas), apresentadas de seguida.

Figura 10

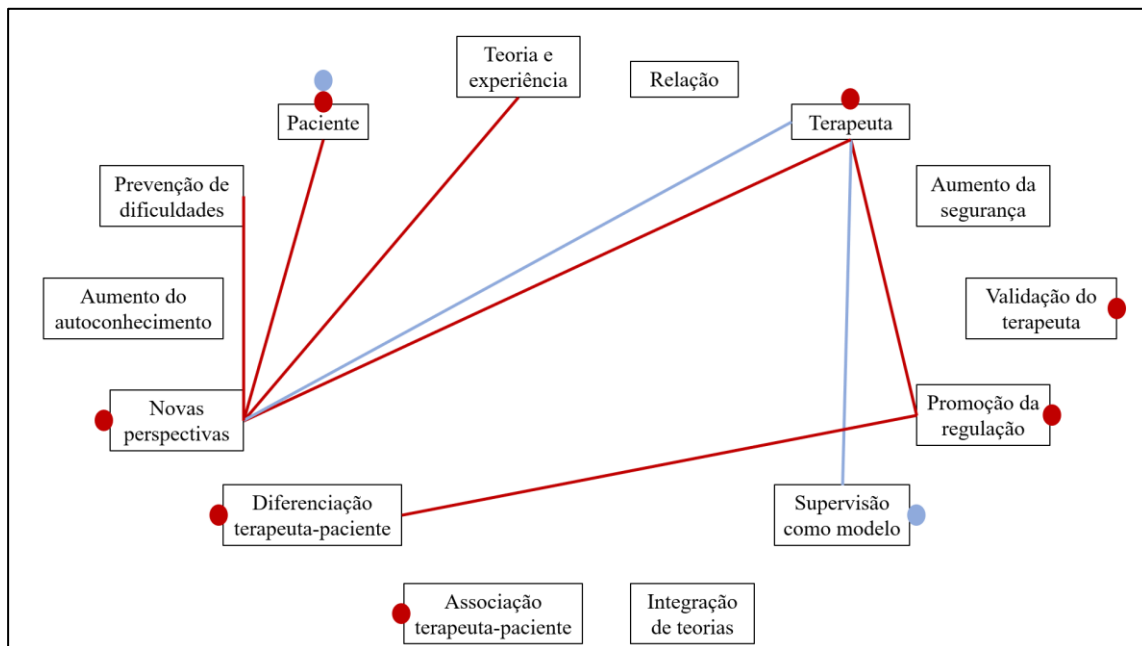
Menções e Associações do Foco e Influência da Supervisão, por Nível de Generalização, Segundo o Participante 4



Legenda: Círculo –mencionado pelo terapeuta; Linhas – associação dada directamente pelo terapeuta; Vermelho – referência geral; Azul – segundo caso clínico

Figura 11

Menções e Associações do Foco e Influência da Supervisão, por Nível de Generalização, Segundo o Participante 7



Legenda: Círculo – mencionado pelo terapeuta; Linhas – associação dada directamente pelo terapeuta; Vermelho – referência geral; Azul – segundo caso clínico

Como ilustrado, os participantes 4 e 7 apresentam alguns elementos e influências da supervisão em comum, como o foco no paciente e no terapeuta, ou o ganho de novas perspectivas ou a promoção da regulação emocional. No entanto, a forma como associam alguns destes dados ou como os mencionam de uma forma geral ou particular (i.e., num caso clínico específico) é diferente. Para exemplificar o descrito, apresentamos exemplos de seguida.

No segundo caso clínico, o participante 4: *“por exemplo com este caso desta pessoa que tem uma coisa muito grave e... são coisas mesmo muito, muito chocantes. Chocantes! do ponto de vista humano. É difícil conter isto dentro de nós. (...) A pessoa está-nos a depositar uma coisa dura, horrível, muito carregada de coisas muito, muito duras, muito difíceis de perceber; levamos para supervisão; alguém nos ajuda a pensar sobre isto: metabolizamos estes elementos, vêm para dentro de nós metabolizados, e estamos mais livres para ouvir mais coisas, mais coisas, mais coisas... Então, isto em si tem um impacto tremendo quando estamos em terapia, porque sentimo-nos livres”* (linha 378). Portanto, o terapeuta utilizou a sua supervisão para abordar as vivências dolorosas do paciente (foco no paciente) e a forma como estas o faziam sentir (foco no terapeuta) na relação (associação terapeuta-paciente), de modo a conseguir pensar sobre as mesmas (novas perspectivas sobre o caso) e, assim, regular-se emocionalmente (promoção da regulação emocional).

Por sua vez, o participante 7 utiliza a supervisão para conseguir alguma regulação emocional em determinados momentos, mas por se diferenciar do paciente, i.e., passa a responsabilizar-se pela forma como o paciente sente, pensa ou reage, mas dentro de limites considerados legítimos: *“há uma menor responsabilização, eventualmente, daquilo que vão ser as respostas terapêuticas do cliente, ah... (...) Falando aqui da, lá está, da transferência, essa é a principal valência da supervisão a esse nível, ou seja, de... é mais fácil separarmo-nos do cliente a esse nível; não estarmos tão responsáveis por aquilo que... que ele... das reacções ou das respostas que ele tem para conosco”* (linha 535). Além disto, a maior capacidade de regulação emocional não é referida no segundo caso clínico, mas sim de uma forma geral.

Por outro lado, os participantes concordam que por vezes a supervisão possibilita a aquisição de uma nova perspectiva sobre os casos clínicos, através da mudança da sua intervenção técnica (foco no terapeuta):

Participante 4: *“ ‘Olhe, eu em vez de ter dito isso, eu se calhar teria dito isto assim’, está a ver? E isto ajuda-nos depois a pensarmos, ‘Ok, depois quando eu estiver [com o paciente]...’. Ou então: ‘Oh ‘nome do terapeuta’ já explorou isto com ela? Já pensou nisto?’ e então nós pensamos nisto na supervisão e quando estamos com a paciente podemos ser muito directos e ‘Olhe, queria falar consigo sobre...’, ou então ((risos)) vamos esperar aqui uma abertura, digamos assim, para introduzirmos as coisas de uma forma suave”* (linha 316).

Participante 7: *“o meu supervisor disse... pronto, que é algo que ele faz muito ‘Não, mas eu ficava aí, eu ferrava a canela’, ou seja, eu não o deixava sair daí. Pronto, e às vezes é um pouco isso: temos que ser um pouco chatos, temos que ser um pouco... ‘Ah, desculpe, mas deixe-me... Tem alguma oposição em responder à minha pergunta?’, ou seja, ajudá-lo-, (...) recentrá-lo naquilo que... nós sentimos que pode estar a ser importante para ele na altura”* (linha 450).

Associação entre a Visão da Relação e a Influência da Supervisão

A influência da supervisão decorre sempre sobre os factores que afectam a relação terapêutica, e não sobre a visão geral da relação (relação profissional e humana), papel da relação ou função da experiência subjectiva.

Como já foi mencionado, os participantes relataram sempre uma influência da supervisão sobre o próprio. No entanto, pelo segundo caso clínico relatado por cada participante, podemos observar se existiram mudanças no paciente, após a supervisão clínica.

Tabela 1

Mudanças Observadas na Relação Terapêutica no Segundo Caso Clínico de Cada Participante, Posteriormente à Supervisão Clínica

P	Mudança(s) na relação terapêutica
1	Menor zanga face ao paciente e adaptação da intervenção ao paciente
2	Maior afeição pelo paciente
3	Maior compreensão do terapeuta face ao paciente, com conseqüente maior presença emocional do paciente
4	Maior capacidade de contenção e regulação emocional do terapeuta
5	Melhoria na presença emocional de ambos, bem como da autenticidade do paciente
6	Percepção de progresso e de maior motivação do paciente, pelo terapeuta
7	Maior expressão emocional do paciente. Terminou posteriormente em dropout
8	Maior capacidade de compreensão e regulação emocional do terapeuta
9	Maior compreensão do terapeuta face ao paciente e evolução no caso clínico
10	Procura de conhecimento e reflexão sobre a prática clínica, pelo terapeuta

Legenda: P - Participante

Apesar de as mudanças não poderem ser unicamente atribuídas à supervisão, podemos pensar que a influência da supervisão clínica sobre o terapeuta acabou por se repercutir, de certa forma, na relação terapêutica (nomeadamente, no paciente). No entanto, isto não se verificou em todos os casos.

Nos participantes 1 e 2, a dificuldade devia-se à zanga (e pouca afeição) do terapeuta em relação ao paciente (ainda que as origens fossem diferentes), pelo que a supervisão ajudou o terapeuta a associar os seus sentimentos às atitudes do paciente, o que resultou em menor zanga (e maior afeição pelo paciente). Os participantes 4 e 8 relataram casos clínicos que consideraram emocionalmente difíceis de gerir, pelo que a supervisão possibilitou a criação de um espaço onde as vivências do paciente e sentimentos do terapeuta podiam ser pensados e, com isso, melhorou a auto-regulação dos terapeutas. Por sua vez, os participantes 6 e 10 relataram situações em que a sua percepção dos casos (de estagnação e baixa motivação; e de fraca aliança terapêutica, respectivamente) estava a constituir uma dificuldade para os próprios, pelo que a supervisão os ajudou a distinguir aquilo que era a sua percepção e aquilo que estava efectivamente a decorrer no caso clínico, mudando a percepção pessoal dos terapeutas. Nestas

situações relatadas, as mudanças foram observadas nos psicoterapeutas e não foram mencionadas influências nos pacientes – o que não significa que não tivessem existido.

