



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**NO CONSULTÓRIO DE UMA PSICOTERAPEUTA
ALTAMENTE EFICAZ – UMA ANÁLISE DAS
PRIMEIRAS SESSÕES**

SÍLVIA BAPTISTA CAÇADOR

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação
de Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de
Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade de
Psicologia Clínica

RESUMO

Objetivo: Procuraram captar-se os aspetos qualitativos mais salientes na condução de primeiras sessões de psicoterapia por uma psicoterapeuta que obtém consistentemente bons resultados clínicos com clientes.

Método: Recorreu-se ao método qualitativo da *Grounded Theory* na sua abordagem construtivista (Charmaz, 2014) para analisar as primeiras 3 sessões de psicoterapia audiogravadas com dois clientes, num total de 6 sessões analisadas.

Resultados: A análise dos dados gerou 12 categorias que remetem a ações clínicas emergentes na atuação da psicoterapeuta. As categorias foram organizadas em 3 grandes domínios que sintetizam áreas fundamentais da sua intervenção: (1) Promoção do senso de agência do cliente e da natureza colaborativa do processo terapêutico; (2) Apoio à exploração de conteúdos significativos, equilibrando responsivamente entre seguir o cliente e introduzir novas dimensões; (3) Criação um clima relacional de segurança emocional para o cliente, assente na presença empática, autenticidade e aceitação incondicional.

Conclusões: Os resultados desta investigação permitem discutir princípios centrais da intervenção da psicoterapeuta estudada e conjecturar sobre como é que a sua atuação contribuiu para o sucesso das intervenções. Os resultados desta investigação reforçam o que a literatura sobre psicoterapeutas com maior eficiência tem vindo a sugerir.

Palavras-chave: *expertise*; psicoterapia; eficácia psicoterapêutica; análise *grounded*; primeiras sessões

ABSTRACT

Aim: We wanted to capture the most salient qualitative aspects in conducting first sessions of therapeutic interventions by a psychotherapist who consistently has good clinical outcomes with clients.

Method: Qualitative method of Grounded Theory in its constructivist approach (Charmaz, 2014) was used to analyze the first 3 audio-recorded psychotherapy sessions with two clients, in a total of 6 analyzed sessions.

Results: Analysis generated 12 categories of emerging clinical actions of the therapist's performance. The categories were organized into 3 major domains that summarize fundamental areas of her intervention: (1) Promoting client's sense of agency and the collaborative nature of the therapeutic process; (2) Support the exploration of meaningful contents, responsively balancing between following the client and introducing new dimensions; (3) Creating a relational climate of emotional security for the client based on empathic presence, authenticity and positive regard.

Conclusions: The results of this investigation allow us to discuss central principles of the intervention of the studied therapist and to conjecture about how her performance contributed to the success of the interventions. The results of this investigation reinforce the literature on highly effective psychotherapists.

Key-words: expertise; psychotherapy; psychotherapeutic efficacy; grounded analysis; first sessions

INTRODUÇÃO

A pessoa do psicoterapeuta tem influência sobre os resultados duma terapia. Este é um pressuposto que a investigação tem permitido evidenciar (Johns et al., 2019; Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015; Baldwin & Imel, 2013). Sabe-se que há terapeutas que consistentemente obtêm melhores resultados que os seus pares (Johns et al., 2019; Barkham et al., 2017; Wampold & Imel, 2015) o que parece ser independente do modelo teórico, experiência do terapeuta, tipo de intervenção ou grau de perturbação do cliente (Barkham et al., 2017; Goldberg et al., 2016b; Sousa, 2017; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015).

Nas últimas décadas, a investigação sobre eficácia psicoterapêutica tem-se interessado pelo estudo de terapeutas excecionalmente competentes (Miller et al., 2018). No entanto não existe um consenso na literatura sobre o que significa ser um expert em psicoterapia. Para alguns o *outcome* dos clientes constitui-se como o critério fundamental para avaliar a *expertise* do terapeuta (Goodyear et al., 2017; Tracey et al. 2014; Tracey et al., 2015). Outros defendem que a avaliação de *expertise* deve basear-se em múltiplos critérios, com destaque para qualidade geral da condução da psicoterapia do terapeuta (Hill et al., 2017a; Norcross & Karpiak, 2017; Reese, 2017; Rønnestad, 2016). Não existe consenso, mas o debate tem gerado reflexões importantes sobre esta temática.

O que é que se sabe sobre estes profissionais destacados e o seu desempenho? Consistentemente a investigação tem assinalado uma interação harmoniosa entre aspetos do funcionamento profissional e pessoal dos terapeutas de excelência, que se revela na forma como se posicionam eticamente face à profissão. (Skovholt et al., 2016; Norcross & Karpiak, 2017; Hill et al., 2017a; Nissen-Lie, 2018). São profissionais que se caracterizam por um desenvolvimento distinto a níveis cognitivo, emocional e relacional (Jennings & Skovholt, 1999; Hill et al., 2017a). Valorizam e investem no seu desenvolvimento e crescimento pessoal, têm uma cultura de aprendizagem ao longo da carreira, procuram ativamente *feedback* sobre o seu desempenho e têm tendência para, construtivamente, se colocar em causa (Jennings & Skovholt, 2016; Norcross & Karpiak, 2017; Hill et al., 2017a; Nissen-Lie, 2018; Skovholt et al., 2016; Nissen-Lie et al., 2015). Destacam-se pelas suas competências clínicas distintas, pela grande responsividade às necessidades do cliente, pela capacidade para lidar com o que é complexo e ambíguo e pela forte orientação relacional (Jennings & Skovholt, 2016). Sem surpresas, assinala-se a sua capacidade extraordinária para formar e manter alianças terapêuticas robustas e produtivas (Jennings & Skovholt, 2016): são capazes

de gerar ambientes relacionais de segurança e ao mesmo tempo de desafio (Sullivan et al., 2016) e assinala-se o seu desempenho notável na promoção de um clima de colaboração significativa com os clientes (Nissen-Lie, 2018).

Investigações conduzidas em ambiente naturalístico enfatizam ações clínicas concretas destes profissionais que parecem contribuir positivamente para os *outcomes* de sucesso. Realça-se o trabalho dirigido à gestão das expectativas do cliente, ao aumento do seu nível de motivação e esperança na possibilidade de mudança e à construção de um clima de colaboração assente na perceção do cliente como agente ativo (Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021). Salienta-se também a introdução de explicações compreensivas sobre os problemas do cliente e de rituais terapêuticos condicentes, enquadrados numa perspetiva de agencidade do cliente (Hansen et al., 2015; Laska & Federman, 2015; Pereira & Barkham, 2015).¹

Pertinência e objetivos do estudo

A pertinência desta investigação relaciona-se, por um lado, com o facto de haver pouca investigação empírica focada no estudo das ações clínicas concretas de terapeutas altamente eficazes, em particular nas fases iniciais de uma terapia (Oddli et al., 2014). Este estudo pretende contribuir para preencher essa lacuna e gerar contribuições empíricas relevantes. Salienta-se que a pertinência da análise de primeiras sessões decorre daquilo que a investigação tem vindo a sugerido: as primeiras sessões são um momento crucial do estabelecimento de condições terapêuticas importantes como a aliança terapêutica ou a introdução de expectativas sobre a mudança (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2017; Lavik et al., 2018).

A relevância da presente investigação advoga-se também nos seus aspetos metodológicos. Na literatura é frequentemente assinalado o interesse em desenvolver mais estudos em que a identificação do terapeuta *expert* se baseie no critério *outcome* (Jennings & Skovholt, 2016; Nissen-Lie, 2018; Tracey et al., 2015) e se faça observação naturalística do seu desempenho em sessão (Hansen et al., 2015; Hill, 2016) (por oposição ao uso do critério reputação na identificação do terapeuta e da recolha de dados por entrevista). Neste estudo foi possível integrar as duas questões metodológicas mencionadas. A seleção dos participantes obedeceu ao critério *outcome* e os dados foram obtidos por observação direta de sessões de psicoterapia audiogravadas.

¹ Para um enquadramento teórico mais completo, consultar versão alargada em anexo – Anexo A.

O objetivo deste estudo é **captar e teorizar sobre os aspetos qualitativos mais salientes na condução das primeiras sessões de psicoterapia por uma profissional altamente eficaz**. Este objetivo foi operacionalizado nas seguintes questões de investigação:

- Que ações ou processos terapêuticos são particularmente investidos pela psicoterapeuta nas sessões iniciais das intervenções?
- De que modo é que essas ações ou processos terapêuticos parecem contribuir para o sucesso das intervenções psicológicas?

MÉTODO

O objetivo desta investigação sugeria que se optasse por uma metodologia de design qualitativo. A investigação qualitativa é particularmente adequada quando se pretende explorar aprofundadamente um tema, obter um entendimento descritivo e contextual acerca dum fenómeno e/ou estabelecer padrões ou gerar explicações que contribuam para o enriquecimento do corpo teórico existente (Creswell & Poth, 2018; Sousa, 2014).

De entre os métodos qualitativos de investigação recorreu-se à abordagem construtivista do método *Grounded Theory* (Charmaz, 2014). A *Grounded Theory* tem como objetivo último gerar uma teoria ou explicação acerca dum processo que decorra diretamente dos dados emergentes (Creswell & Poth, 2018; Fernandes & Maia, 2001). Este propósito está alinhado com o desta investigação em que se pretende captar e teorizar sobre os processos terapêuticos promovidos em sessão por uma terapeuta altamente eficaz. A vertente construtivista da *Grounded Theory* adotada assenta nos pressupostos analíticos originais – que remetem ao uso de processos indutivos, comparativos e emergentes (Glaser & Strauss, 1967; Corbin & Strauss, 2015) – mas rejeita uma aplicação mecanicista do método e assume o papel ativo do investigador. Nesta abordagem entende-se que o desenvolvimento de uma teoria é em si um ato de construção dependente da triangulação do investigador com os dados e a teoria (Charmaz, 2014).

Participantes

Participaram neste estudo uma psicoterapeuta e dois clientes seus, conceptualizados como duas díades terapêuticas. A seleção dos participantes obedeceu ao princípio da amostragem intencional (*Purposeful sampling*). Este método é amplamente utilizado na investigação qualitativa e remete à seleção de casos de particular interesse ou relevância face aos objetivos do estudo (Patton, 2015).

A psicoterapeuta foi intencionalmente selecionada com base no critério *outcome*, isto é, por ser uma profissional que, no contexto de uma clínica universitária inglesa, obtém sistematicamente bons resultados terapêuticos com os seus clientes. A identificação da psicoterapeuta foi feita pelos serviços da clínica, com base na análise do sistema de monitorização de resultados terapêuticos utilizado (Pragmatic Tracker). A psicoterapeuta é do género feminino, tinha à data das intervenções um ano de experiência clínica e seguia uma

abordagem psicoterapêutica pluralística, que tem uma base integrativa e é influenciada por valores humanísticos e das abordagens centradas na pessoa (Cooper & McLeod, 2010).

Os dois clientes desta psicoterapeuta foram selecionados por se terem constituído como casos de sucesso. O sucesso terapêutico foi avaliado através de medidas de *outcome* clínico (PHQ-9 – medida de depressão e GAD-7 – medida de ansiedade). Ambos os clientes são do género masculino, estudantes universitários e chegaram inicialmente à psicoterapia por queixas de depressão. Foram designados por Pfd020 e Pfd022, têm 23 e 24 anos, e completaram 15 e 21 sessões de psicoterapia, respetivamente.

	<i>Pfd020</i>		<i>Pfd022</i>	
	PHQ-9	GAD-7	PHQ-9	GAD-7
Sessão de entrevista clínica	20 (<i>severe</i>)	9 (<i>mild</i>)	15 (<i>moderately severe</i>)	17 (<i>severe</i>)
Final da intervenção	6 (<i>mild</i>)	4 (<i>minimal</i>)	2 (<i>minimal</i>)	1 (<i>minimal</i>)

Quadro 1 - Resumo do *outcome* clínico dos clientes analisados

Procedimentos

Obtiveram-se audiograções das primeiras sessões de psicoterapia de cada díade terapêutica. As intervenções psicológicas audiogravadas tiveram lugar numa clínica universitária de uma universidade inglesa, decorreram num contexto naturalístico, não manualizado, as intervenções tinham um limite de 24 sessões protocoladas e já tinham sido finalizadas à data da presente investigação. As audiograções e os registos de monitorização clínica dos resultados dos clientes foram disponibilizadas ao abrigo de um acordo de cooperação entre duas universidades. Cumpriram-se todas as normas de proteção de dados e anonimato dos participantes. As sessões audiogravadas disponibilizadas faziam parte de uma amostra maior de participantes num projeto de investigação desenvolvido pela clínica onde os acompanhamentos psicológicos ocorreram.

As sessões selecionadas foram integralmente transcritas, incluindo dados não verbais relevantes (hesitações, risos, suspiros, silêncios, e.g.). Analisaram-se as primeiras três sessões com cada cliente (entrevista clínica + sessões 1 e 2), num total de seis sessões analisadas.

Análise dos dados

O objeto de análise foram as transcrições das primeiras três sessões de cada díade, com foco nas intervenções da terapeuta. A análise obedeceu aos princípios metodológicos da

variante construtivista da *Grounded Theory* (Charmaz, 2014). Começou-se por fazer uma leitura global das transcrições por díade para estabelecer um senso global do todo.

A análise iniciou-se pelo processo de codificação aberta (ou *initial coding*) (Charmaz, 2014) linha a linha das intervenções da psicoterapeuta ou de unidades de análise maiores, que podiam incluir até algumas sequências de intervenções consecutivas. O critério para estabelecer as unidades codificáveis foi o da identificação de unidades de sentido no discurso da psicoterapeuta. Recorreu-se ao *software Taguette* (ferramenta *open-source* de codificação e gestão de códigos). O objetivo fundamental da codificação aberta era captar as ações ou intenções terapêuticas da psicoterapeuta tal como emergiam dos dados e gerar códigos descritivos. O método de comparação constante é o processo que possibilita manter a análise o mais fiel possível aos dados. A comparação constante consiste num diálogo contínuo entre as construções do investigador (códigos) e o retorno aos dados. É o princípio fundamental da codificação aberta e de todas as fases duma análise *grounded* (Charmaz, 2014; Fernandes & Maia, 2001).

Metodologicamente os procedimentos de codificação aberta envolveram fazer questões e comparações constantes. “O que é que a terapeuta está a fazer? Qual parece ser a sua intenção? Esta sequência é diferente daquela? Em quê?” foram questões que permitiram focalizar a atenção no fenómeno em estudo e estabelecer um vai-e-vem constante entre os dados e os códigos formulados (ver codificação aberta das sessões analisadas nos anexos B, C, D, E, F e G). À medida que o trabalho de codificação aberta ia progredindo gerava-se um aumento da sensibilidade do codificador para a codificação das sequências seguintes. Ao mesmo tempo, dispunha-se de mais dados para fazer comparações entre casos (clientes) e dentro do mesmo caso, o que permitiu refinar, fundir e/ou fazer colapsar códigos. No final deste processo obtiveram-se 121 códigos de natureza descritiva (Anexo H). A sequência seguinte pretende exemplificar alguns dos códigos descritivos gerados.

