



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MUDANÇA E ALIANÇA TERAPÊUTICA:  
IMPACTO DA PSICOTERAPIA  
EM JOVENS-ADULTOS

LUÍSA CAVACAS ALVES

Orientador de Dissertação:

PROF. DR. DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DR. DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Daniel Cunha Monteiro de Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

## **Agradecimentos**

No final desta etapa, fruto de encontros e desencontros, apraz-me dedicar este relevante momento a todos que estiveram presentes, mas especialmente:

Ao Professor Doutor Daniel Sousa, meu orientador, pela sugestão nos temas a investigar, pelo seu conhecimento e paixão que dedica à investigação. A maior expressão dos meus sentimentos é manifestada pela compreensão e apoio nos momentos cruciais. Nos momentos difíceis e de impasse, a sua intervenção e contribuição foram imprescindíveis para a concretização desta etapa académica que se repercute em tantas outras etapas de mudança.

Aos participantes deste estudo pela sua prestimosa colaboração, por se disporem a desvelar estar em relação, num antes e num depois.

O meu reconhecimento às amigas de toda a vida Isabel Mira e João Abril pela marca indelével na mudança do meu percurso de vida, só realizável com o apoio, o conforto e a cumplicidade.

Ao Edgar uma enorme gratidão pelos encontros ímpares de abundantes horas de aceitação, compreensão, contenção, apoio e desvelamento. Todas as palavras que poderia encontrar seriam insuficientes para expressar a qualidade do sentimento que sinto.

Aos companheiros desta jornada académica, que se tornaram amigos, Dora Pinto, Karina Barreiros e Rui Cintra, pelos encontros, pela partilha e profícuos questionamentos possibilitando momentos de *Cairós*. Por tudo isto, e ainda, pela permanente presença quando o esmorecimento parecia não querer dissipar-se uma enorme gratidão à Ana Canau e à Elisabete Morgado.

À Cláudia Neves pela ajuda fundamental na exploração de um *Atlas* geograficamente posicionado nos teores informáticos, pela dedicação, disponibilidade, envolvimento e amizade.

Ao Zeferino um enorme agradecimento por ter possibilitado trilhar com ele, caminhos Existenciais que me auxiliaram a justapor o rumo, pela via de uma intensa descoberta vivida pela dúvida e pelo vacilar, mas também pela esperança e (re) ânimo.

Aos colegas do curso de Psicoterapeuta Existencial Anaiza Roriz, Gonçalo Lobo, Paula Câmara e Sónia Neves, pelos momentos de partilha, de disponibilidade em poderem estar e “Abraçar”. Uma deferência especial à Ana Coelho pelo olhar sereno, mas atento, acolhedor e oportuno, e por tudo ser vivido de uma forma tão especial.

À mana Ivone, ao cunhado Vítor e aos sobrinhos Ricardo e Francisco, pelo sempre acolhimento numa guarida perene de afeto.

Aos meus filhos Hugo e Mónica por existirem na minha vida! Pela aceitação do meu distanciamento manifesto e implícito, na presença e na ausência dos meus retiros.

Ao meu pai um reconhecimento pelos exemplos de vida, ensinamentos e recursos essenciais para me poder projetar no futuro de forma sustentada. À minha mãe um infindável agradecimento, pelo mimo, pela ternura, pela quietude em todo o tempo, em especial nas horas de maior desânimo.

## RESUMO

O objetivo deste estudo pretendeu avaliar o impacto da mudança e da aliança terapêutica sobre a perspectiva de pacientes jovens-adultos, que usufruíram de psicoterapia psicodinâmica. Procuramos identificar as categorias emergentes do processo de mudança e as percepções dos pacientes patentes na aliança terapêutica. Este estudo teve por base uma análise qualitativa enquadrada na *grounded theory* com processamento da análise de dados através do *software* Atlas ti v 7.0 (2013). Os resultados empíricos contextualizaram o processo terapêutico em três domínios: Espaço Terapêutico (Dimensão Temporal e Espacial); Espaço Extra Terapêutico (Dimensão Inter e Intrapessoal); e Impacto Mudança. Todos os participantes revelaram o impacto da mudança na forma de pensar (auto-reflexão, auto (re)avaliação, consciencialização e autoconhecimento), no sentir (regulação emocional) e no agir (aceitação e autonomia). As categorias que mais se distinguiram foram a consciencialização e autoconhecimento. As percepções dos pacientes sugerem-nos uma robusta aliança terapêutica, com particular destaque para o vínculo (96%), evidenciando a dimensão relacional da aliança. A percentagem de 88% e 82%, das dimensões tarefas e objetivos respetivamente, apontam também altos níveis de concordância. Estes resultados podem indiciar uma melhoria nos aspetos que levaram os pacientes à psicoterapia, um trabalho de exploração interior quanto aos sentimentos percepções, ações e cognições dos pacientes.

Palavras-chave: jovens-adultos, relação terapêutica, mudança terapêutica, aliança terapêutica

## Abstract

The aim of this study proposed to evaluate the impact of change and therapeutic alliance from the standpoint of young-adult patients frequenting psychodynamic psychotherapy. We look to identify the emerging categories of the change process as well as the patient's perceptions patent on the therapeutic alliance. This study was based on a qualitative analysis framed on the *grounded theory* with data analysis processing provided by the *Atlas ti v 7.0* (2013) software. The Empirical results were contextualized the therapeutic process in three domains: Therapeutic Space, Extra Therapeutic Space and Change impact. All participants revealed the impact of change on the way of thinking (self-reflection, self re-evaluation, awareness and self-knowledge), feeling (emotional regulation) and acting (acceptance and autonomy), of which the faculty of thinking manifests a predominance on the awareness and self-knowledge categories. The participant's perception Therapeutic Alliance study analyzed regarding the objectives, tasks and bonds. The perceptions of patients suggest us a strong therapeutic alliance, with particular emphasis on the bond (96%), highlighting the relational dimension of the alliance. The percentage of 88% and 82%, respectively of the tasks and goals dimensions, also show high levels of concordance. These results may indicate an improvement in aspects that led patients to psychotherapy, a work of inner exploration perceptions about the feelings, actions and cognitions of patients.

Keywords: young-adults, therapeutic relationship, therapeutic change, therapeutic alliance

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| RESUMO .....  | VI  |
| INTRODUÇÃO.....   | 1   |
| CAPÍTULO I.....   | 3   |
| Revisão de Literatura.....  | 3   |
| 1. Relação Terapêutica, Psicoterapia e Mudança.....                                     | 9   |
| 2. Os processos de mudança com recurso à análise qualitativa .....                      | 12  |
| 2.1. Investigação Qualitativa .....   | 12  |
| 3. Aliança Terapêutica uma aliança com o processo .....                                 | 14  |
| CAPÍTULO II.....  | 16  |
| 1. Método .....   | 16  |
| 1.1. Metodologia de investigação qualitativa <i>Grounded Theory</i> .....               | 16  |
| 1.2. Participantes .....  | 18  |
| 1.3. Instrumentos .....   | 18  |
| 1.3.1. <i>Client Change Interview</i> .....   | 18  |
| 1.3.2. <i>Working Alliance Inventory</i> .....  | 19  |
| 1.3.3. <i>Software Atlas ti</i> versão 7.0 .....  | 19  |
| 1.4. Procedimentos .....  | 21  |
| CAPÍTULO III .....  | 23  |
| Resultados.....   | 23  |
| 1. Análise dos resultados.....  | 23  |
| 1.1. Análise resultados das entrevistas de mudança psicoterapêutica .....               | 23  |
| 1.2. Análise resultados do Inventário Aliança- <i>Working Alliance Inventory-WAI</i> .. | 40  |
| CAPÍTULO IV .....   | 52  |
| Discussão .....   | 52  |
| Conclusão .....   | 66  |
| Referências bibliográficas .....  | 70  |
| Anexos.....   | 84  |
| Anexo 1 – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente.....                        | 84  |
| Anexo 2 – <i>Working Alliance Inventory-WAI</i> .....                                   | 93  |
| Anexo 3 – Consentimento informado. ....   | 95  |
| Anexo 4 – Transcrição das Entrevistas .....   | 96  |
| Anexo 5 – Diagrama Espaço Extra Terapêutico .....                                       | 148 |

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 6 – Diagrama Processo de Mudança - Impacto da Mudança .....               | 149 |
| Anexo 7 – Diagrama identificação mudanças e níveis de concordância P1-P6.....   | 150 |
| Anexo 8 – Diagrama identificação mudanças e níveis de concordância P2-P7.....   | 151 |
| Anexo 9 – Diagrama identificação mudanças e níveis de concordância P3-P8.....   | 152 |
| Anexo 10 – Diagrama identificação mudanças e níveis de concordância P4-P9 ..... | 153 |

### **Índice de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1- Informação documental Atlas ti - Entrevistas.....                 | 20 |
| Figura 2 - Informação documental <i>Atlas ti</i> – Escala de Mudanças ..... | 20 |
| Figura 3 - Diagrama Geral do Processo de Mudança – Domínios .....           | 23 |
| Figura 5 - Diagrama Espaço Extra Terapêutico (Anexo 5).....                 | 31 |

### **Índice de Tabelas**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Relação dos níveis de concordância polaridade negativa..... | 41 |
|--|----|

### **Índice de Gráficos**

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 2 - Valor percentual das mudanças para níveis de concordância.....    | 37 |
| Gráfico 3 - Número de Mudanças e níveis de concordância por participante..... | 40 |
| Gráfico 5 - Total da concordância de objetivos com itens PN incluídos .....   | 42 |
| Gráfico 6 - Total da concordância de tarefas com itens PN incluídos .....     | 43 |
| Gráfico 7 - Total da concordância de vínculos com itens PN incluídos.....     | 44 |
| Gráfico 8 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P1 - P6.....      | 46 |
| Gráfico 9 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P2 - P7.....      | 47 |
| Gráfico 10 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P3 - P8.....     | 49 |
| Gráfico 11 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P4 - P9.....     | 51 |

## **Siglas**

WAI – *Working Alliance Inventory*

PN – Polaridade Negativa

## **Errata**

Registo da Entrevista Mudança S – Onde se lê: Muito surpreendido/a com mudança  
deve ler-se: Surpreendido/a com mudança

“ A vida só pode ser comprendida, olhando-se para trás; mas só pode vivida, olhando-se para a frente”

Søren Kierkegaard

*Die Tagebücher 1834-1855*

## INTRODUÇÃO

Estar em relação reúne um ato comunicacional contendo diferentes formas verbais e não-verbais, implícitas e explícitas, simbólicas e reais, em que os afetos, emoções e sentimentos, se entrecruzam num lugar de intersubjetividade, proscênio necessário aos encontros em espaços relacionais familiares, sociais e terapêuticos. A relação terapêutica consubstancia-se numa história vivida em conjunto, de forma diferenciada, num campo intra e interpessoal, que se pode replicar em contextos fora do campo psicoterapêutico. No encontro entre duas pessoas – cliente<sup>1</sup> e terapeuta, diversas envolventes podem influenciar o processo de mudança a que se propõem. Profícuas décadas de pesquisa em psicoterapia assinalaram diversos fatores que podem contribuir para a mudança: diferentes abordagens teóricas, técnicas terapêuticas, atributos do terapeuta, do relacionamento e do cliente, designados por fatores comuns são uma inequívoca e constante variável.

A investigação sobre a mudança terapêutica tem vindo a ser vasta, variada e com resultados surpreendentes como é o caso da meta-análise de Lambert & Barley 2001, que confere 30% aos fatores comuns, nos quais se incluem os conteúdos valorizados pelos clientes concernente à relação terapêutica e 40% aos fatores extra terapêuticos atribuídos a variáveis relativas ao cliente, como as características relacionadas com os fatores intra e interpessoais. Se os clientes são o alvo da intervenção terapêutica importa pois, ouvi-los e continuar a investigar um distinto campo, que merece ainda ser explorado, sobre o que estes entenderam como fatores úteis e/ou impeditivos, e como foram sentindo o impacto da mudança no processo psicoterapêutico (Elliott, 2008).

Para a compreensão da mudança será importante auscultar diferentes perspetivas, as condições em que esta opera, e o entendimento de diferentes pacientes, foi este o objetivo presente em Bordin, (1979) na conceptualização da aliança terapêutica. Com base nesta conceptualização Horvath & Greenberg (1989) desenvolveram um instrumento de autoavaliação para medir a qualidade da aliança, *Working Alliance Inventory (WAI)*. Nas últimas três décadas, a investigação científica postulou a aliança como um forte preditor da relação terapêutica e inerentemente crucial no processo da mudança. Numa definição consensual remete-se a aliança terapêutica para uma ligação pessoal que sobrevém da interação entre paciente e terapeuta, com contribuições do paciente para a influência no processo de colaboração no concernente às tarefas, vínculo e objetivos (Horvath, 1989; Horvath & Luborsky 1983; Lambert, & Barley, 2001; Safran & Muran, 2000). A insuficiente

---

<sup>1</sup> A designação “cliente” ou “paciente” sucede ao longo do texto em função da terminologia adotada pelos diferentes autores.

investigação da aliança, diretamente na população de jovens adultos (Zack, Castonguay, & Boswell, 2007) justifica o enfoque nos estudos da aliança. Conjetura-se a importância de trazer à luz outras questões que se relacionam mais diretamente com a fase de desenvolvimento específica dos jovens adultos. Quais os componentes da aliança que estes mais valorizaram? Como se inter-relacionam as mudanças que os pacientes perceberam com os componentes do vínculo, das tarefas e dos objetivos? Considerando as características do fenômeno em estudo, utilizou-se o método qualitativo com a metodologia *grounded theory* uma vez que é um método de pesquisa que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos de recolha e análise de dados das vivências experienciadas de processos decorrentes de mudanças, que compreendem interações humanas.

Este estudo foi estruturado em quatro capítulos: no capítulo I – Investigação em Psicoterapia, abordaram-se questões concernentes à investigação no campo da psicoterapia, seus momentos decisivos para a investigação no tocante ao processo de mudança, o impacto da relação terapêutica na prática da psicoterapia, aspectos inerentes à investigação qualitativa e aliança terapêutica. No capítulo II é apresentado o estudo empírico, a metodologia usada na investigação, os participantes, os instrumentos que inclui uma entrevista sobre mudança psicoterapêutica e o inventário da aliança terapêutica e os respectivos procedimentos, usados para este estudo empírico. Os resultados da investigação são descritos no Capítulo III através de uma análise efetuada às entrevistas de mudança psicoterapêutica e ao inventário da aliança. Para o capítulo IV foi reservada a discussão que representa uma análise reflexiva dos dados empíricos, sua conclusão acompanhadas das limitações do estudo e propostas para investigação futuras.

# CAPÍTULO I

## Revisão de Literatura

A investigação científica gerada sobre a psicoterapia tem tido um desenvolvimento assinalável particularmente na última metade do século XX. Profícuas décadas de investigação pretendiam responder a diversificadas questões, que se constituíram em linhas de pesquisa promissoras, acerca da conexão útil e necessária, entre relação terapêutica, psicoterapia e mudança. Várias foram sendo as interrogações: Quais eram os elementos especiais que fariam converter a relação terapêutica tão única e particular, num quadro vivencial de outras tantas relações com assinaláveis mudanças? A resposta definitiva a esta incessante questão mantém-se ainda em aberto, embora tenha vindo a ser respondida desde a década de 50 com os estudos de Rogers (1957, 1958). A força impulsionadora acerca do que era mais importante na relação terapêutica, parecia então estar assente no favorecimento das condições psicológicas necessárias para a mudança da personalidade e encontrar uma nova conceção do processo de psicoterapia.

Esta proposta suscitou na comunidade científica o interesse pela valorização da relação terapêutica e paralelamente sobre as características do terapeuta como variáveis indispensáveis para os resultados obtidos para a mudança. Polarizado o valor da relação na pessoa do terapeuta, faltava um elo importante que responderia à questão mais elementar - A psicoterapia concede o que se espera dela? Existem provas da sua eficácia? Esta questão destronou o grande mito do século XX trazido por Eysenck “o impacto que a psicoterapia tem em pacientes, não era mais útil do que a passagem do tempo”. Instaurou-se um acérrimo debate entre pesquisadores independentes de psicoterapia sobre a avaliação dos resultados, originando um vasto horizonte da investigação estimulado por Allen Bergin (Lambert, Gurman, & Richards, 2010). Os anos subsequentes registaram um enfoque nas pesquisas sobre as condições subjacentes às relações terapêuticas, que trouxeram para discussão de várias propostas. O objetivo seria então constituir métodos úteis para personalizar a terapia para o paciente, a fim de tornar as relações mais eficazes quanto à conexão – tratamento/resultado (Castonguay, & Beutler, 2006; Norcross, 2001).

A tendência de legitimar a eficácia psicoterapêutica atribuindo a quase exclusiva relevância da técnica como oposição a outras variáveis, fatores, elementos, ou ingredientes,

restringe a variabilidade relacional de um encontro que se almeja abrangente na sua multidimensionalidade inter e intrapessoal, e coloca-nos num outro ponto que deve ser analisado. O que comporta o resultado eficaz? Alguns contributos foram relevantes, nomeadamente a investigação de 52 estudos comparativos da prática psicoterapêutica levada a efeito por Beutler, que procurava comprovar se existia a tão almejada evidência da eficácia, e diferenças significativas entre dimensões de sintomas, abordagens de tratamento e a técnica usada. Na realidade, comprovou-se que a técnica terapêutica não tinha assumido o primado da eficácia. Assim sendo, o desafio para um melhor entendimento da mudança em terapia, parecia estar então na aposta dos componentes específicos no tratamento, considerando sobremaneira o que sobrevinha a partir das especificidades dos pacientes (Machado, Fernández-Álvarez, & Clarkin, 2010). Algumas revisões de literatura como o evidenciado por Kazdin (2007), sustentaram que várias formas de psicoterapia para crianças, jovens e adultos originaram mudança e.g. ao nível do funcionamento social, emocional e cognitivo, e também, que alguns tipos de tratamento apresentaram a seu favor o nível de eficácia. O autor acentua que mesmo assim, a pesquisa em psicoterapia realizada em várias décadas não nos conduziu a elucidações do como e porquê a intervenção psicoterapêutica produz mudança. Numa outra revisão de literatura direcionada à população jovem, cujo objetivo era investigar o estado da arte da pesquisa em psicoterapia, Weisz, Doss & Hawley (2005) relataram que os estudos focados principalmente a testar técnicas, atribuíram pouca atenção às variáveis não técnicas, e.g. as características intrínsecas da fase específica de desenvolvimento dos jovens e o seu contexto familiar.

No contexto da ambicionada mudança psicoterapêutica relacionada com a exploração de variáveis comuns transversais a vários tipos de terapia, coloca-se a questão - A presença de variáveis comuns, contribui para a abrangência do resultado? Várias foram as contribuições que levaram os investigadores a focarem-se na mudança terapêutica baseando-se nas características dos pacientes, do terapeuta e do relacionamento, em lugar de darem primazia à orientação teórica, à técnica, ou à categorização do diagnóstico (Castonguay 1993; Castonguay, & Beutler, 2006; Kazdin 2007; Norcross 2001). No sentido de se investir na maximização do tratamento, adequando-o às características singulares de cada paciente, enfatizou-se a pesquisa nos fatores comuns, investigação que surgiu como um grande contributo para a psicoterapia. Quando em 1936 o psicólogo e psicoterapeuta Saul Rosenzweig através do seu artigo "*Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of*

*Psychotherapy*” desencadeou o grande percurso para a investigação sobre os fatores comuns, tornou-se o precursor de uma linha de pesquisa adotada em 1961 por Jerome D. Frank e doravante continuada por outros autores, que reforçaram as evidências do valor da relação terapêutica (Wampold & Weinberger, 2010).

A conceptualização do processo de mudança iniciada em 1957 por Rogers, prima por encontrar as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, enfatizando elementos relacionais como: aceitação, empatia, autenticidade e calor humano, fatores de relacionamento para o sucesso do processo terapêutico (Rogers, 1957). Lançadas as bases para o que inicialmente eram designados os ingredientes essenciais para a psicoterapia, diversos autores investigaram o papel desses elementos, designados como fatores comuns.

Por exemplo, Garfield (1973) realça a atitude de compreensão e de apoio do terapeuta, desenvolvidos um clima de confiança e de esperança, num quadro instilado de uma expectativa de mudança e revestido de uma relação emocional e catártica, potenciadora da possibilidade do paciente obter mais conhecimento de si próprio. O autor defende e corrobora o interesse dele próprio, de Bordin e Bergin para a validação empírica dos elementos de empatia, de calor humano e de autenticidade defendidos por Rogers como elementos básicos necessários e suficientes.

Na abordagem psicanalítica de Strupp (1973) o bom relacionamento humano assinalado por Rogers é destacado, mas o autor salientou a importância de um contexto interpessoal idêntico à relação parental, mediado pelas técnicas psicanalíticas em particular a transferência, em que o terapeuta se oferece com uma atitude de apoio, respeito, interesse e compreensão como ingredientes indispensáveis para desencadear uma aprendizagem terapêutica. Nesta aprendizagem o paciente alcança uma forma de vida mais adaptativa, consolidada pela autonomia e maturidade. Apesar de estes fatores serem consideráveis, o autor evoca que estes elementos por si só não potenciam mudança, pois estão subjacentes ao interesse ou vontade do paciente para mudar, e que as técnicas empregues exercem influência na eficácia da psicoterapia.

A força latente do efeito da terapia foi igualmente valorizada por Jerome Frank que considerou que todas as psicoterapias têm subjacentes similitudes que contribuem para a sua eficácia, mas a tônica da eficácia consubstanciava-se em quatro fatores. A confiança estabelecida na relação terapêutica a fim de restaurar a esperança e expectativa positiva do paciente, que procura a terapia num estado de sofrimento firmado num sentimento de

incapacidade e desmoralização quanto à sua cura. Um *setting* terapêutico propiciador de segurança e apoio assegurado por um agente de cura – o terapeuta. A partilha entre terapeuta e paciente na crença da cura, pela via da compreensão e explicação aceitável dos sintomas. A ritualização de um mito partilhado em conjunto por paciente e terapeuta, consubstancia-se através das técnicas e realizações de ações que ambos concordam serem credíveis para a cura (Frank, 2006; Wampold & Weinberger, 2010).

Goldfried (1980) apela para um consenso para se ultrapassar as fronteiras e limites das diferentes abordagens e atender-se ao que é comum nas diversas orientações, na díade relacional e na técnica. Estas orientações favorecem os princípios gerais da mudança terapêutica, para os quais designa de estratégias clínicas comuns. O realce para as experiências corretivas, facultar o feedback, no sentido dos pacientes aprenderem sobre si mesmos e compreenderem os seus pensamentos e comportamentos a partir de diferentes pontos de vista.

Em contraponto com as técnicas e num enfoque no relacionamento e numa posição colaborativa, Stiles, Shapiro & Elliot (1986) enfatizaram os fatores comuns em todas as psicoterapias como responsáveis pela eficácia, sendo que a supremacia se consolida, por um lado, com o envolvimento caloroso do terapeuta com suas componentes da aceitação, empatia e acolhimento, e por outro, com o cliente a assumir o papel de agente fundamental ao comunicar e participar situações acerca de si e da psicoterapia de acordo com a sua perspectiva. A participação ativa no processo psicoterapêutico estimula o cliente a acreditar na mudança. Esta mútua colaboração, consolidada por um lado por um vínculo, e por outro, com a participação ativa do cliente pode influir na aliança terapêutica.

Num patamar de controvérsias e fatores comuns, a Sociedade de Psicologia Clínica, *American Psychological Association (APA)* transmitiu a partir de 1993 diversas orientações e resultados empíricos sobre a relação terapêutica, para atender ao incremento da investigação em psicoterapia. As diferentes *Tasks Force* instituídas pela APA preocuparam-se em delinear princípios norteadores para a investigação em psicoterapia, e ainda, promover e divulgar procedimentos de abordagens psicológicas de estudos empiricamente validados. De entre as várias orientações da *Division 29 Task Force* em 1995, dois aspetos assumiram suprema importância: os que se referiam ao paciente, e os que diziam respeito aos elementos que compunham os relacionamentos na terapia, comumente designados por fatores comuns (Castonguay, & Beutler, 2006; Norcross, 2001). A importância dos fatores comuns e

específicos, foi reforçada pela comunidade científica após uma revisão de literatura incluída na meta-análise de Lambert & Barley (2001). À luz desses resultados foram atribuídos 30% do sucesso terapêutico aos fatores comuns, identificados como componentes presentes na maioria das terapias. Entende-se por fatores comuns os componentes que compreendem o relacionamento entre paciente e terapeuta, de onde se distinguem os elementos da aliança terapêutica. Num estudo dedicado aos fatores comuns, Castonguay (1993) reforça que diversas variáveis presentes em diferentes formas de terapia comportam esses fatores, e assinala ainda, que seria crucial para o resultado do tratamento existir um enfoque da investigação científica, no sentido de revelar os elementos que compreendem as várias dimensões da interação entre terapeuta e pacientes, categorizadas nas dimensões inter e intrapessoal. Embora os fatores comuns não sejam, de todo, os únicos fatores presentes e influentes para promover a mudança, assumem todavia uma importância ímpar, porquanto: são transversais a várias abordagens psicoterapêuticas, sustentam na sua gênese o que há de mais precoce no ser Humano - a Relação - que tem em si aspectos ancorados da singularidade de cada um.

