



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**PROCESSO E *OUTCOME* EM PSICOTERAPIA
EXISTENCIAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Inês da Silva Ferreira Pereira de Carvalho

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR DANIEL SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR DANIEL SOUSA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Sousa, agradeço o voto de confiança que em mim depositou. Agradeço-lhe pelo sentido crítico com que sempre abordou a temática da investigação em psicoterapia, que suscitou, em mim, interesse e me levou a querer saber mais.

Agradeço aos terapeutas e pacientes/clientes a generosidade com que aceitaram expor, perante nós, os seus processos terapêuticos. De outra forma, a realização deste estudo tornar-se-ia inviável.

À Tânia Silva, inter-avaliadora neste trabalho, agradeço os momentos de partilha de informações e conhecimentos.

À Sofia Alegria, minha colega de outras investigações, preciso de agradecer a compreensão, os momentos de partilha de algumas angústias e a disponibilidade que mostrou para reflectirmos juntas.

Agradeço, agora, aos meus amigos. A todos eles, pela forma como cada um soube conter as minhas inquietações, respeitar as minhas ausências e deixar-me convicta de que seria capaz.

À Zé e à Vera, por terem sido presenças constantes e imprescindíveis no meu percurso académico. À Vera, pelos momentos de partilha. A ti, Zé, pela amizade e pela sensibilidade com que foste dizendo as *palavras certas*, nos *momentos certos*.

Aos meus pais e ao meu irmão, André. Agradeço-vos tudo. Sem vocês seria tudo teria sido imensamente difícil. Talvez quase insuportável.

Resumo

A literatura evidencia a escassez de estudos que caracterizem o processo terapêutico em psicoterapia existencial. Neste trabalho, procedemos à caracterização dos segundos seis meses de quatro processos terapêuticos de orientação existencial com duração de aproximadamente 48 sessões.

Como medida de processo utilizamos o PQS (*Psychotherapy Process Q-set*), procedendo-se à cotação das sessões através da audição das mesmas. Como medida de *outcome* utilizamos o CORE-OM (*Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure*), com medições no pré e pós-tratamento.

Os dados emergentes da análise das quatro díades sugerem concordância com os fundamentos da psicoterapia existencial. Verifica-se uma atitude empática, responsiva e envolvida por parte dos terapeutas, numa atmosfera marcada pela compreensão e aceitação do *modo de ser* dos pacientes. Verifica-se o enfoque nas situações actuais da vida dos pacientes, remetendo-nos para o *aqui e agora*. Os resultados revelam a existência de indicadores de mudança em duas das quatro díades analisadas, assinalando-se a manutenção da atitude dos terapeutas nos dois grupos de processos. Nos processos terapêuticos com indicadores de mudança, assinala-se a existência de uma relação terapêutica com baixa expressão da ambivalência, onde se evidencia um sentimento de confiança e segurança, indo de encontro aos fundamentos da psicoterapia existencial. Nos processos sem indicadores de mudança, verifica-se uma atitude defensiva por parte dos pacientes, fazendo-nos reflectir sobre o papel da aliança terapêutica como factor facilitador da mudança psicoterapêutica. Discutimos o papel do terapeuta, do paciente, e da relação terapêutica, estabelecendo os paralelismos necessários entre a investigação em psicoterapia e os fundamentos da psicoterapia existencial.

Palavras-chave: investigação em psicoterapia, psicoterapia existencial, mudança psicoterapêutica, Psychotherapy Process Q-set, relação terapêutica

Abstract

There is a scarcity of studies that characterize the therapeutic process in existential psychotherapy. In this work, we characterize the second six months of four therapeutic processes of existential orientation, lasting approximately 48 sessions.

We used PQS (*Psychotherapy Process Q-set*) as process measures, and produced quotations by listening to the sessions. As outcome measure we used CORE-OM (*Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure*), with pre- and post-treatment measures.

The data that emerged from the analysis of the four dyads suggest concordance with the fundamentals of existential psychotherapy. We verified an empathetic, responsive and committed attitude by the therapists, in an atmosphere marked by understanding and acceptance of the patient's way of being. There was a focus on the current situation of the patient's lives, referring them to the *here and now*. The results revealed the existence of change indicators in two of the four analyzed dyads. with a maintenance of therapist attitudes in the two groups of processes. In the therapeutic processes with change indicators, we point out the existence of a therapeutic relationship with low expression of ambivalence, with an evident sentiment of trust and security, in accordance with the fundamentals of existential psychotherapy. In the processes without change indicators, the patients had a defensive attitude, leading us to reflect upon the role of the therapeutic alliance as a facilitating agent of psychotherapeutic change. We discuss the role of the therapist, the patient and the therapeutic relationship, establishing the necessary parallels between research in psychotherapy and the fundamentals of existential psychotherapy.

Keywords: research in psychotherapy, existential psychotherapy, psychotherapeutic change, Psychotherapy Process Q-set, therapeutic relationship.

Índice

Introdução.....	1
Psicoterapia: que concepções.....	1
Eficácia em Psicoterapia: global e particularmente falando	2
Factores específicos e (vs.) Factores comuns?	4
Princípios de mudança terapêutica empiricamente suportados: para uma sistematização do conhecimento	6
Metodologicamente falando.....	8
Investigação de <i>outcome</i> : CORE-OM.....	9
Investigação de processo: PQS.....	10
Psicoterapia existencial: abordagem dos pontos essenciais	11
Pertinência e objectivos do estudo.....	13
Metodologia	14
Participantes	14
Instrumentos	14
Procedimentos.....	15
Resultados	17
Caracterização dos processos terapêuticos: elementos salientes	17
<i>Outcome</i> terapêutico: análise compreensiva.....	19
Processo e <i>outcome</i> : elementos salientes e mudança clinicamente significativa.....	20
Discussão	26
Caracterização dos processos terapêuticos	26
<i>Outcome</i> terapêutico	28
Processo e <i>outcome</i> : elementos salientes e mudança clinicamente significativa.....	28
Limitações e sugestões para estudos futuros.....	31
Implicações para a prática	32
Conclusões	34
Referências Bibliográficas.....	36
ANEXO A – VERSÃO PORTUGUESA DO <i>PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET</i> (PQS)	42
ANEXO B – VERSÃO PORTUGUESA DO CORE-OM	66
ANEXO C – CORRELAÇÕES INTER-AVALIADORES (PQS).....	69
ANEXO D – ITENS SALIENTES EM CADA DÍADE.....	71

Índice de Tabelas

Tabela 1: <i>10 itens mais característicos, de acordo com as médias das quatro díades</i>	17
Tabela 2: <i>10 mais não característicos, de acordo com a média das quatro díades</i>	18
Tabela 3: <i>Outcomes terapêuticos</i>	19
Tabela 4: <i>Análise comparativa dos 10 itens mais característicos</i>	21
Tabela 5: <i>Análise comparativa dos 10 itens menos característicos</i>	22

Introdução

“Não se pode reduzir a dimensão humana a uma pequena classificação, a algumas frases e algumas categorias. Este género de procedimento é útil, para o computador, para o estudo de medicamentos ou ainda para perfis psicológicos, mas certamente não para o conhecimento do outro” (Cyrulnik, 2004, pp.17)

Psicoterapia: que concepções

Como em qualquer fenómeno ou constructo, também a psicoterapia pode ser entendida tendo por base diferentes pontos de vista, diferentes concepções teóricas, diferentes concepções de carácter mais individual ou social. Assim, são inúmeras as definições de psicoterapia apresentadas na literatura, das quais destacaremos algumas ao longo deste trabalho.

Etimologicamente, a palavra *psicoterapia* resulta da conjugação das palavras gregas *psyché* - que significa alma, espírito ou vida -, e *therapeía* - remetendo para cuidado, cuidado religioso, cuidado médico, tratamento. Daqui, emerge a ideia de “cura pela mente” Actualmente, e tendo em conta o panorama actual da investigação em psicoterapia, a prática psicoterapêutica é entendida pela APA (2006) como um processo de mudança que promove o alívio de sintomas, impulsiona mudanças na personalidade e previne futuros episódios sintomáticos. Nos indivíduos com maior funcionalidade, melhora a sua qualidade de vida, promovendo o funcionamento adaptativo no trabalho e nas relações interpessoais, a capacidade de fazer escolhas de vida satisfatórias e saudáveis, bem como a concretização de outros objectivos acordados entre o cliente/paciente e o terapeuta (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Segundo Wampold (2010), o desenvolvimento da psicoterapia moderna encontra-se, desde a sua origem, ligado a todas as questões culturais e práticas tradicionais de cura, sendo que, desde a segunda metade do séc. XIX, se verifica uma forte ligação ao desenvolvimento da medicina. Estas duas influências, muitas vezes negligenciadas na literatura, parecem permitir uma compreensão geral da evolução do conceito e da prática psicoterapêutica.

Numa perspectiva sociológica e antropológica, acredita-se que o ser humano está em constante processo de mudança. As suas relações, a sua família, aquilo que sabe acerca de si próprio e do mundo está em constante processo de transformação. Neste sentido, os registos da comunicação humana existentes revelam que as discussões em torno da mudança do ser humano se impuseram desde muito cedo. Deste modo, os textos existentes relatam-nos a centralidade da natureza e das questões inerentes à mudança como fundamentais na discussão de questões culturais e de desenvolvimento do ser humano no mundo. Sociologicamente pode dizer-se que o ser humano se constitui simultaneamente como observador e implementador de sucessivas mudanças. Constitui-se, então, como um agente activo no processo de mudança que precisa de ser ouvido e compreendido (Mahoney, 2000). Para Galileu e Newton, a mudança era vista como

uma sequência linear e causal na qual uma “força externa” tinha impacto num “corpo isolado” que respondia num movimento linear. Nesta perspectiva, a mudança seria causada por uma força externa, sendo o agente considerado como passivo. Com a complexificação dos sistemas, foram sendo considerados os papéis das interações e mecanismos identificados que permitiram a conceptualização da mudança como um processo dinâmico através do qual a transformação ocorre (Mahoney, 2000).

No que respeita à prática psicoterapêutica, não pode deixar de salientar-se a ideia de que toda a evolução presente nas concepções aqui apresentadas contribui em larga escala para o entendimento do processo terapêutico tal como o conhecemos hoje (Wampold, 2010).

Relativamente ao paralelismo estabelecido entre a prática psicoterapêutica e a medicina, foi no período em que a mitologia e os rituais começaram a dar lugar a um entendimento da doença e da cura com base nas explicações físico-químicas que, também no campo da psicoterapia, se deu um movimento de diferenciação da prática psicoterapêutica relativamente aos rituais e formas de cura tradicionais. Nesta sequência, surgiu um maior número de investigações dando origem a um movimento de acreditação da prática psicoterapêutica por meio da demonstração da sua eficácia (Wampold, 2010).

Nesta linha de pensamento, pode dizer-se que a prática psicoterapêutica se encontrava fortemente conotada ao modelo médico, centrado na remissão do sintoma e no estabelecimento de relações causa-efeito. Exemplo disto era a concepção existente de que os mecanismos de mudança apresentavam uma larga consistência com a explicação teórica da perturbação, sugerindo a utilização de acções terapêuticas específicas. Por conseguinte, a acção terapêutica seria responsável pelos benefícios da psicoterapia, não considerando a interveniência de outros factores como a aliança terapêutica (Wampold, 2010).

Ainda na época actual, é possível observar a existência de diversos estudos centrados na investigação de resultados, deixando de parte a compreensão de todo o processo subjacente, bem com a utilização de manuais de tratamento e a formação de equipas de investigação centradas no estabelecimento de tratamentos empiricamente validados (Wampold, 2010). Dizendo isto, não pretende desvalorizar-se a importância deste tipo de investigação. Pelo contrário, pretende evidenciar-se a necessidade de integração de diversas componentes para a compreensão global do fenómeno que é a mudança psicoterapêutica (Cooper, 2008).

Eficácia em Psicoterapia: global e particularmente falando

Não pode deixar de se salientar a publicação de um artigo de Eysenck (1952) onde era defendida a ausência de indicadores relativos à eficácia dos processos psicoterapêuticos. Estava em causa a ausência da objectividade nas teorias que estavam na génese das terapias, alertando para a escassez da investigação nesta área. A partir deste momento, verificou-se um aumento

exponencial das investigações produzidas, dando lugar a um paradigma de investigação centrado na definição de constructos e na avaliação da eficácia das diversas práticas psicoterapêuticas (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001; Wampold, 2010).

Segundo Cooper (2008), a psicoterapia deve ser informada com base na investigação (*research-informed*) em oposição a uma psicoterapia dirigida pela investigação (*research-directed*). Então, a investigação, juntamente com outras formas de acesso à informação, e nunca subestimando a importância da experiência que a prática clínica permite, surge simultaneamente como ferramenta essencial de adaptação e comunicação (Cooper, 2008). A falada *prática clínica baseada na evidência* (*evidence-based psychological practise*), foi em 2006 definida pela APA como “*a integração da melhor investigação disponível com a prática clínica, contextualizando as características do paciente, a cultura e as preferências*” (Cooper, 2008; APA, 2006). Esta concepção permite aos terapeutas acompanhar a evolução dos modos de vida e mudanças em comportamentos e características implícitas ao desenvolvimento social, conduzindo à adaptação de novas formas de intervir. Permite a transmissão do conhecimento entre profissionais, junto das possíveis entidades empregadoras e da população em geral. A investigação em psicoterapia possibilita, também, aos terapeutas conhecer algumas particularidades do processo terapêutico que podem ser de importância crucial no momento do delineamento de um plano de intervenção ajustado (Cooper, 2008).

Actualmente, e depois de muito se ter evoluído na investigação e sistematização do conhecimento, a psicoterapia é consensualmente entendida como benéfica e eficaz. Apresenta resultados superiores às listas de espera, situações de não-tratamento e a grupos de controlo placebo (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001; Wampold, 2010). Em termos percentuais, pode referir-se a conclusão alcançada por Lambert & Ogles (2004) de que, em média, os pacientes de psicoterapia se encontram significativamente melhor no término do processo terapêutico, relativamente a 80% das pessoas com o mesmo tipo de problemática não sujeitas a psicoterapia. De facto, resultados de diferentes estudos revelam que a psicoterapia está associada à mudança positiva de comportamentos e características “externas” (Cooper, 2008).

Passado o paradigma de investigação em que tanto se discutiu a eficácia da psicoterapia como prática terapêutica, a discussão passou a centrar-se na eficácia dos diversos referenciais teóricos existentes. O aumento exponencial da investigação da linha cognitivo-comportamental veio conferir-lhe uma maior credibilidade. A este referencial teórico seguiram-se muitos outros (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001; Wampold, 2010). O tipo de investigação da qual falamos está fortemente conotado ao desenvolvimento exponencial das ferramentas estatísticas que permitiram a exploração de diferentes aspectos da prática psicoterapêutica. Como já se referiu, tratava-se de uma linha de investigação muito

centrada na afirmação de cada um dos referenciais teóricos existentes, o que poderá ter induzido a uma comunidade científica muito centrada na confirmação da eficácia das técnicas por cada um deles utilizadas. De facto, após terem sido realizados inúmeros estudos e analisando cuidadosamente as conclusões apontadas pelas meta-análises, parece existir uma forte evidência de que os resultados alcançados pelas diferentes psicoterapias, de diferentes correntes teóricas, se mostram equiparáveis, não sendo relevantes as diferenças de resultados obtidos pelas diversas escolas psicoterapêuticas (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001; Lambert, 1989). Ainda que este facto tenha sido aceite, pôde observar-se na comunidade científica uma necessidade de estabelecimento de regras e manuais que permitissem uma monitorização cada vez mais abrangente das diversas abordagens psicoterapêuticas.

Foi neste sentido que foi criada a Divisão 12 da APA (a Divisão de Psicologia Clínica da American Psychological Association, actualmente designada por Standing Committee on Science and Practice), tendo como objectivo estabelecer um conjunto de normas e procedimentos tipo para intervenções psicoterapêuticas eficazes para perturbações psicológicas específicas, publicadas em manuais de intervenções psicológicas, com base em dados empíricos. Se, por um lado a literatura aponta para uma homogeneidade dos resultados alcançados quando nos baseamos na análise das técnicas utilizadas (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001; Lambert, 1989), por outro parece existir a crença de que a criação de manuais tão completos quanto possível poderá conduzir a uma prática psicoterapêutica cada vez mais eficaz. Não obstante a importância da monitorização das técnicas utilizadas em cada uma das escolas psicoterapêuticas, no que respeita à eficácia e eficiência do processo terapêutico, três factores fundamentais parecem estar, aqui, excluídos: a relação terapêutica, as particularidades das pessoas que extravasam os critérios de diagnóstico do DSM, e as características do terapeuta (Norcross, 2002).

Relativamente ao que foi dito, estamos perante uma das controvérsias mais actuais da investigação em psicoterapia. Falamos das duas linhas de investigação que ora aparecem como opostas, ora como complementares: a linha dos *factores específicos* e a linha dos *factores comuns*.

Factores específicos e (vs.) Factores comuns?

A linha dos *factores específicos* diz respeito a uma combinação selectiva e intencional pelo terapeuta das técnicas mais eficazes (em cada uma das intervenções psicoterapêuticas, independentemente das suas origens teóricas) de forma a alcançar o melhor resultado terapêutico, específico para um determinado paciente (Chambless & Ollendick, 2001). Encontra-se intimamente ligada ao paradigma dos *EST's* (*Empirical Supported Treatments*), campo no qual se tem verificado difícil encontrar um consenso relativamente às estratégias de investigação e aos

critérios que podem suportar empiricamente a identificação dos falados *factores específicos* em psicoterapia (Western, Thompson-Brenner, & Novotny, 2004; Wampold, 2001; Bohart, 2005). As conclusões apresentadas na literatura apontam para uma oscilação entre uma relativa equiparabilidade dos resultados das diferentes escolas psicoterapêuticas (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001; Frank, 1979; Lambert, 1989) e a indicação de uma pequena superioridade da linha cognitivo-comportamental em algumas perturbações específicas (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky, 1986; Wampold, 2001; Frank, 1979; Lambert, 1989). Não obstante, tem sido muito citada a ideia defendida por Saul Rosenzweig (1936) de que “*todos ganham, todos merecem prémios*”. Falamos do *Veredicto do Pássaro DoDo*, mais recentemente enfatizado por Luborsky e colaboradores (1985).

Neste sentido, a comunidade científica depara-se com duas grandes questões. Por um lado, até que ponto a aplicação dos EST's (*Empirically Supported Treatments*) consegue ser totalmente aderente aos protocolos apresentados e de que forma isto interfere na avaliação do impacto da técnica no sucesso terapêutico? Por outro, concebendo a psicoterapia como um processo dinâmico será possível fazer uma separação estanque dos ditos *ingredientes específicos*?