T: Hum. And how did you construct that, what was that like for you, you're given things? [Incita cliente a aprofundar a sua experiência interna sobre tema ou evento relevante]

C: Hum, I think is like momentary... (...) well you deem happiness from it, it's worth it, so is similar to that, that you, if they're buying stuff for you, you get a little bit of pleasure from it then obviously that pleasure goes.

T: It doesn't, it's a transient pleasure, is it? [Clarifica tentativamente a experiência do cliente, tal como é percebida pelo terapeuta]

C: Hum.

T: But it makes sense, doesn't it? Because that's how people showed you that you show affection, how you give pleasure is to give things, that's what you've learned. [Valida a vivência do cliente]

O processo de codificação aberta envolveu procedimentos de treino e discussão intercodificadores, desenvolvidos em colaboração com um colega do seminário de dissertação. Realizou-se um treino do processo de codificação aberta e, numa segunda etapa, discutiu-se integralmente a codificação de uma das sessões deste estudo, recorrendo-se ao método da comparação constante.

O passo seguinte no processo de análise foi a codificação focada (*focused coding*). O objetivo da codificação focada era gerar categorias conceptuais abrangentes a partir da análise dos códigos descritivos gerados na fase anterior (Charmaz, 2014). Nesta fase do método fez-se uma análise global dos códigos resultantes do processo de codificação aberta, captando aqueles que se destacavam em termos de significância e/ou que apresentavam relações de similaridade e se associavam a um mesmo constructo teórico. Foi nesta etapa que a análise começou a ganhar alguma direção teórica, já que o processo dependia da interação da leitura teórica do investigador com os dados (Fernandes & Maia, 2001).

Metodologicamente o processo de codificação focada assentou, novamente, na alternância entre o questionamento e a comparação constantes. Algumas das questões que orientaram esta análise foram as seguintes: “Que categoria teórica é que este(s) código(s) pode(m) representar? Qual parece ser o construto teórico a que este(s) código(s) remete(m)? Este código parece estabelecer ligação com outra categoria? Qual?”. À medida que iam sendo estabelecidas relações de similaridade e ligações entre os códigos e os construtos teóricos, desenhavam-se os provisoriamente domínios e respetivas categorias. Durante o processo de codificação focada, discutiram-se alguns códigos e construtos teóricos emergentes com o professor orientador da dissertação. A título de exemplo, a categoria “*Incita o cliente a explorar a visão de si, do mundo e projetos futuros*” decorreu de códigos como:

Incita à exploração de visão sobre si mesmo (características, funcionamento, estilo de coping, defesas, e.g.) // Explora worldview ou crenças do cliente // Explora reações, características e crenças com base cenários hipotéticos // Explora a perceção do cliente sobre atitudes, ações ou circunstâncias de Outros significativos // Explora visão de futuro ou aspiracional do cliente.

Este processo de elaboração analítica caracterizou-se pela sua qualidade emergente. Foi sendo esculpida à medida que o próprio processo de codificação focada progredia, isto é, a relevância das categorias emergentes ia sendo confirmada ou infirmada pelas novas relações que a análise dos códigos iniciais sugeria. Esta análise foi finalizada pelo critério de saturação (Corbin & Strauss, 2015; Charmaz, 2014), ou seja, quando o método da comparação constante já não gerava novas ligações ou necessidade de refinamento das categorias estabelecidas. No final obtiveram-se 12 categorias que remetem a 3 grandes domínios (Quadro 2).

RESULTADOS

A análise das sessões de psicoterapia gerou 12 categorias organizadas em 3 grandes domínios (Quadro 2). As categorias remetem a ações ou intencionalidades terapêuticas que emergiram de forma saliente durante o processo de análise dos dados. Em cada domínio verifica-se uma relação estreita entre diferentes categorias já que se optou por formar categorias distintas sempre que se considerou pertinente dar visibilidade a intenções ou ações terapêuticas específicas.

Domínio 1 – Promoção do senso de agência do cliente e da natureza colaborativa do processo terapêutico

- 1.1 Incita o cliente a explorar a visão de si, do mundo e projetos futuros*
 - 1.2 Sinaliza e valoriza os recursos psicológicos do cliente*
 - 1.3 Coloca o cliente numa posição de “expert sobre si mesmo”*
 - 1.4 Procura assegurar que o foco da terapia é significativo para o cliente*
 - 1.5 Cria expectativas sobre o papel ativo do cliente no processo terapêutico*
 - 1.6 Procura estabelecer um clima colaborativo e de envolvimento mútuo*
-

Domínio 2 - Apoio à exploração de conteúdos significativos, equilibrando responsivamente entre seguir o cliente e introduzir novas dimensões

- 2.1 Incita o cliente a aprofundar a sua experiência interna*
 - 2.2 Capta pistas subtis do cliente e promove a focagem nesses assuntos*
 - 2.3 Clarifica tentativamente a experiência do cliente, estabelece ligações e fornece leituras*
-

Domínio 3 - Criação um clima relacional de segurança emocional para o cliente-assente na presença empática, autenticidade e aceitação incondicional

- 3.1 Manifesta discursivamente a sua forte presença terapêutica*
 - 3.2 Recorre ao seu self como instrumento terapêutico e comunica a sua experiência interna*
 - 3.3 Expressa empatia e aceitação pela experiência interna do cliente*
-

Quadro 2 – Resumo dos resultados (domínios e categorias)

Domínio 1 - Promoção do senso de agência do cliente e da natureza colaborativa do processo terapêutico

Um dos aspetos salientes na intervenção da terapeuta remetia à evocação do senso agêntico do cliente e da natureza colaborativa do processo terapêutico. Este domínio é composto por seis categorias.

1.1 Incita o cliente a explorar a visão de si, do mundo e projetos futuros

Através de questionamentos abertos e explorações dialógicas a terapeuta foi incitando ao aprofundando da reflexão do cliente sobre si mesmo, sua mundo-visão e dos seus projetos. Desta forma foi-se descobrindo a Pessoa, que inclui mas não se esgota nos seus problemas.

T: What do you think are your good qualities? // C: Hum, I think, going backwards, being critical. // T: Ok, so it's a useful quality.

C: (...) I will need to have money, I will need to do things, you know, with the current way things are going in the world it's going to be more and more difficult for me to do what I want to do for enjoyment or fun. // T: Do you think the world has changed, do you think that life is harder for young people now than it used to be?

A postura curiosa da terapeuta sobre o cliente pareceu constituir-se como uma base para contextualizar o pedido ou problemas do cliente, percebendo quem é aquela pessoa e o que procura. Por outro lado, é uma postura que insinua junto do cliente uma ideia de si enquanto empreendedor ativo da sua vida.

1.2 Sinaliza e valoriza os recursos psicológicos do cliente

O sentido de agência do cliente enquanto ser competente para enfrentar as suas circunstâncias de vida foi bastante sublinhado pela terapeuta, que consistentemente destacava e valorizava recursos psicológicos manifestados pelo cliente no contexto da sua narrativa.

T: Hum, hum. So again there was this... you had to work out for yourself [C: Hum] this wasn't, this wasn't kind of a productive thing for you to be doing. // C: Yeah. // T: Yeah. Hum. Hum. I, I, I find that, I feel really glad that you had that insight [C: Hum.] because it feels like it would have been really easy to stay in the room and not come out. Hum.

Paralelamente havia um incitamento a que essa reflexão fosse feita pelo próprio, conduzindo-o numa reflexão sobre as suas estratégias de coping e custos psicológicos decorrentes (*T: Can you understand why you did that?*). Não necessariamente essas estratégias eram sempre conceptualizadas como produtivas ou benéficas, mas contribuíam para reflexões e clarificações relevantes sobre o sistema de crenças implícito do cliente. Esta exploração, uma vez mais, permitia insinuar implicitamente a qualidade agêntica do cliente.

1.3 Coloca o cliente numa posição de “expert sobre si mesmo”

Esta posição ética sobre o cliente esteve transversalmente presente no discurso da terapeuta e foi comunicada de forma explícita e reiterada ao longo das sessões analisadas.

T: Ok, and what, what for you... because kind of my take on this is that you're the expert in you [C: Yeah.] so I wonder what you think was... was kind of important or pivotal for you about that relationship?

Esta posição foi também comunicada de formas implícitas ou subtis. Por exemplo quando a terapeuta se interessava pelos raciais do cliente sobre a origem dos seus

problemas ou quando acentuava a tentatividade das suas leituras e incitava o cliente a expressar se lhe faziam sentido.

T: So there was, ok, this, this, this is something that... I have a sense of but I wonder if this make sense to you.

A centralidade da voz do cliente foi uma marca presente desde a sessão de entrevista clínica, mesmo caracterizando-se essa por ser uma sessão tipicamente mais dirigida.

T: (...) What have I not asked? I feel like I've asked you a lot. Is there anything that you feel as important for me to know?

1.4 Procura assegurar que o foco da terapia é significativo para o cliente

No contexto das primeiras sessões esta intenção passou em grande medida pelo trabalho em torno dos objetivos terapêuticos. A terapeuta procurou captar objetivos terapêuticos emergentes na narrativa do cliente e incitar à co-elaboração dos mesmos, procurando clarificá-los no contexto de uma negociação de expectativas sobre mudança terapêutica.

T: Ok, so you can, perhaps what you would like to get to with those feelings is you've experienced them, they will be, I won't say scars, but sometimes scars of relationships are positive as well. Good relationships leave marks too. But you want to be able to take all the marks that relationships have left and process them, the negative as well, in a more positive way.

A formulação de objetivos foi apresentada como um processo dinâmico e, sobretudo, orientado para as necessidades do cliente. Se a terapeuta sentia que a sua contribuição se podia ter sobreposto à do cliente abordava a questão de forma direta.

T: Ok, so on that basis then, did you... and I am kind of conscious that I feel... do you feel... hum, how do I wanna word this...? Is there any sense in which you feel that I've imposed those goals onto you? I know they're things that I've picked out...

Globalmente nas sessões analisadas os objetivos definidos foram sistematicamente retomados e utilizados para avaliar a qualidade do foco das sessões.

1.5 Cria expectativas sobre o papel ativo do cliente no processo terapêutico

O envolvimento ativo do cliente nos processos da terapia foi explícita e implicitamente promovido pela terapeuta. Recorrentemente usava formulações discursivas que implicitamente comunicavam a visão da terapeuta sobre o papel ativo do cliente (*If you want to.../ Are you interested in.../ Do you think it would be useful for you.../ Is [this] something that*

helps you?). De modo mais manifesto, a terapeuta referia-se abertamente ao cliente como decisor sobre os assuntos relevantes a abordar em sessão.

T: I'd really like, I really like it to be your choice [C: Yeah.] rather than mine because what I deem to be [C: Important, yeah.] important, you might not (...)

Pontualmente a terapeuta fazia intervenções psicoeducativas sobre o modelo e/ou processos terapêuticos, colocando particular ênfase no papel do cliente. Esta dimensão pareceu ser particularmente utilizada nas situações em que o cliente revelava menor envolvimento nos processos.

T: (...) I'm asking you a lot of questions, probably more than I'd like to be asking. [C: Ok.] The reason I don't like to ask all those questions is that that's all driven by what I'd like to know, rather than what you want to talk about [C: Yeah.]

1.6 Procura estabelecer um clima colaborativo e de envolvimento mútuo

A co-formulação de objetivos terapêuticos e a auscultação/negociação de expectativas sobre os processos terapêuticos foram dimensões bastante exploradas em sessão e que pareceram contribuir positivamente para o estabelecimento de um clima colaborativo. Salienta-se a atenção e ação da terapeuta sobre expectativas de processo do cliente eventualmente desajustadas ou pouco respeitadoras da sua segurança emocional.

T: (...) I think what I like it's to look for some balance between taking steps in a direction, and actually going 'well, that's what I'm gonna do now' because it feels a bit brutal [C: Yeah.] and I'm not sure either of us should do that to you.

Adicionalmente, outros processos parecem ter contribuído para gerar um senso de simetria relacional potenciador do envolvimento mútuo no processo terapêutico. Aponta-se o modo partilhado e transparente como a terapeuta conduzia globalmente as sessões. Salienta-se o recurso frequente à metacomunicação sobre as suas intenções terapêuticas e dificuldades sentidas no decorrer do aqui e agora do encontro terapêutico, ou a forma aberta como partilhava questões relativas ao uso dos instrumentos de monitorização terapêutica, disponibilizando o acesso aos registos. A construção deste senso de simetria relacional passou também pela qualidade tentativa do discurso da terapeuta. Sistemáticamente recorria a formulações discursivas cautelosas e tentadas (*It feels as.../ Sounds if it becomes.../ To me, perhaps, it feels...*) que pareciam retirá-la da posição de *expert* e incitavam o cliente a envolver-se naquele processo conjunto.

Domínio 2 - Apoio à exploração de conteúdos significativos, equilibrando responsabilmente entre seguir o cliente e introduzir novas dimensões

As três categorias que compõem este domínio remetem a códigos descritivos destacados em termos de frequência.

2.1 Incita o cliente a aprofundar a sua experiência interna

A terapeuta ia acompanhando o cliente de forma muito próxima e responsiva, fazendo intervenções na sequência direta da sua narrativa e dirigidas ao estabelecimento de foco em episódios concretos e na experiência interna do cliente. Verificou-se consistentemente a intenção de levar o cliente a elaborar sobre as suas emoções e vivências, abandonando abordagens abstratas ou racionalizadas. Frequentemente a terapeuta recorria a formulações abertas que incitavam o cliente a elaborar sobre a sua experiência interna.

T: Ok. Ok. And I'm wondering, I'm wondering what is like for a 7 year old to hear that their mom is leaving...

Quando parecia haver maior resistência ou dificuldade do cliente em aprofundar a sua experiência interna a terapeuta procurava formas porventura mais guiadas, como a do trecho seguinte, que pareciam ser desbloqueadoras para o cliente.

T: And what, can you, if you had to, if you have to pick a label to label the first feeling that came out when you wake up and feel like that... // C: I would say more fear. // T: Ok. Uau... Ok. And is the fear about a person, about... Wh-What's the fear about?

2.2 Capta pistas subtis do cliente e promove a focagem nesses assuntos

A terapeuta demonstrou globalmente uma grande sensibilidade a pequenas pistas verbais e não verbais do cliente que poderiam indicar assuntos potencialmente relevantes. Estas referências, por vezes bastante subtis, eram captadas e responsabilmente assinaladas pela terapeuta.

T: Ok, but you're smiling when you speak of him, you look quite, you feel quite fond of him...

Este tipo de intervenções pareciam servir como estímulo para que o cliente conseguisse abordar assuntos que, nalguns casos, vinham a revelar-se bastante significativos.

2.3 Clarifica tentativamente a experiência do cliente, estabelece ligações e fornece leituras

Frequentemente a terapeuta elencava aspetos salientes da história de vida do cliente e fazia clarificações tentativas dirigidas a conflitos, ambivalências, padrões relacionais ou

estilos de coping presentes na sua narrativa. Estas intervenções pareciam ter uma função estruturante e organizadora para o cliente, possivelmente tornando os aspetos problemáticos da sua experiência mais inteligíveis.

Noutros momentos introduzia leituras, dimensões novas ou ligações sobre aspetos presentes na narrativa do cliente. Estas ações clínicas pareciam estabelecer um ponto de partida que possibilitava a reavaliação e/ou co-construção de visões alternativas. Salienta-se que as leituras introduzidas eram sempre bastante complementares e próximas da narrativa do cliente. Nalguns casos era cuidadosamente introduzido algum grau de desafio face à visão do cliente.

