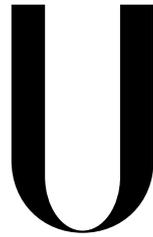


**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**Faculdade de Psicologia**



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Bem-estar, regulação de necessidades psicológicas  
e processo psicoterapêutico:  
integrando a perspetiva dos pacientes**

Catarina Marques da Silveira Vaz Velho

Orientador: Prof. Doutor António José dos Santos Branco Vasco

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor  
no ramo de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica

**2016**



**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**Faculdade de Psicologia**



**Bem-estar, regulação de necessidades psicológicas e processo psicoterapêutico:  
integrando a perspetiva dos pacientes**

Catarina Marques da Silveira Vaz Velho

Orientador: Prof. Doutor António José dos Santos Branco Vasco

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no ramo de Psicologia,  
especialidade de Psicologia Clínica

Júri

Presidente:

Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Nunes Narciso Davide, *Professora Associada e Vice-Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa*

Vogais:

- Doutora Margarida Maria Baptista Mendes Pedroso de Lima, *Professora Associada Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;*
- Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, *Professor Auxiliar Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida;*
- Doutor António José dos Santos Branco Vasco, *Professor Catedrático Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;*
- Doutor Nuno Miguel Silva Conceição, *Professor Auxiliar Convidado Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.*

# Agradecimentos

## ***Como agradecer gestos com palavras?***

Às pessoas que realizaram processos psicoterapêuticos e que colaboraram nesta investigação com as suas reflexões, experiências e conhecimento sobre a Psicoterapia, o meu mais profundo agradecimento. Agradeço os contributos fundamentais, a honra que me deram em partilharem comigo as suas histórias e os seus saberes de experiência feitos e as suas palavras, que me acompanharam ao longo de todo este processo.

Aos terapeutas que participaram agradeço a disponibilidade e interesse que manifestaram desde o primeiro momento e todos os contributos que permitiram a realização deste trabalho mas que são como o trabalho de bastidores, fundamental mas não visível. Muito obrigada pela vossa confiança.

Ao meu Professor e Orientador Prof. Doutor António Branco Vasco nem sei como começar a agradecer. Aquilo que normalmente se diz nestas ocasiões, aquilo que é aceite pelo protocolo académico não chega para exprimir tudo o que sinto. Nalguns momentos não ter palavras é melhor do que ter rios de palavras. Agora precisava de um Tejo. Obrigada, desde as primeiras aulas sobre a psicoterapia até hoje, pelos nossos diálogos ao longo das décadas, por tornar tantas coisas muito mais interessantes, mais poéticas e mais livres.

À Prof<sup>a</sup> Doutora Assunção Folque, à Prof<sup>a</sup> Doutora Luana Cunha Ferreira e ao Dr. Osvaldo Santos agradeço os mundos qualitativos que me apresentaram. Nunca mais nada será igual.

Aos meus colegas.

À minha família grande.

À minha família pequena.

À minha Mãe.

Aos meus Amigos de todas as horas e aos amigos destas horas todas.

À Luísa, à Sofia, à Susana, ao Hans, à Isabel, ao Nuno, à Fernanda, ao Osvaldo, ao Miguel, à Catarina, à Marta.

À Poeta T. Mané.

À XumXum, por tudo.

Ao Manuel, que é também o meu Amor.

## Resumo

O presente estudo insere-se no domínio da Psicologia Clínica, mais especificamente, no domínio da Psicoterapia, particularmente no que diz respeito à relação entre a Psicoterapia e o Bem-Estar. Pretende-se explorar e compreender como é que, na perspetiva de ex-pacientes, o processo psicoterapêutico pode contribuir para o Bem-Estar e para identificar dimensões do Bem-Estar que são relevantes para descrever as suas experiências de psicoterapia.

Parte-se do pressuposto da centralidade das pessoas que fizeram processos psicoterapêuticos como informantes privilegiados acerca das suas experiências de psicoterapia bem como do que sentem e identificam como Bem-Estar. Partindo de uma perspetiva qualitativa e usando a *Grounded Theory*, analisaram-se os contributos de 16 ex-pacientes de psicoterapia (com perspetivas teóricas diversas), contributos estes recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e de posteriores *feedbacks*. A amostra foi recolhida entre ex-pacientes de psicoterapia, realizada em contexto de prática privada.

Os resultados revelam que os participantes no estudo refletem sobre o contributo positivo do processo psicoterapêutico na construção do seu Bem-Estar de modo reflexivo e crítico mostrando como este processo é simultaneamente uma experiência exigente e difícil e um processo profundamente transformador que não termina com o fim da psicoterapia. Na experiência de Bem-Estar, os participantes valorizam a importância da paz e serenidade, da felicidade, da liberdade e da abertura, o ter relações significativas com os outros e o sentir-se centrado no presente, retirando prazer no seu dia a dia. Ao refletirem sobre o modo como a psicoterapia aumentou o Bem-Estar, os participantes referem que tal aconteceu porque a psicoterapia promoveu um conjunto de melhorias sintomáticas mas também e mais aprofundadamente um conjunto de melhorias na relação com outras pessoas e na relação consigo próprios. Em relação às melhorias na relação consigo próprios, as experiências de aceitação, compreensão e

atribuição de sentido, de desenvolvimento de si próprios, da sua confiança em si, no seu valor e nas suas competências para lidarem consigo mesmos, são experienciadas como centrais. O modo como a relação psicoterapêutica, bem como as contribuições ativas dos terapeutas e as suas próprias contribuições no processo terapêutico interagem são aprofundadas na reflexão dos participantes. São sublinhadas por um lado, a importância da atividade e diretividade do terapeuta não colocar em causa a liderança do paciente do processo e por outro a consciência reflexiva dos participantes da importância da qualidade da sua participação. Todos estes aspetos reafirmam a importância de se conhecer a perspectiva dos ex-pacientes e de considerar a sua reflexividade na compreensão do BemEstar e da prática clínica.

## **Palavras-chave**

Psicoterapia / BemEstar / Perspetiva dos Pacientes / Necessidades psicológicas / Modelo de Complementaridade Paradigmática

## **Abstract**

### ***Well-being, psychological needs and the therapeutic process: integrating the client's perspective***

This study in the field of clinical psychology, more specifically in psychotherapy, deals with the relationship between psychotherapy and well-being. The aim of the research is to explore and understand how, from the perspective of former patients, the psychotherapeutic process has contributed to their well-being, as well as to identify significant dimensions of well-being that characterize the experience of psychotherapy. The study also intends to link the aspects identified with the proposals of the Paradigmatic Complementarity Model.

This study sees patients as privileged informers regarding their own psychotherapy experience as well as how they experience and identify well-being. Using the qualitative methodology of Grounded Theory, we analyzed the contributions of 16 former patients of different psychotherapists from different psychotherapeutic schools. These accounts were collected through semi-structured interviews and subsequent feedback. The sample was selected from former patients of a private psychotherapy practice.

The results showed that these participants reflected on the positive contribution of the psychotherapeutic process in enhancing their well-being in a mindful and critical way. The findings show that the therapeutic process is both a difficult experience and a profoundly transformative process that does not finish with the end of the therapy. In their experience of well-being, participants described valuing the importance of: peace and serenity; happiness; freedom and openness; significant relations with others; and being centered on the present time and experiencing some pleasure in their daily life. Participants maintained that the psychotherapy had increased their well-being, not only due to improvement in symptoms but, more significantly and at a deeper level, they talked about how it led to improvements both in their relationship with themselves and

with others. Central aspects of the improvements in participants' relationships with themselves include: the sense of acceptance, understanding and meaning making, in their self-development, and self-competency in dealing with themselves. The interaction between the therapists' active involvement and the patients' own contributions to the process, were subject to deep reflection by the participants. What the participants highlighted were, on one hand, the importance of the therapists' activity and directivity without compromising the patients' leadership in the process and, on another hand, the patients' reflexive consciousness about the importance of the quality of their participation. All these aspects reaffirm the significance of knowing and understanding the participants' perspectives and of taking their reflexivity regarding well-being into consideration in the search for a better understanding of well-being and clinical practice.

## **Keywords**

Psychotherapy / Well-being / Client's perspective / Psychological Needs /  
Paradigmatic Complementarity Model

## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos . . . . .	i
Resumo . . . . .	ii
Palavras-chave . . . . .	iii
Abstract . . . . .	iv
Keywords . . . . .	v
ÍNDICE GERAL . . . . .	vi
ÍNDICE DE FIGURAS . . . . .	viii
ÍNDICE DE APÊNDICES . . . . .	viii
ÍNDICE DE ANEXOS . . . . .	viii
Siglas e abreviaturas . . . . .	ix
<b>INTRODUÇÃO . . . . .</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 REVISÃO DE LITERATURA . . . . .</b>	<b>16</b>
<b>1.1. Bem-Estar e necessidades psicológicas . . . . .</b>	<b>16</b>
1.1.1. <i>Conceito de Bem-Estar</i> . . . . .	16
1.1.2. <i>Conceito de necessidades psicológicas</i> . . . . .	22
1.1.3. <i>Relação entre Bem-Estar e necessidades psicológicas</i> . . . . .	27
<b>1.2. Psicoterapia e Bem-Estar . . . . .</b>	<b>33</b>
1.2.1. <i>O Bem-Estar como resultado da psicoterapia</i> . . . . .	33
1.2.2. <i>Psicoterapia do Bem-Estar</i> . . . . .	37
1.2.3. <i>Modelos Psicoterapêuticos e integrativos de necessidades psicológicas</i> . . . . .	39
1.2.4. <i>O Modelo de Complementaridade Paradigmática</i> . . . . .	44
<b>1.3. A centralidade do paciente no processo psicoterapêutico . . . . .</b>	<b>57</b>
1.3.1. <i>O estudo das variáveis do paciente</i> . . . . .	59
1.3.2. <i>O estudo da perspectiva do paciente</i> . . . . .	61
<b>CAPÍTULO 2 ESTUDO EMPÍRICO . . . . .</b>	<b>76</b>
<b>2.1. Introdução . . . . .</b>	<b>76</b>
<b>2.2. Objetivos e questões de investigação . . . . .</b>	<b>77</b>
<b>2.3. Métodos . . . . .</b>	<b>80</b>
2.3.1. <i>Desenho do estudo</i> . . . . .	81
2.3.2. <i>Participantes</i> . . . . .	83
2.3.3. <i>Procedimento</i> . . . . .	87
2.3.4. <i>Instrumentos</i> . . . . .	91
2.3.5. <i>A análise dos dados</i> . . . . .	94
2.3.6. <i>Confiança e credibilidade</i> . . . . .	99
2.3.7. <i>Considerações éticas relativas ao estudo</i> . . . . .	101

<b>CAPÍTULO 3 RESULTADOS</b>	<b>106</b>
<b>3.1. TEMA 1: PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR.</b>	<b>108</b>
3.1.1. <i>O que é o Bem-Estar? Experiências e definições de Bem-Estar</i>	109
3.1.2. <i>A relação entre a terapia e o Bem-Estar é complexa</i>	111
3.1.3. <i>Para além da psicoterapia... outros contributos para o Bem-Estar</i>	120
3.1.4. <i>História da Terapia</i>	125
3.1.5. <i>História de Vida</i>	132
3.1.6. <i>A procura do Bem-Estar como um percurso em que o percurso terapêutico se enquadra</i>	133
<b>3.2. TEMA 2: COMO É QUE A TERAPIA PROMOVE O BEM-ESTAR?</b>	<b>135</b>
3.2.1. <i>Melhorias na relação com os outros</i>	136
3.2.2. <i>Melhorias na relação consigo próprio</i>	137
3.2.3. <i>Melhorias sintomáticas</i>	142
3.2.4. <i>Contributos do cliente para o processo</i>	143
3.2.5. <i>Cliente explicita o que o terapeuta fez</i>	146
3.2.6. <i>Cliente explicita o tipo de relação</i>	149
<b>3.3. TEMA 3: RECADOS PARA OS TERAPEUTAS</b>	<b>153</b>
3.3.1. <i>Valorização e reconhecimento da terapia e do terapeuta</i>	154
3.3.2. <i>Contributos críticos e sugestões</i>	154
<b>3.4. TEMA 4: REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A INVESTIGAÇÃO.</b>	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>163</b>
<b>4.1. RESUMO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>165</b>
4.1.1. <i>Psicoterapia e Bem-Estar</i>	165
4.1.2. <i>Como é que a terapia promove o Bem-Estar</i>	173
4.1.3. <i>Psicoterapia, Bem-Estar e as propostas do MCP</i>	183
4.1.4. <i>Recados para os Terapeutas</i>	186
4.1.5. <i>Reflexão dos Participantes sobre a investigação</i>	187
<b>4.2. REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO</b>	<b>189</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>225</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>236</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	<i>MCP – Modelo da Complementaridade Paradigmática: Visão dialética das necessidades . . . . .</i>	49
Figura 2.	<i>Resumo do procedimento . . . . .</i>	87
Figura 3.	<i>Quadro síntese de temas, categorias e subcategorias . . . . .</i>	106
Figura 4.	<i>Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 1 . . . . .</i>	108
Figura 5.	<i>Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 2 . . . . .</i>	135
Figura 6.	<i>Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 3 . . . . .</i>	153
Figura 7.	<i>Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 4 . . . . .</i>	159

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A	<i>Exemplo de um pedido de colaboração (adaptado) enviado a psicoterapeutas após um primeiro contacto telefónico . . . . .</i>	226
APÊNDICE B	<i>Consentimento Informado . . . . .</i>	227
APÊNDICE C	<i>Guião da entrevista . . . . .</i>	228
APÊNDICE D	<i>Exemplos de pedido de feedback . . . . .</i>	232
APÊNDICE E	<i>Excerto de feedback. . . . .</i>	234
APÊNDICE F	<i>Recados aos Terapeutas . . . . .</i>	235

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	<i>Componente sequencial de sete fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática, adaptado de Vasco e Conceição (1998:2008). . . . .</i>	237
---------	---	-----

## **Siglas e abreviaturas**

APA	<i>American Psychological Association</i>
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy</i> (Terapia cognitivo-comportamental)
CORE-OM	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure</i>
EMS	Esquemas Mal-adaptativos Precoces
ERSN	Escala da Satisfação de Necessidades Psicológicas
GT	<i>Grounded Theory</i>
HAT	<i>Helpful Aspects of Therapy</i>
IPR	<i>Interpersonnal Process Recall</i>
LGBT	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender</i>
MCP	Modelo de Complementaridade Paradigmática
MI	<i>Motivational Interview</i> (entrevista motivacional)
MPIC	<i>Multilevel Personality in Context</i>
NM	<i>Nested Model</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ORS	<i>Outcome Rating Scale</i>
QOL	<i>Quality Of Life</i>
SDT	<i>Self Determination Theory</i>
SWB	<i>Subjective Well Being</i>
TC	Terapia Cognitiva
WBT	<i>Well-Being Therapy</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>



## **Introdução**

O estudo aqui apresentado insere-se no domínio da Psicologia Clínica, mais especificamente no domínio da Psicoterapia, particularmente no que diz respeito à relação entre a Psicoterapia e o Bem-Estar.

Muitas das pessoas que procuram a psicoterapia não possuem uma incapacidade ou preenchem critérios de diagnóstico, fazem-no porque estão insatisfeitos com a sua vida, com as suas relações e consigo mesmos. Assim, na definição dos pacientes de psicoterapia devem ser incluídas as pessoas que possuem um baixo nível de bem-estar para além de apresentarem “sofrimento” ou “incapacidade” (Orlinski, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Apesar de a investigação em psicoterapia se ter focado maioritariamente na redução de sintomas e limitações do funcionamento, incluindo limitações interpessoais, cognitivas e sociais, melhorar a qualidade de vida positiva e o Bem-Estar é muitas vezes um objetivo implícito ou explícito da terapia (Crits-Christoph, Gibbons, Kurtz, Stirman et al., 2008).

Apesar da relevância do Bem-Estar como conceito na Psicoterapia, são poucas as tentativas de integração da investigação básica sobre o Bem-Estar na prática clínica, sendo as intervenções desenhadas para promover o Bem-Estar e a adaptação feitas essencialmente sob a influência do movimento da psicologia positiva (Lent, 2004).

A psicoterapia tem, sem dúvida, como objetivos intervir no sofrimento, na perturbação e no mal-estar, mas também aumentar a resiliência e promover, manter ou reconstruir o Bem-Estar (Vasco, 2009). A clarificação dos processos, através dos quais todos esses objetivos podem ser alcançados, isto é, compreender o processo da psicoterapia e a sua relação com a mudança comportamental, emocional, cognitiva e social, é uma tarefa complexa mas a que é necessário responder (Garfield & Bergin, 1994; Lambert, 2003).

Por um lado, os resultados dos últimos anos de investigação empírica mostram que os fatores mais determinantes do sucesso terapêutico são os fatores comuns a todas as orientações teóricas, ou seja, as características do paciente e qualidade da aliança terapêutica (Beutler & Castonguay, 2006; Norcross 2011). Tem sido mostrado, ainda, que o envolvimento ativo dos clientes no sucesso terapêutico é um fator crítico para o sucesso da terapia (Bohart & Tallman, 2010).

Por outro lado, vários autores têm referido a atenção limitada que a investigação de processo em psicoterapia tem dado à exploração das perspetivas dos clientes, sendo sublinhada a necessidade de mais estudos exploratórios (Elliott & James, 1989; McLeod, 2001; Rayner, Thompson & Walsh, 2011).