Na transversalidade das abordagens teóricas, das técnicas empregues, dos atributos do terapeuta, do relacionamento e do cliente, a existência de fatores comuns são uma constante. O mais constante comum dos fatores é indubitavelmente o encontro de duas subjetividades. Duas subjetividades com propósitos diferentes: uma delas procura ajuda e a outra propõe-se a ajudar. A subjetividade substancia-se com o vivido, com o experienciado, com a dimensão concreta para uma eventual reflexão para atingir uma mudança terapêutica, e concretiza-se no espaço terapêutico pela via da comunicação. *Communicare* é “tornar comum”, “partilhar” transitar do que é individual para um abrangente relacional em que a partilha das experiências, dos sentimentos e emoções na presença de um diferente de si, se integram num significado ser consciente de si próprio e do seu semelhante.

O que funciona então em geral no relacionamento terapêutico? “Ouça a voz do cliente” foi o apelo de Norcross (2010) para atender aos aspectos que os clientes valorizam na psicoterapia. Elkin et al., 1989, citados pelo autor, apresentaram os resultados de um gigantesco programa de pesquisa ao tratamento da depressão, do Instituto Nacional de Saúde (NIMH), sobre a eficácia de vários tipos de intervenção psicoterapêuticas e farmacológicas. Os aspectos úteis que os clientes mais distinguiram foram as intervenções do terapeuta como

sendo uma relação de ajuda e o fato de terem aprendido algo de novo. Com o mesmo objetivo, Elliott & James (1989), citados por Elliott (2008) analisaram 40 anos de literatura sobre os aspectos úteis percebidos pelos clientes. Nesses estudos as qualidades relacionais dos terapeutas foram representativas quanto às características facilitadoras do terapeuta para desencadear a autoexpressão, o autoconhecimento, o *insight* e o estímulo à replicação da experiência interpessoal em contextos fora da terapia. O estudo de Jones, Wynne, & Watson (1986) sobre fatores relacionamento, revelou que não obstante os pacientes terem identificado como um fator decisivo para a mudança as qualidades relacionais dos terapeutas, este fator não foi associado pelos terapeutas como importante para o desfecho do tratamento. Paulson, Truscott, & Stuart (1999) realçaram num estudo retrospectivo com terapeutas de várias abordagens teóricas, cognitivo-comportamental, humanista, comportamental e sistêmicos, no qual foi utilizada a metodologia de Trochim (1989, 1999) que combina técnicas qualitativas e quantitativas, onde os elementos integrantes e subjacentes da relação terapêutica foram analisados. Deste modo, os clientes ao responderem à questão - O que foi útil na terapia? Os participantes tiveram um papel ativo de geração de itens e foi através da análise desse mapa conceitual, concebido pelos próprios, que ficou realçada a importância do estilo interpessoal de terapeuta, o papel da relação terapêutica e os seus processos de mudança indigitados como uma questão muito importante e central. Adicionalmente, o aspecto considerado mais útil foi remetido para o fato de o cliente ter a possibilidade de auto divulgação (*selfdisclosure*), o que vai de encontro com uma condição fundamental em qualquer processo terapêutico, independentemente da ancoragem a qualquer quadro teórico. Os autores identificaram ainda que na sequência dos trabalhos de Elliott 1989; Orlinsky & Howard, 1986, se abriram novos horizontes no sentido de colher uma outra ótica sobre os processos de aconselhamento, ao dar a primazia à perspectiva dos clientes. Esta visão foi igualmente partilhada por Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, (1999), que reforçaram a bidimensionalidade do processo terapêutico em que o cliente é actor num cenário, onde o terapeuta reconhece os contributos do cliente para algo que ambos constroem em conjunto, num estado de colaboração mútua reforçada por um vínculo terapêutico. Esta reciprocidade expressa também, grande similitude ao objetivo do inventário da aliança terapêutica - Colher do cliente o modo como sente e pensa, acerca do trabalho terapêutico desenvolvido pelo terapeuta. Considerando os pressupostos da dificuldade dos clientes partilharem as experiências terapêuticas negativas, Henkelman & Paulson (2006) apontam algumas das implicações para a prática terapêutica e

complementarmente alguns caminhos clarificadores para os terapeutas, como sendo: a necessidade de entenderem e restaurarem essas experiências negativas, valorizarem a qualidade da relação, aperfeiçoarem ou desenvolverem a sua flexibilidade e capacidade de resposta e usar métodos para estimularem o cliente a partilhar as suas experiências.

O destaque dos aspetos do processo terapêutico que contribuíram para a mudança sob o ponto de vista do cliente, constitui um panorama distinto e promissor, especialmente porque, tem a finalidade de ir ao encontro do que este considera como importante, desvela os aspetos que o paciente mais valoriza ou desvaloriza durante o tempo em que a terapia ocorre e coopera com uma compreensão alargada da experiência do cliente e das suas particularidades. E ainda, promove uma intervenção mais efetiva, em particular, nas questões em que o cliente se encontre mais desagradado acentuando-se ainda o prenúncio positivo dos resultados (Elliott 2008, 2010; Henkelman & Paulson 2006; Lambert, 2010).

Sendo então centrais as questões que estão subjacentes à experiência do processo terapêutico, reveste-se de suma importância investigar similarmente, sob o ponto de vista do cliente, sobre: O foi mais inconveniente? Mais incómodo? Quais foram os impedimentos, obstáculos e limitações no processo terapêutico? A investigação das perceções dos clientes introduz a possibilidade destes exporem os obstáculos e dificuldades que ocorreram exatamente no momento da experiência. Do mesmo modo, “ouvir a voz do cliente” é conducente à clarificação do processo terapêutico e destrinça o que foi trazido pela relação (fatores comuns) ou por outros fatores. O enfoque no Como e Quando, assegura um melhor entendimento do impacto do processo terapêutico, o modo pelo qual o cliente viveu a experiência, *Chronos* e *Kairos*, comprometidos num só momento. O novo advento de paradigma, eventos significativos, concede a oportunidade de se ir ao encontro do ponto fulcral do mecanismo da mudança, pois é trazido para a ribalta a subjetividade do “Actor principal” no momento em que este sente, e da forma como sente.

## **1. Relação Terapêutica, Psicoterapia e Mudança**

Claramente conceitual a relação terapêutica ocupa uma posição de destaque no mundo relacional da Psicoterapia. Inúmeras pesquisas colocam-na na centralidade dos fatores que mais contribuem para a mudança terapêutica (Gelso, 2011, Hill & Knox, 2009; Norcross, 2002, 2010; Rogers, 1958, 2009). A expressão da importância da relação terapêutica foi

originalmente abordada por Freud, ao debruçar-se sobre a transferência, em concreto, sobre os aspetos que envolviam a transposição dos afetos de uma pessoa para a outra, ao valorizar as particularidades da afeição no sucesso do processo terapêutico (Cooper, 1989; Greenson 1965; Safran, 2003; Safran & Muran, 2000,). A transferência positiva, tal como designado por Freud, era assim evidenciada na experiência clínica o que proporcionava a força impulsionadora para a mudança. Uma discussão deveras envolvente sobre a eficácia da mudança psicoterapêutica da psicanálise, surge de entre outras, sobre o papel da interpretação e do *insight* como instrumentos terapêuticos, bem como a importância na relação analítica da relação interpessoal, da interação, do "aqui e agora". Igualmente o relevo atribuído aos processos afetivos realçados por Cooper (1989) sustentam a convicção que todos esses aspetos, contribuíam para a mudança nos pacientes. O autor assinala ainda o destaque dado por Ferenczi e Rank relativamente à insuficiência para se produzir mudança terapêutica, para o caso se considerar somente como sucesso de uma análise, o facto de o sujeito aceder aos conflitos edipianos inconscientes. Pois, para o sucesso se verificar, seria importante existir uma prática afetiva na análise, tendo como vetor a transferência. Seria então, através desta, que o sujeito acederia a outros conteúdos disponíveis. Em suma, o paciente ao vivenciar os seus medos e desejos num clima de segurança analítica e fomenta as suas capacidades de aceitação e tolerância, iniciando o percurso da mudança.

Para Rogers (1958, 1961), estar em relação implica, que “pelo menos, uma das partes tem a intenção de promover crescimento, desenvolvimento, funcionamento através da sua maturidade, melhoramento da capacidade de enfrentar a vida Rogers, pp 63”. O realce e a importância na relação como aspeto primordial, destaca o interesse na relação da terapia com o emprego de métodos empíricos para a análise do papel das condições oferecidas pelo terapeuta na abordagem humanista, que colocou o conceito de relação terapêutica na centralidade da pesquisa. Ao citar os estudos de Heine (1950), o autor assinala as mudanças ocorridas em clientes que usufruíram de psicoterapia psicanalítica e centrada na pessoa, ao referirem os fatores da relação, em concreto, as atitudes do terapeuta relativamente à confiança e compreensão.

Gelso e Carter's (1985, 1994) citados por Norcross, 2001 adotaram a definição de relação como sendo: "o relacionamento com sentimentos e atitudes que terapeuta e cliente, um para com os outros, e a forma em que estes são expressas."

Julie B. Schnur, & Guy H. Montgomery (2011) - papel da relação terapêutica é suportada pelos resultados consistentes na literatura psicoterapia mais amplo de uma associação entre os fatores de relacionamento terapêutico e os resultados da psicoterapia. A maioria das teorias de mudança (eg, comportamental, psicodinâmica, centrada no cliente) notar a importância da relação terapêutica em psicoterapia (Wampold, 2001), e na literatura empírica indica que o relacionamento para mais de variabilidade nos resultados de psicoterapia de ingredientes específicos de terapia (Wampold, 2001; Norcross, 2002

"A psicoterapia é a aplicação informado e intencional de métodos clínicos e posições interpessoais derivados estabelecidos princípios psicológicos com a finalidade de ajudar as pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções e / ou outras pessoal características em direções que os participantes considerem desejável "(Norcross, 1990, p 218-220.);

Dimcovic - resumos O que é Psicoterapia para terapeutas e pesquisadores? No sentido mais geral, creio que ela pode ser descrita como um processo que visa atingir a mudança através de meios psicológicos. Uma variedade de técnicas (desafiando os pensamentos automáticos negativos; exploração; interpretação várias atribuições de tarefas)

Lilliengren (2010), resumos -psicoterapia é a "transformação de si através relação" em que o paciente atribui ao terapeuta é fundamental porque fornece a base segura necessária para exploração, desenvolvimento e mudança

Rogers , (Goldfried) resescrever com meu pensamento apoiando-me nos artigos que tenho de Roger reconheceu que ele concordou com Esfolador sobre o ponto que é possível criar condições externas para realizar mudanças—especialmente *alteração* que estejam criadoramente adaptável

Alberta, (...) E. Artigo Testing a model of change in the experiential treatment of depression conjunturas entre os processos e resultado em curto-prazo *Experenciais psicoterapia de depressão*

J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process.

Continuar com Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice ver o RESUMO

Originalmente, a pesquisa em psicoterapia centrou-se em duas divisões, a pesquisa, resultado que lidavam com a medida em que os clientes mudam ao longo do curso de terapia e a investigação de processos, que investigaram o que ocorre dentro de sessões de terapia. Alterar a pesquisa de processo (Greenberg, 1986) une estes dois campos: é o estudo dos processos (por vezes referido como "ingredientes eficazes") que resultam em mudanças, incluindo o curso temporal das alterações. Processo de investigação, assim, mudar se preocupa em explicar como e por que tanto a mudança ocorre na terapia. Artigo incentiva pesquisadores de psicoterapia para fazer maior uso de coleta de dados qualitativos e métodos de análise

## **2. Os processos de mudança com recurso à análise qualitativa**

### **2.1. Investigação Qualitativa**

O sentido semântico do termo qualitativo é insuficiente para açambarcar uma intrincada realidade que se pretende atingir com a sua definição usada em investigação. Rey (2005) defende que esta é uma entrada a outras dimensões do objeto de estudo, à qual não tem acesso a metodologia quantitativa, sendo assim uma configuração dissemelhante de produzir conhecimento. Complementar outros autores. Flick e colaboradores citados por (Günther 2005) assinalam que é a pergunta de investigação que norteia a escolha do método qualitativo, argumentam ainda, que a investigação qualitativa responde à variabilidade existente que enforma características baseadas na construção e atribuição social de significados, que o sujeito qualifica e/ou adjetiva. Enfatizam também, o carácter reflexivo que compreende um enfoque na subjetividade do mundo relacional do sujeito, tendo na sua génese circunstâncias objetivas de vida. Reunindo-se assim, condições de uma co-construção de realidades sociais que se disponibilizam para a pesquisa.

É na focalização do fenómeno que a pesquisa se alarga tendo por base a importância da compreensão e da representação das experiências, nomeadamente na forma como as pessoas se envolveram e viveram essas situações, e acima de tudo, pela perspectiva que nos é prestada pela vivência dos sujeitos (Elliott, 1999). Ainda assim, o autor não deixa de assinalar a preocupação dos investigadores qualitativos ao reconhecerem que é impossível existir um alheamento total da sua própria perspectiva e aceitação das suas convicções, o que implica que

o investigador faça uso de uma atitude auto-reflexiva (Elliott, 1999 & Günther, 2005). Até a preferência sobre os tópicos de pesquisa, sobre o processo e a interpretação dos resultados, são de igual maneira uma opção explícita dos investigadores qualitativos (Günther, 2005), da mesma forma também, é esta atitude designada por (Giorgi & Sousa, 2010) como procedente do “mundo do investigador”. Assim, os investigadores qualitativos acreditam que a sua atitude de auto-reflexão colocando entre parêntesis a teoria existente e os seus valores, contribuem para uma exposição das experiências de forma mais isenta possível.

Neste processo de reunião e disposição metódica dos dados, dos quais fazem parte a construção de conhecimento através dos dados possíveis e/ou permitidos por cada sujeito, cada um com as suas idiossincrasias e subjetividades, foi pertinente utilizar, o método qualitativo, que agrega tanto o propósito de compreender a perspectiva dos participantes no tocante às suas ações e a própria **vivência do sujeito na experiência**, como apresentar respostas de uma outra forma científica conforme assinala Elliott (1999,1995) **data de 95 refere-se à citação do doc. de 99.** É portanto, neste contexto que se revê a adequação deste método ao tipo de instrumento usado na pesquisa qualitativa Entrevista de Mudança Terapêutica -*Client Change Interview*.

A pesquisa dos **processos** para a mudança baseia-se no estudo dos procedimentos sobre os quais a mudança sucede em psicoterapia, e é um requisito indispensável para se investigar e avaliar a eficácia. Elliott (2010) realça que o termo *Change Process Research* (CPR) surgiu há mais de vinte anos no sentido de ultrapassar a **oposição ao processo-resultado**, sendo introduzido por Greenberg com o objetivo de identificar, descrever, explicar, e prever os efeitos dos processos que originam a mudança terapêutica, sendo que o seu específico propósito, era sustentado por um tipo de CPR direcionado para os eventos significativos, que ocorriam em terapia, relativamente às sequências de mudança, do cliente e do terapeuta, no processo temporal das sessões.

Continuar com resumos *Psychoterapy Change Process research : Realizing the Promise Robert Elliot e Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields* e Timulak (2008) -*Meta-analysis of qualitative studies: a tool for reviewing qualitative Research findings in psychotherapy*

### **3. Aliança Terapêutica uma aliança com o processo**

Há pelo menos meio século que intensas investigações em psicoterapia continuam a apontar a aliança terapêutica como o mais potente preditor no sucesso do tratamento, considerando-se assim, uma das descobertas mais consistentes no campo da investigação (Greenson, 1965; Greenberg, & Rice, 1988; Horvath, 1989; Safran, 2003; Safran & Muran 2000).

idealizada por , com o objetivo de contribuir para a compreensão das diferentes teorias e abordagens da psicoterapia

Numa definição consensual remete-se a aliança terapêutica para uma ligação pessoal que sobrevém na interação entre paciente e terapeuta com contribuições do paciente para a influência no processo de colaboração no concernente às tarefas, vínculo e objetivos (Horvath, 1989; Horvath & Luborsky 1983; Lambert, & Barley, 2001; Safran & Muran 2003

Os trabalhos clínicos de Greenson (1965) com a tradição no Ego, foram reforçados por Elizabeth Zetzel que introduziu o termo “aliança terapêutica”, à qual estava subjacente o conceito de transferência em que termos como: “transferência racional” e “transferência madura”, servem para designar conceitos semelhantes. Já a designação de “aliança de trabalho”, acentua a capacidade do paciente para trabalhar com motivação e intencionalidade na situação de terapêutica. O termo “aliança de trabalho”, é utilizado por Greenson para designar a convergência de dois fenómenos que decorrem em paralelo, constituindo o centro da situação analítica. Será para este autor, uma simultaneidade entre o estado de uma comunicação racionalizada e não neurótica, com a parte irracional; constituinte de um ego experienciado que, em correspondência, permitem que a situação analítica funcione. À parte do ego racional, o autor assinala a predominância de características como a razoabilidade, a intencionalidade na superação da doença e a persecução dos insights do analista nas capacidades do paciente. Defende na sua tese, a capacidade do paciente clivar este dois fenómenos; o ego razoável do irracional, que se torna possível o tratamento psicoterapêutico. As intervenções do analista separam as atitudes de trabalho do fenómeno da transferência neurótica, na mesma medida que a parte razoável, observadora e analítica do ego do paciente é clivada do ego vivenciado, fenómeno possibilitado pela identificação do paciente às intervenções do analista. Assim, a formação da aliança de trabalho depende de duas

propriedades antagônicas: a capacidade do paciente manter o contato com a realidade da situação analítica, em oscilação com a sua capacidade de regredir em ao mundo de fantasia.

De acordo com a experiência clínica de Greenson, a patologia de certos pacientes, assim como o impasse no decurso psicoterapêutico, é identificado por este autor como uma incapacidade em ultrapassar os preliminares da fase inicial de análise, um comprometimento na capacidade de insight e manifestas insuficiências no processo de mudança, são por um lado, compreendidos pela incapacidade de certos pacientes desenvolverem uma confiante relação de trabalho com o seu analista, e, por outro lado, pelo descuramento do próprio analista na percepção dessa limitação do paciente, perseguindo, na sua vez, a análise de outros fenômenos transferenciais. Este erro na técnica terapêutica, foi, c, igualmente observável em outros psicanalistas com uma vasta gama de experiência clínica, pelo que, segundo este autor, tornou-se urgente separar as reações do analisando e do analista e distingui-las em duas categorias: a neurose de transferência e a aliança terapêutica, sendo que, a presença destas duas categorias, são de acordo com Greenson, a condição para uma análise bem-sucedida. É na variação entre essas duas posições, que se torna possível constituir o trabalho analítico. Greenson, destaca este conceito a partir da análise de pacientes que em intensa fase de transferência neurótica são capazes de manter a uma relação de trabalho eficaz com o analista, pelo que defende que a incapacidade do paciente em clivar o ego observador e razoável torna a análise numa impossibilidade terapêutica. Greenson 1965 O termo “aliança de trabalho”, é utilizado por Greenson para designar o estado de uma comunicação não neurótica e racional, em que predominam nas capacidades do paciente, a razoabilidade e a intencionalidade de sentimentos favoráveis dirigidos à figura do terapeuta, acentuando a capacidade do paciente para trabalhar com motivação e intencionalidade na situação de terapêutica. Os termos como "aliança terapêutica", “transferência racional” e “transferência madura”, servem para designar conceitos semelhantes.

A coligação que se estabelece entre paciente e terapeuta constrói-se numa relação pela via de uma “aliança” expressa pelo desejo de dois elementos: um deles aspira mudar e o outro aceita participar nesse processo e promove a mudança. Assim, paciente e terapeuta concordam mutuamente nas tarefas e objetivos, num clima profundamente relacional, apoiado pela confiança e de uma ligação de afeto (Bordin, 1979). Bordin citado por Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989), defende que a aliança é um meio de transmissão facilitador para permitir a aplicação das técnicas específicas associadas a qualquer quadro teórico.

Na teoria psicanalítica contemporânea e à luz dos desenvolvimentos recentes sob o rumo de uma perspectiva relacional, apontados por Safran & Muran (2000) incluem-se a subjetividade e a participação interpessoal do terapeuta. Sob a égide de múltiplas verdades construídas socialmente, o autor aponta a relevância da introdução dos aspetos relacionais a fim de atenuar a inflexibilidade da dicotomia dos efeitos entre objeto e sujeito, observador e observado, que enfatizam a racionalidade e a razão.

## **CAPÍTULO II**

### **1. Método**

#### **1.1. Metodologia de investigação qualitativa *Grounded Theory***

A *grounded theory* foi criada por Glaser & Strauss (1967) como um modelo de investigação qualitativa, para dar cabal resposta a uma insatisfação aos modelos preponderantes da sociologia de ordem teórica excessivamente dedutiva (Pires, 2001).

A metodologia de Strauss & Corbin tem o propósito de gerar teoria através da recolha e análise sistemática de dados, num processo que se quer de forma indutiva a fim de produzir conhecimento (Pires, 2001). As ideias difundidas através deste método são expressas na perspetiva de: para saber o que se passa é necessário ir para o terreno, a ciência avança com o enraizamento na realidade, as pessoas são os atores principais como delineadoras do meio onde vivem, enfatiza a mudança e os processos, que tem umnexo comum na vida onde ocorrem, com contextos, significados e ações que se interligam. Em suma, na *grounded theory* são valorizados os modelos de ação e interação narrados, que se relacionam com diversos tipos de unidades sociais. Trata-se então, de processos decorrentes de mudanças, sejam eles resultado de conjunturas, internas ou externas do fenómeno a estudar, em que se particularizam as consequências e as condições específicas deste, o que quer dizer que se existirem condições análogas poderão suceder consequências idênticas.

Será então na valorização de todas as condições em que surge o fenómeno, no qual o investigador tem igualmente um papel ativo, e na construção da experiência de uma forma descritiva, que comungam a compreensão dessa mesma experiência, e a construção de significado que se oferece sob o ponto de vista individual, não ficando alheada a interpretação dos dados. Se a pesquisa qualitativa se reveste de um valor indutivo, há todavia, que considerar que uma descrição envolve valores e emoções na preparação de um sistema de categorizações de acontecimentos, pelo que se acolhe uma atitude do investigador dirigida para uma descrição dos procedimentos da recolha de dados, uma transcrição e uma análise detalhadas (Günter, 2006). O conhecimento é uma construção que radica do significado que o sujeito atribui a tudo, e com tudo com que se relaciona. Um campo vasto onde pessoas, situações e instituições se entrecruzam num interagir social e cultural em que o significado da existência humana se harmoniza entre “experiência e dos estados intencionais” (Giorgi, & Sousa, 2010) onde se funda uma interpretação das ações praticadas no dia-a-dia.

A metodologia qualitativa *grounded theory* permite a compreensão de um processo a partir de uma sucessão de ações, que se entendem como mobilizadoras do processo, e seguem um percurso de análise sequencial a partir de procedimentos de codificação que progridem dos mais simples para os mais complexos, passando por várias etapas que se vão integrando cumulativamente com vista a formar categorias.

## **1.2. Participantes**

Este estudo teve a participação de quatro participantes, sendo três do género feminino e um do género masculino, e as suas idades variaram entre os 18 anos e os 24 anos. Todos os participantes usufruíram de psicoterapia num serviço de psicologia dedicado a jovens e adolescentes com psicólogos de formação dinâmica. O tempo de psicoterapia variou entre 6 meses e 2 anos, sendo que um dos participantes conclui o seu processo terapêutico no mês em que ocorreu a entrevista.

A amostra de conveniência cumpriu com os critérios de inclusão, nomeadamente: contacto prévio do terapeuta com o paciente a fim de auscultar o seu interesse em participar na investigação que incidia sobre processos de mudança em psicoterapia e aliança terapêutica; aceitar de forma voluntária participar no estudo, e ainda; terem usufruído de psicoterapia individual por um período nunca inferior a 8 ou 10 sessões de terapia.

Nos critérios de inclusão não houve quaisquer restrições quanto a um eventual quadro clínico diagnosticado. Os motivos que levaram os participantes à psicoterapia foram diversos e.g. dificuldades sociais, depressão, ansiedade . O fundamento mais relevante centrou-se na vivência da psicoterapia individual. Igualmente não existiram restrições relativamente à orientação teórica dos terapeutas.