T: The way sometimes that you talk about lessons you've learned, I don't know if it's the way you described, it sounded like quite punishing to yourself, like 'I'll have to learn that lesson, I'll have to learn that lesson'. I think what I'm not hearing, doesn't mean is not there, but I'm not hearing it, is any compassion for that boy, for that young man, for the man who had those feelings. It's just 'you have to learn and that's that' (...)

A terapeuta mostrava-se sempre muito atenta e responsiva à reação do cliente aos seus *inputs*, procurando auscultar se as suas leituras eram aceites ou rejeitadas por este.

Domínio 3 - Criação um clima relacional de segurança emocional para o cliente assente na presença empática, autenticidade e aceitação incondicional

Este domínio é composto por três categorias que procuram captar ações terapêuticas relacionadas com o estabelecimento de um clima terapêutico de segurança emocional para o cliente.

3.1 Manifesta discursivamente a sua forte presença terapêutica

Uma das características salientes no estar em sessão da terapeuta foi o modo como comunicava a sua presença em sessão. O discurso do cliente era permeado por interlocuções curtas (*Hum, hum; Yeah; No*), diferenciadamente expressivas, que pareciam introduzir um forte senso de presença e de sintonia com o cliente. Através destes mecanismos discursivos mostrava que estava a acompanhar e a validar o cliente, incitando-o a continuar.

C: Because you know my nan says to me, you can go, you shouldn't waste your youth on me (...) but I wouldn't be happy if I went and the worst happened [T: No.] because, you know, what's one year of my life, if it's to be with her (...)

Outro mecanismo discursivo recorrentemente utilizado e que parecia cumprir a mesma função foi o frequente espelhamento *ipsis verbis* de palavras do cliente.

C: I haven't much memory of that cos my dad... It would have always been my dad.// T: Always been your dad, hum, hum.// C: Because my mom (...)

3.2 Recorre ao seu self como instrumento terapêutico e comunica a sua experiência interna

T: Ok. Hum. [pause] Hum. It actually affected me.// C: Yeah?// T: Yeah. I, I, I'm, I... Yeah. I'm just trying to process what that's like, but you seem...

Como se pretende ilustrar com o trecho acima, a presença distintiva da terapeuta em sessão parecia envolver uma atenção consciente sobre a sua própria experiência interna. Essa atenção aos seus processos internos parecia ser utilizada pela terapeuta como forma de interpretar a vivência do Outro. O modo como a história do cliente ecoava em si, sob a forma de emoções, imagens ou intuições pareciam ser espontaneamente utilizadas como guia do seu processo empático.

Em sessão, esta qualidade presente e autêntica do estar da terapeuta manifestou-se em múltiplas autorrevelações acerca da sua experiência sobre o cliente e a sua história e em processos de metacomunicação sobre o aqui e agora da relação terapêutica.

T: I'm even really experiencing it in the way we're interacting today, not that you weren't chilly to me, but I feel as if...

3.3 Expressa empatia e aceitação pela experiência interna do cliente

A expressão de empatia pela vivência e dificuldades do cliente foi um processo central na atuação da terapeuta. Através de reflexões e conjeturas empáticas ia demonstrando compreensão pelo cliente e o seu mundo. A qualidade da sua capacidade empática era espelhada quando o cliente corroborava as clarificações tentativas da terapeuta e nos momentos de elevada sintonia entre os dois, em que completavam as frases um do outro.

A expressão de empatia entrelaçava-se com processos de validação. Numa postura de aceitação incondicional a terapeuta validava a experiência do cliente, reportando-se à plausibilidade dos seus sentimentos e reações no contexto das suas circunstâncias de vida.

T: (...) But it kinda makes sense. When you think about it in terms of how vulnerable showing emotions has made you or might have made you [C: Yeah, yeah] feels like you became very fearful of it...

Estas ações terapêuticas parecem ter permitido criar um ambiente de segurança emocional, em que o cliente parecia sentir-se acolhido, compreendido e aceite, o que facilitava o aprofundamento em sessão sobre aspetos problemáticos ou assuntos difíceis.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo era captar e teorizar sobre os aspectos qualitativos mais salientes na condução de primeiras sessões de psicoterapia por uma profissional altamente eficaz. Pretendia-se identificar ações ou processos terapêuticos particularmente investidos nas primeiras sessões e hipotetizar sobre como é que essas ações ou processos terapêuticos contribuíram para o sucesso das intervenções psicológicas. As ações clínicas mais salientes nas intervenções da terapeuta resultaram na formulação de três grandes domínios. Cada domínio espelha dimensões do trabalho clínico que remetem a construtos teóricos ao mesmo tempo próprios e interrelacionáveis.

O primeiro relaciona-se com a **promoção do senso de agência do cliente e da natureza colaborativa do processo terapêutico**. No contexto das primeiras sessões analisadas a terapeuta investiu marcadamente em ações clínicas direcionadas à introdução de expectativas sobre o papel ativo do cliente no processo terapêutico e ao estabelecimento de um clima colaborativo. Em psicoterapia o cliente agêntico é conceptualizado como um influenciador intencional do seu processo de mudança, que se envolve proativamente dentro e entre sessões (Huber et al., 2018; Huber et al., 2021). A terapeuta estudada parece ter contextualizado o papel ativo do cliente na terapia num âmbito mais abrangente relacionado com o sentido de agência da Pessoa perante a vida. Esta conceção é tradicionalmente associada à linha humanística (Coleman & Neimeyer, 2015). As abordagens do modelo contextual (Wampold & Imel, 2015) e dos fatores comuns (Rosenzweig, 1936; Laska et al., 2014) encerram igualmente uma visão do cliente enquanto ser autodeterminado e agêntico e a terapia enquanto processo partilhado e co-construído (Huber et al., 2021).

Mas o que é que se pode conjecturar sobre como é que a promoção da agência do cliente se torna terapêutica? Assumindo a perspetiva da função remoralizadora da psicoterapia (Frank, 1974) esta relação de ajuda constitui-se como um meio de devolução à pessoa da sua capacidade para lidar com adversidades, encontrar (novas) respostas e restaurar o seu senso de *mastering* (Frank, 1974; Coleman & Neimeyer, 2015; Mackrill, 2009). Poder-se-á conjecturar que a experiência do cliente de se vivenciar enquanto agente do seu próprio processo terapêutico promove um aumento de esperança na possibilidade de mudança, lança o processo da sua remoralização e facilita a ativação global dos seus recursos psicológicos (Huber et al., 2021). Por outro lado, a promoção da agência do cliente pode contribuir de forma terapêutica de modo indireto através da aliança terapêutica (Huber et al., 2021). Ao

conceptualizar-se como ativo e ao envolver-se numa relação terapêutica eminentemente colaborativa poder-se-á hipotetizar um incremento na qualidade da aliança – um dos mais importantes preditores de *outcome* (Tryon et al., 2018).

O segundo domínio relaciona-se com a intenção da terapeuta de **apoiar a exploração de conteúdos significativos, equilibrando responsivamente entre seguir o cliente e introduzir novas dimensões**. Esta formulação encerra duas ideias. Por um lado, a função do terapeuta (e da terapia) de conduzir gentilmente o cliente na exploração de conteúdos significativos, eventualmente problemáticos e emocionalmente carregados. Por outro, assinala a questão da responsividade do terapeuta na condução do processo.

Sobre a primeira, alguma investigação baseada na análise de eventos significativos sugere que falar sobre emoções e experiências atuais e passadas, ser honesto sobre elas, revelá-las por vezes pela primeira vez ou contactar com elas de forma experiencial em terapia são atividades consideradas úteis pelos clientes. Complementarmente as atividades dos terapeutas consideradas mais úteis pelos clientes são o questionamento e o incitamento ao aprofundamento acerca de comportamentos e emoções (Watson, 2012). Também é valorizada alguma diretividade e desafio por parte do terapeuta, com introdução de tópicos relevantes, perguntas desafiantes, perspetivas alternativas, clarificações e fornecimento de *feedback* sobre padrões de funcionamento interpessoal do cliente (Antoniou, 2017). Investigações baseadas na análise de sessões parece igualmente encontrar a tendência entre terapeutas que conduziram processos terapêuticos de sucesso para habilmente ajudarem o cliente focar-se em episódios concretos e emocionalmente carregados no aqui e agora da sessão (Von der Lippe et al., 2017).

Relativamente ao segundo aspeto, relacionado com a forma como o terapeuta vai equilibrando entre seguir e apoiar a narrativa do cliente e introduzir novas dimensões parece útil recorrer ao conceito de *responsividade apropriada* (Hatcher, 2015). Este conceito remete à qualidade das capacidades interpessoais do terapeuta que lhe permitem responder de forma adequada às especificidades do cliente e da interação (Hatcher, 2015). Muitas vezes, como no caso da terapeuta estudada, essa responsividade caracteriza-se por saber *o que fazer e quando* de tal modo que se faz avançar frutuosamente o trabalho terapêutico. Trata-se de um delicado equilíbrio entre liderar e seguir, como é muitas vezes enunciado pelas abordagens focadas nas emoções (Watson, 2018). O terapeuta toma decisões momento a momento sobre o tipo de intervenções que podem ser mais benéficas (questionar o cliente para aprofundar tema,

fornecer clarificações e leituras, respeitar defesas ou resistências, e.g.) informadas pela receptividade do cliente ou características suas captadas pelo terapeuta (Li, 2020; Hatcher, 2015). Conjetura-se que a qualidade da capacidade responsiva do terapeuta seja um dos aspetos que mais contribui para explicar a variabilidade de eficácia dos terapeutas (Stiles & Horvath, 2017).

E como é que a exploração de conteúdos significativos apoiada por uma terapeuta responsiva se torna terapêutica? Poder-se-á conjecturar que tais processos terapêuticos permitem que progressivamente o cliente vá ganhando uma maior consciência de si e dos seus processos psicológicos (*awareness*). O conceito de *awareness* aqui adotado relaciona-se com qualquer conhecimento ou compreensão sobre si ou sobre o seu mundo interpessoal que seja relevante para a vida do cliente (Gorlin & Békés, 2021). Em ligação com o tema da agencidade abordado acima, salienta-se que o incremento da *awareness* do cliente enquanto processo terapêutico é visto como um processo profundamente agêntico (Gorlin & Békés, 2021). Realça-se que sob a designação de *awareness*, *insight* ou processamento emocional os vários modelos psicoterapêuticos enfatizam este processo como uma das funções fundamentais da terapia e um mecanismo de mudança por excelência (Gorlin & Békés, 2021).

O terceiro e último domínio remete à **criação de um clima relacional de segurança emocional para o cliente assente na presença empática, autenticidade e aceitação incondicional**. Este domínio encerra uma visão profundamente rogeriana sobre as condições necessárias em psicoterapia historicamente enunciadas (Rogers, 1957). No âmbito desta discussão, o conceito de *presença terapêutica* (Geller & Greenberg, 2002) parece ser particularmente integrador dos aspetos distintivos da postura em sessão da terapeuta que se analisou. O conceito de presença em psicoterapia remete ao processo de imersão do terapeuta no momento presente do encontro terapêutico, ao estar *com* e *pelo* cliente de forma incondicional e à manutenção de uma atenção dual ao cliente e à sua própria experiência interna (Geller & Greenberg, 2002; Geller, 2017). Nalgumas perspetivas teóricas é entendido como um conceito supraordenado que permite conceptualizar como é que as qualidades intra e interpessoais do terapeuta se conjugam no trabalho em sessão (Bernhardt, 2021). Assinala-se que a presença terapêutica é muitas vezes demonstrada de forma não verbal, através da postura, gestos, qualidade da prosódia e ritmo discursivo do terapeuta (Geller & Porges, 2014) – alguns destes aspetos foram bastante salientes na atuação da terapeuta analisada. Na literatura assinala-se que estar presente é condição primeira para ser responsivo, empático,

criar uma aliança forte e promover o envolvimento do cliente em terapia (Geller, 2019; Hayes & Vinca, 2017).

Sobre esta qualidade de presença empática do terapeuta realça-se ainda o conceito de *embodied empathy* (Bernhardt, 2021). Trata-se de uma forma de atenção do terapeuta à sua própria experiência interna e às suas sensações corporais que lhe possibilitam compreender profundamente o cliente. Por outras palavras, é o uso do self como instrumento terapêutico. Não se trata apenas de auscultar a sua experiência interna mas de comunicá-la. Este processo de revelação e metacomunicação sobre a sua experiência – bastante saliente na atuação da terapeuta estudada – permite ao terapeuta estar num estado de autenticidade e congruência, na aceção rogeriana dos conceitos (Geller & Greenberg, 2002). Alguma investigação tem enfatizado a relação entre a metacomunicação e a colaboração do cliente (Li et al., 2016). A qualidade da presença do terapeuta parece ressoar no cliente de tal forma que este se torna também ele mais presente, menos defensivo e mais conectado (*resonance circuit*) (Macdonald & Muran, 2020). Nesta perspetiva considera-se a presença empática do terapeuta como uma condição possibilitadora da construção e manutenção de alianças robustas (Geller, 2017; Hayes & Vinca, 2017).

O que é que se pode hipotetizar sobre a forma como a presença do terapeuta em sessão, manifestada na sua capacidade empática, autenticidade e aceitação incondicional, se torna terapêutica? Parece razoável pensar que essa função terapêutica esteja relacionada com a criação de um ambiente de segurança emocional para o cliente. Por um lado, um ambiente de segurança emocional pode ser terapêutico *per se* porque o senso de conexão positiva com o Outro é central ao bem-estar e à saúde mental do ser Humano (Geller, 2017). Por outro lado, pode tornar-se terapêutica através da aliança. A sensação de segurança emocional do cliente parece ter um impacto positivo na qualidade da aliança através do seu envolvimento colaborativo na relação e no processo terapêutico (Geller, 2017). E a aliança é um conhecido e robusto preditor de *outcomes* (Tryon et al., 2018). Em suma, equaciona-se a qualidade da presença terapêutica como uma condição incontronável de eficácia terapêutica (Geller, 2017).

CONCLUSÕES

Esta investigação permitiu salientar aspetos qualitativos do desempenho em sessão da terapeuta estudada que parecem remeter a processos facilitadores do sucesso terapêutico das intervenções. Destacam-se: (1) a promoção do senso de agencidade global do cliente e da sua participação ativa no processo terapêutico; (2) a postura de seguir responsivamente a

exploração que o cliente faz de conteúdos significativos, contrabalançando com a introdução de novas perspectivas; e (3) a qualidade presente, empática e autêntica da terapeuta em sessão. Estas três dimensões parecem ter-se conjugado de forma harmoniosa e produtiva, facilitando o sucesso das intervenções terapêuticas analisadas.

Os resultados desta investigação permitem reforçar o que a literatura sobre psicoterapeutas altamente eficazes tem vindo a sublinhar: as distinguidas competências clínicas destes profissionais, uma capacidade responsiva notável e a sua forte orientação relacional (Jennings & Skovholt, 2016). Estas qualidades parecem permitir-lhes gerar ambientes relacionais ao mesmo tempo de segurança e desafio (Sullivan et al., 2016) e construir relações de colaboração eficazes (Nissen-Lie, 2018), alicerçadas na promoção da agencidade da Pessoa do cliente (Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021).