As situações relatadas pelos participantes 3, 5, 7 e 9 demonstraram efeitos nos pacientes, sendo que nos três primeiros a supervisão ofereceu novas perspectivas aos terapeutas (seja sobre a vivência interna do paciente, ou sobre o modo como o terapeuta podia intervir) e isso resultou em: maior presença emocional do paciente (3, 5), maior autenticidade do paciente (5) e maior expressão emocional do paciente (7). Contudo, o caso clínico do participante 7 terminou em *dropout* mais tarde, pelo que podemos pensar que a supervisão clínica foi insuficiente. Já a supervisão do caso clínico do participante 9 possibilitou uma maior evolução do caso clínico, depois da aplicação de uma nova técnica que o terapeuta aprendeu através do supervisor. Estes foram os únicos factores do paciente e da relação mencionados pelos participantes, que se alteraram nos casos clínicos que tiveram supervisão.

Discussão

O presente estudo procurou compreender a visão dos psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos sobre a relação terapêutica e sobre a influência da sua supervisão clínica na relação que estabelecem com os seus pacientes.

Os participantes consideraram, na sua generalidade, que a relação é influenciada por factores do terapeuta, do paciente e da relação. Assim, o terapeuta deve ter competências para exercer a sua prática clínica (e sentir-se confortável com a sua intervenção), mas também deve apresentar factores que visam directamente a relação terapêutica, como por exemplo, a empatia, a ausência de julgamento, uma postura autêntica e genuína, entre outros. Da mesma forma, existem características do paciente que influenciam a relação, como é o caso do seu compromisso face ao processo terapêutico, a sua entrega emocional, os sentimentos expressos na relação, entre outros. Por fim, foram mencionados factores que dizem respeito à relação entre terapeuta e paciente (e.g., encontro de perspectivas entre ambos).

No entanto, é de referir que as diversas características dos pacientes não foram mencionadas pela maioria dos participantes – exceptuando-se a “experiência e expressão emocional”, “compromisso” (maioritariamente falha no cumprimento do horário) e “disponibilidade emocional”. Estes dois últimos parecem ir ao encontro da conceptualização de Bordin (1979), que considera que é necessária a colaboração entre terapeuta e paciente para que o processo decorra. A heterogeneidade dos dados pode dever-se, por um lado, a uma maior dificuldade do terapeuta em colocar-se no lugar do paciente e pensar nas características deste que dificultam a relação; ou, por outro, à ordem pela qual foram realizadas as perguntas, sendo que foi sempre questionado primeiro quais eram os factores do terapeuta que influenciavam a relação, o que pode ter contribuído para alguma fadiga em nomear os do paciente. Investigações posteriores devem procurar compreender se os mesmos factores do terapeuta e paciente são relatados quando os participantes são conduzidos a pensar sobre os seus processos terapêuticos pessoais, verificando se existe uma congruência, dentro do mesmo participante, no que respeita à sua perspectiva enquanto terapeuta e enquanto paciente.

Por outro lado, o presente estudo identificou factores que apenas foram mencionados por psicoterapeutas cognitivo-comportamentais, sendo eles: a flexibilidade e abertura do paciente (face a perspectivas diferentes, dúvidas ou ambivalência); nível de progresso realizado; e capacidade para pensar do paciente. Uma possível explicação pode ser que, neste modelo, são acordados, normalmente, objectivos terapêuticos mais específicos (e.g., redução da ansiedade numa situação específica), pelo que, *a priori*, é esperado que o nível de progresso

seja atingido após algumas sessões, sendo para isso necessária uma maior abertura do paciente às perspectivas diferentes e sugestões de tarefas do terapeuta, bem como uma maior capacidade para pensar sobre o que ocorre no processo. Por sua vez, as intervenções psicodinâmicas são geralmente mais longas e com objectivos menos específicos, pelo que o progresso vai surgindo à medida que a relação terapêutica se vai construindo, podendo esperar-se que os resultados (i.e., o nível de progresso) demorem mais tempo a surgir. Além disso, espera-se que a mudança surja da relação estabelecida, pelo que a capacidade de pensar do paciente pode não ser fundamental para que existam melhorias no paciente. Assim, alguns factores podem influenciar a relação, consoante o modelo teórico em causa, contrariamente ao que se considerou até aqui. Seria pertinente realizar um estudo em que fosse apresentado um determinado caso clínico a terapeutas de abordagens diferentes, de modo a observar que dificuldades é que cada um apontaria na relação terapêutica, e se estas eram congruentes ou não.

Comparando os nossos resultados com os encontrados na literatura, observam-se semelhanças na maioria dos factores mencionados, ainda que com algumas diferenças. Por exemplo, no estudo de Lavik et al. (2018), os psicoterapeutas entrevistados consideraram que o paciente deve sentir que o terapeuta tem afeição por si. No presente estudo, os participantes relataram que os terapeutas devem sentir afeição pelos seus pacientes e vice-versa. Apesar de parecidos, estes dados são conceptualmente diferentes, pois no primeiro caso o foco é relacional e no segundo é individual (ainda que seja sempre em relação ao outro). Por exemplo, a zanga do terapeuta em relação ao paciente pode não ser expressa na relação, tendo apenas um impacto no terapeuta, ou pode ser expressa e resultar no sentimento de tristeza por parte do paciente, podendo constituir-se como uma dificuldade. No nosso estudo, podemos considerar que esta perspectiva foi mencionada pelos participantes quando referiram que devem estar atentos à forma como se sentem face ao paciente, de modo a facilitar a relação com o mesmo (principalmente quando sentem emoções negativas face a este), mas não ficou clara a influência de cada uma das perspectivas (relacional e individual). Assim, são necessários mais estudos que realizem esta distinção, de modo a perceber se tudo aquilo que é individual acaba por se manifestar como uma dificuldade na relação, sendo, por isso, simultaneamente relacional, ou não. Além disso, é desconhecido se isto depois é semelhante tanto para o terapeuta quanto para o paciente, i.e., se os sentimentos do paciente, quando apenas individuais, acabam por ser uma dificuldade na relação ou só o são quando são expressos na relação. Este tipo de estudos revelam-se essenciais na medida em que, se tudo aquilo que é individual também é relacional, então a responsabilidade do terapeuta (e do paciente) no processo terapêutico é maior, pelo que a supervisão deve auxiliar o terapeuta na gestão da mesma.

Face às dificuldades que podem surgir no processo terapêutico, os participantes referiram ainda factores que promovem a superação destas. Neste sentido, o terapeuta deve procurar pensar sobre as dificuldades e a implicação pessoal nas mesmas (i.e., ter capacidade auto-crítica), adaptar a sua intervenção ao paciente (i.e., ter flexibilidade e abertura) e adquirir conhecimento mais especializado de modo a conseguir realizar uma melhor intervenção. Por sua vez, o facto de o paciente ter uma boa capacidade auto-crítica facilita a superação das dificuldades, ainda que seja o terapeuta quem deve procurar fazê-lo em primeiro lugar, tendo uma maior responsabilidade (segundo os participantes deste estudo). O conhecimento destas características revela-se importante porque as dificuldades possuem um valor educativo (e.g., possibilitam que o terapeuta conheça os seus limites pessoais) e é a superação destas que permite o progresso terapêutico ou promove a mudança do paciente (por exemplo, através da quebra de padrões que o paciente transporta para a relação). Esta visão é congruente com o modelo de Safran e Muran (1996, 2000) sobre a presença de rupturas na relação e a necessidade da sua reparação, sendo assim essencial que os terapeutas estejam atentos às dificuldades que podem surgir na relação e ao impacto das mesmas. Contudo, o nosso estudo demonstrou que podem existir, *a priori*, características que facilitam esse processo de reparação. Por fim, se para os psicoterapeutas que consideram a relação como uma técnica, as dificuldades são encaradas como uma parte do trabalho psicoterapêutico – dado que quando são superadas, ocorre uma mudança terapêutica (pela quebra de padrões do paciente, com alteração da visão do mundo deste) –, fica por esclarecer a perspectiva dos psicoterapeutas que apenas encaram a relação como meio para facilitar o processo, não constituindo o factor de mudança do paciente.

Até ao momento, apresentaram-se os factores que foram mencionados pelos participantes como tendo uma influência na relação, de uma forma geral. Contudo, também se observou que, consoante a relação única estabelecida entre terapeuta e paciente, os factores que a influenciam, num determinado momento, variam de caso clínico para caso clínico e associam-se de formas diferentes entre si, devendo ser contextualizados na dinâmica relacional específica em que decorrem. Estes dados sugerem que, se por um lado o terapeuta deve estar atento às características que facilitam ou dificultam as relações com os seus pacientes na sua generalidade, por outro, deve também existir uma preocupação com a origem das dificuldades que estão a decorrer com cada paciente em específico. Enquanto a primeira situação oferece um suporte ao modelo dos factores comuns em psicoterapia (dado que se observou que, na sua maioria, estes são independentes do modelo teórico), a segunda situação vem salientar a importância de se contextualizar cada caso clínico. Assim, podemos pensar que, não só o terapeuta deve ser responsivo às necessidades e problemas que o paciente tem, como deve

procurar compreender de que forma é que estas surgem na dinâmica relacional estabelecida, tendo em consideração que estas necessidades e problemas também se podem alterar ou desenvolver na relação única estabelecida entre ambos.