Na última década tem vindo a ser desenvolvido um "metamodelo" de integração em psicoterapia, o Modelo de Complementaridade Paradigmática (Conceição & Vasco, 2002; Gonçalves & Vasco, 2001; Vasco, 2005; Vasco & Conceição, 2003). Este modelo é constituído por vários componentes e propõe teorias relativas tanto à adaptação, como à perturbação e à intervenção, que possibilitam a integração de modelos já existentes (Vasco, 2005).

De acordo com o Modelo da Complementaridade Paradigmática, uma teoria integrativa e compreensiva da psicoterapia e, especificamente, da adaptação deve ter em conta as necessidades psicológicas vitais humanas e, em particular, a questão da regulação da satisfação dessas necessidades (Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2009).

Esta investigação, realizada no âmbito do Modelo de Complementaridade Paradigmática, nasce de uma tensão que se pretende motivadora, entre a simplificação e o reconhecimento da complexidade, entre a investigação e a prática clínica.

Quando nos propomos perspetivar a psicoterapia e o processo terapêutico a partir do Bem-Estar e da adaptação, começamos também a clarificar a nossa posição enquanto estudantes do fenómeno. Estamos igualmente a assumir que nos revemos na ideia sustentada empiricamente de que os pacientes são agentes e autores, de que o

conhecimento sobre a psicoterapia deve integrar a experiência e o conhecimento dos pacientes.

Explorámos o conceito de Bem-Estar usando uma metodologia de investigação que já tinha sido usada para compreender as experiências dos clientes de psicoterapia, mas não as suas experiências relativas ao modo como a psicoterapia se relaciona com o Bem-Estar.

Centrámo-nos no mundo subjetivo dos ex-clientes, caracterizado pelas suas compreensões e significados pessoais e pelas suas interpretações dos acontecimentos psicoterapêuticos. Assim, explorámos o modo como os participantes interpretaram os contributos da psicoterapia no seu Bem-Estar, usando uma das múltiplas possíveis formas de aceder à experiência de Bem-Estar humana, através da comunicação dos significados e interpretações pessoais.

Perguntar aos ex-clientes sobre as suas experiências do modo como a psicoterapia realizada teve impacto no seu Bem-Estar, significa dar atenção à perspetiva dos clientes.

A investigação sobre as preferências dos clientes começou por ser quantitativa tendo passado posteriormente a usar metodologias qualitativas (McLeod, 2012) por forma a explorar as perspetivas e experiências dos clientes partindo da sua conceção e não das grelhas ou perspetivas do investigador.

A natureza simbólica da terapia e a importância da representação dos clientes sobre o processo foi demonstrada de um modo exemplar no estudo de Handelzalts e Keinan (2010). Neste estudo era perguntado a clientes com problemas de ansiedade que forma de terapia preferiam, entre dois dos tipos propostos. Em termos factuais foi sempre seguida a sua preferência, mas a metade dos clientes era dito que teria que ser a terapia alternativa dando aos pacientes a ideia de que a sua preferência não estava a ser cumprida. O que é interessante é que, de facto, todos os participantes receberam o tipo de terapia da sua preferência, mas aqueles a quem tinha sido dito que assim era,

tiveram melhorias mais significativas do que aqueles que julgavam que as suas preferências não tinham sido tidas em conta (Handelzalts & Keinan, 2010).

O presente estudo, sendo sobre as representações dos ex-clientes sobre a prática terapêutica em contexto real, tenta não só investigar as representações e experiências dos clientes, mas também aproximar a investigação dos práticos. Levitt, Beutler e Hill (2006) realçam a importância de conhecer aquilo que os pacientes consideram significativo na terapia, na medida em que este conhecimento pode sensibilizar os terapeutas para os processos internos dos pacientes e assim informar a tomada de decisão terapêutica.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em quatro capítulos: revisão de literatura, o estudo empírico, resultados e discussão e considerações finais.

Começamos no Capítulo 1 por fazer uma revisão teórica dos conceitos de Bem-Estar e necessidades psicológicas e, especificamente, ao modo como estes conceitos são pensados no âmbito de alguns modelos psicoterapêuticos e, nomeadamente, no Modelo de Complementaridade Paradigmática. Ainda no primeiro capítulo, na secção denominada "A centralidade do paciente no processo terapêutico", procuramos cruzar a investigação sobre variáveis do paciente e sobre a perspetiva do paciente; terminamos explicitando como nos parece que a perspetiva dos pacientes pode ser interessante para explorar a questão da relação entre a Psicoterapia e o Bem-Estar, já que os pacientes serão informantes privilegiados das suas próprias experiências subjetivas de Bem-Estar e do modo como dão sentido à experiência terapêutica.

No Capítulo 2 apresentamos o nosso estudo partindo da identificação das necessidades emergentes da revisão de literatura, para a explicitação do modo como o estudo pode contribuir para complementar o conhecimento na área do Bem-Estar, das necessidades psicológicas e da psicoterapia. Apresentamos então os objetivos do estudo e as questões de investigação. Explicitamos, em seguida, a opção metodológica que tomámos baseada na *Grounded Theory* e os instrumentos e procedimentos meto-

dológicos de recolha e análise dos dados, bem como os processos de construção da confiança e credibilidade e de uma postura ética na investigação.

No Capítulo 3 são apresentados os resultados das entrevistas e *feedbacks* dos dezasseis ex-pacientes participantes no estudo, onde se dá conta do modo como estes concebem o Bem-Estar e os efeitos da Psicoterapia no seu próprio Bem-Estar. Apresentam-se, também, as conceções dos pacientes sobre os processos psicoterapêuticos que, segundo os participantes, tiveram um maior impacto no seu Bem-Estar, bem como os contributos do cliente e do terapeuta para o processo. Por fim, apresentam-se as reflexões dos pacientes sobre o próprio processo psicoterapêutico, incluindo sugestões para os terapeutas.

Após a apresentação dos resultados segue-se a sua discussão, no Capítulo 4, no sentido de os relacionar com os da literatura referenciada e poder avançar com reflexões sobre a relação entre o Bem-Estar e a Psicoterapia, nomeadamente no quadro do Modelo de Complementaridade Paradigmática. Por último, nas considerações finais, apresentamos em síntese as conclusões do estudo, bem como algumas reflexões sobre o mesmo incluindo as suas limitações e os seus contributos para o conhecimento.

## **CAPÍTULO 1 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo de revisão de literatura daremos conta do estado da arte sobre o modo como o conceito de Bem-Estar e o conceito de “necessidades psicológicas” têm sido conceptualizados e investigados nos âmbitos da psicologia e da psicoterapia, focando-nos especialmente sobre esta última.

A questão da relação entre a psicoterapia e o Bem-Estar será abordada, quer teórica quer empiricamente, recorrendo a diversos modelos psicoterapêuticos e psicológicos, mas centrando-se no Modelo Integrativo de Complementaridade Paradigmática.

Terminamos esta revisão de literatura com uma secção onde se observa, de modo particular, a centralidade do cliente no processo psicoterapêutico, incluindo estudos sobre as variáveis do cliente e, especificamente, os estudos sobre a perspetiva dos clientes.

### **1.1. Bem-Estar e necessidades psicológicas**

#### **1.1.1. Conceito de Bem-Estar**

O conceito de Bem-Estar é um conceito fundamental no exercício profissional da Psicologia (Lent, 2004) e, de modo mais genérico, na Saúde Mental, mas também num contexto mais lato na sua relação com os diversos aspetos da vida humana (e.g. Costanza, Fisher, Ali, Beer et al., 2007; Tennant, Hiller, Fishwick, Platt et al., 2007).

A discussão sobre o Bem-Estar e a centralidade e atualidade desta discussão ultrapassa largamente o âmbito da Psicologia e é realizada nos mais variados domínios, filosófico, económico, ambiental e tem, ou pode ter, um impacto determinante na definição de políticas de saúde e de desenvolvimento.

Por exemplo, a Assembleia Geral das Nações Unidas, recentemente, acordou que “Assegurar vidas saudáveis e promover o Bem-Estar para todos, em todas as idades” como o terceiro dos “17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” propostos para os próximos 15 anos. Em 2011 a OCDE, que tem como missão fundadora desenvolver a

prosperidade económica, melhorar as perspetivas de desenvolvimento e o Bem-Estar dos cidadãos, editou um livro chamado "*How's life: measuring well-being*" (OCDE, 2011) onde apontava como indicadores de Bem-Estar: o rendimento, o emprego, as condições habitacionais, o estado de saúde, o equilíbrio entre o trabalho e os outros aspetos da vida, como a educação e as competências, as ligações sociais, a participação cívica, a qualidade ambiental, a segurança pessoal, e ainda o Bem-Estar Subjetivo<sup>1</sup>. Ainda, o mesmo conceito de Bem-Estar Subjetivo foi recentemente reconhecido como um indicador importante para julgar o valor das políticas de intervenção até no âmbito das perturbações da Saúde Mental (Fujiwara & Dolan, 2014).

Mas de que falamos quando nos referimos a Bem-Estar e a Saúde Mental? A Organização Mundial de Saúde (WHO – *World Health Organization*) definiu recentemente a Saúde Mental como um "estado de Bem-Estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade" (WHO, 2015, tradução livre). Esta definição ultrapassa em muito a definição de Saúde Mental como ausência de psicopatologia, tendo em conta o Bem-Estar e o funcionamento adaptativo, em termos individuais e sociais (Westerhof & Keyes, 2010).

No âmbito da Psicologia a questão da definição do Bem-Estar é também complexa, já que o Bem-Estar contempla uns aspetos mais ligados ao afeto e outros ao funcionamento psicológico.

Distintas perspetivas sobre a natureza humana e o viver e sobre a importância da Felicidade e do Sentido (Baumeister, Vohs, Aaker & Garbinsky, 2013) originaram distintas tradições reflexivas e investigativas sobre o Bem-Estar: a tradição eudaimónica e a tradição hedónica que têm vindo a ser sistematicamente referidas na literatura da Psicologia (Ryan & Deci, 2000; Ryff & Singer, 1998; Wong, 2011).

---

1 Sendo este último, o Bem-Estar Subjetivo, avaliado pelo nível de satisfação com a vida como um todo e uma medida da percentagem da população que refere ter a experiência de mais emoções positivas do que negativas.

Assim, também e de modo mais específico, o estudo sobre o Bem-Estar, isto é, a investigação sobre as percepções das pessoas sobre as suas experiências de vida, pode ser agrupada em duas linhas de investigação (Keyes & Magyar-Moe, 2001). A primeira investiga o Bem-Estar Emocional e tem subjacente uma perspetiva hedónica do Bem-Estar (Diener, 2000; Diener, Sapyta & Suh, 1998) e a segunda dedica-se a estudar as dimensões específicas do Funcionamento Positivo e da autorrealização e tem subjacente uma perspetiva eudaimónica do Bem-Estar (Keyes & Magyar-Moe, 2001; Ryan & Deci, 2000). De modo resumido, passa-se a descrever as duas perspetivas de investigação.

O Bem-Estar Emocional, hedónico, ou Bem-Estar Subjetivo, envolve a satisfação e interesse pela vida e ainda os sentimentos subjetivos de felicidade. Integra várias dimensões como as avaliações genéricas sobre a vida, a presença de afetos agradáveis ou eufóricos e a ausência de afetos desagradáveis ou disfóricos (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Westerhof & Keyes, 2010).

Múltiplos estudos têm demonstrado a importância do Bem-Estar Subjetivo (*Subjective Well Being* – SWB) e da sua associação com fatores culturais, interpessoais, de personalidade, cognitivos, neuronais, biológicos e genéticos (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999), sendo que um nível elevado de Bem-Estar Subjetivo parece beneficiar a saúde, a longevidade e as relações sociais (Diener, 2012). Nos últimos anos a questão dos determinantes do Bem-Estar tem assumido uma importância crescente na saúde, na personalidade e na psicologia positiva (Sheldon, Cheng & Hilpert, 2011).

A literatura sobre o Bem-Estar Subjetivo tem apontado sistematicamente para as seguintes conclusões: (a) A personalidade, assim como a satisfação das necessidades básicas, prediz o Bem-Estar Subjetivo de modo “universal”; (b) Parece haver certos preditores que são generalizáveis a todas as culturas, como o apoio social, a confiança e a competência; (c) No entanto, diferentes características de personalidade são valorizadas de modos diferentes em diferentes culturas e as pessoas que têm as características que são mais valorizadas nas suas culturas, tendem a ser mais felizes, i.e., tendem a ter um maior Bem-Estar Subjetivo (e.g. Diener, Tay & Meyers, 2011); (d) o nível de satisfação com

a vida é mutável ao longo dos anos e é dependente dos acontecimentos de vida (Fujita & Diener, 2005).

Foi sublinhada recentemente a natureza correlacional da maioria destes estudos e a complexidade dos processos conducentes ao Bem-Estar (Diener, Lucas & Scollon, 2006) para apelar a que a investigação nesta área prossiga usando múltiplos métodos, múltiplas medidas e estudos longitudinais (Diener, 2012).

Numa perspetiva eudaimónica, o Bem-Estar refere-se à possibilidade de desenvolvimento do potencial humano, tendo em conta as questões do significado e do propósito (Deurzen, 2006). Este questionamento pode ser mais dirigido ao funcionamento ótimo em termos individuais ou Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) ou ao funcionamento ótimo na sociedade a que o indivíduo pertence ou Bem-Estar Social (Keyes, 1998).

De modo mais sistemático, o estudo do Bem-Estar, na perspetiva eudaimónica, tem sido realizado no âmbito de três perspetivas de investigação: A perspetiva do Bem-Estar Psicológico de Ryff e Singer (1998); A teoria da Autodeterminação (*Self Determination Theory*) de Deci e Ryan (2000); e ainda mais recentemente a perspetiva do *Flourish* de Seligman (2011) e Waterman (2013).

O trabalho de Carol Ryff é um dos mais influentes no âmbito do Bem-Estar Psicológico, também porque o seu modelo tem na base um trabalho de revisão e de integração das teorias psicológicas primeiras, sobre o desenvolvimento ao longo da vida, o funcionamento ótimo, a autoatualização e a saúde mental positiva (Westerhof & Keyes, 2010).

De acordo com Ryff (1989) e Ryff & Keyes (1995), o Bem-Estar Psicológico é composto por 5 elementos: a Autoaceitação, definida como uma atitude positiva e aceitante em relação aos aspetos do *Self*, passados e presentes; o Propósito na vida, que se refere a possuir objetivos e crenças que afirmam um sentido e uma direção na vida; a Autonomia, que se refere a que sejam os princípios e valores sociais socialmente aceites pelo próprio a direcionar a sua vida; as Relações Positivas com os outros, referentes a

possuir um conjunto de relações pessoais satisfatórias em que a empatia e a intimidade são expressas; a Mestria sobre o ambiente ou a capacidade para lidar com o ambiente complexo de acordo com as suas próprias necessidades; e o Crescimento Pessoal definido como a consciência da pessoa em relação ao próprio potencial para o desenvolvimento.

No que diz respeito ao Bem-Estar Social e após uma análise conceptual, Keyes (1988) propõe um modelo constituído por 5 elementos, a saber: a Coerência social isto é, a capacidade de dar sentido aquilo que acontece em sociedade; a Aceitação social, ou seja uma atitude positiva em relação às outras pessoas, apesar do reconhecimento das suas limitações; a Atualização social, definida como a crença de que a comunidade tem potencial e de que pode evoluir positivamente; a Contribuição social, definida como o sentimento de que as suas atividades contribuem e são valorizadas pela sociedade e, por último; a Integração social, definida como o sentimento de pertença à comunidade.

Segundo a Teoria da Autodeterminação (*Self Determination Theory* – SDT), o Bem-Estar e o crescimento do indivíduo depende da possibilidade de se sentir ligado aos outros e ao estabelecimento de confiança e respeito mútuo com outras pessoas, ou seja de experienciar proximidade (*Relatedness*); de ter a possibilidade de escolher ter uma voz e de ser agente, ou seja de experienciar autonomia (*Autonomy*); e ainda da possibilidade de se sentir eficaz, bem-sucedido em tarefas desafiantes e capaz de atingir resultados, ou seja experienciar competência (*Competence*) (Deci & Ryan, 2000, 2008; Ryan & Deci, 2000).

Por último, e mais recentemente, mas ainda tendo por base uma perspetiva eudaimónica, Seligman (2008), no âmbito do desenvolvimento do movimento da Psicologia Positiva, propôs a existência de 5 elementos ou domínios que, em conjunto, definem o Bem-Estar ou, usando o conceito do próprio autor, o *Flourish*, a saber: as Emoções Positivas; o Empenhamo ou Compromisso (*Engagement*); o Sentido; as Relações Positivas e; a Realização (*Accomplishment*).

Não obstante a atualidade e centralidade do conceito, a necessidade de uma maior especificidade teórica e conceptual do constructo de Bem-Estar tem vindo a ser enfatizada (e.g. Jayawickreme, Forgeard & Seligman, 2012), sendo necessário ter em conta que a investigação sobre o Bem-Estar não reflete um constructo unitário ou um conjunto de literatura coesa mas, antes, um conjunto de literatura extensa e, de certo modo, conceptualmente difusa, havendo variadas perspetivas na definição, conceptualização e estudo do Bem-Estar (Lent, 2004).

