

A EXPERIÊNCIA RETROSPECTIVA DE ESTAR EM PSICOTERAPIA: UM ESTUDO EMPÍRICO FENOMENOLÓGICO

William B. Gomes*
Adriana C Reck
Christiane R. Ganzo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO - É grande a controvérsia sobre a natureza e qualidade dos resultados psicoterapêuticos. Não se sabe, contudo, se o problema está nos resultados das psicoterapias ou no modo de avaliar estes procedimentos e seus resultados. Assim, desprezando os meios de quantificações tradicionais, o estudo preocupa-se com a qualidade da experiência terapêutica enquanto criticamente percebida pelo sujeito e avaliativamente expressa em seu discurso. Descreveram suas experiências, oito mulheres e dois homens, todos estudantes, com idade variando entre 21 e 26 anos, sendo 3 em psicoterapia psicanalítica, 2 em análise lacaniana, 2 em psicoterapia analítica, 1 em psicodrama, 1 em bioenergética, e 1 em análise transacional. As descrições, obtidas através de uma entrevista tópica, foram tematizadas, categorizadas e interpretadas hermeneuticamente. Os resultados apontam, entre outros aspectos, que a experiência de estar em psicoterapia é avaliada como positiva, e que mudanças com relação às percepções de si, dos outros e dos problemas ocorreram no período, embora seja difícil saber quando e como. A diferença entre tratamentos aparece quanto às características da relação com o terapeuta e não quanto ao resultado percebido. Os resultados mostram, também, a viabilidade da aplicação de critérios qualitativos para esse tipo de investigação.

THE RETROSPECTIVE EXPERIENCE OF BEING IN PSYCHOTHERAPY: AN EMPIRICAL PHENOMENOLOGICAL STUDY

ABSTRACT - There is a great controversy about the nature and quality of psychotherapeutic experience. However, it is unknown if the problem lies on therapeutic effectiveness or on the methods used to study these mo-

* Departamento de Psicologia da UFRGS. A segunda e terceira autoras são psicólogas em Porto Alegre e pesquisadoras bolsistas. Este projeto foi financiado pelo CNPq e PROPESP.

dalities of psychological intervention. This study concentrates on the quality of therapeutic experience as critically perceived by the person and manifested on her/his speech. Eight women and two men, all students, with ages ranging from 21 to 26, being 3 in psychoanalytic psychotherapy, 2 in lacanian analysis, 2 in analytical psychotherapy, 1 in psychodrama, 1 in bioenergetic, and 1 in transactional analysis describe their experiences. The descriptions, obtained by topic interview, were separated by themes and hermeneutical interpreted. The results showed, among other aspects, that the experience of being in psychotherapy is considered by these persons as positive; changes related with perceptions of oneself, of others and their problems occurred during the period. However, they did not know when and how. The difference among treatments is perceived, mainly, in the kind of relation developed with the therapist and not with the kind of therapeutic results. The study also exemplifies the pertinence of qualitative criteria to this modality of investigation.

A prática psicoterapêutica torna-se cada vez mais aceita e reconhecida como modalidade de tratamento psicológico. Apesar deste reconhecimento e interesse, a literatura pertinente descreve o estado atual da teoria e prática da psicoterapia como caótico, tanto quanto à legitimação científica como quanto a eficácia de sua aplicação. Por legitimação científica estamos nos referindo ao modo como esses procedimentos e técnicas são definidos, descritos, teorizados e comprovados com base em evidências empíricas verificáveis. Por eficácia estamos nos referindo à indicação ou especificação da natureza ou benefício obtido por pessoas que se submetem a esses tratamentos psicológicos. Quanto à legitimação científica, os problemas começam, justamente, na descrição e definição das técnicas e teorias psicoterapêuticas. Essas teorias e técnicas variam grandemente, quando não são, em muitos aspectos, contraditórias. Por exemplo, orientações psicodinâmicas prescrevem o uso de técnicas de interpretação, enquanto orientações experienciais as rejeitam e sugerem o uso de técnicas empáticas. Alguns tratamentos, por outro lado, utilizam-se de técnicas de confrontação, persuasão, solicitação de tarefas fora da sessão e assumem uma relação tipo professor-aluno. Outras ainda, ao contrário, incentivam a auto-expressão do terapeuta e sugerem uma relação igualitária pessoa-pessoa (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Karasu & Bellak, 1980). Notem que esses tratamentos, em princípio, estão abertos para qualquer pessoa.

Quanto à eficácia, os achados indicam que 75% daqueles que se submetem a tratamento, comparados com grupos de controle, apresentam ganhos expressivos. Por outro lado, a diferença quanto à eficácia entre sistemas terapêuticos é negligenciável. Essas informações e conclusões procedem do célebre estudo de Smith, Glass e Miller (1980) que, através de um tratamento estatístico chamado de meta-análise, comparou e combinou resultados de 475 estudos publicados e não publicados sobre eficácia psicoterapêutica.

Embora os achados de Smith et al (1980) confirmem importantes revisões anteriores (Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Meltzoff & Kornreich, 1970) não ficaram livres de críticas, principalmente de pesquisadores identificados com terapias comportamentais. Por exemplo, Rachman e Wilson (1980) afirmam que estudos importantes sobre terapia comportamental foram omitidos na revisão de Smith et al (1980). Para os autores, a omissão foi prejudicial, desde que, eles

afirmam, terapias comportamentais, por trabalharem problemas definidos e especificados, apresentam melhores resultados.

Controvérsia em estudos sobre eficácia terapêutica não é nova. Aparece com o primeiro estudo importante realizado por Eysenck (1952). O autor, numa revisão de pesquisas sobre psicoterapia, concluiu que psicoterapias ecléticas ajudavam pouco mais que, simplesmente, não fazer nenhuma psicoterapia. Concluiu também que os resultados de tratamentos psicanalíticos eram ainda mais pobres do que os das terapias ecléticas. Desde então, a controvérsia tem aumento (Bergin, 1971; Davis, 1972; Eysenck, 1961, 1966; Garfield, 1983; Rachman, 1971, 1973; Rachman & Wilson, 1980; Shapiro & Shapiro, 1977), e os argumentos que dividem os pesquisadores são os seguintes: 1. problemas metodológicos, ou seja, a divergência de critérios usados para determinação de grupo de controle, composição e número de amostra, determinação de variáveis e delineamento, principalmente na comparação de estudos diferentes; 2. problemas de definição de tipos e processos terapêuticos, ou seja, o que tomar como evidência, ou o que destacar para estudo em um determinado tratamento; e 3. problemas que envolvem valores e crenças dos pesquisadores. A esse propósito, é pertinente a menção, ainda que breve, de Stiles et al (1986) sobre resultados que favorecem a um ou outro sistema terapêutico, de acordo com preferências, já conhecidas, dos pesquisadores. Por exemplo, o apoio dos achados de Bergin (1971) e os de Rachman & Wilson (1980) para psicoterapias psicanalíticas e comportamentais respectivamente, confirmam as preferências teóricas desses pesquisadores. O problema, acreditamos, está não no viés da preferência do pesquisador, mas no viés do critério de inquérito (o que e como perguntar e interpretar).