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a construção da amostra. Teria havido interesse em analisar mais primeiras sessões desta psicoterapeuta com outros clientes e/ou analisar primeiras sessões de outros psicoterapeutas com bons resultados clínicos. Do ponto de vista da validade interna dos resultados deste estudo, seria também relevante que a construção final da amostra obedecesse ao critério da saturação teórica (Corbin & Strauss, 2015; Charmaz, 2014), isto é, a amostra final considerava-se completa quando a análise de novas sessões não gerasse novas categorias relevantes.

Em termos futuros poderá haver interesse em continuar a desenvolver estudos que envolvam não apenas a análise de primeiras sessões, mas de processos terapêuticos completos e, eventualmente, que estudem o término de intervenções psicológicas por terapeutas altamente eficazes. Esta última recomendação decorre da premissa que a finalização de um processo terapêutico é considerada uma etapa determinante num processo terapêutico eficaz (Sperry & Carlson, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antoniou, P., Cooper, M., Tempier, A., & Holliday, C. (2017). *Helpful aspects of pluralistic therapy for depression. Counselling and Psychotherapy Research, 17*(2), 137–147. DOI:10.1002/capr.12116
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods In Lambert, M. J. (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p.258-297). John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p.13–36). American Psychological Association.
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A., & Råbu, M. (2021) The embodied listener: a dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process, *Psychotherapy Research, 31*(5), 682-694. DOI:10.1080/10503307.2020.1808728
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. Sage
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2015). Assessment of subjective client agency in psychotherapy: a review. *J. Construct. Psychol.* 28, 1–23. DOI:10.1080/10720537.2014.939791
- Cooper, M., & McLeod, J. (2010). *Pluralistic Counselling and Psychotherapy*. Sage
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design - Choosing Among Five Approaches*. Sage.

- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Universidade do Minho. Centro de estudos em Educação e Psicologia, 49-77.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The Restoration of Morale. *Am J Psychiatry*, 131(3), 271-274. DOI:10.1176/ajp.131.3.271
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 71–86. DOI:10.1080/14779757.2002.9688279
- Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association. DOI: 10.1037/0000025-000
- Geller, S. M. (2019). Therapeutic Presence: The Foundation for Effective Emotion-Focused Therapy In Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (Eds) *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (p.129–145). American Psychological Association. DOI:10.1037/0000112-006
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 178–192. DOI:10.1037/a0037511
- Glaser, B., & Strauss, A (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. DOI:10.1037/cou0000131
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy Expertise Should Mean Superior Outcomes and Demonstrable Improvement Over Time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. DOI:10.1177/0011000016652691

- Gorlin, E. I., & Békés, V. (2021). Agency via Awareness: A Unifying Meta-Process in Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 12(698655), 1-15. DOI:10.3389/fpsyg.2021.698655
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015). Sudden Gains and Sudden Losses in the Clients of a "Supershrink": 10 Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 154-201. DOI:10.14713/pcsp.v11i3.1915
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal Competencies: Responsiveness, Technique, and Training in Psychotherapy. *American Psychologist in press*, 8, 1-34. DOI:10.1037/a0039803
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects* (p.85–99). American Psychological Association.
- Hill, C. E., Anderson, T., Kline, K., McClintock, A., Cranston, S., McCarrick, S., Petrarca, A., Himawan, L., Pérez-Rojas, A. E., Bhatia, A., Gupta, S., & Gregor, M. (2016). Helping Skills Training for Undergraduate Students: Who Should We Select and Train?. *The Counseling Psychologist*, 44(1), 55-77. DOI:10.1177/0011000015613142
- Hill, C. E., Spiegel S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017a). Therapist Expertise in Psychotherapy Revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. DOI:10.1177/0011000016641192
- Huber, J., Jennissen, S., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Ulrike Dinger, U. (2021). Agency and Alliance as Change Factors in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(3), 214–226. DOI:10.1037/ccp0000628
- Huber, J., Nikendei, C., Ehrental, J. C., Schauenburg, H., Mander, J., & Dinger, U. (2018). Therapeutic Agency Inventory: Development and psychometric validation of a patient self-report. *Psychotherapy Research*, 29(7), 919–934. DOI:10.1080/10503307.2018.1447707
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3–11. DOI:10.1037/0022-0167.46.1.3

- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (2016). *Expertise in counseling & psychotherapy – master therapists studies from around the world*. Oxford University Press.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. DOI:10.1016/j.cpr.2018.08.004
- Laska, K. M., & Federman, E. J. (2015). Rapid Recovery with an Effective Therapist: a Comment on Hansen, Lambert, and Vlass. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(2), 202-215. DOI:10.14713/pcsp.v11i3.1916
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. DOI:10.1037/a0034332
- Lavik, K., Frøysa, H., Brattebø, K., McLeod, J. & Moltu, C. (2018) The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 28 (3), 348–366. DOI:10.1037/int0000101
- Li, X., Jauquet, C. A., & Kivlighan, D. M., Jr. (2016). When is therapist metacommunication followed by more client collaboration? The moderation effects of timing and contexts. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 693–703. DOI:10.1037/cou0000162
- Li, X., Kivlighan, D. M., & Hill, C. E. (2020). Follow You or Follow Me? Examining Therapist Responsiveness to Client and Responsiveness to Self, Using Differential Equations Model and Multilevel Data Disaggregation From an Interpersonal Theory Framework. *Journal of Counseling Psychology*, 67(5), 608–621. DOI:10.1037/cou0000406
- Macdonald, J., & Muran, C. J. (2020). The Reactive Therapist: The Problem of Interpersonal Reactivity in Psychological Therapy and the Potential for a Mindfulness-Based Program Focused on “Mindfulness-in-Relationship” Skills for Therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. DOI:10.1037/int0000200
- Mackrill, T. (2009). Constructing client agency in psychotherapy research. *J. Hum. Psychol*, 49, 193–206. DOI:10.1177/0022167808319726

- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise, 1*(2), 1-9.
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Structured Interview on Expertise, *The Integrative Therapist, Society For The Integration Of Psychotherapy, Newsletter, 4*(2), 13-15.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 48–60. DOI:10.1002/cpp.1977
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). Our Best Selves: Defining and Actualizing Expertise in Psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 66–75. DOI:10.1177/0011000016655603
- Oddli, H. W., McLeod, J., Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., & Halvorsen, M. S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *J Clin Psychol, 1*–23. DOI:10.1002/jclp.23108
- Oddli, H., W., McLeod, J., Reichelt, S., & Rønnestad, M. H. (2014) Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 16*(3), 245-266. DOI:10.1080/13642537.2014.927380
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: integrating theory and practice*. Sage
- Pereira, J., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Journal of Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 11*(3), 216-223. DOI:10.14713/pcsp.v11i3.1917
- Reese, R. J. (2017). The Promise and Challenge (and Reality) of Defining Therapist Expertise. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 76–89. DOI:10.1177/0011000016657161
- 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

- Rønnestad, M. H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct?. *Psychotherapy Bulletin*, 51(1), 11-13.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Skovholt, T. M., Jennings, L., & Mullenbach, M. (2016). Portrait of the Master Therapist: Developmental Model of the Highly Functioning Self. In Skovholt, T. M., & Jennings, L. (Eds.). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling* (10th Anniversary Edition) (p.125-146). Oxford University Press.
- Sousa, D. (2014). Validation in Qualitative Research: General Aspects and Specificities of the Descriptive Phenomenological Method. *Qualitative Research in Psychology*, 11(2), 211–227. DOI:10.1080/14780887.2013.853855
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica – Os Dados da Investigação Mais Relevantes para os Clínicos*. Fim de século.
- Sperry, L. & Carlson, J. (2014). *How Master Therapists Work – Effecting Change from the First through the Last Session and Beyond*. Routledge. DOI:10.1080/14733145.2014.917534
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017) Appropriate responsiveness as a contributions to therapists effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects* (p.71–84). American Psychological Association.
- Sullivan, M., Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2016). Master Therapists' Construction of the Therapy Relationship. In Skovholt, T. M., & Jennings, L. (Eds.). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counselling* (10th Anniversary Edition) (p.53-76). Oxford University Press.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50(1), 7-13.

- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy – an elusive goal?. *American Psychologist*, 69(3), 218-229. DOI:10.1037/a0035099
- Tryon, G., Birch, S. & Verkuilen, J. (2018). Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 55(4), 372–383. DOI:10.1037/pst0000170
- Von der Lippe, A. L., Oddli, H. W., & Halvorsen, M. S. (2017). Therapist strategies early in therapy associated with good or poor outcomes among clients with low proactive agency. *Psychotherapy Research*, 1–20. DOI:10.1080/10503307.2017.1373205
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. DOI:10.1002/wps.20238
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate - The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Watson, J. C. (2018). Empathy and responsiveness in emotion-focused therapy. In Tishby, O., & Wiseman, H. (Eds.), *Developing the therapeutic relationship: Integrating case studies, research, and practice* (p.235-255). American Psychological Association. DOI:10.1037/0000093-001
- Watson, V. C , Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012) Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(1), 77-89. DOI:10.1080/13642537.2012.652395
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2017). Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 508–520. DOI:10.1037/ccp0000192

ANEXOS

ANEXO A – Versão alargada do Enquadramento Teórico

EXPERTISE EM PSICOTERAPIA

(versão alargada do Enquadramento Teórico)

Índice

1	Estado da arte sobre a eficácia da psicoterapia	31
1.1	Os efeitos do terapeuta	31
1.2	A pertinência de estudar terapeutas altamente eficazes	32
2	O debate em torno da <i>expertise</i> em psicoterapia – definições, critérios e controvérsias	33
2.1	Tentando uma definição operacional de <i>expertise</i>	33
2.2	O primado do <i>outcome</i> ou outros critérios de <i>expertise</i> ? – o debate continua	34
2.3	Palavras finais sobre o debate em torno dos critérios de <i>expertise</i>	39
3	A Pessoa e o Profissional – quem são e o que fazem os terapeutas altamente eficazes?	39
3.1	Um retrato dos <i>master therapists</i>	39
3.2	A capacidade para se relacionar com o Outro e o ciclo de desenvolvimento da <i>expertise</i>	41
3.3	Sobre a construção da aliança terapêutica pelos terapeutas altamente eficazes	43
3.4	O que se passa nas primeiras sessões? – ampliando a noção de negociação de objetivos terapêuticos	44
3.5	Os <i>sudden gains</i> e intervenções terapêuticas altamente eficazes	46
3.6	Reflexões finais sobre os terapeutas altamente eficazes e a <i>expertise</i>	47
3.7	Direção para a investigação nesta área	49
	Referências bibliográficas	50

EXPERTISE EM PSICOTERAPIA

1 Estado da arte sobre a eficácia da psicoterapia

A investigação em psicoterapia acumulada nas últimas décadas tem permitido chegar a algumas conclusões com elevado nível de consensualidade. Um dado que atualmente parece não gerar controvérsia é o de que a psicoterapia é eficaz (Lambert, 2013; Miller et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). Mais, a eficácia da psicoterapia parece ser similar à das intervenções farmacológicas e ter ganhos que tendem a ser mais duradouros (Cristea et al., 2017b; Cuijpers et al., 2019; Kamenov et al., 2016). A eficácia da psicoterapia estende-se a um conjunto alargado de perturbações específicas (Cristea et al., 2017a; Cuijpers et al., 2020; Cuijpers et al., 2014). A evidência empírica tem mostrado que as diferentes abordagens psicoterapêuticas parecem ser igualmente eficazes no geral e relativamente a perturbações específicas (Angus et al., 2015; Leichsenring et al., 2014; McMMain et al., 2015).

O panorama é positivo, contudo o exercício da psicoterapia continua a debater-se com desafios significativos. Vejamos. As taxas de *dropout* ainda são elevadas: 1 em cada 5 clientes abandona prematuramente a terapia, o que está muitas vezes relacionado com a qualidade da aliança terapêutica (Gersh et al., 2017; Swift & Greenberg, 2014). Há uma percentagem relevante de efeitos adversos da terapia: 5 a 10% das pessoas sentem-se pior no final dum processo terapêutico (Cuijpers et al., 2018; Lambert, 2007). A generalidade dos terapeutas sobrestima a sua eficácia e não é eficaz a avaliar o estado da relação terapêutica ou os clientes em deterioração (Hartmann et al., 2014; Lambert, 2015). Estes são desafios inquietantes que devem continuar a preocupar profissionais e investigadores.

1.1 Os efeitos do terapeuta

A investigação tem permitido identificar a influência significativa dos efeitos do terapeuta nos resultados das psicoterapias (Miller et al., 2013; Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015). Os dados sugerem que os efeitos do terapeuta explicam entre 5% a 9% da variabilidade dos resultados das intervenções (Baldwin & Imel, 2013). Sabe-se também que há terapeutas que obtêm consistentemente melhores resultados que os seus pares. Esta tendência verifica-se independentemente do modelo teórico, do tipo de intervenção, do grau de perturbação do cliente e acentua-se em intervenções longas (Barkham et al., 2017; Goldberg et al., 2016b; Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015). A variabilidade na eficácia dos terapeutas não parece

estar associada à sua idade, género, orientação teórica, experiência, número de horas de supervisão ou grau de adesão a protocolos de terapias manualizadas (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). Então, que características parecem fazer a diferença? A investigação nesta área aponta para a interação entre fatores profissionais e atributos pessoais. Destacam-se (1) a capacidade para formar alianças com uma ampla variedade de clientes; (2) a qualidade das competências interpessoais (e.g. empatia, capacidade de escuta, expressividade emocional, aceitação); (3) a capacidade de se pôr em causa; e (4) ter uma cultura de treino de competências clínicas (Wampold et al., 2017). Todavia, atualmente sabe-se mais sobre os fatores que não parecem exercer influência nos resultados clínicos do que sobre aqueles que contribuem positivamente para os *outcomes* (Miller et al., 2018). Alguns dados parecem inclusivamente apontar numa direção que contraria a relevância de pressupostos muito consolidados nesta área. Por exemplo, o número de horas de supervisão (requisito clássico na formação dos psicoterapeutas) ou os anos de experiência clínica parecem não ter correlação com *outcomes* (Wampold & Imel, 2015). No caso da experiência clínica a investigação sugere até uma diminuição da performance dos terapeutas com o tempo (Goldberg et al., 2016b; Miller et al., 2018). Contudo, alerta-se que estas são conclusões preliminares que devem ser abordadas com prudência e ponderação (Sousa, 2017). Verifica-se atualmente um interesse renovado na *expertise* através do estudo do desempenho dos terapeutas excepcionalmente competentes.

1.2 A pertinência de estudar terapeutas altamente eficazes

Novas pistas e rumo foram encontrados no estudo dos terapeutas que obtêm sistematicamente resultados excecionais. *Quem são e o que fazem* estes profissionais parecem ser promissoras questões orientadoras da investigação. Continuar a investir na investigação nesta área é necessário, em primeiro lugar, por razões de comprometimento com a qualidade das intervenções psicológicas prestadas, donde decorrem questões de credibilidade da profissão (Hill et al., 2017a; Miller et al., 2018). Em segundo lugar, pelas implicações que os avanços nesta área podem representar para os modelos vigentes de formação e treino de terapeutas (Hill et al., 2017a; Tracey et al., 2015; Tracey et al., 2014). Contudo, o estudo da *expertise* tem vindo a desencadear um intenso debate relacionado com a identificação destes profissionais destacados. Como identificá-los? Porque são considerados *experts*?