Nesse sentido, Seligman (2011) enfatizou a pluralidade do constructo de Bem-Estar e Jayawickreme, Forgeard e Seligman (2012) argumentaram como necessária a distinção entre *inputs*, processos e resultados. Consideram como variáveis de *input* os recursos que possibilitam o Bem-Estar (tanto os aspetos exógenos, como a educação ou o rendimento como os aspetos endógenos, como a personalidade); como variáveis de processo os estados internos ou os mecanismos que influenciam o Bem-Estar (por exemplo: as escolhas dos indivíduos (cognições, motivos, sentimentos) e ainda como resultados, os comportamentos voluntários, valiosos intrinsecamente, e que refletem o atingir do Bem-Estar (por exemplo: relações positivas, realização). De acordo com os autores supra citados as diferentes perspetivas do Bem-Estar tendem a focar-se principalmente ou nos *inputs*, ou nos processos, ou nos resultados do Bem-Estar.

Considerando a importância dos psicólogos compreenderem o que é o Bem-Estar, o que o causa e como este pode ser aumentado ou promovido, Jayawickreme, Forgeard e Seligman (2012) chamaram ainda à atenção para que a falta de especificidade teórica e conceptual e os vários significados do termo Bem-Estar têm conduzido a consequências problemáticas neste campo de investigação.

Procurando responder a esse desafio de clarificação do constructo de Bem-Estar recentemente Henriques, Kleinman e Asselin (2014) propuseram um modelo para o Bem-Estar, partindo de uma perspetiva metateórica da Psicologia, que delineia claramente as dimensões físicas, biológicas psicológicas e sociais da existência – o *Nested Model* (NM). Este modelo propõe um mapeamento do constructo de Bem-Estar distin-

guindo 4 domínios relacionados mas separados e *aninhados* (*nested*) entre si e que têm sido alvo da investigação:

O primeiro domínio é relativo ao Bem-Estar Subjetivo que inclui o estado de Bem-Estar fenomenológico; o segundo, o domínio do funcionamento e da saúde psicológica (personalidade) e biológica do indivíduo; o terceiro, o contexto em que o indivíduo vive, contexto material, ambiental e social e, por último; o quarto domínio, que é relativo aos valores ou ideologia do avaliador já que, defendem os autores, o Bem-Estar é um conceito avaliativo e a noção que o avaliador tem da natureza do universo e a sua definição do que é uma boa vida, fornece o contexto epistemológico no qual uma avaliação do Bem-Estar individual é feita (Henriques, Kleinman & Asselin, 2014). Como é avançado por Henriques e colaboradores, o NM distingue o Bem-Estar subjetivo ou as avaliações de felicidade do constructo mais holístico de Bem-Estar e propõem que abordar o Bem-Estar, usando uma noção mais holística do conceito, implica a ponderação de vários aspetos para além da felicidade ou Bem-Estar subjetivo, nomeadamente a saúde e o funcionamento do indivíduo, a natureza do seu contexto ambiental e, ainda, os seus valores e ideologia.

Para além disso, e considerando a promoção do Bem-Estar como um objetivo maior da humanidade (Henriques & Stout, 2012), a clarificação dos diferentes domínios do Bem-Estar pode também facilitar a compreensão entre as diferentes disciplinas que discutem este conceito e a sua investigação e contribuição específica, de modo a articular os múltiplos esforços (Henriques, Kleinman & Asselin, 2014).

### **1.1.2. Conceito de necessidades psicológicas**

As teorias sobre as necessidades psicológicas têm uma longa história na psicologia, começando com McDougall (1908), Murray (1938) e Maslow (1954). O conceito de necessidades psicológicas e tentativas de explicitação de quais as necessidades psicológicas fundamentais tem sido feita em vários modelos psicoterapêuticos (e.g. Benjamin, 2003; Greenberg & Paivio, 1997; Young, Klosko & Weishaar, 2003) e noutros

modelos psicológicos (e.g. Deci & Ryan, 2000; Epstein, 1993; Maslow, 1954; Sheldon, Elliot, Kim & Kasser, 2001). No entanto, apesar do potencial integrativo, mais ou menos óbvio, do conceito de necessidades, os desacordos na conceptualização das necessidades têm atrasado a concretização desse potencial (Flanagan, 2010; Sheldon & Niemiec, 2006).

As necessidades foram conceptualizadas: (1) quer como motivos expressos, que impelem as pessoas para a busca de certos incentivos ambientais, quer como requisitos experienciais necessários ao desenvolvimento; (2) como adquiridas ao longo do processo de desenvolvimento (e.g. Murray, 1938) ou como hereditárias e produto da evolução (Hull, 1943); (3) como variáveis na sua importância para as várias pessoas (e.g. McClelland, 1985) ou como largamente invariantes (e.g. Ryan & Deci, 2000); (4) como sendo em número reduzido (e.g. as necessidades de Proximidade e de Definição do *Self*, Guisinger & Blatt, 1994) ou só uma única necessidade central (e.g. a necessidade de Pertença, Baumeister & Leary, 1995) ou como múltiplas necessidades (e.g. Sheldon & Elliott, 1999); (5) como estando todas ao mesmo nível (e.g. as necessidades de proximidade, autonomia e competência, Decy & Ryan, 2000) ou como estando organizadas hierarquicamente (e.g. Maslow, 1954; as necessidades de autoestima, certeza, afiliação e imortalidade simbólica subordinadas à necessidade de significado (Heine, Proulx & Vohs, 2006).

Em resumo, vários autores refletiram sobre as necessidades e há várias e muito diferentes teorias de necessidades e até teorias que não reconhecem a necessidade de uma teoria de necessidades (e.g. Kelly, 1955). No entanto, para o Modelo de Complementaridade Paradigmática, uma completa teoria do *Self* e da Adaptação deve integrar considerações sobre a motivação e a emoção. Nesse sentido, é partilhada a perspetiva de Epstein (1993) de um sistema cognitivo que necessita de ter um sistema motivacional.

Assumindo a importância de pensar a motivação, e uma vez que os conceitos de motivos, desejos, objetivos e necessidades lhe são circundantes, torna-se importante definir o que é uma necessidade. Dito de outro modo, que critérios têm que ser preen-

chidos para se poder concluir que uma dada necessidade é uma motivação humana fundamental?

Num esforço de integração de fôlego, Baumeister e Leary (1995) questionaram-se sobre os requisitos necessários para que uma motivação possa ser considerada uma necessidade psicológica, ou seja, uma motivação humana fundamental, e elencaram 9 critérios, que se passam a referir e que se constituíram como uma base fundamental da discussão neste âmbito.

Segundo Baumeister e Leary (1995), o primeiro critério para que um motivo se possa considerar uma necessidade é o de que esse motivo deve ter efeitos em muitas e diversas condições, ou seja, deve produzir uma amplitude de efeitos. O segundo critério é o de que a motivação deve ter consequências afetivas e o terceiro o de que deve dirigir o processamento cognitivo, sendo que ambos os critérios refletem a importância para o indivíduo dessa motivação. O quarto critério é o de que, se de facto se tratar de uma necessidade, então a sua não satisfação sistemática deve ter efeitos adversos para a saúde, adaptação e Bem-Estar do indivíduo. O quinto critério é o de que se deve orientar o comportamento tendo como objetivo a satisfação dessa necessidade. O sexto critério é o da universalidade e, o sétimo, o de que uma necessidade não é derivada de outro motivo, se o for, não pode ser por isso considerada uma necessidade fundamental. Em oitavo lugar é apontada a importância de uma necessidade afetar uma gama e variedade de comportamentos e, por último, é referida a importância de que essa necessidade influencie de modo vasto as atividades humanas, oferecendo interpretações consistentes de padrões não só psicológicos, mas também históricos, económicos ou sociológicos.

Baumeister e Leary (1995) mostram como a necessidade de Pertença (*Belonging*) é uma motivação humana fundamental que preenche todos esses critérios e que pode ser um importante ponto de partida para compreender e integrar muito conhecimento sobre o comportamento interpessoal humano. Os autores revêm múltiplas descobertas empíricas no âmbito da cognição e da emoção, da formação de ligações e sua preser-

vação e das consequências da privação, que interpretam e integram como fornecendo um consistente suporte à necessidade fundamental dos humanos para estabelecer e manter pelo menos uma quantidade mínima de relações interpessoais duradouras, positivas e significativas.

Como referido anteriormente, a Teoria da Autodeterminação (SDT – *Self Determination Theory*) enfatiza três necessidades inatas e fundamentais como condições ou nutrientes essenciais para o Bem-Estar e a integridade pessoal. A competência – inclui sentir que se é eficiente e que se controla o meio; a autonomia – sentir que as suas ações estão de acordo com os seus interesses e valores; e a proximidade – sentimentos de estar próximo e ligado a outras pessoas e de ser por elas apreciado. A satisfação destas necessidades tem vindo a ser consistentemente ligada a resultados positivos, incluindo o Bem-Estar geral e o ajustamento psicológico (Deci & Ryan, 2000).

Na SDT a definição de necessidade psicológica é de natureza funcional. Quer o indivíduo esteja, ou não, consciente de necessitar de autonomia, competência ou proximidade, o seu acesso a estas experiências vai ter um impacto na tendência do indivíduo para se desenvolver e integrar e, por isso, na sua Saúde e no seu Bem-Estar. Assim, não só os desejos conscientes não definem as necessidades como, por vezes, podem contrariar a satisfação dessas mesmas necessidades. Os valores, os desejos, os queres, não são simplesmente reflexos das necessidades, derivam da interseção entre os *inputs* culturais e as necessidades inatas (Ryan, 1995). Os diferentes contextos facilitam, ou não, a satisfação das necessidades. O Bem-Estar, para a SDT, está então dependente das oportunidades que cada indivíduo tem para experienciar autonomia, proximidade e competência (Ryan, 1995).

Para a SDT, as necessidades evoluíram como requisitos experienciais que todas as pessoas têm que satisfazer para crescerem e sobreviverem. Desse modo, as necessidades que postulam, e fundamentaram empírica e retoricamente como fundamentais, não variam muito na sua importância para diferentes pessoas, já que todas as pessoas requerem um certo número de experiências que lhes propiciem a satisfação des-

sas necessidades. A variabilidade entre indivíduos resulta do grau de satisfação dessas mesmas necessidades nas suas experiências de vida (Sheldon & Niemiec, 2006).

Nesse sentido, a investigação focou-se no modo como o Bem-Estar é afetado no preenchimento das necessidades na vida diária (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000), nas relações de vinculação (LaGuardia, Ryan, Coucheman & Deci, 2000), nos acontecimentos mais satisfatórios da vida (Sheldon, Elliot, Kim & Kasser, 2001). Não só a quantidade de satisfação das necessidades importa, como a satisfação equilibrada também afeta o Bem-Estar. Usando diversas metodologias, Sheldon e Niemiec (2006) verificaram que as pessoas que experimentavam satisfação equilibrada das necessidades de autonomia, competência e proximidade, reportavam maior Bem-Estar do que as que tinham o mesmo somatório total de Bem-Estar nas 3 dimensões mas que apresentavam uma maior variabilidade entre elas.

No entanto, segundo a proposta de Baumeister e Leary (1995), para considerar a autonomia, a competência e a proximidade como necessidades básicas seria necessário mostrar também que as necessidades têm um efeito nos comportamentos e são, nesse sentido, motivacionais. Por exemplo, quando às pessoas é induzida solidão e rejeição, as pessoas passam a prestar mais atenção às pistas sociais e às oportunidades sociais (Gardner, Pickett, Jefferis & Knowles, 2005).

Com esse intento e à luz da teoria da Autodeterminação, Sheldon e Gunz (2009) realizaram estudos que mostraram que a falta de autonomia, competência e proximidade sentida levava a um desejo correspondente de aquisição das experiências que a isso conduziam. No entanto, os estudos não mostraram que a satisfação das necessidades mudasse esse efeito motivador, contrariamente ao esperado, pela visão deficitária das necessidades e inerente à teoria. Este último aspeto pode ser, e foi, interpretado como podendo fornecer apoio a uma visão das necessidades como impulsionadoras do crescimento e otimização, ou seja mais próxima da perspetiva de Ryff (1989).

Integrando muita da investigação no âmbito da teoria da Autodeterminação, Sheldon, Cheng e Hilpert (2011), propõem um modelo geral para representar as deter-

minantes do comportamento humano, o funcionamento otimizado e o Bem-Estar, o modelo de Múltiplos Níveis de Personalidade em Contexto (MPIC – *Multilevel Personality In Context*). Tendo por base uma proposta de McAdams (1996), Sheldon, Cheng e Hilpert (2011) identificam vários níveis independentes, mas interligados na personalidade, que formam uma estrutura organizada. As necessidades psicológicas estão na base dessa estrutura constituindo o nível mais básico e universal, depois, o nível subsequente é o dos traços e disposições de personalidade; no terceiro nível estão os objetivos e os motivos, por último, o nível do *Self* e das narrativas do *Self*. A personalidade, assim definida, é concebida ainda como estando imersa nas relações sociais situadas num contexto cultural em particular. Este modelo possibilita o pensar sobre o humano de um modo holístico e integrado (Kitayama & Na, 2011).

### **1.1.3. Relação entre Bem-Estar e necessidades psicológicas**

Apesar de igualmente muito influentes, a teoria da Autodeterminação e o modelo de MPIC, por um lado, e o Modelo de Ryff, por outro, abordam a questão do Bem-Estar de um modo distinto e cujas semelhanças e diferenças passamos a sublinhar.

Ambos os modelos encontram componentes empiricamente fundamentados para os seus pressupostos que, considerados no seu sentido lato, coincidem ou são consistentes entre si, nos elementos que se relacionam com o Bem-Estar. Todas as três necessidades da SDT, a proximidade, a competência e a autonomia estão contidas em elementos do modelo de Ryff respectivamente, nos elementos de Relações positivas com os outros, Mestria e Autonomia.

No entanto, o modelo de Ryff (1989) elenca três elementos que não estão incluídos na SDT a saber, a Autoaceitação, o Propósito na Vida e o Crescimento Pessoal. A diferença que nos importa agora sublinhar é a respeitante ao modo como os dois grupos de modelos, para os quais é tão diverso o suporte empírico e a elaboração teórica, definem esses condicionantes do Bem-Estar. A autonomia, competência e proximidade são conceptualizadas como necessidades básicas e universais, que fundam a persona-

lidade na SDT, mas podem também ser conceptualizadas como três dimensões potenciais do Bem-Estar eudaimónico, ou seja, conceptualizadas como valores e objetivos que orientam e definem o *Self* (Kitayama & Na, 2011).

Tentando integrar a perspetiva hedónica e eudaimónica do Bem-Estar, Tay e Diener (2011) examinaram a associação entre a satisfação das necessidades psicológicas e o Bem-Estar Subjetivo, distinguindo a avaliação da vida, sentimentos positivos e sentimentos negativos, uma vez que essa distinção se tem demonstrado relevante (Kahneman, 1999). As necessidades avaliadas foram as necessidades básicas de comida e abrigo; de segurança; de amor e suporte social; de sentir-se respeitado e orgulhoso; de competência; e de autodireção e autonomia. Tay e Diener (2011) referem que estas necessidades resultam de uma revisão das teorias anteriores e dos constrangimentos relativos às medidas que foram usadas no *Gallup World Pool*, não havendo um mapeamento perfeito, mas o possível, entre as medidas e as categorias. Tay e Diener (2011) concluem que há necessidades universais que são preditores do Bem-Estar subjetivo e que as necessidades se relacionam de modos distintos com os diferentes tipos de Bem-Estar: As necessidades de SDT, proximidade, autonomia e competência relacionaram-se, de acordo com o previsto pela teoria, com o Bem-Estar Subjetivo, mas apresentaram uma maior relação com os sentimentos positivos e negativos, do que com a avaliação da vida. De modo geral, os resultados apontam para a existência de certas relações entre necessidades e Bem-Estar em todo o mundo, no entanto é importante considerar que certas culturas enfatizam algumas necessidades mais do que outras, levando a certas diferenças nos padrões das relações entre as necessidades e o Bem-Estar.

Assim a falta de satisfação das necessidades pode provocar sentimentos negativos elevados, mas a satisfação das necessidades não é suficiente para uma elevada avaliação da vida.

Este estudo de Tay e Diener (2011) também aponta para a independência das várias necessidades uma vez que a satisfação de uma necessidade promove Bem-Estar

independentemente de as necessidades mais básicas estarem ou não satisfeitas. No entanto fornece também algum suporte à teoria hierárquica e ao modelo de Maslow (1954), já que as pessoas tendem a satisfazer primeiro as necessidades mais básicas de abrigo e segurança. Por último, este estudo mostra como a sociedade em que se vive tem um impacto importante na satisfação das necessidades básicas e de segurança, mas uma relação muito mais modesta com a satisfação das necessidades psicossociais, o que permite concluir da importância de melhorar as sociedades em que os indivíduos vivem para aumentar a qualidade de vida.

Este estudo apoia empiricamente a visão de Ryan e Deci (2000) e Ryff e Keyes (1995) que sustentam que o Bem-Estar Psicológico deve incluir considerações sobre se as necessidades estão satisfeitas e não só sobre o Bem-Estar Subjetivo.

Tay e Diener (2011) concluem que as teorias de necessidades que hipotetizam a existência de necessidades universais que não são substituíveis umas pelas outras são suportadas por estes resultados já que há evidências quer da sua universalidade quer da sua independência. Segundo os autores, as necessidades tendem a ser satisfeitas numa determinada ordem, no entanto, a ordem em que são atingidas não influencia o Bem-Estar subjetivo grandemente e assim os humanos parecem conseguir encontrar felicidade ao tentarem satisfazer algumas necessidades tendo outras já satisfeitas. Como a satisfação na sociedade das necessidades básicas tem o seu efeito independente da satisfação das necessidades do indivíduo parece ser benéfico viver numa sociedade em que as outras pessoas têm as suas necessidades satisfeitas. Por último os fatores individuais parecem estar mais associados com a satisfação das necessidades psicossociais, enquanto que as sociedades explicam mais a satisfação das necessidades básicas.