A discussão sobre eficácia psicoterapêutica ganha novos contornos, pelo menos no cenário norte-americano, motivada por outra questão controversial: o reembolso de despesas decorrentes de tratamentos psicológicos por seguros de saúde. O problema alcançou tal dimensão que em 1986 duas revistas dedicaram um número conjunto e simultâneo sobre o estado da arte da pesquisa em psicoterapia (Kazdin, 1986; VandenBos, 1986).

Curiosamente, enquanto acadêmicos debatem os problemas de pesquisa em processo e resultados psicoterapêuticos, os terapeutas permanecem com suas convicções de que: 1. questões levantadas pelos pesquisadores não são relevantes para a psicoterapia; 2. as variáveis selecionadas para estudo não são representativas da prática clínica atual; 3. os métodos e populações estudadas não são propriamente descritos, padronizados e selecionados; 4. o critério estatístico é enfatizado exageradamente; e 5. pesquisadores esforçam-se muito pouco para traduzirem e comunicarem seus achados aos terapeutas (Barlow, 1981; Elliott, 1983; Frank, 1979; Goebel, 1981; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Rice & Greenberg, 1984). Por sua vez, os pesquisadores acreditam que a formação dos psicoterapeutas não os prepara para valorizarem, entenderem e utilizarem os dados de pesquisa e sim para aceitarem as convicções e doutrinas dos seus supervisores clínicos (Bednar & Shapiro, 1970). Shands & Meltzer (1973) acreditam que o reconhecimento da direção e natureza da intervenção terapêutica deve-se à fragilidade dos métodos usados para estudá-la. São contrários, os autores, à conversão estatística de dados psicoterapêuticos e argumentam que o sucesso desses tratamentos pode ser facilmente demonstrado no crescimento financeiro dos profissionais e na habilidade das teorias para atrair pacientes e seguidores.

O presente estudo alinha-se à preocupação de que os métodos usados para estudar a eficácia da psicoterapia devem ser revistos. Neste sentido, despreza os meios de quantificação convencionais e toma como empiria a qualidade percebida da experiência de estar em psicoterapia. Assim, o propósito do estudo é reconstruir a percepção dos sujeitos sobre suas experiências terapêuticas e, através dos depoimentos recolhidos, identificar similaridades e diferenças correlatas com a qualidade auto-avaliativa indicada. Nestes termos, põe-se a seguinte tese: *a qualidade de uma experiência terapêutica é criticamente percebida pelo sujeito (cliente, paciente, etc.) e avaliativamente expressa em seu discurso*. Como se vê, seguindo as premissas de uma ciência humana (Giorgi, 1970), o estudo elege como empiria a linguagem, enquanto percepção e expressão de um sujeito corporificado (presença no mundo) e falante (sujeito desta presença).

MÉTODO

Sujeitos

Foram sujeitos da pesquisa 10 estudantes universitários, idade variando entre 21 e 26 anos, representando diferentes tratamentos psicológicos. Dado nosso receio de como a pesquisa seria recebida por sujeitos potenciais e psicoterapeutas preferimos limitar nosso recrutamento a estudantes, a maioria deles alunos do curso de psicologia. O Quadro 1 descreve cada sujeito quanto a sexo, idade, ocupação, tipo e duração do tratamento. A predominância do tratamento psicanalítico reflete uma realidade regional. A escolha de sujeitos obedece a critério de idade e diversificação do tipo e duração do tratamento.

Quadro 1 - Descrição dos Sujeitos

Nº	Sexo	Idade	Estudante de	Sistema Terapêutico	Duração
1	F	24	Psicologia	Psicoterapia Psicanalítica	9m
2	F	21	Psicologia	Análise (Lacan)	9m
3	F	22	Psicologia	Bioenergética	1m
4	F	23	Psicologia	Psicoterapia Psicanalítica	4 a 6m
5	M	23	Biologia	Psicoterapia Analítica	1 a 4m
6	F	23	Psicologia	Psicodrama	2a
7	F	26	Psicologia	Análise Transacional	2a
8	F	23	Pedagogia	Psicoterapia Analítica	8m
9	F	22	Psicologia	Psicoterapia Psicanalítica	2m
10	M	23	Psicologia	Análise (Lacan)	9m

Nota: Os SS 2, 7 e 8 deram entrevista quando já haviam deixado o tratamento.

Instrumento/Procedimento

Obtivemos os dados através de uma entrevista constituída de um roteiro tópico previamente elaborado e de seqüência flexível (Patton, 1980). Na entrevista, procuramos, ao mesmo tempo, manter a informalidade de uma conversa e o cuidado de que todos os itens, previamente estabelecidos, estavam sendo devidamente explorados. Contudo, a seqüência flexível permitia sempre a introdução de outros itens e comentários dos sujeitos. A importância de um roteiro previamente elaborado deve-se à facilitação do trabalho posterior de sistematização e análise. As entrevistas duravam em média 30 minutos, eram gravadas e transcritas literalmente. Foram realizadas por um ou outro dos pesquisadores na residência dos entrevistados ou no Departamento de Psicologia.

Delineamento

A pesquisa tem como modelo de construção, análise e interpretação o critério qualitativo (Giorgi, 1985; Gomes, 1985, 1987; Lanigan, 1988; Patton, 1980). Desta forma, em sua concepção e escopo, o delineamento baseia-se numa seqüência de três etapas, ou seja, uma descrição qualitativa, uma análise indutiva e uma interpretação estrutural. Note-se que cada etapa constitui-se ela mesma das três etapas descritas (Gomes, 1987; Lanigan, 1988). Assim, é fácil compreender e acompanhar o desenvolvimento de cada passo da pesquisa.

A primeira etapa inicia-se com a revisão da literatura o que permite a contextualização e justificação da proposta. Assim, a contextualização é uma descrição qualitativa, a definição de objetivos é uma análise indutiva, e a construção do instrumento é uma interpretação estrutural, enquanto opção de inquérito contextualizado na literatura e conhecimento de campo dos pesquisadores.

A segunda etapa apresenta a solução de resposta ou método. Então, a descrição qualitativa é o relato da entrevista; a análise indutiva define os temas emergentes do relato (unidades temáticas) que conservam, na medida do possível, sua linguagem original e formam, por isso, os tipos nativos. Contudo, para evitar redundâncias, facilitar comparações e distinguir estruturas, os tipos nativos são transformados para uma linguagem proposta pelos pesquisadores, os tipos analíticos. A interpretação estrutural descreve os tipos analíticos em forma de categorias ou matrizes de significação.

A terceira etapa traz a discussão e conclusões. Assim, as respostas à pergunta da pesquisa constituem-se numa narrativa que é a descrição qualitativa; as implicações das respostas, articulações com a literatura e a colocação das diferentes perspectivas correspondem à análise indutiva; e as sugestões e recomendações finais seriam, portanto, a interpretação.