2 O debate em torno da *expertise* em psicoterapia – definições, critérios e controvérsias

A definição de *expertise* e os critérios a considerar na identificação de práticas altamente eficazes têm gerado um grande debate. O senso comum levar-nos-ia a aceitar como plausível a ideia de que a experiência de um terapeuta (quantidade de tempo em prática clínica) conduziria a níveis mais elevados de competência clínica. Donde, um grau de competência excepcional, isto é de *expertise*, estaria relacionado com os anos de experiência do psicoterapeuta. Será que este racional é dominante?

2.1 Tentando uma definição operacional de *expertise*

Na literatura destacam-se essencialmente duas posições quanto à conceptualização de *expertise*. A primeira, é focada na experiência do terapeuta, associando a *expertise* a um **desempenho de nível superior** alcançado através da experiência. Isto é, o terapeuta melhoraria o desempenho através da prática clínica ao longo do tempo (Tracey et al., 2014). Outra posição estabelecida na literatura enfatiza sobretudo a **qualidade geral da condução da psicoterapia** (Hill et al., 2017a), retirando o foco da questão da experiência acumulada do terapeuta.

Considerando a sua definição baseada na relação experiência-desempenho, Tracey e colegas (2014; 2015) defendem a tese controversa de que a psicoterapia é uma profissão sem *expertise* demonstrada porque a investigação não produz evidência clara que terapeutas experientes obtenham melhores *outcomes* que os inexperientes. Portanto – e sabendo que há terapeutas que obtêm consistentemente melhores resultados (Barkham et al., 2017; Wampold & Imel, 2015) – consideram que o derradeiro critério de *expertise* deverá ser o *outcome* das intervenções. É uma visão pragmática: importa quem obtêm melhores resultados, independentemente dos anos de experiência ou dos aspetos qualitativos da performance dos terapeutas (Tracey et al., 2014; 2015).

Hill e colegas (2017a) realçam que muitos dos estudos que Tracey e colegas (2014) referem dizem respeito a investigações sobre o rigor (*accuracy*) na tomada de decisões clínicas e não na performance propriamente dita. Para Hill e colegas (2017a) – que têm uma visão mais geral e aspiracional de *expertise* – o enfoque na performance é absolutamente central. Propõem uma definição de *expertise* associada à “manifestação de níveis excepcionais de competência, aptidão e eficácia profissionais” (Hill et al., 2017a, p.9).

Destas visões decorrem posições distintas sobre como avaliar a *expertise* em psicoterapia. Os critérios propostos não são consensuais e tem-se gerado um debate intenso, que seguidamente se abordará, procurando espelhar as diferentes posições em discussão.

2.2 O primado do *outcome* ou outros critérios de *expertise*? – o debate continua

Obter sistematicamente melhores resultados que outros terapeutas parece ser um critério de *expertise* intuitivo e apelativo (Hill et al., 2017a). No entanto, na literatura, grande parte da discussão situa-se precisamente em torno do critério *outcome*, havendo essencialmente duas correntes distintas sobre os critérios a considerar na avaliação de *expertise*. Numa, o *outcome* é considerado o critério por excelência de avaliação de *expertise* (Goodyear et al., 2017; Tracey et al. 2014; Tracey et al., 2015). Noutra, há a perspetiva de que o *outcome* é um critério importante, a ser considerado, mas que não se deve sobrepor em termos de relevância relativa a outros como a performance ou a competência cognitiva do terapeuta (Hill et al., 2017a; Norcross & Karpiak, 2017; Reese, 2017; Rønnestad, 2016).

Na primeira perspetiva, o critério *outcome* afigura-se como o mais razoável e pragmático para avaliar *expertise*. Os terapeutas experts seriam portanto aqueles que cujos clientes alcançassem sistematicamente *outcomes* mais positivos ou melhorias mais significativas (Tracey et al. 2014). Contudo, é um critério com limitações reconhecidas. Por exemplo, sabendo-se que o resultado de uma terapia se deve em grande parte a fatores do cliente, nomeadamente extraterapêuticos (Lambert & Barley, 2001), o facto de alguns terapeutas trabalharem com clientes mais perturbados e/ou desmotivados pode contribuir para diferenças significativas nos *outcomes* (Tracey et al., 2014). Ainda assim, os autores encaram o *outcome* como um ingrediente de *expertise* imprescindível, salientando que seria curioso afirmar a *expertise* de um terapeuta cujos clientes não obtivessem consistentemente resultados positivos! (Tracey et al., 2015).

Noutra linha, Hill e colegas (2017a) defendem que a avaliação de *expertise* deve basear-se em múltiplos critérios e não apenas no *outcome* da intervenção terapêutica. Propõem os seguintes: (a) performance relacional e técnica; (b) competência cognitiva do terapeuta conceptualizam a informação sobre os casos clínicos e processos terapêuticos.; (c) *outcomes*; (d) experiência; (e) qualidades pessoais e relacionais; e (f) reputação e autoavaliação de competência. Os três primeiros são considerados os mais importantes e

inextricavelmente interligados (Hill et al., 2017a). Vejamos o argumentário e a crítica acerca de cada um dos critérios propostos.

(a) Performance

Sobre a performance enquanto indicador de *expertise* destacam-se três ideias prévias: (1) há uma grande variabilidade na forma como terapeutas expert se comportam em sessão; (2) a *expertise* é, pelo menos em parte, orientada pelo contexto e não um constructo definível de modo estanque; (3) as dificuldades com que o campo se depara em relação à avaliação da performance decorrem da natureza intrinsecamente complexa das relações terapêuticas (Hill et al., 2017a).

A forma como Hill e colegas (2017a) conceptualizam a *expertise* na performance envolve dois níveis interligados: *expertise* relacional e *expertise* técnica. A ***expertise relacional*** está relacionada com a capacidade do terapeuta para estabelecer e manter uma relação terapêutica sólida sobretudo com clientes desafiantes, isto é, altamente perturbados, zangados ou deprimidos (Hill et al., 2017a). Os autores reequacionam a problemática da relação experiência-desempenho exposta atrás, postulando que os terapeutas em treino ou com pouca experiência são capazes de estabelecer relações terapêuticas suficientemente satisfatórias com clientes menos perturbados graças à sua experiência em situações de ajuda informais. No entanto, tais competências intuitivas não são suficientes para lidar com clientes mais perturbados, o que requer treino e experiência (Hill et al., 2016; Hill et al., 2017a). Acrescentam ainda que a experiência e o treino são fundamentais para o desenvolvimento de outras competências relacionais fundamentais (estabelecimento de limites, gestão da contratransferência, maior capacidade de detecção e gestão de ruturas, e.g.) (Hill et al., 2016; Hill et al., 2017a). Poder-se-á dizer que na perspetiva de Hill e colegas (2017a) os terapeutas mais experientes tendem a ser mais competentes a lidar com os aspetos mais complexos de uma relação terapêutica – condição fundamental de *expertise*.

A ***expertise técnica*** é o outro nível de análise da performance sugerida por Hill e colegas (2017a). A *expertise* técnica relaciona-se com o uso criterioso e competente de intervenções específicas no contexto de uma forte relação terapêutica (Hill et al., 2017a). Considera-se que a *expertise* técnica só pode ser avaliada em função da orientação teórica do terapeuta, já que há uma grande variabilidade no foco e intencionalidade das intervenções técnicas próprias de cada modelo teórico. Um expert caracteriza-se por fazer um uso competente e responsivo das técnicas específicas a que recorre. A *expertise* técnica envolve

competência multicultural, isto é, a capacidade para trabalhar de forma eficaz com grupos culturais diversos e/ou minoritários (Hill et al., 2017a).

Desta discussão sobre a *expertise* na performance (nos seus componentes relacionais e técnicos) resultam duas conclusões fundamentais: (a) a *expertise* em psicoterapia relaciona-se com a capacidade de estabelecer relações terapêuticas de qualidade superior; (b) um expert é altamente responsivo ao contexto e ajusta-se continuamente às necessidades dos clientes (Hill et al., 2017a). Esta perspetiva é partilhada por Norcross e Karpiak (2017) que consideram que sobretudo a *expertise* relacional é uma dimensão relevante de qualquer medida de *expertise*. Por outro lado, Goodyear e colegas (2017) criticam a performance como critério de *expertise*. Consideram que qualquer avaliação de competência técnica será somente uma avaliação estética, no sentido em que a forma como a técnica é usada decorre do estilo pessoal e do modelo teórico de influência de cada psicoterapeuta. Sublinham que o *outcome* deve prevalecer como critério de avaliação da performance.

(b) Competência cognitiva

O segundo critério mais importante que Hill e colegas (2017a) propõem relaciona-se com o modo com os terapeutas conceptualizam a informação sobre os casos clínicos e processos terapêuticos. Defendem que um terapeuta expert consegue compreender o cliente nas suas dinâmicas e especificidades clínicas de um modo mais abrangente e profundo. Tem uma visão mais complexa sobre as dinâmicas da relação terapêutica, da técnica e das interações entre estas dimensões e desenvolvem formulações de caso e planos terapêuticos úteis e adequados (Hill et al., 2017a). Contudo, a competência cognitiva é entendida como uma condição necessária mas não suficiente, uma vez que um terapeuta pode ter uma visão extraordinariamente abrangente e articulada dos seus casos clínicos e não conseguir traduzi-la numa intervenção eficaz (Hill et al., 2017a).

Na literatura, alguns autores partilham da ideia que a qualidade do processamento cognitivo de um terapeuta é um fator relevante (Norcross & Karpiak, 2017; Reese, 2017; Tracey et al., 2015). No entanto, consideram que não deve ser um critério de *expertise* mais destacado que os *outcomes* por falta de evidência empírica sobre a relação entre a qualidade da conceptualização de casos e a performance ou os *outcomes*.

(c) Outcomes

Este é um dos critérios que está no epicentro do debate. A perspectiva de Hill e colegas (2017a) é que o *outcome* é um critério de *expertise* relevante, mas não absoluto. Propõem que é preciso conceptualizar o resultado de uma terapia de forma mais abrangente, multifacetada e individualizada (Hill et al., 2017a). Destacam cinco pontos. Primeiro, o sucesso de uma terapia envolve dimensões idiográficas importantes e mensuráveis (e.g. autoconhecimento, autoconfiança, aumento da qualidade de vida geral) que deviam ser consideradas em articulação com os parâmetros de sintomatologia e nível de *distress* interpessoal. A importância de considerar contextualmente as medidas de *outcome* é também sublinhada por Reese (2017). Segundo, critica-se o uso quase exclusivo do *auto-report* do cliente como medida de *outcome*. Não obstante o cliente seja o elemento primordial desta avaliação, propõem que se considerem outros envolvidos (e.g. terapeutas, Outros significativos para o cliente ou observadores externos treinados). Terceiro, salientam que os *auto-reports* dos clientes se consumam normalmente em questionários de resposta imediata e fechada, sugerindo que se considerem também dimensões qualitativas do *feedback* dos clientes (e.g. narrativas sobre os objetivos alcançados em terapia). Quarto, recomendam que se usem informações disponíveis sobre taxas de envolvimento do cliente (i.e. retorno após primeira sessão) e de *dropout*. Quinto e último, propõem o uso de medidas comportamentais (e.g. absentismo laboral ou nº consultas médicas) como forma de avaliar o sucesso de uma intervenção psicológica.

Embora outros autores reconheçam estas e outras limitações do uso de medidas de *outcome*, mantêm uma posição pragmática: o *outcome* é, apesar de tudo, o melhor marcador de *expertise* disponível (Tracey et al., 2014; Tracey et al., 2015; Goodyear et al., 2017; O'Shaughnessy et al., 2017; Reese, 2017).

(d) Experiência

Este é mais um dos critérios que gera divergência. Hill e colegas (2017a) propõem que a experiência deve ser conceptualizada de uma forma mais ampla que apenas o número de anos de prática clínica. O racional é o de que medidas quantitativas de tempo não refletem a natureza e a qualidade do processo de desenvolvimento profissional ocorrido ao longo dos anos (Hill et al., 2017a). Propõem uma operacionalização multidimensional e mais abrangente de experiência, que considere: (a) os anos de experiência; (b) a intensidade da prática (i.e. nº clientes/ano); (c) a variedade de clientes atendidos; (d) o tipo e profundidade de treino despendido; (e) a quantidade e tipo de supervisão e estudo autónomo.

A crítica à experiência enquanto critério de *expertise* baseia-se no que a investigação sugere (e.g. estudo longitudinal de larga escala de Goldberg e colegas, 2016b) sobre não existir uma correlação positiva entre a experiência do terapeuta e os *outcomes* ou a performance (Norcross & Karpiak, 2017; O’Shaughnessy et al., 2017; Tracey et al., 2014; Tracey et al., 2015). O’Shaughnessy e colegas (2017) esclarecem da seguinte forma a sua posição: à medida que o tempo passa, um expert terá inevitavelmente experiência, mas nem todos os terapeutas experientes se tornarão experts.

(e) Qualidades pessoais e relacionais

Propõe-se que terapeutas expert tenham qualidades pessoais e relacionais muito desenvolvidas (Hill et al., 2017a; Norcross & Karpiak, 2017). Destacam-se enquanto **qualidades pessoais** a reflexividade (reflexão intencional sobre as intervenções), a capacidade de *mindfulness* (atenção total ao cliente e experiências ocorridas em sessão) e a flexibilidade (sensibilidade ao contexto e às pistas verbais e não verbais). As **qualidades relacionais** mais destacadas estão diretamente ligadas à função empática. Sugere-se que ser caloroso, ter compaixão, preocupação e cuidado sejam características extraordinariamente desenvolvidas nos terapeutas expert. Salientam-se ainda destacadas competências de comunicação e de reconhecimento de emoções.

(f) Reputação e autoavaliação de competência

Estes critérios têm também gerado uma grande discórdia na área. Hill e colegas (2017a) reconhecem que a **reputação** é um critério limitado, mas consideram que não deve ser descartado. Destacam um estudo sobre os critérios dos psicoterapeutas na escolha do seu próprio terapeuta que mostra que o critério reputação aparece em quinto lugar, entre dezasseis (Norcross et al., 2009), o que sugere que a reputação tem alguma importância (Hill et al., 2017a). Noutra linha, há uma assunção clara da reputação como um critério insuficiente (Tracey et al., 2014; Tracey et al., 2015). Esta posição é justificada pelos dados da investigação que sugerem uma correlação ténue entre a reputação e os *outcomes*. A crítica dá ainda ênfase ao perigo que pode envolver este critério, uma vez que alguém com visibilidade pública na área (e.g. orador em palestras, autor de livros) pode ser reputado sem necessariamente conduzir processos terapêuticos com clientes reais (Norcross & Karpiak, 2017; O’Shaughnessy et al., 2017).

Sobre o critério da **autoavaliação de competência**, o que Hill e colegas (2017a) sugerem é que terapeutas expert conseguem fazer autoavaliações de competência mais objetivas. Esta é uma tese que também gera discórdia porque o que a investigação tem realçado é que os terapeutas tendem a sobrestimar a sua competência (Lambert, 2015), o que torna as suas autoavaliações de desempenho pouco fiáveis (Goodyear et al., 2017; Norcross & Karpiak, 2017).