No que diz respeito à relação entre o Bem-Estar o *Distress*, níveis mais elevados de Bem-Estar subjetivo têm vindo a ser associados a uma menor incidência de perturbações do Humor (Lewinsohn, Redner, & Seeley 1991) e de depressão e suicídio (Rebellion, Brown, Keyes, 2000) já que baixos níveis de Bem-Estar social (especificamente de

integração social e contribuição social) se mostraram possíveis fatores de risco para o suicídio. Num estudo longitudinal com gêmeos, Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Antikainen, Hintikka, Laukkanen, Honkalampi, e Viinamäki (2001) verificaram que uma baixa satisfação com a vida, relativa às facetas de interesse pela vida, felicidade, facilidade de viver e sentimentos de solidão, era um preditor causal do suicídio.

No que diz respeito à satisfação das necessidades psicológicas e o Bem-Estar e o *Distress* pode-se afirmar que há alguma evidência que aponta no sentido de que a satisfação das necessidades básicas está associada ao Bem-Estar, ao estado de espírito positivo e à vitalidade psicológica, e negativamente associado com o estado de espírito negativo ou sintomas ansiosos.

No âmbito da investigação sobre a SDT alguns estudos visaram a relação entre as necessidades e o *Distress*. No já citado estudo de Reis, Sheldon, Gable, Roscoe e Ryan (2000) não só a autonomia, competência e proximidade de um grupo de estudantes se mostraram associadas positivamente com o estado de espírito positivo e com o sentimento de estar física e mentalmente vigoroso e atento, mas também a necessidade de competência, se mostrou negativa e significativamente associada com o estado de espírito negativo e com a sintomatologia.

A satisfação das necessidades psicológicas básicas mostrou-se positivamente associada com um nível superior de autoestima mas negativamente associada com a sintomatologia ansiosa, em duas populações de trabalhadores culturalmente distintas, no estudo de Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov e Kornazheva (2001).

Um estudo que aborda o papel das necessidades psicológicas fundamentais, como definidas pela SDT, na vergonha, depressão e solidão, entendidos como indicadores de *Distress*, foi realizado por Wei, Shaffer, Young e Zakalik (2005). Os autores partiram da avaliação da vinculação e verificaram que as necessidades psicológicas mediavam a relação entre padrões de vinculação específicos e o *Distress*. Se por um lado, as necessidades psicológicas mediavam apenas parcialmente a relação entre a vinculação

ansiosa e a vergonha, a depressão e a solidão; por outro, mediavam completamente a relação entre a vinculação evitante e a vergonha, a depressão e a solidão.

Pode-se pensar o *Distress* e o Bem-Estar como extremos de uma única dimensão ou como duas dimensões correlacionadas mas independentes. No entanto, e partindo do ponto de vista do Modelo de Complementaridade Paradigmática, olhamos para a saúde mental como associada mas não sinónima de Bem-Estar. Nesse sentido, Westerhof e Keyes (2010), partindo de uma perspetiva psicológica do desenvolvimento ao longo da vida, verificam que um mesmo grupo etário pode ter simultaneamente um alto valor de saúde mental e um alto valor de doença mental, o que parece ser difícil de interpretar à luz de um modelo unidimensional.

Quando nos situamos numa perspetiva eudaimónica do Bem-Estar e tentamos compreender o humano considerando as necessidades como motivos adaptativos e conducentes ao Bem-Estar, a questão que se coloca é a de como é que se explica então que as pessoas foquem as suas energias de modo mal adaptativo e que não conduz à satisfação das necessidades básicas e ao Bem-Estar?

É de sublinhar que esta questão só se coloca numa visão das necessidades como positivas, já que quando se consideram como necessidades também necessidades negativas (e.g. as necessidades tóxicas; Greenberg, 2012) esta questão está automaticamente respondida.

De acordo com a SDT, as necessidades são requisitos experienciais e não motivos comportamentais. Porque não há *a priori* nenhuma relação entre o comportamento motivado e a resultante satisfação da necessidade, as pessoas podem por vezes perseguir os objetivos errados ou seja, os que não vão ao encontro das suas necessidades (Sheldon & Niemiec, 2006) e por outro lado, nem todo o atingir de objetivos é igualmente satisfatório para a satisfação de necessidades e de Bem-Estar (Ryan, Sheldon, Kasser & Deci, 1996).

Uma outra possibilidade a florada é a de que as pessoas se acostumam a um nível típico de experiência de satisfação de necessidades relevantes (Decy & Ryan, 2000;

Sheldon & Gunz, 2009), o que introduz a ideia de alguma flexibilidade em termos de diferenças individuais, já que a história de vida gera expectativas individuais adaptadas a essa experiência.

De acordo com Decy e Ryan (2000), viver sistematicamente em condições não favoráveis ou seja, num ambiente excessivamente controlador, desafiante ou rejeitante, pode criar uma distorção dos processos de adaptação de tal modo que esses vão ser suplantados por outros alternativos, com o intuito da autoproteção. Apresentam como exemplos de processos compensatórios para as necessidades não preenchidas, os processos de compartimentação ao invés de integração, o de cuidar apenas dos interesses do próprio com indiferença face aos outros ou a atividade antissocial. No entanto, estes aspetos não são desenvolvidos pelos autores e o pressuposto básico é o de que, a adaptação é a resposta normal à provação das necessidades e apenas em casos em que as tentativas de se adaptar foram repetidamente frustradas, é que podem acontecer esses processos de acomodação.

Também para Baumeister e Leary (1995), que consideram a necessidade humana de pertença como fundamental, as dificuldades psicológicas podem ser o resultado de percepções de ameaças aos laços sociais. Como mostram e exemplificam, muitos problemas como a ansiedade, a depressão ou problemas interpessoais podem ser interpretados como o produto de tentativas repetidas e falhadas de satisfação da necessidade de pertença e olhando para muitos comportamentos desajustados estes podem ser compreendidos quer como tentativas desesperadas de estabelecer e manter relações, quer como a falta de objetivos e de frustração se tal não acontece. Mais do que isso, os autores avançam ainda a possibilidade de que o apoio social percebido possa funcionar como um esquema e, como tal, condicione o processamento da informação social.

Quer Baumeister e Leary (1995), quer Sheldon e Niemiec (2006) antecipam possíveis implicações das suas teorias para a intervenção terapêutica ponderando intervenções que tenham como objetivo aumentar a satisfação das necessidades respectivas propostas por cada um dos modelos.

## **1.2. Psicoterapia e Bem-Estar**

A relação entre o Bem-Estar e a Psicoterapia pode ser equacionada de diferentes formas. Apesar de alguns estudos mostrarem como o Bem-Estar Subjetivo pode contribuir para o resultado positivo da psicoterapia (Barkham, Rees, Stiles, Shapiro, Hardy & Reynolds, 1996; Callahan, Swift & Hyan, 2006; Kopta, Howard, Lowry & Beutler, 1994), a relação entre psicoterapia e Bem-Estar, que nos interessa aprofundar, diz respeito ao modo como a psicoterapia pode promover ou aumentar o Bem-Estar, considerando que a psicoterapia bem-sucedida deve conduzir a aumento do Bem-Estar.

### **1.2.1. O Bem-Estar como resultado da psicoterapia**

Decorrente de um modelo médico de compreensão, a investigação sobre o impacto da psicoterapia focou-se maioritariamente no impacto sobre a redução de sintomas e limitações do funcionamento, incluindo limitações interpessoais, cognitivas e sociais (Derogatis, 1982;1993).

A relação entre a psicoterapia e o Bem-Estar e, especificamente, a investigação sobre o Bem-Estar como resultado da Psicoterapia só mais recentemente começou a ser investigada. Esta investigação tem sido feita integrando, nos sistemas de avaliação dos resultados, medidas que avaliam, para além do impacto da psicoterapia nos sintomas e funcionamento, o Bem-Estar ou algumas das dimensões do Bem-Estar (e.g. *Outcome Rating Scale – ORS*; Miller, Duncan & Hubble, 2005; *Treatment Outcome Package*; Kraus & Castonguay, 2010; *Clinical Outcome Routine Evaluation-PC*; Barkham, Mellor-Clark, Connell, Evans, & Margison, 2010).

Cabe aqui referir que alguma investigação sobre o impacto da psicoterapia no Bem-Estar e em populações clínicas (e.g. Ho, Nopoulos, Flaum, Arndt & Andreasen, 1998) foi feita no âmbito de estudos focados sobre o conceito de Qualidade de Vida. Não estando sempre claras as definições, alguns autores usam os termos Qualidade de Vida e Bem-Estar de modo indiferenciado, não parecendo haver um consenso no que

diz respeito à definição do conceito Qualidade de Vida e à sua relação com o conceito de Bem-Estar.

A avaliação genérica da experiência humana tem sido comumente apelidada de Qualidade de Vida (*Quality Of Life – QOL*). No entanto, o conceito Qualidade de Vida parece integrar quer dimensões, quer medidas, que se referem a vários e distintos aspectos, objetivos e subjetivos, do funcionamento físico, social e emocional (Gladis, Goschi, Dishuk, & Crits-Cristoph, 1999). Nesse sentido, o Bem-Estar pode ser perspectivado como um dos vários indicadores da qualidade de vida, como o apoio social, o nível de vida ou o estado de saúde, refletindo as origens diversas, da sociologia à medicina, da investigação sobre a qualidade de vida (Lent, 2004).

Os julgamentos da qualidade de vida são complexos e refletem um sistema fluido e dinâmico. A qualidade de vida, num dado momento do tempo, resulta da avaliação de alguém sobre o grau em que cada uma das suas necessidades é identificada e atingida e da importância dessa necessidade para essa pessoa, ou para o seu grupo, ou para outros grupos significativos ou respeitados (Costanza, Fisher, Ali, Beer, et al., 2006).

As melhorias na Qualidade de Vida ou no Bem-Estar podem ser perspectivadas como um subproduto da melhoria dos sintomas ou da resolução de problemas ou, mais do que isso, as experiências de satisfação e vivência positiva podem ser pensadas como constituintes do processo de mudança implícito na psicoterapia (Crits-Christoph, Gibbons, Ring-Kurtz, Gallop, et al. 2008), da disfuncionalidade para a funcionalidade, da patologia para normalidade, do sofrimento para o Bem-Estar.

Alguns autores estudaram a qualidade de vida ao longo da psicoterapia focando-se não só nas mudanças sintomáticas, limitações e impedimentos (e.g. Gladis et al., 1999), mas também na qualidade de vida positiva. O Programa *Treatment for Depression Collaborative Research* mostrou que a existência de aspectos positivos da experiência do paciente, como sentimentos de Bem-Estar e sentimentos de que são capazes de lidar com a situação, predizia o estado dos pacientes no momento de *follow-up* mais do que os valores obtidos na própria sintomatologia depressiva (Elkin, Ainbinder, Park

& Yamaguchi, 2006). Outro estudo longitudinal (Crits-Christoph et al., 2008), com pacientes diagnosticados com vários tipos de perturbações e a fazerem vários tipos de terapia (no qual, a qualidade de vida era avaliada no início, no fim da terapia e passados 6 e 12 meses), mostrou que a qualidade de vida melhorou moderadamente ao longo da terapia, tendo os ganhos sido mantidos no *follow-up*. No entanto, o grau de mudança e o grau da qualidade de vida variavam consideravelmente em função do tipo de perturbação. Este estudo mostrou ainda correlações modestas entre a qualidade de vida, as mudanças sintomáticas e o funcionamento interpessoal, tendo-se focado na avaliação da qualidade de vida positiva em vários domínios.

### ***Phase Model of Psychotherapy Outcome***

Um modelo que aborda diretamente a questão do impacto da Psicoterapia no Bem-Estar é o Modelo das Fases – *Phase Model of Psychotherapy Outcome* proposto por Howard, Lueger, Maling e Martinovich (1993) e que considera o Bem-Estar como um dos resultados esperados da Psicoterapia. Este modelo estabelece uma melhoria progressiva e sequencial ao longo da terapia, que geralmente se inicia com a melhoria no Bem-Estar subjetivamente experienciado, seguido da redução da sintomatologia ocorrendo, por fim, as melhorias no funcionamento. Assim, o modelo postula 3 fases: a primeira denominada de Remoralização, a segunda de Remediação e a terceira de Reabilitação.

Sempre de acordo com os autores Howard, Lueger, Maling e Martinovich (1993), a fase de Remoralização corresponde à fase de estabelecer a relação terapêutica e de criar esperança no cliente, o que leva a um maior Bem-Estar. De acordo com os autores, o Bem-Estar subjetivo aumenta devido a fatores dos processos terapêuticos que exercem a sua influência até mesmo antes do processo formal ter início, por exemplo, com a marcação da consulta ou noutros contextos não psicoterapêuticos, como em situações de aconselhamento ou na medicação. Na segunda fase do modelo – a Remediação, a terapia foca-se na resolução dos problemas de vida ou dos sintomas dos pacientes, ou

em ambos. Nesta fase a terapia facilita a mobilização dos estratégias de *coping* dos pacientes e/ou o encorajamento de uso de melhores estratégias de *coping* (e.g. treino de assertividade, dessensibilização sistemática, interpretação para compreensão adaptativa ou reflexão empática para promover as condições de sentir-se válido. Ao chegar à última fase – a Reabilitação, muitos pacientes desistem da terapia devido ao alívio sintomático já conseguido na fase anterior e alguns pacientes decidem não continuar o processo. No entanto, alguns continuarão o processo, considerando que o problema que os trouxe à terapia tem sido recorrente nas suas vidas e que podem ser o resultado de padrões persistentes que são mal adaptativos e que dificultam o atingir dos objetivos de vida (e.g. ter uma relação duradoura e significativa). Nesta fase da terapia são trabalhados os padrões e o estabelecimento de novas maneiras de lidar com vários aspectos do *Self* e da Vida, entrando muitos pacientes num processo terapêutico de longo prazo com vista a encontrar um melhor modo de funcionar.

Este modelo, suportado empiricamente por Howard, Lueger, Maling e Martinovich (1993) e por estudos posteriores (e.g. Budge, Owen, Kopta, Minami, Hanson & Hirsch, 2013; Kopta, Howard, Lowry & Beutler, 1994), propõe o Bem-Estar Subjetivo como um dos resultados iniciais e esperados da psicoterapia, que é conseguido logo nas primeiras sessões na fase de Remoralização e através da mobilização da esperança dos pacientes. É importante sublinhar que este modelo das fases se refere apenas e unicamente a um tipo de Bem-Estar, o Bem-Estar Subjetivo, como resultado esperado da psicoterapia.

É interessante verificar que os autores consideram que essa Remoralização ou aumento do Bem-Estar Subjetivo possa ser, nalguns casos, suficiente para permitir a mobilização dos recursos de *coping* dessa pessoa, de um modo que lhe permita resolver a situação e não necessitar de mais intervenção formal ou psicoterapêutica (ver também Talmon, 1990).

### **1.2.2. Psicoterapia do Bem-Estar**

Nos últimos anos, e dentro do movimento mais geral da Psicologia Positiva, têm crescido as intervenções e investigações relativas a métodos ou atividades intencionais, com o objetivo de cultivar o Bem-Estar de modo mais direto, na apelidada Psicoterapia Positiva (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Estes tipos de estratégias terapêuticas são centrados no aumento de sentimentos, comportamentos ou pensamentos positivos, com vista a desenvolver os recursos de cada pessoa.

A investigação sobre o impacto da psicoterapia positiva no Bem-Estar tem tido resultados contraditórios. Por exemplo, alguns estudos mostraram que a terapia do Bem-Estar para indivíduos deprimidos, quer seja feita em formato individual quer grupal (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, et al., 2005; Seligman et al., 2006), aumenta o Bem-Estar e diminui os sintomas depressivos. Já outros (e.g. Froh, Sefick & Emmons, 2008) verificam que não há diferenças entre esse tipo de intervenção e a não intervenção ou o placebo.

Uma meta análise de 51 intervenções da Psicologia Positiva (Sin & Lyubomirsky, 2009) mostrou o impacto destas no aumento do Bem-Estar e na melhoria dos sintomas depressivos sublinhando, ainda, a importância de fatores como a motivação, o tempo da intervenção, a idade dos pacientes e o grau de depressão na dimensão desse impacto.<sup>2</sup>

Na reflexão sobre estes resultados importa considerar que nesta meta análise são agrupadas intervenções muito variáveis, sendo consideradas igualmente: a Terapia do Bem-Estar (e.g. Fava et al., 2005), centrada nas dimensões de Bem-Estar propostas por Ryff (1989), e intervenções específicas centradas no Perdão (e.g. Freedman & Enright, 1996) ou na *Mindfulness* (e.g. Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007), sendo que nem todos são intervenções psicoterapêuticas, pois muitas das intervenções avaliadas foram autoadministradas (e.g. Rashid, Anjum & Lennox, 2006, cit. in Sin & Lyubomirsky, 2009).

---

<sup>2</sup> Nesta meta-análise o “tamanho do efeito” é de 30%, enquanto que o da psicoterapia, em geral, é de 70% a 80%.