## **1.3. Instrumentos**

### **1.3.1. *Client Change Interview***

O instrumento - Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente, Elliott, R (2004), (Anexo 1) é uma entrevista semiestruturada de investigação em psicoterapia e foi traduzida e adaptada por Sousa (2007..) e dela fazem parte os seguintes protocolos:

Tópicos para a entrevista de Mudança

Sintetiza as questões do questionário agrupando-as em 10 tipos de informação, a saber: Perguntas de carácter geral, aspetos descritivos sobre o próprio participante, mudanças observadas desde o início da terapia, motivos que estiveram subjacentes às mudanças, recursos pessoais ou questões que tivessem afetado o uso que faz da terapia dentro dos contextos família, emprego relações e modos de vida, limitações pessoais sentidas, aspetos úteis, aspetos problemáticos e por último sugestões para a investigação.

Tem como finalidade colher o sentido do cliente sobre as mudanças que ocorreram e em que circunstâncias. Em termos latos, pretende avaliar alterações notadas no decorrer da terapia, o entendimento do cliente acerca do que provocou essas mudanças, relativamente aos aspetos úteis e inúteis, assim como, sobre situações difíceis ou impeditivas da terapia.

Está indicada para ser aplicada no fim da terapia, ou no decurso desta, desde que o cliente tenha usufruído no mínimo de 8-10 sessões. A duração da entrevista pode situar-se entre 30 a 60 min.

### **1.3.2. *Working Alliance Inventory***

*Working Alliance Inventory-WAI* aplicada aos participantes foi a versão de Horvath, 1981, 1984 traduzida e adaptada para português (Machado, 1999) (Anexo 2). A aplicação deste inventário teve a finalidade de obter as perceções dos pacientes quanto aos seus sentimentos, pensamentos e atitudes acerca do relacionamento cliente-terapeuta e acerca da postura colaborativa do terapeuta. Avalia o grau em que o paciente concorda sobre o tratamento - objetivos, o grau em que ele acorda com o terapeuta as tarefas de tratamento e ainda, determina a qualidade do vínculo cliente-terapeuta. O inventário é composto por 36 itens distribuídos aleatoriamente por 12 itens para cada dimensão, e a avaliação faz-se através dos níveis de concordância numa escala de *Likert* com 7 pontos. Dos 36 itens estabelecidos no inventário, 14 têm polaridade negativa o que determina que quanto menor for o valor imputado na escala, maior é a sua valorização.

### **1.3.3. *Software Atlas ti versão 7.0***

O *Software Atlas ti* possibilita a revelação de fenómenos mais intrincados, os quais provavelmente não seriam possíveis através da leitura elementar de um texto, ou da técnica manual, predominantemente mais usual. O uso deste Software teve como principal finalidade auxiliar o pesquisador na organização, pesquisa, acesso, análise e apresentação de resultados, de uma dimensão considerável de dados, conferindo-lhes maior fiabilidade.

O projeto global designa-se de unidade hermenêutica que contém vários componentes. De entre os vários elementos destacam-se os *P-Docs*; entrevistas transcritas que apresentam o que foi pesquisado (Figura 1) e a Escala de mudanças - registo final de entrevista (Figura 2).



Figura 1- Informação documental Atlas ti - Entrevistas



Figura 2 - Informação documental *Atlas ti* – Escala de Mudanças

As citações (*quotes*) que se referem aos segmentos de informação selecionados nas entrevistas são excertos escolhidos pelo facto de expressarem uma ideia, ou seja, aspetos relevantes recolhidos numa primeira restrição dos dados. Os códigos (*codes*) são referentes às unidades básicas de análise e consistem nas conceituações, classificações, resumos ou

agrupamentos de citações, isto é, fragmentos da narrativa dos participantes, que se inserem num segundo nível de categorização dos dados.

#### **1.4. Procedimentos**

Após a qualificação dos participantes, na reunião realizada com os psicoterapeutas da instituição, os participantes foram contactados por estes a quem manifestaram a adesão a este estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente, num espaço que tinha sido designado pela instituição e que reunia as características que iam de encontro aos aspetos da confidencialidade, e igualmente apropriado ao desenvolvimento da exploração empática.

De forma a possibilitar aos participantes a familiarização com o conteúdo da entrevista, apresentou-se uma lista com os pontos que seriam abordados – Tópicos para a entrevista de mudança, entregando-se de seguida o consentimento informado, (Anexo 3). Após a assinatura deste consentimento o participante foi convidado a prestar alguns dados: de índole terapêutica - referente a prescrições de terapêutica farmacológica; dados pessoais - iniciais do seu nome, dígitos não sequenciais do seu telemóvel para identificação do processo a fim de se garantir o tratamento de confidencialidade aos dados. Por fim, solicitamos aos participantes que indicassem as mudanças que foram sentindo acontecer desde o início do processo terapêutico e o respeitante nível de concordância, no Registo da Entrevista de Mudança (7/99) no campo Lista de Mudanças. Este formulário seria incrementado com outras mudanças, caso isto se viesse a verificar no decorrer das entrevistas.

Com a anuência dos participantes as entrevistas foram gravadas num registo de áudio, e posteriormente transcritas *ipsis verbis* (Anexo 4). Para o caso de audibilidade reduzida a transcrição foi interrompida por um espaço (...). Após a transcrição foram enviados para os participantes o ficheiro áudio e as entrevistas transcritas, com o objetivo destes poderem rever, alterar, ou acrescentar algo mais que no momento da entrevista tivessem pretendido referir e não o tivessem feito. Os comentários paralelos ou fora do contexto foram excluídos do material para análise.

A primeira etapa do procedimento de codificação do processo, designada por codificação aberta, advém a partir das respostas dadas pelos participantes às questões da entrevista. A identificação das unidades de significado foi efetuada mediante as leituras das

entrevistas num processo de questionamento e comparação dos dados, linha a linha, na qual são expressas palavras ou frases, que revelam a essência do discurso dos participantes, relacionadas com as questões da entrevista. A partir da identificação/seleção das palavras que expressavam sentimentos, ideias, vivências foram constituídas respostas dadas pelos participantes às quais se atribuíram códigos conceituais de forma mais sucinta mas garantindo a essência da narrativa do participante. Estes códigos foram reagrupados em consonância com o seu significado para darem origem a categorias que foram comparadas e integradas de acordo com o fenómeno em estudo com vista a encontrar categoria central

Para todas as etapas esteve presente um pensamento crítico e reflexivo com o objetivo de se encontrarem conexões entre as categorias a fim de excluïrem eventuais redundâncias.

Para o *Working Alliance Inventory*- o procedimento foi análogo ao anterior no que se refere à seleção dos participantes, local da recolha de dados e código de identificação.

Esteve subjacente ao preenchimento deste inventário as instruções a ele consignadas, nomeadamente: sobre o pedido de resposta que pretendia descrever, e o modo como o participante sentia e pensava a respeito da relação com o seu terapeuta. Salientou-se a importância de responder a todas as questões de acordo com as primeiras impressões, e a garantia da confidencialidade dos dados.

## CAPÍTULO III

### Resultados

#### 1. Análise dos resultados

Em virtude desta investigação conter dados concernentes a dois instrumentos distintos, especificam-se de forma independente a análise da Entrevista de Mudança do Cliente - *Client Change Interview* e do Inventário de Aliança Terapêutica- *WAI*.

##### 1.1. Análise resultados das entrevistas de mudança psicoterapêutica

No Processo de mudança foram identificados 3 domínios centrais: Espaço Terapêutico, Espaço Extra Terapêutico e Impacto Mudança. Estes três domínios abrangem, respetivamente as seguintes categorias: Espaço Terapêutico -Dimensão Temporal e Dimensão Espacial, Espaço Extra Terapêutico-Dimensão Interpessoal e Dimensão Intrapessoal e Impacto Mudança - Autonomia, Autoconhecimento, Consciencialização, Aceitação, Auto-Reflexão, Auto (Re) Avaliação e Qualidade Emocional (Figura 3).

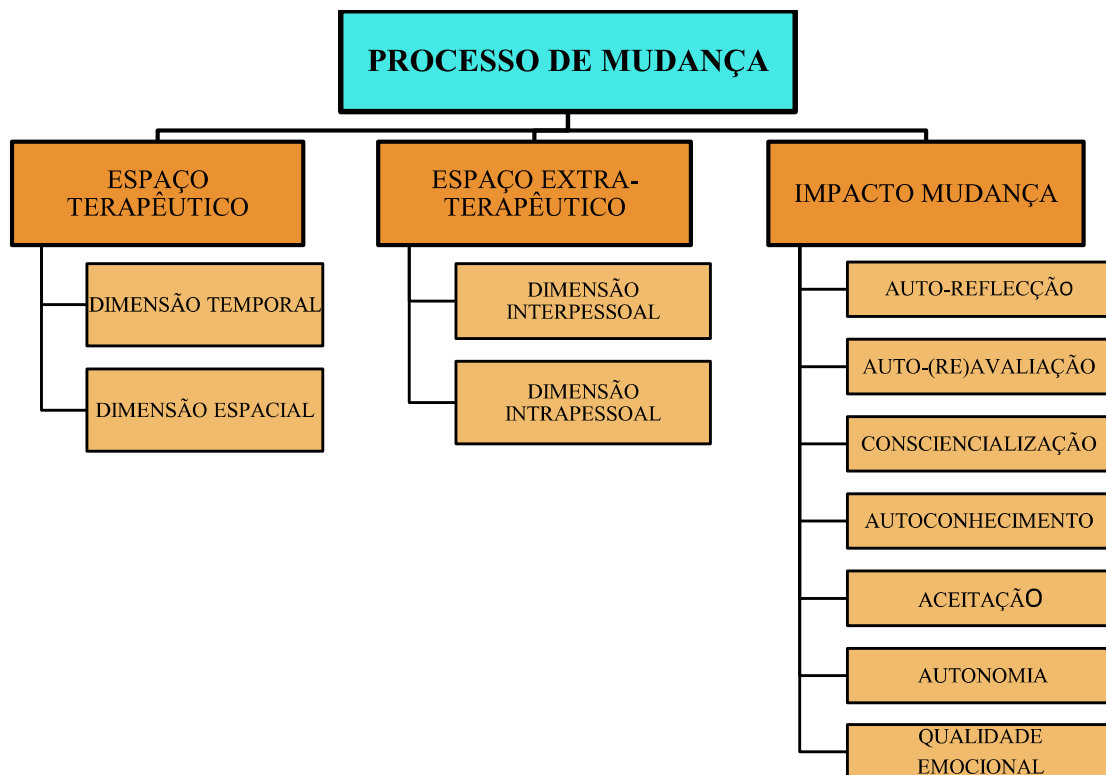


Figura 3 - Diagrama Geral do Processo de Mudança – Domínios

## **Espaço Terapêutico**

O domínio Espaço Terapêutico decorre das categorias centrais: “Dimensão Temporal e Dimensão Espacial”(Figura 2). Este domínio assume o significado de um espaço vivido, tanto de uma forma objetiva como subjetiva.

A “Dimensão Temporal” é aludida à forma como a terapia é vivida e sentida como uma sucessão de acontecimentos em que as ações se desenrolam com uma sistemática própria das sessões, nas quais os primeiros meses não comportam um aprofundamento das problemáticas, mas que se traduzem como um tempo necessário, com momentos obrigatórios para pensar, conceber e aplicar conhecimento, sendo o tempo caracterizado por momentos desencadeadores, numa linha com etapas de aprendizagem que ajudam a vivenciar e replicar experiências como um modo de resolução de problemas, para atingir objetivos de mudança.

Apresentam-se algumas unidades de análise e respetivos códigos que ilustram as narrativas dos participantes para o processo temporal: **P1-P6** (...) *Às vezes gostava que as sessões durassem mais tempo, porque muitas vezes o tempo acaba e eu ainda tinha muito para dizer* (...) [Desejava maior duração das sessões]; **P2-P7** (...) *foi o espaço entre as sessões, uma semana, dava tempo para refletir, digerir e acrescentar mais coisas, se tivesse sido em menos tempo, se calhar não dava* (...), [\*Terapia sistemática das sessões dão espaço de tempo para refletir]; e ainda, (...) *Oh! M. tu vais ver que as mudanças não assim do dia para a noite, tudo tem o seu tempo, Tu vais ver que vais demorar*, [Acredita que o efeito da terapia leva o seu tempo].

A “Dimensão Espacial” é sentida como um espaço de confidencialidade, no qual o participante pode falar, ouvir-se, questionar-se, chorar e aliviar tensões. Como “Refúgio para falar” “Refúgio para decidir”, “Espaço para se questionar” e “Espaço de confidencialidade para falar dos problemas”.

A codificação desta subcategoria foi determinada a partir das asserções nas unidades de análise e códigos que se seguem: **P2-P7**(...) *No início foi bastante complicado, e mesmo na maior parte das consultas chorava imenso* [\*Terapia espaço para chorar]; (...) *Sim agora percebo, que é mais fácil porque eles não são do nosso meio. Então é uma pessoa que eu só vejo aqui que não vai contar a mais ninguém* [\*Terapia espaço de confidencialidade para falar dos problemas]. **P3-P8** (...) *Às vezes acaba mesmo por ser um refúgio, quando preciso de falar*

com alguém, da opinião de alguém, ou até mesmo de tomar uma decisão, [Refúgio para decidir], [Refúgio para falar].

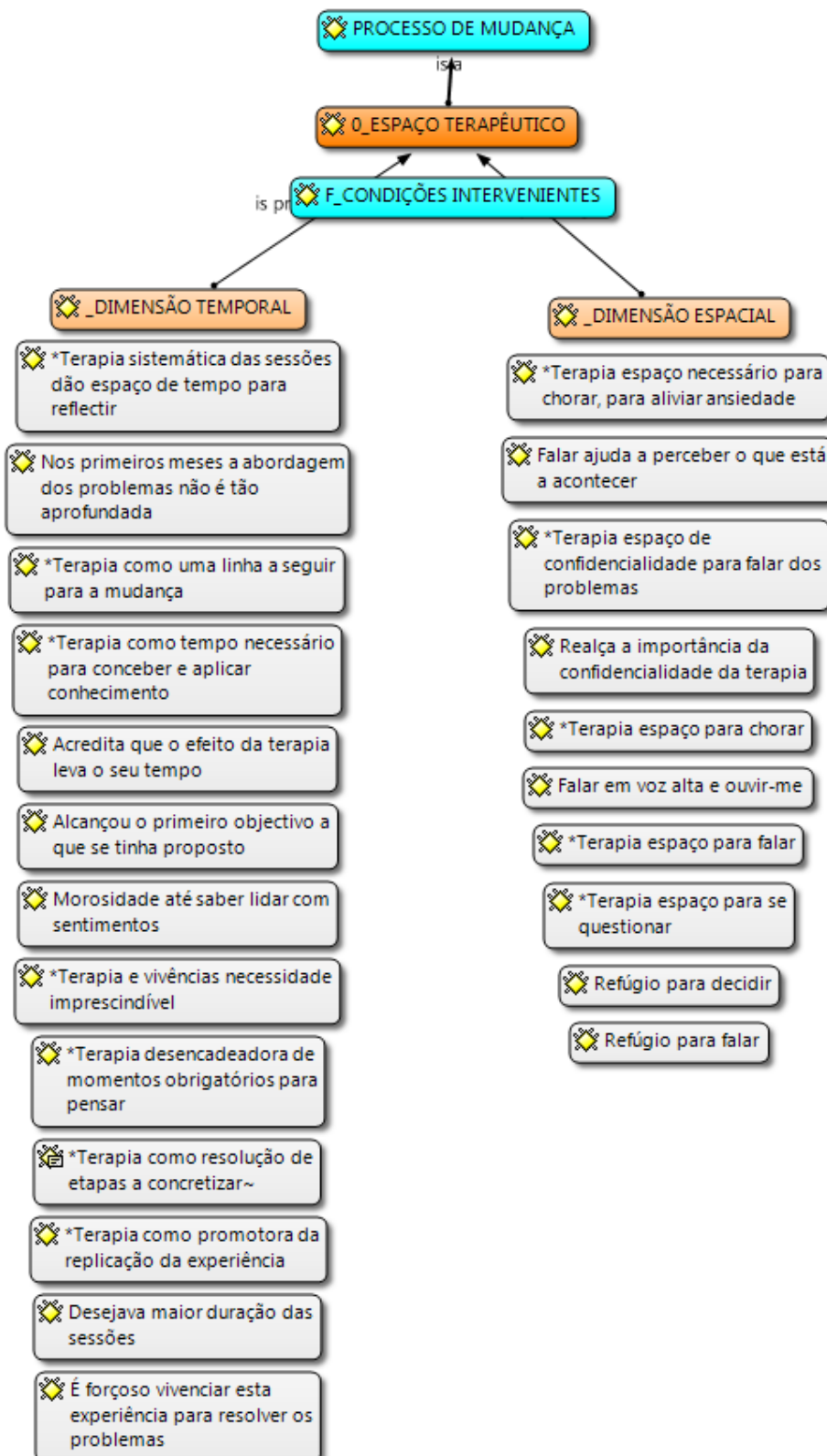


Figura 4 - Diagrama Espaço Terapêutico - Dimensão Temporal e Espacial

### **Espaço Extra Terapêutico**

O domínio “Espaço Extra Terapêutico” divide-se em duas categorias centrais: dimensões Interpessoal e Intrapessoal (Figura 3).

No tocante à categoria central com a “Dimensão Interpessoal”, esta revê-se a partir daquilo que os participantes apreciaram, reconheceram como útil e importante, através do suporte obtido nas interações das suas relações, quer no contexto familiar, quer no contexto social, a partir das categorias conceptuais “Suporte Familiar e Suporte Social”.

A categoria conceptual “Suporte Familiar” resulta a partir da identificação de algumas unidades de análise e códigos a seguir exemplificadas: **P1-P6** (...) *A minha mãe falava-me muito, de vez em quando. Ah! Tu devias ir a um psicólogo que é ..., que arranjam estratégias para me ajudar a pensar*, [Apoio da família]; **P3-P8** (...) *Acho que as relações com outras pessoas*, [Melhor relação com os outros], (...) *Tive um namorado, depois houve uma fase que me ajudaram muito, que me ajudaram a perceber ... a minha relação com os meus pais, é aquilo que me faz questionar mais*, penso eu, [Melhor relação com os pais].

A elucidação da categoria conceptual “Suporte Social” provém da aclaração das unidades de análise e da codificação a seguir mencionadas: **P2-P7** (...) *Os meus amigos. Os verdadeiros amigos que me acompanharam desde o início até agora, eles os verdadeiros recursos*, [Valorização dos amigos], e em acréscimo, *A ajuda do terapeuta foi extremamente importante neste processo, sem ele não conseguiria visualizar todas as minhas angústias*. [Valoriza a ajuda do Terapeuta]; **P3-P8** (...) *Os meus colegas de trabalho, quando comecei a trabalhar a relação que tinha com eles também era diferente das (...) que eu tinha tido anteriormente*, [Melhor relação com os colegas de trabalho]; **P4-P9** (...) *Também ajuda, tanto como o facto de a minha Psicóloga me dizer que podes fazer uma pausa me ajuda, o facto de essas pessoas existirem e conseguirem fazer coisas ajuda porque percebo que é possível*, [Conhecer outras pessoas que podem servir de modelo].

Inserida no domínio “Espaço Extra Terapêutico” a categoria central “Dimensão Intrapessoal” constitui-se a partir de diversas características que denotam como os participantes foram revelando o seu conhecimento interior, capacidades, emoções, objetivos pessoais, foram manifestando sentimentos, motivações e desejos, demonstrando estarem

recetivos aos outros, construindo um modelo de si próprios, permitindo-lhes estabelecer, regular e manter relações.

No tocante a esta categoria central inscreveram-se cinco categorias conceptuais: Fatores Preditivos, Capacidades Psicológicas, Motivação para a Mudança, Estabelecer, Regular e Manter Relações e Acontecimentos de Vida, que resultaram a partir de diferentes condições identificadas, sentidas e experienciadas pelos participantes, e que influenciaram o seu processo terapêutico.

Para a categoria “Fatores Preditivos” estiveram subjacentes asserções da narrativa dos sujeitos que indiciavam acreditar na mudança, e.g. estar recetivo a novas experiencias e ideias, ter expectativas sobre a terapia e atuar de forma a encontrar estratégias para os seus problemas.

As unidades de análise e códigos a seguir expressos, foram os exemplos coligidos para ilustração: **P1-P6** (...) *se eu não tivesse vontade de mudar não mudava, se eu não tivesse essa disponibilidade*, [Disponibilidade para mudar]; **P2-P7** (...) *Porque eu estava à espera que fosse tudo muito rápido*, [Expectativas de mudanças rápidas]; **P3-P8** (...) *O facto de ouvir, de refletir sobre aquilo que me dizem. A maior parte das pessoas dizem as coisas e as pessoas fecham os ouvidos e mantêm a própria opinião e eu consigo olhar para a opinião das outras pessoas*, [Estar aberta a ouvir opiniões dos outros]; **P4-P9** (...) *mas porque eu quero entender melhor como é que eu funciono*, [Quer entender como funciona].

A categoria conceptual “Capacidades Psicológicas” sucede a partir das narrativas dos participantes, ao tomarem consciência do que sentiam e como sentiam, fazendo emergir outro modelo para si mesmos.

Exemplificam-se de seguida alguns contributos dos participantes, no referente às unidades de análise e códigos: **P1-P6** (...) *Isso de não exprimir sentimentos não me deixava também perceber um bocado os sentimentos dos outros, era um bocado mais fria*, [\*Consciencialização dos sentimentos contidos] e do mesmo modo (...) *são semanas que passam sempre com este “desespero”* (...) *Mas a longo prazo, notam-se as mudanças e torno-me capaz de lidar com os novos problemas, em vez de os ignorar e juntar aos outros no “meu saco”*, [Compreensão sobre o que sente e o que tem a fazer]; **P2-P7** (...) *Quando cheguei aqui realmente tive que parar, pelo menos uma vez por semana eu parava para pensar, eu não*

*pensava antes o que é o que ia dizer., só parava aqui. Foi mesmo preciso um exame de auto consciência e mesmo agora eu preciso de um dia agendado para pensar nos problemas; [Foi preciso fazer um exame de autoconsciência.]; P3-P8 (...) O facto de ouvir de refletir sobre aquilo que me dizem. ... e eu consigo olhar para a opinião das outras pessoas,[Estar aberta a ouvir opiniões dos outros].*

A categoria “Motivação Mudança” provém das unidades de análise onde estiveram patentes proposições que revelaram que os participantes desencadearam ações orientadas em função de determinados objetivos.

Para esta categoria fazem parte as unidades de análise e códigos com as referências das participantes a seguir mencionadas: **P1-P6** (...) *Melhorei as notas de estágio! Era o meu objetivo inicial*, [Alcançou o primeiro objetivo a que se tinha proposto]; **P2-P7** (...) *Apenas queria sentir-me bem o mais rapidamente possível. Acabar com a angústia e a tristeza que sentia*, [Objetivo único na terapia acabar com a tristeza e angústia] [Sentir-se bem o mais rapidamente possível]; **P3-P8** (...) *Por um lado sim, acho que no fundo eu gosto que me criem desafios*, [Procuro que me criem desafios] **P4-P9** (...) *O que eu mudaria mesmo? O meu sentimento de competição com os outros de achar, de sentir que pessoas que fazem o 5º ano ...*, [Gostaria de mudar o sentimento de competição].

A categoria “Estabelecer, Regular e Manter Relações” emerge a partir da narrativa dos participantes quando estes descreveram como era estar em relação. Valorizamos a forma como exteriorizaram os seus pensamentos, sentimentos e escolhas, e o sentimento da modelagem das interações com os outros, e que contribuíram para aceder a um outro formato de relações.

As unidades de análise e respetivos códigos ilustram esta categoria da seguinte maneira: **P1-P6** (...) *Por outro lado, também tento “imitar” um pouco o modo como a Dr.ª me escuta e compreende, e tento usar isso para as pessoas que estejam a meu cuidado durante os estágios*, [Conhecer outras pessoas que podem servir de modelo]; **P2-P7** (...) *É muito diferente, é como eu deveria ter encarado anteriormente. Acho que é perfeitamente normal, todos temos as nossas vidas, há fases que em que devemos dar atenção mais aos nossos amigos, há outras que nem tanto, temos outras prioridades. Acho perfeitamente normal*; [Agora atribui outro significado à falta de contacto permanente dos amigos]; **P4-P9** (...) *e também (...).é bom perceber para mim próprio, primeiro para conseguir mudá-lo de*

*alguma forma e depois para não por as culpas todas em cima dela que não é uma coisa boa para a relação..., é um bocadinho duro de perceber porque o problema também está em mim,* [Regulação a partir da interação da relação com os outros]; e referiu ainda, (...) *O facto de eu perceber algumas semanas, que parte, talvez metade do meu sentimento o facto de eu ser controlado pela minha namorada advém de um problema meu interno e não do problema dela de dependência,* [Diferenciação dos sentimentos acerca de si e dos outros].