Por outro lado, também se observou que existem diversas formas de superar as dificuldades, consoante o caso clínico, pelo que pacientes diferentes podem precisar de respostas diferentes na relação e/ou que terapeutas diferentes podem reagir de maneiras diversas. Estes dados sugerem que, apesar de poderem existir características e etapas que facilitam, *a priori*, a resolução das dificuldades na relação, o terapeuta deve manter-se atento àquilo que resulta com aquele paciente em específico (desde que o próprio também se sinta confortável com a sua intervenção técnica).

Os dados anteriormente relatados vão ao encontro da perspectiva da maioria dos participantes psicodinâmicos, que referiu que a subjectividade do terapeuta possui um papel importante na relação. Por sua vez, esta perspectiva vai no sentido da conceptualização de Gelso (2014), que considera que terapeuta e paciente devem ser genuínos e perceberem-se um ao outro pelo que são realmente, sendo esta relação real o factor mais importante na relação terapêutica. No nosso estudo, a relação real pode ser compreendida no relatado dos participantes a respeito da importância da autenticidade e genuinidade do terapeuta e do paciente, bem como da empatia do terapeuta (dado que quando este compreende o paciente, a relação é facilitada). Assim, a supervisão deve promover o desenvolvimento destes factores no psicoterapeuta.

Além disso, estes dados demonstram que o terapeuta deve procurar compreender o seu paciente na sua individualidade. Para que tal seja possível, deve ter conhecimento teórico e técnico, mas simultaneamente reconhecer que este é insuficiente, dado que a subjectividade do paciente não é passível de ser compreendida na sua totalidade através de teorias. Neste sentido, o terapeuta deve procurar integrar e priorizar a perspectiva que o paciente tem sobre as suas vivências pessoais, pois é este quem sabe mais sobre si. Estes resultados não vão ao encontro do estudo de Altimir et al. (2017) que consideram que a componente relacional é construída sobre a profissional/ técnica. Na verdade, o conhecimento teórico do terapeuta só lhe possibilita chegar até um determinado lugar, e existe sempre uma interdependência, de tal modo que a compreensão do paciente se vê dificultada sem a existência de teorias e técnicas, mas também sem a relação. Por outro lado, os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais do presente estudo consideraram que a relação é importante, mas insuficiente, na medida em que a mudança terapêutica apenas surge com a implementação de técnicas específicas, o que sugere que a componente profissional/ técnica é construída sobre a relação, e não o seu oposto (ainda que, desde o início, o terapeuta tenha um conhecimento especializado). Por sua vez, os

psicoterapeutas psicodinâmicos não realizam uma distinção clara entre relação e técnica neste aspecto, dado que consideram que a relação deve ser utilizada como uma técnica em si, pois é a partir desta que surge a mudança no paciente. No seu conjunto, os dados sugerem que a associação entre a técnica e a relação pode ser perspectivada de diversas formas, mas existe uma interdependência entre ambas.

Até aqui foi apresentada a perspectiva dos psicoterapeutas do presente estudo face à relação terapêutica, bem como possíveis interpretações das semelhanças e diferenças encontradas entre participantes e em relação à literatura. Contudo, também se encontraram dados relativos à visão da influência da supervisão clínica.

Em primeiro lugar, é de salientar que a influência da supervisão decorre sempre sobre os factores que afectam a relação terapêutica, e não sobre a visão geral da relação (relação profissional e humana), papel da relação ou função da experiência subjectiva. Uma forma de interpretarmos estes dados é considerarmos que, na discussão de um caso clínico, o psicoterapeuta procura uma perspectiva diferente sobre este, mas no que respeita à forma como olha para os fundamentos da sua prática clínica, procura uma segurança. Por outro lado, estes resultados eram expectáveis, tendo em conta que os participantes e os seus supervisores partilham o mesmo modelo teórico, pelo que a supervisão parece só vir reforçar a perspectiva do terapeuta face à relação. Em contrapartida, possivelmente só se iriam observar diferenças se o estudo fosse realizado com psicólogos sem formação numa abordagem teórica específica (e com um supervisor com formação específica), ou com psicoterapeutas com um modelo diferente do seu supervisor. Assim, sugere-se que outros estudos procurem compreender se estas duas situações (psicoterapeutas sem formação especializada; e terapeuta e supervisor com modelos teóricos diferentes) produzem resultados diferentes nas dimensões referidas.

De uma forma geral, a supervisão clínica contribui para o ganho de conhecimento do terapeuta, pode constituir-se como um modelo para a relação terapêutica e apoia emocionalmente o terapeuta em algumas situações. Assim, a influência da supervisão decorreu sempre sobre o psicoterapeuta, embora em alguns relatos tenha sido possível supor eventuais efeitos no paciente e na relação, como é o caso de uma maior presença emocional, autenticidade/ genuinidade e expressão emocional do paciente, e um maior progresso terapêutico. Estes dados vão ao encontro da visão dos psicoterapeutas entrevistados, que consideraram que a supervisão era essencial para o estabelecimento e manutenção das relações com os seus pacientes. Contudo, em algumas situações, acaba por não ser suficiente para evitar um *dropout*.

Relativamente ao ganho de conhecimento, os participantes relataram que a supervisão permite a integração da teoria com a prática clínica, o que demonstra que o conhecimento teórico não é suficiente, tal como também já tinha sido referido a respeito da compreensão do paciente. Assim sendo, a supervisão, mais do que oferecer conhecimento teórico ao psicoterapeuta, parece vir colmatar a lacuna que existe entre aquilo que o psicoterapeuta aprende na sua formação teórica e a subjectividade que encontra na sua prática clínica. Estes dados já tinham sido observados por Murr et al. (2020), pelo que a presente investigação reforça a importância de o supervisor ter mais conhecimento teórico do que o psicoterapeuta, mas ao mesmo tempo ser um profissional capaz de estabelecer uma associação com os casos clínicos específicos. Por outro lado, a supervisão também deve oferecer novas perspectivas sobre os casos clínicos, seja ao nível das intervenções que o psicoterapeuta pode realizar, ou da interpretação de vivências do paciente, o que vai ao encontro de outros estudos qualitativos referidos na literatura (e.g., Vallance, 2004; Worthen & McNeill, 1996).

Em terceiro lugar, o ganho de novos conhecimentos em supervisão pode ser atingido através da diferenciação ou associação entre as experiências subjectivas do terapeuta e do paciente. A diferenciação entre terapeuta e paciente demonstrou ser independente do modelo teórico dos psicoterapeutas, sendo utilizada por ambos em supervisão. Dado que os terapeutas cognitivo-comportamentais, na sua generalidade, consideram que a sua experiência subjectiva não tem uma função terapêutica (e, por isso, deve ser evitada a sua participação no processo), seria de esperar que a diferenciação entre terapeuta e paciente fosse mais mencionada por estes participantes. No entanto, ao olharmos para os dados, verificamos que os participantes cognitivo-comportamentais que também utilizam a sua experiência subjectiva como uma técnica, foram aqueles que realçaram a importância da diferenciação – em conjunto com a maioria dos psicodinâmicos. Neste sentido, parece que existe uma integração de conceitos dinâmicos na prática clínica destes psicoterapeutas, ainda que depois considerem que a relação não constitui um factor de mudança por si só, sendo necessária a posterior aplicação de técnicas específicas. Vale destacar também que a associação entre terapeuta e paciente foi referida, sobretudo, por participantes psicodinâmicos, o que vai ao encontro da visão destes, que consideram que a sua experiência subjectiva deve ser utilizada como uma forma de compreenderem o paciente. Face ao exposto, investigações futuras podem estudar a influência da análise da experiência subjectiva do psicoterapeuta no processo de mudança do paciente, de modo a observar se efectivamente esta promove a mudança ou apenas facilita a relação, e de que formas isso acontece. Por fim, dada a dificuldade que por vezes pode surgir em diferenciar e/ou associar as experiências do terapeuta e do paciente, bem como a relevância desta análise

na supervisão, questionam-se ainda os limites que devem existir entre aquilo que pertence ao domínio do processo psicoterapêutico do terapeuta e aquilo que pertence à supervisão. Na verdade, será que quando estes limites são menos rígidos, encontramos uma influência maior da supervisão? Por outro lado, seria também importante investigar de que forma é que o supervisor consegue realizar esta diferenciação/ associação, procurando perceber o papel da sua própria experiência subjectiva no processo.

Por último, os psicoterapeutas podem ainda aumentar o seu autoconhecimento através da supervisão. Contudo, este processo foi referido por um menor número de participantes, o que pode demonstrar – na sequência do referido anteriormente – uma necessidade de estabelecer limites mais claros entre a supervisão e a psicoterapia pessoal do terapeuta. Noutro sentido, podemos pensar que o aumento de autoconhecimento é uma consequência de todas as outras influências da supervisão, sendo para isso necessária uma capacidade auto-crítica do terapeuta.