No seguimento do que foi dito, em 1936, Saul Rosenzweig, observando que as diversas correntes psicoterapêuticas apresentavam bons resultados, sugeriu que existiriam *factores comuns* às diversas abordagens e que seriam esses fatores os responsáveis pelo sucesso do processo psicoterapêutico (Rosenzweig, 1936; Luborsky et al., 2002; Hubbles, Duncan & Miller, 1999). Desde então, muitos têm sido os modelos de *factores comuns* propostos por diversos investigadores (Frank & Frank, 1991; Garfield, 1990). Relativamente à terminologia utilizada, deve esclarecer-se que o termo *factores comuns* não pretende referir-se ao que os diferentes referenciais teóricos têm em comum. Pretende-se sim fazer referência aos factores que contribuem para o sucesso do processo terapêutico, independentemente do referencial e orientação teórica (Miller, Hubble, Duncan & Wampold, 2010). Neste sentido, parece pertinente a referência ao conceito de *factores terapêuticos* proposto por Lambert (1986), no qual se enfatizam os elementos de promoção e suporte da mudança psicoterapêutica. O modelo dos *factores comuns* enfatiza o trabalho conjunto entre cliente e terapeuta, focando depois os aspectos relativos ao cliente, ao terapeuta, à relação estabelecida entre os dois e à estrutura do tratamento adoptado (Wampold, 2010). Depois dos autores referidos terem feito sucessivas categorizações dos *factores comuns*, em 1990, Greencavage e Norcross procederam a uma análise através de métodos empíricos combinados com métodos racionais. Desta revisão apuraram-se cinco categorias diferenciadoras: (1) características do paciente, (2) qualidades do terapeuta, (3) processos ou princípios de mudança, (4) estrutura da intervenção terapêutica e (5) elementos da relação.

Outra das maiores controvérsias no campo da investigação em psicoterapia é se a mudança do cliente é primeiramente causada pelas técnicas utilizadas pelo psicoterapeuta, ou pela qualidade da relação terapêutica (Castonguay & Beutler, 2006). A investigação existente tem demonstrado uma importância crescente dos *fatores comuns*, ao invés da ênfase dada exclusivamente à terapêutica utilizada (Wampold, 2010), mas, segundo Castonguay e Beutler (2006), a complexidade do processo de mudança requer que sejam considerados fatores técnicos e interpessoais.

Como foi anteriormente referido, a APA (*American Psychology Association*) criou uma equipa de investigação no sentido de fazer um levantamento dos EST's (*empirically supported treatments*) e, posteriormente uma outra com o objectivo de investigar as ESTR's (*empirically supported therapeutic relations*). Não obstante do contributo de cada uma das duas linhas de investigação, a literatura tem vindo a demonstrar que nenhuma destas componentes pode ser considerada de forma isolada (Castonguay & Beutler, 2006). Com efeito, colocar a técnica em confronto com a relação, não trará grandes benefícios e, principalmente, não fará justiça à complexidade do processo de mudança. Parecem existir evidências suficientes de que quer a relação quer a técnica são importantes componentes de mudança, e de que se fosse possível intervir só com a técnica, ou só com a relação, verificaríamos que os resultados terapêuticos seriam muito atenuados (Castonguay, 1993; Norcross 2002; Beutler & Harwood, 2000; Castonguay & Beutler, 2006). Assim, se sem o mínimo de confiança e respeito pelo cliente não será possível implementar as técnicas indicadas e obter com isso sucesso, deve assumir-se que existe uma multiplicidade de técnicas que conduzem (nelas mesmas) ao estabelecimento de uma relação terapêutica promotora da mudança (Castonguay & Beutler, 2006).

Princípios de mudança terapêutica empiricamente suportados: para uma sistematização do conhecimento

Deste modo, num movimento conciliatório das duas Task Forces referidas, Louis Castonguay e Larry Beutler (2006), constituíram um outro grupo de trabalho com o objectivo de estabelecer *princípios de mudança terapêutica empiricamente suportados* (ESP's). Falamos agora da tentativa de mobilização de todo o conhecimento que a investigação em psicoterapia produziu para que se comecem a definir princípios de base que fomentam a mudança terapêutica, sem que estejam relacionados com uma teoria ou modelo específico. Fazendo uma caracterização dos diferentes domínios (relacional, técnico, características dos participantes – cliente e terapeuta) em diferentes tipos de problemáticas, os autores pretendem passar a ideia de que há factores comuns e específicos (a cada perturbação), mas que todos eles interferem (de alguma forma e com diferente relevância) em cada processo terapêutico (Castonguay & Beutler, 2006).

Relativamente às características dos participantes, são apontadas variáveis como o grau de perturbação no pré-tratamento, a existência de perturbações de personalidade, as dificuldades financeiras e ocupacionais e a ‘existência’ de problemas interpessoais numa fase precoce do desenvolvimento como dificultadores do processo de mudança. É também realçado o inegável papel das expectativas do cliente (Castonguay & Beutler, 2006).

No domínio da relação terapêutica, os autores incluem a qualidade da relação, as competências interpessoais e também as competências clínicas do terapeuta. Segundo os autores, a terapia tende a ser tanto mais benéfica quanto maior for o trabalho na aliança terapêutica (estabelecimento, manutenção ao longo do processo e reparação de possíveis rupturas). Variáveis como o grau de colaboração entre cliente e terapeuta, o estabelecimento de uma relação empática, uma atitude cuidadora, de suporte e aceitação perfilam-se como facilitadoras da ocorrência da mudança psicoterapêutica. Relativamente às interpretações relacionais, quando feitas de forma cuidadosa e sendo bem aceites pelo cliente, funcionam também como facilitadores. Considera-se, ainda, importante salientar a importância do fornecimento de feedback por parte do terapeuta na construção de uma relação terapêutica promotora da mudança (Castonguay & Beutler, 2006).

No que aos factores técnicos diz respeito, um tratamento estruturado no qual o terapeuta se revela honesto relativamente aos seus limites e aos da própria terapia, poderá ser um facilitador da mudança psicoterapêutica. A motivação do cliente para o tratamento sai reforçada, bem como o processo de mudança, se os impasses terapêuticos forem resolvidos e ultrapassados recorrendo a estratégias não confrontativas. Não obstante, o terapeuta deverá ter as competências necessárias para intervir alternadamente de forma directiva ou não-directiva. Salientam-se a responsividade e atitude genuína do terapeuta como facilitadores do processo de mudança, num constante exercício da capacidade de entendimento de que a mudança é um processo difícil para o cliente. Segundo os autores, trabalhar os aspectos interpessoais do funcionamento do cliente e do quadro clínico diagnosticado facilita, também, a ocorrência da mudança psicoterapêutica. Deve referir-se que, a limitação do tempo do tratamento pode, também, ser benéfica, bem como o estabelecimento de uma periodicidade mais regular e intensa. A terapia tende a ser benéfica se o terapeuta facilitar a mudança a nível das cognições do cliente (trabalhando o desenvolvimento da sua capacidade de reflexão e consciencialização), ajudando a modificar comportamentos, emoções e respostas fisiológicas não-adaptativas. Como factores promotores da mudança psicoterapêutica, surgem, ainda, a facilitação da auto-exploração do cliente e da aceitação, tolerância e experimentação das suas emoções (Castonguay & Beutler, 2006).

Não obstante dos factores apresentados, acaba por defender-se a ideia de que nenhuma perturbação surge no *setting* psicoterapêutico de forma isolada e que, por esta razão, será preciso

analisar, de forma particular mas também global, cada caso em seguimento (Castonguay & Beutler, 2006).

Metodologicamente falando

A investigação do processo de mudança (*change process research* - CPR) (Greenberg, 1986) consiste no estudo do processo através do qual a mudança psicoterapêutica ocorre (Elliott, 2010). Esta linha de investigação surge como complementar aos ensaios clínicos randomizados (*randomized clinical trials* - RCT), muito utilizados na investigação da eficácia em psicoterapia. Assim, este tipo de investigação permite identificar, descrever, explicar e prever os efeitos dos processos subjacentes à mudança psicoterapêutica. Relativamente à evolução desta linha de investigação, Greenberg (1986) identificava, inicialmente, dois tipos de CPR: *task analysis* (análise de tarefas) de eventos significativos em psicoterapia e investigação micro-analítica das sequências de comportamentos do paciente e do terapeuta durante cada sessão.

Desde a década de 80, o processo de mudança em psicoterapia tem sido amplamente estudado pela comunidade científica, sendo que actualmente se consideram diferentes metodologias de investigação: *Quantitative Process-Outcome Design* (maior número de estudos publicados), *Qualitative Helpful Factors Design*, *Microanalytic Sequential Process Design* e *Significant Events Approach* (Elliott, 2010).

De acordo com Elliott (2010), as três formas básicas de investigação do processo de mudança (CPR) representam as diferentes linhas de evidência que estão associadas a este processo: a) o *Quantitative Process-Outcome Design* consiste na predição de resultados através das variáveis do processo psicoterapêutico; b) o *Qualitative Helpful Factors Design* centra-se na descrição dos aspetos da psicoterapia que provocaram a mudança, na perspetiva do cliente; c) o *Microanalytic Sequential Process Design* consiste na microanálise das intervenções sucessivas do cliente e do terapeuta; d) a *Significant Events Approach* consiste na análise de eventos da sessão considerados importantes por cliente e terapeuta.

Como referido, existem diversas formas de estudar o processo terapêutico. Desde as formas mais elementares, como comparar os níveis de bem-estar psicológico do cliente antes e depois da terapia (Lambert & Ogles, 2004), ou estudos com metodologias mais complexas e com sucessivos momentos de medição, não esquecendo os estudos de análise qualitativa (Cooper, 2008). Embora todas as linhas de investigação referidas sejam de extrema importância na investigação do processo de mudança em psicoterapia, a literatura indica que algumas destas metodologias de análise têm sido utilizadas com maior frequência que outras. Verifica-se uma maior prevalência de estudos em que se utiliza a metodologia de *outcome*, em detrimento do uso da microanálise sequencial. Acresce a isto, o facto de em cada investigação ser utilizada apenas uma

metodologia de análise de dados que, se permite aceder a dados muito específicos, deixa algumas lacunas a nível da compreensão global da mudança como processo dinâmico (Elliot, 2010).

Deve assumir-se que os dados quantitativos permitem dar intensidade e um quadro de resultados típicos da terapia e dos tipos de factores que tendem a estar associados à mudança psicoterapêutica. Aqui, as conclusões serão tão mais consideradas quanto maior for a amostra e o número de estudos complementares (Cooper, 2008). Quanto aos dados qualitativos, estes permitem tentar compreender muitos dos processos e resultados mais complexos da terapia, bem como aceder às experiências e perspectivas do cliente e do terapeuta de uma forma mais aprofundada (Cooper, 2008).

A aferição dessa mudança tem vindo a ser feita através do uso de diversos instrumentos. Através de testes psicológicos que medem a sintomatologia ansiogena ou o nível de bem-estar psicológico de forma geral, entrevistas semi-estruturadas para identificação de factores, instrumentos de caracterização do processo terapêutico através da audição de sessões, entre muitos outros. Falamos de instrumentos com características e possibilidades de análise distintas, oscilando entre a análise quantitativa e qualitativa da mudança psicoterapêutica. Neste trabalho, daremos enfoque a dois instrumentos, CORE-OM (*Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure*) e PQS (*Psychotherapy Process Q-Set*).

Investigação de *outcome*: CORE-OM

Como foi anteriormente referido, dado o aumento exponencial de investigação de *outcome*, um grupo de investigadores deparou-se com a necessidade de criar uma bateria de testes de avaliação do bem-estar psicológico e da mudança psicoterapêutica que pudesse ser usada num grande número de investigações mas, que ao mesmo tempo estivesse tão adaptada à prática clínica quanto possível (Waskow & Parloff, 1975; Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark & Milne, 1998; Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006). Mais que uma ferramenta de diagnóstico para perturbações específicas, pretendia-se a construção de um instrumento capaz de fazer a caracterização quantitativa do processo psicoterapêutico (Barkham et al., 2006). Para o efeito, foi criado o sistema *CORE - Routine Evaluation*.

É dentro desse sistema que está inserido o CORE-OM, um instrumento de autorrelato que procura medir o bem-estar psicológico de adultos (Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012). O mesmo, pode ser aplicado enquanto instrumento de avaliação pré-terapia ou como medida de mudança psicológica durante a intervenção e/ou no final dela (Barkham et al., 2006; Sales et al., 2012). É constituído por 34 itens, englobando as dimensões de:

- a) Bem-estar subjetivo (4 itens),
- b) Queixas e sintomas (12 itens),
- c) Funcionamento social e pessoal (12 itens) e,

d) Comportamentos de risco (6 itens).

Nos últimos anos, vários têm sido os estudos de validação e estudo das suas propriedades psicométricas (Sales et al., 2012; Evans, Connell, Barkham, Margison, Mc Grath, Mellor-Clark & Audin, 2002), bem como dos pontos de corte e estabelecimento de termos comparativos com outras medidas de *outcome* (Connel, Barkham, Stiles, Twigg, Singleton, Evans & Miles, 2006).

Investigação de processo: PQS

Jones (1985) reconhece os esforços feitos na âmbito dos *fatores comuns*, alertando para o facto de que, embora este tipo de investigação tenha contribuído em larga escala para a validação empírica de diversas formas de terapia, ainda há muito a fazer no sentido de compreender como se dá o processo de mudança no processo psicoterapêutico. Foi no sentido de estudar o processo terapêutico para além dos *fatores comuns* que Jones (1985) se dedicou à construção e desenvolvimento do *Psychotherapy Process Q-Set*.

O *PQS* é um *Q-sort* constituído por 100 itens que permite a descrição e análise de múltiplos aspectos do processo psicoterapêutico. Neste sentido, são salientados três grandes dimensões do processo, nas quais se organizam os diferentes itens (Jones, 1985; Serralta et al., 2007; Carmo & Pires, 2010):

- Atitudes e acções do terapeuta ($n = 43$),
- atitudes, comportamentos e experiências verbalizadas do paciente ($n = 40$) e,
- ambiente e atmosfera em que se desenvolve a sessão e natureza da interacção entre o paciente e o terapeuta ($n = 17$).

Construído numa linguagem tão atórica quanto possível, em que são evitados os termos específicos, este instrumento pode ser utilizado por várias correntes teóricas. Permite a avaliação do nível de consenso entre avaliadores, resultante do estudo cuidadoso do material clínico. A classificação dos 100 itens obedece a uma distribuição normal, o que leva os investigadores a fazer uma rigorosa selecção dos aspectos mais significativos de cada sessão. O *PQS* é aplicado a cada sessão de psicoterapia, que se constitui como unidade de análise, através da observação ou audição de gravações (Jones, 1985; Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011). Assim, apresenta-se como um instrumento que permite aos investigadores captar a singularidade de cada processo terapêutico (Jones & Windholz, 1990).

De facto, o *PQS* tem dado um importante contributo no âmbito da investigação em psicoterapia, já que possibilita uma classificação qualitativa e quantitativa do processo terapêutico (Ablon & Jones, 2005; Ablon, Levy & Katzenstein, 20011; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Serralta et al., 2007). Assim, permite que seja feita a análise entre processo e produto (Sirigatti, 2004), abrindo caminho a uma integração cada vez maior da psicoterapia como prática clínica e como linha de investigação (Serralta et al., 2010). Desempenha um importante papel na descrição

de dados qualitativos (Hauser, 2005; Sirigatti, 2004) sendo amplamente utilizado em estudos de análise comparativa entre pré e pós terapia (Jones, 1985; Sirigatti, 2004; Ablon & Jones, 1999 / 2005; Price & Jones, 1998; Jones et al., 1992). Tem sido utilizado em estudos de análise do processo terapêutico, inserindo-se na metodologia de estudos de caso (Jones & Windholz, 1990; Jones, 2000) ou nos ensaios clínicos randomizados (RCT's) (Pole, Ablon & O'Connor, 2008). Ajudou investigadores na identificação de processos-chave em tratamentos de diferentes orientações teóricas (psicanálise, psicoterapia psicanalítica, terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal) (Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2005; Ablon et al., 2011; Jones & Pulos, 1993; Jones et al., 1992), bem como na descrição dos processos decorrentes entre a díade (Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011).

Psicoterapia existencial: abordagem dos pontos essenciais

Como é sabido, a psicoterapia existencial está fortemente conotada ao desenvolvimento do pensamento filosófico. Neste sentido, autores e filósofos como Nietzsche, Husserl, Heidegger ou Sartre não podem deixar de ser referenciados. Deve dizer-se que, tem sido num questionamento constante sobre os significados da existência humana, bem como do significado atribuído a cada experiência vivida, que o pensamento existencial se tem desenvolvido (Walsh & McElwain, 2002).

Dentro do paradigma fenomenológico-existencial, existem diversas abordagens e, portanto, diversos autores a considerar. O presente trabalho centra-se sobre a abordagem proposta pela *British School of Existential Analysis*, a qual será alvo da nossa reflexão. Na perspectiva de Groth (2000), a *British School of Existential Analysis* “*é um dos mais promissores sinais da vitalidade da psicoterapia existencial no mundo ... representa o renascimento da prática da análise existencial e do treino de psicoterapeutas existenciais*”. Segundo Cooper (2003), a escola inglesa parece ser bastante diversificada dentro de si mesma. Neste sentido, mais do que indagar sobre as linhas orientadoras desta corrente, interessa explorar o trabalho produzido pelos seus principais impulsionadores (Emmy van Deurzen, Ernesto Spinelli, Hans Cohn).

Nesta perspectiva, cada indivíduo é entendido como único e singular, privilegiando o respeito pelo seu modo de *ser-no-mundo*. Este pode ser apreendido e aceite pelo terapeuta, já que emerge na narrativa em cada significado atribuído a uma dada experiência (Cooper, 2003). Mas, o entendimento da pessoa como singular não tem o propósito de o distanciar ou desfazer do mundo em que vive. Pelo contrário, deve referir-se que é dado especial enfoque à *in-the-world-with-others* natureza da existência humana, focando a *experiência-vivida* na actualidade e em contacto com o *outro* (Cooper, 2003).