Um outro aspeto que importa sublinhar é que, na maioria dos casos, estas intervenções excluem estratégias e modelos de compreensão e intervenção centrados na perturbação e no sofrimento e que têm sistematicamente vindo a ser demonstradas como eficazes e eficientes. No entanto, é importante referir que algumas destas estratégias são propostas como complemento às intervenções psicoterapêuticas mais dirigidas à perturbação (e.g. Fava & Ruini, 2003).

A Terapia do Bem-Estar (*Well-Being Therapy – WBT*) foi concebida inicialmente como um suplemento à Terapia Cognitiva no tratamento da fase residual da depressão major, com o objetivo de promover um conjunto de experiências positivas, como forma de prevenção da recaída, tendo-se mostrado eficaz na prevenção da recaída num período superior a 6 anos (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi, 2004).

Esta terapia específica, desenhada para aumentar o Bem-Estar e a resiliência, tem vindo a ser progressivamente aplicada e validada também como complemento da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com perturbação da ansiedade generalizada (Ruini & Fava, 2009) e perturbação ciclotímica (Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi & Grandi, 2011). Fava e Tomba (2009) argumentam e apresentam suporte empírico de que a resiliência e o *Flourishing* podem ser promovidos através de intervenções específicas para aumentar o Bem-Estar, nas dimensões propostas por Ryff e Singer (1996) anteriormente referidas, a saber: o sentimento de autodeterminação; o sentimento de ser capaz de lidar efetivamente com a vida; a crença de que a vida tem sentido e propósito; o sentimento de crescimento e desenvolvimento continuado; a avaliação positiva de si próprio e ainda; o desenvolvimento de relações de qualidade com os outros. Assim a Terapia do Bem-Estar usa explicitamente uma perspetiva eudaimónica do Bem-Estar psicológico (Ryff, 2014). De acordo com Fava e Tomba (2009), a Terapia do Bem-Estar dirige-se aos fatores etiológicos que limitam a capacidade de adaptação e desenvolvimento, promovendo o aumento da resiliência e da capacidade de recuperação dos pacientes.

No seu conjunto, os estudos sobre a *Well-Being Therapy* apontam para a importância de se considerar a recuperação dos pacientes de um modo mais lato do que apenas a diminuição da sintomatologia, já que mostram que a experiência de Bem-Estar psicológico é também importante pois está associada com a possibilidade de prevenção das recaídas. Este tipo de terapia propõe realizar aquilo que nos parece ser um objetivo geral de toda a psicoterapia de um modo mais dirigido, direcionado e desenhado especificamente para promover o Bem-Estar Psicológico.

### **1.2.3. Modelos Psicoterapêuticos e integrativos de necessidades psicológicas**

Um modelo de necessidades a partir de modelos psicoterapêuticos e integrativos é proposto por Epstein (1987, 1993). Epstein revê as teorias que dão um peso considerável às influências emocionais e motivacionais no processamento cognitivo e verifica que estas enfatizam diferentes motivos psicológicos, a saber: O princípio do prazer, a autoestima, a proximidade e a coerência.

Epstein (1987) considera que essas 4 necessidades ou motivos básicos, propostos anteriormente por diferentes teóricos, são igualmente importantes não havendo razão para sobrepor uns motivos a outros e por isso integra esses quatro motivos no seu modelo. Para o autor, a adaptação efetiva requer um equilíbrio e um compromisso entre os quatro diferentes motivos. Segundo o seu modelo, é da frustração sistemática de qualquer uma das necessidades e da incapacidade de manter um equilíbrio entre elas que resultam as emoções disfóricas (Epstein, 1993).

Um outro modelo psicoterapêutico integrador é proposto por Blatt (2007; 2008). O autor identifica duas dimensões psicológicas fundamentais da experiência humana – a proximidade interpessoal e a definição do *Self*, que cada pessoa enfrenta ao longo da vida, como dois desafios fundamentais ao desenvolvimento. O desafio de estabelecer e manter relações interpessoais recíprocas, significativas e satisfatórias – *Relatedness* ou a proximidade; o desafio de estabelecer e manter um sentimento de si mesmo que seja coerente, realista, diferenciado integrado e essencialmente positivo – *self-definition*, a

definição do próprio *Self*. De acordo com Blatt (Guisinger & Blatt, 1994), foram várias as teorias que enfatizaram e se focaram num ou noutro processo, mas apenas algumas enfatizaram o desenvolvimento paralelo de ambos os desafios.

A referência a este modelo não tem como objetivo explorar a profundidade do pensamento, argumentação e suporte empírico para essas duas dimensões, nem perceber como elas se articulam ao longo das etapas do desenvolvimento, mas apenas sublinhar um aspeto específico deste modelo e que é o modo como o autor relaciona entre si essas duas dimensões.

A relação entre as dimensões Definição do *Self* e Proximidade interpessoal, no desenvolvimento da personalidade, vão muito além de um desenvolvimento equilibrado das duas dimensões ou até de uma integração das duas dimensões na idade adulta. Para Blatt (2007), entre as duas dimensões há uma interação e uma tensão dinâmica e sinérgica ao longo de toda a vida, de modo que o desenvolvimento de uma das dimensões facilita reciprocamente o desenvolvimento da outra dimensão. Assim, um *Self* progressivamente mais maduro possibilita o desenvolvimento das relações interpessoais e, também, o desenvolvimento de relações interpessoais progressivamente mais maduras facilita o desenvolvimento do *Self* (Blatt & Blatt, 1996). Este aspeto do modelo é aqui sublinhado porque, como se verá adiante, a noção de polaridades dialéticas é também usada no âmbito do Modelo de Complementaridade Paradigmática, modelo orientador do presente estudo.

Um modelo que faz a articulação entre o conceito de necessidades psicológicas e o processo de psicoterapia, de modo explícito e integrador, é o modelo proposto por Young, Klosko e Weishaar (2003).

A Terapia dos Esquemas (*Schema Therapy*, Young, Klosko e Weishaar (2003), uma terapia integrativa, foi desenvolvida por Young e colegas para responder especificamente aos problemas dos pacientes com perturbações crónicas e perturbações da personalidade. O modelo terapêutico define um conjunto de necessidades psicológicas fundamentais não satisfeitas como estando na origem de esquemas disfuncionais

ou esquemas mal adaptativos precoces. Um esquema Mal Adaptativo Precoce (*Early Maladaptive Schemas – EMS*) é um padrão ou tema alargado e pervasivo, que é composto por memórias, emoções, cognições e sensações corporais, que diz respeito ao *Self* e às relações do *Self* com os outros, que foi desenvolvido durante a infância ou a adolescência, continuando a ser elaborado ao longo da vida, e que é significativamente disfuncional. Segundo os autores estes esquemas resultam das necessidades emocionais básicas não terem sido satisfeitas durante a infância (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012).

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2003) as necessidades básicas dos seres humanos são: A necessidade de relações seguras que incluem as necessidades de segurança, estabilidade, *nurture* e aceitação; a necessidade de autonomia, competência e sentimento de identidade; a necessidade de ter liberdade para expressar necessidades válidas e emoções; a necessidade de espontaneidade e de brincar; a necessidade de ter limites realistas e de autocontrole.

Segundo os autores essas necessidades são universais embora seja proposto que alguns indivíduos tenham necessidades mais fortes do que outros. Um indivíduo psicologicamente saudável é alguém que consegue satisfazer as suas necessidades emocionais básicas através do autocuidado e de relações próximas e adaptativas com os outros (Young et al., 2003). É da interação entre o temperamento inato da criança e o ambiente precoce que resulta a satisfação ou a frustração sistemática dessas necessidades, pelo que um dos objetivos da terapia dos esquemas é ajudar os pacientes a encontrar formas adaptativas de conseguir preencher as suas necessidades emocionais básicas. A psicoterapia proposta ajuda o paciente a identificar as necessidades não satisfeitas ou as experiências não vividas na infância, criando as oportunidades para as trabalhar dentro da relação terapêutica, naquilo que os autores chamam de "*Limited reparenting*" bem como de um outro conjunto de estratégias específicas (c.f. Masley et al., 2012). Os autores (Young et al., 2003) referem, em nota de rodapé, que a sua lista de

necessidades deriva quer de teorias de outros autores, quer da sua observação clínica, e que não foram empiricamente testadas.

É no âmbito da prática da Terapia Cognitiva e Terapia dos Esquemas (*Schema Therapy*) que Catherine Flanagan (2010) desenvolve um trabalho integrador e sistemático de reflexão sobre o constructo de necessidades psicológicas na prática clínica. A autora examina o potencial para uma perspectiva baseada nas necessidades nos campos da terapia cognitiva e dos esquemas e sugere que as necessidades psicológicas têm um novo, vibrante e unificador papel a desempenhar na psicoterapia contemporânea como um todo.

Flanagan (2010) descreve um modelo adaptativo de necessidades humanas e as suas implicações para a terapia. Começa por rever as teorias cognitivas e o porquê das necessidades não terem sido aí incluídas e, depois, propõe, baseada nos aspetos da etologia humana, uma grelha teórica, que pode ser usada para avaliar seis candidatos a necessidades e que emergiram no contexto da sua prática clínica. Segundo a proposta da autora, as intenções têm uma natureza ativa e impulsionadora da atividade psicológica, são mecanismos motivadores e organizadores e não são diretamente acessíveis, mas podem ser inferidas a partir dos comportamentos orientados para um determinado objetivo e a partir dos modos habituais de funcionamento.

Para Flanagan (2010), os 6 candidatos a necessidades fundamentais são: a necessidade de Desejabilidade, isto é, de admiração externa, respeito, *status*, validação, popularidade, autoestima; a necessidade de Conexão, ou seja, de vinculação, proteção, relacionamentos, empatia, cooperação, amor, pertença; a necessidade de Autonomia, isto é, de independência, identidade, separação, autossuficiência, autodefinição, privacidade; a necessidade de Estabilidade ou seja de consistência, continuidade, rotina, previsibilidade, base estável, segurança, permanência, solidez, constância; a necessidade de Mudança, isto é, de excitação, novidade, estimulação, inspiração, inovação, originalidade; a necessidade de Autocompreensão, isto é, de equilíbrio interno, autoco-nhecimento, valia interna, autoaceitação, consistência no autoconceito, invisibilidade,

autorreflexão. A autora elabora sobre a possibilidade de que as seis necessidades se possam ligar entre si em 3 pares significativos. A desejabilidade e a autocompreensão; a autonomia e a conexão e; a mudança e a estabilidade têm entre si relações próprias que são descritas como tensas, antagónicas ou conflituosas, mas que também podem ser complementares.

De acordo com Flanagan (2010), as necessidades não satisfeitas contribuem para os problemas psicológicos crónicos e, conseqüentemente, uma perspetiva baseada nas necessidades pode ser eficaz no seu tratamento. De uma perspetiva clínica, a autora refere que parece haver uma relação inversa entre a eficácia e a visibilidade do esforço em equilibrar as suas necessidades, postulando uma relação direta entre as necessidades e os modos. Assim, a autora propõe que quanto mais um determinado modo (que tem componentes cognitivas, comportamentais emocionais) é eficaz, mais rapidamente a necessidade fica satisfeita. Inversamente, se um determinado modo não funciona para satisfazer uma determinada necessidade, então ela continua a motivar diferentes e alternativas estratégias ou modos, tornando-se por isso mais visível. Ligando à ideia de *coping skills* (Young et al., 2003) para Flanagan (2010) as necessidades frustradas resultam em padrões resistentes de supercompensação e evitamento. Contrariamente à flexibilidade e fluidez das adaptações saudáveis, há nos indivíduos com esquemas mal adaptativos um conjunto de modos autoderrotistas sistematicamente ativos. Estes modos não só falham em conseguir a satisfação da necessidade que perseguem, mas podem também por em risco outras necessidades no processo. Por esta razão, a autora argumenta que o contexto clínico pode fornecer exemplos relevantes.

Flanagan (2010) esboça um modelo de terapia baseado nas necessidades, indo mais longe que as propostas de Young e colaboradores (2003). A autora afirma a importância e primazia das necessidades na compreensão do comportamento humano e, nesse sentido, vai ao encontro da proposta de Sheldon (Sheldon, Cheng & Hilpert, 2011). Sublinha a natureza adaptativa e proativa das necessidades e considera que as necessidades são mecanismos causais adaptativos. A autora considera, ainda, que muitos

casos de má adaptação são o resultado de necessidades não satisfeitas na infância. Como os Modos crónicos disfuncionais impedem as pessoas de satisfazer as suas necessidades e perpetuam a patologia subjacente, segue-se que os problemas crónicos, incluindo as perturbações de personalidade, podiam ser mais eficazmente tratadas se estas necessidades fossem diretamente almejadas.

Ainda Flanagan (2010) esboça alguns modos de intervenção psicoterapêutica focados no seu modelo de necessidades: Primeiro, ajudar os clientes a compreender a dinâmica dos seus esforços autoderrotistas para lidar com as situações. Para tal, há que mapear as ligações, específicas em cada indivíduo, entre as necessidades não satisfeitas, os Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMS) e os Modos que os suportam e mantêm. Segundo, desenvolver Modos que sejam eficazes para satisfazer as necessidades, implementando esta mudança através de duas estratégias: o *Limited Reparenting* (Young et al., 2003 já referido) e a mudança dos Modos. A perspetiva da autora é a de que é heurístico, enquanto terapeuta, colocar-se na perspetiva de que todos os Modos podem de certa maneira ser úteis para satisfazer necessidades num nível apropriado de intensidade e que as formas habituais de um paciente lidar com a vida podem ser utilizadas numa versão mais saudável, menos intensa ou mais flexível.

#### **1.2.4. O Modelo de Complementaridade Paradigmática**

De acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) os objetivos da psicoterapia são os de aliviar o sofrimento e de regular e transformar a disfunção emocional; o de aumentar os graus de liberdade ou a capacidade para fazer escolhas de modo independente; o de aumentar da resiliência; facilitar o reconhecer, aceitar, experienciar e agir de acordo com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas vitais, mas também o de promover a capacidade para estabelecer, manter, monitorizar e reparar um sentimento de Bem-Estar (Vasco, 2009).

O Modelo de Complementaridade Paradigmática, que tem vindo a ser desenvolvido na última década (Conceição & Vasco, 2002; Gonçalves & Vasco, 2001; Vasco,

2005; Vasco & Conceição, 2003), tem na sua génese um intuito integrativo e de meta-reflexão sobre os modelos de psicoterapia. A complementaridade paradigmática refere-se à tentativa de integrar e de fazer um uso complementar e sequencial de fatores comuns ou princípios gerais de mudança e de técnicas específicas derivadas de modelos de orientações diversas já existentes (Vasco, 2006).

O Modelo de Complementaridade paradigmática é constituído por um conjunto de propostas relativas à Adaptação, à Perturbação e à Intervenção, que integram as propostas de modelos já existentes (Vasco, 2005). De modo resumido, a teoria da adaptação sublinha a regulação da satisfação das necessidades como central na adaptação; a teoria da perturbação sublinha o conceito de esquema como central na compreensão da não adaptação; e a teoria da intervenção sublinha a importância das operações terapêuticas dialéticas e a compreensão dos processos terapêuticos, como sequências não lineares de fases para a promoção de objetivos terapêuticos (Vasco, 2010).

Neste modelo, o processo terapêutico integra quatro componentes principais: os princípios gerais de mudança terapêutica; a aliança terapêutica; a conceptualização do paciente e do terapeuta; e uma sequência temporal de 7 fases com diferentes objetivos estratégicos (Vasco, 2006). De modo resumido, os objetivos estratégicos propostos para cada fase são os seguintes (Anexo 1):

Fase 1. Confiança, segurança, motivação e estruturação da relação;

Fase 2. Aumento da consciência da experiência e do *Self*;

Fase 3. Construção de novos significados relativos à experiência e ao *Self*;

Fase 4. Regulação da responsabilidade;

Fase 5. Implementação de ações reparadoras;

Fase 6. Consolidação da mudança;

Fase 7. Antecipação do futuro e prevenção da recaída.

Centremo-nos agora na Teoria da Adaptação, isto é, nos aspetos do Modelo de Complementaridade Paradigmática que descrevem o funcionamento adaptativo e as

premissas que levam ao Bem-Estar, uma discussão que integra a questão da psicoterapia mas que levanta a questão num âmbito mais lato.

Em termos gerais, segundo o modelo, o funcionamento adaptativo do ser humano depende da existência de certos elementos constitutivos, da tendencial sintonia entre esses elementos, da flexibilidade heterárquica e da possibilidade de abertura do sistema à novidade, a novas possibilidades internas e externas (Vasco, 2005).