A aquisição de conhecimento revela-se então um aspecto essencial na supervisão. Contudo, é de salientar que o terapeuta possui um papel activo neste processo. Assim, pode eventualmente aprender com os casos relatados em supervisão ou com o conhecimento partilhado, mas selecciona a informação que considera relevante para a sua prática clínica, e adapta-a ao seu estilo pessoal. Vallance (2004) observou algo semelhante, sendo que no seu estudo as sugestões do supervisor eram importantes, mas apenas quando o terapeuta as podia adaptar ao seu estilo pessoal. Relacionando estes dados com os obtidos a respeito dos factores que influenciam a relação terapêutica, parece que o terapeuta pretende obter algum conhecimento teórico em supervisão, mas mais do que isso, procura um aumento da sua capacidade de conceptualizar os casos clínicos (o que pode ser visto, por exemplo, como um aumento da sua empatia pelo paciente), enquanto mantém a sua autenticidade e se sente confortável na sua intervenção. A excepção pode ser encontrada nas situações em que, apesar de não concordar com as sugestões do supervisor, opta por aplicá-las na sua prática clínica, o que pode demonstrar uma maior confiança na conceptualização do supervisor ou uma maior flexibilidade e abertura à experiência. Estudos futuros podem procurar compreender de que forma é que a dinâmica relacional estabelecida entre supervisor e terapeuta influencia a forma como este último utiliza a supervisão clínica.

Por outro lado, o papel activo do terapeuta também é notório no que respeita à conceptualização dos casos clínicos, dado que efectivamente o supervisor possui mais conhecimento teórico, mas a compreensão do paciente é realizada em conjunto, com primazia da perspectiva do terapeuta sobre o caso. É de realçar que este processo parece semelhante à

forma como a compreensão do paciente é elaborada na relação terapêutica (entre terapeuta e paciente), pelo que podemos pensar se a relação de supervisão pode servir de modelo para a relação terapêutica e vice-versa, ou se a dinâmica de uma, tem impacto na outra. A este respeito, a presente investigação observou que a supervisão pode, de facto, servir como um modelo, seja pela assimilação de uma característica pessoal do supervisor (que depois é reproduzida pelo terapeuta na relação com o paciente), ou pela representação da dinâmica relacional da supervisão, na prática clínica. Face ao exposto, deve existir uma preocupação dos supervisores em promoverem boas relações com os seus supervisandos, dada a influência que tal pode produzir no processo terapêutico. Aliás, os participantes do presente estudo não relataram influências negativas da sua supervisão clínica, tendo justificado este facto com a ausência de uma postura autoritária e crítica por parte do seu supervisor – e da mesma forma consideraram que um dos factores do terapeuta importantes para uma boa relação terapêutica é a ausência de julgamento. A este respeito, podemos pensar que uma postura mais autoritária e crítica de um supervisor é promotora de uma menor autonomia (resultando, por exemplo, num menor desenvolvimento da capacidade de pensar sobre os casos clínicos) e menor segurança na sua prática clínica. No entanto, são necessários mais estudos que investiguem as características do supervisor que os psicoterapeutas consideram ser importantes para uma boa relação de supervisão, e a possível influência destas no terapeuta e na sua prática clínica.

Em último lugar, a supervisão demonstrou ter um papel importante no apoio emocional do psicoterapeuta, por meio da validação dos seus sentimentos ou conceptualizações dos casos clínicos, e da promoção da sua regulação emocional, especialmente quando este tem sentimentos “negativos” face ao paciente ou quando surgem casos clínicos que são emocionalmente difíceis de gerir. Além disso, possibilitou ainda o aumento da confiança dos psicoterapeutas na sua prática clínica, devido à presença de um supervisor com mais conhecimento, tal como foi observado noutros estudos qualitativos (e.g., Murr et al., 2020; Worthen & McNeill, 1996). Desta forma, os terapeutas parecem procurar um supervisor empático, que vai para além da ausência de julgamento e de crítica. A literatura já tinha identificado características que o supervisor deveria apresentar para promover uma boa supervisão, tendo salientado, por exemplo, a importância de se mostrar emocionalmente presente, ter sensibilidade, e valorizar a competência mas também a vulnerabilidade do terapeuta (McMahon, 2014), mas o presente estudo revelou o impacto de algumas destas características no terapeuta e na sua prática clínica. Assim, parece que supervisores que oferecem um apoio emocional, incidindo sobre os factores humanos que constituem o processo terapêutico (do lado do terapeuta), promovem práticas clínicas mais sustentadas e seguras.

No que respeita ao formato da supervisão, é de referir que os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais tinham uma supervisão em grupo, enquanto os psicodinâmicos tinham sessões individuais. Assim, as diferenças encontradas ao nível da influência da supervisão podem ser explicadas pelo contexto da supervisão e não (apenas) pela presença de diferentes modelos teóricos. A presente investigação não permite retirar conclusões neste sentido, pelo que se propõe a realização de estudos com psicoterapeutas de abordagens distintas, com o mesmo modelo de supervisão (individual ou em grupo). No entanto, foi possível observar que, independentemente do formato da supervisão, os psicoterapeutas de modelos teóricos diferentes adquirem benefícios comuns. Isto pode significar que as necessidades dos psicoterapeutas são transversais aos modelos teóricos e, por isso, aquilo que valorizam numa supervisão acaba por ser semelhante, sendo o formato da supervisão pouco relevante.

Noutro sentido, destaca-se que apenas foi estudada a perspectiva dos psicoterapeutas e seria pertinente estudar a dos pacientes, uma vez que a visão dos factores que influenciam a relação (e das mudanças que vão surgindo nesta) nem sempre é congruente entre ambos. Mais ainda, também seria interessante investigar os efeitos que os supervisores consideram que a supervisão pode ter na relação terapêutica ou nos resultados terapêuticos.

A presente investigação pode ter implicações práticas tanto ao nível da psicoterapia quanto da supervisão. Em primeiro lugar, os dados demonstraram que o conhecimento teórico do terapeuta não se revela suficiente para a sua prática clínica (ainda que necessário), pelo que se sugere que todos os psicólogos e psicoterapeutas que não estejam em formação especializada (e, por isso, não têm a obrigatoriedade de serem supervisionados) tenham supervisão (e psicoterapia pessoal) e procurem estar atentos aos factores que podem estar a ter um impacto na relação com os seus pacientes. Esta perspectiva parece ser partilhada por vários profissionais, sendo comumente referida, mas o presente estudo realçou a participação da subjectividade do psicoterapeuta no processo terapêutico. Sendo a relação terapêutica um encontro entre as subjectividades do terapeuta e do paciente (que sofre influências de ambas as partes), partilho da opinião de alguns dos psicoterapeutas entrevistados, de que é (maioritariamente) da responsabilidade do terapeuta quando a relação dificulta o processo. No entanto, acrescento que esta perspectiva relacional, a meu ver, também responsabiliza o psicoterapeuta quando as acções ou sentimentos deste contribuem ou preservam, ainda que involuntariamente, o sofrimento do paciente. Assim sendo, é necessária uma maior capacidade dos psicoterapeutas para assumirem a sua responsabilidade no processo (não só devido a falhas técnicas, mas sobretudo relacionais) e encontrarem formas de solucionarem as dificuldades que nele podem surgir. Em algumas relações ou momentos, pode acontecer que as dificuldades surjam porque

o paciente está a atribuir características ao terapeuta que não lhe pertencem mas, mesmos nestas situações, o terapeuta deve estar atento a estes movimentos relacionais. Da mesma forma, o supervisor deve ter em consideração o modo como o terapeuta se coloca face à responsabilidade/ culpa, procurando promover um equilíbrio saudável neste aspecto.

No mesmo sentido, os dados obtidos neste estudo também nos podem fazer pensar que uma forma alternativa de olharmos para os diferentes modelos teóricos existentes é ao considerarmos que o mais importante não é encontrar um modelo que funcione para todos os psicoterapeutas e pacientes, mas sim formas de promover uma boa prática clínica para cada díade, tendo em conta as necessidades de ambas as partes. Quando tal não ocorre, a relação e, muito possivelmente, o processo terapêutico vêm-se dificultados, sendo que uma das formas de melhorar a situação pode passar pela supervisão clínica.

Na presente investigação não foram observadas diferenças entre psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos na maioria dos resultados relativos à influência da supervisão clínica. Neste sentido, deveria ser promovida a partilha de conhecimentos e experiências entre abordagens diferentes, dada a possibilidade de evolução que daí pode resultar. Por exemplo, terapeutas psicodinâmicos podem aprender técnicas específicas utilizadas por colegas cognitivo-comportamentais e, mesmo que não as utilizem da mesma forma, podem retirar os conhecimentos que as fundamentam, de modo a adaptar as técnicas à sua forma de exercer psicoterapia. No mesmo sentido, terapeutas cognitivo-comportamentais podem estar mais atentos à forma como se sentem face aos pacientes, não só para evitarem que estes sentimentos afectem negativamente o processo, mas também para explorarem o significado dos mesmos, tanto para o próprio como para o paciente – sendo que tal não significa que passem a considerar que a sua experiência subjectiva deve ser devolvida ao paciente e, por isso, integrada na relação terapêutica.