Por fim, fazem-se necessários alguns esclarecimentos quanto à veracidade, credibilidade e aplicabilidade dos achados. A veracidade depende da sensibilidade interpretativa, ou seja, se ela engloba todas as complexidades e sutilezas da situação nas suas diferentes estruturas e variações temáticas. Esses cuidados também respondem pela credibilidade. Quanto à aplicabilidade é preciso notar que a pesquisa qualitativa não procura por identidades ou o propriamente generalizável, mas por similaridades e variações temáticas. Mesmo assim, a descrição do contexto indica o grau possível de transferibilidade. Lembre-se ainda que o pesquisador é parte do ins-

trumento e do delineamento e, portanto, uma das fontes de instabilidade. Essas instabilidades desvelam-se na apresentação da perspectiva dos pesquisadores e resguardam, também, a credibilidade dos achados. Ademais, faz-se necessário uma definição para o termo estrutura, já que aparecerá constantemente na análise que se segue. Estrutura é o sistema de relações a partir do qual são possíveis as interpretações. Exatamente por tomarmos os relatos enquanto descrições para demarcar unidades temáticas, referimo-nos a elas interpretando-as nas relações com seu sistema ou contexto global do relato inicial. O objetivo é desvelar estruturas implícitas mas nem sempre visíveis. Por isso, chamamos nossas interpretações de estruturais.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada do seguinte modo: primeiro, exemplificaremos os dados recolhidos nas entrevistas e suas respectivas tematizações; segundo, exemplificaremos a transformação dos tipos nativos (aqueles que conservam a linguagem dos sujeitos) para tipos analíticos (aqueles propostos pelos pesquisadores). Por fim, apresentaremos os tipos analíticos enquanto categorias descritivas dos resultados.

Descrição Qualitativa e Análise Indutiva

O Quadro 2 exemplifica a natureza dos dados recolhidos nas entrevistas e suas respectivas tematizações.

O Quadro 3 exemplifica a transformação dos tipos nativos em tipos analíticos.

Os tipos analíticos foram agrupados, inicialmente, em dez categorias: histórico, problema, objetivos, sessão terapêutica, relação interpessoal, andamento, mudanças, episódicas e vivência. Contudo, no processamento da análise e interpretação estrutural, algumas categorias foram agrupadas para evitar redundâncias e facilitar a apresentação dos resultados. Assim as categorias histórico, problema e objetivos aparecem, conjuntamente, numa nova categoria que conservou o nome de vivência. Essas categorias com suas definições, significações e estruturas são apresentadas a seguir. Antes, para facilitar a compreensão do critério de análise e comparação entre transformação de tipos analíticos em categorias temáticas, apresentaremos os tipos analíticos de uma subcategoria, de todas as dez entrevistas (Quadro 4).

Interpretação Estrutural

A Vivência

A categoria vivência terapêutica refere-se à percepção da experiência no seu sentido amplo. Inicialmente, cabe caracterizar as circunstâncias estruturais que levaram os sujeitos a buscarem o tratamento psicológico e o que determinou, quando foi o caso, sua interrupção ou mudança de terapeuta. A seguir, descreveremos as significações da vivência terapêutica, que de certo modo, revelam, em sua forma estrutural, os problemas que levaram ao tratamento e, também, os muitos objetivos e expectativas.

Os sujeitos referem ter procurado a psicoterapia por iniciativa própria ou por sugestão de familiar, amigo, médico, ou mesmo, de um serviço psicológico. Contudo,

Quadro 2 - Relato e tematização de entrevista

Descrição Qualitativa	Análise Indutiva
<p>P: Me fala um pouco sobre como é esse momento da terapia, como tu sente, como é, o que rola, que tipo de diálogo se estabelece.</p> <p>S: Eu me sinto extremamente à vontade; não é uma coisa que começou assim, mas eu, atualmente me sinto muito à vontade de falar exatamente o que eu quero falar, e eu acho que o mais importante é a confiança que eu acabei tendo nela, eu vejo como um ser humano que entende o que eu tô dizendo e que não é uma pessoa passiva no momento; é uma pessoa que participa ativamente junto comigo, ela participa, tem o tempo dela e tem o meu tempo mas ela participa ativamente de tudo o que eu tô dizendo, isso também é muito importante, ouvir ela é muito importante, às vezes, discordar dela dela também, eu não sei como seria de outra forma, eu me sinto muito livre até, com muita confiança nela, não de tudo ela me diz ser correto, mas ter confiança no sentido de que eu posso falar prá ela as coisas, ela vai entender, eu sinto, eu sinto isso, essa cumplicidade dela comigo; isso é muito bom e a coisa é muito assim, o que tá pintando na hora que eu chego lá eu falo e às vezes eu falo 300.000 mil coisas ao mesmo tempo e às vezes eu acho quando tô indo prá lá, que vou falar determinada coisa e é outra que acontece, mas eu me sinto muito livre prá isso.</p> <p>P: E como é isso, esse momento anterior, de muita expectativa.</p> <p>S: Geralmente, quando tô indo prá lá fico pensando no que vou dizer mas dificilmente o que eu penso que eu vou dizer é o que acontece, quando eu entro lá, é uma coisa assim, sai o que tem que sair; muitas vezes penso é isso que vou falar hoje, é isso que tá me encomodando hoje, mas quando eu entro e sento vem uma coisa completamente diferente.</p>	<p>20. No momento da sessão, sente-se extremamente à vontade para falar o que sente vontade, o que atribui à confiança que adquiriu na terapia.</p> <p>21. O sujeito diz perceber o terapeuta como um ser humano com o qual está em interação; há o tempo para que cada um fale, ambas participam ativamente do que acontece na sessão.</p> <p>22. O sujeito diz ser importante ouvir o terapeuta e mesmo discordar dele.</p> <p>23. Quanto a confiança que sente, não se trata de considerar correto tudo que o terapeuta diz, mas confiança de que pode falar o que quiser para o terapeuta pois será entendida. Diz haver uma cumplicidade da terapeuta para com ela.</p> <p>24. Sente-se em plena liberdade para colocar-se na sessão.</p> <p>25. No momento anterior à sessão, pensa que irá falar determinado assunto e aborda o que pensava.</p> <p>26. Geralmente fica pensando no que vai dizer na sessão, mas dificilmente aborda o que pensava.</p> <p>27. (Na sessão, sai o que tem que sair). Refere-se a uma certa indeterminação do que ocorre na sessão, na medida em que não acontece o que havia planejado.</p>

Observações: 1) Os números identificam unidades temáticas
2) Excerto da Entrevista IX.