A categoria “Acontecimentos de Vida” é elucidada pelo facto dos participantes atestarem que ao lidarem com os seus problemas, existiram situações difíceis de ultrapassar, em contextos diversificados, nas relações e nos seus modos de estar.

As unidades de análise e códigos para esta categoria residem nas seguintes constatações: **P1-P6** (...) *Cheguei a ter grandes conflitos com a minha melhor amiga, por causa da confusão e do sentimento de desamparo que por vezes a terapia nos proporciona,* [Conflitos com pessoas significativas]; **P2-P7** *Se calhar foi o facto de eu... engolir tudo. Eu ia enchendo, enchendo, enchendo até que rebentou. Se calhar foi ... foi com tudo, quer na Faculdade, quer com os amigos, quer em casa e nunca dizia o que sentia (...),* [O facto de nunca dizer o que sentia]; **P3-P8** (...) *A relação com os meus pais e o facto de idolatrar o meu irmão. Às vezes é um bocado (...) e acabo de me afastar dos meus próprios objetivos,* [Relação com familiares diretos]; **P4-P9** (...) *Que factos na minha vida tornaram (...) Há coisas que eu não conto a ninguém inclusive à Psicóloga,* [Ser mais reservado para algumas coisas da sua vida].

Por fim a categoria conceptual “Qualidade Emocional” foi norteadada pela representatividade das situações emocionais, vividas no decorrer do processo terapêutico, como sentimentos penosos, de tristeza de abandono, de frustração, desencadeadas no tocante ao confronto com situações que lhes causaram em primeira instância mal-estar e sofrimento, mas mesmo assim, não se constituíram como fatores impeditivos do processo.

As unidades de análise e códigos para esta categoria ilustram-se da seguinte forma: **P1-P6** *São muitos sentimentos de uma vez, e para além do mais, demora-se tempo a percebermos sozinhos como devemos realmente lidar com estes sentimentos Como tenho de*

*ser eu sozinha a perceber como lidar, por vezes... são semanas que passam sempre com este “desespero” É difícil, isso é sem dúvida. Mas a longo prazo, notam-se as mudanças. [Sentimento penoso]; e também, Sinto-me um bocado triste. e frustrada por não ser capaz de fazer mais. Mas bem, isso está muito relacionado com a minha impaciência. A Dra. repete-me quase todas as sessões: “Estas coisas demoram o seu tempo. Não existem varinhas mágicas que apressem o processo”. Eu bem sei, mas é difícil de aceitar porque dói. É uma situação penosa, mas necessária [Sentimento de tristeza]; e ainda, É um sentimento ambíguo. Houve momentos que me soube muito bem, eu sentia que saia da sala onde faço a terapia e até respirava melhor. Mas esses momentos foram mais nos primeiros meses, onde abordávamos ao de leve um pouco de tudo. Ultimamente tem-se focado realmente em cada um dos problemas, e isso tem sido difícil. [Sentimento ambíguo]; Cheguei a ter grandes conflitos com a minha melhor amiga, por causa da confusão e do sentimento de desamparo que por vezes a terapia nos proporciona e claro, se não estivesse a fazer psicoterapia, esses temas nunca seriam abordados e nunca teríamos discutido. [\*Terapia provoca sentimento de desamparo e abandono]. **P2-P7** No início foi bastante complicado, e mesmo na maior parte das consultas chorava imenso. Mas, depois fui notando que ao tocar no mesmo ponto, já não me feria tanto. Já sentia melhorias, se calhar podia ficar mais tensa, mas já não me emocionava. [Sentimento penoso]; **P3-P8** Bem. Tenho altos e baixo, há dias bons e dias maus, mas pelo menos consigo dormir melhor e já não tenho tantas insónias. Por vezes vou-me a baixo, mas já consigo lidar com a situação. [Apesar de ir abaixo sabe lidar com a situação].*

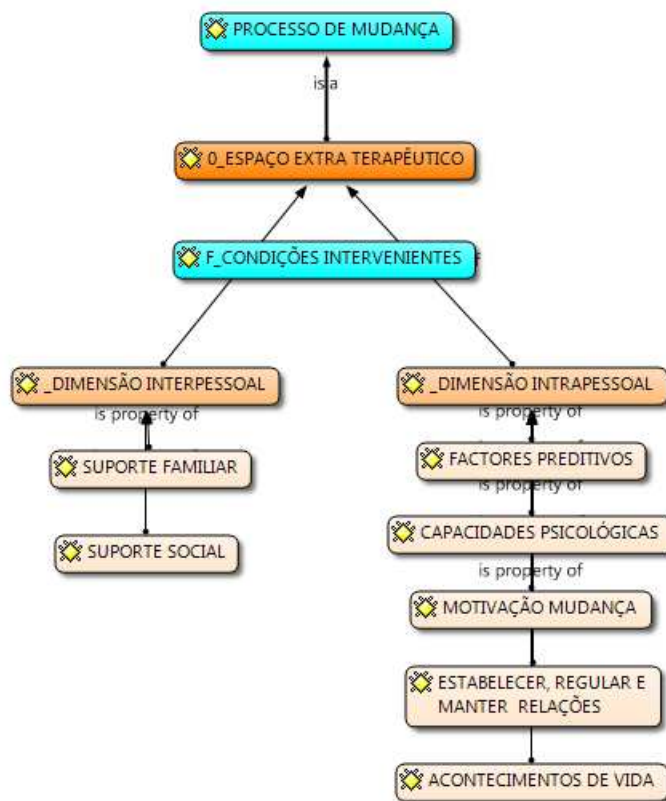


Figura 5 - Diagrama Espaço Extra Terapêutico (Anexo 5)

### Impacto Mudança

No domínio “Impacto da Mudança”, mudança no pensar, mudança no sentir e mudança no agir, foram classificadas 6 categorias. Auto-reflexão, Auto (Re) avaliação, Consciencialização, Autoconhecimento, Aceitação e Autonomia. Estas categorias identificam os recursos pessoais que tiveram influência no impacto da mudança.

À categoria “Auto-Reflexão” está subjacente a capacidade do participante refletir por si próprio, avaliando as suas próprias ideias e sentimentos, em conjugação com o que lhe é exterior.

Como exemplo os participantes referiram: **P1-P6** (...) *Ajuda e auto-ajuda*, [Ajuda e Auto-ajuda para refletir] (...) *porque quanto saía daqui pensava no que tinha dito e no que me tinham dito e que tinha melhorar*, [Refletia sobre o que tinha de melhorar] (...) *e o que tinha que fazer para melhorar refletia e se as coisas estavam certas*, [Refletia sobre os conteúdos da terapia, não se limitava a aceitar]; **P2-P7** (...) *Foi preciso alguém me dizer que não eram as outras pessoas, que era uma maneira de estar de ambas as partes*, [Reflete sobre o envolvimento da relação com os outros]; **P4-P9** referiu, (...) *como estou a agir de algumas*

*formas posso refletir um bocado no assunto, reflito antes de me deitar, [Reflete sobre seu padrão de comportamento].*

A categoria “Auto (Re) avaliação” provém a partir da competência do participante voltar a avaliar situação e/ ou sentimentos, outrora sentidos ou vivenciados, determinar o valor dessa experiência, e atuar com um olhar conjugado entre o passado, o presente e/ou futuro.

No âmbito desta categoria realçamos unidades de análise e os códigos dos participantes: **P1-P6** (...) *Tenho que ser mais equilibrada, não ser 8 ou 80, de vez em quando também exprimir sentimentos também para me proteger porque se naquele dia não estiver tudo bem comigo, tenho que saber mostrar sentimentos isso para não brincarem comigo, [Reavalia a forma estar outrora 8 ou 80, com a atual]; e ainda, Eu bem sei, mas é difícil de aceitar porque dói. É uma situação penosa, mas necessária. Portanto só temos de tentar manter a cabeça erguida, e seguir em frente. Temos de enfrentar os nossos fantasmas para avançar [Reavaliação entre processo penoso terapia e confrontação com fantasmas para avançar]; **P2-P7** *Sim, voltarei e hoje em dia não tenho vergonha nenhuma de dizer que andei num Psicólogo e até cá fora às amigas. Acho que ... Identifiquei-me mesmo. É preciso e se é preciso temos procurar ajuda. E quando vejo uma amiga em situações idênticas à minha explico, a minha situação de vida [Avalia decisão de fazer terapia e perspectiva voltar a fazer]; **P4-P9**...depois é um pau de dois bicos, porque sendo ela muito dependente tenho problema de eu me sentir controlado, mas deixando ela de ser dependente, como eu acho que está a começar ser, ou pelos menos, ela fingir que não é dependente, também o que me faz sentir que não a controlo eu tão bem a ela porque o que ela me controla a mim também eu a controlo a ela, claro que não é assim tão pacífico, de modo que é assim, as coisas vão mudando na vida e eu vou-me adaptando. [Reavaliação entre dependência/controlo numa relação e mudança na vida].**

A categoria “Consciencialização” é entendida pela capacidade do sujeito se conhecer a si mesmo, julgar os seus próprios atos, observar, pensar, estabelecer relações de sentido e interagir com o mundo que o rodeia.

No contexto desta categoria os participantes apresentaram diversas narrativas que correspondem às unidades de análise e códigos: **P1-P6** (...) *há aquelas alturas que eu penso que quando estou pior, que isto é tudo culpa da terapia e que não devia ter ido à terapia, mas sei que é mentira. ... Porque como isto faz perceber muitas coisas novas é quase como se estivesse a desbloquear coisas que eu não queira sentir, [\*Consciencialização que os*

conteúdos da terapia desbloqueiam o sentir] e agora tenho que sentir; **P2-P7** (...) E então a partir das consultas, comecei a perceber que podia dizer que não, [\*Consciencialização do seu direito a dizer não], e identicamente, (...) Foi mesmo preciso um exame de auto consciência e mesmo agora eu preciso de um dia agendado para pensar nos problemas, [Necessário fazer um exame de autoconsciência.]; **P3-P8** (...) E depois por outro lado, sou muito perfeccionista e também, só que num outro sentido extremo, então, a lutar contra o perfeccionismo extremo sou completamente ao contrário, uma coisa completamente desleixada [Consciência do seu perfeccionismo]; **P4-P9** (...) O facto de eu perceber..., talvez metade do meu sentimento o facto de eu ser controlado pela minha namorada advém de um problema meu interno e não do problema dela de dependência, [\*Consciencialização da sua responsabilidade nos problemas que enfrenta], e do mesmo modo (...) é um bocadinho duro de perceber porque o problema também está em mim, [\*Consciencialização que sentimentos seus em relação aos outros, estão relacionados consigo].

A categoria “Autoconhecimento” sobrevém da capacidade dos participantes possuírem conhecimento sobre si próprios, bem como reconhecerem, refletirem, compreenderem estabelecerem conexões sobre a sua experiência no tocante às causas ou razões dos seus sentimentos, comportamentos e estado físico, acedendo desta forma ao seu mundo interno.

Esta categoria apresenta de entre todas, o maior número de mudanças a ela assignadas, 9 das 27 mudanças identificadas por todos os participantes no ponto 4 do questionário, designado por escala de mudanças, foram inscritas na Lista de Mudanças - Registo da Entrevista de Mudança 7/99. Nesta conformidade, são exemplificadas seguidamente a codificação inerente a essas mudanças: **P1-P6** [**E 4-** Fui capaz de identificar problemas relacionados com a ansiedade]; [**E 4-** Fui capaz de identificar que tinha problemas com sexualidade] e [**E 4-** Insegurança]; **P2-P7** [**E 4-** Menos dúvidas no Projeto futuro] e [**E 4-** Auto-estima]; **P3-P8** [**E 4-** A pouco e pouco, tenho atitudes mais autênticas quando expresso os meus sentimentos] e [**E 4-** Melhor expressão em relação às emoções (verbalização)]; **P4-P9** [**E -** Melhor controlo da ansiedade] e [**E 4-** Autoconhecimento].

Ainda para esta categoria dizem respeito as unidades de análise e códigos das afirmações: **P1-P6** (...) Sempre que abordamos um novo problema, chegamos à fase em que penso: “Se não fosse a terapia, nada disto teria acontecido”. (...) se não estivesse a fazer psicoterapia, esses temas nunca seriam abordados e nunca teríamos discutido. (...) E foi um

*período difícil, sem dúvida. Também, o simples facto de a psicoterapia me estar a fazer “sentir as coisas” torna tudo mais difícil. Eu antes, praticamente não sentia. Agora tenho noção disso, mas antes não fazia ideia, [\*Terapia deu-me mais conhecimento]; P2-P7 (...) Também quando questionava porque eu é que tenho dez, dez coisas para fazer e eles só têm duas, [Adotou postura de questionamento]; P3-P8 (...) Porque quando comecei a terapia estava com um rapaz e eu não queria estar com ele e quando a relação estava a acabar não me impus. E agora com esta, relação seguinte, consegui dizer o que estava a passar, e explicar que já não gostava dele e não tive medo de fazer as coisas, [\*Sente-se mais autêntica na tomada das decisões].*

“Aceitação” é entendida como o acolhimento do participante quanto às suas características pessoais, pela aceitação dos seus sentimentos, pensamentos e problemas, ajudando-o a examinar situações que ocorrem nas suas vida, num processo com características inter e intrapessoais.

A presença das unidades de análise e códigos na narrativa expressa pelos participantes refere-se a: **P1-P6** (...) *Eu bem sei, mas é difícil de aceitar porque dói. É uma situação penosa, mas necessária. Portanto só temos de tentar manter a cabeça erguida, e seguir em frente. Temos de enfrentar os nossos fantasmas para avançar, [Aceitação de situações penosas]; P2-P7* (...) *Foi preciso. Alguém me dizer que não eram as outras pessoas, que era uma maneira de estar de ambas as partes. ... E por isso fiquei mais tolerante, [\*Aceita características pessoais a partir da experiência relacional]; P3-P8* (...) *Sim, sinto-me .....porque eu tenho que ser como eu sou. Não tenho que ser outra pessoa e não me consigo abstrair disso, [Aceitar ser como ela é] e também, (...) As pessoas é que não estão preparadas para a honestidade e acabam por me interpretar mal, mas também devido à terapia isso já não me afeta tanto, [Agora não me deixo afetar pela falta de honestidade dos outros]...Já quase não tenho sentimento de culpa, [Menos sentimento de culpa]; P4-P9* (...) *é não me sentir mal por viver a minha vida independente do trabalho, [Aceita viver a vida, independente dos aspetos profissionais].*

“Autonomia” diz respeito à capacidade dos participantes poderem tomar decisões sem interferências exteriores, de poderem afirmar as suas opções, avaliando por si próprios a

situação sem apoio externos, verifica-se uma construção através dos seus atos e responsabilidades.

Para esta categoria foram destacadas unidades de análise e códigos referentes a características indiciadoras de autonomia. Realça-se o aspeto particular de este participante ter sido o único a assinalar esta característica, e ainda, por a ter enunciado como mudança na lista de Mudanças expressa no Registo da Entrevista de Mudança (7/99), como se exemplifica seguidamente: **P2-P7** (...) *Porque eu até tinha vergonha, será que eu posso dizer que não? Será que não posso? E com as consultas eu fui vendo. Não, tenho que ser mais confiante.* [**E 4- Aprender a dizer não**]; (...) *Antes..., antes era muito dependente, não só da minha mãe, mas como dos meus amigos,* [Agora menos dependente] (...) *E depois quis, quis libertar-me disso tudo, e ser eu sozinha a ir para aqui e para ali, não ser controlada,* [Agora desejo ser mais autónoma] , [**E 4- Tomar decisões (autonomia)**] e [**E 4- Capacidade de lutar pelos meus direitos**].

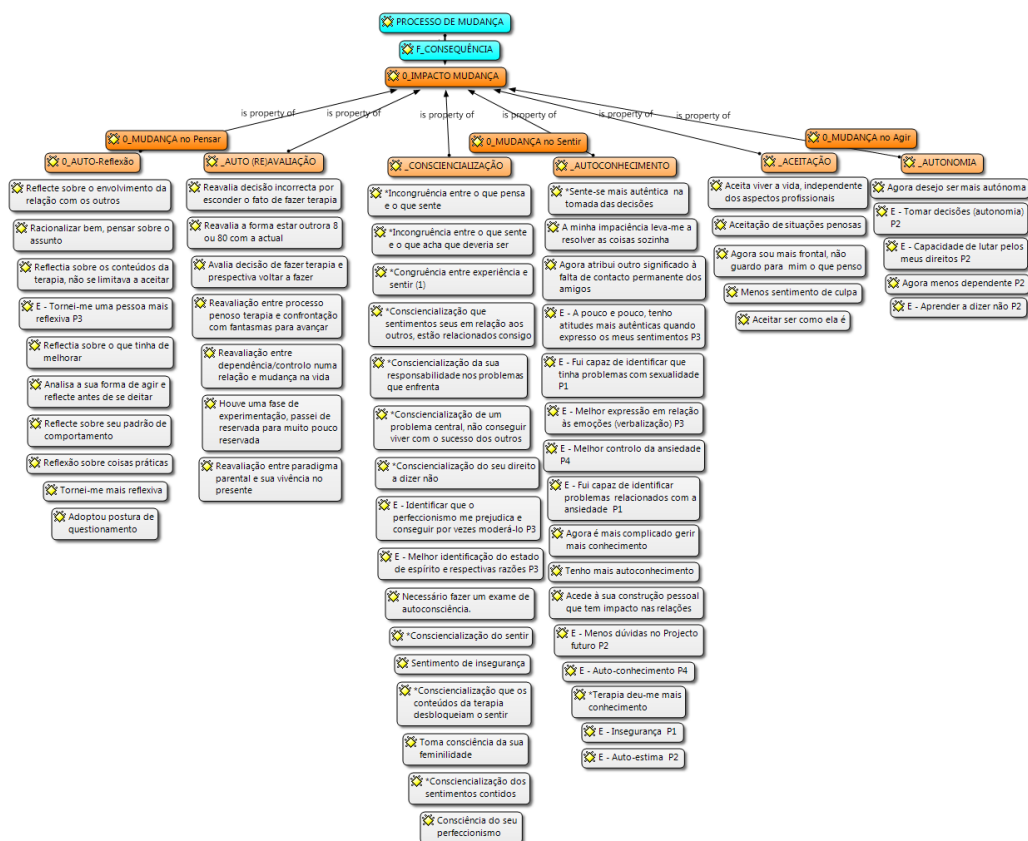


Figura 6 - Diagrama Processo de Mudança - Impacto da Mudança (Anexo 6)

### Registo da Entrevista de Mudança (7/99)

Através da Lista de Mudanças expressa no Registo da Entrevista de Mudança (7/99) os participantes enunciaram e qualificaram as mudanças por si percebidas ao longo do processo terapêutico.

No universo de 27 mudanças identificadas, 8 do P1-P6, 8 referentes ao P2-P7, 8 reconhecidas pelo P3-P8, e 3 declaradas pelo P4-P9, verificámos que em relação aos níveis de concordância, e concretamente à importância atribuída, 14 mudanças foram designadas de extrema importância (5), e nenhuma delas foi identificada como nenhuma importância (1). Relativamente ao grau de expectativa versus grau de surpresa com essa mudança, os participantes consideraram que 4 mudanças foram esperadas (1), e 11 foram intituladas como surpreendido (5). com a mudança. Quanto ao grau de probabilidade de ocorrência da mudança, os participantes assinalaram que sem terapia, 12 mudanças seriam improváveis (1) e só 1 mudança foi identificada como provável (5). Estes resultados são de seguida apresentados graficamente, considerando os níveis de concordância extremos (1) e (5).

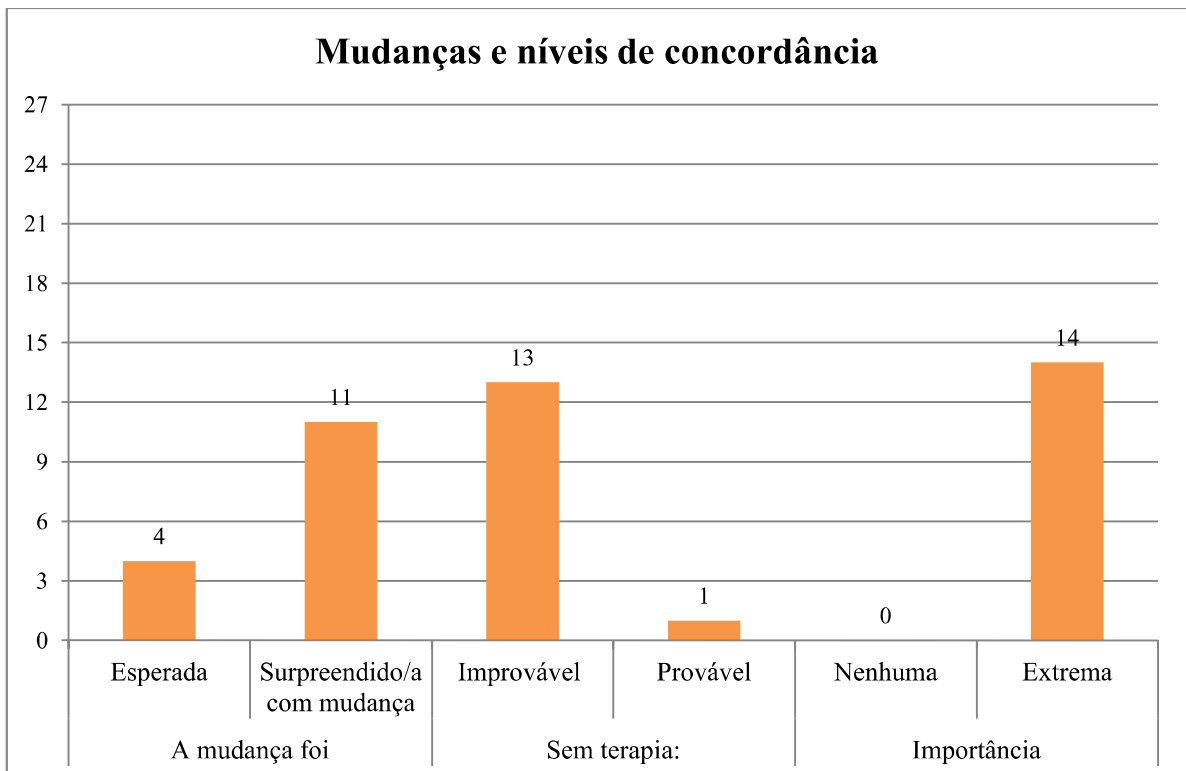


Gráfico 1 - Número total de mudanças e níveis de concordância

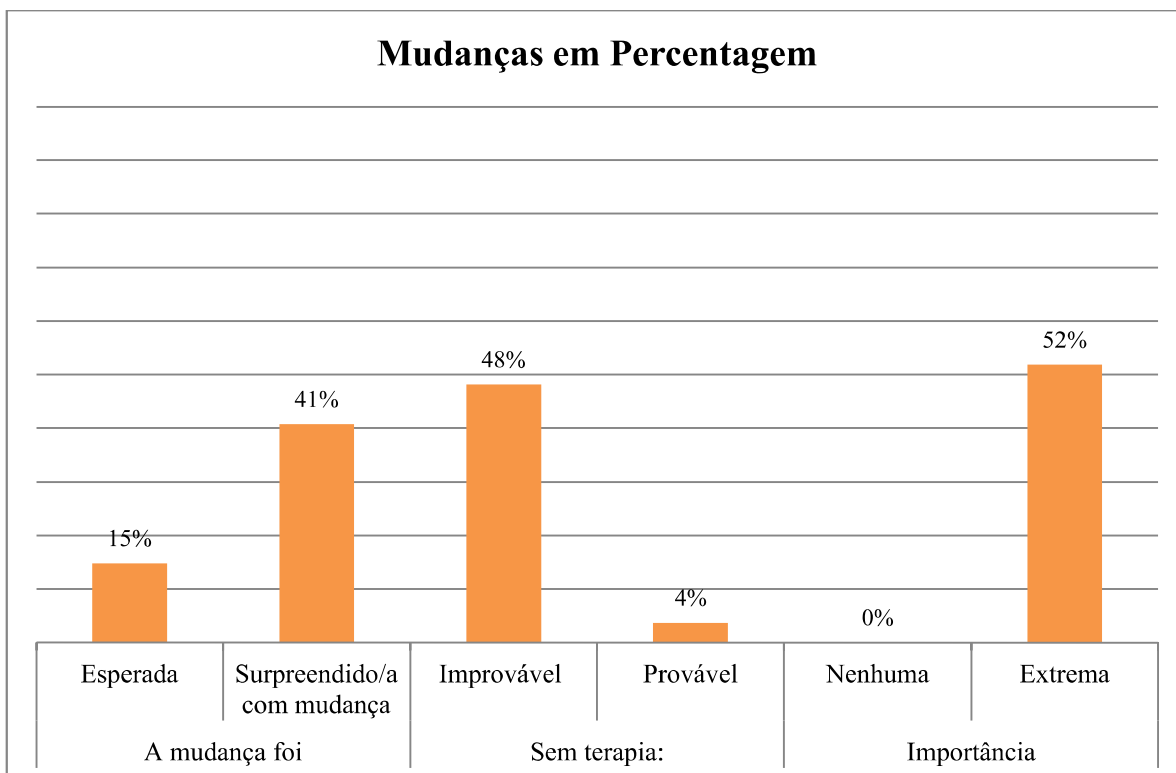


Gráfico 2 - Valor percentual das mudanças para níveis de concordância

O participante P1-P6 identificou 8 mudanças, sendo elas: *Diminuição da ansiedade, dificuldade em exprimir sentimentos, ter sido capaz de aceder a vivências do passado mais doloroso, ter identificado problemas relacionados com a ansiedade, sexualidade, auto-estima e insegurança, e ainda reconheceu que passou a adotar uma postura diferente na vida, mesmo que isso não o fizesse sentir genuína.*

Relativamente ao ponto 4a., grau de expectativa vs. surpresa, para este participante nenhuma mudança foi esperada (1), mas ficou surpreendido (5) somente com a mudança *identificar problemas relacionados com a sexualidade*. Por outro lado, indicou sobre o grau de probabilidade de ocorrência de mudança sem terapia, ponto 4b, que se não tivesse iniciado a terapia, teria sido improvável (1) realizar as mudanças: *ter sido capaz de aceder a vivências do passado mais doloroso e ter identificado problemas relacionados a sexualidade*. Designou no ponto 4c de extrema importância/significado (5) as mudanças: *identificar problemas relacionados com a sexualidade, insegurança e a melhoria da auto-estima* (Anexo 7) Diagrama de identificação de mudanças e níveis de concordância.