Assim, de acordo com Vasco (2005): Primeiro, os elementos propostos como constitutivos do *Self* devem funcionar de um modo sintónico, articulando o pensamento, sentimentos e ações na relação do *Self* com o meio envolvente. Segundo, as relações entre os diferentes elementos do *Self* são de natureza heterárquica, embora possam por vezes funcionar de modo hierárquico. Dito de outro modo, a nossa experiência é organizada em diferentes níveis, uns mais gerais e outros mais específicos, e as relações entre esses níveis podem ser hipotetizadas como hierárquicas ou como heterárquicas. Em ambos os modelos são esperados processos *bottom-up* e *top-down*. A diferença entre os tipos de modelos é que, enquanto que nos modelos hierárquicos cada nível inferior está de modo perfeito submetido sob o nível mais elevado, nos modelos heterárquicos os diferentes níveis mantêm-se relativamente independentes uns dos outros, de modo que cada nível inferior está apenas parcialmente submetido ao nível superior. Dito de outro modo, a informação não é perfeitamente redundante entre os níveis (Milyavskaya, Philippe & Koestner, 2013). Considerar a flexibilidade heterárquica implica ter um modelo que integra a complexidade do que estamos a estudar<sup>3</sup>. Terceiro, para tornar possível o Bem-Estar psicológico é necessário que o sistema ou o *Self*, tenha a característica de ser um sistema aberto que aprende, recicla e integra novos elementos e possíveis associações entre os elementos, em termos externos e internos. Por exemplo,

---

3 Exatamente no que diz respeito aos níveis da experiência das Necessidades e do Bem-Estar, um estudo recente, que testou o modo como a satisfação das necessidades de proximidade, autonomia e competência ao nível da experiência Geral, da experiência do Domínio e da experiência dos Episódios específicos têm impacto no Bem-Estar, veio dar suporte empírico correlacional a uma organização heterárquica das necessidades propostas pela Teoria da Auto Determinação (Milyavskaya, Philippe & Koestner, 2013).

estar aberto a novas formas de se relacionar com as outras pessoas e integrar diferentes elementos ou episódios da sua experiência anterior e atribuir-lhes um novo sentido. Na essência, está contida a ideia de que o sistema *Self* como é, num dado momento e no seu contexto histórico, não esgota tudo o que esse *Self* é possível de ser.

Em termos mais específicos e em relação ao nosso objeto de estudo, de acordo com o modelo da Complementaridade Paradigmática, uma teoria integrativa e compreensiva da psicoterapia e, especificamente, da adaptação deve ter em conta as necessidades psicológicas vitais humanas e, em particular, a questão da regulação da satisfação dessas necessidades (Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2009).

A adaptação de uma pessoa depende então da sua capacidade para regular a satisfação das suas necessidades psicológicas, sendo que a função das emoções neste processo é a de sinalizarem o estado deste processo regulatório ao indivíduo.

Como vimos anteriormente, se há múltiplas definições de necessidades psicológicas e as necessidades propostas como fundamentais variam consoante os autores, qual é então a definição de necessidade proposta pelo MCP e quais são as necessidades que, sendo reguladas, satisfatoriamente levam ao Bem-Estar?

O Modelo de Complementaridade Paradigmática define as necessidades psicológicas como um "Estado de desequilíbrio orgânico provocado por carência ou excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizado emocionalmente e tendente a promover ações, internas e/ou externas para o restabelecimento do equilíbrio" (Vasco, 2012a).

Coloca-se então a questão de saber quais são as necessidades psicológicas propostas pelo modelo como fundamentais à adaptação do ser humano?

Segundo o Modelo de Complementaridade Paradigmática, uma teoria compreensiva e integrativa da adaptação deve ter em conta necessidades fundamentais que emergem de várias orientações teóricas. Os elementos propostos foram sendo desenvolvidos progressivamente, tendo começado pela integração das polaridades sugeridas por Millon (Millon & Davis, 1996): prazer/dor; atividade/passividade; e *Self*/Outro e as po-

laridades sugeridas por Beck e colaboradores (Beck, Freeman & Davis, 1990): Controlo/espontaneidade; autonomia/intimidade; vigilância/serenidade; egoísmo/partilha; combatividade/empatia e evitamento/gregaridade. Foram também integradas as necessidades de proximidade com os outros: neutralização do conforto, segurança, coerência do *Self*, autoestima, autonomia, sensação de controlo, curiosidade, espontaneidade e descoberta (e.g. Epstein, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003), tendo sido ainda influenciada pela ideia de polaridades da experiência de Sidney Blatt (2008).

No presente momento, tendo por base uma perspetiva histórica e filosófica e a literatura sobre o Bem-Estar e as teorias contemporâneas de necessidades, o Modelo de Complementaridade Paradigmática propõe as seguintes sete polaridades de necessidades dialéticas (Figura 1):

A primeira polaridade dialética é a de Dor/Prazer ou seja, por um lado a necessidade de gozar prazer físico e psicológico e, por outro, a necessidade suportar dor e desconforto e dar-lhes sentido. A segunda polaridade é a relativa à Proximidade/Diferenciação, ou seja, à necessidade de estabelecer e manter relações íntimas e, por outro, à necessidade de se ser autodeterminado e diferenciado. A terceira polaridade diz respeito à Produtividade/Lazer significando a necessidade de conseguir coisas que exijam esforço e, por outro, a necessidade de relaxar e de se sentir confortável com o descanso. Em quarto lugar, a polaridade Controlo/Cedência, ou seja, por um lado a necessidade para controlar e influenciar o meio e, por outro, a necessidade de ceder, de delegar, de deixar ir. Em quinto lugar, a polaridade Exploração/Tranquilidade, isto é, a necessidade para explorar e expor-se à novidade e a necessidade para apreciar o que já se é ou já se conseguiu. A sexta polaridade diz respeito à Coerência/Incoerência do *Self*, ou seja, à necessidade de congruência entre o que a pessoa pensa, sente e faz e, por outro, a necessidade de tolerar o conflito e a incongruência interna ocasional. Por último, a polaridade Autoestima/Autocrítica, respeitante à necessidade de se sentir satisfeito consigo mesmo e à necessidade para identificar, tolerar e aprender a partir das insatisfações consigo mesmo (Faria e Vasco, 2011, Vasco; Vasco & Vaz-Velho, 2010).

### MODELO DE COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA (MCP)

Visão Dialética das Necessidades



Figura 1. MCP – Modelo da Complementaridade Paradigmática: Visão dialética das necessidades

De acordo com o Modelo da Complementaridade Paradigmática, as necessidades psicológicas são dialéticas, porque o modelo defende uma perspetiva dialética, considerando que não é a satisfação da necessidade em si mesma, mas a capacidade para regular as diferentes necessidades (Sheldon & Niemiec, 2006) que leva ao Bem-Estar. Deste modo, o desenvolvimento de capacidades de um dos polos possibilita mais desenvolvimento no polo oposto (Blatt, 2008). Por definição, os pares Autoestima/Auto-

crítica ou Proximidade/Autonomia são pares complementares, porque são contrários e opostos mas coexistentes, mutuamente dependentes e inextrincáveis e possuem uma dinâmica de coordenação que pode ser descoberta (Kelso & Engstrøm, 2006). Neste modelo, os contrários são complementares, não contraditórios. Não há desenvolvimento e adaptação sem haver uma movimentação flexível e dinâmica na regulação da satisfação de ambos os pólos de cada par de necessidades. Por exemplo, uma pessoa será capaz de regular melhor a sua necessidade de Autoestima se também for capaz de regular a sua necessidade de Autocrítica. Uma pessoa, que consiga regular de modo mais satisfatório a sua necessidade de Autocrítica e simultaneamente a sua necessidade de Autoestima, deverá conseguir um maior Bem-Estar e adaptação do que se apenas for capaz de regular satisfatoriamente uma dessas necessidades.

Assim, os indivíduos que apresentam maiores níveis de regulação da satisfação das necessidades nos dois pólos de cada necessidade dialética, são os indivíduos que experienciam maiores níveis de Bem-Estar psicológico. No entanto as necessidades não estão nunca completamente satisfeitas, uma vez que há um processo de negociação e de balanceamento entre as polaridades de cada necessidade e é da flexibilidade e capacidade para o fazer em ambos os pólos que resulta um nível elevado de Bem-Estar psicológico (e.g. Conde, 2012; Sol, 2012; Vasco, 2009).

Distintamente de outros modelos de necessidades (e.g. Deci & Ryan, 2000) o Modelo de Complementaridade paradigmática assume que as necessidades nunca estão completamente satisfeitas pois o seu grau de satisfação resulta de um processo contínuo de negociação entre as polaridades dialéticas, pelo que o Bem-Estar psicológico não resulta da satisfação, mas sim da capacidade e flexibilidade para regular as diferentes necessidades (Vasco, 2009; Vaz-Velho, Vasco & Conceição, 2011).

Em suma, o MCP propõe sete polaridades dialéticas de necessidades psicológicas vitais para o Bem-Estar psicológico (Faria & Vasco, 2011; Vasco & Vaz-Velho, 2010) integrando diversas formulações anteriores de necessidades psicológicas, considerando que todas as necessidades são igualmente importantes (Epstein, 1993) e o conceito

de polaridade da experiência, inspirado da teoria do desenvolvimento da personalidade de Blatt (2008).

É importante ter em conta que algumas destas necessidades podem ser sobreponíveis e algumas conflituais. Este é um ponto de partida – o Modelo de Complementaridade paradigmática não sugere ter conclusões sobre as necessidades humanas, até porque os modelos estão sempre a ser revistos, mas sim propor um ponto de partida, uma proposta ao leque de possibilidades que nos parece valer a pena investigar e que estão abertos à investigação (Vasco & Vaz-Velho, 2010).

Vale a pena ainda referir que se conceptualmente a capacidade de regular a satisfação das necessidades é um sinal de Bem-Estar e de adaptação, o funcionamento adaptativo implica que um indivíduo psicologicamente saudável seja aquele que é capaz de regular a satisfação das suas necessidades psicológicas. Isto implica dois aspetos distintos e que se articulam: não só o ambiente tem que suportar a possibilidade de satisfação das várias necessidades, mas também que o indivíduo tem que possuir recursos internos e características para encontrar ou construir formas de regular e satisfazer as suas necessidades (Vaz-Velho, Vasco & Conceição, 2011).

Quando definimos as diferentes necessidades ou polaridades dialéticas de necessidades estamos a referir-nos ao nível dos conteúdos da experiência. Nesse sentido, em termos de implicações terapêuticas, a clarificação dessas temáticas ou conteúdos pode ter importância como guia para a exploração e organização da conceptualização da experiência do cliente, do terapeuta e da relação.

No processo terapêutico poder compreender que necessidades específicas do paciente foram sistematicamente não satisfeitas ao longo da sua vida pode ajudar à reflexão sobre o modo como a relação terapêutica as pode ou não satisfazer, explorar como ajudar o cliente a encontrar formas adequadas de as satisfazer (Masley et al., 2012) ou suportar as maneiras criativas para regular essa satisfação que o cliente vai arranjando no processo (Bohart & Tallman, 2010).

Uma vez que nos focamos na perspetiva do Bem-Estar, quais são os processos psicológicos envolvidos na capacidade de regular de modo flexível as diferentes necessidades psicológicas?

Segundo o Modelo de Complementaridade Paradigmática os processos psicológicos que podem permitir a regulação da satisfação das necessidades são os seguintes: Conhecer e/ou validar as necessidades próprias e ser capaz de as diferenciar e/ou relacionar de modo conveniente; poder escolher que necessidades satisfazer e/ou ser capaz de se comprometer ativamente para a sua satisfação; permitir-se a satisfação e/ou a frustração das próprias necessidades; atualizar e/ou transcender essas mesmas necessidades próprias (Conceição e Vasco, 2007).

O Modelo de Complementaridade Paradigmática considera especificamente que uma das funções das emoções é a de fornecerem uma avaliação do grau de satisfação das necessidades e objetivos na relação do indivíduo com o seu meio (Fridja, 1986) e de reorientarem o organismo fisiológica, comportamental e cognitivamente para se ajustar às circunstâncias (Vasco, 2013)

Nesse sentido, as respostas emocionais são despoletadas automaticamente pela avaliação do grau em que as necessidades, valores ou objetivos estão, ou não, a ser atingidos na relação com o ambiente (Fridja, 1986) e, por isso, as emoções transportam consigo os nossos significados pessoais, já que nos informam de aspetos que são significativos para o nosso Bem-Estar (Greenberg, 2012). De sublinhar que nesta perspetiva há uma interação constante entre a emoção e o pensamento consciente através da linguagem.

O sistema emocional, de acordo com o MCP, tem uma função determinante na adaptação e no Bem-Estar já que a regulação das necessidades não é então possível sem o funcionamento adequado do sistema emocional. É o sistema emocional que sinaliza a estado de adequação da regulação da satisfação das necessidades e que, quando está a funcionar adequadamente, motiva a requerida ação interna ou externa. Essa ação que foi despoletada deverá levar então à regulação da satisfação da necessidade. Nesse sentido, as dificuldades de processamento emocional podem impedir a regulação da

satisfação das necessidades, pois quando essa regulação não acontece mantém-se a perturbação emocional, que pode assim conduzir, ou não, a perturbação psicológica.

No âmbito do MCP, realizou-se um estudo tendo como objetivos investigar qual dos fatores está mais correlacionado com a desordem psicológica, a não satisfação das necessidades ou a desregulação emocional; e tentar esclarecer qual a relação causal entre a satisfação das necessidades e a desregulação emocional. O estudo de Vasco, Faria, Vaz e Conceição (2010) avaliou: a satisfação das necessidades, as dificuldades de regulação emocional e o grau de sintomatologia ou de perturbação. Os autores verificaram que a maioria dos aspetos da desregulação emocional estavam negativa e significativamente relacionados com a satisfação das necessidades, ou seja, quanto mais satisfeitas estavam as necessidades, menor a desregulação emocional. Verificaram, ainda, que a maioria dos fatores de desregulação emocional estava relacionada positivamente com a severidade dos sintomas e negativamente com a satisfação das necessidades.

Numa tentativa de validar ou refutar, em termos conceptuais e empíricos, o valor heurístico dos pólos apresentados pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática, vários estudos foram realizados com os objetivos de validar as polaridades de necessidades propostas pelo modelo e de criar uma escala para avaliar a regulação das necessidades psicológicas (e.g. Cadilha, 2010; Bernardo, 2011; Rucha, 2011; Fonseca, 2011; Rodrigues, 2010; Guerreiro, 2011). Esses estudos deram origem à Escala da Satisfação de Necessidades Psicológicas (ERSN) (Bernardo, Cadilha, Calinas, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues, Rucha, & Vasco, 2011. FP – Universidade de Lisboa), que tem apresentado um elevado valor de consistência interna e encontra-se agora em fase de validação.

No que diz respeito à relação entre as necessidades e entre as necessidades e o Bem-Estar, vários estudos correlacionais têm vindo a suportar o modelo. Por exemplo, Conde (2012) verificaram que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas estava forte e significativamente relacionada com o Bem-Estar psicológico, sendo que as 14 necessidades no seu conjunto explicavam mais de 50% da variância do Bem-Estar Psicológico, referindo as necessidades de Tranquilidade, Proximidade, Autoestima e

Autocrítica como sendo as com maior valor preditivo em relação ao Bem-Estar. Sol e Vasco (2012) verificaram que as 14 necessidades explicavam mais de 50% da variância da sintomatologia, referindo as necessidades de Proximidade, Tranquilidade, Incoerência e Autoestima como as com maior valor preditivo em relação à sintomatologia. Telo e Vasco (2012) verificaram uma correlação positiva entre a regulação emocional, a regulação da satisfação de necessidades e o Bem-Estar. Mais recentemente, Vasco, Conde, Fonseca, Sol e Telo (2013) apresentaram suporte empírico para o modelo integrando os diferentes componentes, a saber: esquemas, regulação emocional, regulação da satisfação das necessidades psicológicas e o seu impacto no Bem-Estar e *Distress* e na sintomatologia. Assim, de um modo geral, os estudos anteriores no âmbito do Modelo de Complementaridade Paradigmática têm indicado que a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas está relacionada com o Bem-Estar Psicológico, enquanto que dificuldades nessa regulação estão relacionadas com *Distress* Psicológico e Sintomatologia (Conde & Vasco, 2012; Sol & Vasco, 2012; Sol & Vasco, 2013).

Em termos conceptuais e reunindo as diferentes teorias, o que impede então uma pessoa de regular a satisfação das suas necessidades?

Um aspeto desta questão tem a ver com as situações em que as condições não favoráveis do meio dificultam ou impedem os processos individuais que levam à integração e adaptação. Segundo diversos autores, essas condições podem ter um contexto excessivamente controlador, desafiante ou rejeitante (Deci & Ryan, 2000) – a frustração tóxica das necessidades, a traumatização ou vitimização demasiada de um aspeto, que em moderação é salutar (por exemplo, superproteção ou excessiva autonomia), a excessiva internalização ou identificação com os outros significativos (Young, Klosko & Weishaar, 2003) ou, ainda, experiências traumáticas de traição e humilhação ou ideias tóxicas de outros significativos, deseducação emocional e respostas ineficazes às questões existenciais (Wolfe, 2005).

Quando as necessidades psicológicas são sistemática e continuamente não satisfeitas ou são frustradas, a pessoa desenvolve um padrão ou um esquema, feito de

memórias, emoções, cognições e sensações físicas que são autoderrotistas e que se tendem a repetir ao longo da vida. Esses esquemas ou feridas do *Self* impedem a pessoa de regular as suas necessidades, mesmo quando os contextos ou as relações são, naquele momento, diferentes e poderiam facilitar essa integração e adaptação. Neste sentido, por exemplo, uma meta-análise dos estudos sobre a intervenção na solidão (Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2010) mostrou que fornecer apoio social e contacto não é suficiente para reduzir a solidão. No entanto, o uso de estratégias cognitivo-comportamentais, que rediregem a atenção e a avaliação das situações sociais para os aspetos mais positivos dessas situações ou interações, podem alterar o sentimento de solidão.