Quadro 3 - Transformação dos tipos nativos em analíticos

Tipos Nativos	Tipos Analíticos
<p>Antes das sessões, sente-se tranqüila, pensa no que vai falar, mas pelo desejo de analisar determinadas situações e não pela angústia por não saber o que falar. No entanto, dificilmente aborda o que pensava.</p>	<p>Vive-se preocupações de como se preparar para a sessão, avaliar o andamento da terapia e lidar com emoções que se antecipam ao momento terapêutico.</p>
<p>No momento da sessão, o S sente-se à vontade para falar, o que atribui à confiança que tem na terapeuta. As angústias que surgem são resolvidas ali mesmo, conversando sobre elas. Refere-se a uma certa indeterminação do que acontece na sessão, na medida em que não acontece o que havia planejado.</p>	<p>Significações emergentes: conforto (confiança no terapeuta), desconforto (as angústias que surgem, e indeterminação (não acontece o que havia programado).</p>
<p>Quando sai das sessões, elabora melhor o que foi abordado. Mesmo se fica perturbada pelo que foi abordado, por ter entrado em contato com características suas das quais não tinha consciência, sente-se tranqüila por estar trabalhando estes problemas, apesar de saber que há um longo período de tratamento pela frente.</p>	<p>São momentos de reflexão sobre a produtividade e relevância da sessão enquanto contribuição imediata para o sujeito.</p>
<p>Entre as sessões, elaborando melhor o que foi abordado na sessão, descobre coisas novas, as quais pensa contradizer o que é visto na sessão; porém, acaba percebendo que as percepções se fecham como facetas diversas do problema. Percebe que as sessões são sempre relacionadas umas às outras, mesmo abordando algo completamente diferente da anterior.</p>	<p>São descritas como a continuidade da reflexão terapêutica no dia a dia.</p>

Entrevista - I

Fala mas não conta tudo. Angustia-se quando fica em silêncio. Às vezes consegue segurar a angústia. Outras não. Refere-se a situação como "paranoide", olhares, silêncios. Não se sente à vontade para chorar.

Entrevista - II

Sente-se indefinida. Esforça-se para apresentar comportamentos certos para a sessão, mas contraria-se com o próprio esforço de fazer as coisas certas. Indigna-se por achar tudo muito falso. A sessão tornava-se produtiva a partir do momento que não tinha nada para falar. Então vivia a emoção de falar o que vinha à cabeça.

Entrevista - III

Um momento protetor para ser livre e plenamente usufruído. Não segue o que foi previsto.

Entrevista - IV

Fala o que vem na hora, se vier. Se não consegue falar ocupa-se de algum modo, como por exemplo, contar os objetos da sala. Se a sessão é produtiva sente-se bem. Ao contrário, sente-se insatisfeita e torna-se agressiva.

Entrevista - V

Relato do ocorrido na semana. O material é analisado e interpretado em conjunto com o terapeuta.

Entrevista - VI

Limita-se a descrever a rotina do seu grupo de psicodrama. No início cada um fala sobre o que lhe ocorreu na semana. Decide-se, então, quem tem mais necessidade de ser trabalhado naquele dia e sobre o que será a dramatização, a qual ocorre praticamente em todas as sessões.

Entrevista - VII

Chega e desabafa tudo que lhe vem à cabeça. Sente-se compreendida, apoiada, protegida. O terapeuta dá um certo entendimento ao que está ocorrendo. Os sentimentos variavam de acordo com os assuntos tratados e apesar do mal-estar com determinados assuntos sentia-se bem por abordá-los.

Entrevista - VIII

Primeiro conversa sobre as coisas que estão acontecendo. Depois as relaciona com os sonhos. Falar sobre os sonhos é prioritário mesmo que não tenha nada a relatar. Quando não tem nada para falar, esse é, então, o assunto.

Entrevista - IX

Sente-se à vontade para falar. As angústias surgem e são trabalhadas. A sessão desenvolve-se de forma indeterminada.

Entrevista - X

Diz o que vem à cabeça, qualquer coisa. Não precisa fazer-se entender porque o entendimento virá. Vê a relação como misteriosa e isso o obriga a falar na sessão.

quando buscou tratamento por uma segunda vez, a iniciativa foi pessoal. Interrupções do tratamento e mudanças de terapeuta ocorreram por circunstâncias como, mudança de cidade ou descontentamento com o terapeuta. O último caso refere-se, especificamente, à falta de confiança no terapeuta ("ele conversa separadamente com a minha mãe") ou à percepção de sua falta de interesse ("ela não parecia interessada no trabalho, chegando atrasada ou faltando às sessões").

Contudo, há um sentimento comum de que fazer psicoterapia é algo bom, forte e intenso. As significações emergentes definem-se como operativa, explorativa, existencial e intelectual. A significação operativa desvela uma necessidade de ajuda, uma procura por fazer alguma coisa para si mesmo, tal como, ampliar as possibilidades perceptuais de si e do mundo, organizar melhor a vida, desenvolver relações interpessoais, tornar-se referência de si mesmo, superar questões básicas, desenvolver auto-confiança, aceitação, expressão afetiva ou emocional e clarear situações confusas. A significação explorativa destaca, na psicoterapia, a experiência de aprendizagem, tal como, descobrir e reconhecer problemas ou aprender mais de si mesmo. A significação existencial expressa a vivência transativa enquanto manifesta na condição co-existencial da relação ou no acesso a um sentido particular e não-convencional. O termo transativo é usado para qualificar a natureza comunicativa da relação seja nos seus momentos monádicos, didáticos ou grupais reconhecendo como condição existencial a presença de um outro para fazer possível o acesso a um dado sentido individual. Este sentido é ilustrado em indicações como: "a psicoterapia ajuda na aproximação menos sofrida de si mesmo", "apresenta um momento de estar com um outro", "permite a relação com a própria loucura". E por fim, a significação intelectual indica um critério de escolha de uma determinada modalidade psicoterapêutica para familiarizar-se ou conhecer, viver ou experimentar um dado tratamento.

A Sessão

A categoria "A sessão terapêutica" refere-se às descrições de fatos e sentimentos vivenciados enquanto experiência, nos momentos que antecedem, momentos em que ocorre, momentos que se sucedem e momentos que se interpõem às sessões.

Os momentos que antecedem caracterizam-se, em geral, por pensamentos e sentimentos sobre o que tem acontecido, está acontecendo ou pode acontecer em função da frequência às sessões. Dessas expectativas emergem duas temáticas que correspondem a duas fases distintas: a inicial e a de consolidação.

Na fase inicial, vive-se preocupações de como se preparar para a sessão, avaliar o andamento da terapia e lidar com emoções que se antecipam ao momento terapêutico. Preparar-se para a sessão implica tanto na antecipação ou no planejamento do que vai falar quanto em não permitir que alguma coisa possa interferir. Do conteúdo emocional presente destaca-se o medo de estar com o terapeuta e não ter o que falar. No entanto, esta preocupação em planejar o que falar desaparece, assim que se percebe que não consegue falar o que planeja e sente o progresso terapêutico quando fala o que pensava não pudesse falar. Observe-se que a descrição não inclui situações onde o tratamento sugere a preparação prévia de tarefas, como por exemplo, anotar os sonhos para depois relatá-los ao terapeuta.

Avaliar o andamento da psicoterapia desvela esforços, nem sempre bem sucedidos, de estabelecer conexões entre sessões ou simplesmente de revisar o que ocorreu na sessão anterior. Traz, também, a percepção de estar vivendo uma experiência

progressiva, dinâmica, que se altera dia-a-dia, como se estivesse continuamente diante do novo.