Relativamente ao modelo médico de saúde mental, verifica-se uma clara divergência no sentido em que a tónica não é, aqui, colocada na diferenciação entre modos de funcionamentos

saudáveis ou patológicos. Segundo os princípios da escola inglesa, ao invés da categorização e do diagnóstico, preconiza-se a ideia de que o cliente deve ser entendido como alguém que tem *'problems with living'* (Spinelli, 1996; van Deurzen, 1998/2002). Assim, os clientes são incentivados no sentido de encontrar a sua forma de estar e existir, não procurando, necessariamente, a correspondência aos padrões normativos de saúde mental (van Deurzen, 2002).

Sobre o *setting* psicoterapêutico, deve dizer-se que é dada uma grande importância à relação terapêutica. Segundo van Deurzen-Smith (1997), é na construção de relação igualitária entre cliente e terapeuta, na qual o terapeuta não assume um papel de *expert* ao mesmo tempo que não adopta uma postura passiva (Cooper, 2003; Oliveira, Sousa & Pires, 2012). Assumindo o indivíduo como *ser* dinâmico e com capacidade de mudança (Walsh & McElwain, 2002), o trabalho terapêutico passa pela facilitação da *livre escolha*, consciencialização e responsabilização do sujeito acerca do seu processo terapêutico, bem como, da sua própria vida (Teixeira, 2006). De acordo com o autor (Teixeira, 2006), são qualidades essenciais do terapeuta a *autenticidade*, a *aceitação incondicional* e a *compreensão empática*. Neste sentido, privilegia-se uma 'postura' descritiva, mais que analítica ou interpretativa (Cooper, 2003). A periodicidade da psicoterapia é maioritariamente semanal, não se recorrendo ao divã (Cohn, 1997) e não são encorajados a criar dependência relativamente ao terapeuta (van Deurzen-Smith, 1994).

Não podemos deixar de salientar que se tem verificado um crescente desafio no sentido de ir de encontro às necessidades actuais da população e dos serviços. Neste sentido, torna-se imperativo reflectir e trabalhar as questões da eficiência da psicoterapia. Particularmente, no que à psicoterapia existencial diz respeito, existem importantes questões a ser discutidas.

Segundo Cooper (2003), parece existir, nos psicoterapeutas existenciais, uma tendência para evitar a ideia de que a psicoterapia pretende produzir resultados – vista como demasiado mecanicista, num entendimento impessoal da relação terapêutica. Os terapeutas existenciais tendem a rejeitar a ideia de que o processo terapêutico pode ser medido e avaliado através de metodologias quantitativas. De facto, como aqui foi antes referido, são indiscutíveis as vantagens e desvantagens do uso de metodologias quantitativas e qualitativas. Mas, numa época em que a demonstração da eficácia e eficiência da psicoterapia existencial se impõe, este tipo de investigação pode trazer aos terapeutas inúmeras informações importantes sobre a experiência dos clientes em psicoterapia e fornecer informações importantes no sentido de ajustar a sua forma de trabalhar (Cooper, 2003; Cooper, 2008).

Bugental (1995) e Strasser e Strasser (1997) têm desenvolvido esforços no sentido de evidenciar e definir linhas orientadoras que permitam que a psicoterapia existencial possa ser bem-sucedida numa perspectiva de tempo-limitado, criando condições para a implementação de terapias breves no panorama existencial. Já para Van Deurzen (2002) não há 'resultados fáceis',

‘não há cura para a vida’ e os clientes não podem esperar encontrar paz e felicidade num curto espaço de tempo. Na perspectiva da autora (van Deurzen-Smith, 1995) para evitar serem engolidos pelos seguidores do modelo mecanicista, é preciso que os psicoterapeutas existenciais sejam mais explícitos relativamente aos objectivos das suas intervenções e ao tipo de clientes que tendem a beneficiar mais deste tipo de intervenção. Assim, e pensando numa perspectiva integrativa, será importante desenvolver esforços no que diz respeito ao estabelecimento de um diálogo construtivo com abordagens similares como: psicoterapia centrada na pessoa, gestalt, *personal construct therapy*, algumas formas de psicoterapia cognitiva e psicoterapia psicodinâmica (van Deurzen, 2001).

Pertinência e objectivos do estudo

De facto, a literatura tem vindo a enfatizar a importância do estudo do processo terapêutico para o delineamento de intervenções psicológicas ajustadas e promotoras do bem-estar psicológico. Como foi referido, muitos têm sido os estudos realizados no sentido de aceder às particularidades do processo terapêutico, para melhor compreender a mudança psicoterapêutica. Não obstante, foi já aqui enfatizada a necessidade de desenvolver investigação sobre esta temática no paradigma existencial. Neste sentido, propusemo-nos realizar um estudo de carácter exploratório, através do qual fosse possível aceder aos processos terapêuticos em psicoterapia existencial, procurando efectuar uma caracterização em termos de processo, mas também de *outcome*.

Deste modo, definimos como objectivos específicos desta investigação:

- 1) Caracterizar os processos terapêuticos através da identificação de elementos salientes,
- 2) Caracterizar os processos terapêuticos em termos de *outcome*,
- 3) Averiguar a relação entre processo e *outcome* nos processos analisados.

Metodologia

Participantes

Como critérios de inclusão na amostra do nosso estudo, definimos a existência de processo terapêutico de orientação existencial com duração de aproximadamente 48 sessões.

Assim, a amostra deste estudo é constituída por 4 díades em processo psicoterapêutico de orientação existencial numa clínica universitária em Lisboa. Tendo sido iniciados entre Junho e Setembro de 2011, os processos seguiram uma periodicidade semanal, cuja duração variou entre 36 e 48 sessões. Deve referir-se a ocorrência de *drop-out* à 36^a sessão numa das díades (D2).

Relativamente aos clientes, 3 são do sexo feminino (75%) e 1 do sexo masculino (25%), com idades entre os 25 e os 60 anos. A amostra apresenta níveis de bem-estar psicológico valores entre 15,3 e 19,7; indicando um nível de severidade moderado e situando-se acima do ponto de corte clínico (Barkham et al., 2007).

Relativamente aos terapeutas, 3 são do sexo masculino (75%) e 1 do sexo feminino (25%). Todos eles são titulares e membros da *SPPE – Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial*, sendo que a sua experiência profissional varia entre os 6 e os 13 anos.

Instrumentos

Psychotherapy Process Q-Set: PQS

O PQS permite o estabelecimento de relações entre o processo psicoterapêutico e a mudança psíquica do sujeito (Serralta et al., 2007), bem como, uma classificação quantitativa e qualitativa do processo (Ablon & Jones, 2005; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Serralta et al., 2007). Neste sentido, considerámos pertinente a sua utilização para aceder e compreender os processos terapêuticos que nos propusemos estudar.

Desenvolvido por Jones (1985), o PQS é um *q-sort* constituído por 100 itens, os quais são referentes a 3 dimensões (Jones, 1985; Serralta et al., 2007; Carmo & Pires, 2010): a) atitudes e acções do terapeuta ($n = 43$); b) atitudes, comportamentos e experiências verbalizadas do paciente ($n = 40$); c) ambiente e atmosfera em que se desenvolve a sessão e natureza da interacção entre o paciente e o terapeuta ($n = 17$). Seguindo uma distribuição normal, pretende-se a cotação de cada um dos itens numa escala de 1 (*item extremamente não-característico* – 5 itens) a 9 (*item extremamente característico* – 5 itens), sendo que a atribuição do valor 5 faz referência a um *item neutro* (18 itens), ou com ausência de expressão na sessão em análise (Ablon & Jones, 1999; Jones, 1985; Serralta et al., 2007). Para a cotação de cada item, deve ser consultado o manual de aplicação, tendo sempre em conta a frequência, intensidade e importância estimada do mesmo (Jones, 1985).

Este instrumento está disponível em suporte de papel e electrónico, tendo já sido adaptado à língua Alemã (Albani, Ablon, Levy, Martins & Kachele, 2008), Japonesa (Ablon & Goodrich, 2004), Portuguesa – Brasil (Serralta et al., 2007), Espanhola (Avila-Espada, Rampulha, Vidal & Herrero, 2008), Italiana, Norueguesa e Portuguesa – Portugal (Carmo & Pires, 2010). Relativamente à fidedignidade, os valores de Alpha de Cronbach para dois inter-avaliadores variam entre 0,83 e 0,89 (Ablon et al., 2011), e entre 0,89 e 0,92 para o total de três a dez inter-avaliadores (Jones et al, 1988).

Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure: CORE-OM

O CORE-OM constitui-se como um instrumento útil na avaliação do bem-estar psicológico e da mudança psíquica do sujeito em tratamento psicológico (Walskow & Parloff, 1975; Barkham et al., 1998; Barkham et al., 2007), permitindo a caracterização quantitativa do processo terapêutico (Barkham et al., 2007). Pela possibilidade de efectuar uma análise de *outcome* que simultaneamente nos permite uma compreensão clínica do fenómeno que é a mudança psicoterapêutica, considerámos pertinente a sua utilização.

Trata-se de um instrumento de autorrelato que procura medir o bem-estar psicológico de adultos, encontrando-se integrado no Sistema CORE (*Clinical Outcome in Routine Evaluation*) (Sales et al., 2011). É constituído por 34 itens, numa escala tipo Likert de cinco pontos (0 – 4), em que o 0 significa “nunca” e o 4 “sempre, ou quase sempre”, englobando as dimensões: a) Bem-estar subjetivo (4 itens); b) Queixas e sintomas (12 itens); c) Funcionamento social e pessoal (12 itens); d) Comportamentos de risco (6 itens) (Barkham et al., 2007; Sales et al., 2011). Os itens apresentam diferentes níveis de intensidade, incluindo experiências de elevado desconforto ou sofrimento psicológico e situações relativamente frequentes na população geral.

A validação para a população portuguesa foi, recentemente, feita por Sales e colaboradores (2011), encontrando-se, já, validado e adaptado em mais de 20 países. Relativamente às qualidades psicométricas, deve dizer-se que a versão portuguesa apresenta valores de *Alpha de Cronbach* moderados a elevados: entre 0,72 e 0,94; com excepção do domínio de risco: 0,46. Estes valores encontram-se próximos dos obtidos na versão original: entre 0,77 e 0,94.

Procedimentos

Como unidade de análise foram utilizadas gravações áudio de 36 sessões referentes aos segundos seis meses de 4 processos terapêuticos de orientação existencial. Todos os participantes (clientes e terapeutas) acederam ao pedido de gravação das sessões, tendo sido confirmada a manutenção da confidencialidade e a utilização das mesmas, unicamente, para fins de

investigação. Relativamente ao preenchimento do CORE-OM, também os pressupostos referidos acima foram transmitidos e aceites.

A análise e cotação das sessões foram realizadas por duas inter-avaliadoras (Inês Carvalho e Tânia Silva), alunas do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica a desenvolver investigação na área da Psicoterapia. Já que a avaliação do processo terapêutico através do PQS se revela detalhada e exigente, e requer muito cuidado e um julgamento clínico constante por parte dos avaliadores (Serralta et al., 2011), procedeu-se à leitura e discussão conjunta de cada item. Sendo que um dos pressupostos de utilização do PQS é a obtenção de coeficientes de correlação superiores a 0,5 entre os avaliadores (Jones et al., 1992; Serralta et al., 2011), seguiu-se uma fase de treino. Para o efeito, foram utilizadas sessões cotadas por avaliadores mais experientes, tendo-se procedido ao cálculo das respectivas correlações. Após esta fase, foram cotadas 10 sessões que não fariam parte do estudo, para que posteriormente fosse calculada a correlação inter-avaliadores.

Alcançadas as correlações superiores a 0,5 em 6 sessões, procedeu-se à cotação das sessões analisadas neste estudo. Relativamente à selecção das sessões, foi definido como critério a cotação das sessões disponíveis num intervalo quinzenal. Cada sessão foi cotada de forma independente e sem influência externa. Relativamente às correlações inter-avaliadores, os valores obtidos variam entre 0,528 e 0,880 (média de 0,787), pelo que consideramos que os resultados obtidos apresentam um elevado grau de fiabilidade.

A análise dos dados obtidos através da aplicação do CORE-OM foi efectuada tendo por base as considerações de Barkham e colaboradores (2007). Para uma comparação das médias de pré e pós tratamento foi utilizado o programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), através do qual se realizou um *t-test* para amostras emparelhadas.

Resultados

Caracterização dos processos terapêuticos: elementos salientes

Para uma caracterização dos processos terapêuticos, após o cálculo das médias inter-avaliadores para cada item e em cada uma das sessões analisadas, procedeu-se ao ordenamento dos itens salientes. Deste modo, serão aqui apresentados os 10 itens mais característicos e menos característicos, numa análise global dos quatro processos terapêuticos que nos propusemos analisar.

Nas Tabelas 1 e 2 são, então, apresentados os 10 itens considerados como mais característicos (Tabela 1) e não-característicos (Tabela 2) dos processos terapêuticos analisados. Os mesmos encontram-se decrescentemente (Tabela 1) e crescentemente (Tabela 2) ordenados de acordo com o valor médio obtido. São, também, mencionadas medidas de estatística descritiva (valores máximo e mínimo e desvio padrão), permitindo uma compreensão da variabilidade dos processos. Apresenta-se a descrição de cada item, bem como a dimensão à qual pertence.

Tabela 1: 10 itens mais característicos, de acordo com as médias das quatro díades

Item	Descrição	Dimensão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Q23 ***	O diálogo centra-se num foco específico.	Relação	6	9	8,00	,822
Q6 *	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.	Terapeuta	6	9	7,95	,831
Q81 *	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.	Terapeuta	5	9	7,94	,842
Q28 *	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.	Terapeuta	6	9	7,31	,540
Q86 *	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. Inseguro ou defensivo)	Terapeuta	3	9	7,27	,667
Q65 *	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.	Terapeuta	3	9	6,99	,723
Q46 *	O terapeuta comunica com o paciente de forma clara e coerente.	Terapeuta	3	8	6,89	,320
Q69 ***	Situações actuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão.	Relação	1	9	6,82	,499
Q50 *	O terapeuta chama a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis (por exemplo, raiva, inveja e excitação).	Terapeuta	3	9	6,71	,640

Q18 *	O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento.	Terapeuta	3	9	6,59	1,110
-------	---	-----------	---	---	------	-------

Relativamente aos itens mais característicos, observando a Tabela 1, podemos concluir uma prevalência dos itens da dimensão referente aos coortamentos do terapeuta (8/10), seguindo-se os itens relativos à relação terapêutica (2/10). A média das cotações atribuídas varia entre 8,00 (Q23) e 6,59 (Q18) numa escala de 1 a 9.

Tabela 2: 10 mais não característicos, de acordo com a média das quatro díades

Item	Descrição	Dimensão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Q9 *	O terapeuta é distante, indiferente (vs. Responsivo e envolvido afectivamente).	Terapeuta	1	3	1,80	,610
Q77 *	O terapeuta tem falta de tacto.	Terapeuta	1	4	2,09	,623
Q39 ***	Há competitividade na relação terapêutica.	Relação	1	5	2,54	1,207
Q37 *	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.	Terapeuta	1	7	2,68	1,037
Q5 **	O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.	Paciente	1	5	2,80	,825
Q51 *	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.	Terapeuta	1	7	3,01	1,138
Q15 **	O paciente não inicia nem elabora tópicos.	Paciente	1	7	3,02	,416
Q42 **	O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta.	Paciente	1	8	3,15	1,074
Q25 **	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.	Paciente	1	7	3,19	,687
Q14 **	O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta.	Paciente	1	8	3,26	1,453

Relativamente aos itens mais não-característicos, observando a Tabela 2, podemos verificar a presença de itens referentes às três dimensões: comportamentos do terapeuta (4/10), comportamento do paciente (5/10), relação terapêutica (1/10). A média das cotações atribuídas varia entre 1,80 (Q9) e 3,26 (Q14) numa escala de 1 a 9.

De acordo com as cotações obtidas pelos avaliadores, observa-se a prevalência de determinados aspectos nos processos psicoterapêuticos analisados.

De uma forma geral, parece verificar-se o foco do diálogo durante cada sessão de psicoterapia em um ou poucos assuntos específicos (Q23), sendo que as situações actuais e recentes na vida do paciente são, frequentemente, enfatizadas na discussão (Q69).

Por parte dos terapeutas, caracterizados como confiantes e seguros (Q86), verifica-se a adopção de uma atitude empática, na qual se preconiza uma sensibilidade relativamente aos sentimentos do paciente (Q6). Os terapeutas parecem ter uma percepção correcta do processo terapêutico (Q28), na medida em que se mostram capazes de apreender correctamente a experiência do paciente relativamente à relação terapêutica. Verifica-se, ainda, a adopção de uma atitude de interesse genuíno, já que os terapeutas parecem preconizar uma atitude responsiva e envolvida (Q9 i).

No que respeita à comunicação estabelecida com o paciente, os terapeutas tendem a comunicar de forma clara e coerente (Q46). Privilegiam uma linguagem directa, compreensível e clara, reflectindo cuidado, consideração e preocupação nas suas intervenções (Q77 i).

Na relação, é transmitida aos pacientes uma sensação de aceitação sem julgamento (Q18), dando espaço à exploração das suas vivências. Não assumindo, os terapeutas, uma posição tutorial na relação (Q37 i) ou uma atitude de superioridade (Q51 i), parece emergir a ausência ou presença ténue de competitividade na relação terapêutica (Q 39 i).

O trabalho terapêutico parece passar largamente pelo enfatizar dos sentimentos do paciente, de forma a ajudá-lo a experienciá-los mais profundamente (Q81). Assim, frequentemente os terapeutas clarificam, repetem ou reformulam o discurso dos pacientes (Q65), chamando a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis (Q50) quando tal se revela pertinente.

Relativamente aos pacientes, verifica-se a compreensão (Q5 i) e aceitação (Q42 i) dos comentários feitos pelos terapeutas, reconhecendo o entendimento dos terapeutas relativamente às suas experiências (Q14 i). De forma geral, parece não existir dificuldade em iniciar a sessão (Q25 i) ou na iniciação e elaboração de tópicos (Q15 i).

Outcome terapêutico: análise compreensiva

Tabela 3: *Outcomes terapêuticos*

CORE-OM	Score Clínico		Indicadores de mudança	
	Pré-tratamento	Pós-tratamento	Reliable change	Mudança clinicamente significativa
D1	15,3	5,6	9,71 *	5,60 **
D2	19,7	--	--	--
D3	16,2	8,8	7,35 *	8,82 **

D4	17,7	15,3	2,35	15,29
Média	17,23	9,9	--	--

A Tabela 3 enta os *scores* clínicos obtidos no pré e pós-tratamento através da administração do questionário CORE-OM. São focados os resultados de cada participante e, posteriormente, os resultados médios no pré e pós-tratamento.