Para finalizar, foi também observado que a relação entre supervisor e terapeuta pode exercer alguma influência na forma como a supervisão decorre e se retiram benefícios desta, pelo que pensamos ser fundamental que os psicoterapeutas a procurem abordar directamente com o seu supervisor quando sentem que esta pode estar a influenciar negativamente a supervisão e/ou a sua prática clínica com os pacientes. Da mesma forma, os supervisores devem estar atentos às dificuldades que podem surgir na relação (e.g., pedindo *feedback* aos terapeutas), uma vez que, a meu ver, também é da sua responsabilidade quando a relação de supervisão impede o psicoterapeuta de falar abertamente sobre a sua prática psicoterapêutica.

Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G., & Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 206-228. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559>
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1510–1522. <https://doi.org/10.1002/jclp.22525>
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(3), 317-331. <https://doi.org/10.1080/10503300500268524>
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6^a ed.). Pearson Education
- Bessa-Silva, I., Lamela, D., & Jongenelen, I. (2017). Supervisão clínica, outcomes clínicos e autoeficácia em psicólogos estagiários: Uma revisão sistemática. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(3), 344-362
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage publications.
- Eugster, S. L., & Wampold, B. E. (1996). Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1020–1028. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1020>
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-Analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Freud, S. (1958). On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 112–144). Hogarth Press. (Original work published 1913)
- Gelso, C. J. (2011). Contextualizing the real relationship in psychotherapy and psychoanalysis. In *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. (Cap. 1, pp. 3–23). American Psychological Association.
- Gelso, C. J. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243. doi:10.1177/0011000085132001
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.

- Gelso, C. J., & Samstag, L. W. (2008). A tripartite model of the therapeutic relationship. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 267–283). John Wiley & Sons, Inc.
- Gelso, C. J., & Silberberg, A. (2016). Strengthening the real relationship: What is a psychotherapist to do? *Practice Innovations, 1*(3), 154–163. <https://doi.org/10.1037/pri0000024>
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (Cap. 1, pp. 3-23). Routledge
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly, 34*(2), 155–181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>
- Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (Cap. 2, pp. 24–42). Routledge
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hillman, J. W., Lu, Y., Kivlighan, D. M., Jr., & Hill, C. E. (2022). The within-client alliance-outcome relationship: A response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000630>
- Kivlighan, D. M. Jr., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 362–371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>
- Kivlighan, D. M. Jr., Kline, K., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2017). Congruence and discrepancy between working alliance and real relationship: Variance decomposition and response

- surface analyses. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 394-409.
<https://doi.org/10.1037/cou0000216>
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J.-N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: *The shape of productive relationships*. *Psychotherapy Research*, 19(6), 699–706.
<https://doi.org/10.1080/10503300902956742>
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud*, 22(3), 267–283. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7>
- Lavik, K. O., Frøysa, H., Brattebø, K. F., McLeod, J., & Moltu, C. (2018). The first sessions of psychotherapy: A qualitative meta-analysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 348–366. <https://doi.org/10.1037/int0000101>
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3–11. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.39.1.3>
- Lohani, G., & Sharma, P. (2022). Effect of clinical supervision on self-awareness and self-efficacy of psychotherapists and counselors: A systematic review. *Psychological Services*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ser0000693>
- Luborsky, L. (1984). How to Use the Manual. In *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. (Cap. 4, pp. 42-60). Basic Books.
- McMahon, A. (2014). Four guiding principles for the supervisory relationship. *Reflective Practice*, 15(3), 333–346. <https://doi.org/10.1080/14623943.2014.900010>
- Messer, S. B., & Fishman, D. B. (2018). Mapping models of the therapeutic relationship: Implications for integrative practice. In O. Tishby & H. Wiseman (Eds.) *Developing the*

- therapeutic relationship: Integrating case studies, research, and practice.* (Cap. 11, pp. 317–340). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000093-014>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology, 46*(4), 437-447
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*(12), 953–962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Murr, S., Nicklas, L., & Harper, S. (2020). How does supervision aid cognitive behaviour therapy skill development? Perspectives of CBT trainees: A thematic analysis. *Cognitive Behaviour Therapist, 13*(45), 1-16. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000422>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019a). Evidence Based Psychotherapy Relationships: The Third Task Force. In *Psychotherapy relationships that work: Volume 1 evidence-based therapist contributions.* (Cap. 1, pp. 1-23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019b). What Work in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices. In *Psychotherapy relationships that work: Volume 1 evidence-based therapist contributions.* (Cap. 18, pp. 631-646). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). Introduction. In *Supervision essentials for integrative psychotherapy. Supervision essentials for integrative psychotherapy* (Cap. 1, pp. 3-26). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/15967-000>

- Ribeiro, E. (2019). Aliança terapêutica: Conceito, modelos e avaliação. In *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (2ª ed.). (Cap. 1, pp. 11-31). Psiquilibrios Edições
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95–103. doi:10.1037/h0045357
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 447–458. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 233–243. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80–87. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (Cap. 9, pp. 201-226). Humana Press.
- Simpson-Southward, C., Waller, G., & Hardy, G. E. (2017). How do we know what makes for “best practice” in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(6), 1228-1245. <https://doi.org/10.1002/cpp.2084>
- Snippe, E., Fleer, J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M. G., & Schroevers, M. J. (2015). The therapeutic alliance predicts outcomes of cognitive behavior therapy but not of mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(5), 314–315. <https://doi.org/10.1159/000379755>

- Stefana, A., Bulgari, V., Youngstrom, E. A., Dakanalis, A., Bordin, C., & Hopwood, C. J. (2020). Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: a systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(5), 697–713. <https://doi.org/10.1002/cpp.2455>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81–92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Vallance, K. (2004). Exploring counsellor perceptions of the impact of counselling supervision on clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 23(4), 559-575. <https://doi.org/10.1080/03069880412331303330>
- Van Wagoner, S. L., Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28(3), 411–421. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.411>
- Watkins, C. E., Jr. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235–256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Watkins, C. E., Jr. (2019). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 190-208. <https://doi.org/10.1002/capr.12287>
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54–65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>

- Worthen, V., & McNeill, B. W. (1996). A phenomenological investigation of "good" supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 25–34. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.25>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325. <http://dx.doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S., & David-Sela, T. B. (2022). Is Alliance Therapeutic in Itself? It Depends. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000627>
- Zilcha-Mano, S., & Fisher, H. (2022). Distinct roles of state-like and trait-like patient-therapist alliance in psychotherapy. *Nature Reviews Psychology*, 1, 194–210. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00029-z>

Anexos

Anexo A – Guião da entrevista

Relação terapêutica

1. Seria possível falar-me sobre a forma como trabalha em terapia?
 - a. Qual o seu modelo teórico de formação?
 - b. Há quanto tempo trabalha em psicoterapia? Em que contexto?
 - c. Qual a frequência e duração das suas consultas?
2. Como perceciona a relação terapêutica, à luz do seu modelo de formação?
 - a. (Se falou muito da relação) De que forma é que esta visão de que me falou é influenciada pelo seu modelo de formação?
 - b. (Se falou muito do modelo teórico) Para além do que me disse sobre o seu modelo de formação, como é que encara pessoalmente a relação terapêutica?
 - c. Pensando na sua prática clínica, o que considera facilitar a relação terapêutica? E o que considera que a pode dificultar?
3. Pedia que se lembrasse de um caso em que sentiu dificuldades na relação terapêutica. Pode descrever-me essas dificuldades? (Caso clínico 1)
 - a. O que considera que originou essa dificuldade?
 - b. Como experienciou essa situação?
 - c. As dificuldades foram superadas? Se sim, de que forma?
 - d. Considera que existem benefícios que se podem retirar de uma dificuldade vivida na relação terapêutica?

Supervisão clínica

4. Seria possível falar-me sobre a forma como decorre a sua supervisão clínica?
 - a. Há quanto tempo tem a sua supervisão clínica?
 - b. Qual a duração e frequência das sessões de supervisão?
 - c. Que questões são trabalhadas na sua supervisão?
 - d. Que actividades são usadas na sua supervisão?
5. De que forma é que a relação terapêutica é abordada na sua supervisão?

6. Pedia que se lembrasse de um caso que tenha levado à sua supervisão, por dificuldades na relação terapêutica. Pode descrever-me essas dificuldades?
(Caso clínico 2)
 - a. De que forma é que essas dificuldades foram elaboradas na supervisão?
 - b. Observou mudanças na relação terapêutica com esse paciente, depois da supervisão? Se sim, quais?

Influência da supervisão clínica

7. De uma forma geral, que mudanças observa na relação terapêutica com os seus pacientes, devido à supervisão?
 - a. (Se apenas tiver falado em mudanças positivas até aqui) Considera que a sua supervisão já teve um impacto negativo na relação terapêutica que estabeleceu com um paciente?
 - b. (Se apenas tiver falado em mudanças negativas até aqui) Conseguir-me um exemplo de um caso em que a sua supervisão tenha tido um impacto positivo na relação terapêutica que estabeleceu com um paciente?
8. De que forma é que o modo como se relaciona com o seu supervisor influencia a forma como se relaciona com os seus pacientes?