Lidar com emoções antecipadas mostra a condição de abrangência e penetração do impacto da experiência terapêutica. A vivência terapêutica trouxe, nos vários sujeitos, diferentes emoções, quando não emoções diferentes e contraditórias no mesmo sujeito. Ir à psicoterapia significa então: a ansiedade de uma expectativa de não saber, exatamente, o que esperar a seguir; a tranquilidade de estar com alguém em quem pode confiar; a obrigação de ter que comparecer a um compromisso embora desejando que a outra parte não compareça; o medo antecipado da dor que vai sentir ao trazer à tona as mazelas da vida. Um sujeito definiu a sessão como o "sair de um mundo para outro".

Na fase da consolidação o processo terapêutico apresenta-se com maior nitidez. A grande expectativa das primeiras sessões desaparece e os planejamentos são substituídos por uma postura de simplesmente deixar o processo acontecer. O esquema terapêutico é compreendido e assimilado, e as antecipações emocionais cedem lugar à visão globalizante e integradora da experiência.

Os momentos em que ocorre a sessão são descritos através de pares opostos de significações como, conforto e desconforto, naturalidade e artificialidade, produtividade e redundância, fala e silêncio, determinação e indeterminação, entendimento e irritação. Descreve, também, como se dá a entrega ou submissão ao esquema ou enquadre da terapia específica.

Os pares de significação e a qualidade da submissão apresentam-se interrelacionados. A significação de desconforto relaciona-se, por exemplo, à qualidade de submissão parcial ("eu falo mas não conto tudo"), com a significação do silêncio ("angustio-me quando não tenho o que dizer"), com a significação da artificialidade ("indigna-me por achar tudo muito falso"), e com a significação de redundância ("sentir-se repetindo sempre a mesma queixa"). Ao contrário, a significação de indeterminação relaciona-se com a qualidade de entrega total ("digo o que vem na cabeça, qualquer coisa", "não preciso me fazer entender porque o entendimento virá"), e com a significação de produtividade ("a sessão acontecia no ponto que não tinha nada prá falar, que é viver a emoção de falar o que vem na cabeça").

As diferenças entre sistemas são marcantes quando se focaliza o contexto da sessão. Enfoques psicanalíticos, em geral, são percebidos como autoritários e indeterminados. O contraste é interessante no sentido em que se combinam a rigidez de uma estrutura ambiental invariante, que inclui a formalidade da postura do analista, com a estrutura variante e incerta do processo. A entrega ou submissão ao enquadre deu-se, em certo sentido, *a priori*, desde que já havia um conhecimento e uma preferência por esse sistema. Outros sistemas, como a Psicoterapia Analítica, Análise Transacional e Psicodrama, apresentaram-se, nas percepções dos sujeitos, como pragmáticos e determinados. Foram sessões, de certo modo, organizadas previamente ("relatar o ocorrido na semana", "trazer anotações dos sonhos"). Ressalte-se que essa estrutura é percebida como tranquilizadora ("sentir-se à vontade"), e de apoio ("poder falar o que angustia"). No caso do cliente ou paciente não apresentar as tarefas solicitadas, "trabalha-se" então a sua falta.

Os momentos que se sucedem à sessão são de reflexão sobre sua produtividade e relevância enquanto contribuição imediata para o sujeito. Especificamente, a contribuição refere-se às descobertas, aos novos conhecimentos, às novas facetas sobre si mesmo que começam a aparecer. Para essas descrições o pós-sessão é de

alento e ânimo. Quando a contribuição percebida traz à tona aspectos negativos até então não reconhecidos, o pós-sessão é triste e depressivo. Por outro lado, quando a sessão é percebida como improdutiva o sentimento que se segue é de irritação e perda de tempo. A sessão improdutiva está associada a impressões de sentir-se sempre falando a mesma coisa, estar diante de conteúdos indecifráveis e de percebê-la veloz e inatingível quando o tempo é abreviado pelo terapeuta. Excertos de descrições que tratam de sessão improdutiva são assim caracterizadas: "sinto-me deprimida devido ao meu problema que leva ao final da sessão sempre ao mesmo impasse", e "quando a sessão é muito rápida e não consigo entendê-la, sinto a sensação de perda de tempo". Em suma, o sentimento pós-sessão reflete o ânimo para prosseguir na terapia e na vida, o impasse de ver-se parado entre si e a terapia, ou o desalento de perceber a terapia passando sem trazer nada para si mesmo.

Por fim, os momentos que se interpõem às sessões são descritos como a continuidade da reflexão terapêutica no dia-a-dia. É quando acontecem as elaborações e reelaborações dos conteúdos descobertos nas sessões e, também, quando se dá o confronto da percepção de si em terapia com a percepção de si frente às situações cotidianas. O confronto estabelece-se diante das novas alternativas que agora se descortinam diante dos velhos problemas. Constitui-se, na verdade, num processo de ir e vir, entre a aprendizagem terapêutica e os comportamentos, com seus acertos e erros, frente às situações ou em situações. Os contrastes que emergem entre vivências terapêuticas diferentes assim se expressam sobre essa volta ao cotidiano: "é como deixar, gradativamente, um mundo de paz" (Psicoterapia Analítica), ou "mesmo que a sessão não contribua em nada, consolo-me por estar fazendo alguma coisa por mim" (Psicoterapia Psicanalítica).

A Relação

A categoria relação interpessoal-relação terapêutica refere-se ao modo como o sujeito percebe, na situação terapêutica, seu comportamento verbal e não-verbal, o comportamento verbal e não-verbal do terapeuta, as opiniões e sentimentos do terapeuta, suas próprias opiniões e sentimentos sobre a situação interpessoal que se estabelece e ainda, uma caracterização da relação. Na verdade, as descrições dizem pouco sobre comportamentos verbais e não-verbais de sujeitos e terapeutas. Elas trazem muitas opiniões sobre o tratamento e às vezes posições teóricas sobre a terapia.

A descrição do comportamento verbal refere-se ao tipo de relato que o sujeito oferece ao terapeuta. No relato, tomamos seu conteúdo, encadeamento lógico, relevância e espontaneidade. O conteúdo varia, então, na sua apresentação, da espontaneidade de dizer "o que vem à cabeça" à preparação prévia de tarefas do tipo contar sonhos, mostrar poesias ou desenhos. O encadeamento lógico mostra-se na preocupação do sujeito de determinar ou dirigir o que diz ou de deixar-se levar por um outro sentido que se constrói a partir do que é dito, aparentemente, sem nexos. A espontaneidade seria o comportamento verbal e não-verbal de soltar-se ou não, no que pensa, diz e gesticula. A relevância está no peso atribuído ao que é dito. E o que é dito é o produto de um elenco possível de escolhas, que no julgamento de alguns sujeitos pode favorecer ou impedir o desenvolvimento do tratamento. Destas descrições emerge um contraste interessante que é poder falar ou não o que deseja. Se é possível extrapolar do contexto geral das descrições alguma indicação de progresso terapêutico, certamente, estaria associado a esta condição, ao sentir-se livre falando.