2.3 Palavras finais sobre o debate em torno dos critérios de *expertise*

Ao longo das últimas páginas procurou apresentar-se o argumentário de duas correntes dissonantes em torno da definição e operacionalização da *expertise*. Em suma, Hill e colegas (2017a, 2017b) têm um entendimento abrangente e aspiracional de *expertise* e defendem a razoabilidade de considerar múltiplos critérios, uma vez que a *expertise* parece ser um constructo multifacetado e multideterminado. Todavia, reconhecem a necessidade de que a investigação contribua para identificar os critérios mais promissores (Hill et al., 2017b). A perspetiva de Tracey e colegas (2014; 2015), Goodyear e colegas (2017) e Reese (2017) é mais pragmática e objetivamente centrada no *outcome*. Dirigem algumas críticas à proposta de Hill e colegas (2017a). Em primeiro lugar referem que ao assumir-se uma visão tão inclusiva de *expertise* corre-se o risco do conceito perder significado prático, isto é, quase todos os terapeutas sob algum dos critérios seriam considerados expert (Tracey et al., 2015). Em segundo lugar, referem que os critérios de Hill e colegas (2017a) não convergem, isto é, critérios diferentes identificariam experts diferentes (Goodyear et al., 2017). Outros autores menos defensores do primado do critério *outcome* recomendam que se restrinjam os critérios enunciados por Hill e colegas (2017a) de modo a tornarem-se mais operacionalizáveis (O'Shaughnessy et al., 2017) e limitados aos aspetos de performance que ocorram e sejam mensuráveis no contexto da condução da terapia (Norcross & Karpiak, 2017). O debate continua vivo, gerando-se reflexões e contribuições de uma grande riqueza para o campo.

3 A Pessoa e o Profissional – quem são e o que fazem os terapeutas altamente eficazes?

A investigação na área da *expertise* em psicoterapia, nomeadamente qualitativa, tem permitido alcançar uma compreensão mais profunda sobre quem são e o que fazem os terapeutas altamente eficazes. Que características pessoais e profissionais parecem ser mais

salientes? Que modelos sobre a *expertise* permitem conceptualizar? Como desenvolvem processos terapêuticos em sessão com os seus clientes?

3.1 Um retrato dos *master therapists*

Skovholt, Jennings e Mullenbach (2016) desenvolveram um estudo longitudinal baseado em entrevistas a terapeutas reputados, que designaram por *master therapists*. Estes profissionais destacaram-se duma *pool* de terapeutas nomeados por pares em metodologia bola de neve. A sua análise permitiu traçar tentativamente um retrato de *expertise*, a partir de um conjunto de características paradoxais e outras identificadas nestes profissionais. No quadro seguinte (Quadro 1) resumem-se as **características paradoxais** identificadas (Skovholt et al., 2016, p. 6).

- Forte orientação para a mestria e convicção de que nunca a alcançará em pleno;
- Elevada capacidade para mergulhar profundamente no mundo interno do Outro, enquanto frequentemente prefere lugares de alguma solitude ou recolhimento;
- Capacidade para promover ambientes de segurança emocional e de desafio para os clientes;
- Grande competência no uso do poder da terapia para ajudar o Outro sendo, ao mesmo tempo, humilde acerca de si próprio;
- Capacidade de integrar de forma harmoniosa os seus lados pessoal e profissional, ainda que totalmente ciente das fronteiras existentes entre estas duas dimensões;
- Avidéz de conhecimento dirigida a assuntos abrangentes e fora do âmbito da profissão, bem como para competências específicas relacionadas com o trabalho;
- Grande capacidade de se entregar e colocar ao serviço do Outro, bem como de se preservar e nutrir a si próprio;
- Grande abertura ao *feedback* sobre si, não se deixando destabilizar emocionalmente pelo conteúdo da informação recolhida.

Quadro 1 – Características paradoxais dos *master therapists*

Outras **características identificáveis** nestes profissionais (Skovholt et al., 2016, p. 7) são apresentadas no quadro seguinte (Quadro 2).

- Elevados níveis de saúde mental;
- Entendimento sobre a complexidade e ambiguidade que caracteriza a natureza humana e recusa de visões unidimensionais da psicologia humana;
- Rejeição de teorias ou modelos simplistas;
- Grande foco no desenvolvimento pessoal e na capacidade de ajudar o Outro;
- Capacidade de mobilização de experiências de vida como motor do seu desenvolvimento pessoal;
- Confiança nos processos da terapia e na sua própria competência terapêutica;
- Aceitação não defensiva das suas limitações e falhas;
- Valorização do *feedback* dos clientes;
- Orientação para conceptualizações paradoxais, complexas, metafóricas e profundas acerca da condição humana;
- Manutenção de uma atitude de humildade e controlo sobre sentimentos de grandiosidade ou

de arrogância;

- Forte capacidade empática ancorada na reflexão e integração das suas próprias experiências;
- Desenvolvimento de esquemas ou guias internos baseados em padrões, práticas e procedimentos resultantes de muitas horas de trabalho clínico;
- Estreita congruência entre a personalidade e as demandas do trabalho clínico;
- Capacidade para entrar respeitosamente no mundo interno do Outro e ajudá-lo;
- Reverência pela condição humana;
- Cultivo, ao longo dos anos, de um espírito aberto, reflexivo e de busca incessante pelo crescimento pessoal e profissional.

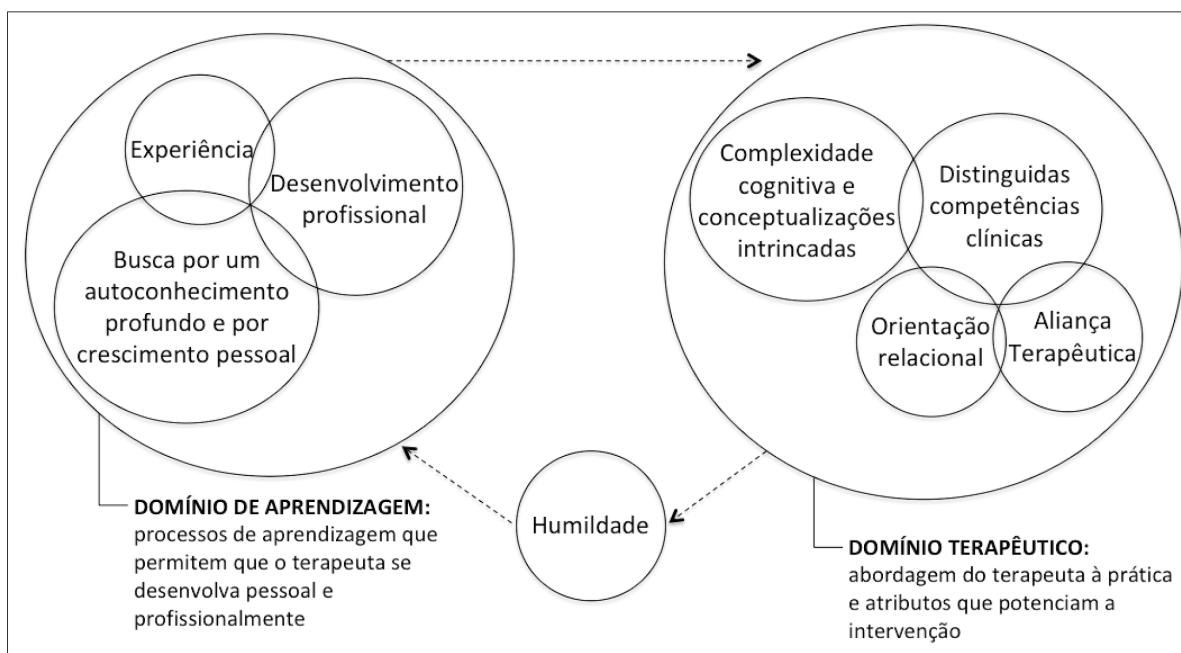
Quadro 2 – Características identificáveis nos *master therapists*

Numa leitura abrangente das características apresentadas, destaca-se sobretudo o elevado desenvolvimento a nível cognitivo, emocional e relacional destes terapeutas (cf. modelo de Jennings e Skovholt, 1999). Parece existir uma integração harmoniosa destas dimensões, que são colocadas ao serviço dos clientes em terapia.

3.2 A capacidade para se relacionar com o Outro e o ciclo de desenvolvimento da *expertise*

Uma ambiciosa meta-análise qualitativa transcultural levada a cabo por Jennings e Skovholt (2016) contribuiu para um entendimento mais profundo, global e culturalmente informado sobre características destes profissionais (Hill, 2016). O trabalho envolveu a análise de sete estudos qualitativos que, em conjunto, totalizam setenta e duas entrevistas a terapeutas ocidentais e orientais reputados (Jennings & Skovholt, 2016). Esta investigação possibilitou identificar categorias e levantar hipóteses sobre como estas se relacionam e contribuem para o desenvolvimento de um ciclo de *expertise*.

Identificaram-se oito categorias. (1) ***Distinguidas competências clínicas***. Os *master therapists* evidenciam uma capacidade de atenção e sintonia com o cliente que lhes permite gerir o processo terapêutico de forma altamente responsiva, adequando o *timing*, o ritmo e a dosagem das suas intervenções, facilitando os processos de mudança dos seus clientes. (2) ***Desenvolvimento profissional***. O desenvolvimento profissional contínuo é altamente valorizado por estes profissionais. (3) ***Complexidade cognitiva e conceptualizações intrincadas***. Os *master therapists* demonstram interesse e uma grande capacidade para lidar com o que é complexo, contextual e ambíguo. Compreendem e conceptualizam a influência intrincada de diferentes ambientes e situações nas vidas das pessoas. (4) ***Orientação relacional***. A sua grande sensibilidade e empatia orienta-os para a relação de uma forma que possibilita uma conexão profunda com os clientes. (5) ***Aliança terapêutica***. Os *master*



therapists mantêm um foco constante na qualidade da aliança, conceptualizando-a como uma dimensão instrumental central. (6) **Busca por um autoconhecimento profundo e por crescimento pessoal**. Os *master therapists* procuram ativamente o *feedback* de múltiplas fontes que lhes permita crescer pessoal e profissionalmente, sendo a autenticidade uma das características mais valorizadas. (7) **Humildade**. Os *master therapists* têm uma atitude de modéstia, reconhecem os limites da sua competência e posicionam-se de forma construtiva perante a falha. (8) **Experiência**. Estes terapeutas beneficiam da sua experiência acumulada, integrando e mobilizando aprendizagens profissionais e pessoais no trabalho com os seus clientes (Jennings & Skovholt, 2016). Estas categorias permitiram conceber o modelo de desenvolvimento de *expertise*, representado na figura seguinte.

Figura 1 – Ciclo de desenvolvimento de *expertise* (Jennings & Skovholt, 2016)

A hipótese que Jennings e Skovholt (2016) colocam é que a *experiência*, o *desenvolvimento profissional* e a *busca por um autoconhecimento profundo e por crescimento pessoal* formam no seu conjunto um **domínio de aprendizagem**. Isto é, remetem a processos de aprendizagem que permitem o desenvolvimento pessoal e profissional destes psicoterapeutas. O domínio de aprendizagem, por sua vez, influencia o **domínio terapêutico**. Este é o domínio relacionado com a prática clínica e em que os atributos excecionais do terapeuta (*complexidade cognitiva e conceptualizações intrincadas*, *distinguidas competências clínicas*, *orientação relacional* e *aliança terapêutica*) possibilitam uma intervenção de elevada qualidade. A categoria da *humildade* fecha o ciclo,

permitindo que este se estabeleça. Jennings e Skovholt (2016) sugerem que no caso dos *master therapists* este ciclo se desenvolva num esquema espiral contínuo.

Este modelo dá visibilidade a vários fatores que contribuem para o desenvolvimento de uma das qualidades profissionais mais distintiva destes terapeutas: a sua capacidade extraordinária para se relacionar com o Outro de forma significativa e terapêutica. Com efeito, as características interpessoais que parecem ser facilitadoras dos processos terapêuticos têm sido objeto de estudo (Anderson et al., 2009). Na literatura, estas competências são designadas por FIS (do inglês, *Facilitating Interpersonal Skills*). O que a investigação empírica sugere é que terapeutas com níveis mais elevados de FIS (expressão emocional, capacidade de persuasão, empatia, aceitação, e.g.) são mais eficazes e obtêm melhores *outcomes* do que terapeutas com níveis baixos de FIS (Anderson et al., 2015). A diferença parece ser mais significativa em terapias de curta duração (Anderson et al., 2016). Os níveis de FIS parecem também relacionar-se com a qualidade da aliança reportada pelos clientes. Os terapeutas com elevados níveis de FIS geram alianças que são classificadas como mais positivas desde a primeira sessão e com tendência para aumentar ao longo do curso da terapia (Anderson et al., 2015). Estes dados parecem reforçar a pertinência do modelo de Jennings e Skovholt (2016), nomeadamente as categorias do designado *domínio terapêutico*.

3.3 Sobre a construção da aliança terapêutica pelos terapeutas altamente eficazes

O reconhecimento da centralidade da aliança no processo terapêutico tem raízes que remontam aos modelos psicodinâmicos e humanistas e é um dos fatores comuns mais extensivamente investigado e consistentemente associado ao sucesso terapêutico (Sousa, 2017; Wampold & Imel, 2015). Sem surpresas, o investimento na qualidade das alianças terapêuticas é um dos aspetos distintivos nos *master therapists* (Jennings & Skovholt, 2016). Mas quais são as contribuições específicas destes terapeutas que parecem fazer a diferença?

Sullivan, Skovholt e Jennings (2016) desenvolveram um estudo exploratório de metodologia qualitativa que permitiu identificar dois grandes domínios que remetem a aspetos complementares da relação terapêutica. Um diz respeito ao desenvolvimento de relações de segurança e o outro à introdução de uma dimensão de desafio na relação terapêutica. No **domínio do desenvolvimento de relações de segurança**, destacam-se três categorias fundamentais. (1) *O master therapist é altamente responsivo*. É fulcral a importância de ir ao

encontro das necessidades diferenciadas dos clientes e mostrar sensibilidade pelo sofrimento do Outro desde o contacto inicial e primeiras sessões; (2) *O master therapist colabora ativamente com o cliente*. A gestão do processo terapêutico é centrada no pedido do cliente e no mútuo acordo sobre os objetivos da terapia. Sublinha-se a importância de agir sobre as expectativas, promover a agencidade do cliente e horizontalizar a relação, assumindo abertamente a dimensão colaborativa do processo terapêutico. As dificuldades e impasses da terapia são conceptualizados como parte do processo e são diretamente abordados; (3) *O master therapist investe numa relação sólida e profunda*. A convicção destes terapeutas é que a aliança é uma ferramenta crítica de mudança. As ruturas e fissuras na aliança são vistas como expectáveis e a sua reparação como útil ao sucesso do processo terapêutico (Sullivan et al., 2016).