Muito obrigada! Isto era tudo o que tinha para lhe perguntar. Existe algo que gostasse de acrescentar, ou tem algum pensamento sobre um tema que eu não lhe tenha questionado?

Anexo B – Sistema de transcrição (adaptado)

Definir os nomes (Participante – P; Entrevistador – E), seguido de “:” cada vez que é introduzida uma fala.

Começar uma nova linha cada vez que a outra pessoa introduzir uma fala.

Começar cada palavra da primeira frase da pessoa com letra maiúscula.

Apenas usar abreviações se o interveniente o fizer.

Não corrigir a pronúncia errada ou a fala errada de palavras.

O nome de programas de televisão, livros, programas, revistas, etc. (i.e., tudo o que seja *media*) deve ser apresentado em itálico.

Mudar sempre os nomes dos participantes e outros nomes que os próprios indiquem. Considerar outras informações que possam indicar quem é o participante (ou outros que sejam relatados na entrevista) e alterar também essa informação. Por exemplo, em algumas situações em que era necessária perceber o tipo de informação que estava a ser omitida, optou-se por alterar, p.e., “Lisboa” por, p.e., “cidade grande”. Noutros casos em que a informação não era relevante, colocou-se apenas “((informação omitida))”.

“((risos))” e “((tosse))” sinaliza um dos intervenientes a rir ou a tossir durante a sua vez de falar. “((riso geral))” sinaliza o entrevistador e o participante a rir ao mesmo tempo e deve aparecer numa linha separada (para sinalizar que nenhum dos intervenientes é “dono” do riso)

“((em sobreposição))” antes do início da fala sobreposta. Usar “((inaudível))” para falas e sons que são completamente inaudíveis. Se existir algo que se ouve, mas não se tem a certeza se está correcto, usar parênteses simples para sinalizar o melhor palpite ou os palpites sobre o que foi dito, p.e., “(modos de vida)” ou “(modos de vida/esposa cansada)”.

“Hmm hmm” ou outros para sons fonéticos desse género.

“palavra-“ para sinalizar uma fala interrompida, i.e., o interveniente ia dizer algo mas acabou por cortar a palavra a meio.

Usar aspas quando o interveniente está a relatar o discurso de outra pessoa.

Anexo C – Definição dos temas, subtemas e códigos utilizados

QI 1: Como é que os psicoterapeutas pensam na relação terapêutica?		
<i>Temas</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>
Actores da relação (Origem e tipo de factores que dificultam ou facilitam a relação terapêutica)	Terapeuta (As dificuldades na relação terapêutica são atribuídas ao terapeuta)	Competência e intervenção do terapeuta (Remete para os conhecimentos teóricos e técnicos que o terapeuta possui, bem como para o conforto/ confiança na intervenção, capacidade de ir ao encontro das necessidades do paciente, ajuste de expectativas, atitude interventiva e estabelecimento de limites terapêuticos com o paciente)
		Julgamento do terapeuta (Atitude de julgamento, neutralidade ou aceitação dos conteúdos do paciente)
		Capacidade auto-crítica do terapeuta (Capacidade de reflectir sobre os próprios sentimentos, comportamentos, pensamentos e prática clínica. Engloba a capacidade de pensar sobre as consequências derivadas dos mesmos, seja para o paciente, o terapeuta ou a relação)
		Autenticidade e genuinidade do terapeuta (Atitude genuína, honesta e autêntica)
		Flexibilidade e abertura do terapeuta (Remete para a capacidade do terapeuta de aceitar uma perspectiva diferente da pessoal, seja no que respeita a: curiosidade/ interesse face aos conteúdos do paciente; aceitação/ tolerância face a perspectivas diferentes, dúvidas, ambivalência, erros. Remete ainda para a capacidade de adaptação ao paciente)
		Empatia do terapeuta (Capacidade de se colocar no lugar do outro, seja em termos cognitivos – i.e., de conseguir compreender a perspectiva do outro -, seja em termos emocionais – i.e., de conseguir sentir o que o outro sente. Remete também para a presença de uma postura empática, conseguindo demonstrar a empatia na relação, por exemplo, ao acolher e validar o paciente)
		Limites e sensibilidades pessoais do terapeuta

		(Dificuldades pessoais do terapeuta que podem ou não estar directamente relacionadas com o paciente, mas em que existe uma responsabilização interna da dificuldade. Podem impossibilitar a relação com o paciente)
		Disponibilidade emocional do terapeuta (Disponibilidade para estar emocionalmente presente na relação terapêutica, com a sua experiência subjectiva e a do paciente. Engloba a capacidade de atenção e de contenção)
		Experiência e expressão emocional do terapeuta (Remete para os sentimentos sentidos e expressos na relação terapêutica, que o psicoterapeuta associa a comportamentos, atitudes ou sentimentos do paciente, na relação que estabelece com este. Relaciona-se também com o nível de dificuldade de expressão dos sentimentos. Pode remeter para a afeição do terapeuta em relação ao paciente)
		Auto-regulação emocional do terapeuta (Capacidade de manter a experiência e expressão emocional – incluindo sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas – dentro de níveis considerados adequados para a situação)
	Paciente (As dificuldades na relação terapêutica são atribuídas ao paciente)	Capacidade auto-crítica do paciente (Capacidade de reflectir sobre a implicação pessoal nas diferentes situações dentro ou fora do contexto terapêutico)
		Autenticidade e genuinidade do paciente (Atitude genuína, honesta e autêntica, apresentando-se na relação terapêutica na sua individualidade)
		Flexibilidade e abertura do paciente (Atitude de maior curiosidade e também de maior aceitação e tolerância face à ambivalência, dúvida ou perspectivas diferentes)
		Limites e sensibilidades pessoais do paciente (Dificuldades pessoais do paciente que podem ou não estar directamente relacionadas com o terapeuta, mas em que existe uma responsabilização interna – em relação ao paciente – da dificuldade. Podem impossibilitar a relação com o terapeuta)
		Experiência e expressão emocional do paciente

		(Remete para os sentimentos sentidos e expressos na relação terapêutica. Relaciona-se também com o nível de dificuldade de expressão dos sentimentos)
		Auto-regulação emocional do paciente (Capacidade de manter a experiência e expressão emocional – incluindo sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas – dentro de níveis considerados adequados para a situação. Engloba a impulsividade e comportamentos de risco)
		Compromisso do paciente (Remete para a capacidade de se comprometer com o processo psicoterapêutico e com os termos acordados com o terapeuta, de um ponto de vista prático. Pode relacionar-se, por exemplo, com o cumprimento dos horários)
		Disponibilidade emocional do paciente (Remete para a entrega emocional do paciente na relação terapêutica, englobando a motivação para a mudança, a colaboração, a confiança no terapeuta, a tolerância ao sofrimento e a disponibilidade para pensar)
		Capacidade para pensar do paciente (Capacidade para pensar sobre os conteúdos – pensamentos, emoções e comportamentos - que surgem no decorrer do processo psicoterapêutico, sejam eles oriundos do psicoterapeuta ou do próprio paciente. Pode ser afectado pela competência linguística ou outros factores)
	Relação (As dificuldades na relação terapêutica são atribuídas à relação)	Encontro terapeuta-paciente (Grau de concordância entre terapeuta e paciente no que respeita a: objectivos psicoterapêuticos; visões, perspectivas e crenças pessoais; cultura; entre outros)
		Nível de progresso (Remete para percepção de evolução do processo psicoterapêutico, podendo ser de progressão, estagnação ou regressão)
	Externos (Factores externos que influenciam a relação terapêutica)	Factores externos à relação (Remete para outros factores que não estão directamente relacionados com a relação terapêutica – i.e., com o terapeuta e o paciente no contexto terapêutico – mas que têm influência na relação, de uma forma que não é especificada)