Adicionalmente, foram calculados os indicadores de mudança propostos por Jacobson & Truax (1991), nomeadamente: mudança confiável e mudança clinicamente significativa. Como pontos de corte, foram utilizados os valores estabelecidos para o CORE-OM (Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2007), respectivamente, >5 e <10 . De modo a permitir a legibilidade dos resultados, foram, também, utilizados os níveis de severidade propostos pelos mesmos autores.

Relativamente aos *scores* clínicos na fase pré-tratamento, os mesmos variam entre 15,3 e 19,7. O resultado médio situa-se no valor de 17,23, correspondendo a um nível de severidade moderado. Verifica-se a constância deste nível de severidade no que diz respeito ao valor médio e aos valores apresentados por cada participante.

Os *scores* de pós-tratamento variam entre 5,6 e 15,3. Deve ressaltar-se a ausência de medida de pós-tratamento na díade 2, já que ocorreu um *drop-out*. Relativamente aos valores apresentados na díade 1, o valor obtido (5,6) é indicador do funcionamento saudável do paciente. Na díade 3, verifica-se o valor de 8,8, o qual corresponde a um grau de severidade baixo. No que respeita à díade 4, o valor de 15,3 é indicador da manutenção grau de severidade moderado.

A comparação entre os valores obtidos em pré e pós-tratamento é apresentada através do cálculo da diferença entre os *scores* obtidos nos dois momentos. Segundo (autores), esta diferença traduz-se no índice de *mudança confiável*, o qual aqui utilizamos. De acordo com os critérios propostos (diferença entre os dois momentos superior a 5), verifica-se a ocorrência de uma mudança consistente a nível do bem-estar psicológico nas díades 1 ($9,71 > 5$) e 3 ($7,35 > 5$).

Relativamente à mudança clinicamente significativa, a qual se traduz na obtenção de um *score* clínico situado abaixo do ponto de corte (10), deve assinalar-se a verificação deste pressuposto nas díades 1 ($5,60 < 10$) e 3 ($8,82 < 10$).

Processo e *outcome*: elementos salientes e mudança clinicamente significativa

Para uma caracterização dos processos terapêuticos com melhores indicadores de eficácia, procedeu-se ao cruzamento dos dados obtidos através do PQS e do CORE-OM. Assim, foi efectuada a análise dos itens mais e menos característicos, de acordo com as médias obtidas nas díades 1 e 3 e díades 2 e 4 (processos com e sem indicador de mudança confiável e clinicamente significativa, respectivamente). Daqui, resulta a análise comparativa entre os itens salientes dos dois grupos agora referidos.

Tabela 4: *Análise comparativa dos 10 itens mais característicos*

Díades 1 e 3			Díades 2 e 4		
Item	Descrição	Média	Item	Descrição	Média
Q81 *	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.	8,26	Q23 ***	O diálogo centra-se num foco específico.	8,15
Q6 *	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.	7,99	Q6 *	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.	7,92
Q23 ***	O diálogo centra-se num foco específico.	7,85	Q81 *	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.	7,63
Q86 *	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. Inseguro ou defensivo)	7,72	Q28 *	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.	7,02
Q28 *	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.	7,59	Q58 **	O paciente resiste a analisar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas.	6,94
Q88	O paciente traz questões e material importantes.	7,51	Q50 *	O terapeuta chama a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis (por exemplo, raiva, inveja e excitação).	6,87
Q65 *	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.	7,27	Q86 *	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. Inseguro ou defensivo)	6,82
Q69 ***	Situações actuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão.	7,16	Q18 *	O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento.	6,79
Q35	A auto-imagem é foco de discussão.	7,09	Q45 *	O terapeuta adopta uma atitude de apoio.	6,78
Q46 *	O terapeuta comunica com o paciente de forma clara e coerente.	7,08	Q46 *	O terapeuta comunica com o paciente de forma clara e coerente.	6,71
			Q65 *	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.	6,71

Através da Tabela 4 podemos aceder aos 10 itens mais característicos de acordo com a média obtida nos processos das díades 1 e 3 – processos com indicador de mudança confiável e

cl clinicamente significativa -, e de acordo com a média dos processos das díades 2 e 4. Relativamente às díades 1 e 3, os valores médios situam-se entre 8,26 e 7,08, numa escala de 1 a 9. No que respeita às díades 2 e 4, os valores médios situam-se entre 8,15 e 6,71.

Em termos de prevalência de itens na comparação dos quatro processos, interessa referir a presença de 7 dos 10 itens nos quatro processos terapêuticos (Q81, Q6, Q23, Q28, Q65, Q46, Q86).

Relativamente às díades 1 e 3, evidenciam-se os itens Q88 (O paciente traz questões e material importantes), Q69 (Situações actuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão) e Q35 (A auto-imagem é foco de discussão).

No que respeita às díades 2 e 4, evidenciam-se os itens Q58 (O paciente resiste a analisar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas), Q50 (O terapeuta chama a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis), Q18 (O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento) e Q45 (O terapeuta adopta uma atitude de apoio).

Tabela 5: *Análise comparativa dos 10 itens menos característicos*

Díades 1 e 3			Díades 2 e 4		
Item	Descrição	Média	Item	Descrição	Média
Q9 *	O terapeuta é distante, indiferente (vs. Responsivo e envolvido afectivamente).	1,73	Q77 *	O terapeuta tem falta de tacto.	1,79
Q44	O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).	1,78	Q9 *	O terapeuta é distante, indiferente (vs. Responsivo e envolvido afectivamente).	1,88
Q14 **	O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta.	2,12	Q39 ***	Há competitividade na relação terapêutica.	2,22
Q5 **	O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.	2,14	Q97 **	O paciente é introspectivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos.	2,38
Q42 **	O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta.	2,26	Q25 **	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.	2,68
Q37 *	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.	2,32	Q51 *	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.	2,77
Q10	O paciente procura maior intimidade com o terapeuta.	2,37	Q15 **	O paciente não inicia nem elabora tópicos	2,86
Q77 *	O terapeuta tem falta de tacto.	2,40	Q37 *	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.	3,03
Q49	O paciente experimenta	2,48	Q71 **	O paciente auto-acusa-se;	3,36

	sentimentos de ambivalência ou de conflito em relação ao terapeuta.			expressa vergonha ou culpa.	
Q39 ***	Há competitividade na relação terapêutica.	2,86	Q100	O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações.	3,45

Através da Tabela 5 podemos aceder aos 10 itens menos característicos de acordo com a média obtida nos processos das díades 1 e 3 – processos com indicador de mudança confiável e clinicamente significativa -, e de acordo com a média dos processos das díades 2 e 4. Relativamente às díades 1 e 3, os valores médios situam-se entre 1,73 e 2,86, numa escala de 1 a 9. No que respeita às díades 2 e 4, os valores médios situam-se entre 1,79 e 3,45.

Em termos de prevalência de itens na comparação dos quatro processos, interessa referir a presença de 4 dos 10 itens nos quatro processos terapêuticos (Q9, Q37, Q77, Q39).

Relativamente às díades 1 e 3, evidenciam-se os itens Q44 (O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro)), Q14 (O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta), Q5 (O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta), Q42 (O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta), Q10 (O paciente procura maior intimidade com o terapeuta) e Q49 (O paciente experimenta sentimentos de ambivalência ou de conflito em relação ao terapeuta).

No que respeita às díades 2 e 4, evidenciam-se os itens Q97 (O paciente é introspectivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos), Q25 (O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão), Q51 (O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente), Q15 (O paciente não inicia nem elabora tópicos), Q71 (O paciente auto-acusa-se; expressa vergonha ou culpa) e Q100 (O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações).

Numa análise global dos itens salientes, verifica-se a prevalência de 11 itens (7 característicos e 4 não-característicos) relativamente às díades com e sem indicadores de mudança confiável e clinicamente significativa (díades 1 e 3 e díades 2 e 4, respectivamente).

Relativamente às dimensões dos itens, assinala-se uma prevalência dos itens referentes às atitudes e comportamentos do terapeuta (9/11). Por parte dos mesmos, caracterizados como confiantes e seguros (Q86), verifica-se a adopção de uma atitude empática, na qual se preconiza uma sensibilidade relativamente aos sentimentos do paciente (Q6). Os terapeutas parecem ter uma percepção correcta do processo terapêutico (Q28), na medida em que se mostram capazes de apreender correctamente a experiência do paciente relativamente à relação terapêutica. Verifica-se, ainda, a adopção de uma atitude de interesse genuíno, já que os terapeutas parecem preconizar uma atitude responsiva e envolvida (Q9 i). Não assumindo, os terapeutas, uma

posição tutorial na relação (Q37 i) parece emergir a ausência ou presença ténue de competitividade na relação terapêutica (Q 39 i).

No que respeita à comunicação estabelecida com o paciente, os terapeutas tendem a comunicar de forma clara e coerente (Q46). Privilegiam uma linguagem directa, compreensível e clara, reflectindo cuidado, consideração e preocupação nas suas intervenções (Q77 i). Deste modo, frequentemente, os terapeutas clarificam, repetem ou reformulam o discurso dos pacientes (Q65).

Parece verificar-se o foco do diálogo durante cada sessão de psicoterapia em um ou poucos assuntos específicos (Q23), sendo que, o trabalho terapêutico se centra largamente no enfatizar dos sentimentos do paciente, de forma a ajudá-lo a experienciá-los mais profundamente (Q81).

Uma análise comparativa entre os elementos salientes em cada grupo por nós estabelecido (D1 e D3; D2 e D4), permite-nos salientar as diferenças assinaladas.

Deste modo, relativamente a D1 e D3 (processos com indicador de mudança confiável e clinicamente significativa), deve referir-se o sentimento de confiança e segurança por parte dos pacientes na relação (Q44 i), relação essa caracterizada por uma baixa expressão da ambivalência (Q49 i) e ausência da procura de proximidade relativamente aos terapeutas (Q10 i). Neste sentido, parece emergir nos pacientes um sentimento de entendimento das suas experiências por parte dos terapeutas (Q14 i), acompanhado pela aceitação (Q 42 i) e compreensão (Q5 i) dos comentários destes últimos.

Sobre os assuntos trazidos à discussão, os dados revelam que os pacientes trazem questões e material importante (Q88), sendo a auto-imagem um frequente foco de análise (Q35). Deve, ainda, referir-se que o trabalho terapêutico parece estar centrado na exploração e discussão de situações actuais e recentes da vida dos pacientes (Q69).

No que respeita a D2 e D4 (processos sem indicador de mudança confiável e clinicamente significativa), importa referir o discurso hesitante, com reservas e necessidade de controlo por parte dos pacientes (Q97 i). Verifica-se uma atitude defensiva em que os mesmos resistem a analisar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas (Q58), não fazendo afirmações que indiquem culpa (Q71) ainda que os terapeutas chamem a atenção para sentimentos que considerem inaceitáveis (Q50). Começando cada sessão sem grandes pausas (Q25 i), os pacientes procuram a quebra de silêncios e introdução de novos tópicos (Q15 i).

Ao longo dos processos, os terapeutas procuram adoptar uma atitude de apoio (Q45), não se colocando numa posição de superioridade (Q51 i) e transmitindo um sensação de aceitação sem julgamento (Q18). Os dados apontam, ainda, para que sejam feitas poucas

tentativas de ligação entre aspectos interpessoais da terapia e experiências do paciente noutras relações (Q100 i).

Discussão

O presente estudo, de carácter exploratório, teve como objectivo proceder à caracterização dos segundos seis meses de quatro processos terapêuticos de orientação existencial, numa análise de processo e *outcome*. Neste sentido, fazemos, agora, uma reflexão, visando o estabelecimento das tão necessárias conexões àquilo que são os fundamentos da psicoterapia existencial e aos dados emergentes do paradigma actual de investigação em psicoterapia. Mais que isto, é também nosso objectivo estabelecer relação entre estas duas áreas, averiguando a concordância/discrepância dos dados obtidos. Assim, as considerações apresentadas têm por base a articulação entre a interpretação de itens proposta por Jones (1985), os indicadores de mudança propostos por Jacobson & Truax (1991), os fundamentos da psicoterapia existencial (e.g. van Deurzen, Spinelli, Cohn), e os dados emergentes da investigação em psicoterapia (e.g. Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Cooper, 2008; Wampold, 2010; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

Caracterização dos processos terapêuticos

Caracterizando os processos terapêuticos na sua globalidade, os dados emergentes da cotação de sessões através do PQS revelam uma elevada concordância com os fundamentos da psicoterapia existencial, na perspectiva da Escola Britânica.

Falamos de processos onde é dado um grande enfoque à atitude empática, responsiva e envolvida dos terapeutas, demonstrando o seu interesse genuíno e aceitação das vivências e do modo de estar do cliente/paciente. De acordo com Teixeira (2006), são qualidades essenciais do terapeuta a *autenticidade*, a *aceitação incondicional* e a *compreensão empática*. Assim, a atitude do terapeuta deve ser, sobretudo, de abertura, sintonia e aceitação incondicional do mundo-vivido do cliente (Walsh & McElwain, 2002). Mas, este facto não significa, necessariamente, o recurso a uma postura passiva e descomprometida por parte dos terapeutas. Pelo contrário, os mesmos aparecem caracterizados como seguros e confiantes, chamando a atenção para determinados aspectos considerados inaceitáveis pelos pacientes, num constante movimento de cuidado e preocupação no que respeita à forma como intervêm.

Nunca menosprezando a importância da relação terapêutica nos diversos referenciais teóricos, que o paradigma actual de investigação em psicoterapia tem vindo reforçar (e.g. Lambert, Bergin, & Garfield, 2004), é conhecido o papel fulcral da mesma no panorama existencial. Segundo Yalom (2001), uma psicoterapia bem-sucedida depende de uma relação interpessoal em que ambos, cliente e terapeuta, devem ser vistos como companheiros de viagem, trabalhando em conjunto para remover os obstáculos ao crescimento do paciente. De facto, a análise global dos processos conduz-nos a uma prevalência dos itens referentes às atitudes do

terapeuta, o que poderia levar-nos a concluir sobre a discrepância dos processos relativamente ao referencial teórico de base. Talvez a distribuição dos itens do PQS em termos dimensões não nos permita retirar conclusões fidedignas, já que apenas 17 dos 100 itens dizem respeito à interação e atmosfera criada entre paciente e terapeuta. Ou talvez nos seja permitido fazê-lo se considerarmos uma análise global dos itens salientes, atendendo a que, como qualquer relação, também a relação terapêutica se baseia na interação entre duas partes e é construída num constante ajuste da subjectividade de uma e da outra. Neste sentido, importa referir que a percepção dos pacientes de uma atitude/sentimento de compreensão das suas vivências por parte dos terapeutas se vem a traduzir na existência, nos pacientes, de um sentimento de compreensão das suas vivências por parte dos terapeutas, o qual se vem a traduzir na aceitação e compreensão das suas intervenções. Assim, numa análise associativa entre os itens salientes, podemos observar a existência de uma atmosfera em que se preconiza a compreensão, colaboração e aceitação do outro como ser individual e singular. Sobre isto, devemos ressaltar que, na perspectiva existencial, cada indivíduo é entendido como único e singular, privilegiando o respeito pelo seu modo de *ser-no-mundo*. Segundo van Deurzen-Smith (1997), pretende-se a construção de relação igualitária entre cliente e terapeuta, na qual o terapeuta não assume um papel de *expert* ao mesmo tempo que não adopta uma postura passiva (Cooper, 2003; Oliveira, Sousa & Pires, 2012). Verifica-se, ainda, o enfoque nas situações actuais e recentes na vida do paciente. Então, devemos ressaltar que, o entendimento da pessoa como singular (um ser único, com características particulares) não tem o propósito de o distanciar ou desfazer do mundo em que vive. Pelo contrário, deve referir-se que é dado especial enfoque à *in-the-world-with-others* natureza da existência humana, focando a *experiência-vivida* na actualidade e em contacto com o *outro* (Cooper, 2003). Ademais, segundo Spinelli (1994), o terapeuta deve adoptar uma atitude de *estar-com* e *estar-para*. Como isto, o autor refere-se à atitude de ficar com a experiência do cliente/paciente, tal como é trazida à sessão, tentando experienciá-la tanto quanto possível, remetendo para o *aqui e agora*:

“O uso apropriado do «aqui e agora» durante a terapia cria um laboratório seguro, um arena confortável onde os pacientes podem atrever-se a arriscar, a revelarem o seu lado mais obscuro e o mais radioso, escutar e aceitar o feedback do terapeuta e – mais importante que tudo isso – ensaiar mudanças.” (Yalom, 2008, pp. 183)

Segundo Teixeira (2006), o trabalho terapêutico passa pela facilitação da *livre escolha*, consciencialização e responsabilização do sujeito acerca do seu processo terapêutico, bem como, da sua própria vida. Também neste aspecto se verifica concordância entre os processos terapêuticos analisados e os fundamentos da psicoterapia existencial, já que se verifica que o trabalho terapêutico parece passar largamente pelo enfatizar dos sentimentos do paciente, de forma a ajudá-lo a experienciá-los mais profundamente. Assim, frequentemente os terapeutas

clarificam, repetem ou reformulam o discurso dos pacientes, chamando a atenção para sentimentos que estes consideram inaceitáveis quando tal se revela pertinente. Aqui, deve referir-se a importância do *método fenomenológico*, que inclui a aplicação da *epoché*, da redução fenomenológica e de uma atitude descritiva, como pedras basilares da intervenção em psicoterapia existencial (Cooper, 2003).

Outcome terapêutico

Relativamente aos scores clínicos de pré-tratamento, os pacientes apresentam um nível médio de 17,23. De acordo com os critérios estabelecidos por Jacobson & Truax (1991), este valor revela um nível de severidade moderado em cada um dos pacientes na fase de pré-tratamento.

Sobre a investigação de *outcome* em psicoterapia existencial, a literatura revela a inexistência de estudos. Deste modo, não será, aqui, possível estabelecer relação entre os indicadores de bem-estar psicológico no pré-tratamento dos participantes deste estudo com outros referentes ao mesmo referencial teórico.

No que respeita aos *scores* de pós-tratamento, importa referir a heterogeneidade dos mesmos. Este facto traduz-se na obtenção de indicadores de mudança em dois dos processos (D1 e D3), sendo que se verifica a manutenção do grau de severidade na D4 e o *drop-out* na D2. Parece, então, verificar-se uma variabilidade dos processos que poderá ter implícitos diversos factores, como as particularidades de cada paciente, de cada terapeuta, de cada relação estabelecida e dos objectivos de cada uma das intervenções (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Cooper, 2008; Wampold, 2010).