Identificaram-se igualmente três categorias no **domínio do desafio na relação terapêutica**. (1) *O master therapist traz o seu self para a relação*. É feito um uso destacado do *self* como um instrumento da terapia, através duma postura de autenticidade, do uso das próprias emoções e da recusa da psicoterapia como exercício meramente intelectual; (2) *O master therapist potencia o envolvimento do cliente através da relação*. O trabalho em torno da motivação e do envolvimento é conceptualizado pelo *master therapist* como parte das suas tarefas terapêuticas. É a ele que cabe manter as condições que permitem a mudança, através do respeito pelo ritmo do cliente e/ou pela assunção de uma postura mais diretiva. (3) *O master therapist mantém a objetividade na relação*. A objetividade é o que lhe permite proporcionar aos clientes uma outra visão sobre os seus padrões relacionais. Destaca-se a capacidade de estar, ao mesmo tempo, dentro e fora da relação, contemplar os seus aspetos transferenciais e manter uma perspetiva abrangente (Sullivan et al., 2016).

Em suma, os trabalhos de Sullivan e colegas (2016) dão visibilidade a dimensões qualitativas sobre a construção de alianças robustas por terapeutas excepcionais. As dimensões discutidas reforçam a centralidade da aliança enquanto forte preditor de resultados, em consonância com aquilo que são os dados da investigação (Horvath et al., 2011; Flückiger et al., 2012). No entanto, o que é que se sabe sobre o modo como estes terapeutas promovem a construção da aliança em sessão com os seus clientes?

3.4 O que se passa nas primeiras sessões? – ampliando a noção de negociação de objetivos terapêuticos

A investigação sugere que a qualidade da aliança reportada em fases iniciais da terapia (Flückiger et al., 2012) e o grau de consenso sobre os objetivos da intervenção (Tryon et al., 2018) se relacionam positivamente com os *outcomes*. No entanto, existem relativamente poucos estudos empíricos dedicados ao estudo das ações específicas dos terapeutas altamente eficazes nas fases iniciais de uma terapia (Oddli et al., 2014). Um projeto de investigação norueguês focado nos aspetos interpessoais da psicoterapia tem trazido novas contribuições. O projeto envolveu a análise de sessões de psicoterapia conduzidas por terapeutas experientes, que acumulam funções como supervisores, professores e autores de publicações nesta área. O objetivo fundamental das investigações era compreender como é que estes terapeutas desenvolvem um clima de colaboração com os seus clientes e estabelecem objetivos e tarefas nas primeiras sessões de uma terapia (Oddli & Rønnestad, 2012; Oddli et al., 2014; Von der Lippe et al., 2017; Oddli et al., 2021).

Os resultados são algo inesperados. A análise das transcrições revelaram poucos comportamentos direcionados ao estabelecimento de objetivos explícitos e concretos nas primeiras sessões. O que se destaca são ações clínicas focadas na exploração aprofundada da relevância e do significado dos problemas e processos da terapia. Nas sessões analisadas é feita uma co-elaboração abrangente do significado e da extensão dos problemas trazidos pelo cliente, bem como do desafio e grau de compromisso implicado, dos recursos dos clientes e da sua ambivalência e/ou resistência à mudança. Algumas ações concretas identificadas são: (1) estabelecer um foco e explorar as dinâmicas do problema e do funcionamento do indivíduo; (2) esclarecer expectativas sobre a mudança; (3) promover a ativação do imaginário futuro do cliente; (4) reconhecer a ambivalência e as contradições presentes no sistema de crenças do cliente; (5) reconhecer a terapia como um meio para alcançar um fim; e (6) reconhecer as eventuais dimensões negativas da mudança. Em suma, o que é saliente nas ações destes terapeutas é um forte investimento no aumento da esperança, motivação e comprometimento face à mudança (Oddli et al., 2014).

Num estudo recente Oddli e colegas (2021) propõem que a complexidade da atividade clínica nas primeiras sessões (em torno da esperança, motivação, expectativas, fase de mudança, objetivos da terapia, e.g.) pode ser enquadrada de uma forma mais integradora como *intervenções orientadas para o futuro*. Destacam-se as seguintes ações clínicas

concretas: (1) captar e assinalar intenções explícitas e implícitas no discurso dos clientes, garantindo o tempo e espaço necessários para que emerja um senso partilhado da direção do trabalho terapêutico; (2) reforçar a agencidade do cliente recorrendo à meta-comunicação sobre o processo terapêutico, à linguagem de ação e ao uso dum discurso tentativo; (3) usar intervenções evocativas como a modulação do tom de voz, a ativação do imaginário futuro do cliente e a promoção de *roleplays* espontâneos; (4) incitar ou desafiar o cliente a ponderar alternativas e/ou cenários de mudança (Oddli et al., 2021). Os dados desta investigação permitem pensar que a relação robusta entre consenso de objetivos e *outcomes* que a investigação sugere (Tryon et al., 2018) pode dever-se a vários processos que são melhor definidos pelo conceito abrangente de *intervenções orientadas para o futuro*. Estas conclusões alinham-se com o conceito de *direccionalidade*, herdado da Escola existencial (Cooper, 2019; Oddli et al., 2021). Este conceito remete à força agêntica, orientada para o futuro, que faz o ser Humano mover-se sempre na direção de algo – “our always-on-the-way-to-somewhereness” – e pode ser um princípio-guia de grande utilidade conceptual aos psicoterapeutas (Cooper, 2019).

3.5 Os *sudden gains* e intervenções terapêuticas altamente eficazes

Uma outra linha de investigação tem-se centrado no fenómeno dos *sudden gains*. Este fenómeno diz respeito ao alívio sintomatológico e/ou do nível de *distress* alcançado entre sessões. Os *sudden gains* parecem estar positivamente relacionados com o *outcome* da terapia e com níveis de saúde psicológica avaliados em *follow-up* (Shalom & Aderka, 2020; Haas et al., 2002). A investigação empírica sugere uma variabilidade considerável entre terapeutas, relacionando os ganhos terapêuticos rápidos (i.e. *early sudden gains*) com uma taxa de mudança dez vezes mais elevada no final da intervenção que a média da amostra (Okiishi et al., 2003). Estes dados dão suporte empírico à pertinência de estudar profissionais que sistematicamente obtêm respostas positivas rápidas em estádios precoces da terapia. É o caso da terapeuta australiana Erigoni Vlass, que apresenta uma taxa de *sudden gains* cinco vezes mais elevada que a média estatística expectável. As conclusões deste estudo contribuem com novas pistas para o estudo das qualidades e ações dos profissionais altamente eficazes (Hansen et al., 2015). Seguidamente destacam-se as principais conclusões e hipóteses que a investigação sobre a terapeuta australiana permite discutir.

A primeira é que os *sudden gains* aconteceram numa fase muito precoce da intervenção, ou seja, antes de ser implementado grande parte do trabalho terapêutico específico. Este dado salienta a importância das competências pessoais e profissionais orientadas para a relação desta terapeuta, que permitem uma conexão forte e imediata com os seus clientes. Destaca-se a sua presença distintiva em sessão que lhe permite ser excepcionalmente responsiva. Sugere-se que estes atributos estejam relacionados com a sua capacidade de *mindfulness*, empatia, validação, aceitação do Outro, o seu carisma, gentileza e um certo grau de espiritualidade (Hansen et al., 2015).

O segundo aspeto saliente na ação desta terapeuta é a procura, desde cedo na intervenção, por uma explicação compreensiva e persuasiva sobre os problemas dos clientes. A criação de um racional e de rituais condicentes, assentes numa perspetiva de agencidade e competência do cliente, parecem agir positivamente sobre as suas expectativas acerca da manejabilidade dos seus problemas. Uma esperança aumentada favorece o estabelecimento e/ou fortalecimento da aliança e aumenta os níveis percebidos de autoeficácia do cliente (Hansen et al., 2015; Laska & Federman, 2015; Pereira & Barkham, 2015). Laska e Federman (2015) destacam ainda o facto desta terapeuta integrar fatores extraterapêuticos relacionados com o *lifestyle* da pessoa (qualidade do sono, nutrição e.g.) no racional da intervenção, referindo que esta dimensão é muitas vezes negligenciada pelos terapeutas.

Outros aspetos destacados da intervenção desta terapeuta relacionam-se com a abordagem holística e personalizada que faz, mobilizando recursos “à medida” de cada caso (Pereira & Barkham, 2015). Realça-se ainda o uso de sistemas de *feedback* e de monitorização de resultados de uma forma significativa, isto é, que lhe permite responder em tempo útil aos desafios dos processos terapêuticos específicos (Laska & Federman, 2015). Por fim, destaca-se a sua perceção de autoeficácia profissional. Esta terapeuta é convicta da sua competência para ajudar quem a procura e mostra comprometimento, persistência e tenacidade profissionais (Pereira & Barkham, 2015). Revela ainda entusiasmo pela profissão e otimismo sobre a capacidade de mudança dos seus clientes (Laska & Federman, 2015).

3.6 Reflexões finais sobre os terapeutas altamente eficazes e a *expertise*

Uma das primeiras reflexões que resulta do corpo teórico acumulado nesta área é que a *expertise* dos psicoterapeutas parece estar profundamente relacionada com o seu lado Humano e com processos de desenvolvimento harmonioso e integrado de *self* (Skovholt et

al., 2016; Norcross & Karpiak, 2017). É consistentemente assinalada uma interdependência entre aspetos do funcionamento profissional e pessoal dos terapeutas de excelência. Esta interligação torna-se visível, por exemplo, na sua atitude de curiosidade e disponibilidade para a aprendizagem ao longo da carreira e numa cultura de abertura ao *feedback* e ao pessoal desenvolvimento em geral (Nissen-Lie, 2018). Destaca-se ainda a posição de humildade profissional que lhe permite uma convivência construtiva com a dúvida (Nissen-Lie et al., 2015). Assinala-se a natureza iminentemente aspiracional das características identificadas nestes profissionais e que remetem a conceitos clássicos como o rogeriano “fully functioning person” (Jennings & Skovholt, 1999; Skovholt et al., 2016).

Um segundo ponto a destacar é que o estudo da *expertise* tem, sem surpresas, realçado a centralidade da aliança como dimensão pivotal do sucesso terapêutico. As investigações nesta área têm mostrado como a *expertise* dos terapeutas se revela no desenvolvimento de alianças coesas com os seus clientes (Jennings & Skovholt, 2016; Sullivan et al., 2016). Estes profissionais demonstram um desempenho notável no engajamento do cliente em relações de colaboração significativas e produtivas (Nissen-Lie, 2018). A análise de sessões de psicoterapia em ambiente naturalístico enfatizam, fundamentalmente, importância de agir terapêuticamente ao nível da motivação e esperança do sujeito em sofrimento. O terapeuta exceccionalmente competente consegue, desde cedo, criar um sentido para a mudança e racionais sobre o sofrimento e o processo terapêutico. Estes processos parecem contribuir para colocar o indivíduo numa trajetória produtiva e de colaboração (Hansen et al., 2015; Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021).

Um outro aspeto que importa destacar é que o caminho para se chegar a um nível de excelência no desempenho da psicoterapia parece ser longo, exigente, complexo, ímpar e, muitas vezes, errático (Skovholt et al., 2016). Esta ideia remete à controvérsia existente na literatura sobre a relação entre a *expertise* e a experiência do terapeuta. Alguma evidência empírica sugere que não existe uma correlação positiva entre a experiência e os *outcomes* (Goldberg et al., 2016b; Tracey et al., 2014; Tracey et al., 2015). No sentido oposto, os dados qualitativos têm realçado a importância da experiência acumulada como recurso fundamental na prática dos terapeutas altamente eficazes (Jennings & Skovholt, 1999; Jennings & Skovholt, 2016; Skovholt et al., 2016; Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021). A discussão mantém-se, mas poder-se-á conjecturar sobre não ser o tempo de experiência *per se* que garante um desenvolvimento profissional destacado, mas sim o grau de comprometimento e

de abertura para *beber* dessa experiência acumulada (Hill et al., 2017a). Esta perspectiva em conjunto com o que se referiu sobre o desenvolvimento pessoal e Humano dos psicoterapeutas são dois aspetos que merecem ser devidamente apreciados para que possam ser integrados por cada psicoterapeuta comprometido com a profissão.

Em quarto lugar, impõe-se uma palavra sobre a formação e treino dos psicoterapeutas. Se a *expertise* é um caminho longo e cumulativo, a formação é um momento importante em que se colocam sementes para o futuro. O repto é que se estimulem processos como a curiosidade e uma atitude de abertura, tolerância à ambiguidade, apreço pela complexidade, competências de reflexividade, humildade, uma relação construtiva com o erro e a valorização do autocuidado (Jennings & Skovholt, 2016).

Por fim, impera terminar ponderando uma questão que tende a irromper quando se fala de profissionais de excelência: o *talento*. Intuitivamente pode haver algum apelo a relacionar os níveis de competência extraordinários demonstrados por alguns com a ideia de talento inato. Nesta visão, corre-se o risco de elevar ao Olimpo alguns profissionais, enquanto se veda o acesso de outros porque simplesmente não são dotados. Será inevitavelmente assim? A ciência geral da *expertise* tem vindo a desmistificar este racional. Sugere-se que o alcance da mestria no desempenho de uma função não se relaciona com dons inatos, mas com um tipo específico de treino, deliberado e continuado em que alguns profissionais se envolvem e que parece ser o que os coloca numa trajetória distinta da dos seus pares (Colvin, 2008; Ericsson & Pool, 2016). Na área da psicoterapia, a investigação tem permitido correlacionar positivamente a prática deliberada com os *outcomes* (Chow et al., 2015). Nesta área, destacam-se essencialmente três dimensões diferenciadoras dos terapeutas altamente eficazes. Em suma, estes terapeutas: (1) empenham-se na determinação do seu nível de partida de eficácia; (2) recolhem *feedback* sobre a sua performance através de sistemas de monitorização de resultados; (3) investem em treino deliberado sistemático fora do *setting* clínico (Miller et al., 2018; Goldberg et al., 2016a). Numa leitura mais estrutural e sistémica, a literatura nesta área destaca também a importância de se criar um clima social (nas suas dimensões políticas e institucionais) facilitador duma *cultura de excelência* (Miller et al., 2018).

3.7 Direção para a investigação nesta área

A investigação de cariz exploratório com metodologias qualitativas tem relançado a investigação nesta área, permitido desvendar, aprofundar, relacionar e problematizar

características distintivas dos terapeutas altamente eficazes. Tem sido também possível lançar hipóteses e propor modelos sobre o desenvolvimento da *expertise*. Há questões que tendo sido apontadas como limitações, importa considerar no desenho metodológico de investigações futuras. Uma das principais limitações dos estudos referidos (Skovholt et al., 2016; Sullivan et al., 2016; Jennings & Skovholt, 2016) relaciona-se com a metodologia de nomeação por pares, isto é, a identificação de profissionais de excelência com base no critério reputação. No futuro, poderá haver interesse em recorrer a medidas múltiplas de *expertise*, nomeadamente que incluam o critério *outcome* (Jennings & Skovholt, 2016; Nissen-Lie, 2018; Tracey et al., 2015). Por outro lado, em muitas destas investigações recorreu-se sobretudo a entrevistas, o que é uma metodologia que só permite aceder aos processos mnésicos conscientes e eventualmente afetados por fenómenos de desejabilidade social (Hill, 2016). Há interesse em desenvolver mais estudos em que se recorra a metodologias de observação direta do desempenho em sessão de psicoterapeutas excepcionalmente eficazes (Hansen et al., 2015) e em que se aceda à experiência interna desses terapeutas durante a condução da psicoterapia (Pereira & Barkham, 2015).