<p>Relação profissional e humana (Retrata uma perspectiva geral sobre a relação terapêutica, i.e., sobre a dinâmica estabelecida entre terapeuta e paciente, tendo em conta os vários processos que nela têm lugar, como é o caso da importância da relação, o papel do conhecimento, a subjectividade do terapeuta e do paciente, e outros processos)</p>	<p>Essencial como base (A relação terapêutica é definida como a base do processo terapêutico)</p>	<p>Processo não decorre sem relação (Perspectiva de que o processo terapêutico depende de uma boa relação estabelecida, sem a qual o processo não pode decorrer)</p>
		<p>Relação importante no início (Perspectiva de que a relação é importante no início do processo terapêutico)</p>
	<p>Relação de trabalho (A relação terapêutica é perspectivada de uma forma profissional, cognitiva)</p>	<p>Terapeuta tem conhecimento especializado (O terapeuta distingue-se do paciente por ter um conhecimento teórico e experiência – que pode utilizar para compreender o paciente e/ou para melhorar/ estabelecer a relação terapêutica)</p>
		<p>Visão da relação apoiada na teoria (A visão que o terapeuta tem sobre a relação terapêutica é apoiada em pressupostos teóricos/ investigação, sendo referido algum autor, evidência científica ou teoria directamente)</p>
		<p>Valor educativo das dificuldades (Remete para a aprendizagem que pode ou não decorrer das dificuldades na relação terapêutica – seja em caso de continuidade do processo ou dropout, e seja para o terapeuta como para o paciente)</p>
		<p>Resolução como responsabilidade do terapeuta (O terapeuta tem a função de resolver as dificuldades que surgem na relação terapêutica)</p>
		<p>Vínculo profissional (A relação terapêutica distingue-se das outras relações porque é orientada por um vínculo profissional entre terapeuta e paciente, com limites terapêuticos específicos)</p>
	<p>Relação de proximidade (A relação terapêutica é perspectivada de uma forma</p>	<p>Presença de subjectividade do terapeuta (Considera-se que a subjectividade do terapeuta participa na relação terapêutica e tem um papel importante)</p>
	<p>Teoria insuficiente para compreender (Apesar de o terapeuta saber teoria, esta não é suficiente para compreender o paciente ou para guiar a prática clínica)</p>	

	relacional, íntima, próxima)	<p>Compreensão co-construída (Entende-se que a compreensão do paciente é atingida por meio de uma colaboração entre terapeuta e paciente, participando os dois num registo simétrico de partilha de perspectivas)</p> <p>Paciente sabe mais sobre si (Primazia da perspectiva que o paciente tem sobre a sua experiência e vivência subjectivas, em relação à perspectiva co-construída ou apresentada pelo psicoterapeuta)</p>
Relação como ferramenta (Remete para a forma como o terapeuta utiliza a relação terapêutica no processo terapêutico)	Relação facilita a intervenção técnica	Relação facilita a intervenção (O terapeuta considera que a relação terapêutica serve a função de facilitar a implementação de técnicas. Não é uma técnica em si)
	Relação utilizada como técnica (A relação serve a função de técnica em si mesma. A mudança no paciente depende da relação estabelecida)	Consciencialização como mudança (O terapeuta considera que o paciente toma consciência dos seus padrões que coloca na relação terapêutica e, assim, muda o seu comportamento, sentimento ou pensamento)
		Terapeuta quebra padrões (O terapeuta quebra os padrões relacionais que o paciente transporta para a relação terapêutica e isso promove a mudança)
Função da experiência subjectiva do terapeuta (Função que a experiência subjectiva do terapeuta ocupa intervenção terapêutica)	Irrelevante	Experiência subjectiva é irrelevante (É evitada a vivência ou expressão da experiência subjectiva do terapeuta, por não ter uma função terapêutica)
	Facilitadora	Experiência subjectiva com papel facilitador (O terapeuta está atento à sua experiência subjectiva e à expressão da mesma na relação terapêutica, de modo a facilitar a relação)
	Técnica	Experiência subjectiva como técnica (A experiência subjectiva do terapeuta é utilizada como uma técnica em si, i.e., o terapeuta serve-se daquilo que está a pensar ou sentir para compreender o paciente)

QI 2: Como é que a relação terapêutica é elaborada na supervisão?		
<i>Temas</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>
Foco da supervisão (Elementos da relação terapêutica apresentados e analisados em supervisão)	Teoria e experiência	Foco na teoria e experiência (A supervisão foca-se na análise ou apresentação de teoria ou experiência do supervisor/colegas sobre um determinado tema)
	Relação	Foco na relação (A supervisão foca-se num determinado aspecto da relação terapeuta-paciente)
	Paciente	Foco na experiência subjectiva do paciente
		Foco na postura do paciente
	Terapeuta	Foco na intervenção do terapeuta (Foco na postura ou técnica do terapeuta)
Análise dos casos clínicos (Descreve os processos que ocorrem dentro de uma sessão de supervisão do terapeuta)	Domínio do conhecimento (Remete para a compreensão dos casos clínicos. Terapeuta e supervisor podem ter conhecimentos diferentes)	Supervisor tem mais conhecimento (O supervisor tem mais experiência e mais conhecimento teórico do que o terapeuta)
		Terapeuta conhece melhor o paciente (O terapeuta conhece melhor o paciente do que o supervisor, porque é quem está directamente na relação com ele. O supervisor tem a imagem que surge da descrição do terapeuta)
		Supervisor conhece bem o caso (O terapeuta considera que o supervisor conhece bem os seus casos clínicos)
	Postura do supervisor (Remete para a forma como o supervisor se coloca na relação com o terapeuta)	Evitar a autoridade (O supervisor deve procurar compreender o caso clínico em conjunto com o terapeuta, evitando a autoridade. Isso pode implicar concordar ou discordar com este em determinados pontos)
		Supervisor não deve julgar (Durante a supervisão, o supervisor não deve julgar o terapeuta)

	Aprendizagem (Remete para a forma como é feita a aprendizagem)	Adaptação ao estilo pessoal (O terapeuta retira conteúdos da supervisão, mas adapta-os ao seu estilo pessoal e ao paciente)
		Informação é seleccionada pelo terapeuta (O terapeuta faz diversas aprendizagens na supervisão e decide se lhe fazem sentido ou não, e se as aplica ou não)
		Aprender com casos relatados (O terapeuta aprender com a experiência relatada do supervisor e/ou colegas de supervisão)
		Terapeuta não concorda mas experimenta (O terapeuta não concorda com a visão do supervisor, mas experimenta aplicá-la no caso clínico)

QI 3: Como é que a supervisão clínica tem influência na relação terapêutica?		
<i>Tema</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>
Influência da supervisão (Descreve a influência que o psicoterapeuta pensa que a supervisão possui sobre a relação terapêutica)	Prevenção de dificuldades	Prevenção de dificuldades (Crença de que a supervisão permite a prevenção de mais dificuldades na relação terapêutica, seja num determinado caso clínico que tenha sido elaborado em supervisão, ou noutros casos do terapeuta)
	Ganho de conhecimento (O terapeuta ganha novos conhecimentos com a supervisão)	Aumento do autoconhecimento (O terapeuta aprende ou reflecte sobre si. Existe um sentimento intrínseco de responsabilização pelo que está a acontecer na relação)
		Novas perspectivas sobre o caso (O terapeuta adquire uma nova perspectiva sobre um caso clínico, por exemplo, no que respeita à experiência subjectiva deste ou à intervenção adequada)
		Diferenciação terapeuta-paciente (O terapeuta diferencia as suas experiências subjectivas e as do paciente; i.e., a supervisão permite que o terapeuta perceba se as dificuldades na relação provêm mais de uma sensibilidade pessoal sua que está a colocar na relação com o paciente)

		<p>Associação terapeuta-paciente (Na supervisão, o terapeuta compreende de que forma é que a sua experiência subjectiva está associada ao paciente e/ou lhe ajuda a compreendê-lo)</p>
		<p>Integração de teorias (O terapeuta aprende e integra teorias – por exemplo, técnicas, tipos de personalidade, entre outros – e pode depois associá-las aos casos clínicos)</p>
	<p>Supervisão como modelo (O terapeuta utiliza a supervisão como um modelo para a sua prática clínica)</p>	<p>Supervisor como modelo (A relação que o terapeuta estabelece com o supervisor serve de modelo para as relações terapêuticas do terapeuta, seja por existir uma integração das características pessoais do supervisor e/ou pela reprodução (na relação terapêutica) da dinâmica entre ambos)</p>
	<p>Apoio emocional (A supervisão auxilia o terapeuta do ponto de vista emocional)</p>	<p>Promoção da regulação emocional (A supervisão permite que o terapeuta se regule emocionalmente face a um determinado caso clínico)</p>
<p>Validação do terapeuta (A supervisão serve para o terapeuta perceber se a sua perspectiva face a um determinado caso clínico tem fundamento ou não, ou para validar pensamentos e sentimentos que o terapeuta tem)</p>		
<p>Aumento da segurança com a prática (A supervisão possibilita que o terapeuta aumente a sua segurança no exercício da sua prática clínica)</p>		

Anexo D – Número de participantes por tema, subtema e código

QI 1: Como é que os psicoterapeutas pensam na relação terapêutica?			
<i>Temas</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>	<i>Participantes</i>
Actores da relação (10)	Terapeuta (10)	Competência e intervenção do terapeuta (8)	1, 3, 5-10
		Julgamento do terapeuta (7)	1, 5-10
		Capacidade auto-crítica do terapeuta (9)	1, 3-10
		Autenticidade e genuinidade do terapeuta (9)	1-4, 6-10
		Flexibilidade e abertura do terapeuta (10)	1-10
		Empatia do terapeuta (10)	1-10
		Limites e sensibilidades pessoais do terapeuta (8)	1, 3, 5-10
		Disponibilidade emocional do terapeuta (9)	1, 3-10
		Experiência e expressão emocional do terapeuta (10)	1-10
		Auto-regulação emocional do terapeuta (4)	1, 4, 5, 6
	Paciente (10)	Capacidade auto-crítica do paciente (4)	1, 2, 6, 7
		Autenticidade e genuinidade do paciente (4)	1, 2, 5, 10
		Flexibilidade e abertura do paciente (4)	1, 6, 7, 10
		Limites e sensibilidades pessoais do paciente (1)	3
		Experiência e expressão emocional do paciente (9)	1-4, 6-10
		Auto-regulação emocional do paciente (4)	1, 4, 8, 9
		Compromisso do paciente (8)	1, 2, 4-7, 9, 10
		Disponibilidade emocional do paciente (9)	1-7, 9, 10
		Capacidade para pensar do paciente (2)	7, 9
	Relação (9)	Encontro terapeuta-paciente (9)	1, 3-10
Nível de progresso (5)		1, 6, 7, 9, 10	
Externos (2)	Factores externos à relação (2)	3, 10	
Essencial como base (6)	Processo não decorre sem relação (6)	1, 2, 5, 6, 8, 9	
	Relação importante no início (3)	1, 6, 9	