Relativamente aos critérios de mudança confiável (Jacobson & Truax, 1991), não pode deixar de salientar-se a dúvida de que estes não possam ser variáveis dependendo de factores como a duração e o objectivo do processo terapêutico.

Processo e *outcome*: elementos salientes e mudança clinicamente significativa

Com o intuito de aceder à compreensão da variabilidade dos processos, procedeu-se ao cruzamento dos dados emergentes do PQS e do CORE-OM. Interessa referir que as sessões analisadas neste estudo correspondem aos segundos seis meses de processos terapêuticos com duração aproximada de um ano. Assim, a caracterização efectuada com recurso ao PQS não pretende ser ilustrativa de todo o processo, pelo que devemos assumir alguma limitação na interpretação dos resultados obtidos.

Na análise comparativa dos processos com e sem indicadores de mudança, verifica-se a existência de alguns aspectos comuns, os quais merecem a nossa reflexão. Nomeadamente, no que respeita às atitudes e comportamentos do terapeuta, deve assinalar-se a prevalência de grande

parte dos itens na comparação entre os dois grupos de processos. Os mesmos parecem manter uma postura empática, numa atitude confiante e segura, como referido anteriormente. De acordo com os dados da investigação em psicoterapia, variáveis como o grau de colaboração entre cliente e terapeuta, o estabelecimento de uma relação empática, uma atitude cuidadora, de suporte e aceitação perfilam-se como facilitadoras da ocorrência da mudança psicoterapêutica (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011).

“ A empatia é a ferramenta mais poderosa que possuímos para nos conectarmos com os outros. É a cola da conectividade humana e permite-nos sentir, a um nível profundo, o que a outra pessoa sente em determinado momento.” (Yalom, 2008, pp. 106)

Mantem-se, também, a atitude de cuidado e preocupação relativamente às intervenções feitas, bem como o uso de reformulação e clarificação do discurso dos pacientes. Relativamente às interpretações relacionais, quando feitas de forma cuidadosa e sendo bem aceites pelo cliente, funcionam também como facilitadores (Castonguay & Beutler, 2006). Observando-se a concordância entre os elementos salientes nos processos terapêuticos estudados e as variáveis propostas como facilitadoras da mudança psicoterapêutica, não podemos deixar de assinalar que este facto é um sinal positivo no que respeita à adequação do referencial existencial relativamente às mais recentes descobertas do paradigma de investigação actual. Mas, não nos afastando dos objectivos propostos para este estudo, precisamos ressaltar que a observada manutenção da forma de estar dos terapeutas nos quatro processos analisados nos leva a colocar a hipótese de que a atitude dos mesmos não seja o factor diferenciador no sucesso terapêutico das intervenções analisadas.

Indo de encontro aos fundamentos da psicoterapia existencial e aos dados de investigação em psicoterapia, verifica-se, também, a manutenção da ênfase nos sentimentos e emoções dos pacientes. Segundo os autores anteriormente referidos, a terapia tende a ser benéfica se o terapeuta facilitar a mudança a nível das cognições do cliente (trabalhando o desenvolvimento da sua capacidade de reflexão e consciencialização), ajudando a modificar comportamentos, emoções e respostas fisiológicas não-adaptativas. Como factores promotores da mudança psicoterapêutica, surgem, ainda, a facilitação da auto-exploração do cliente e da aceitação, tolerância e experimentação das suas emoções (Castonguay & Beutler, 2006).

Identificados os factores que prevalecem na análise comparativa dos processos com e sem indicadores de mudança, devemos, agora, salientar aqueles que parecem perfilar-se como elementos característicos dos processos nos quais se verifica sucesso terapêutico. Ainda assim, não deixamos de alertar para o facto de que estes poderão não ser os aspectos fulcrais de uma intervenção terapêutica com indicadores de mudança. Segundo Ablon e Jones (1998/2002), os aspectos mais salientes do processo terapêutico não são, necessariamente, os predictores do

outcome terapêutico. Neste sentido, apenas referimos, aqui, a presença ou ausência de determinados itens; indicando-os como acontecimentos frequentes e ilustrativos de cada processo.

Os aspectos presentes nos processos terapêuticos com indicadores de mudança parecem remeter-nos para a existência de uma relação terapêutica com baixa expressão da ambivalência, onde se percebe um sentimento de confiança e segurança, remetendo-nos para aquilo que tem vindo a ser afirmado com um dos princípios basilares da relação em psicoterapia existencial (Spinelli, 2007). Os comentários feitos pelos terapeutas parecem ser bem aceites e compreendidos pelos pacientes, bem como se assinala que parece haver, nos pacientes, o reconhecimento de que existe, por parte dos terapeutas, um largo entendimento da experiência dos pacientes/clientes. Estes aspectos revelam-se concordantes com os dados existentes na literatura, e já aqui apresentados, sobre a natureza da relação terapêutica em psicoterapia existencial (e.g. Yalom, 2001). Revelam-se, ainda, correspondentes aos dados apresentados por Castonguay e Beutler (2006), no sentido em que parece observar-se a existência de uma forte aliança terapêutica, a qual é apontada como facilitadora do processo de mudança. Perfilando-se a auto-imagem como um frequente ponto de análise nas sessões, deve referir-se o foco, em termos temporais, nas situações actuais e recentes da vida dos pacientes. Sobre o primeiro aspecto, também este se revela coincidente com a ideia defendida por Castonguay e Beutler (2006) de que a facilitação da auto-exploração e do auto-conhecimento, bem como o trabalho nas questões interpessoais do paciente se perfilam como potenciadores do sucesso terapêutico.

Relativamente aos aspectos presentes nos processos sem indicadores de mudança, os dados parecem sugerir a existência de uma atitude algo defensiva por parte dos pacientes. Verifica-se a adopção de um discurso hesitante, com reservas, no qual os pacientes parecem tender a não analisar o seu papel em cada experiência. Deve salientar-se, também, a possibilidade de existir uma necessidade de controlo da interacção, traduzível no próprio discurso dos pacientes, bem como na necessidade de quebra de silêncios e introdução de novos tópicos. Segundo Norcross e colaboradores (2011), os processos de mudança são mais ou menos eficazes, dependendo do estágio de mudança no qual o sujeito se encontra. Quando falamos em estágio de mudança, referimo-nos à predisposição para implementar mudanças que o paciente/cliente tem no início do processo terapêutico (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011). Neste sentido, e recorrendo aos dados de observação recolhidos pelos investigadores, assumimos ter verificado uma considerável diferença relativamente ao envolvimento dos pacientes/clientes cujos processos psicoterapêuticos registaram indicadores de mudança. É este facto que nos leva a considerar a hipótese de que os pacientes cujas intervenções se verificaram sem indicadores de

mudança (nomeadamente D2 – *drop-out*, e D4) se encontrassem nos estádios mais precoces de mudança.

Paralelamente, não podemos esquecer a referida manutenção da atitude dos terapeutas nos dois grupos de processos. Sabendo que a manutenção e reparação de micro-rupturas na aliança terapêutica se constitui com um importante factor do sucesso terapêutico (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011), não podemos deixar de colocar a hipótese de que um grau de envolvimento menor por parte dos pacientes precisasse de ser compensado por uma atitude diferente por parte dos terapeutas.

Assim, se por um lado os itens salientes nos dão a indicação da manutenção da atitude dos terapeutas, remetendo-nos para a ideia de que este não seja o factor diferenciador do sucesso terapêutico; por outro lado, não podemos deixar de pensar que, esta mesma manutenção se vem a traduzir numa relação terapêutica mais volátil, que poderá constituir-se como um *obstáculo* no alcance do bem-estar psicológico do paciente.

“...Numa relação onde não exista confiança, ou, pior ainda, numa relação em que o paciente entra em competição com o terapeuta, mesmo as melhores intenções e os esforços terapêuticos mais bem fundamentados podem falhar, porque o paciente sente-se derrotado pelas observações, reagindo à defesa e encontrando maneira de derrotar a si.” (Yalom, 2008, pp. 181)

Limitações e sugestões para estudos futuros

As conclusões aqui apresentadas não pretendem ser representativas da intervenção terapêutica em psicoterapia existencial, quer pela dimensão da amostra, quer pelos critérios de análise de dados escolhidos. Pretendemos, sim, alcançar uma maior compreensão clínica dos casos no geral e de cada um em particular, no sentido de permitir à comunidade científica aceder de forma simples ao *setting terapêutico*, observando as suas particularidades.

Como já foi referido, o presente estudo apenas contempla a análise dos segundos 6 meses de quatro processos terapêuticos com duração de aproximadamente um ano (48 sessões). Este facto pode ter dificultado a legibilidade dos resultados encontrados no sentido de não os podermos tratar como ilustrativos dos processos no seu todo. Assim, parece-nos pertinente a elaboração de estudos que contemplem os processos na sua totalidade, permitindo aceder à sua complexidade de uma forma global.

Embora tenhamos efectuado uma associação compreensiva entre os dados de processo e *outcome*, sabemos não ter sido possível proceder à predição dos mesmos. Desta forma, pensamos ser útil que novos estudos se foquem na compreensão de quais os elementos do processo terapêutico que poderão ser preditores do aumento do bem-estar psicológico.

Relativamente à análise de protótipos geralmente efectuada, e de grande importância, em investigações com o PQS, a inexistência de um protótipo para a psicoterapia existencial tornou-a inviável. Neste sentido, optámos por não averiguar a aderência aos protótipos de outras escolas psicoterapêuticas, uma vez que nunca saberíamos se a aderência a outros protótipos seria um distanciamento dos fundamentos da psicoterapia existencial, ou um sinal de que este referencial teórico apresenta elementos comuns a outros. Assim, consideramos pertinente e de grande valor científico a elaboração do protótipo existencial.

A análise de dados por nós efectuada veio levantar algumas questões acerca da importância do estágio de mudança de cada paciente/cliente. Acreditamos, por isso, ser importante aceder a estes dados numa fase inicial do processo terapêutico, já que a adaptação dos processos de mudança adoptados poderá conduzir a um acompanhamento mais satisfatório. Reconhecendo o importante papel das expectativas do cliente/paciente no processo terapêutico, seria, também, importante a proceder à análise das mesmas em estudos futuros.

A análise de dados efectuada revelou-nos, ainda, que as díades cujos processos terapêuticos apresentam indicadores de mudança significativa são aquelas em que paciente/cliente e psicoterapeuta são de géneros diferentes. Embora não nos seja possível concluir acerca da validade desta hipótese, e não tendo encontrado dados disponíveis na literatura, pensamos que esta temática se constitui de grande interesse em estudos futuros.

A referida escassez de investigação no paradigma existencial, nomeadamente no que respeita a estudos de *outcome*, tornou inviável a confrontação dos dados obtidos no nosso estudo com outros semelhantes. Assim, ressaltamos a urgência da agilização de investigadores e psicoterapeutas existenciais, no sentido de ser produzida investigação que permita uma sistematização e partilha do conhecimento.

Implicações para a prática

Sobre este estudo, acreditamos que possa ter contribuído para aquilo que é o início de uma nova fase do paradigma existencial, na qual investigadores e terapeutas se encontram empenhados na divulgação, aprofundamento e produção de novo conhecimento. Acresce a isto, a nossa preocupação em estabelecer o paralelismo necessário à investigação que tem vindo a ser produzida no âmbito do conhecimento do processo terapêutico.

Num momento em que a comunidade científica tanto fala da importância do fornecimento de *feedback* ao paciente/cliente, pensamos, também, ser de igual importância que os terapeutas, eles próprios, possam receber esse mesmo *feedback* relativamente às intervenções que realizam. Acreditamos que a articulação entre investigadores e clínicos se constitui numa ferramenta de grande valor científico, permitindo uma troca de conhecimento e de experiências

que só pode ser benéfica para o crescimento profissional, mas também pessoal, de ambas as partes.

É neste sentido que referimos, agora, e com base nos achados do nosso trabalho, um aspecto que consideramos de extrema importância no exercício da prática clínica:

- A análise das características de personalidade, objetivos e expectativas do paciente parecem perfilar-se como factores de grande importância no estabelecimento de uma relação terapêutica promotora da mudança. Assim, parece ser essencial, a capacidade de adaptação dos terapeutas a cada paciente/cliente e, portanto, a cada processo terapêutico. Falamos de uma adaptação constante e variável ao longo das diferentes fases do processo. Uma capacidade de adaptação que não se confunde com benevolência ou paternalismo, remetendo-nos, sim, para um profundo respeito pelo *outro*.

“Como poderíamos coexistir, se não se estabelecesse entre nós um ritual de interações? Se estou só no meu deserto, vou adaptar-me às minhas necessidades: vou dormir quando tiver sono, vou beber quando tiver sede, andar de noite se tiver vontade... Vou simplesmente adaptar as minhas necessidades fisiológicas ao meu meio ambiente ecológico. A vida será fácil e não terá qualquer sentido. Se aparecer alguém no meu deserto, vai, doravante, criar para ele um mundo inter-humano. E eu vou, doravante ter em conta a sua presença, vou abrir o meu mundo, complicá-lo, mas dar-lhe sentido” (Cyrulnik, 2004, pp.55)

Conclusões

Na sua globalidade, os itens salientes dos processos terapêuticos analisados parecem revelar-se concordantes com os fundamentos da psicoterapia existencial:

- Parece verificar-se uma atitude empática, responsiva e envolvida dos terapeutas, demonstrando o seu interesse genuíno e aceitação das vivências e do modo de estar do cliente/paciente. Os mesmos são caracterizados como seguros e confiantes, chamando a atenção para determinados aspectos considerados inaceitáveis pelos pacientes, num constante movimento de cuidado e preocupação no que respeita à forma como intervêm.
- Os dados sugerem a existência de uma atmosfera em que se preconiza a compreensão, colaboração e aceitação do outro como ser individual e singular.
- Parece verificar-se o enfoque nas situações actuais e recentes na vida do paciente
- O trabalho terapêutico parece passar largamente pelo enfatizar dos sentimentos do paciente, de forma a ajudá-lo a experienciá-los mais profundamente, sugerindo o uso frequente das técnicas de clarificação, repetição e reformulação do discurso dos pacientes.

Relativamente ao *outcome terapêutico*, deve referir-se que:

- Os dados indicam um nível de severidade moderado em cada um dos pacientes na fase de pré-tratamento.
- Verifica-se obtenção de indicadores de mudança confiável e clinicamente significativa em dois dos processos (D1 e D3), sendo que se verifica a manutenção do grau de severidade na D4 e o *drop-out* na D2.

Na comparação entre os dois grupos de processos, os dados parecem indicar a manutenção das atitudes dos terapeutas, nomeadamente:

- postura empática, numa atitude confiante e segura,
- atitude de cuidado e preocupação relativamente às intervenções feitas
- uso de reformulação e clarificação do discurso dos pacientes

Parece, ainda, verificar-se a manutenção da ênfase nos sentimentos e emoções dos pacientes.

Relativamente aos processos com indicadores de mudança confiável e clinicamente significativa os dados parecem sugerir:

- existência de uma relação terapêutica com baixa expressão da ambivalência, onde se percebe um sentimento de confiança e segurança,
- aceitação e compreensão dos comentários feitos pelos terapeutas

- reconhecimento, nos pacientes/clientes, de que existe, por parte dos terapeutas, um largo entendimento da sua experiência,
- auto-imagem como um frequente ponto de análise nas sessões,
- foco, em termos temporais, nas situações actuais e recentes da vida dos pacientes.

Devemos referir a concordância destes dados relativamente aos fundamentos da psicoterapia existencial e os apontados como facilitadores da mudança psicoterapêutica no âmbito da investigação em psicoterapia.

No que respeita aos processos sem indicadores de mudança confiável e clinicamente significativa, parece verificar-se:

- existência de uma atitude algo defensiva por parte dos pacientes,
- adopção de um discurso hesitante, com reservas, no qual os pacientes parecem tender a não analisar o seu papel em cada experiência,
- necessidade de controlo da interacção, traduzível no próprio discurso dos pacientes, bem como na necessidade de quebra de silêncios e introdução de novos tópicos.

Referências Bibliográficas

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(1), 64–75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 53*(2), 541–68.
- Ablon, J. S., Levy, R. a, & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 43*(2), 216–31.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. *Research on Psychotherapy, 14* (1), 14-48.
- Ablon, J.S., & Goodrich, C. (2004). *Psychotherapy Process Q-set - Japanese Version*.
- Albani, C., Ablon, J.S., Levy, R.A., Mertens, W., & Kachele, H. (2008). *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones: Deutsche Version (PQS-RD) und Anwendungen*. Ulm, Germany: Verlag Ulmer Textbank.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Avila-Espada, Rampulla, Vidal & Herrero (2008). *Psychotherapy Process Q-set - Spanish Version*.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., Mcgrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health, 7*(1), 35-47.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research, 6*(1), 3–15.
- Beutler, L.E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.

- Bohart, A.C. (2005). Evidence-Based Psychotherapy Means Evidence-Informed, Not Evidence-Driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 39-53.
- Bugental, J. F. T. (1995) 'Preliminary sketches for a short-term existential-humanistic therapy', in K. J. Schneider and R. May (Eds), *The Psychology of Existence: Na Integrative, Clinical Perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Carmo, J. F. & Pires, A. P. (2010). *Psychotherapy Process Q-Set: desenvolvimento da versão portuguesa do Psychotherapy Process Q-set*. Dissertação de Mestrado, em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: ISPA – IU.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 685-716.
- Cohn, H. W. (1997). *Existential Thought and Therapeutic Practice: An Introduction to Existential Psychotherapy*. London: Sage.
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. N. V. (2007). Reliability, validity and distributions of the CORE-OM in a general population benchmarked against the CIS-R. *British Journal of Psychiatry*, 190.
- Cooper, M. (2003). *Existential Therapies*. London: Sage Publications.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are Friendly*. London: Sage.
- Cyrlunik, B. (2004). *O homem, a ciência e a sociedade*. Lisboa: Instituto Piaget
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association.