Com relação ao comportamento não verbal, o que aparece são fragmentos do tipo referências isoladas a um ou outro gesto referido pelo terapeuta, como fazer certas expressões faciais; a prática de contatos físicos, como dar as mãos ao terapeuta; ou ainda, o incômodo de estar em silêncio, por não ter o que falar ou não conseguir falar o que deseja e sem poder se manifestar de um outro modo, como levantar-se da cadeira, ir até a janela ou dar umas voltas na sala.

O comportamento verbal e não-verbal do terapeuta ou sua intervenção propriamente dita apresenta-se diferenciado de acordo com os estilos das respectivas terapias. Os sujeitos referem-se às intervenções como: intervenções, interpretações conjuntas, ouvir e raramente falar, uso de técnicas para facilitar verbalizações e contatos físicos. A seguir, alguns exemplos de excertos das descrições para ilustrar como os sujeitos percebem as intervenções de seu terapeuta: "a terapia não é como uma conversa comum; e (eu) falo alguma coisa, o terapeuta diz outra e cobra o que eu não falei; outras vezes, eu falo e não vem nenhuma resposta, aí eu entro em pânico" (Psicoterapia Psicanalítica); "o terapeuta falava pouco, não fazia interpretações" (Análise Lacaniana); "o que caracterizava era o diálogo, contato físico e a pessoa do terapeuta falar de si mesmo" (Bioenergética); "relatava sonhos, mostrava poesias e desenhos e todo esse material era analisado conjuntamente" (Psicoterapia Analítica); "o terapeuta não aconselhava, não interpretava, intervinha com perguntas, provocava hipóteses e no final da sessão fazia uma retrospectiva do que tinha acontecido e fazia relações até então não percebidas pelos participantes do grupo" (Psicodrama); "eu falava da mesma forma como se fala num tratamento psicanalítico, mas, quando não conseguia falar de determinados assuntos, o terapeuta sugeria a técnica das almofadas, que era a simulação de um diálogo" (Análise Transacional).

Os sujeitos opinam sobre as intervenções do terapeuta e sobre a terapia escolhida. Sobre as intervenções, o que aparece é uma avaliação do sujeito no sentido de aceitá-las ou não. Alguns exemplos: "há vezes em que acato a interpretação do terapeuta por indisposição em contrapor" (Psicoterapia Analítica); "as colocações do terapeuta, algumas vezes, não me traziam novidades, não me pareciam boas, mas nem sempre expressava essa opinião a ele" (Psicoterapia Analítica); "mesmo discordando das colocações do terapeuta reconheço que elas relacionam aspectos não aparentes que me faz sentir avançando" (Psicoterapia Psicanalítica). Sobre a terapia escolhida destacam-se referências como "fazer análise envolve porque desperta muita coisa ao mesmo tempo" (Análise Lacaniana) ou referências diretas a técnicas: "o crédito fica para o método da associação livre e a significação diferenciada das palavras para cada pessoa" (Análise Lacaniana). Por fim, outra opinião vem de um sujeito em Psicodrama, quando chama atenção para situações que não podem ser tratadas pela via da palavra. Para ele, as mudanças decorrem da possibilidade de reunir numa dramatização as experiências conflituosas.

Nesta categoria aparecem diferenças claras entre os tratamentos de base psicanalítica e os demais. As descrições dos sujeitos em tratamento de base psicanalítica caracterizam a relação como sendo formal, rígida e distante. Um sujeito, por exemplo, descreve o envolvimento como sendo "intenso e restrito". Intenso, pela possibilidade de falar tudo. Restrito, porque o espaço do terapeuta é somente aquele da sessão e acrescenta que "fora dali não sentia a presença do terapeuta vigiando-lhe". Os sujeitos também referem que no decorrer do tratamento o terapeuta ou analista passa a ser percebido como uma pessoa próxima. A inconformidade inicial com o estilo da relação transforma-se numa adesão ao modelo relacional do tratamento. As

descrições deixam entender que esta adesão é reconhecida como positiva, necessária e adequada teoricamente. (Notem que a maioria dos sujeitos são estudantes de psicologia). Um sujeito em psicoterapia psicanalítica definiu sua conformidade ao modelo como sendo um "aceitar as regras do jogo".

Já os sujeitos em outros tratamentos caracterizaram a relação como sendo de confiança, apoio, proteção, amizade e liberdade. Assim, aparecem questionamentos sobre o tipo de relação, confrontações com as posições do terapeuta e referências à identificação do sujeito com seu terapeuta. A identificação é vista como facilitadora, e a relação é descrita como amigável: "uma relação em que há liberdade... onde eu não sei muito bem o que vai acontecer e eu tô ciente disso, tanto eu como o terapeuta; que a gente tem o direito de utilizar aquele espaço e se relacionar da forma como a gente tá podendo e querendo se relacionar" (Bioenergética). Outro, destaca a amizade real entre ela e a terapeuta dizendo que, por causa de um acidente, passou a ser atendida em casa. E ela diz: "isso prova o quanto ela (a terapeuta) é companheira, amiga e profissional" (Psicoterapia Analítica). A continuidade da relação fora da situação convencionalizada como terapêutica é ilustrada nesta passagem: "às vezes marca o horário para conversar com o terapeuta sobre coisas da faculdade" (Análise Transacional). Talvez, por essa forte percepção da existência de uma amizade real, aparece nas descrições, referências à remuneração do terapeuta. Um sujeito diz que o fato do terapeuta ser remunerado não modifica o sentimento de amizade recíproca pois tem consciência de que "a terapeuta vive disso" (Psicoterapia Analítica). Ainda neste mesmo aspecto, outro sujeito, identifica como conflito o fato do terapeuta ser remunerado. O conflito consistia na dúvida do interesse real do terapeuta por ela. O problema desaparece posteriormente em decorrência do próprio tratamento, principalmente, após vivenciá-lo numa dramatização (Psicodrama).

Andamento

A categoria andamento refere-se à percepção avaliativa do impacto e natureza da experiência terapêutica no decorrer do tratamento. São três os emergentes: a ação reveladora, a percepção diferenciada do andamento, e qualidade de mudança. A ação reveladora é progressiva, traz tranquilidade, diminui ansiedade e esclarece conflitos. O andamento diferencia-se em fases. No início é turbulento e crítico. Os progressos são rápidos, mas às vezes, é difícil entrar na dinâmica, entrar no processo. A dificuldade apresenta-se no bloqueio da fala ou na frustração da expectativa de que o tratamento fosse, magicamente, solucionar problemas. No decurso do processo, a situação inicial modifica-se em tempo diferente para diferentes sujeitos. Diminui a ansiedade, sente-se mais à vontade, as coisas são trabalhadas com menos angústia e revelam-se com mais clareza. A terapia, contudo, não é percebida como responsável por mudanças concretas. Ao contrário, quando reconhecidas são descritas como progressivas, internas, de ampliação de horizontes, de maior tranquilidade para lidar com problemas, de menos angústia e medo. De uma forma ou de outra, referem-se que, mesmo sem promover mudanças substanciais, estar em psicoterapia satisfaz e seduz.