O participante P2-P7 assinalou 8 mudanças, designadamente: *Tolerante (relação com os outros)*, *Mais confiante*, *Valorizar o próximo*, *Menos dúvidas no Projeto futuro*, *Aprender a dizer não*, *Capacidade de lutar pelos meus direitos*, *Tomar decisões (autonomia)* e *Auto-estima*.

Quanto ao ponto 4a o participante destaca em relação ao grau de expectativa versus surpresa, que nenhuma mudança foi esperada (1), e por esse facto ficou surpreendido (5) com todas elas. Correspondente ao ponto 4b grau de probabilidade de ocorrência da mudança se não tivesse iniciado a terapia, seria improvável (1), que 5 dessas mudanças, *Tolerante*, *Valorizar o próximo*, *Aprender a dizer não*, *Capacidade de lutar pelos meus direitos*, e *Tomar decisões (autonomia)* viessem a ocorrer sem terapia, e seria provável (5) que nenhuma mudança ocorresse sem terapia. Na atribuição do ponto 4c, relativa à importância/significado este participante indicou terem existido 7 mudanças de extrema importância/significado (5): *Tolerante (relação com os outros)*, *Valorizar o próximo*, *Menos dúvidas no Projeto futuro*, *Aprender a dizer não*, *Capacidade de lutar pelos meus direitos*, *Tomar decisões (autonomia)* e *Auto-estima* e não assinalou mudanças com nenhuma importância (1), (Anexo 8) Diagrama de identificação de mudanças e níveis de concordância.

Igualmente o participante P3-P8 apontou um número de 8 mudanças, nomeadamente: *Melhor expressão em relação às emoções (verbalização)*, *A pouco e pouco, tenho atitudes mais autênticas quando expresso os meus sentimentos*; *Melhor identificação do estado de espírito e respetivas razões*; *Identificar que o perfeccionismo me prejudica e conseguir por vezes moderá-lo*; *Tornei-me uma pessoa mais responsável*; *Tornei-me uma pessoa mais reflexiva*; *Consigo quase sempre anular o sentimento de culpa*; *Controlo melhor ansiedade*.

Sobre o ponto 4a o participante distingue em relação ao grau de expectativa vs surpresa que 2 mudanças foram esperadas (1), *Melhor expressão em relação às emoções (verbalização)* e *Controlo melhor da ansiedade*, tendo ficado surpreendido (5) com a mudança, *Consigo quase sempre anular o sentimento de culpa*. Referencia no ponto 4b, grau de probabilidade de ocorrência da mudança, se não tivesse iniciado a terapia, que seria improvável (1) sucederem as mudanças *Melhor expressão em relação às emoções (verbalização)*, e *Melhor identificação do estado de espírito e respetivas razões* em contrapartida, achou que seria provável (5) que a mudança *Controlo melhor ansiedade* tivesse surgido. O nível de concordância deste participante em relação ao ponto 4c, no que diz

respeito à importância/significado da mudança, foi reconhecido como extrema importância para a mudança *Melhor identificação do estado de espírito e respectivas razões* (5), não tendo indicado quaisquer mudanças de nenhuma importância (1), diagrama de identificação de mudanças e níveis de concordância (Anexo 9).

O participante P4-P9 indicou 3 mudanças, especificamente: *Autoconhecimento; Melhor controle da ansiedade; Saber que posso (e devo) fazer pausas no trabalho, não me devendo auto-obrigar a trabalhar desde que acordo até que me deito, o que me permite viver mais feliz.*

Em relação ao grau de expectativa versus surpresa, ponto 4a, o participante classificou duas mudanças - *Autoconhecimento* e *Melhor controle da ansiedade* - com o nível de concordância esperadas (1) e manifestou-se surpreendido (5) com a mudança *Saber que posso (e devo) fazer pausas no trabalho, não me devendo auto-obrigar a trabalhar desde que acordo até que me deito o que me permite viver mais feliz.* No que respeita ao ponto 4b, grau de probabilidade de ocorrência da mudança, se não tivesse iniciado a terapia, este participante mencionou que as 3 mudanças teriam sido improváveis (1) de se concretizarem. Com referência ao ponto 4c, em que é realçada a importância/significado da mudança, foi reconhecido por este participante de extrema importância (5) a mudança, *Saber que posso (e devo) fazer pausas no trabalho, não me devendo auto-obrigar a trabalhar desde que acordo até que me deito o que me permite viver mais feliz,* não tendo sido classificadas de nenhuma importância (1) quaisquer mudanças, diagrama de identificação de mudanças e níveis de concordância (Anexo 10).

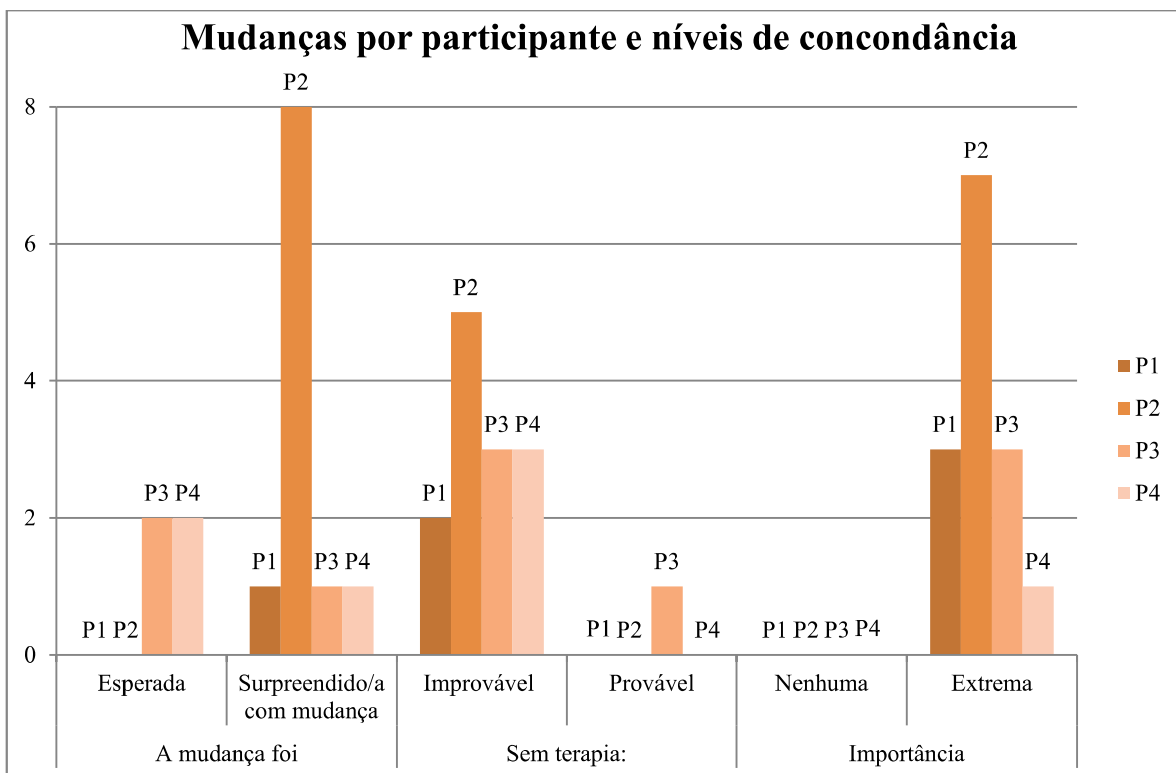


Gráfico 3 - Número de Mudanças e níveis de concordância por participante

## 1.2. Análise resultados do Inventário Aliança-*Working Alliance Inventory-WAI*

Para este estudo esteve também subjacente a análise da aliança, tal como desenvolvido por Bordin (1979), sendo que o autor desenvolve este conceito tornando-o transversal aos diferentes modelos teóricos, citado por Horvarth & Luborsky (1993) e que remete para a forma como o paciente vivencia o trabalho com o terapeuta, vendo este como um apoio útil e solidário face às suas questões. Entende-se por aliança bem estabelecida quando terapeuta e cliente alcançam os objetivos e tarefas que reciprocamente adotaram. Assim, foram analisadas as três dimensões Objetivos, Tarefas e Vínculos do *Working Alliance Inventory-WAI*. Os objetivos entendem-se como as metas que o paciente deseja alcançar, por outras palavras, é o objetivo da intervenção. Por tarefas compreendem-se os comportamentos e cognições que provêm no processo terapêutico e.g. percepções, sentimentos e ações como resultado da sua experiência de vida. Enquanto, que o conceito de vínculos remete para a ligação afetiva entre o terapeuta e o cliente, na qual estão subentendidos os aspetos relativos à confiança, ao respeito mútuo, à aceitação, à confidencialidade e à partilha.

A análise deste estudo qualitativo foi norteada considerando as intelecções dos participantes face às questões do questionário *Working Alliance Inventory-WAI*. O resultado apresentado graficamente Gráfico 1, foi obtido pela via da valorização de acordo com o número de vezes correspondente à concordância das questões, sendo que, para os itens de polaridade negativa, efetuou-se uma inversão, passando o nível mais baixo *nunca* a corresponder ao nível mais alto *sempre*, e assim sucessivamente de acordo com a Tabela 1.

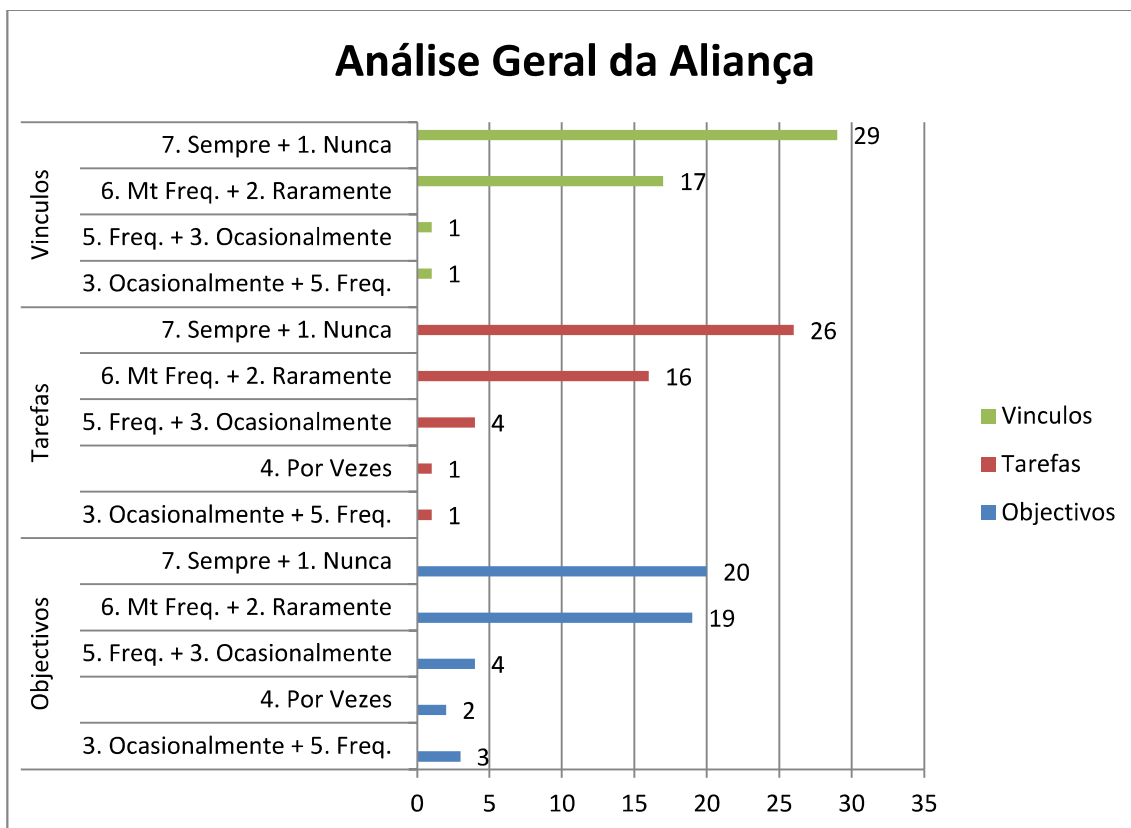


Gráfico 4 - Análise Geral da Aliança

| Nível de concordância Inventário |   | Nível de concordância Inversão<br>Itens Polaridade Negativa |
|----------------------------------|---|---|
| 1 Nunca                          | → | Sempre 7  |
| 2 Raramente                      | → | Muito Frequentemente 6                                      |
| 3 Ocasionalmente                 | → | Frequentemente 5  |
| 4 Por vezes                      | → | Por vezes 4   |
| 5 Frequentemente                 | → | Ocasionalmente 3  |
| 6 Muito Frequentemente           | → | Raramente 2   |
| 7 Sempre                         | → | Nunca 1   |

Tabela 1 – Relação dos níveis de concordância polaridade negativa

A dimensão dos objetivos obteve a percentagem mais baixa, só 82% das respostas se situaram nos níveis de concordância mais elevados. Com mais 6 pontos percentuais situou-se a dimensão tarefas, que atingiu 88% das respostas para os mesmos níveis de concordância. Nos vínculos constatou-se a maior percentagem com 96%. Significa, assim, que as perceções dos pacientes estiveram em conformidade com os níveis mais elevados operacionalizados para as três dimensões.

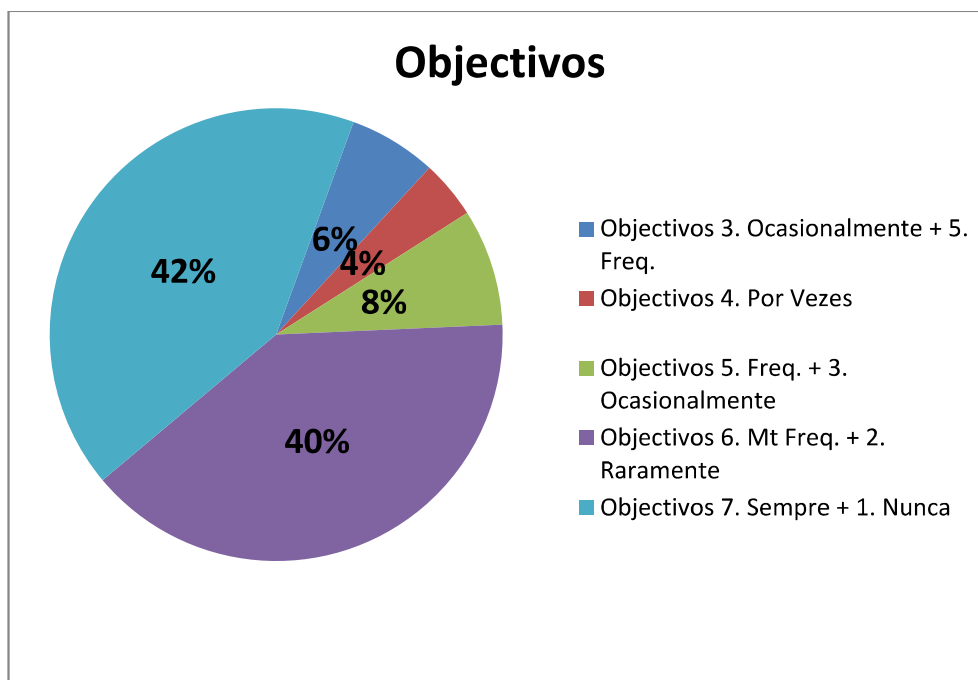


Gráfico 5 - Total da concordância de objetivos com itens PN incluídos

De um total de 48 respostas para a dimensão objetivos, 39 referem-se à pontuação nos dois limites máximos da concordância, “sempre” e “nunca” no caso dos PN (com 20 respostas) e “Muito frequentemente” e “raramente” no caso dos PN (com 19 respostas) (Gráfico 1), o que significa que 82% das respostas se situaram nos níveis de concordância mais elevados (Gráfico 2).

Apenas 9 respostas correspondentes a 18 % se situaram em níveis de concordância mais abaixo, 4 frequentemente, 2 por vezes e 3 ocasionalmente.

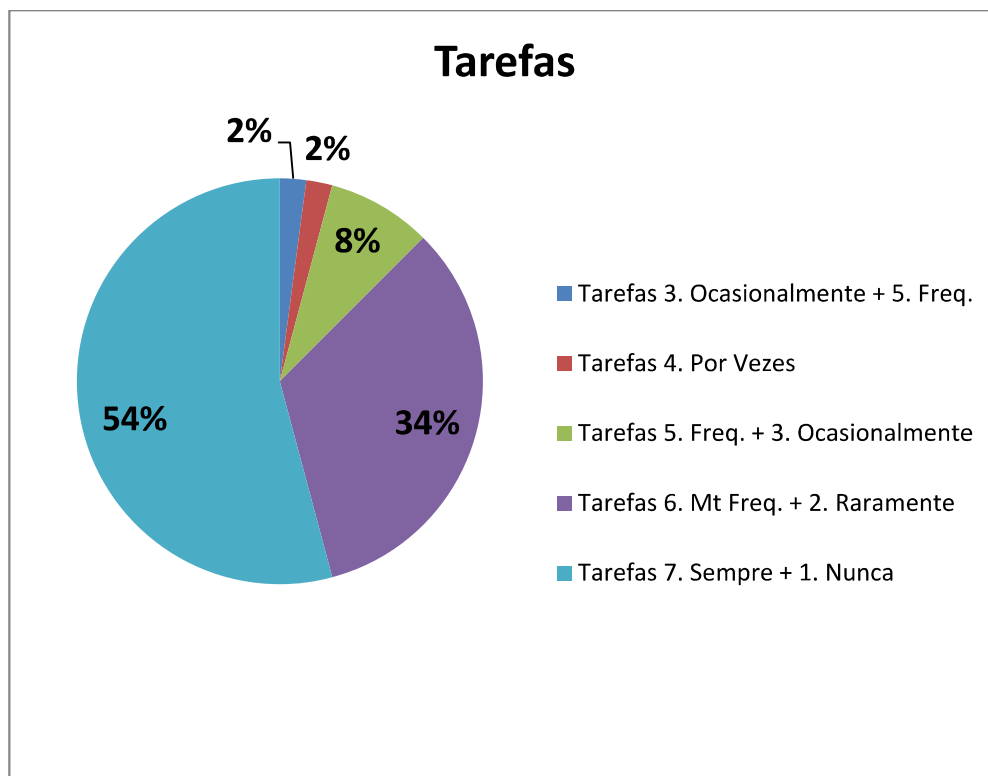


Gráfico 6 - Total da concordância de tarefas com itens PN incluídos

De um total de 48 respostas para a dimensão Tarefas, 42 referem-se à pontuação nos dois limites máximos da concordância, “sempre” e “nunca” no caso dos PN (com 26 respostas) e “Muito frequentemente” e “raramente” no caso dos PN (com 16 respostas) (Gráfico 1), o que significa que 88% das respostas se situaram nos níveis de concordância mais elevados (Gráfico 3).

Apenas 6 respostas que correspondem a 12 % se situaram em níveis de concordância mais abaixo, 4 frequentemente, 1 por vezes e 1 ocasionalmente.

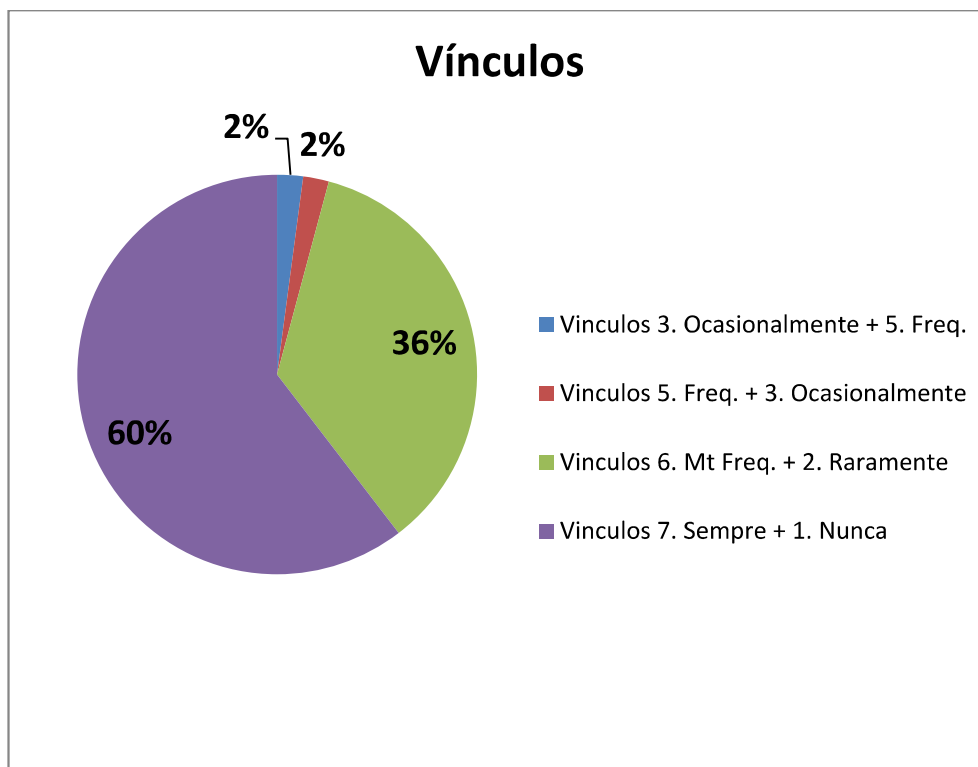


Gráfico 7 - Total da concordância de vínculos com itens PN incluídos

De um total de 48 respostas para a dimensão Tarefas, 46 referem-se à pontuação nos dois limites máximos da concordância, “sempre” e “nunca” no caso dos PN (com 29 respostas) e “Muito frequentemente” e “raramente” no caso dos PN (com 17 respostas) (Gráfico 1). Significa, assim, que 96% das respostas se situaram nos níveis de concordância mais elevados (Gráfico 4). Apenas 6 respostas que correspondem a 4 %, se situaram em níveis de concordância mais abaixo, 1 frequentemente, 1 ocasionalmente.

No tocante às dimensões da aliança, objetivos tarefas e vínculos, apresentamos a seguir a análise individual por participante:

Concernente aos **objetivos** o participante **P1-P6** sentiu que o terapeuta trabalhou com clareza (item 6) e com uma atitude colaborativa (item 30) na direção das metas mutuamente acordadas. Embora *ocasionalmente* tivesse sentido que as suas ideias eram diferentes das do terapeuta no que diz respeito à identificação dos seus problemas (item 27).

As respostas de polaridade negativa fortalecem o sentido dos objetivos e metas a atingir. Desta forma, o participante revelou *nunca* estar preocupado com o resultado das

sessões, concordando com o terapeuta com os resultados que deveria obter na terapia, sendo que sentiu que o terapeuta compreendia o seu esforço para atingir resultados (itens 3, 10 e 12).

Respeitante às **tarefas** o participante esteve sempre de acordo com o que fazia em terapia no sentido de atingir as mudanças preconizadas, tendo sido claro o que lhe era proposto, assim como a concordância do que era mais importante no trabalho da terapia (itens 16, 18 e 24) respetivamente.