O modelo de complementaridade paradigmática adota uma visão organicista que considera a totalidade do ser humano como uma história e percurso desenvolvimentista (Vasco, 2005). Nessa perspetiva, podemos considerar a importância de identificar e trabalhar diferentes conteúdos esquemáticos estruturais, organizados ao longo do processo de desenvolvimento, que mantêm e perpetuam um funcionamento não-adaptativo. A estes conteúdos ou problemáticas diferentes autores atribuem diferentes designações: Wolfe (2005) fala de *feridas do Self*, Wessler e colaboradores (Wessler, Hankin & Stern, 2001) falam de afetos personotípicos; Lorna Benjamin (1993, 2003) refere-se à organização circunplexa da personalidade; Young e colaboradores mencionam a importância dos Esquemas Precoces Mal Adaptativos (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Independentemente da designação, todos estes autores consideram central, para a conceptualização de casos clínicos, a identificação de temáticas centrais de vulnerabilidade e/ou conflito, organizadas de forma mais ou menos estrutural e que resultam de experiências não seguras de socialização. De acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática, são estas temáticas, ou estruturas, que se encontram na base do sofrimento não adequado e na base da incapacidade de satisfazer necessidades psicológicas vitais (Vasco, 2005).

Em termos terapêuticos, esta identificação, funciona como ponto de partida para intervenções terapêuticas tendentes à diminuição da hipervalência ou aumento da hi-

povalência dos conteúdos esquemáticos e respostas não adaptativas inerentes e, ainda, à promoção de formas alternativas de satisfação das necessidades.

Para além disso, o Modelo de Complementaridade Paradigmática conceptualiza, ainda, que há certos mecanismos – a necessidade de construção de significado esquemático; a hipovalência esquemática; a hipervalência esquemática; a distonia inter-esquemática; a distonia interpessoal e o fechamento – que impedem a regulação da satisfação das necessidades (Vasco, 2010).

Parece-nos importante sublinhar que no seguimento das propostas do MCP promover ou aumentar o Bem-Estar é possível através da regulação das necessidades dos indivíduos, mas implica, pelo menos em alguns casos, um trabalho psicoterapêutico a nível esquemático para o possibilitar. A regulação da satisfação das necessidades psicológicas assume um carácter central na compreensão do processo terapêutico, trabalho típico das fases quatro e cinco de acordo com a proposta da Componente Sequencial de Sete Fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática (e.g. Ferreira, Vasco & Conceição, 2011) (Ver Anexo 1). Sendo assim, o aumento do Bem-Estar pode ser, de acordo com o MCP, interpretado como um resultado esperado de qualquer processo psicoterapêutico bem-sucedido.

### **1.3. A centralidade do paciente no processo psicoterapêutico**

Neste momento os dados da investigação em Psicoterapia tornam consensual o facto da Psicoterapia se revelar eficaz comparativamente com o não tratamento, com a remissão espontânea e com o placebo (e.g., Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, et al., 2004; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold, 2001). Assim, cerca de dois terços dos pacientes melhoram ou veem a sua funcionalidade aumentada após o envolvimento num processo terapêutico (Lambert, 2013).

Apesar dos avanços que a investigação em psicoterapia tem alcançado progressivamente, há duas questões que se mantêm heurísticas e que continuam a motivar os investigadores, sendo a primeira relativa aos resultados da psicoterapia e a segunda relativa ao modo como a psicoterapia funciona.

A primeira questão, e início da controvérsia, começou com a defesa de Eysenck (1952) de que a redução de sintomas seria o objetivo central da psicoterapia, pois permitiria uma avaliação objetiva dos seus efeitos. Esta perspetiva e a adesão a um modelo médico da psicoterapia que permitiu a afirmação científica da psicoterapia enquanto prática, influenciou uma grande parte da investigação realizada. Em contrapartida, Strupp (1963) defendia que era necessário considerar como resultados das psicoterapias as mudanças intrapsíquicas complexas e os seus resultados, de modo não simplista, entendendo que se deveriam também considerar como resultados das psicoterapias, por exemplo, mudanças na autoaceitação, melhorias no relacionamento interpessoal e funcionamento laboral, a autonomia ou o *insight* dos pacientes. O autor sublinhou ainda que o tempo, o lugar, a cultura e as expectativas do grupo social têm o seu papel naquilo que é a definição de saúde mental.

Ao longo do tempo várias críticas têm fundamentado a importância de considerar diversos resultados ou objetivos para a Psicoterapia tendo por base, por exemplo, a ligação entre as diferenças dos diversos modelos terapêuticos no tipo de mudanças terapêuticas almejadas e o modo como estas se devem refletir nos instrumentos usados para avaliar os resultados da terapia (Levitt, Stanley, Frankel, & Raina 2005) e o

sublinhar da importância de avaliar dimensões outras, além da redução sintomática (e.g. Blatt, 2008; Vasco, 2009).

Recentemente, alguns autores proeminentes na investigação em psicoterapia uniram-se em torno da discussão deste contributo clássico de Eysenk. Por exemplo, Wampold (2013) criticou esta posição na medida em que parece não deixar espaço para o crescimento pessoal. Nesse sentido defende que para os pacientes poderão existir dimensões e objetivos mais importantes e significativos como aquilo que já se sentem capazes de fazer, a qualidade de vida, o Bem-Estar e o funcionamento quotidiano. Hill, Chui e Baumann (2013), no mesmo alinhamento, vieram afirmar que um dos principais problemas na definição de resultados pode ser o desejo de "cura", considerando até que, por vezes, o principal objetivo da terapia pode ser ajudar os pacientes na compreensão de que o não desaparecimento de sintomas não é sinónimo de insucesso do trabalho terapêutico.

Em relação ao Bem-Estar especificamente, tem vindo a ser defendida a importância de poder considerar o Bem-Estar, também no sentido mais holístico e eudaimónico, como um dos resultados da terapia. Por exemplo, Slife (2004) sugere que se considerem dimensões existenciais, como o ter mais propósito na vida, o compreender melhor as coisas ou o ser mais capaz de ajudar os outros como objetivos da psicoterapia.

Hill, Chi e Baumann (2013) apontaram a importância da avaliação do Bem-Estar tendo não só em conta o Bem-Estar Subjetivo, que é o que é habitualmente medido por alguns dos instrumentos mais comumente usados (e.g. CORE-OM), mas também o Bem-Estar existencial ou holístico. De modo geral, vários autores apontam para a importância da investigação do que significa uma vida humana, satisfatória, preenchida e que vale a pena, no âmbito da investigação em Psicoterapia (Deurzen, 2006; Henriques, Kleinman & Asselin, 2014) e que está de acordo também com a proposta de Vasco (2009) de considerar a importância de promover o Bem-Estar como um objetivo da terapia.

No que diz respeito à segunda questão, a compreensão do modo como a terapia funciona, esta tem também sido alvo de uma grande controversa entre os investiga-

dores. Alguns são defensores de uma perspectiva que valorize e investigue os procedimentos e mecanismos psicológicos específicos mais eficazes para as distintas perturbações, considerando serem estes os responsáveis pela mudança (e.g. Barlow, 2004); outros valorizam e investigam os fatores comuns que consideram ser responsáveis em todas as intervenções pelas mudanças conseguidas apontando a ausência de diferenças entre os resultados dos diferentes tipos de intervenções (e.g. Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997).

Igualmente controversa, uma terceira questão, mais recente e que iremos abordar de forma breve, é a que diz respeito ao papel que o terapeuta e o cliente jogam na terapia, já que se tem vindo a tornar mais evidente o papel principal do cliente no processo terapêutico (Elliott, 2008; Rodgers 2003).

Tem já mais de 20 anos a estimativa de que uma parte considerável da variância em psicoterapia seja explicada pelas características do cliente em terapia e pelas suas circunstâncias de vida (Lambert, 1992). Apesar de ainda hoje a maior parte da investigação em psicoterapia ser relativa à contribuição do terapeuta, do modelo terapêutico ou da técnica nos resultados terapêuticos, muita investigação suporta já a importância do estudo das variáveis do paciente.

### **1.3.1. O estudo das variáveis do paciente**

Ao pensarmos as variáveis do paciente, podemos pensar em variáveis relativas ao temperamento, à personalidade e à sua história; em variáveis relativas ao apoio social e às relações do paciente com outras pessoas; e em variáveis relativas aos acontecimentos ou às situações de vida (Assay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001; Wampold, 2001).

Os resultados dos últimos anos de investigação empírica mostram que os fatores mais determinantes do sucesso terapêutico são os fatores comuns a todas as orientações teóricas, ou seja, as características do paciente e a qualidade da aliança terapêutica. Por exemplo, Norcross (2011) refere que a variância não explicada sobre os efeitos da psicoterapia ronda os 40%. A variância explicada corresponde às variáveis do cliente,

cerca de 30%, a que corresponde à relação entre o cliente e o terapeuta ronda os 12%; a que diz respeito aos métodos específicos 8%; a respeitante às variáveis do terapeuta 7%; e a variância relativa a outras variáveis não específicas, corresponde a 3%.

No entanto, mesmo no que diz respeito à aliança terapêutica, as conclusões da *Task Force Evidence-based Therapeutic Relationships*, criada pela APA, sublinham a importância de se adaptar a relação terapêutica às características específicas do paciente de modo a aumentar a eficácia da intervenção, para além da importância da relação terapêutica para se obterem bons resultados terapêuticos.

Com base no trabalho das comissões dedicadas a cada uma das variáveis do paciente, que têm sido sistematicamente estudadas na revisão de literatura e na consulta a painéis de peritos, Norcross e Wampold (2011a) resumem que: a adaptação da terapia tendo em conta as preferências, cultura, espiritualidade e o nível de reactância dos clientes, demonstrou-se como tendo um impacto positivo na terapia; a adaptação da terapia ao estágio de mudança em que o cliente se encontra e ao seu estilo de *coping*, demonstrou-se como sendo provavelmente eficaz; e que por último, devido ao reduzido número de estudos realizados, a adaptação da terapia tendo em conta as expectativas e o estilo de vinculação do cliente, não permite ainda resultados conclusivos.

É importante sublinhar que a maioria dos estudos revistos por Norcross e Wampold (2011a) se foca na contribuição do terapeuta para a terapia, isto é, na questão do que é que o terapeuta pode fazer para adaptar a sua intervenção aos pacientes ou às características dos seus pacientes. Menos estudos se têm focado, quer na contribuição dos clientes para o resultado da terapia, quer na contribuição da perspectiva do paciente, para a compreensão da interação terapêutica.

Alguns dos estudos, que fizeram uma revisão sobre os processos e resultados da terapia, concluem que a qualidade da participação do cliente ou as suas contribuições são a maior determinante do resultado da terapia. Por exemplo, Orlinski, Ronnestad e Willutzki (2004) identificaram várias variáveis do cliente que se relacionam com o resultado da terapia como a cooperação *versus* a resistência; a experiência do cliente do

laço terapêutico; a contribuição do cliente para o laço; a expressividade do cliente, a afirmação do cliente ao terapeuta; a abertura vs. defensividade do cliente.

Cabe aqui agora distinguir entre a investigação centrada no estudo das variáveis do cliente e a investigação que se centra na experiência e perspetiva do cliente sobre a terapia. Ter em conta a experiência e perspetiva do cliente sobre a terapia, implica uma mudança de estratégia ou uma mudança de perspetiva de investigação de uma perspetiva quantitativa para uma perspetiva qualitativa (Elliott, 2008; Elliott, Fischer & Rennie, 1999; Rennie, 2004).

### **1.3.2. O estudo da perspetiva do paciente**

Na investigação sobre a psicoterapia, apesar da importância da relação terapêutica estar tão fundamentada, a perspetiva de um dos elementos que constitui essa relação, o cliente, tem sido menos usada do que a perspetiva do terapeuta ou até do que a perspetiva do investigador.

Este facto é ainda mais interessante quando as perspetivas dos clientes e dos terapeutas sobre a terapia parecem ser só parcialmente partilhadas (Elliott, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, et al., 1994; Manthei, 2007) quando, o que é considerado significativo na terapia, difere entre clientes e terapeutas (Castonguay, Boswell, Zack, et al., 2010; Timulak, 2010) e ainda quando as evidências apontam para que os clientes e os terapeutas percecionem o mesmo episódio terapêutico de modo muito distinto, havendo pouco acordo, por exemplo, relativamente à qualidade da relação terapêutica (Cooper, 2008, 2010).

No entanto, e não surpreendentemente, perspetivando o cliente como alguém que tenta dar sentido pessoal à terapia e à sua própria vida, a investigação parece apontar que a perceção do cliente, mais do que a do terapeuta, está correlacionada com os resultados.

Segundo Busseri e Tyler (2004) as perceções dos clientes sobre a relação terapêutica parecem estar mais correlacionadas com os resultados da terapia, do que as per-

ceções dos terapeutas sobre a relação terapêutica. Por outro lado, quando a clientes, terapeutas e observadores externos foi pedido que avaliassem a empatia do terapeuta e a natureza colaborativa da relação, a avaliação feita pelos clientes foi a mais correlacionada com os resultados da terapia (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002).

Desde o trabalho pioneiro de investigação da perspectiva dos clientes sobre a experiência terapêutica, em termos gerais e em termos de intervenções específicas, feito por Rennie e colaboradores (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988) muita pesquisa tem vindo a ser realizada numa tentativa de compreender e integrar as percepções dos clientes sobre a terapia.

Por exemplo, no que diz respeito à perspectiva dos clientes sobre a aliança terapêutica, os resultados de investigação têm mostrado a importância da perspectiva dos clientes, uma vez que estes identificam aspetos relevantes desta aliança que não são contemplados nas teorias existentes, construídas a partir das perspectivas dos clínicos e investigadores (e.g. Bedi, Davis & Williams, 2005; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka & Park, 2006).

A centralidade do cliente na terapia tem vindo a ser sucessivamente afirmada. Duncan, Miller e colaboradores (e.g. Duncan & Miller, 2000; Hubble, Duncan & Miller, 1999) têm desenvolvido uma perspectiva integrativa dos fatores comuns à terapia que se baseia nesse papel central do cliente, do cliente *heróico*. Nessa perspectiva é enfatizada a importância do terapeuta conhecer, valorizar e agir de acordo com os objetivos dos clientes e com as suas teorias sobre a mudança, construindo-se uma verdadeira relação de colaboração entre cliente e terapeuta.

No mesmo sentido, a sustentar esta ideia de que os clientes são ativos e atribuem um sentido pessoal à terapia, há evidências que apontam que os clientes avaliam a eficiência da terapia, ou no caso concreto dos serviços de saúde mental, de acordo com aquilo que estão a procurar ou das suas necessidades ao longo das várias fases das suas vidas. McKenna e Todd (1997) mostraram que há uma grande variedade de modos através dos quais os utentes ou clientes usam a terapia e que esta parece também mu-

dar ao longo do tempo, nos vários episódios ou contactos terapêuticos realizados por uma pessoa. Por exemplo, os utentes/clientes procuram coisas diferentes num primeiro contacto com um processo terapêutico ou quando vêm à terapia após um processo continuado, com o objetivo de manter os ganhos ou reforçar os ganhos adquiridos num processo anterior. De modo geral, os autores referiram cinco padrões subjacentes às descrições dos utentes sobre o uso dos serviços de saúde mental e que teriam levado à procura desses serviços: A "exposição" à possibilidade de receber ajuda; a "discriminação" ou procura do tipo de apoio que melhor os poderia ajudar; a "formação" de uma relação de ajuda significativa e que permitiu a mudança; a "consolidação" dessa ajuda anterior quando os pacientes voltam para reforçar ou consolidar os seus ganhos ou mudanças; e o "suporte" de situações em que não houve mudança mas em que o apoio impediu as coisas de piorarem.

Esta investigação mostrou a importância do terapeuta enquadrar e compreender o contexto de vida em que os pacientes procuram ajuda e as suas motivações para o fazerem, já que, quando na perspectiva dos utentes tal não aconteceu, a terapia ou o aconselhamento foram sentidos pelos utentes como não ajudando ou sendo até danosos.

Oferecendo uma perspectiva complementar, Bohart (2000; Bohart & Tallman, 2010) tem vindo a sublinhar que a investigação tem deixado para segundo plano a exploração do papel ativo e das contribuições significativas dos clientes para o processo de mudança e se tem focado, maioritariamente, na teoria da perturbação, nos mecanismos teóricos de mudança e nos contributos dos terapeutas, vendo o cliente como um recetor dessas intervenções. Nesse sentido, tem sido acentuado que a reflexão sobre a relação de colaboração entre terapeuta e cliente, deve implicar a compreensão do modo como os esforços dos clientes, como agentes ativos e inteligentes, se articulam no processo e relação terapêuticos e nos seus efeitos, ou seja, explorar a contribuição do cliente como agente no processo e nos efeitos da terapia.

Bohart e Tallman (2010) sublinham ainda a importância do Cliente e das suas competências para se auto-restabelecer (*Self-Healing*) considerando que estas devem

ser encaradas como o maior fator comum em Psicoterapia. O cliente é o maior responsável pelo resultado terapêutico, argumentam os autores, já que aos fatores do cliente e da sua vida, se pode somar o efeito do fator placebo, e ainda a contribuição do cliente para a relação terapêutica. Nessa perspectiva o terapeuta é visto assim como um recurso que facilita a ocorrência desses processos naturais de *self-healing* na vida do cliente.

### ***A reflexividade radical dos clientes***

No mesmo sentido, David Rennie tem vindo a argumentar e a sustentar empiricamente a importância do reconhecimento da consciência, intencionalidade e reflexividade dos clientes ao longo do processo psicoterapêutico, construindo-o ativamente. Em sucessivos estudos, Rennie (1992,1994a; 1994b, 2000) tem exposto várias das manifestações da reflexividade dos clientes na terapia, mostrando que os clientes não revelam necessariamente, nem por palavras, nem por gestos o que estão a pensar e a sentir durante as sessões aos terapeutas. Assim, o autor mostrou como os clientes elaboram muitas vezes de modo silencioso durante as sessões (Rennie, 2001) experienciando mais do que querem dizer, por exemplo, contendo reações em relação ao terapeuta por deferência com a sua autoridade (Rennie, 1994a).