Referências bibliográficas

(da versão alargada do Enquadramento Teórico)

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlén, B. D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome, *Psychotherapy Research*.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research, 25*(3), 330–347.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods In Lambert, M. J. (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed, p. 258-297). John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p.13–36). American Psychological Association.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337–344.
- Colvin, G. (2008). *Talent is overrated: What really separates world-class performers from everybody else*. Nicholas Brealey Publishing.

- Cooper, M. (2019, março). *Directionality: A Rosetta Stone for psychotherapy*. Consultado a 2 de abril de 2021 através de <https://www.psychotherapyexcellence.com/Blog/2019/March/Directionality-A-Rosetta-Stone-for-Psychotherapy>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017a). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Pietrini, P., & Cuijpers, P. (2017b). Sponsorship bias in the comparative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(1), 16–23.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups. *Jama Psychiatry*, 1-9.
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 1-10.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2018). Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders*, 239, 138–145.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 34(2), 130-40.
- Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Peak – Secrets from the new science of expertise*. New York: Houghton Mifflin Harcourt Publishing.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17.

- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, *52*, 25-33.
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, S. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, *53*(3), 367–375.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 1–11.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy Expertise Should Mean Superior Outcomes and Demonstrable Improvement Over Time. *The Counseling Psychologist*, *45*(1), 54–65.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains?. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(9), 1157-1172.
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015). Sudden Gains and Sudden Losses in the Clients of a "Supershrink": 10 Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, *11*(3), 154-201.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research*, *25*(4), 408–419.
- Hill, C. E., Anderson, T., Kline, K., McClintock, A., Cranston, S., McCarrick, S., Petrarca, A., Himawan, L., Pérez-Rojas, A. E., Bhatia, A., Gupta, S., & Gregor, M. (2016). Helping Skills Training for Undergraduate Students: Who Should We Select and Train?. *The Counseling Psychologist*, *44*(1), 55-77.

- Hill, C. E. (2016). Foreword. In Jennings, L., & Skovholt, T. M. (2016). *Expertise in counseling & psychotherapy – master therapists studies from around the world*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hill, C. E., Spiegel S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M. & Gelso, C. J. (2017b). Therapist Expertise: the Debate Continues. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 99–112.
- Hill, C. E., Spiegel S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017a). Therapist Expertise in Psychotherapy Revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3–11.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (2016). *Expertise in counseling & psychotherapy – master therapists studies from around the world*. Oxford University Press.
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2016). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(7), 13-37.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390.

- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361.
- Laska, K. M., & Federman, E. J. (2015). Rapid Recovery with an Effective Therapist: a Comment on Hansen, Lambert, and Vlass. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(2), 202-215.
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 89-130.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 321–329.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1-9.
- 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.
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Structured Interview on Expertise, *The Integrative Therapist, Society For The Integration Of Psychotherapy, Newsletter*, 4(2), 13-15.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60.
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). Our Best Selves: Defining and Actualizing Expertise in Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75.
- Norcross, J. C., Bike, D. H., & Evans, K. L. (2009). The therapist's therapist: A replication and extension 20 years later. *Psychotherapy*, 46(1), 32-41.

- O'Shaughnessy, T., Du, Y., & Davis, C. (2017). Reflections on the Power to Define Psychotherapy Expertise. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 90–98.
- Oddli, H. W., & Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research*, 22, 176–193.
- Oddli, H. W., McLeod, J., Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., & Halvorsen, M. S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *J Clin Psychol*, 1–23.
- Oddli, H., W., McLeod, J., Reichelt, S., & Rønnestad, M. H. (2014) Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(3), 245-266
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373.
- Pereira, J., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Journal of Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 216-223.
- Reese, R. J. (2017). The Promise and Challenge (and Reality) of Defining Therapist Expertise. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 76–89.
- Rønnestad, M. H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct? *Psychotherapy Bulletin*, 51(1), 11-13.
- Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review*, 76, 101827.
- Skovholt, T. M., Jennings, L., & Mullenbach, M. (2016). Portrait of the Master Therapist: Developmental Model of the Highly Functioning Self. In Skovholt, T. M., & Jennings, L.

- (Eds.). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling* (10th Anniversary Edition) (p.125-146). Oxford University Press.
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica – Os Dados da Investigação Mais Relevantes para os Clínicos*. Fim de século.
- Sullivan, M., Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2016). Master Therapists' Construction of the Therapy Relationship. In Skovholt, T. M., & Jennings, L. (Eds.). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counselling* (10th Anniversary Edition) (p.53-76). Oxford University Press.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50(1), 7-13.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy – an elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229.
- Tryon, G., Birch, S., & Verkuilen, J. (2018). Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 55(4), 372–383.
- Von der Lippe, A. L., Oddli, H. W., & Halvorsen, M. S. (2017). Therapist strategies early in therapy associated with good or poor outcomes among clients with low proactive agency. *Psychotherapy Research*, 1–20.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate - The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some*

therapists better than others?: understanding therapist effects (p.37–53). American Psychological Association.

ANEXO B – Resumo dos códigos gerados no processo de codificação aberta

- 1 Acentua de forma explícita a escolha do cliente quanto à decisão de iniciar terapia
- 2 Agradece o preenchimento dos instrumentos de monitorização clínica
- 3 Apresenta ou contextualiza os instrumentos de monitorização clínica
- 4 Assegura ao cliente a disponibilização de registos ou resultados da aplicação de instrumentos de monitorização clínica
- 5 Ausculta a experiência do cliente sobre grau de diretividade imprimido pelo terapeuta
- 6 Ausculta a experiência global do cliente sobre a sessão
- 7 Clarifica ambivalências, conflitos ou circunstâncias presentes na narrativa do cliente
- 8 Clarifica aspetos contratuais relacionados com duração da terapia e/ou cadências e duração das sessões
- 9 Clarifica aspetos relacionados com o preenchimento dos instrumentos de monitorização clínica
- 10 Clarifica características do funcionamento do cliente (reações cognitivas, crenças, estilo de coping, defesas, e.g.)
- 11 Clarifica dinâmicas relacionais com figuras de vinculação ou Outros significativos
- 12 Clarifica sobre questões de anonimato no contexto do protocolo de investigação
- 13 Clarifica tentativamente a experiência do cliente, tal como é percebida pelo terapeuta
- 14 Comenta enquanto usa dispositivos informáticos ou sobre dificuldades técnicas
- 15 Completa ou reflete a visão ou a narrativa emocional do cliente mostrando sintonia e incitando a continuar
- 16 Comunica sobre ou enquadra intenções ou sentido da sua intervenção
- 17 Concerta agendamento da sessão seguinte
- 18 Convida cliente a desenvolver tarefas extraterapêuticas
- 19 Convida cliente a refletir sobre os objetivos definidos entre sessões
- 20 Cria expectativa sobre abordagem aos objetivos formulados nas sessões seguintes
- 21 Cumprimenta ou despede-se do cliente
- 22 Discute questões de (quebra de) confidencialidade
- 23 Disponibiliza-se para clarificar dúvidas no preenchimento dos instrumentos de monitorização clínica
- 24 Elabora tentativamente uma leitura possível com base na narrativa do cliente
- 25 Elabora tentativamente uma leitura recorrendo a imagens ou metáforas
- 26 Elabora tentativamente uma leitura sobre o funcionamento ou estratégias de coping do cliente
- 27 Empatiza e valida resistência mostrada pelo cliente
- 28 Enquadra o uso de instrumentos de monitorização clínica no contexto dos objetivos do protocolo de investigação
- 29 Enquadra uso de instrumentos de monitorização clínica num contexto relacional, dando-lhe primazia
- 30 Esclarece forma de contacto com o terapeuta
- 31 Espelha ou ecoa palavras do cliente com a intenção de mostrar sintonia, concordar, reforçar, validar ou mostrar que compreendeu

- 32 Explora a percepção do cliente sobre atitudes, ações ou circunstâncias de Outros significativos
- 33 Explora a qualidade da rede de suporte do cliente
- 34 Explora assunto na sequência de pista do cliente sobre tema que parece significativo
- 35 Explora como correu a entrevista do protocolo de investigação
- 36 Explora comportamentos auto ou heterolesivos (risco atual ou passado)
- 37 Explora comportamentos de risco na sequência da narrativa do cliente
- 38 Explora contextos (circunstâncias, precipitantes, mecanismos de coping, e.g.) relacionados com distress exacerbado/pedido do cliente
- 39 Explora contextos escolar, académico, experiências profissionais, projeto profissional
- 40 Explora dados pessoais gerais (identidade de género, agregado familiar, e.g.)
- 41 Explora dinâmicas relacionais com figuras de vinculação ou eventos/memórias significativas da infância
- 42 Explora eventuais limitações, deficiências ou doenças físicas do cliente
- 43 Explora experiências prévias de acompanhamento psicológico ou outros recursos de ajuda
- 44 Explora lifestyle do cliente (exercício, lazer, e.g.)
- 45 Explora ou procura captar expectativas do cliente sobre mudança terapêutica
- 46 Explora percepção do cliente sobre origens dos problemas ou de características suas
- 47 Explora preferências do cliente sobre condução das sessões
- 48 Explora reações, características e crenças do cliente com base cenários hipotéticos
- 49 Explora resultados ou respostas aos questionários em contexto relacional
- 50 Explora se o cliente já respondeu anteriormente a instrumentos de monitorização clínica no contexto terapêutico
- 51 Explora se objetivos formulados são significativos ou produtivos, sugerindo reformulá-los se pertinente
- 52 Explora tema com base em conjectura ou ressonância do próprio terapeuta
- 53 Explora tema dos relacionamentos românticos (atuais e passados)
- 54 Explora tema ou questiona com objetivo de compreender circunstâncias, informações gerais ou atitudes de terceiros
- 55 Explora visão de futuro ou aspiracional do cliente
- 56 Explora vivência da toma de medicação psiquiátrica na sequência da narrativa
- 57 Explora vivência do cliente sobre distress ou problemas atuais na sequência da sua narrativa
- 58 Explora worldview ou crenças do cliente
- 59 Expressa abertamente dificuldade em captar experiência interna do cliente
- 60 Faz comentário sobre os instrumentos de monitorização clínica
- 61 Faz conjectura empática tentativa sobre experiência interna do cliente
- 62 Faz intervenção conversacional curta que valida resposta e/ou incita a continuar
- 63 Faz intervenção no contexto do aqui e agora da relação terapêutica
- 64 Faz psicoeducação sobre alívio sintomatológico sentido relacionando-o com a expectativa de obtenção de ajuda

- 65 Faz psicoeducação sobre aspetos sintomatológicos
- 66 Faz psicoeducação sobre foco e processos da sessão de assessment
- 67 Faz psicoeducação sobre modelo terapêutico e qual a visão sobre o papel do cliente
- 68 Faz psicoeducação sobre processos psicológicos
- 69 Faz psicoeducação sobre processos terapêuticos (papel do cliente, estilo do terapeuta, e.g.)
- 70 Faz reflexão empática tentativa sobre experiência interna do cliente
- 71 Fornece informação (folheto) sobre recursos de ajuda adicionais
- 72 Gere expectativas sobre tempo dedicado ao preenchimento dos instrumentos de monitorização clínica
- 73 Incita à co-elaboração da redação dos objetivos
- 74 Incita à exploração do cliente sobre visão de si mesmo
- 75 Incita à reflexão, formulação e clarificação de objetivos terapêuticos
- 76 Incita cliente a abordar assuntos significativos que o fizeram procurar apoio psicológico
- 77 Incita cliente a aprofundar a sua experiência interna sobre tema ou evento relevante
- 78 Incita cliente a definir foco ou assuntos que gostaria de explorar em sessão
- 79 Incita cliente a explorar recursos psicológicos, estratégias de coping e/ou custos psicológicos
- 80 Incita cliente a expressar discordância ou ser crítico sobre as intervenções ou sugestões do terapeuta
- 81 Incita cliente a expressar se a leitura do terapeuta lhe faz sentido
- 82 Incita cliente a fornecer *feedback* sobre a sessão e/ou postura do terapeuta
- 83 Informa cliente que estão a ser gravados
- 84 Informa ou refere-se explicitamente a aspetos relacionados com gestão do tempo da sessão
- 85 Informa ou relembra aspetos contratuais sobre uso de instrumentos de monitorização clínica
- 86 Introduce e/ou negocia expectativas sobre processos de mudança
- 87 Introduce expectativas positivas sobre processo de mudança com base na leitura dos resultados da aplicação de instrumentos de monitorização clínica
- 88 Introduce expectativas sobre uso de medidas de outcome como indicador terapêutico (privilegiando a relação)
- 89 Organiza, sumaria, estabelece cronologia ou salienta sequência de eventos ou circunstâncias significativas
- 90 Procura captar se compreendeu bem ou esclarecer ao que o cliente se refere
- 91 Procura estabelecer elos temporais, compreender circunstâncias/dinâmicas familiares ou com pares e/ou outras informações relevantes
- 92 Procura focar a exploração de assunto introduzindo dimensões ou ligações que não estavam presentes na narrativa
- 93 Procura que cliente clarifique significados de conteúdos da sua narrativa
- 94 Promove análise conjunta do questionário sobre preferências, explorando ou

- clarificando respostas do cliente
- 95 Propõe racional explicativo sobre a experiência interna ou distress sentido pelo cliente
 - 96 Questiona cliente sobre assuntos significativos da sua história da vida e que acha pertinente referir na sessão de assessment
 - 97 Questiona para procurar captar experiência interna ou vivência do cliente
 - 98 Questiona sobre comportamentos aditivos
 - 99 Questiona sobre medicação psiquiátrica (tipo, dosagem, impacto, e.g.)
 - 100 Reage de forma expressiva ou opinativa
 - 101 Recorre a 'hedging language' (linguagem tentativa)
 - 102 Relaciona ou capitaliza estratégias extraterapêuticas espontâneas do cliente e processos do trabalho terapêutico
 - 103 Retoma objetivos terapêuticos para negociar/avaliar foco das sessões
 - 104 Revela impressões sobre o cliente
 - 105 Revela ressonância interna perante conteúdos da narrativa do cliente
 - 106 Salienta e valida os recursos psicológicos ou estilo de coping do cliente
 - 107 Salienta o carácter fluido e não vinculativo das preferências manifestadas
 - 108 Salienta o carácter não vinculativo dos objetivos formulados e/ou enquadra a formulação de objetivos como um processo ongoing
 - 109 Sinaliza tema relevante a abordar depois da sessão de assessment
 - 110 Solicita anuência do cliente para tomar notas
 - 111 Sugere analisar e/ou explora em conjunto resultados (charts) dos instrumentos de monitorização clínica aplicados
 - 112 Sugere tentativamente ligação ou padrão
 - 113 Sugere tentativamente objetivos com base em leitura abrangente da narrativa do cliente
 - 114 Sugere uma leitura alternativa ou que introduz algum desafio face à visão do cliente
 - 115 Sugere uma leitura complementar com base na narrativa do cliente
 - 116 Transmite explicitamente ou insinua visão do cliente como agente central e ativo no processo terapêutico
 - 117 Usa o humor
 - 118 Valida a dificuldade do cliente em formular objetivos
 - 119 Valida a vivência do cliente
 - 120 Valida perceção do cliente sobre utilidade ou fiabilidade das medidas dos instrumentos de monitorização clínica
 - 121 Valida preferência manifestada pelo cliente sobre foco da sessão