De acordo com as respostas de polaridade negativa o participante revelou que acreditava na eficácia do tempo passado com o terapeuta, considerando que o trabalho em terapia se relacionava com as suas preocupações e que faziam sentido todas as indicações do terapeuta. (itens 11, 15 e 33)

Referente à dimensão **vínculo**, o participante revelou através da concordância *sempre*, qualidade no vínculo. Reportou, que constantemente se sentiu gostado pelo terapeuta sentindo também a sua preocupação com o seu bem-estar (itens 8 e 17 respetivamente). Indicou também, que constantemente se manifestaram na relação, aspetos relativos ao respeito mútuo (item 19), e do mesmo modo foi manifestada a confiança na ajuda prestada por ele (item 21) e ainda, o facto da relação com o terapeuta ser algo de muito importante (item 28) e também, face à aceitação do terapeuta (item 36).

Relativamente às respostas de polaridade negativa (PN) registadas com a concordância *nunca*, o participante indicou que sentia honestidade na relação que o terapeuta nutria por ele, sentindo-se aceite, acreditando que o terapeuta não deixaria de trabalhar com ele mesmo que errasse. (itens 20 e 29).

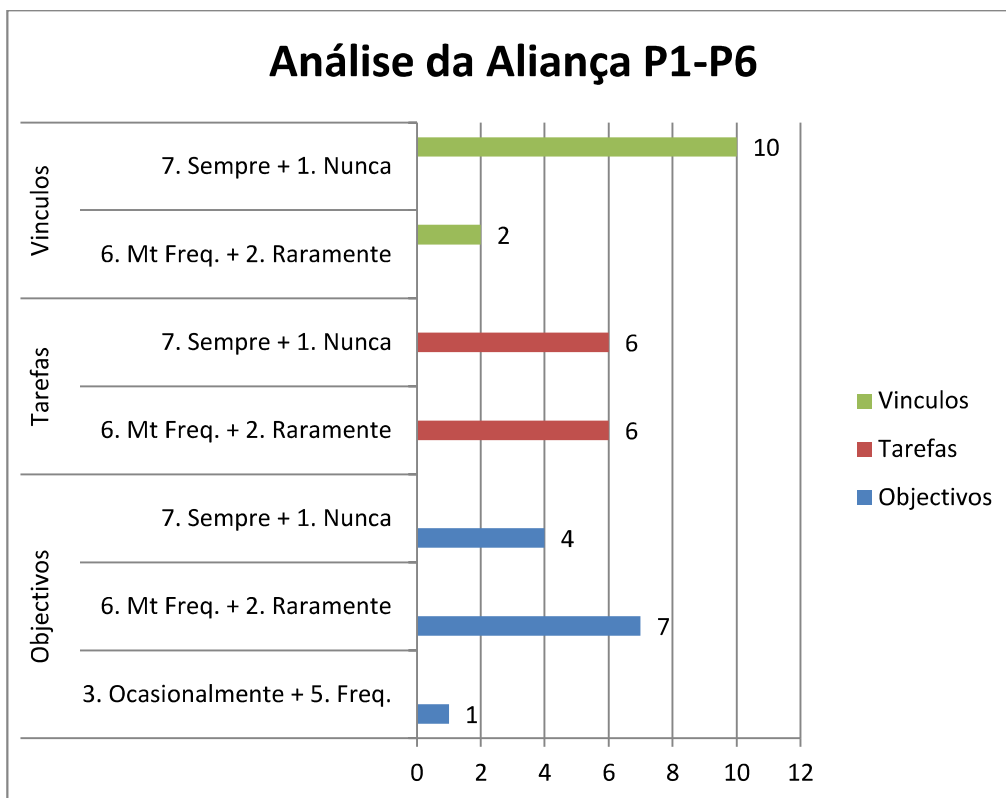


Gráfico 8 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P1 - P6

No que concerne aos **objectivos** o participante **P2 – P7** sentiu que o terapeuta percebeu, com clareza, quais eram os seus objetivos, bem como a importância das sessões (itens 6 e 14) respetivamente. De igual modo considerou o trabalho recíproco e de colaboração de acordo com as metas combinadas (itens 22 e 30).

No que diz respeito às respostas de polaridade negativa o participante veio reforçar o facto de não estar preocupado com o resultado das sessões, concordando com o que deveria obter da terapia, compreendendo os objetivos a atingir com a terapia (itens 3, 10 e 12).

No que respeita às **tarefas**, o participante muito valorizou o facto de poder ver os seus problemas de novas formas (item 4), tendo sentido que o que foi feito em terapia o ajudou a atingir as mudanças (item 16) e a ver com clareza as suas responsabilidades no processo terapêutico (item 13), muito embora *ocasionalmente*, tivesse achado confuso o que estava a fazer em terapia (item 7).

São de ressaltar as respostas de polaridade negativa (PN) registadas com a concordância *nunca*, uma vez que estas fortalecem a compreensão sobre os comportamentos e cognições que surgem no processo terapêutico.

O paciente considerou ter sido eficaz o tempo despendido com o terapeuta, reconhecendo não se sentir frustrado com o que era feito em terapia, pois estas se relacionavam com as suas preocupações, fazendo-lhe sentido as indicações do terapeuta. (itens 11, 31, 15 e 33) respetivamente.

O participante P2 – P7 (figura 7), no que diz respeito ao vínculo, manifestou através da concordância *sempre*, a existência de respeito mútuo (item 19), sendo valorizando também a relação que teve com o terapeuta (item 28). Igualmente, o paciente demonstrou confiança na capacidade do terapeuta em o ajudar (item 21), bem como o fato de o terapeuta gostar dele e o apreciar (itens 23 e 8).

É igualmente importante ressaltar as respostas de polaridade negativa (PN) registadas com a concordância *nunca*, uma vez que estas vêm reforçar a qualidade do vínculo. Assim neste registo o participante demonstrou que se sentia confortável com o seu terapeuta e o sentindo honestidade na relação terapêutica, sentiu igualmente aceitação do terapeuta perante as suas possíveis falhas (itens 1, 20 e 29) respetivamente.

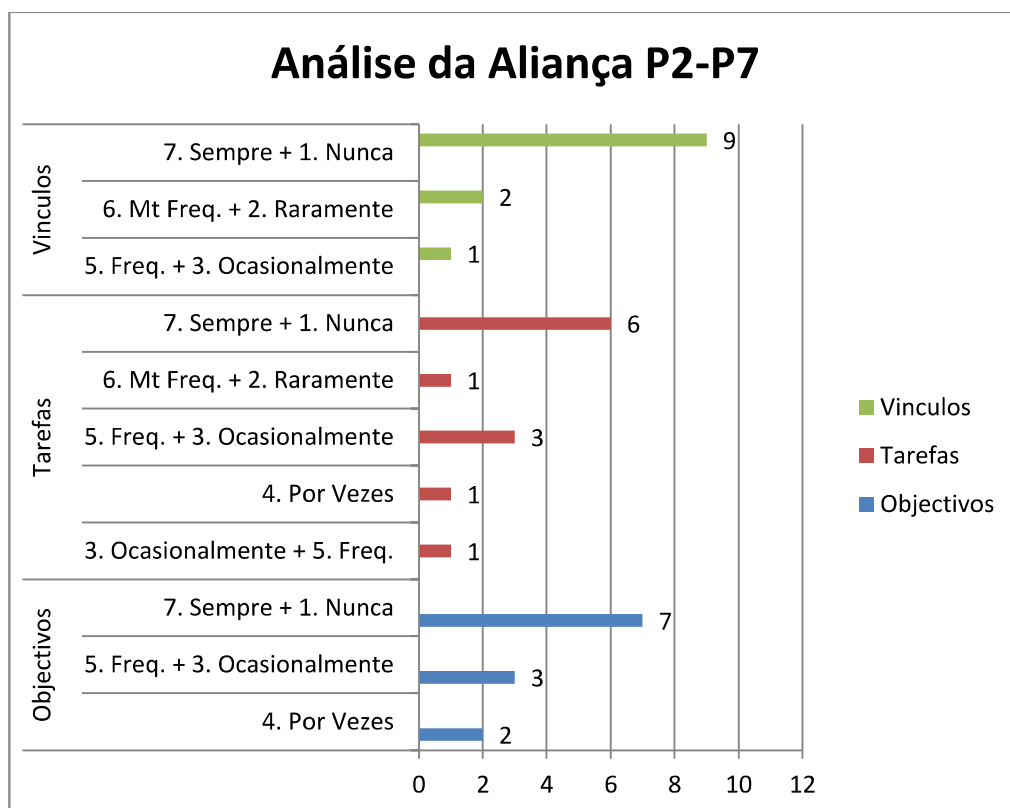


Gráfico 9 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P2 - P7

No que diz respeito ao participante **P3 – P8**, este expressou em relação aos **objetivos** com a concordância *sempre*, um sentimento que o trabalho com o terapeuta foi sendo feito de acordo com os objetivos acordados mutuamente e com uma clareza face aos resultados das sessões, tendo em vista a possibilidade de mudar (itens 22 e 25).

Sobre as respostas de polaridade negativa *nunca*, o participante veio reforçar o facto de estar em acordo com o terapeuta acerca do que deveria obter na terapia, e ainda, manifestou o facto de o terapeuta compreender aquilo que ele tentava conseguir na terapia (itens 10 e 12) respetivamente.

Na dimensão **tarefa**, os itens 2, 16, 24 e 35 obtiveram a concordância *sempre* e referiram-se ao facto de o participante sentir que o terapeuta estava de acordo relativamente às tarefas que eram necessárias fazer em terapia a fim de o ajudar a melhorar a sua situação, sentindo também que o trabalho na terapia o ajudaria a atingir as mudanças pretendidas, e estava de acordo acerca do que era importante atuar, acreditando mesmo, no modo correto como estavam a trabalhar o seu problema.

De realçar o facto de os itens 7, 11, e 15 com polaridade negativa *nunca*, virem a sublinhar os aspetos anteriormente referidos, pois que o participante não achava confuso o que estava a fazer em terapia, acreditava que o tempo que passava com o terapeuta era despendido de forma eficaz, e reconhecia que o que fazia com o terapeuta estava relacionado com os seus problemas.

Ainda a respeito deste participante e em relação ao **vínculo**, com o nível da concordância *sempre* realçou os aspetos ao nível do respeito e confiança mútua, bem como à confiança nas capacidades do terapeuta para o ajudar. Igualmente o participante refere a importância da relação com o terapeuta e a sua preocupação mesmo quando este faz coisas que não aprova (itens 19, 26, 21, 28 e 36) respetivamente.

Só *ocasionalmente* considerou ser a relação com o terapeuta um aspeto muito importante (item 28).

Sobre as respostas aos itens 1, 20 e 29, de polaridade negativa *nunca*, o participante reforçou também o facto de se sentir confortável com o terapeuta e ter sentido que este era totalmente honesto sobre os sentimentos em relação a ele, e mesmo que dissesse ou fizesse algo de errado o terapeuta não deixaria de trabalhar com ele.

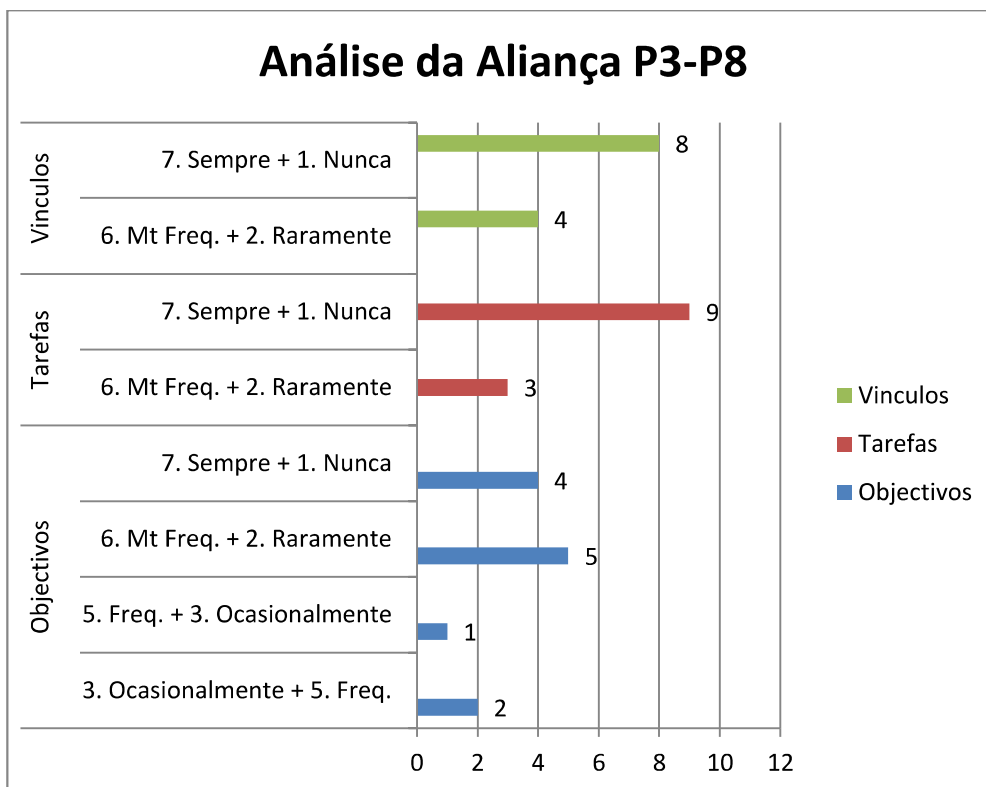


Gráfico 10 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P3 - P8

Relativamente à dimensão **objetivo** o participante **P4 – P9** só registou uma resposta com a concordância *sempre*, referindo-se ao facto de sentir que ele e o terapeuta colaboraram na definição dos objetivos da terapia (item 30). Todavia, respondeu com *muito frequentemente* a 42% das questões (itens 6,14, 22, 25, e 32), estas reportaram-se à clareza com que o terapeuta percebeu os seus objetivos, à importância das sessões para ele quanto ao trabalho em conjunto, considerando os objetivos mutuamente acordados, ao resultado das sessões tendo vista ser claro a possibilidade de vir a mudar, e por ter estabelecido um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para ele.

Destacam-se as respostas de polaridade negativa (PN) registadas com a concordância *nunca*, relativamente ao facto de o participante não se sentir preocupado com o resultado das sessões (item 3), não discordar com os objetivos do terapeuta face à sua terapia (item 10), e ainda ter sentido que o terapeuta compreende o que ele tenta conseguir na terapia (item 12) porque ambos comungam das mesmas ideias acerca dos problemas trazidos para a terapia (item 27).

Na dimensão **tarefa** este participante não regista respostas com o nível de concordância *sempre*, muito embora se tenha manifestado com o nível de concordância *muito*

*frequentemente* em 42% das questões, nomeadamente sobre: O que fez na terapia permitiu-lhe ver o problema de novas forma (item 4), viu com clareza as suas responsabilidades na terapia (item 13), sentiu que aquilo que fazia em terapia o ajudará a atingir as mudanças pretendidas (item 16). Referiu também que muito frequentemente sentiu que ele e terapeuta estão de acordo sobre aquilo que é importante trabalhar (item 24) e acreditava que era correto o modo com ambos trabalhavam com o seu problema (item 35).

Quanto aos itens de polaridade negativa (PN) registaram-se 4 respostas com o nível *nunca* e dizem respeito ao facto de o participante acreditar que o tempo que passava com era despendido de modo eficaz (item 11), reconhecia que ambos faziam em terapia estava relacionado com as suas preocupações (item 15) e também não se sentia frustrado pelas coisas que fazia em terapia, assim como lhe fazia todo o sentido as coisas que o terapeuta lhe pedia para fazer (itens 31 e 33) respetivamente e só *raramente* achava confuso o que estava a fazer em terapia.

No que concerne ao **vínculo** o participante não regista nenhuma resposta com o nível de concordância *sempre*, ainda que tenha concordado com o nível *muito frequentemente* em aproximadamente 60% das respostas, pois admitiu que existia compreensão e respeito mútuo entre (itens 5 e 19), reconheceu que o terapeuta gostava dele (item 8), que estava genuinamente preocupado com o seu bem-estar (item 17 e 19). Igualmente expressou que confiava na capacidade do terapeuta para o ajudar (item 21) e de forma idêntica sentiu que o terapeuta o apreciava e que ambos confiavam um no outro (itens 23 e 26).

Salientam-se as respostas de polaridade negativa *nunca* para o vínculo, no tocante ao sentimento de honestidade que o terapeuta mantém em relação a ele e ainda percebe que o terapeuta não deixará de trabalhar com ele caso faça ou diga algo errado (itens 20 e 29).

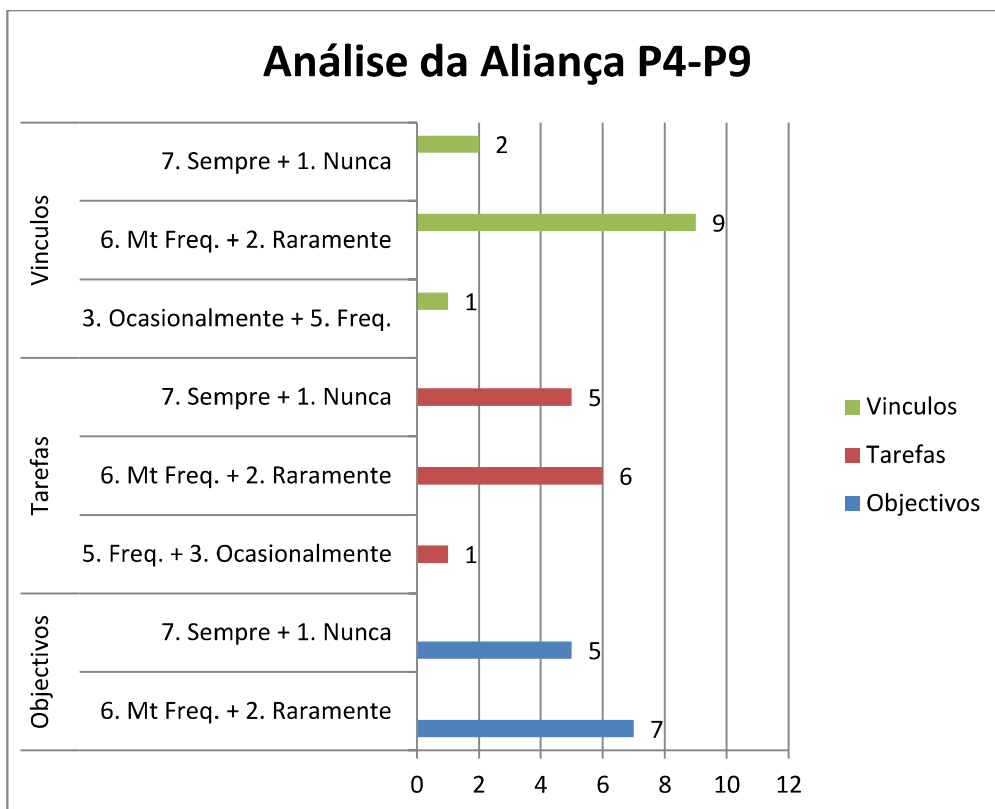


Gráfico 11 - Dimensões e níveis de concordância PN incluídos P4 - P9

## CAPÍTULO IV

### Discussão

Neste estudo a mudança é percebida pelos pacientes como um processo construído por etapas, que ao serem experienciadas e consciencializadas, desencadeiam fases subsequentes de transformações, que podem fomentar a mudança terapêutica. Pela via das narrativas procuramos entender como os participantes perceberam a mudança no decorrer do processo terapêutico, e quais os fatores favoráveis e úteis e/ou impeditivos, que fizeram parte da sua experiência. Os fatores úteis mencionados pelos participantes são reconhecidos pela literatura como agentes promotores de mudança (Castonguay et al. 2010; Elliott, 2008). Numa relação terapêutica em que a inevitabilidade do encontro relacional se expressa, o cliente experiencia com o terapeuta, num campo seguro e circunscrito, como pode ser possível um relacionamento possível de replicar num espaço para além do espaço terapêutico. De igual modo, através do entendimento dos pacientes, analisamos a qualidade da aliança terapêutica quanto aos atributos da relação nos domínios; objetivos, tarefas e vínculo, e procuramos encontrar relações conexas com as mudanças identificadas pelos participantes.

Os resultados empíricos desta investigação contextualizam o processo terapêutico em três domínios preponderantes: Espaço Terapêutico, Espaço Extra Terapêutico e Impacto Mudança.

Nas relações terapêuticas o “Espaço Terapêutico” reúne condições únicas e particulares de um *setting* que o torna propiciador a um sustentáculo contínuo, para um processo de etapas que se vão aglutinando e entrecruzando, são os “vários processos que interagem entre si” como referido por (Cooper 1989). A partir das suas narrativas os participantes deste estudo trouxeram à luz fatores facilitadores para a mudança, como a “Dimensão Temporal” que agrega a sistemática das sessões e a continuidade das mesmas, que se intercetam num espaço exclusivo, ideia também partilhada por Lilliengren & Werbart (2005, 2010). As narrativas fomentam a reflexão, o questionamento e a interiorização, num campo de comunicação de sentimentos e emoções, sigilosamente compartilhados nas questões trazidas para a terapia. Neste estudo os participantes destacaram o campo da confidencialidade como alicerce fecundo à manifestação de emoções e profícuo ao desencadeamento da partilha de experiências muitas vezes silenciadas. Alguns estudos apontam a importância destes componentes, e.g., Hubble et al. (1999); Wampold (2001)

citados por Henkelman & Paulson (2006), distinguem esta particularidade como elemento comum a diversos quadros teóricos.

A importância atribuída aos fatores “Extra Terapêuticos” tem vindo a ser mencionada na literatura Bohart & Tallman, 1999, citados por Cooper (2008), assinalaram o papel ativo do cliente no processo terapêutico e designaram os fatores extra terapêuticos como importantes e facilitadores de mudança. Do mesmo modo, é realçado o trabalho desenvolvido por Lambert & Barley (2001) ao destacarem 40% do resultado da terapia como provenientes dos fatores extra terapêuticos. No nosso estudo estes fatores abrangem as dimensões Inter e Intrapessoal, das quais resultaram várias categorizações que vão de encontro à consistência dos resultados obtidos pelos autores.

Num espaço relacional de encontros entre Eu-Tu/Tu-Eu em que cada parte tem influência no campo vivencial do outro, o paciente identifica e sente que esta ação se propaga numa interação geradora de mudança. Mudanças não só na forma de agir, mas igualmente nos aspetos atinentes à observação, reflexão e nos sentimentos em relação a si e aos outros, noutros espaços além do terapêutico. No espaço das vivências do quotidiano na família, e noutro ainda mais abrangente, como o espaço social, onde o sujeito se movimenta com o património da modelagem legado pela interação com o terapeuta (Cooper,1989). A propósito da interação num espaço exclusivo, mas que se propaga para além do espaço terapêutico, o trabalho de Lilliengren & Werbart (2010) é fértil em realçar o ponto de vista dos terapeutas sobre a ação dos pacientes em contextos como o profissional e relacionamentos em geral.

Neste estudo o suporte familiar e o social, categorizados na “Dimensão Interpessoal”, foram ambos reconhecidos pelos participantes quanto aos motivos que estiveram na origem das suas mudanças. A atitude de suporte que foram sentindo no decorrer do processo terapêutico foi muito valorizada, diga-se de passagem, que os problemas relacionais foram para alguns participantes o motivo que os levaram à psicoterapia.

Acima de tudo, os participantes valorizaram a melhoria das relações sociais e familiares, os modelos de relação vividos com o terapeuta, e ainda, a atitude de suporte e apoio que vieram a ser potenciados quando os familiares e amigos tomaram conhecimento que eles se encontravam em psicoterapia. Alguns estudos efetuados a jovens adultos

revelaram a influência destes fatores na melhoria dos problemas interpessoais, no tocante à proximidade relacional e emocional (Jacobsson, et al. 2010). Do mesmo modo, esta posição foi defendida analogamente por uma transversalidade de modelos teóricos demonstrada através de vários estudos (Castonguay et al. 2010; Elliott, 2008; Paulson, et al., 1999; Pos, Greenberg & Warwar, 2009; Rogers, 1957, & Shedler, 2010). Elliott (2008) reporta os resultados de uma meta-síntese realizada a 40 estudos, em que alguns deles apresentam como aspecto útil apreendido pelos clientes na psicoterapia, a atitude de suporte propiciadora a uma compreensão de si próprios e o encorajamento para a replicação dessa experiência para além do contexto psicoterapêutico. Muito embora, os estudos de Philips, & et al. (2006, 2007) apontem para a melhoria dos ganhos interpessoais com pouca expressão, existe apesar disso, um apontamento interessante sobre a vontade dos jovens procurarem apoio em familiares ou amigos em vez de se apoiarem na ajuda do terapeuta. Parece-nos assim que qualquer uma das formas de colher apoio, mais direta (terapeuta), ou mais indireta (amigos ou familiares) se revestem de um ganho nos relacionamentos interpessoais. Em síntese, a qualidade do relacionamento interpessoal pode vir a ser potenciada por um estabelecimento de relações de diversa índole relacionada uma mudança ou ganhos terapêuticos.