Relação profissional e humana (10)	Relação de trabalho (10)	Terapeuta tem conhecimento especializado (3)	1, 3, 5
		Visão da relação apoiada na teoria (7)	1-4, 6, 8, 9
		Valor educativo das dificuldades (7)	3-9
		Resolução como responsabilidade do terapeuta (4)	1, 2, 4, 7
		Vínculo profissional (3)	3, 8, 10
	Relação de proximidade (9)	Presença de subjectividade do terapeuta (4)	2-4, 8
		Teoria insuficiente para compreender (6)	1-3, 7, 8, 10
		Compreensão co-construída (7)	1, 3-5, 8-10
		Paciente sabe mais sobre si (4)	1, 4, 8, 10
Relação como ferramenta (9)	Relação facilita a intervenção técnica (3)	Relação facilita a intervenção (3)	1, 6, 9
	Relação utilizada como técnica (7)	Consciencialização como mudança (6)	2, 3, 5, 6, 8, 10
		Terapeuta quebra padrões (6)	2, 4-6, 8, 10
Função da experiência subjectiva do terapeuta (10)	Irrelevante	Experiência subjectiva é irrelevante (3)	1, 9, 10
	Facilitadora	Experiência subjectiva com papel facilitador (9)	1-6, 8-10
	Técnica	Experiência subjectiva como técnica (7)	2-8

QI 2: Como é que a relação terapêutica é elaborada na supervisão?			
<i>Temas</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>	<i>Participantes</i>
Foco da supervisão (10)	Teoria e experiência (8)	Foco na teoria e experiência (8)	1, 3-8, 10
	Relação (4)	Foco na relação (4)	1, 6, 9, 10
	Paciente (9)	Foco na experiência subjectiva do paciente (8)	1, 3-9
		Foco na postura do paciente (3)	2, 6, 7
	Terapeuta (10)	Foco na intervenção do terapeuta (10)	1-10

		Foco na experiência subjectiva do terapeuta (9)	1-5, 7-10
Análise dos casos clínicos (9)	Domínio do conhecimento (9)	Supervisor tem mais conhecimento (8)	1-5, 7, 8, 10
		Terapeuta conhece melhor o paciente (5)	1, 3-6
		Supervisor conhece bem o caso (2)	3, 4
	Postura do supervisor (4)	Evitar a autoridade (3)	4, 6, 7
		Supervisor não deve julgar (3)	4, 7, 10
	Aprendizagem (8)	Adaptação ao estilo pessoal (4)	1, 3, 4, 6
		Informação é seleccionada pelo terapeuta (6)	1, 3-6, 10
		Aprender com casos relatados (6)	1, 4-7, 10
		Terapeuta não concorda mas experimenta (2)	2, 5

QI 3: Como é que a supervisão clínica tem influência na relação terapêutica?			
<i>Tema</i>	<i>Subtemas</i>	<i>Códigos</i>	<i>Participantes</i>
Influência da supervisão (10)	Prevenção de dificuldades (6)	Prevenção de dificuldades (6)	1, 2, 4, 5, 7, 9
		Ganho de conhecimento (10)	Aumento do autoconhecimento (4)
	Novas perspectivas sobre o caso (9)		2-10
	Diferenciação terapeuta-paciente (6)		2, 4, 6-8, 10
	Associação terapeuta-paciente (6)		1, 2, 4, 5, 7, 8
	Integração de teorias (8)		1, 3-6, 8-10
	Supervisão como modelo (8)	Supervisor como modelo (8)	1, 3-7, 9, 10
	Apoio emocional (10)	Promoção da regulação emocional (7)	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10
		Validação do terapeuta (8)	2-5, 7-10
		Aumento da segurança com a prática (7)	2, 3, 5, 6, 8-10

Anexo E – Associações entre subtemas e códigos de todos os participantes

Relação profissional e humana

- Essencial como base: e “*Relação facilita a intervenção*” (1, 6, 9), pelo que o terapeuta deve “*Experiência subjectiva com papel facilitador*” (9)
- Relação de trabalho
 - Terapeuta tem conhecimento especializado: deve ter “*Competência e intervenção*” (1); mas “*Compreensão co-construída*” (3, 5)
 - Visão da relação apoiada na teoria
 - Valor educativo das dificuldades: para perceber “*Limites e sensibilidades pessoais do terapeuta*” (3), requer “*Capacidade auto-crítica do terapeuta*” (3, 4, 5, 7, 8), o que requer “*Flexibilidade e abertura do terapeuta*” (4, 6, 7); requer “*Competência e intervenção do terapeuta*” (9) // mas é mais fácil quando existe mais “*Capacidade auto-crítica do paciente*” (6, 7), o que pode permitir “*Consciencialização como mudança*” (6, 8)
 - Resolução como responsabilidade do terapeuta
 - Vínculo profissional: mas “*Flexibilidade e abertura do terapeuta*” (8)
- Relação de proximidade
 - Presença de subjectividade do terapeuta: possibilita usar a “*Experiência subjectiva como técnica*” (2); mas “*Vínculo profissional*” (3)
 - Teoria insuficiente para compreender
 - Compreensão co-construída
 - Paciente sabe mais sobre si

Relação como ferramenta

- Relação facilita a intervenção
- Relação utilizada como técnica

Função da experiência subjectiva do terapeuta

- Irrelevante: “Disponibilidade emocional do terapeuta” precisa que “Experiência subjectiva é irrelevante” (1, 9) porque “Vínculo profissional” (10)
- Facilitadora
- Técnica

Análise dos casos clínicos

- Domínio do conhecimento
 - Supervisor tem mais conhecimento: por isso “Aumento da segurança com a prática” (2, 3, 5); mas “Supervisor não deve julgar” e “Evitar a autoridade” (4), porque “Terapeuta conhece melhor o paciente” (4, 5) e deve permitir que “Informação é seleccionada pelo terapeuta” (4); pelo que “Aumento do autoconhecimento” e “Validação do terapeuta” (10) e “Novas perspectivas sobre o caso” (5)
 - Terapeuta conhece melhor o paciente
 - Supervisor conhece bem o caso: mas “Informação é seleccionada pelo terapeuta” porque “Terapeuta conhece melhor o paciente” (3, 4, 6), pelo que, “Evitar a autoridade” e “Supervisor não deve julgar” (4, 7); permite “Novas perspectivas sobre o caso” (4)
- Postura do supervisor
 - Evitar a autoridade: porque “Terapeuta conhece melhor o paciente” (6)
 - Superior não deve julgar
- Aprendizagem
 - Adaptação ao estilo pessoal: porque “Presença de subjectividade do terapeuta” (3)
 - Informação é seleccionada pelo terapeuta: e depois “Adaptação ao estilo pessoal” (1)
 - Aprender com casos relatados: dá “Novas perspectivas sobre o caso” (6); porque “Supervisor tem mais conhecimento” (7); permite “Diferenciação terapeuta-paciente” e “Novas perspectivas sobre o caso” // porque “Teoria insuficiente para compreender” (10)
 - Terapeuta não concorda mas experimenta

Influência da supervisão

- Prevenção de dificuldades
- Ganho de conhecimento
 - Aumento do autoconhecimento: para perceber os “*Limites e sensibilidades pessoais do terapeuta*” (1), porque “*Experiência subjectiva é irrelevante*” (10)
 - Novas perspectivas sobre o caso: e “*Terapeuta não concorda mas experimenta*” (2, 5); através de “*Experiência subjectiva como técnica*” (2, 5); possibilita “*Experiência subjectiva com papel facilitador*” (5) // Mas “*Adaptação ao estilo pessoal*” (4) e “*Informação é seleccionada pelo terapeuta*” (10)
 - Diferenciação terapeuta-paciente: através de “*Experiência subjectiva como técnica*” (7, 8) para que “*Experiência subjectiva com papel facilitador*” (8)
 - Associação terapeuta paciente: através de “*Experiência subjectiva como técnica*” (2, 4, 5, 8), para “*Experiência subjectiva com papel facilitador*” (5)
 - Integração de teorias: porque “*Teoria insuficiente para compreender*”, pelo que “*Aprender com casos relatados*” (1); porque “*Supervisor tem mais conhecimento*” (8)
- Supervisão como modelo: mas “*Adaptação ao estilo pessoa*” (3, 6); mas só em alguns casos, porque “*Informação é seleccionada pelo terapeuta*” (4, 6); porque “*Aprender com casos relatados*” (5); “*Supervisor não deve julgar*” (9, 10)
- Apoio emocional
 - Promoção da regulação emocional: para que “*Experiência subjectiva com papel facilitador*” (1, 2, 4, 8)
 - Validação do terapeuta
 - Aumento da segurança com a prática