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy research*: journal of the Society for Psychotherapy Research, 20(2), 123–35. doi:10.1080/10503300903470743
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 43–9.
- Evans, C. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE--OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Frank, J.D. & Frank, J.B (1991). *Persuasion and healing* (3.^a ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280
- Greenberg, L.S., & Pinsof, W. (Eds.) (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Grencavage, L.M., & Norcross J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Groth, M. (2000) 'Existential psychotherapy today'. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 25(1, 2 & 3): 7–27.
- Hauser, S. T. (2005). The Legacy of Enrico Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 535-539.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic in cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 306-316.
- Jones, E. E. & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for a systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015.
- Jones, E. E. (1985). Psychotherapy Process Q-Sort Coding Manual. University of California: Berkeley. Unpublished manuscript.
- Jones, E. E., Cumming, J. D. & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (1), 48-55.
- Jones, E. E., Parke, L. A. & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2 (1), 16-30.
- Lambert, M.J. (1989). The Individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- Lambert, M.J. and Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (2004). Introduction and Historical Overview. In M.J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 143–54.
- Oliveira, A., Sousa, D. & Pires, A. P. (2012). Significant Events in Existential Psychotherapy: The Client's Perspective. *Existential Analysis, 23* (2), 288-304.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp.311-381). New York: Wiley.
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, Cognitivebehavioral and control mastery prototypes to predict change: A new look at na old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counselling Psychology, 55* (2), 221-232.
- Price, P. B. & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the psychotherapy process q-set. *Psychotherapy, 35* (3), 392-404.
- Rosensweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(1), 80–7. doi:10.1037/a0022140
- Sales, C. M. D., Marina, C., Moleiro, M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 39*(2), 54-59.
- Serralta, F. B. (2010) . *O PQS Psychotherapy Process Q-Set e o exame da relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29* (1), 44-55.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jone's Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, 1*, 194-207.

- Spinelli, E. (1994). *Demystifying Therapy*. London: Constable.
- Spinelli, E. (1996). *The existential-phenomenological paradigm*. *Handbook of Counselling Psychology*. London: Sage.
- Spinelli, E. (2007). *Practising Existential Psychotherapy: The Relational World*. London: Sage.
- Strasser, F. & Strasser, A. (1997). *Existential Time-Limited Therapy: The Wheel of Existence*. Chichester: Wiley
- Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à Psicoterapia Existencial. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 289-309.
- Van Deurzen, E. (1998). *Paradox and Passion in Psychotherapy: An Existential Approach to Therapy and Counselling*. Chichester: Wiley.
- Van Deurzen, E. (2002). *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. (2nd edn) London: Sage.
- Van Deurzen-Smith, E. (1994). 'Questioning the power of psychotherapy: is Jeffrey Masson onto something?'. *Journal of the Society for Existential Analysis*, 5, 36–44.
- Van Deurzen-Smith, E. (1995). *Existential Therapy*. London: Society for Existential Analysis.
- Walsh, R. A. & McElwain, B. (2002). Existential psychotherapies. In D. J. Cain and J. Seeman (Eds), *Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice* (pp.253-278). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Waskow, I. E., & Parloff, M. B. (eds.). *Psychotherapy change measures*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Westen, D., Thompson-Brenner, H., & Novotny, C.M. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Yalom, I. (2001). *The Gift of Therapy: Reflections on Being a Therapist*. London: Piatkus.
- Yalom, I. (2008). *De olhos fixos no sol*. Lisboa: Saída de Emergência.

**ANEXO A – VERSÃO PORTUGUESA DO *PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET*
(PQS)**

Itens da Versão portuguesa do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS)

Item 1

O paciente expressa, verbalmente ou não verbalmente, sentimentos negativos (ex. crítica, hostilidade) em relação ao terapeuta (vs. observações de aprovação ou admiração).

Classificar *característico* se o paciente verbalizar sentimentos de desaprovação, desagrado, inveja, raiva, desprezo ou antagonismo para com o terapeuta. Ex: o paciente censura o terapeuta por este não dar suficiente direcção nas sessões.

Classificar *não característico* se o paciente expressar sentimentos positivos ou amigáveis acerca do terapeuta. Ex: fazer elogios ao terapeuta.

Item 2

O terapeuta chama a atenção para o comportamento não verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos

Classificar *característico* se o terapeuta chamar a atenção do paciente para o seu comportamento não verbal, como expressões faciais, risos, tosse ou movimentos corporais. Ex: o terapeuta coloca em evidência que, apesar do paciente dizer que está zangado/a, está-se a rir.

Classificar *não característico* se houver pouca ou nenhuma atenção para com o comportamento não verbal.

Item 3

As intervenções do terapeuta destinam-se a facilitar o discurso do paciente

Classificar *característico* se as respostas ou comportamento do terapeuta indiquem que ele/ela está a ouvir o paciente, encorajando-o a continuar, como: humm-humm, sim, claro, certo.

Classificar *não característico* se o terapeuta não responde de forma a facilitar o discurso do paciente (não coloca questões ou faz comentários exploratórios). NOTA. Classificar item baseado no objectivo do terapeuta, referente à facilidade de discurso do paciente.

Item 4

Os objectivos terapêuticos do paciente são discutidos

Classificar *característico* se são discutidos os objectivos que o paciente deseja atingir como resultado da terapia. Esses objectivos ou desejos podem dizer respeito a mudanças pessoais ou internas (ex.: “eu comecei a fazer terapia para ultrapassar as minhas depressões”), ou mudança nas circunstâncias de vida (ex.: “eu questiono-me se a terapia terá efeito sobre o meu recém casamento”).

Classificar *não característico* se não houver nenhuma referência ou alusão da parte do terapeuta ou do paciente quanto às possíveis consequências da terapia.

Item 5

O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta

Classificar *característico* se o paciente parecer confuso com os comentários do terapeuta. Pode ser uma atitude defensiva ou falta de clareza por parte do terapeuta. Ex.: o paciente repetidamente diz “o quê?” ou indica que não entende o que o terapeuta quer dizer.

Classificar *não característico* se o paciente compreender realmente os comentários do terapeuta.

Item 6

O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático

Classificar *característico* se o terapeuta tem a habilidade para compreender o “mundo privado” do paciente como se fosse o seu; se o terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente e consegue transmitir isso de uma forma que demonstra sintonia para com ele. Ex.: o terapeuta faz uma afirmação que indica que compreende o que o paciente sente numa determinada situação.

Classificar *não característico* se o terapeuta parece não ter compreensão emocional/sensitiva para entender as experiências ou os sentimentos do paciente.

Item 7

O paciente está ansioso ou tenso (vs. calmo e descontraído)

Classificar *característico* se o paciente manifestar tensão ou ansiedade ou preocupação. Pode ser demonstrado por afirmações directas, como, por exemplo, “eu hoje sinto-me nervoso”, ou indirectamente, por falar gaguejando, ou outros indicadores comportamentais.

Classificar *não característico* se o paciente aparentar estar calmo ou relaxado.

Item 8

O paciente está preocupado ou em conflito com a sua dependência em relação ao terapeuta (vs. confortável com a dependência, ou desejando a dependência)

Classificar *característico* se o paciente parecer preocupado ou desconfortável com a dependência (ex.: demonstrar, de alguma forma, preocupação quanto a ficar dependente da terapia).

Classificar *não característico* se o paciente parecer confortável em relação ao facto de estar dependente. Isto pode ter a forma de pedidos de ajuda ou o paciente pode parecer confortável ou gratificado por ter uma relação de dependência com o terapeuta.

Classificar como *neutro* se o paciente experienciar alguma independência na relação terapêutica.

Item 9

O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afectivamente)

Classificar *característico* se a postura do terapeuta para com o paciente é fria, formal ou marcada por um distanciamento emocional.

Classificar *não característico* se o terapeuta é genuinamente interessado e afectivamente envolvido.

Item 10

O paciente procura maior intimidade com o terapeuta

Classificar como *característico* se o paciente parece desejar transformar a relação terapêutica numa relação mais social, pessoal ou íntima. Ex.: o paciente expressa preocupação para com o terapeuta ou procura ter mais conhecimento acerca da vida pessoal deste.

Classificar *não característico* se o paciente não aparenta procurar maior proximidade com o terapeuta.

Item 11

Sentimentos e experiências sexuais são discutidos

Classificar *característico* se a sexualidade do paciente é discutida. Isso pode tomar a forma de discussão dos problemas sexuais ou os sentimentos e fantasias sexuais do paciente ou experiências sexuais actuais. Ex.: o paciente fala de querer ter sexo com o seu parceiro com mais frequência.

Classificar *não característico* se o paciente não discute material sexual ou erótico.

Item 12

Ocorrem silêncios durante a sessão

Classificar *característico* se há muitos períodos de silêncio ou pausas significantes durante a sessão ou períodos um pouco mais longos de silêncio.²⁷

Classificar *não característico* se houver poucos silêncios.

NOTA: Pequenas pausas no discurso não devem ser consideradas como silêncio, a menos que sejam muito frequentes ou mais longas do que poucos segundos.

Item 13

O paciente está animado ou entusiasmado

Classificar *característico* se o paciente expressar directamente um sentimento de excitação. Ex.: o paciente está animado em resposta à interpretação do terapeuta.

Classificar *não característico* se o paciente parecer aborrecido, indiferente.

Item 14

O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta

Classificar *característico* se o paciente expressa preocupação ou manifesta o sentimento de não ser compreendido, ou assume que o terapeuta não consegue entender. Ex.: o paciente questiona a capacidade de compreensão do terapeuta, pois nunca se encontrou numa situação semelhante.

Classificar *não característico* se o paciente de alguma forma demonstrar que o terapeuta entende as suas experiências ou sensações; se houver comentários do paciente em resposta às observações do terapeuta, como por exemplo: “sim, é exactamente isso que eu quero dizer”.

Item 15

O paciente não inicia nem elabora tópicos

Classificar *característico* se o paciente não inicia tópicos para discussão, não traz problemas ou não assume nenhuma responsabilidade sobre a sessão. Ex.: paciente refere que não sabe sobre o que falar.

Classificar *não característico* se o desejo do paciente é quebrar silêncios ou introduzir tópicos espontaneamente, em resposta a comentários do terapeuta e, de forma activa, procurar elaborá-los.

Item 16

São discutidas funções corporais, sintomas físicos ou questões de saúde

Classificar *característico* se a discussão enfatiza preocupações somáticas ou sintomas físicos. Ex.: o paciente pode queixar-se de cansaço, doença, dores de cabeça, dores menstruais, pouco apetite, entre outros.

Classificar *não característico* se as queixas físicas não são um tópico importante de discussão.

Item 17

O terapeuta exerce, activamente, controlo sobre a interacção (por exemplo, estruturando, introduzindo novos tópicos)

Classificar *característico* se o terapeuta intervém com frequência. Não fazer a classificação tendo por base a pertinência ou entendimento das intervenções. Ex.: classificar muito característico se o terapeuta for tão activo que frequentemente intervém para elaborar questões.

Classificar *não característico* se o terapeuta intervém pouco frequentemente e faz pouco esforço para estruturar a interacção.

Item 18

O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento (NB. Classificação no extremo não característico indica desaprovação, falta de aceitação)

Classificar *característico* se o paciente reprime julgamentos negativos do paciente; comportamento “inaceitável” ou problemático do paciente deve ser explorado tendo em conta que o paciente está preocupado. O terapeuta demonstra aceitação incondicional.

Classificar *não característico* se os comentários ou tom de voz do terapeuta demonstram desaprovação ou falta de aceitação. Uma classificação mais extrema indica que o terapeuta considera a personalidade ou carácter do paciente, de alguma forma, desprezível, perturbada.

Item 19

A relação terapêutica tem uma qualidade erótica

Classificar *característico* se a relação terapêutica parece, de alguma forma, sexualizada. Pode ser avaliado através da existência de uma relação quente, pontuada por algum erotismo ou comportamento sedutor da parte do paciente, que demonstram desejo de gratificação sexual. Ex.: paciente fala das experiências sexuais de forma a incitar aos interesses sexuais do terapeuta.

Classificar *não característico* se a relação terapêutica parece não sexualizada; uma classificação mais extrema nesta direcção indica que o paciente (ou o terapeuta) evita tópicos ou comportamentos que possam ser vistos como demonstração de um interesse sexual.

Item 20

O paciente é provocador, testa os limites da relação terapêutica.

Classificar *característico* se o paciente aparentar comportar-se de forma a provocar uma resposta emocional no terapeuta. Ex.: o paciente pode induzir a rejeição do terapeuta comportando-se de forma que pode enfiar-lhe, ou violando um ou outro aspecto do contracto terapêutico.

Classificar *não característico* se o paciente for particularmente condescendente ou parecer estar a representar o papel de “bom paciente” de forma a agradar o terapeuta. (N.B. Classificação no extremo não característico indica que o paciente se comporta de forma condescendente)

Item 21

O terapeuta faz auto-revelações

Classificar *característico* se o terapeuta revelar informação pessoal ou tiver reacções de índole pessoal para com o paciente. Ex.: o terapeuta diz ao paciente onde cresceu ou diz ao paciente “acho-o uma pessoa muito simpática”.

Classificar *não característico* se o terapeuta prefere a discrição. Uma posição mais extrema nesta direcção indica que o terapeuta não partilha nada de pessoal, mesmo quando o paciente exerce pressão para que o terapeuta o faça. Ex.: o terapeuta não responde directamente quando o paciente lhe pergunta se é casado.

Item 22

O terapeuta centra-se nos sentimentos de culpa do paciente

Classificar *característico* se o terapeuta se focar, ou prestar atenção, nos sentimentos de culpa do paciente, particularmente quando tem como objectivo atenuar esses sentimentos. Ex.: o terapeuta

refere o facto de o paciente aparentar sentir culpa quando, ocasionalmente, não responde a um dos pedidos de ajuda de uma filha.

Classificar *não característico* se o terapeuta não der ênfase aos sentimentos de culpa do paciente.

Item 23

O diálogo centra-se num foco específico

Classificar *característico* se a interacção se prender com um único ou com poucos assuntos. Ex.: o principal assunto durante a sessão foi o sentimento do paciente no que diz respeito ao curso da sua vida e o facto de, de diversas formas, ele não ter correspondido às expectativas do seu pai.

Classificar *não característico* se são discutidos múltiplos tópicos ou se o diálogo parece, de alguma forma, difuso/disperso.

Item 24

Os conflitos emocionais do próprio terapeuta interferem na relação terapêutica

Classificar *característico* se o terapeuta responde ao paciente de uma forma inapropriada e quando essa resposta não deriva unicamente do contexto terapêutico, mas notoriamente diz respeito a conflitos psicológicos e/ou emocionais do terapeuta (reacção contratransferencial). Ex.: o terapeuta parece distante de certos afectos que o paciente expressa ou precisa de expressar.

Classificar *não característico* se as respostas pessoais/emocionais do terapeuta não interferem de forma inapropriada na relação terapêutica.

Item 25

O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão

Classificar *característico* se o paciente manifestar desconforto nos primeiros minutos da sessão. Ex.: a seguir a um longo silêncio, o paciente diz “Bem, eu não sei sobre o que falar hoje”.

Classificar *não característico* se o paciente começar a sessão sem grandes pausas ou sem esperar por questões por parte do terapeuta.

Item 26

O paciente experimenta sentimentos desconfortáveis ou dolorosos (penosos)

Classificar *característico* se o paciente expressar sentimentos de vergonha, culpa, medo ou tristeza enquanto decorre a sessão. Classificar numa posição extrema está relacionado com a intensidade do sentimento.

Classificar *não característico* indica que o paciente não expressa esses sentimentos dolorosos.

Item 27

O terapeuta dá conselhos e orientações explícitos (vs. evita-os, mesmo quando é pressionado a fazê-lo)

Classificar *característico* se o terapeuta der conselhos explícitos ou fizer sugestões particulares que o paciente é, depois, livre para aceitar ou ignorar. Ex.: o terapeuta diz “Você devia considerar a hipótese de consultar um advogado para saber como lidar com essa situação”; ou o terapeuta pode guiar o paciente para que este considere um leque de opções e explore todas as alternativas.

Classificar *não característico* se o terapeuta evita dar conselhos; Classificar numa posição extrema indica que o terapeuta não fornece esse apoio ainda que o paciente o pressione para tal ou quando seria benéfico fazê-lo.

Item 28

O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico

Classificar *característico* se o terapeuta percebe correctamente a experiência do paciente relativamente à relação terapêutica. Isto pode ser inferido através dos comentários, intervenções do terapeuta para com o paciente. O julgamento deve ser independente do tipo de terapia que é utilizada.

Classificar *não característico* se o terapeuta parece, de alguma forma, menosprezar o estado emocional do paciente, a sua intenção no discurso ou a natureza da relação entre eles.

Item 29

O paciente fala sobre o seu desejo de estar separado ou distante

Classificar *característico* se o paciente fala acerca de querer uma maior distância ou um sentimento de independência relativamente a alguém (excluindo o terapeuta). Ex.: ser finalmente livre da influência dos pais.

Classificar *não característico* se o paciente não falar do facto de querer ser independente, individual.

Item 30

A discussão centra-se em temas cognitivos, por exemplo, ideias ou sistemas de crenças

Classificar *característico* se o diálogo enfatizar temas, crenças ou constructos conscientes e particulares para avaliar os outros, o próprio ou o mundo. Ex.: o terapeuta pergunta ao paciente acerca da sua história pessoal.

Classificar *não característico* se houver pouca ou nenhuma discussão sobre ideias ou constructos.

Item 31

O terapeuta solicita mais informação ou elaboração

Classificar *característico* se o terapeuta faz perguntas em busca de mais informação ou pressiona o paciente para uma descrição mais detalhada acerca de uma ocorrência. Ex.: o terapeuta pergunta ao paciente acerca da sua história pessoal.

Classificar *não característico* se o terapeuta não procura informação ilícita de forma activa.

Item 32

O paciente alcança uma nova compreensão ou insight

Classificar *característico* se uma nova perspectiva ou nova atitude surge durante o decorrer da sessão. Ex.: seguido de uma observação do terapeuta, o paciente parece pensativo e diz “Eu acho que isso é verdade. Nunca tinha pensado nessa situação dessa forma”.

Classificar *não característico* se evidentemente nenhum insight emerge durante a sessão.

Item 33

O paciente fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém

Classificar *característico* se o paciente fala acerca de ser, ou desejar ser, próximo ou íntimo de alguém (excluindo o terapeuta). Ex.: o paciente sente-se sozinho e gostava de estar com alguém.

Classificar *não característico* se o paciente não fizer nenhuma alusão ao facto de querer ter alguém.

Item 34

O paciente culpa os outros, ou causas externas, pelas suas dificuldades

Classificar *característico* se o paciente tende a exteriorizar, culpando outros ou acontecimentos pelas dificuldades. Ex.: o paciente refere que os seus problemas no trabalho se devem à má sorte com os empregados.

Classificar *não característico* se o paciente tende a assumir a responsabilidade nos seus problemas. Ex.: nada do que é triste nas relações amorosas pode ser apenas resultado de uma má escolha de parceiro.