Num diálogo permanente Eu-Eu encontram-se razões, justificações, surgem questões e sentimentos, brota a consciência do sentir e sente-se o sentido dos desejos e motivações. Regulam-se e mantêm-se sentimentos, determinam-se objetivos e metas, que por vezes os acontecimentos de vida foram mantendo longe do horizonte a possibilidade de construção de um modelo de si próprio.

No estudo que apresentamos emergiram fatores preponderantes e atinentes a elementos extra terapêuticos que foram assignados à “Dimensão Intrapessoal”. Indicamos nestes dados os Fatores Preditivos e a Motivação para a Mudança como elementos relevantes das características intrapessoais dos participantes, que através da sua narrativa, anunciaram estarem recetivos a ouvir outras opiniões, assinalaram também como se reviram no desejo e expectativas da sua mudança e como confiavam nos benefícios da terapia, e desta forma, foram abrindo espaço para pensar em soluções ou estratégias, e concomitantemente beneficiar da nova experiência facultada pela terapia.

Os “Fatores Preditivos” resultantes deste estudo enquadram-se na perspectiva das investigações acerca da predição a partir das características dos participantes (Norcross, 2001; Castonguay & Beutler, 2006).

Os resultados decorrentes desta categoria sobrevieram a partir das narrativas dos pacientes acerca das questões sobre os seus recursos pessoais e dos motivos, que no seu entendimento, estiveram subjacentes à mudança, e atendem a aspetos que identificam situações manifestas como reguladores de uma condição para a mudança. De notar igualmente a referência de alguns participantes às expectativas geradas em torno da relação terapêutica. A presença destas expectativas está em consonância com o que é sublinhado por Henkelman & Paulson (2006) como um fator preditivo para a cura psicoterapêutica, para além de ser reforçada a posição do enquadramento dessas expectativas nos fatores comuns a todos os tipos de terapia (Webb et al. 2010), e ainda, o lugar que ocupam ao nível de recursos importantes dos pacientes a fim de estes se comprometerem com o seu tratamento (Lilliengren & Werbart, 2010).

A inevitabilidade de estar permanentemente em relação toma uma dimensão que se vai consubstanciando ao longo da existência. Numa trilogia que se unifica entre dar início, moderar e conservar, relacionar-se poderá compreender então, algo de tangível a que se aspira numa relação com aqueloutro.

Os participantes deste estudo valorizaram a experiência relacional – “Estabelecer, Regular e Manter Relações” quando narraram e exteriorizaram os seus pensamentos, sentimentos e escolhas, fruto das interações das relações com os outros. Nas narrativas resultado da entrevista de mudança, a forma como se está em relação foi evidenciada como sendo algo que se processa no interior do indivíduo, construídas no seu processo dialógico Eu/Eu. Apoiados nesta perspectiva pareceu-nos fazer mais sentido, a classificação Intrapessoal, em contraponto com a Interpessoal.

A investigação a jovens adultos de Philips, et al. (2007), sobre as ideias da cura na psicoterapia psicanalítica revela alguns pensamentos dos pacientes, e.g. ”ser mais agradável para os outros, falar sobre questões problemáticas com certas pessoas e deixar de se relacionarem com pessoas indesejadas”, algumas destas questões foram apontadas pelos participantes deste estudo como reflexões importantes para os relacionamentos.

A "Motivação Mudança" assume particularidades específicas, em função dos quadros teóricos abordados, e.g. Cooper (1989) relaciona a motivação com fontes de impulso motivacional de diferente natureza, Goldfried & Davila (2005) aliam-na a expectativas positivas concedidas pelo terapeuta, que induzirá um estado mínimo de otimismo e motivação para o processo terapêutico. De uma forma ou de outra, existe consenso na literatura sobre a motivação como um fator potenciador de mudança, Jacobs (1988) citado por Philips et al. (2006), destaca que no período de desenvolvimento dos jovens adultos está patente uma propensão para se focalizarem em questões mais manifestas da sua vida atual, acresce ainda o destaque de Lilliengren & Werbart (2010) sobre a reestruturação de identidade que ocorre na fase de jovem adulto como um contributo para despertar interesse e motivação, no processo terapêutico.

As motivações dos participantes foram expressas nas narrativas aquando da entrevista sobre a mudança terapêutica, ao divulgarem os objetivos que tinham trazido para a terapia. Relativamente aos seus propósitos destacaram, de entre outros, o intuito em aliviar o sofrimento no tocante à tristeza e angústia, aumentar a auto-estima, mudar algumas características próprias e esperarem que lhe fossem criados desafios. Neste contexto, os participantes desencadearam ações orientadas em função dos seus objetivos.

Não obstante o facto dos propósitos dos participantes se circunscreverem a ações e a objetivos bem definidos, parece-nos credível que estivesse presente neste processo de mudança o que é referido por Goldfried & Davila (2005). Os autores defendem a possibilidade das expectativas e motivações serem desenvolvidas como suporte para outros processos psicológicos. Como e.g. o modo de consciencialização que pela via das conexões entre "pensamentos, sentimentos, necessidades e ações" retumbam numa influência decisiva de acontecimentos. Assim, parece-nos presumível que para alguns casos esta consciencialização seja uma característica importante para o processo de motivação e que auxilie o paciente a estabelecer relações de sentido.

A manifestação das "Capacidades Psicológicas" surge neste estudo com grande dominância especialmente porque a entendemos que se encontra associada em simultâneo a outras mudanças, principalmente à Auto-reflexão, ao Auto conhecimento, à Auto (Re) avaliação e à Consciencialização. Como expusemos, ao longo deste processo os participantes tomaram consciência do que sentiram e como sentiram na relação com o mundo exterior e

consigo próprios. Nessa circunstância adveio um outro modelo de si mesmos a partir de modos auto reflexivos sobre a sua experiência no passado e perspectivas futuras. Um número assinalável de códigos coopera com categorias da dimensão “Impacto Mudança” distinguindo-se sobretudo a Consciencialização e o Auto conhecimento.

“O Impacto Mudança” evidencia-se em encadeamentos vividos e experienciados na forma de sentir, pensar e agir. Nesta prática o paciente sentiu-se transportado para experienciar de formas distintas, algo que até então não experienciara. Esta sucessão de reflexões, consciencializações e aprofundamento do conhecimento de si próprio indicia uma mudança psicoterapêutica que foi sentida e vivida pelos participantes como etapas sequenciais e graduais, passíveis de criar e transformar formas dissemelhantes de poderem estar consigo e com os outros. No processo terapêutico vivido pelos participantes foi-lhes possibilitado o acesso a memórias, a vivências, a reflexões, permitindo desta maneira uma construção a partir da Auto-Reflexão, Autoconhecimento e Consciencialização.

A este acesso partilhado entre consciência e ação, aliam-se cognições, ideias e introspeções e despontam outros significados, ou representações, que dão maior coerência à existência do paciente e que conduzem à mudança terapêutica como foi referido por Cooper (1989). O impacto da mudança terapêutica é destacado por Lilliengren & Werbart (2005, 2010), nos estudos sobre o ponto de vista dos pacientes, os autores referem os relatos sobre o desenvolvimento da autoconsciência como resultado de uma nova experiência relacional com características especiais, onde o lugar do paciente é falar sobre si mesmo, mas coadjuvado pelo terapeuta para uma exploração de aspetos até então desconhecidos.

No nosso estudo as categorias emergentes relativas a este processo denotam um imbricado elo entre Auto-reflexão, Auto (Re) avaliação, Consciencialização e Auto conhecimento. As associações destas categorias fundam-se numa dinâmica inter relacional que dão lugar à construção da identidade pessoal confrontando, “O que sou eu?”, “Como sou eu?”, com a possibilidade de, “Como posso vir a ser eu e reconstruir a minha história de vida num projeto futuro?”.

A “Auto-Reflexão” é apontada neste estudo como a capacidade do participante refletir por si próprio, avaliando as suas próprias ideias e sentimentos, em conjugação com o que lhe é exterior.

Autores como Jacobsson et al. (2011) realçam de acordo com o estudo empírico longitudinal que levaram a efeito, os ganhos terapêuticos da auto-reflexão inerente à capacidade dos pacientes poderem refletir e enfrentar as suas problemáticas, e em simultâneo, fazerem uso de uma condição essencial de auto-observação a fim de extinguirem atitudes e comportamentos negativos. O estudo de Lilliengren & Werbart (2010), destaca a etapa de desenvolvimento na fase de jovem adulto como uma possibilidade de deixar antever algumas características menos propensas à reflexão e mais vinculadas à ação, e de alguma forma, colocar em causa o processo terapêutico. Mas por outro lado, os autores evocam o processo de individuação a que os jovens adultos estão sujeitos nesta fase de desenvolvimento, aliado à conquista da identidade como sendo uma situação estimulante para o processo reflexivo.

Os Acontecimentos de Vida considerados por Wallerstein (1963) como fatores significativos na vivência psicológica do paciente, são apontados como uma influência para a sequência das etapas da psicoterapia. Os participantes desta investigação testemunharam que ao se confrontarem com situações difíceis de ultrapassar, o seu processo psicoterapêutico tomou outro curso. Suscitam-nos, assim a possibilidade aludida pelo autor, acerca da influência do fator situacional ambiental.

E no contexto situacional do seu processo terapêutico no qual os participantes revelaram como foi voltar a avaliar situações e/ou sentimentos, outrora sentidos ou vivenciados, e determinar o valor dessa experiência com um olhar conjugado entre o passado, o presente e/ou futuro sucede a categoria “Auto (Re) avaliação”.

As revelações destes participantes compreendem uma outra possibilidade que se contextualiza na experiência da situação psicoterapêutica, reavaliar implica fazer retrospeção de eventos passados e experiências presentes. As experiências do passado, eventos atuais e as conexões que daí possam emergir, é uma característica muito valorizada nas terapias psicanalíticas. No processo de *insight* relatado por Hill & Castonguay (2007) são assinaladas dimensões do conhecimento do sujeito, sobre as situações vivenciadas no passado e presente que patrocinam novos significados.

A “Consciencialização” é percebida neste estudo pela capacidade do sujeito se conhecer a si mesmo, julgar os seus próprios atos, observar, pensar, estabelecer relações de sentido e interagir com o mundo que o rodeia. É na sua experiência subjetiva que o sujeito se pensa e se questiona relacionando factos e sentires.

Os resultados desta investigação vão de encontro a formulações que indicam como benéfico o exercício da autoconsciência. Philips, et al. (2006, 2007) alegam que o encontro “do seu verdadeiro Eu” fomenta a auto-estima e a autoconfiança e o paciente assume o ónus na resolução de problemas. Lambert, P. (2007) realça o sentimento do paciente sobre a felicidade na sua vida e um incremento dos relacionamentos em geral. Shedler (2010), corrobora as proposições dos autores atrás referidos e acrescenta que a terapia psicodinâmica, a ocorrer num enquadramento seguro, para além de desencadear a auto-compreensão, promove o processo de auto-exploração, auto-descoberta e auto-reflexão que são conducentes a uma maior consciencialização. Em concordância com o resultado das investigações atrás mencionadas, mas abrangente a diversas orientações teóricas, o estudo de Castonguay et al. (2010), com cerca de 1.500 eventos sobre o que os clientes e psicoterapeutas percecionaram como útil ou impeditivo, distinguiu de maneira relevante mudanças relativas à autoconsciência e ao autoconhecimento.

A categoria “Autoconhecimento” advém da capacidade dos participantes possuírem conhecimento sobre si próprios, reconhecerem as causas ou razões dos seus sentimentos, comportamentos e do seu estado físico. É um processo que permite ao sujeito refletir sobre a sua própria consciência para criar e estabelecer conexões, acerca da sua experiência. No trajeto percorrido nesta experiência psicoterapêutica, os participantes deste estudo foram aglutinando experiências resultantes de um processo de auto observação e reflexões da sua própria consciência, etapas caracterizadas por um conhecimento da essência de si próprios.

Vários estudos atendem ao facto de o autoconhecimento estar aliado às condições particulares da psicoterapia no que concerne à promoção da capacidade de pensar. Lilliengern & Werbart (2010) ainda reforçam que os pacientes jovens adultos, ganharam clareza sobre as suas questões e identificaram melhor os seus problemas, obtendo desta maneira um apurado sentido de reflexão em vez de somente agirem. Por seu lado, o estudo de Castonguay et al. (2010) sobre aspetos úteis valorizados por clientes destaca a circunstância do cliente compreender os seus sentimentos e comportamentos ao entender as causas e conexões a eles

relativas. A capacidade de autoconhecimento assume uma importância deveras eminente, que alguns autores como Stiles, 1988; Stiles & Shapiro, 1989, 1994, (citados por Elliott, 2010) reportaram como pacientes com reduzido autoconhecimento apresentaram um impedimento à obtenção de resultados mais fecundos no processo terapêutico. Por outro lado, isto nem sempre se materializa, pois existem evidências no estudo de Lilliengern & Werbart (2005) sobre pacientes em que o autoconhecimento revelou ter sido um ganho, mas este por si só, não contribuiu para a resolução prática do problema que detinham.

Em suma, o autoconhecimento pode ser uma das portas principais de entrada para a mudança terapêutica, e particularmente neste estudo ao qual está associado ao maior número de mudanças, visto que, 9 das 27 mudanças identificadas por todos os participantes, foram identificadas e inscritas no Registo da Entrevista de Mudança 7/99, mas ainda assim, este resultado deverá colher uma cautelosa interpretação.

A representatividade das situações emocionais, vividas pelos participantes como sentimentos penosos, de tristeza, de abandono e de frustração norteou a categorização “Qualidade Emocional”. O confronto com situações que causaram em primeira instância mal-estar e sofrimento, mas mesmo assim, não se constituiu como fatores impeditivos do processo de mudança, embora tivesse sido uma etapa difícil de ultrapassar foram sentidos indispensáveis para o processo de mudança.

A “Aceitação” é entendida como o acolhimento do participante quanto às suas características pessoais, pela aceitação dos seus sentimentos, pensamentos e problemas, ajudando-o a examinar situações que ocorrem nas suas vida.

No nosso estudo estiveram patentes modos de ser e estar particulares, contrapondo a derradeira forma de se ser imutável. Os participantes aceitaram ser e estar recetivos numa relação terapêutica que se entende com características especiais, em que falar, ser ouvido, ser compreendido e aceite pelo terapeuta, estimula a aceitação de si mesmo. Ser aceite pelo terapeuta poderá ser propenso à aceitação de si-mesmo, assim é o entendimento de Cooper (1989), ao enaltecer a situação de segurança psicanalítica em conjunto com a afabilidade do analista como desencadeadores de uma nova aptidão - atitude de aceitação. Com algum paralelismo Lilliengren & Werbart (2010) referem-se à disponibilidade dos terapeutas ao aceitarem os pensamentos e sentimentos que surgem aos pacientes e que são particularmente

difíceis de aceitar por estes. A atitude do terapeuta revela-se sem julgamento, mas sobretudo, com manifestação de grande interesse e sobejamente implicado. As circunstâncias que ocorrem neste campo da aceitação encontram-se numa linha muito próxima daquilo que Rogers (1961, p. 58), designava de “relação positiva incondicional”, ou seja, o terapeuta aceita de uma forma calorosa o que cliente traz da sua experiência, pois experiência e cliente não estão dissociados, são unos, e a atitude do terapeuta presentifica-se numa atitude sem juízo de valores, o valor da pessoa é “independente ... do seu comportamento ou dos seus sentimentos”. No estudo de Jones et al. (1986) a perceção dos clientes sobre a aceitação por parte do terapeuta, foi valorizada e entendida como uma atitude de afeto e apresentada como promotora para uma mudança positiva.

Para além das narrativas das quais brotaram os estados descritos anteriormente, estão também incluídas as mudanças que os participantes identificaram antes do início da entrevista, e registaram no ponto 4., do questionário designado por escala de mudanças.

Neste âmbito encontra-se a categoria “Autonomia” que diz respeito à capacidade dos participantes poderem tomar decisões sem interferências exteriores, de poderem afirmar as suas opções, de avaliarem por si próprios a situação e decidirem sem apoio externos, num processo de construção através dos seus atos e responsabilidades.

No processo de auto conhecimento e auto exploração dos seus atos, o sujeito toma para si as suas responsabilidades e confronta-se com novo conhecimento de si-mesmo e do mundo. O esclarecimento da sua forma de estar no mundo é então coadjuvado pelo conhecimento e pela reflexão, o paciente toma decisões, age e materializa em ações o que compreende acerca de si, e no contexto onde está inserido. Lilliengren & Werbart (2010) realçaram o exercício de escolhas menos extremadas e mais ajustadas aos valores dos pacientes, como novas aquisições face a um maior sentido de responsabilidade por si próprios. Realçaram ainda, como a vida dos pacientes foi sendo sentida de uma forma mais sadia e harmoniosa, quando estes se encontravam perante situações de impasse que requeriam uma tomada de decisão, em que o dilema dependência versus independência, reclamava um estado de capacitação de si próprio, e por si próprio. E foi precisamente sobre este estado de capacitação, entendido pelos autores como – tornar ou tornar-se capaz, que Timulak & Elliott (2003), investigaram eventos de capacitação e o seu do impacto na terapia. O estudo referido

acerca de eventos de capacitação (*empowerment*) apresenta episódios que alude a competências relativas a: decisão, autonomia e realização. O sentimento de impasse que dá lugar à autonomia advém do paciente sentir-se capaz de tomar decisões, de poder decidir, de assumir responsabilidades e desencadeia o que está emergente no paciente acerca do seu poder pessoal.

Deste modo, a autonomia é uma competência com índole de capacitação conducente a gerar uma força motriz, que pode habilitar o participante através das suas escolhas superar características impeditivas. Os participantes assinalaram concomitantemente outras mudanças como: *aprender a dizer não, capacidade de lutar pelos meus direitos e tomada de decisão*. De notar, que quaisquer das mudanças atrás referidas comportam as qualidades inerentes ao processo de autonomização. No caso em apreço, destacamos que o sujeito assinalou as etapas para a construção do processo de autonomização como resultado final da mudança – Autonomia, o que reforça a influência para a mudança terapêutica como um processo de etapas dinâmicas e interrelacionadas.

#### Aliança Terapêutica

A Aliança Terapêutica considerada como um dos fatores de relacionamento, conglomerada qualidades gerais da interação entre terapeuta e paciente, com atributos que incidem na qualidade e robustez da relação de colaboração entre a díade terapêutica, sobre: o acordo de objetivos terapêuticos, o nível do consentimento sobre as tarefas de intervenção e a relação de vínculo. Todos estes fatores se revem na qualidade da relação (Ackerman, et al. 2001; Bordin, 1979; Castonguay & Beutler 2006; Horvath & Greenson, 1989; Norcross, 2001).

Como princípio essencial para o processo de mudança Bordin (1979) defende uma aliança entre o sujeito que pretende a mudança e o agente que promove essa mesma mudança. Num processo relacional que se desenrola num tempo e num espaço, no qual se harmonizam predicados oriundos de dimensões Inter e Intrapessoal, sobrevém a tudo o mais, a junção daquilo que o paciente e terapeuta consentem nesses encontros. Terapeuta e paciente aliam-se assim numa prática impulsionadora para novas formas de pensar, sentir e agir (Bordin, 1979).

A aliança terapêutica é uma variável considerada essencial e suficientemente robusta nos resultados do processo da terapia (Hill & Knox, 2009; Horvath, 2006; Horvath et al.; 2011; Horvath & Symonds, 1991; Ramnero & Göran Öst 2007). Na intersecção dos

resultados da entrevista de mudança com os da aliança terapêutica, sucederam algumas interdependências respeitantes a fatores/condições que estiveram presentes no processo de mudança. A relação terapêutica conglomerada predicaos respeitantes a um processo relacional, colaborativo e integrativo de vários elementos que se influenciam mutuamente e de uma maneira contínua (Bordin, 1979; Horvath, et al. 2011; Horvath & Greenberg, 1989). Assim, apoiados pela ênfase dada a este processo, procuramos encontrar relações conexas entre as mudanças identificadas pelos participantes e o resultado da aliança nas dimensões Vínculo, Tarefa e Objetivos.

O estudo da aliança terapêutica levado a efeito aponta para a relevância do estabelecimento do **vínculo**, como a dimensão que colheu a maior predominância de concordância. A relação terapêutica foi destacada pelos participantes como muito importante (A minha relação com o/a meu/minha terapeuta é muito importante para mim); sugere a relevância dada na literatura sobre a dimensão Interpessoal na aliança terapêutica. Embora Gaston et al. (1988) reconhecessem o valor da qualidade do relacionamento interpessoal para o progresso da aliança terapêutica, propondo como elementar antes do início do tratamento, a consolidação da relação mútua de confiança, alertaram no entanto, que esta proposição nem sempre é validada, uma vez que os resultados do estudo apontaram que a relação interpessoal não influenciou na qualidade da aliança terapêutica. Contudo, a existência de estudos de Moras & Strupp (1982); Kokotovic & Tracey (1990), (citados por Horvath & Luborsky 1993) aludem aos efeitos significativos da qualidade das relações sociais e familiares, como impacto no desenvolvimento da aliança. O elemento vínculo da aliança envolve atributos presentes no contexto de relação experienciados num quadro relacional, privado e seguro, que possibilita a enunciação de sentimentos, envoltos num clima de compreensão, aceitação, confiança e respeito mútuo. Sentimentos compreendidos e aceites predispoem o paciente a aceitar com segurança a possibilidade de replicar essa experiência para além do espaço terapêutico, com ganhos nos domínios interpessoais e impacto na mudança (Elliott, 2008; Hill & Knox, 2009; Horvath & Greenberg, 1989). No nosso estudo as mudanças assinaladas pelos participantes, tanto o Suporte Social, como o Suporte Familiar foram categorias que salientaram a influência dos fatores relacionais. Identicamente, Estabelecer, Regular e Manter Relações, entendido neste estudo pela capacidade do participante criar e reproduzir o vínculo relacional a partir do modelo que valorizou nas suas interações com o terapeuta, tem probabilidade de se relacionar

com a valorização atribuída pelos participantes ao vínculo da aliança. Conjeturamos, pois, que os resultados obtidos na mudança têm grandes possibilidades de se repercutirem no vínculo da aliança.

A aceitação foi uma das categorias evidenciadas no Impacto da Mudança, e representa a forma como o participante acolhe as suas características pessoais e como sente o respeito e a aprovação dos seus sentimentos, pensamentos e dificuldades. Aceitar (Acho que o/a meu/minha terapeuta gosta de mim); (Sinto que o/a meu/minha terapeuta me aprecia) e (O/a meu/minha terapeuta compreendem-nos mutuamente), fomenta a mútua aceitação na relação dual paciente-terapeuta. No tocante à dinâmica relacional de aceitação sem julgamento e respeito, Zack et al. (2007) estabelecem um paralelismo com os estudos a crianças realizados por Anna Freud, que ao oferecer este tipo de experiências, preparava o terreno afetivo e emocional. Ainda na linha psicanalítica Cooper (1989) realça a experiência emocional corretiva promovida pelo encontro terapêutico com um analista detentor dessas qualidades. Do mesmo modo, a experiência emocional corretiva é destacada por Hill (2009) como a oportunidade do cliente experienciar outras formas de viver as relações interpessoais ao encontrar alternativas para os seus comportamentos e atitudes. A situação referida pelos autores atrás citados, pode ir ao encontro dos relatos que os participantes deste estudo apresentaram aquando da experiência de grande intensidade emocional, associada aos sentimentos penosos, de tristeza e frustração, provocados pela terapia, mas suportado pelo forte vínculo da aliança como identificaram os estudos de Goldfried & Davila, 2010; (Horvath & Lubrosky, 1993. A corroborar estas ilustrações, mas sob o ponto de vista das perceções dos clientes, Jones, et al. (1986) reforçam que os elementos que compõem o vínculo da aliança: aceitação, compreensão e acolhimento, produzem mudanças positivas. No entanto, os estudos de Principe, et al. (2006) indicam que o sofrimento psicológico sendo muito importante na terapia, é ainda insuficientemente estudado no modelo multidimensional de Bordin.