Mudanças

A categoria mudanças refere-se ao reconhecimento, por parte do sujeito, dos efeitos da psicoterapia em sua percepção, comportamento, atitudes e experiência in-

terpessoal. As mudanças dirigem-se, principalmente, para uma ou outra forma de autoconhecimento e diferenciação perceptiva. Há, contudo, uma variedade de temas trazendo diversos aspectos e implicações das mudanças. Primeiramente, vamos definir os temas convergentes, utilizando como apoio as expressões nativas das descrições. Cada expressão ou excerto estará sempre identificado ao tipo de tratamento (os números em romano identificam a entrevista conforme Quadro 1). Depois, apresentaremos, então, os temas divergentes.

O autoconhecimento é definido como a identificação de novos problemas (V), crescimento, compreensão interna (VII), mais condições de auto-análise (VIII), e compreensão mais acurada dos problemas (IX). O autoconhecimento é, às vezes, reconhecido como o único benefício do tratamento, como diz um sujeito: "não há mudanças, mas um maior autoconhecimento" (II). A diferenciação perceptiva apresenta-se no modo de ver e reestruturar as coisas (III), no entendimento gradativo do que estava errado (III), (VIII), na postura frente aos problemas (IX), na identificação de mudanças nas atitudes (V), e no estar mais atento a todas as coisas (X). A definição da categoria menciona também mudanças no comportamento e na experiência interpessoal. A primeira é apoiada, quando referida, na observação de outros, como "eu estou notando que tu estás mudando". Já as mudanças na experiência interpessoal aparecem no sentimento de autenticidade e segurança na relação com o outro.

Os outros temas indicam a relação difícil e às vezes sofrida do sujeito com sua expectativa de mudança. Por exemplo, a dificuldade de reconhecer ou acreditar que as mudanças vividas estejam relacionadas à terapia ou a outras experiências, igualmente fortes e simultâneas a ela (II, VIII). Há, também, um esforço para estabelecer ligações entre terapia e cotidiano ou até para mostrar que realmente está mudando, fingindo mesmo, enquanto espera a mudança verdadeira via terapia (IV, V). Há, ainda, a consideração da mudança como sendo "deixar brotar de si o desejo" (X). Finalmente, há a referência ao esforço pessoal do sujeito como sendo necessário para a ocorrência de mudanças (VII). De qualquer modo, reconhece-se que o processo de mudança é lento e incerto (III, VI, VII e VIII).

São citados, como tendo implicação nas mudanças, o fato de poder falar dos problemas, de vivenciar conflitos, medos e fantasias no real, como se faz nas dramatizações (VI). Contribuem, também, as intervenções, principalmente as reflexões do terapeuta (VI), o tipo de psicoterapia (VII), e o tempo que se dá às pequenas coisas, besteiras e atos falhos (X).

Por fim, aqueles que já finalizaram a terapia afirmam continuar, por si só, o processo de análise. Reconhecem que o processo é ainda mais lento e que a aprendizagem desta prática é uma das contribuições importantes do tratamento.

Episódicas

A categoria episódicas refere-se a comentários espontâneos e esparsos, que aparecem nas descrições, os quais não respondem aos itens previamente elaborados, mas cuja aparição a informalidade da entrevista possibilitou. Os emergentes desta categoria mostram o reconhecimento da interferência do contato teórico dos sujeitos com a psicologia na escolha, justificativa, crença e descrição de suas psicoterapias, bem como, na avaliação dos terapeutas. Vejamos cada uma destas situações.

A decisão de fazer psicoterapia e a escolha do tratamento foram influenciados, no grupo entrevistado, por conhecimento teórico prévio ou por tendências predomi-

nantes no Curso de Psicologia. As significações emergentes apontam para dúvidas como relação a essa interferência, como por exemplo, reconhecer ou justificar a influência ou não do Curso de Psicologia na decisão de fazer psicoterapia ("eu fiz porque sempre desejei" ou "senti-me seduzida pela psicanálise"); ou ainda, duvidar se deve fazer psicoterapia ou análise. Neste sentido, o excerto seguinte é pertinente:

S: Passou algum tempo até que eu acreditasse que a terapia produzia mudanças. Talvez por eu sentir uma pressão, de que somente a análise é a solução. Até fiquei meio assim pela terapeuta não fazer análise...

E: Mas tu foi procurá-la sabendo tratar-se de uma psicoterapeuta e não de uma analista?

S: Pois é, fui procurá-la sabendo. Mas mesmo assim, no início achava que não estava resolvendo nada, que a sensação de mudança era ilusória e até coloquei isso para a terapeuta. O importante para mim foi ter descoberto que não só a análise é o caminho. Eu me sinto muito bem e trabalhando muito bem as minhas coisas dentro da psicoterapia psicanalítica. Acabei vendo também que o grande grilo que eu estava tendo em relação à análise era pela teoria, pela pressão que eu acho que se tem de que a análise é o único canal e nenhuma outra coisa serve. (Ent. IX).

As descrições das terapias são também justificativas teóricas da opção. Sujeito VI, em psicodrama, justifica sua escolha dizendo que esta modalidade ultrapassa os limites da palavra e estabelece as relações interpessoais na forma em que acontecem no dia-a-dia. A transferência é abordada (o jargão usado é, na verdade, "trabalhada") a nível de todos os participantes, não se restringindo, exclusivamente, ao terapeuta. Diz ainda, que trabalha-se a nível do real "as pessoas com quem nos relacionamos são elas mesmas e não as que projetamos". Sujeito VII, em análise transacional, justifica sua escolha dizendo que esta modalidade "é uma forma de terapia que não só ajuda a ver o que há de errado com a pessoa, como auxilia a reconstruir o que está mal". Diz ainda, que neste tratamento dá-se simultaneamente, um entendimento teórico, ainda que não aprofundado, daquilo que está acontecendo, e isso facilita a melhora. Sujeito X, em análise, descreve o tratamento como um mistério que não pode ser entendido de forma racional e, portanto, deve-se esperar que as coisas falem por si. Diz ainda, que as sessões são semelhantes à loucura, a coisa de pai de santo, nas quais relata alucinações. A interferência do conhecimento teórico está na escolha dos jargões para descrever o tratamento, por exemplo, a vacilação no uso do termo "entender" pelas implicações que tem para a variação psicanalítica a qual seu tratamento representa.

Ainda aparecem, nesta categoria, questões como estar em análise e participar de grupo de estudos com o mesmo profissional, ou tratar em terapia questões referentes à formação acadêmica. Note-se que, para os dois exemplos acima, as significações dadas pelos sujeitos foram altamente positivas.