Item 35

A auto-imagem é foco de discussão

Classificar *característico* se o tópico de discussão for o conceito ou sentimentos, atitudes e percepções que o paciente tem em relação a si próprio, positivos ou negativos. Ex.: o paciente fala de como às vezes é difícil lidar consigo mesmo pois, por vezes, considera-se muito agressivo.

Classificar *não característico* se a imagem acerca de si mesmo tem pouca importância no diálogo.

Item 36

O terapeuta refere a utilização, pelo paciente, de manobras defensivas, por exemplo, anulação e/ou negação

Classificar *característico* se um tópico é o movimento de controlo que o paciente utiliza para evitar tratar determinada informação ou sentimento. Ex.: o terapeuta, como o paciente, é levado a demonstrar amor pelo seu pai logo após ter feito observações críticas acerca dele.

Classificar *não característico* se este tipo de interpretação das defesas surge pouco durante a sessão.

Item 37

O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica

Classificar *característico* se a atitude do terapeuta em relação ao paciente é como de um professor para um aluno. Isto pode ser avaliado independentemente do contexto/assunto.

Classificar *não característico* se o terapeuta não assume uma posição tutorial na relação com o paciente.

Item 38

São discutidas actividades ou tarefas específicas para o paciente realizar fora das sessões

Classificar *característico* se há discussão sobre uma atitude particular que o paciente terá fora da sessão, como testar a validade de determinada crença ou comportar-se de forma diferente do que é habitual em si. Ex.: falar acerca de o paciente enfrentar uma situação causadora de receio quando, noutra altura, ele evitaria enfrentá-la.

Classificar *não característico* se não se discute acerca de determinadas acções do paciente fora da sessão.

Item 39

Há competitividade na relação terapêutica

Classificar *característico* se paciente ou terapeuta parecem competitivos um com o outro. Pode ter a forma de luta, colocando-se um “para cima” ou outro “para baixo”.

Classificar *não característico* se há pouco ou nenhum sentimento de competitividade entre paciente e terapeuta.

Item 40

O terapeuta faz interpretações referindo-se a pessoas concretas da vida do paciente

Classificar *característico* se as interpretações do terapeuta dizem respeito a alguma pessoa em particular, conhecida do paciente. Ex.: o terapeuta diz “Você sente-se magoado e irritado quando a sua mãe o critica”.

Classificar *não característico* significa que as interpretações não dizem respeito a pessoas em particular ou a aspectos da vida do paciente. Ex.: o terapeuta comenta “Você parece ter tendência

para se afastar quando os outros se aproximam”. (N.B. Classificação no extremo não característico indica que o terapeuta faz interpretações gerais ou impessoais)

Item 41

As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão

Classificar *característico* se o paciente fala sobre os seus projectos de vida ou desejos de sucesso e status. Ex.: o paciente fala acerca da sua esperança em tornar-se advogado e ganhar um ordenado elevado.

Classificar *não característico* se o paciente mostrar ou falar sobre restrições relativamente às expectativas de futuro.

Item 42

O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta

Classificar *característico* se o paciente regularmente discordar ou ignorar as sugestões, observações e interpretações do terapeuta. Ex.: depois de o terapeuta fazer uma importante interpretação, o paciente refere que considera que não é exactamente assim como ele refere.

Classificar *não característico* indica que o paciente tende a concordar com os comentários/observações do terapeuta.

Item 43

O terapeuta sugere o significado para o comportamento de terceiros

Classificar *característico* se o terapeuta procura interpretar o significado do comportamento das pessoas da vida do paciente. Ex.: o terapeuta sugere que o parceiro amoroso do paciente tem problemas com a intimidade.

Classificar *não característico* se o terapeuta não fizer comentários acerca do significado do comportamento dos outros.

Item 44

O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro)

Classificar *característico* se o paciente parece preocupado, inseguro ou desconfiado em relação ao terapeuta. Ex.: o paciente questiona se o terapeuta realmente gosta dele ou se há um outro significado oculto nas suas observações.

Classificar *não característico* se o paciente parece estar confiante e seguro.

Item 45

O terapeuta adopta uma atitude de apoio

Classificar *característico* se o terapeuta assume uma postura de suporte e apoio para com o paciente. Isto pode tomar a forma de aprovação em relação a algo que o paciente tenha feito ou encorajamento. Ex.: “Você fez isto no passado e consegue voltar a fazê-lo”.

Classificar *não característico* se o terapeuta não costuma assumir um papel de apoio.

Item 46

O terapeuta comunica com o paciente de forma clara e coerente

Classificar *característico* se a linguagem utilizada pelo terapeuta for directa, compreensível e clara. Classifica-se *muito característico* se o estilo verbal do terapeuta é evocativo e marcado por uma leveza nas palavras e nas frases.

Classificar *não característico* se a linguagem do terapeuta é difusa, estereotipada, abstracta.

Item 47

Quando a interacção com o paciente é difícil, o terapeuta faz um esforço de adaptação para melhorar a relação

Classificar *característico* se o terapeuta se demonstra aberto e interessado em acalmar a interacção quando surgem desentendimentos ou conflitos na díade. Ex.: quando o paciente começa a ficar aborrecido com o terapeuta, este faz um esforço para pacificar o paciente.

Classificar *não característico* se o terapeuta não faz um esforço para melhorar a interacção quando esta se torna difícil.

Item 48

O terapeuta incentiva o paciente a ser independente nos seus actos e opiniões

Classificar *característico* se o terapeuta direcciona o paciente de forma a pensar por ele próprio e a tomar atitudes de acordo com aquilo que é melhor para ele. Ex.: o terapeuta nota que o paciente refere aquilo que a sua mãe ou os seus colegas consideram que ele devia fazer mas não refere aquilo que ele quer ou pensa fazer.

Classificar *não característico* se o terapeuta não introduz a questão de independência ou iniciativa na discussão.

Item 49

O paciente experimenta sentimentos de ambivalência ou de conflito em relação ao terapeuta

Classificar *característico* se o paciente expressa sentimentos mistos acerca do terapeuta, ou se as verbalizações do paciente acerca do terapeuta são incongruentes com o seu comportamento, ou se parece haver desajustamento de sentimentos. Ex.: o paciente simpaticamente concorda com as sugestões do terapeuta, mas depois demonstra hostilidade para com as pessoas que lhe dizem o que deve fazer.

Classificar *não característico* se há pouca expressão da ambivalência do paciente para com o terapeuta.

Item 50

O terapeuta chama a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis (por exemplo, raiva, inveja e excitação)

Classificar *característico* se o terapeuta dá atenção aos sentimentos que são considerados errados, inapropriados ou perigosos pelo paciente. Ex.: o terapeuta refere que por vezes o paciente sente inveja do seu irmão mais bem sucedido.

Classificar *não característico* se o terapeuta tende a não dar atenção às reacções emocionais que o paciente considera difíceis de reconhecer ou aceitar.

Item 51

O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente

Classificar *característico* se o terapeuta for condescendente com o paciente, tratando-o como se ele fosse pouco inteligente ou sofisticado. Isto pode ser inferido pela forma como o terapeuta faz comentários ou fornece conselhos.

Classificar *não característico* se o terapeuta demonstrar pelo seu tom de voz, comentários ou forma de estar que não assume uma atitude de superioridade.

Item 52

O paciente apoia-se no terapeuta para resolver os seus problemas

Classificar *característico* se o paciente apresentar problemas ao terapeuta, expectante de que este lhe ofereça sugestões ou conselhos como forma de solução. Ex.: o paciente não está certo se deve ou não terminar a sua relação com o seu parceiro e pergunta ao terapeuta o que fazer. Ter em conta que a procura de uma solução pode não ser explícita, podendo estar implícita na forma como o paciente discute a questão.

Classificar *não característico* se o paciente não demonstra, explícita ou implicitamente, procurar apoio no terapeuta para resolver as suas questões.

Item 53

O paciente está preocupado com aquilo que o terapeuta pensa dele

Classificar *característico* se o paciente se demonstrar preocupado com o que o terapeuta pode pensar do seu comportamento ou com a possibilidade de ser julgado. Ex.: o paciente pode comentar “Você está, provavelmente, a pensar que foi uma coisa estúpida de se fazer”. A classificação pode também resultar de uma inferência acerca do comportamento do paciente. Ex.: o paciente faz muitos elogios de forma a impressionar favoravelmente o terapeuta.

Classificar *não característico* se o paciente não se demonstrar preocupado com o tipo de impressão que está a criar no terapeuta ou no julgamento que este possa fazer.

Item 54

O paciente é claro e organizado na forma como se expressa

Classificar *característico* se o paciente se expressar de uma forma que é fácil de compreender e relativamente clara e fluente.

Classificar *não característico* é indicativo de alguma confusão ou dispersão. Pode, por vezes, ser avaliado pela incapacidade de se conseguir estabelecer relação entre os temas discutidos pelo paciente.

Item 55

O paciente demonstra expectativas positivas em relação à terapia

Classificar *característico* se o paciente expressa a sua expectativa ou esperança de que a terapia o pode ajudar. Uma posição mais extrema nesta direcção indica que o paciente expressa expectativas positivas irrealistas, isto é, que a terapia irá resolver os seus problemas e que será uma protecção contra dificuldades futuras. Ex.: o cliente pode demonstrar esperança que a terapia apresente resultados rápidos.

Classificar *não característico* se o paciente expressar sentimentos de crítica em relação à terapia. Ex.: sentimento de desilusão pela terapia não ser mais eficaz ou gratificante. Uma posição mais extrema indica que o paciente expressa cepticismo, pessimismo ou desilusão sobre o que poderá atingir na terapia.

Item 56

O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus próprios sentimentos (N.B. Diz respeito à atitude do paciente em relação ao que é falado, o quanto ele parece preocupar-se com isso)

Classificar *característico* se o paciente der pouca importância e for, geralmente, impessoal ou indiferente em relação ao que é dito.

Classificar *não característico* se o afecto é aparente mas bem modulado e equilibrado.

Classificar *muito não característico* se o paciente demonstrar afectos agressivos ou profunda preocupação.

Item 57

O terapeuta explica os princípios inerentes às suas técnicas ou abordagens de tratamento

Classificar *característico* se o terapeuta explicar alguns aspectos da terapia ao paciente ou responder a questões acerca do processo de tratamento. Ex.: o terapeuta pode não responder logo a uma questão directa do paciente pois considera que poderá haver uma melhor oportunidade para

explorar os pensamentos e sentimentos associados a essa questão. Este item também tenciona capturar a sugestão ou instrução, por parte do terapeuta, do paciente utilizar determinadas técnicas. Ex.: o terapeuta sugere que o paciente tente focar-se nos seus sentimentos ou tente fechar os olhos e imaginar uma cena.

Classificar *não característico* se houver pouco ou nenhum esforço por parte do terapeuta em explicar o racional por detrás de certos aspectos do tratamento, mesmo quando o paciente pede que o faça.

Item 58

O paciente resiste a analisar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas

Classificar *característico* se o paciente está relutante em examinar o seu próprio papel na perpetuação de problemas. Ex.: evitando, bloqueando ou mudando de assunto quando determinado tópico é introduzido.

Classificar *não característico* se o paciente examina de forma activa, ou é capaz de compreender, linhas de pensamento que podem ser emocionalmente stressantes ou desagradáveis.

Item 59

O paciente sente-se inadequado e inferior (vs. eficaz e superior)

Classificar *característico* se o paciente expressar sentimentos de inferioridade ou inadequação. Ex.: o paciente afirma que aquilo que espera nunca acontece da forma como deseja.

Classificar *não característico* se o paciente expressar um sentimento de superioridade ou de triunfo. Ex.: referir conquistas pessoais ou chamar a atenção para um atributo ou uma competência pessoal.

Item 60

O paciente tem uma experiência catártica

Classificar *característico* se o paciente sente alívio por dar sentido a um sentimento suprimido ou escondido. Ex.: o paciente chora intensamente a morte de um parente e depois diz ao terapeuta que se sente melhor por ter “deitado esses sentimentos para fora”.

Classificar *não característico* se a expressão emocional não for seguida por uma sensação de alívio.

Item 61

O paciente sente-se tímido e envergonhado (vs. despreocupado com o que pensam de si e confiante)

Classificar *característico* se o paciente parecer tímido, embaraçado, envergonhado, ou, no extremo, humilhado ou mortificado.

Classificar *não característico* se o paciente parece seguro e certo de si mesmo.

Item 62

O terapeuta identifica um tema recorrente na experiência ou na conduta do paciente

Classificar *característico* se o terapeuta identificar uma questão recorrente na vida ou comportamento do paciente.

Classificar *não característico* se o terapeuta não identifica ou tema ou uma questão recorrentes.

Item 63

As relações interpessoais do paciente são tema principal

Classificar *característico* se o principal tema são as relações sociais, laborais ou envolvimentos pessoais e emocionais do paciente (exclui discussão da relação terapêutica e discussão de relações amorosas). Ex.: o paciente discute os seus conflitos com o seu patrão.

Classificar *não característico* se uma grande parte da sessão é dedicada à discussão de assuntos que não estão directamente relacionados com relações. Ex.: a compulsão do paciente para trabalhar ou a sua preocupação com a comida e com as refeições.

Item 64

As relações amorosas ou românticas são tópicos de discussão (N.B.: O item não diz respeito a relações passadas - memórias e reconstruções da infância e da adolescência.)

Classificar *característico* se as relações amorosas ou românticas são faladas durante a sessão. Ex.: o paciente fala acerca de sentimentos para com o seu parceiro amoroso.

Classificar *não característico* se as relações amorosas não surgirem como tópicos de discussão.

Item 65

O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente

Classificar *característico* se o terapeuta reformula ou clarifica as afirmações e ideias do paciente, de forma a ficarem mais reconhecíveis e a demonstrarem o seu significado mais evidente. Ex.: o terapeuta reformula “O que me parece que está a dizer é que está preocupado em relação ao que a terapia será”.

Classificar *não característico* se este tipo de actividade de clarificação é pouco utilizado pelo terapeuta durante a sessão.

Item 66

O terapeuta tranquiliza de forma directa

Classificar *característico* se o terapeuta procura conter as ansiedades do paciente e instalar a esperança de que a questão irá melhorar ou irá resolver-se. Ex.: o terapeuta diz ao paciente que não há razão para se preocupar, e que está certo de que o problema se pode resolver”.

Classificar *não característico* se o terapeuta não tranquiliza o paciente mesmo quando é pressionado para tal. (N.B. Classificar no extremo não característico se o terapeuta tende a conter-se em tranquilizar directamente)

Item 67

O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias inconscientes

Classificar *característico* se o paciente direcciona a atenção do paciente para sentimentos, pensamentos ou impulsos dos quais ele pode não estar ciente. A classificação deve inferir a qualidade do conteúdo mental (isto é, a intensidade com que estava ciente) do contexto da sessão (excluindo interpretação de mecanismos de defesa).

Classificar *não característico* se o terapeuta se foca apenas no material que se encontra ao nível consciente no paciente.

Item 68

Significados de experiências reais vs. fantasiados são activamente diferenciados

Classificar *característico* se terapeuta ou paciente notam diferenças entre as fantasias do deste acerca de um acontecimento e a realidade objectiva. Ex.: o terapeuta põe em evidência que, apesar do paciente ter desejos acerca da sua morte, não causou um ataque de coração.

Classificar *não característico* se pouco tempo da sessão diz respeito às distorções da realidade.

Item 69

Situações actuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão

Classificar *característico* se o paciente ou o terapeuta enfatizarem acontecimentos recentes ou diários. Ex.: o paciente fala acerca da depressão após a morte da sua mulher.

Classificar *não característico* se a discussão da situação de vida actual não foi um aspecto importante da sessão.

Item 70

O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos

Classificar *característico* se o paciente procura gerir ou controlar emoções ou impulsos fortes. Ex.: o paciente luta para conter as lágrimas quando está nitidamente perturbado.

Classificar *não característico* se o paciente não aparenta fazer nenhum esforço por controlar, conter ou mitigar sentimentos que está a experienciar ou não tem qualquer dificuldade em ter controlo sobre eles.

Item 71

O paciente auto-acusa-se; expressa vergonha ou culpa

Classificar *característico* se o paciente expressar vergonha, culpa. Ex.: o paciente afirma que se tivesse tomado mais atenção aos momentos mais baixos da mulher, ela podia não ter cometido suicídio.

Classificar *não característico* se o paciente não fizer afirmações que indiquem culpa, vergonha ou auto-punição.

Item 72

O paciente compreende a natureza da terapia e o que é esperado

Classificar *característico* reflecte a intensidade com que o paciente parece compreender o que é esperado dele na situação e o que vai acontecer na terapia.

Classificar *não característico* sugere que o paciente está pouco certo, confuso ou enganado em relação ao seu papel na terapia e ao que é esperado nessa situação.

Item 73

O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico

Classificar *característico* se o paciente estiver comprometido com o trabalho terapêutico. Pode incluir força de vontade em fazer sacrifícios para continuar com o compromisso, no que diz respeito a tempo, dinheiro ou inconveniências. Pode também incluir o desejo genuíno de perceber mais acerca de si mesmo apesar do desconforto psicológico que isso possa causar. Ex.: um paciente estava tão interessado em começar o tratamento que abdicou de um jogo de golf para manter os compromissos da terapia.

Classificar *não característico* se o paciente estiver ambivalente quanto à terapia ou pouco interessado em tolerar os sacrifícios emocionais que a esta pode implicar. Pode ser expresso sob a forma de queixas acerca do valor da terapia.

Item 74

É utilizado o humor

Classificar *característico* se o terapeuta ou o paciente utilizarem o humor durante a sessão. Isto pode aparecer como um mecanismo de defesa/coping no paciente ou o terapeuta pode utilizar o humor como ironia para mostrar a sua visão ou facilitar o desenvolvimento da relação com o paciente. Ex.: o paciente demonstra capacidade de rir de si mesmo.

Classificar *não característico* se a interacção for séria, austera ou sombria.

Item 75

O fim da terapia é discutido

Classificar *característico* se paciente ou terapeuta falarem no fim da terapia. Inclui referência ao término, seja desejado ou temido.

Classificar *não característico* se o fim da terapia é evitado. Ex.: a aproximação do fim é mencionada mas nem paciente nem terapeuta continuam o assunto.

Classificar *neutro* se nenhuma referência ao fim é feita.

Item 76

O terapeuta sugere que o paciente aceite a responsabilidade pelos seus problemas

Classificar *característico* se o terapeuta tenta mostrar ao paciente que ele tem de tomar alguma atitude, ou mudar de alguma forma, se as suas dificuldades estão a aumentar. Ex.: o terapeuta comenta “Vamos ver o que você poderá ter feito para ter recebido essa resposta (de outra pessoa)”.