No âmbito da colaboração ativa do paciente na terapia a dimensão **tarefa** da aliança envolve algumas condições para que o paciente venha a usufruir dos benefícios da psicoterapia (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2002). A motivação e as expectativas positivas (fatores preditivos) foram condições presentes e importantes demonstrados pelos participantes deste estudo ao longo do processo terapêutico. Horvath, et al. (2011) referem-se à necessidade

de adequação do terapeuta face às condições dos pacientes trazidas para a terapia, não só sobre as suas necessidades de tratamento, mas também em relação às suas capacidades e expectativas, pois será na coordenação de todos os elementos que pode surgir uma aliança. Afigura-se-nos, pois desta forma, a plausibilidade destas componentes terem reforçado a aceitação da dimensão tarefas da aliança. Vários estudos apontam uma coligação profícua entre a robustez da aliança, a motivação e a mudança presente no processo terapêutico (Goldfrief & Davila, 2005; Webb et al., 2010; Pos, et al. 2009). Associadas às tarefas da aliança encontram-se igualmente as ações que se prendem com a responsabilidade de cada um dos elementos do par terapêutico, assumir os compromissos do acordo - (É para mim claro quais as minhas responsabilidades na terapia), (Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar). A co-construção na exploração da história de vida do paciente é uma responsabilidade partilhada e elementar da natureza do processo terapêutico (Bordin 1979; Horvath & Greenberg, 1989). Neste sentido, a construção da autonomia dos jovens adultos, apontada como uma mudança neste estudo, parece ter conexão com o que é expectável para a responsabilidade e o desenvolvimento das tarefas da aliança.

No âmbito da colaboração entre paciente e terapeuta a dimensão **objetivos** envolve situações que sintetizam um trabalho de pensar, sentir e agir, que requiere uma exploração interior, quanto aos sentimentos, perceções, ações e cognições dos pacientes, para que venham a usufruir dos benefícios da psicoterapia (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2002).

Apontadas como condições basilares para o processo de mudança, a consciencialização, o autoconhecimento e a auto-reflexão auxiliam o trabalho de introspeção que permite ao paciente analisar, e estabelecer relações de sentido. A conceção do processo de *insight* relatados por Hill & Castonguay (2007) evidenciaram dimensões do conhecimento, sobre o próprio sujeito, sobre os outros, e acerca das situações vivenciadas no passado, no presente e em perspectiva em relação ao futuro. Neste autoconhecimento estão presentes as vertentes da emoção, da cognição, dos comportamentos e perceções.

No presente estudo os participantes acederam à sua experiência interior, analisaram, modificaram e melhoraram a sua forma de viver as situações o que lhes permitiu o atingimento dos objetivos que paciente e terapeuta mutuamente acordaram (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2002), (Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar); (Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que

seriam boas para mim); (O/a meu/minha terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia).

## **Conclusão**

Apesar do reconhecimento da relação terapêutica como uma variável incontestável nos resultados da psicoterapia (Bordin, 1979; Castonguay & Beutler 2006; Horvath & Greenson, 1989; Norcross, 2001), parece-nos que seria demasiado redutor se não considerássemos conjuntamente outros elementos que concorrem no processo de mudança terapêutica. Este processo tem na sua génese uma relação. Uma relação que se constitui na presença de vários fatores indissociáveis. Um conjunto que se vai harmonizando entre - o paciente que traz na sua bagagem relacional vivências dos seus relacionamentos familiares e sociais - o terapeuta com a sua história de vida concretizada igualmente na sua vivência relacional, e no método ou na abordagem técnica, que se oferece como mediador para em combinações relacionais o paciente expressar pela via das narrativas, sentimentos, emoções e atitudes.

A investigação empírica levada a efeito teve como objetivo explorar as perceções de pacientes jovens adultos acerca do processo de mudança, e verificar as relações conexas entre este processo e a aliança terapêutica. A fim de nos aproximarmos da perspectiva dos participantes sobre os relatos da sua experiência em psicoterapia, valorizamos as narrativas utilizando o método qualitativo com a metodologia *grounded theory* fundamentada nos dados e que possibilita a categorização de fenómenos.

Partilhamos a trilogia pensar, sentir e agir, proposta por Bordin (1979) como condições para se desenrolar o processo terapêutico, que se revelou ser um processo dinâmico, cumulativo e interdependente em etapas de vária índole, de onde se destacaram as categorias consciencialização e autoconhecimento. Considerando que ambas as categorias se relacionam e associam entre si, suportadas por um processo de introspeção, reflexão e autoconsciência, não deixamos de registar a sua influência e o contributo nas dimensões inter e intrapessoal, tanto para o processo de mudança, como para a qualidade da aliança terapêutica.

Os aspetos negativos foram valorizados pelos pacientes, não tanto pela força impeditiva, mas sobretudo, como utilidade para o desenvolvimento do processo terapêutico, que induz a processos reflexivos e de confronto com as questões que os participantes sentiam necessidade de trabalhar em terapia. Ainda sobre situações de dificuldade no processo terapêutico, encontram-se com alguma representatividade as situações de carácter emocional,

por ter sido um período difícil, mas ainda assim, os participantes deram relevo ao quanto foi profícuo ultrapassar a etapa dos sentimentos penosos.

O resultado desta investigação sugere-nos algumas reflexões quanto ao inter-relacionamento dos elementos tarefas, objetivos e vínculo da aliança, com as categorias do processo de mudança. A literatura enfatiza o “poder” do **vínculo** como condição indispensável para a tarefa negocial de consenso nos objetivos e tarefas (Lambert, 2001; Safran, 2003). Na verdade, no nosso estudo a valorização das questões desta dimensão foram as que suscitaram por parte dos participantes o maior nível de concordância (96%), o que nos leva a supor a existência de um forte vínculo, em que o apoio e o suporte foram ingredientes ativos que potenciaram a compreensão e a introspeção com impacto no relacionamento interpessoal (Elliott, 2008) e que poderá estar na base do sucesso do acordo de tarefas e objetivos. A dimensão **tarefas** colheu 88% de concordância apontando que os participantes da tiveram uma atitude de envolvimento, empenho e aceitação para modificar ou melhorar os aspetos que os levaram à terapia. As tarefas são indigitadas como condição essencial para usufruírem dos benefícios da terapia, neste caso, ligadas à psicoterapia com inspiração psicanalítica, que recorre à associação livre, as tarefas foram apontadas como o componente da aliança que colheu níveis de concordância ligeiramente inferior ao vínculo, mas mesmo assim, com muito significado. Estes resultados sugerem que os participantes valorizaram as tarefas da terapia como forma de atingirem as mudanças preconizadas. Os **objetivos** que se referem à forma como os participantes analisaram, modificaram ou melhoraram os aspetos que os levaram à terapia, colheram dos participantes uma concordância inferior às outras duas dimensões, mas mesmo assim elevada. Numa tentativa de estabelecer relações conexas com as mudanças apontadas no processo de mudança, entendemos que os participantes perceberam que o núcleo do pensar, sentir e agir teve a coesão suficiente para promover mudanças e este ponto ancora-se às categorias centrais Consciencialização e Autoconhecimento do impacto da mudança.

Algumas limitações neste estudo são merecedoras da nossa consideração. Os dados obtidos são sempre circunstanciais, quer pelo momento em que os participantes se encontram no processo terapêutico, quer pelas características comunicacionais de ambas as partes, entrevistados e entrevistador. A atitude reflexiva para compreensão do fenómeno em estudo, mencionada por Elliott, et al. (1999) foi uma preocupação constante dos investigadores, contudo, o que é trazido à luz é também resultado do seus saberes *a priori* e da sua

subjetividade. Desta forma, consideramos que teria sido enriquecedor ter existido um investigador independente para análise dos dados *grounded theory* a fim de reduzir esta subjetividade.

Consideramos que um número maior de participantes enriqueceria a investigação, e preferencialmente, com o mesmo número de sessões de terapia. Os dados da *Client Change Interview* e do WAI foram recolhidos em simultâneo numa única entrevista que incidiu em diferentes momentos, ou seja, em diferentes etapas do processo de mudança e da aliança terapêutica. Um dos participantes tinha terminado recentemente a psicoterapia, outro tinha pouco mais de 6 meses, os outros dois tinham entre 1 ano e 1 ano e meio, logo, em diferentes etapas, início e fim do processo terapêutico. Ponderamos, pois a vantagem da recolha de dados em diferentes momentos tal como sugerido pelos autores dos instrumentos, a fim de poder contrariar quaisquer efeitos de associação. Os resultados deste estudo enfatizam a mudança como um processo de etapas, cumulativas e interdependentes, captar em diferentes momentos as mudanças percebidas pelos participantes poderia contribuir para um melhor entendimento do processo, Timulak & Elliott (2003) este estudo teria sido enriquecido caso a entrevista de mudança tivesse sido efectuada em diferentes fases.

Embora a mudança e a aliança terapêutica para adultos seja um tema de profunda e extensa investigação com vastas revisões e meta-análises, a investigação carece ainda de estudos a jovens adultos a fim de atingir uma maturidade significativa (Zack, et al. 2007), gostaríamos de apresentar algumas propostas para futuras investigações.

Entendemos que o incremento da investigação em psicoterapia a jovens adultos poderá usufruir de estudos conjuntos com abordagens qualitativas e quantitativas. A abordagem qualitativa contribuiria como suplemento da explicação ou interpretação dos dados quantitativos, a visão de cada uma das abordagens sobre o mesmo fenómeno e sobre os mesmos sujeitos, teria outra abrangência. A sinergia que pudesse existir entre grupos de investigação seria proveitosa, tanto para a riqueza dos dados, como a para a utilização dos mesmos sujeitos o que ajudaria a mitigar a franca dificuldade em encontrar população interessada em colaborar nas investigações.

Interessante seria também estudar as repercussões das questões emocionais sentidas pelos participantes ao longo do processo de terapias ao nível dos *dropouts*. Os eventos significativos aliados aos estudos das situações penosas que a psicoterapia suscita, poderão

constituir uma área promissora para uma melhor compreensão do processo e as contrariedades que lhe vão sendo inerentes.

Em jeito de proposta futura gostaríamos de apresentar alguns contributos que se aliam à aceitação da psicoterapia como uma prática útil e necessária aos benefícios da consciencialização e autoconhecimento, possibilitando a clarificação e integração da intensidade de sentimentos e emoções vividos no passado e no presente e suas causalidades. A atribuição de novos significados facultaria ao paciente descobrir-se como um outro em estreita relação num mundo inevitavelmente relacional. Neste contexto, levar a cabo ações esclarecedoras no sentido de desmistificar o preconceito ligado à psicoterapia como uma prática direcionada só para doentes mentais, nas instituições de saúde, escolares e outros meios de comunicações poderia potenciar a adesão à Psicoterapia.

## Referências bibliográficas

- Ackerman, S. J., Benjamin, L., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., & ... Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations for the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497. Retirado em 11 de Março de 2011 PsycINFO database.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109. Consultado em 12 de Maio de 2013 através de <http://www.divisionofpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2013/01/APA-Resolution-Recognition-of-Psychotherapy-Effectiveness.pdf>
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance from the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323. Consultado 8 de Maio 2013 através de PsycARTICLES database.
- Briggs, S. (2010). Time-limited psychodynamic psychotherapy for adolescents and young adults. *Journal Of Social Work Practice*, 24(2), 181-195. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), Consultado 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638. Retirado em 11 de Março de 2011 PsycINFO database.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., & Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice

research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*,47(3). Consultado a 12 Maio 2013 através de PsycARTICLES database.

Castonguay, L. G., Muran, J., Angus, L., Hayes, J. A., Ladany, N., & Anderson, T. (2010). *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington, DC US: American Psychological Association. Retirado em 21 de Maio de 2013 PsycINFO database.

Constantino, M. J., Ladany, N., & Borkovec, T. D. (2010). Edward S. Bordin: Innovative thinker, influential investigator, and inspiring teacher. In L. G. Castonguay, J. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 199-209). American Psychological Association. Consultado em 21 de Maio de 2013 através Consultado através de PsycBOOKS EBSCO.

Centro de Documentação do ISPA-IU (2003). Ilustração da normativa APA/2001 acerca das referências bibliográficas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cooper, A. M. (1989). Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: A historical review. *Psychoanalytic Inquiry*, 9 (1), 4-25. Retirado em 11 de Novembro de 2012 de PEP Archive database.

Cooper, M., & McLeod, J, (2007): A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research, *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 7:3, 135-143. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de World Wide Web: <http://dx.doi.org/10.1080/14733140701566282>

Duncan, Barry L. (Ed); Miller, Scott D. (Ed); Wampold, Bruce E. (Ed); Hubble, Mark A. (Ed), (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). , (pp. 239-266). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxix, 455 pp. doi: 10.1037/12075-008

- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (3), 307-332. Retirado em 4 de Janeiro 2011 de PsycARTICLES database.
- Elliott, R. (2008). Research on Client Experiences of Therapy: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy Research*, 18, 239-242. Retirado a 25 de Outubro de 2012 através de World Wide Web: [http://strathprints.strath.ac.uk/19997/1/Elliott\\_ClientExp2008\\_preprint.pdf](http://strathprints.strath.ac.uk/19997/1/Elliott_ClientExp2008_preprint.pdf)
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. Retirado em 4 de Janeiro 2011 de PsycINFO database.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal Of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229. Consultado a 11 de Outubro de 2012 através de PsycINFO database.
- Fernandes, M. E. & Maia, A (2001). *Grounded Theory*: Retirado em 12 de Setembro 2012 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4209/1/Grounded%20Theory.pdf>
- Frank, J. D, (2006). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *FOCUS Journal of Lifelong Learning of Psychiatry* 2006; 4:306-31. (Reprinted with permission from the American Journal of Psychotherapy 1971; 25:350–361). Consultado a 1 de Outubro de 2012, através de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=50633>
- Garfield, S. L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 41 (1), 9-12. Consultado em 1 de Outubro de 2012 através de PsycINFO database.

- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56(4), 483-489. Consultado a 13 de Maio através de PsycARTICLES database.
- Gelso, C. J. (2011). Emerging research findings about the real relationship in the process and outcome of psychotherapy. In , *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change* (pp. 129-151). American Psychological Association. Consultado em 16 de Outubro de 2012 através Consultado através de PsycBOOKS EBSCO.
- Gelso, C. J. (2011). The real relationship within the psychotherapy hour. In , *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change* (pp. 87-107). American Psychological Association. American Psychological Association. Consultado em 16 de Outubro de 2012 através Consultado através de PsycBOOKS EBSCO.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia* (pp. 26 -32,). Lisboa: Fim de Século.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999. Consultado em 12 de Março de 2011 PsycINFO database.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 421-430. Retirado em 12 de Março de 2011 PsycINFO database.
- Göstas, M., Wiberg, B., & Kjellin, L. (2012). Increased participation in the life context: A qualitative study of clients' experiences of problems and changes after psychotherapy.

*European Journal Of Psychotherapy And Counselling*, 14(4), 365-380.  
doi:10.1080/13642537.2012.734498

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-179. Retirado em 10 de Outubro de 2012 de PsycINFO database.

Henkelman, J. & Paulson, L. B., (2006) The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2): 139–150.  
PROF. DANIEL

Henry, W. & Strupp, H., (1994). The therapeutic alliance as an interpersonal process. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research ,and practice* (pp 51-54). New York: John Wiley & Sons. Consultado através de [http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=twiQpUYzM4QC&oi=fnd&pg=PA13&dq=therapeutic+alliance+bordin&ots=6ZORom2xdc&sig=mWSILoREt236SqkdkoRDK-Mx6A4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=therapeutic%20alliance%20bordin&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=twiQpUYzM4QC&oi=fnd&pg=PA13&dq=therapeutic+alliance+bordin&ots=6ZORom2xdc&sig=mWSILoREt236SqkdkoRDK-Mx6A4&redir_esc=y#v=onepage&q=therapeutic%20alliance%20bordin&f=false)

Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 58(3), 288-294. Consultado a 5 de Junho 2013 através de PsycARTICLES.

Hill, C. E., Castonguay, L. G., Angus, L., Arnkoff, D. B., Barber, J. P., Bohart, A. C., & ... Wampold, B. E. (2007). Insight in Psychotherapy: Definitions, Processes, Consequences, and Research Directions. In L. G. Castonguay, C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 441-454). Washington, DC US: American Psychological Association. Consultado a 5 de Junho 2013 através de PsycINFO, EBSCOhost.

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29. Consultado a 23 de Junho de 2013 PsycINFO database.

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. Consultado a 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database.

Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A. O. Horvath, L. S. Greenberg (Eds) *The working alliance : Theory, research ,and practice* (pp 109-128), Oxford England John Wiley & Sons. Consultado através de <http://books.google.pt/books?id=twiQpUYzM4QC&pg=PA109&dq=Empirical+validation+of+Bordin's+pantheoretical+model+of+the+alliance:+The+Working+Alliance+Inventory+perspective.&hl=pt-PT&sa=X&ei=p-LGUbbNHoeM7Qbkh4HQBw&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Empirical%20validation%20of%20Bordin's%20pantheoretical%20model%20of%20the%20alliance%3A%20The%20Working%20Alliance%20Inventory%20perspective.&f=false>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. Consultado a 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database.

Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1994). (Eds.) *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. N. Y. John Wiley. (1994). Consultado através de [http://books.google.pt/books?id=twiQpUYzM4QC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=twiQpUYzM4QC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal Of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. Consultado a 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. Consultado a 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149. Consultado a 4 de Outubro 2012 através de PsycARTICLES database.
- Jacobsson, G., Tysklind, F., & Werbart, A. (2011). Young adults talk about their problems. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 52(3), 282-289. Consultado a 1 de Junho através de PsycINFO database.
- Jones, E. E., Wynne, M. F., & Watson, D. D. (1986). Client perception of treatment in crisis intervention and longer-term psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 120-132. Consultado a 22 de Junho de 2013 através PsycARTICLES database.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 418-428. Consultado a 12 de Março de 2011 através de PsycINFO database.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 31-27. Consultado a 12 de Março de 2011, através de [http://sites.udel.edu/delawareproject/files/2011/10/Kazdin\\_2007.pdf](http://sites.udel.edu/delawareproject/files/2011/10/Kazdin_2007.pdf)
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 44(8), 1116-1129. Consultado a 12 de Março de 2011 através de PsycINFO database.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357-361. Consultado a 1 de Novembro de 2012 através de PsycARTICLES database.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Psychotherapy*

*Relationships That work: therapist contributions and responsiveness to patients.* (pp. 17-28).

Lambert, M. J., Gurman, A. S., & Richards, P. (2010). Allen E. Bergin: Consummate scholar and charter member of the Society for Psychotherapy Research. In L. G. Castonguay, J. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 101-111). American Psychological Association. Consultado em 21 de Maio de 2013 através Consultado através de PsycBOOKS EBSCO

Lambert, M. J. (2010). “Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome”. In Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 239-266). Washington, DC US: American Psychological Association. Consultado a 23 de Junho de 2013 através de PsycBOOKS EBSCO.

Lambert, P. (2007) Client perspectives on counselling: Before, during and after, *Counselling and Psychotherapy Research*, 7:2, 106 – 113. Consultado a 28 de Maio de 2013 através de <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713734893>

Larmo, A. (2008). Review of 'The psychodynamic psychotherapy of young adults'. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31(2), 131-132. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy A Meta-analysis. *American Medical Association*, October 1, 2008— Vol 300, No. 13 (Reprinted). Consultado a 12 de Maio de 2013 <http://scholar.google.com/scholar?q=Review+of+%27The+psychodynamic+psychotherapy+of+young+adults%27>

Lilliengren, P., & Werbart, A. (2010). Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*,

*Training*, 47(4), 570-585. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.

Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A Model of Therapeutic Action Grounded in the Patients' View of Curative and Hindering Factors in Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 324-339. Consultado a 13 de Maio de 2013 através de PsycARTICLES database.

Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A., (1999), The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health* 8, 4, 325-337. Consultado a 22 de Junho 2013 através de --- PROF: DANIEL

Machado, P. P., Fernández-Álvarez, H., & Clarkin, J. F. (2010). Larry E. Beutler: A matter of principles. In L. G. Castonguay, J. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 319-328). Washington, DC US: American Psychological Association. Consultado a 7 de Fevereiro de 2013 através de PsycINFO.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68(3), Consultado a 23 de Novembro de 2010 através de PsycARTICLES database.

Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345-356. Consultado a 15 de Outubro de 2012 através de PsycARTICLES.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY US: Oxford University Press. Consultado a 15 de Outubro de 2012 através de

[http://books.google.pt/books?id=jEtD2YFC5XoC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=jEtD2YFC5XoC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 113-141). American Psychological Association. Consultado a 15 de Outubro de 2012 através de PsycBOOKS.
- Paulson, L. B., Truscott, D. & Stuart, J. (1999). Clients' Perceptions of Helpful Experiences in Counseling. *Journal of Counseling Psychology* 1999, Vol. 46, No. 3,317-32. **PROF. DANIEL**
- Philips, B., Wennberg, P., Werbart, A., & Schubert, J. (2006). Young adults in psychoanalytic psychotherapy: Patient characteristics and therapy outcome. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 79(1), 89-106. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.
- Philips, B., Werbart, A., Wennberg, P., & Schubert, J. (2007). Young adults' ideas of cure prior to psychoanalytic psychotherapy. *Journal Of Clinical Psychology*,63(3), Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.
- Pires, A. (2001). *Crianças e (pais) em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pos, A. E., Greenberg, L.S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 77 (6). Consultado a 4 de Junho de 2013 através de PsycARTICLES database.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M., & Ablon, J. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*,43(2), 238-243. Consultado a 4 de Junho de 2013 através de PsycARTICLES database.

Ramos, M. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance inventory short revised*. Instituto da Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Rogers, C. R., Psychotherapy: *Theory, Research, Practice, Training*, Vol 44(3), Sep, 2007. Special Section: The **Necessary** and **Sufficient Conditions** at the Half Century Mark. pp. 240-248. [Journal Article, Reprint].

Rogers, C.R., (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-103. Consultado a 11 de Agosto de 2012 através de PsycARTICLES. This article is a reprint from *Journal of Consulting Psychology*, 1957, Vol. 21, No. 2, 95–103. ([reimpressão](#) )

Rogers, C. R., (1958).The characteristics of a helping relationship. *Personnel & Guidance Journal* 376-16. Consultado em 11 de Agosto 2012 através de <http://library.ncrtm.org/pdf/748.009.pdf>

Rogers, C.R., (2009). *On Becoming a Person* (1ª.ed). (pp.63-). S.l. .(Obra original publicada em 1961). Lisboa:Padrões Culturais Editora.

Rosenzweig, S., (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: “At last the Dodo said, ‘Everybody has won and all must have prizes.’” *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412 – 415. Consultado a 1 de Outubro de 2012 através de <http://psychologie.ahmas.nl/modules/pagesahmas/php/view.php?id=19420&rev=-1>

Safran, J. D., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide* (Eds.) New York: The Guilford Press p.10.

Safran, J. D. (2003). The Relational Turn, the Therapeutic Alliance, and Psychotherapy Research: Strange Bedfellows or Postmodern Marriage? *Contemporary*

*Psychoanalysis*, 39(3), 449-475. Consultado a 4 de novembro de 2012 através PEP Archive database.

Safran, J. D., Muran, J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. Consultado a 10 de Novembro de 2012 através PsycArticles database.

Schnur, J. B., & Montgomery, G. H. (2010). A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 238-247. Consultado a 21 de Agosto de 2013 através de PsycINFO database.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycARTICLES database.

Shedler, J. (2011). Science or ideology? *American Psychologist*, 66(2), 152-154. doi:10.1037/a0022654. Consultado a 12 de Maio de 2013 através de PsycARTICLES database.

Sousa, D. (2004). A Short Note Underlying Reflection on Psychotherapy Research. *Existential Analysis*, 15(2), 194-202.

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica* (2006), 3 (XXIV): 373-382.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. Consultado a 26 de Outubro de 2010 através de PsycARTICLES database.

- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41(2), 165-180. Consultado em 10 de Outubro de 2012 através de PsycINFO database.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 41(1), 1-8. Consultado em 1 de Outubro de 2012, através de PsycINFO database.
- Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 591-600. Consultado em 4 de Novembro de 2012 através de PsycInfo database.
- Timulak, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: an exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4) 443–460. Consultado a 8 de Maio de 2013 através de <http://pe-eft.blogspot.pt/2007/03/journal-articles.html>
- Wallerstein, R. S. (1994). Psychotherapy Research and Its Implications for a Theory of Therapeutic Change: A Forty-Year Overview. *Psychoanalytic Study Of The Child*, 49:120-141. Consultado a 11 de Novembro de 2012 através da PEP Archive database.
- Wallerstein, R. S. (1963). The Problem of the Assessment of Change in *Psychotherapy*. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 44:31-41. Consultado a 11 de Novembro de 2012 através da PEP Archive database.
- Wampold, B. E., & Weinberger, J. (2010). Jerome D. Frank: Psychotherapy researcher and humanitarian. In L. G. Castonguay, J. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany, T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change*

*through the work of leading clinical researchers* (pp. 29-38). Washington, DC US: American Psychological Association. Consultado a 1 de Outubro de 2012 através de PsycBOOKS

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. Consultado a 12 de Novembro de 2012, através de PsycARTICLES, database.

Weisz, J. R., Doss, A., & Hawley, K. M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review Of Psychology*, 56, 337-363. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141449 Consultado a 17 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.

Zack, S., Castonguay, L., & Boswell, J. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review Of Psychiatry*, 15(6), 278-288. Consultado a 24 de Maio de 2013 através de PsycINFO database.