Alta

Os sujeitos são cautelosos em adiantar expectativas ou previsões de como se dará o encerramento ou alta. Os achados são, contudo, consistentes com a proposta da pesquisa, desde que o foco do estudo é a experiência retrospectiva e não um exercício imaginário de como poderia ser o final do tratamento. Aqueles que já concluíram indicaram o desejo de, eventualmente ou quando necessário, retornar ao trata-

mento. Por outro lado, e aí tem-se um item, por excelência, quantitativo, todos os sujeitos foram unânimes em recomendar a experiência psicoterapêutica para outras pessoas. No entanto, as recomendações variam em amplitude, desde aqueles que enfaticamente o recomendam até aqueles que reconhecem que uma experiência em psicoterapia é interessante, mas não necessária.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo coloca no início a tese de que a qualidade de uma experiência terapêutica é criticamente percebida pelo sujeito (cliente, paciente) e avaliativamente expressa em seu discurso. Assim, considerando os resultados descritos acima, concluímos, ainda que preliminarmente, desde que estudos paralelos do mesmo sujeito estão em desenvolvimento, que a experiência terapêutica é criticamente percebida pelo sujeito e avaliativamente expressa em seu discurso do seguinte modo:

1. A experiência é qualitativamente avaliada como positiva, independente das diferenças psicoterapêuticas;
2. A natureza do ganho ou benefício terapêutico é experiencialmente especificada;
3. A importância e necessidade de um outro (o terapeuta) na reorganização cognitiva e co-direção do processo é reconhecida, independentemente das diferenças dos sistemas;
4. Referências preferenciais enquanto determinantes ou simultaneamente presentes na decisão de escolha do tipo de tratamento são detectadas;
5. A descrição do processo experiencial de ir, esperar, estar, sair e pensar na sessão é reconstruída;
6. Diferenças qualitativas na percepção das relações terapêuticas nos diferentes sistemas são especificadas;
7. Percepções dos subprocessos pelos quais se caracterizam diferentes sistemas são descritas;
8. Dilemas e submissão ao enquadre ou constituição de alianças terapêuticas são percebidas;
9. As mudanças são reconhecidas e definidas como referentes ao autocohecimento e diferenciação ou discriminação perceptiva, variando quanto à intensidade e extensão nos diferentes sistemas psicoterapêuticos;
10. O andamento do processo terapêutico, nas suas diferentes fases, é distinguido;
11. Interferências próprias das peculiaridades do grupo no que se refere ao conhecimento teórico de psicologia são assinaladas e discutidas.

Tomando esses achados e os comparando a revisões consideradas importantes como Smith et al. (1980) ou aos recentes trabalhos publicados na edição simultânea do *American Psychologist* (1986, vol. 41, n° 2) e do *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1986, vol. 54, n° 1), observa-se que o critério qualitativo no estudo da experiência terapêutica mostra: 1. a convergência temática já reconhecida de que as pessoas, de um modo geral, beneficiam-se com o tratamento, e que 2. as diferenças entre sistemas são negligenciáveis. Contudo, o critério qualitativo abre novas avenidas de possibilidades de pesquisa: 1. especifica a direção e natureza do benefício esclarecendo nuances de processo e mudança; 2. descreve e relaciona o impacto

dos subprocessos desencadeados por técnicas específicas (associação livre, reflexão empática, autoexpressão do terapeuta, tarefa de casa, almofadas, etc.) na mudança experiencialmente reconhecida pelo sujeito, fator esse indicado por Gendlin (1986) como fundamental na pesquisa futura em psicoterapia; e 3. define a natureza do resultado terapêutico como experiencialmente avaliada pelo sujeito e não a partir de pressupostos externos, sejam eles teóricos (próprios de cada sistema) ou estatísticos.

Com relação à contribuição do estudo para o avanço da pesquisa em psicoterapia, convém mencionar dois aspectos recentemente levantados por Strupp (1986). Para o autor, a pesquisa em psicoterapia ainda não avançou suficientemente para estar em condições de responder ou embasar questões de validade ou aplicabilidade, principalmente no que se refere a decisões de reembolso das despesas por companhias de seguro. Ao mesmo tempo, também reconhece que esse avanço é difícil porque nem todas as questões são próprias para pesquisa.

O presente estudo mostra que todas as questões são próprias para pesquisa desde que a questão determine o método e não o contrário. Ademais, o presente critério coloca-se ao lado dos terapeutas apresentando-lhes uma possibilidade, não estatística, de avaliarem e avançarem suas teorias e práticas, e confirmarem suas convicções através de um procedimento empírico demonstrável e sistemático.

Por último, é preciso lembrar que apesar do entusiasmo com relação a aplicação do critério de inquérito ao tema específico, os resultados devem ser vistos com cautela. Neste sentido, dois outros estudos estão em andamento para avaliarmos a dispersão, extensão e redundância temática. Ainda, é importante aprofundar o diálogo com a literatura, tanto na tradição do enorme acervo de pesquisas quantitativas realizadas até o momento, quanto na tradição de inquérito empírico peculiar a cada teoria ou sistema. Também é desejado o delineamento de pesquisas sobre psicoterapia que contemple, conjuntamente, critérios qualitativos e quantitativos, observando o rigor e especificidade de cada um deles.

REFERÊNCIAS

- Barlow, D. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 147-155.
- Bednar, R.L. & Shapiro, J.G. (1970). Professional research commitment: A symptom or a syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*, 323-326.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. Em A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. Em S.L. Garfield e A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis* (2- ed., pp. 139-190). New York: Wiley.
- Davis, J.D. (1972). Review of "the effects of psychotherapy" by Rachman. *British Journal of Psychology, 63*, 642-643.
- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 47-55.

- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1961). Classification and problem of diagnosis. Em H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books.
- Eysenck, H. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Frank, J. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Garfield, S.L. (1983). Effectiveness of psychotherapy: The perennial controversy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 35-43.
- Gendlin, E. (1986). What comes after traditional psychotherapy research? *American Psychologist*, 41, 131-136.
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as a human science*. New York: Harper & Row.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. Em A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Goebel, J.B. (1981). Keeping up with the information explosion in psychotherapy research. *The Psychotherapy Bulletin*, 15, 21-22.
- Gomes, W. (1985). O eidético e o empírico na psicologia fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 2 (2/3), 135-148.
- Gomes, W. (1987). As aplicações sociais da pesquisa qualitativa. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 2 (1/2), 3-14.
- Karasu, B. & Bellak, L. (1980). *Specialized techniques in individual psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kazdin, A.E. (1986). Psychotherapy research (Special issue). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1).
- Lanigan, R. (1988). *Phenomenology of communication*. Pittsburgh, PA.: Duquesne University Press.
- Luborsky, L, Singer, B., & Luborsky L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Morrow-Bradley, C & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Patton, M.Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage.
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Rachman, S. (1973). The effects of psychological treatment. Em H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books.
- Rachman, S. & Wilson G. (1980). *The effects of psychological therapy* (2ª ed.). New York: Pergamon Press.

- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). *Pattern of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Shands, H.C. & Meltzer, J.D. (1973). *Language and psychiatry*. The Hague: Mouton.
- Shapiro, D.A. & Shapiro D. (1977). The "double standard" in evaluation of psychotherapies. *Bulletin of the British Psychological Society*, 30, 209-210.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W.B. Shapiro, D.A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strupp, H. (1986). Psychotherapy: research, practice, and public policy (How to avoid dead ends). *American Psychologist*, 41, 120-130.
- VandenBos, G.R. (1986). Psychotherapy research (Special issue). *American Psychologist*, 41 (2).

Texto recebido em 13/6/88