Classificar *não característico* se as acções do terapeuta geralmente não persuadem o paciente a assumir maior responsabilidade ou se o terapeuta sugere que o paciente já tomou muita responsabilidade.

Item 77

O terapeuta tem falta de tacto

Classificar *característico* se os comentários do terapeuta parecem ser sentidos pelo paciente como ofensivos ou desagradáveis. A falta de tacto pode não se dever a nenhuma irritação do terapeuta, mas sim a uma falha ao nível da técnica.

Classificar *não característico* se os comentários do terapeuta reflectirem cuidado, consideração ou preocupação.

Item 78

O paciente procura a aprovação, afecto ou compreensão do terapeuta

Classificar *característico* se o paciente se comporta para que o terapeuta goste dele, ou de forma a ganhar mais atenção ou segurança.

Classificar *não característico* se o paciente não se comporta desta forma.

Item 79

O terapeuta comenta mudanças no humor ou afecto do paciente

Classificar *característico* se o terapeuta fizer comentários frequentes acerca de características no humor ou nas experiências do paciente.

Classificar *não característico* se o terapeuta não comentar as mudanças de humor do paciente durante a sessão.

Item 80

O terapeuta apresenta uma experiência ou acontecimento específico numa perspectiva diferente

Classificar *característico* se o terapeuta reformula o que o paciente disse para que este olhe para a situação de uma forma diferente (reestruturar cognitivamente). Um novo (e positivo) significado é dado ao mesmo conteúdo. Ex.: depois do paciente culpar-se por ter começado uma discussão desagradável com a sua parceira, o terapeuta diz que talvez essa seja a forma de ele expressar o que precisa na relação. Ao classificar este item, um acontecimento particular que tenha sido “reformulado” deve ser identificado.

Classificar *não característico* se isso não constitui um aspecto importante da actividade do terapeuta durante a sessão.

Item 81

O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda

Classificar *característico* se o terapeuta enfatizar os sentimentos do paciente, conseguindo que este os experiencie de uma forma mais profunda. Ex.: o terapeuta sugere que a interacção que ele contou ter ocorrido deve tê-lo feito sentir um pouco irritado.

Classificar *não característico* se o terapeuta não enfatizar a experiência ou o afecto, ou não parecer interessado nas descrições objectivas do paciente.

Item 82

O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma forma não explicitamente reconhecida previamente

Classificar *característico* se o terapeuta fizer, por vezes ou frequentemente, comentários acerca do comportamento do paciente durante a sessão, de forma a observá-lo de uma outra forma. Ex.: o terapeuta sugere que o atraso do paciente tem um significado; ou o terapeuta nota que, quando o paciente começa a falar de assuntos emocionais, ele rapidamente muda para outro foco de discussão.

Classificar *não característico* se o terapeuta tende a não reformular o comportamento do paciente durante as sessões de terapia.

Item 83

O paciente é exigente

Classificar *característico* se o paciente fizer mais pedidos do que o habitual, ou pressionar o terapeuta para aceder a um pedido. Ex.: o paciente pede para que as sessões sejam de manhã, pede medicação ou pede mais actividade por parte do terapeuta.

Classificar *não característico* se o paciente fica relutante ou hesitante em fazer observações apropriadas acerca do terapeuta.

Item 84

O paciente expressa raiva ou sentimentos agressivos

Classificar *característico* se o paciente expressar ressentimento, raiva, mágoa ou agressão (excluindo esses sentimentos quando dirigidos ao terapeuta).

Classificar *não característico* se a expressão desses sentimentos não ocorrer.

Item 85

O terapeuta incentiva o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros

Classificar *característico* se o terapeuta sugerir formas alternativas de se relacionar com as pessoas. Ex.: o terapeuta pergunta ao paciente o que pensa que poderia acontecer se fosse mais directo com a sua mãe acerca do que o afecta quando ela o infantiliza. Uma colocação mais extrema implica que o terapeuta aconselhe activamente o paciente acerca de como interagir com os outros.

Classificar *não característico* se o terapeuta não costuma fazer sugestões acerca da forma como o paciente se deve relacionar com os outros.

Item 86

O terapeuta é confiante ou seguro (vs. inseguro ou defensivo)

Classificar *característico* se o terapeuta parecer confiante, seguro e não defensivo.

Classificar *não característico* se o terapeuta parecer pouco confiante, embaraçado ou até mesmo perdido.

Item 87

O paciente é controlador

Classificar *característico* se o paciente exercer uma influência directa durante a sessão. Ex.: o paciente dominou a interacção ao falar compulsivamente ou interrompeu com frequência o terapeuta.

Classificar *não característico* se o paciente não controla a interacção, trabalhando com o terapeuta para uma relação ainda mais colaborativa.

Item 88

O paciente traz questões e material importantes

Classificar *característico* indica que o paciente traz para a sessão conflitos pessoais e tópicos que o preocupam realmente, falando sobre eles durante a sessão.

Classificar *não característico* se a discussão parece pouco relacionada ou de alguma forma ausente de questões de importância primordial.

Item 89

O terapeuta age de forma a fortalecer defesas

Classificar *característico* se a postura do terapeuta é caracterizada por calma, atenção e compreensão, com o objectivo de não Classificar em causa o equilíbrio emocional do paciente, ou se intervém de forma a ajudar o paciente a evitar ou a suprimir ideias ou sentimentos perturbadores.

Classificar *não característico* se o terapeuta não age de forma a introduzir defesas ou a suprimir sentimentos ou pensamentos perturbadores.

Item 90

Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos

Classificar *característico* se o tópico de discussão é o conteúdo dos sonhos ou material fantasioso (sonhos diurnos ou nocturnos). Ex.: o paciente e o terapeuta exploraram os possíveis significados de um sonho que o paciente teve na noite anterior.

Classificar *não característico* se durante a sessão há pouca ou nenhuma discussão acerca de sonhos ou fantasias.

Item 91

Memórias ou reconstruções da infância são tópicos de discussão

Classificar *característico* se uma parte da sessão é preenchida com discussão acerca da infância ou memórias dos primeiros anos de vida.

Classificar *não característico* se há pouco ou nenhum tempo dispendido para a discussão desses tópicos.

Item 92

Os sentimentos e percepções do paciente são ligados a situações ou comportamentos do passado

Classificar *característico* se ligações relevantes são feitas entre a experiência emocional actual do paciente ou percepção dos eventos com outros ocorridos no passado. Ex.: o terapeuta evidencia que os actuais medos de abandono derivam da perda de um parente durante a infância.

Classificar *não característico* se essas questões são pouco ou nada discutidas.

Item 93

O terapeuta tem uma postura neutra

Classificar *característico* se o terapeuta se coíbe de dar a sua opinião ou o seu ponto de vista acerca de tópicos discutidos pelo paciente. O terapeuta assume o papel neutral, comedido e o ponto de vista do paciente é proeminente no diálogo. Ex: o terapeuta pergunta como seria para o paciente se ele/ela aprovasse a sua expressão de zanga e posteriormente como seria para o paciente se ele/ela desaprovasse.

Classificar *não característico* se o terapeuta exprime opiniões ou toma posições de forma explícitas ou por implicação. Ex: o terapeuta diz ao paciente que é muito importante que ele aprenda a expressar a sua raiva; ou comenta que a relação que o paciente tem no momento é muito boa e que deveria pensar melhor acerca de terminar com ela. (N.B. Neutralidade não é sinónima de passividade. O terapeuta pode ser activo e, ainda assim, manter uma postura neutra.)

Item 94

O paciente sente-se triste ou deprimido (vs. feliz ou alegre)

Classificar *característico* se o humor do paciente parece melancólico, triste ou deprimido.

Classificar *não característico* se o paciente parece divertido, alegre ou demonstra sentimentos de bem-estar.

Item 95

O paciente sente-se ajudado

Classificar *característico* se o paciente demonstrar, de alguma forma, que se sente ajudado, aliviado ou motivado.

Classificar *não característico* se o paciente se sentir desmotivado com a forma como a terapia está a progredir, ou frustrado (não diz respeito a eventos fora da terapia).

Item 96

São discutidos os horários das sessões ou os honorários

Classificar *característico* se o terapeuta e o paciente discutirem a marcação ou remarcação das sessões de terapia (dias, horas), ou se houver discussão acerca do montante a pagar.

Classificar *não característico* se estes tópicos não forem referidos.

Item 97

O paciente é introspectivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos

Classificar *característico* se o paciente parecer pouco defensivo. Nesse momento o paciente esquece os constrangimentos vulgares, medos ou hesitações enquanto explora e examina os pensamentos e os sentimentos.

Classificar *não característico* se o discurso do paciente parecer hesitante ou inibido, mostrar constrangimento, reserva ou necessidade de controlo e não parecer liberto, desbloqueado e descontraído.

Item 98

A relação terapêutica é um foco de discussão

Classificar *característico* se a relação terapêutica for discutida. Ex: o terapeuta chama a atenção para características da interacção ou do processo interpessoal existente entre o paciente e ele.

Classificar *não característico* se o terapeuta ou o paciente não comentam a natureza das interacções entre eles.

Item 99

O terapeuta levanta questões acerca da visão do paciente (vs. valida as percepções do paciente)

Classificar *característico* se o terapeuta, de alguma forma, levantar questões acerca do ponto de vista ou experiencia do paciente acerca de um acontecimento. Ex: o terapeuta poderá dizer “Como é isso?”, ou “Pergunto-me como isso será”. Este item não se refere a interpretações ou reformulações com o intuito de demonstrarem um significado diferente no discurso do paciente, refere-se simplesmente ao levantamento de questões como consequência daquilo que o paciente diz.

Classificar *não característico* se, de alguma forma, demonstrar concordância com a perspectiva do paciente. Ex: o terapeuta poderá dizer “Eu acho que você está certo em relação a isso”.

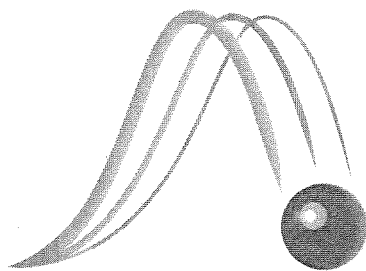
Item 100

O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações

Classificar *característico* se o terapeuta fizer alguns/relevantes comentários relacionando os sentimentos do paciente para com ele e para com outros significantes na sua vida. Inclui relações actuais e relações passadas com parentes (transferência). Ex: o terapeuta comenta que ele julga que, por vezes, a paciente tem medo que ele a critica como a sua mãe faz.

Classificar *não característico* se a actividade do terapeuta durante a sessão incluir poucas ou nenhuma tentativas de ligação entre os aspectos interpessoais da terapia com experiências do paciente noutras relações.

ANEXO B – VERSÃO PORTUGUESA DO CORE-OM



CORE-OM

Identif. Serviço:

Identif. Caso:

Identif. Terapeuta:

Data de preenchimento:

D D M A A A A

Idade:

Género: M F

Fase de preenchimento

T Triagem

E Encaminhamento

A Avaliação pré-tratamento

P Pré-primeira sessão

1 Pré-terapia, não especificado

D Durante Terapia

U Última sessão

X Follow up 1

Y Follow up 2

Fase

Episódio

IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

Durante a última semana...

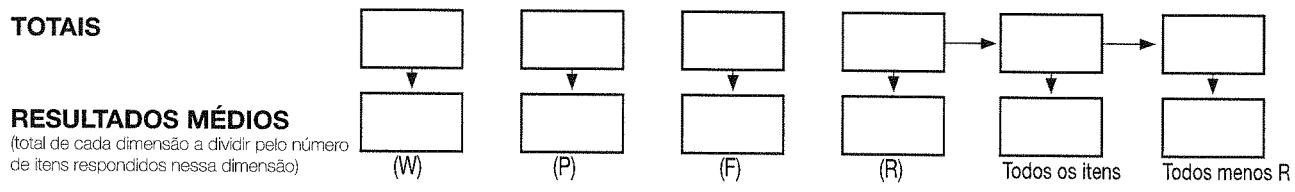
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre	USO INTERNO NÃO PRECISAR
1 Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Pensei em fazer mal a mim próprio/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Tenho sentido vontade de chorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Vire a página, por favor

Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre	USO INTERNO NÃO PREENCHER
15 Senti pânico ou terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Senti que os meus problemas são demais para mim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Senti que tenho pessoas de quem gosto	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Não consegui pôr os meus problemas de lado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Ameacei ou fiz alguém sentir medo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Senti-me desesperado/a ou sem saída	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Senti que não tinha amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Tenho-me sentido optimista em relação ao meu futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Tenho conseguido as coisas que queria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



ANEXO C – CORRELAÇÕES INTER-AVALIADORES (PQS)

CORRELAÇÕES INTER-AVALIADORES

	D1	D2	D3	D4	
	0,562	0,84	0,681	0,875	
	0,528	0,826	0,69	0,836	
	0,576	0,819	0,736	0,822	
	0,72	0,838	0,796	0,87	
	0,69	0,775	0,815	0,852	
	0,725		0,792	0,831	
	0,713		0,861	0,875	
	0,722			0,873	
	0,789			0,849	
	0,8			0,88	
	0,803			0,887	
	0,808			0,863	
Médias	0,703	0,8196	0,767286	0,859417	0,787326

ANEXO D – ITENS SALIENTES EM CADA DÍADE

ITENS SALIENTES D1

Valores	ITENS +	
8,3333	Q23	O diálogo centra-se num foco específico.
7,9583	Q81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.
7,8750	Q86	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. inseguro ou defensivo).
7,5417	Q28	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.
7,4583	Q69	Situações actuais ou recentes na vida do paciente são enfatizadas na discussão.
7,4583	Q73	O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.
7,4583	Q88	O paciente traz questões e material importantes.
7,3333	Q63	As relações interpessoais do paciente são tema principal.
7,2917	Q55	O paciente demonstra expectativas positivas em relação à terapia.
7,2500	Q65	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.
7,2500	Q67	O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias inconscientes.

Valores	ITENS -	
1,9167	Q44	O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).
1,9583	Q49	O paciente experimenta sentimentos de ambivalência ou de conflito em relação ao terapeuta.
2,0000	Q39	Há competitividade na relação terapêutica.
2,4583	Q9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afectivamente).
2,4583	Q10	O paciente procura maior intimidade com o terapeuta.
2,4583	Q14	O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta.
2,5000	Q5	O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.
2,6667	Q42	O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta.
2,7083	Q56	O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus próprios sentimentos.
2,7917	Q37	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.
2,7917	Q51	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.

RESULTADOS D2

Valores	ITENS +	
9,0	Q23	O diálogo centra-se num foco específico.
8,5	Q81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.
8,3	Q6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.
7,8	Q67	O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias inconscientes.
7,5	Q26	O paciente experimenta sentimentos desconfortáveis ou dolorosos (penosos).
7,5	Q65	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.
7,4	Q59	O paciente sente-se inadequado e inferior (vs. eficaz e superior).
7,4	Q94	O paciente sente-se triste ou deprimido (vs. feliz ou alegre).
7,3	Q86	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. inseguro ou defensivo).
7,2	Q50	O terapeuta chama a atenção para sentimentos que o paciente considera inaceitáveis (por exemplo, raiva, inveja e excitação).

Valores	ITENS -	
1,1	Q39	Há competitividade na relação terapêutica.
1,5	Q51	O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.
2	Q9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afectivamente).
2,1	Q100	O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações.
2,2	Q77	O terapeuta tem falta de tacto.
2,3	Q97	O paciente é introspectivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos.
2,5	Q92	Os sentimentos e percepções do paciente são ligados a situações ou comportamentos do passado.
2,9	Q25	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.
3	Q38	São discutidas actividades ou tarefas específicas para o paciente realizar fora das sessões.
3,1	Q98	A relação terapêutica é um foco de discussão.

RESULTADOS D3

Valores	ITENS +	
8,929	Q6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.
8,571	Q81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.
8,071	Q45	O terapeuta adopta uma atitude de apoio.
7,714	Q18	O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento.
7,643	Q3	As intervenções do terapeuta destinam-se a facilitar o discurso do paciente.
7,643	Q28	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.
7,571	Q86	O terapeuta é confiante ou seguro (vs. inseguro ou defensivo).
7,571	Q88	O paciente traz questões e material importantes.
7,357	Q23	O diálogo centra-se num foco específico.
7,286	Q65	O terapeuta clarifica, repete ou reformula a comunicação do paciente.

Valores	ITENS -	
1	Q9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afectivamente).
1,643	Q44	O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado (vs. confia e sente-se seguro).
1,786	Q5	O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.
1,786	Q14	O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta.
1,857	Q37	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.
1,857	Q42	O paciente rejeita (vs. aceita) os comentários e observações do terapeuta.
1,926	Q77	O terapeuta tem falta de tacto.
2,286	Q10	O paciente procura maior intimidade com o terapeuta.
2,357	Q87	O paciente é controlador.
2,643	Q29	O paciente fala sobre o seu desejo de estar separado ou distante.

RESULTADOS D4

Valores	ITENS +	
8,167	Q33	O paciente fala em sentir-se próximo ou querer estar próximo de alguém.
7,541	Q6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com ele; é empático.
7,542	Q28	O terapeuta tem uma percepção correcta do processo terapêutico.
7,292	Q23	O diálogo centra-se num foco específico.
7,000	Q83	O paciente é exigente.
6,958	Q45	O terapeuta adopta uma atitude de apoio.
6,875	Q18	O terapeuta transmite uma sensação de aceitação sem julgamento (NB. Classificação no extremo <i>não característico</i> indica desaprovação, falta de aceitação).
6,875	Q58	O paciente resiste a analisar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com o seu papel em criar ou perpetuar problemas.
6,750	Q81	O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de forma a ajudá-lo a experimentá-los de uma forma mais profunda.
6,708	Q98	A relação terapêutica é um foco de discussão.

Valores	ITENS -	
1,375	Q77	O terapeuta tem falta de tacto.
1,750	Q9	O terapeuta é distante, indiferente (vs. responsivo e envolvido afectivamente).
1,958	Q37	O terapeuta comporta-se como um professor, de forma didáctica.
2,417	Q15	O paciente não inicia nem elabora tópicos.
2,417	Q71	O paciente auto-acusa-se; expressa vergonha ou culpa.
2,458	Q25	O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.
2,458	Q97	O paciente é introspectivo, explora prontamente pensamentos e sentimentos internos.
2,583	Q43	O terapeuta sugere o significado para o comportamento de terceiros.
2,625	Q40	O terapeuta faz interpretações referindo-se a pessoas concretas da vida do paciente.
2,667	Q29	O paciente fala sobre o seu desejo de estar separado ou distante.