Como Rennie (2004) sublinha, é exatamente a natureza reflexiva da experiência e do comportamento humano que nos faz ter que lidar com a incerteza e com a complexidade no campo da psicoterapia, quer como terapeutas, quer como investigadores mas também que possibilita e faz emergir a importância da metacomunicação no e sobre o processo terapêutico (Rennie, 2000).

Investigar sobre a psicoterapia tendo em conta a reflexividade radical dos clientes, isto é, sua consciência sobre a sua auto-consciência e o facto de que os clientes são agentes no processo, implica considerar de valor os relatos dos clientes sobre as suas experiências internas (Rennie, 2010). Tal, torna importante que se investigue o experienciar, as recordações e as construções conscientes dos clientes de si próprios, do terapeuta e da interação.

Assim, como sublinha Rennie (2010), considerar a reflexividade radical do cliente, implica considerar que a mudança terapêutica é o resultado de diferentes tipos de mecanismos cognitivo-afetivos sobre os quais os clientes podem estar mais ou menos conscientes, mas é também resultado daquilo que os pacientes estão a fazer de modo consciente, em pensamentos ou em atos, quando em relação consigo mesmos no contexto da relação com os seus terapeutas.

Assim é importante compreender e explorar as atividades do cliente, os seus pensamentos, dúvidas, avaliações, isto é, explorar o que os pacientes fazem da experiência da terapia, tentando explorar como é que os clientes usam a sua própria experiência da terapia no consultório e depois a levam consigo e a usam no quotidiano.

Trazer a reflexividade para a discussão complexifica a explicação da terapia e da mudança terapêutica em termos de mecanismos psicodinâmicos ou cognitivos, ou como variáveis descritas como fatores dos clientes, porque implica não só os mecanismos mas também a agência não redutível dos clientes (Rennie & Toukmanian, 1992).

### ***A perspetiva dos pacientes sobre o resultado da terapia***

Podemos tentar distinguir entre os estudos qualitativos sobre a perspetiva dos pacientes, que se centram mais na investigação dos resultados da psicoterapia, e os estudos que se centram mais no processo psicoterapêutico, sendo que há muitos mais estudos do segundo tipo de processo do que do primeiro, isto é, estudos focados no resultado (Hill, Chui & Baumann, 2013).

No entanto, é necessário ter em conta que na investigação quantitativa a lógica entre o resultado e o processo é distinta da lógica da investigação qualitativa já que, nesta última o que nos interessa é usar os contributos dos pacientes para estabelecer uma relação entre o processo e o resultado, podendo até acontecer que algumas das mudanças sejam atribuídas a outros fatores que não a terapia, como explicita McLeod (2011).

Apesar da investigação qualitativa, sobre a eficácia ou o resultado da terapia, da perspetiva dos pacientes ser ainda pouco comum (Valkonen, Hänninen, & Lindfors,

2011), os resultados da terapia, a partir da perspectiva dos clientes, também têm sido alvo de investigação (Klein & Elliott, 2006; Kuhnlein, 1999; Westra, Aviram, Barnes & Angus, 2010; Levy, Berg, Sandahl & Clinton, 2008), tendo vários autores advogado a sua importância (Binder, Holegersen, & Nielsen, 2010; Hill, Chui & Baumann, 2013).

O estudo de Kuhnlein (1999) mostrou como diferentes pessoas podem avaliar de modos diferentes os resultados de uma mesma terapia. Entrevistando ex-pacientes que tinham terminado terapia Cognitivo-Comportamental em regime de internamento há mais de 2 anos, a autora verificou que os distintos tipos de narrativas biográficas, ou seja o modo como as pessoas descreviam e davam sentido ao processo, tinha um impacto nas expectativas e no tipo de resultados esperados. Assim, por exemplo, as pessoas que se viam como "sobrecarregadas" avaliavam a terapia segundo se esta tinha ou não ajudado a lidar com os desafios da vida; os pacientes que se viam como "desviantes" esperavam que a terapia os ajudasse a normalizar; quando os pacientes referiam que se sentiam "incapazes ou em défice", esperavam que a terapia pudesse compensar essas deficiências e; quando os ex-pacientes consideravam que os seus problemas eram resultantes de um "problema do desenvolvimento", esperavam que a terapia os ajudasse a compreender e conhecer melhor os aspetos desse desenvolvimento. Este estudo aponta para o potencial integrativo de se relacionar aquilo que a terapia tem para oferecer com as estruturas de significado/*meaning* dos clientes. Quanto mais os esquemas e conceitos individuais dos clientes são levados a sério, e quanto mais a psicoterapia oferece um conhecimento diverso e profundo dos sentimentos atitudes e comportamentos, melhor é o resultado na perspectiva dos clientes.

O estudo anterior, bem com o de Vlakonen, Hanninen e Lidfors (2011), sugere que as ideias dos clientes acerca daquilo que os pode ajudar estão organizadas à volta de uma narrativa autobiográfica que conta a história de quem aquela pessoa é, de como encontrou aquelas dificuldades nas suas vidas e do tipo de processos que irão permitir que a sua vida avance ou retome o seu percurso.

De modo geral estas investigações têm mostrado não só como os resultados terapêuticos podem ser avaliados segundo diferentes perspetivas, mas também a ter em conta a importância das expectativas, esperanças e valores dos pacientes, para garantir resultados positivos na intervenção psicoterapêutica (McLeod, 2012).

Numa das primeiras revisões sobre os estudos focados nas descrições dos clientes após o final da terapia, sobre as mudanças conseguidas com a terapia, Elliott e James (1989) verificaram que o aumento na auto-estima, a melhoria nas relações interpessoais e o sentimento de mestria e competência, foram os aspetos mais comumente relatados.

A exploração das próprias mudanças ou do que tornou a mudança terapêutica possível, tem sido também um aspeto investigado segundo a perspetiva dos clientes. Alguns investigadores (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray, & Spratt, 2007), no fim do processo terapêutico, pediram a pacientes para analisarem o processo em curso e as mudanças ocorridas na terapia, e descobriram que as mudanças ocorriam no domínio dos sentimentos, pensamento e ações.

Outros autores (Higginson & Mansell, 2008), através dum estudo qualitativo de análise e interpretação de entrevistas a 6 pacientes, tentaram compreender de que forma ocorre a mudança. Numa perspetiva transdiagnóstica e transteórica, apresentaram potenciais categorias de mecanismos de mudança: *evitamento do problema dá lugar ao confronto com o problema* – o paciente começa a construir explicações para as razões que o impediam de enfrentar as dificuldades e a explorar formas de lidar com elas; *mudanças graduais e eventos significativos* – o reconhecimento de que o processo é demorado e leva o seu tempo e a identificação de eventos específicos com impacto significativo nas melhorias; *perceção do novo Self* – perceção de alterações na relação com o *Self*; *aquisição de estratégias de coping* e *autocompreensão* e por último; *colocar o problema em perspetiva* – conseguir uma visão mais realista e lógica do problema, incluindo também a aceitação da experiência das dificuldades.

Num outro estudo (Davidson, Borg, Marin, Topor, Mezzina, & Sells, 2005) feito aos utilizadores de serviços especializados em atendimento a pessoas com problemas mentais graves, investigando a sua perspetiva sobre a recuperação, foram encontrados como temas importantes na perspetiva dos utentes: a determinação da pessoa para melhorar; o estabelecer um certo grau de autocontrolo; o ser aceite e o aceitar-se como uma pessoa normal que existe para além da psicose e ainda; o ter os direitos respeitados e voltar a uma vida social ativa e/ou relações positivas fora do sistema de saúde mental.

No entanto, os resultados da terapia à luz da investigação sobre a perspetiva do cliente não têm sido sempre consistentes. Por exemplo, Connolly e Strupp (1996) tinham verificado que os critérios geralmente referidos relativamente à eficácia da terapia iam ao encontro das categorias globais referidas pelos clínicos: o alívio de sintomas e as mudanças no autoconceito, enfatizando ainda que a investigação sobre os efeitos da psicoterapia tem considerado sistematicamente o alívio sintomático e menos as mudanças no autoconceito. No entanto nem todos os estudos têm dado suporte à ideia de que o alívio sintomático é um resultado importante da perspetiva dos pacientes. Por exemplo, Levitt, Butler e Hill (2006) entrevistaram, após o fim da terapia, 26 pacientes de várias modalidades terapêuticas, sobre as experiências e momentos significativos da terapia e relataram que os seus participantes raramente valorizaram a redução de sintomas como um aspeto pelo qual a terapia tinha sido importante (o que fizeram em relação à medicação), tendo antes apontado como mudanças importantes: o relacionar-se melhor com os outros e o sentir-se melhor consigo próprio, ou com os outros, como aspetos resultantes das suas terapias.

Klein e Elliott (2006) fizeram, para além da análise de conteúdo das descrições de mudança dos clientes, uma *grounded analysis* e descobriram um conjunto hierárquico de categorias com 5 categorias aninhadas em dois domínios mais gerais: Mudanças no *Self* (mudanças afetivas, melhorias no *Self* e maior processamento experiencial) e Mudanças na Situação de vida (no funcionamento geral na vida e nas relações interpessoais).

Elliott (2002) refere uma meta-análise qualitativa, não publicada, das mudanças pós terapia, descritas pelos ex-pacientes, feita por Jersak, Magan e Elliott (2000). Os autores procuraram as características comuns das análises anteriores e combinaram-nas numa única estrutura organizada revelando dois temas principais: O primeiro – a *Vitalização do Self* – que incluía quatro aspetos, a saber: o deixar a perturbação; o aumentar o contacto com o *Self* emocional; o aumentar a autoestima e; o aumentar do controlo, competência e capacidade de *coping*; Sendo o segundo – a *Relocalização do Self na relação com os outros e com o Mundo* – que incluía a Definição do *Self*; mudanças na relação com os outros, que incluíam maior abertura, tolerância e proximidade e ainda; o experienciar e mobilizar-se para agir no mundo.

Tendo como objetivo explícito explorar como é que os ex-pacientes concebiam um bom resultado terapêutico que foi sentido como tendo ajudado, o estudo de Binder Holgersen e Nielsen (2010) usou uma perspetiva hermenêutica -fenomenológica para compreender as experiências concretas vividas pelos participantes. Os autores chamaram a atenção para a importância de se compreender o modo como as pessoas dão sentido às relações e a si próprias na terapia. Neste estudo não foi dado aos participantes nenhuma definição do que seriam os resultados esperados da psicoterapia. Usaram como critério de participação a própria pessoa achar que a terapia tinha produzido algum tipo de “mudança positiva” e exploraram então os resultados que os participantes tinham valorizado como importantes e positivos. As descrições dos participantes das mudanças positivas agruparam-se em quatro temas principais: *Novas formas de relacionamento com os outros*; *Redução de sintomas*; *Melhor auto-compreensão e insight* e ainda *a Aceitação e valorização de si próprio*. Este estudo contribui para a discussão da importância da avaliação dos resultados da terapia ir além da redução dos sintomas, mostrando que, na visão dos pacientes, há também outros resultados valorizados como importantes quando avaliam a eficácia e utilidade da terapia.

Alguns estudos de resultados têm-se focado nas perspetivas dos pacientes para tentar compreender de que modo diferentes tipos de terapias podem conduzir a resul-

tados contrastantes (Hill, Zack, Wonnell, Hoffman et al., 2000; Kertes, Westra, Angus & Marcus, 2011; Nilson, Svensson, Sandell & Clinton, 2007).

Por exemplo, Nilson, Svensson, Sandell e Clinton (2007) entrevistaram ex-pacientes que tinham sido sujeitos a dois tipos de terapia diferentes, Terapia Cognitiva Comportamental de curta duração ou Terapia Psicodinâmica de longa duração, e compararam as suas experiências de mudança. Verificaram em primeiro lugar, que a satisfação era comum aos dois tipos de terapia e que havia algumas mudanças que eram referidas por ambos os grupos de participantes. No entanto verificaram, também, que havia um conjunto de mudanças que era referida especificamente por cada grupo e que estas pareciam ir ao encontro dos resultados valorizados por cada um dos modelos terapêuticos. Assim, os participantes que tinham feito a terapia cognitivo-comportamental, valorizaram o “ganhar controlo sobre a própria vida” e “aprender e aplicar determinadas técnicas para lidar com os problemas”. Por sua vez, os participantes que tinham feito terapia psicodinâmica de longa duração valorizaram o ganhar uma “maior compreensão dos problemas” e o conseguir “mudanças no modo de se relacionarem com as outras pessoas”.

A perspetiva dos pacientes tem sido também usada para compreender se existe, ou não, alguma vantagem para os pacientes relativamente a determinados componentes ou aspetos no tratamento. Por exemplo, Kertes, Westra, Angus e Marcus (2011), analisaram as narrativas pós-terapia de clientes diagnosticados com desordem da ansiedade generalizada, para tentarem elucidar se haveria um impacto benéfico ao adicionar um módulo de entrevista motivacional (MI) à terapia cognitivo-comportamental (CBT) por comparação com a terapia CBT isolada. Usaram a análise da *Grounded Theory* das entrevistas semiestruturadas e descobriram que havia uma certa diferença nas narrativas sendo que os clientes que tinham recebido a componente de entrevista motivacional antes da CBT, descreveram os seus terapeutas como um guia e julgaram-se a si próprios como tendo um papel ativo na terapia; enquanto que os clientes que apenas

fizeram CBT, descreveram os mesmos terapeutas como diretivos e descreveram-se a si próprios como tendo um papel mais passivo ao longo do processo.

### ***A perspetiva dos pacientes sobre o que ajuda na psicoterapia***

Uma parte considerável da investigação sobre a perspetiva do cliente centra-se na ideia de que as perceções dos clientes sobre os aspetos significativos da terapia são importantes porque devem conter em si os ingredientes efetivos da mudança (Elliott, 1984, 2010). Duas abordagens distintas a esta questão têm sido diferenciadas na literatura (Elliott, 2010). A primeira centra-se em perguntar aos clientes os aspetos que ajudaram ou que dificultaram o seu processo terapêutico – *Helpful and Hindering Aspects* (e.g. Grafanaki & McLeod, 1999) e, a segunda, na análise dos Acontecimentos Significativos – *Significant Events* (e.g. Timulak, 2010).

Algumas revisões dos múltiplos estudos ajudam a sumariar o conjunto de aspetos facilitadores da terapia. Num artigo de revisão, Elliott e James (1989) referem que de acordo com a perspetiva dos clientes os aspetos que mais ajudaram em diversas terapias foram: as características facilitadoras do terapeuta, o alívio do *distress*, a auto-compreensão e o encorajamento da prática gradual.

Greenberg, Elliott e Lietaer (1994) numa meta-análise qualitativa sistemática que reviu 14 estudos de *Helpful factors* em terapias experienciais e centradas na pessoa, identificaram os 14 fatores mais frequentemente descritos como particularmente facilitativos e que organizam em quatro grandes categorias, a saber: um ambiente relacional positivo; o trabalho terapêutico do cliente (e.g. *Self disclosure*); o trabalho do terapeuta facilitador do trabalho do cliente (aumentar a exploração ou dar *feedback*); mudanças e impactos no cliente (sentimentos positivos; maior consciência).

Um outro estudo que tentou investigar de que modo a terapia ajudava os clientes a receberem a ajuda que eles próprios achavam importante receber, foi realizado por Rodgers (2002). Neste estudo, os participantes foram entrevistados após terem terminado os seus processos de aconselhamento num serviço de aconselhamento

público. Nove ex-pacientes (sob diversas perspectivas teóricas), 3 ou 4 meses após o fim do aconselhamento, foram entrevistados e questionados sobre as suas experiências, o modo como este aconselhamento tinha contribuído para algumas mudanças nas suas vidas, o que os tinha levado a procurar aconselhamento e ainda se o fariam novamente. Através da análise da *Grounded Theory* das transcrições das entrevistas, o investigador sugeriu a existência de um conjunto de requisitos comuns, para todos os tipos de relações terapêuticas: a “permissão” para falar de modo aberto e honesto; a “ligação” (*engagement*) com e pelo conselheiro; a “transparência” na sua relação com o conselheiro e uma “reestruturação ativa” dos problemas ou temas problemáticos. Para Rodgers (2002, 2003) esta ideia da existência de um conjunto de “requisitos comuns” permite encarar a terapia e o aconselhamento como um contexto no qual o terapeuta e a terapia podem ser vistos como recursos nos processo de *self-healing* dos clientes e ainda que a terapia é tanto mais benéfica quanto mais é percebida como contendo ou facilitando estes requisitos comuns.

De modo genérico, os estudos nesta área dos *Helpful aspects* mostram que os clientes enfatizam: o ser ouvido, compreendido e aceite; o ter um espaço seguro para explorar sentimentos, pensamentos comportamentos e experiências; o suporte para lidar com as crises; o suporte para tentar coisas novas; o aconselhamento; e o conseguir instrumentos e estratégias e práticas específicas (Bohart & Tallman, 2010). Muitos estudos (e.g. Grafanaki & Mcleod, 1999) têm explorado os aspetos considerados pelos pacientes como facilitadores e encontrado categorias, muitas vezes distintas mas sobreponíveis, ao longo das várias modalidades terapêuticas (e.g. Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994).

A meta-análise qualitativa de Timulak (2007), sobre os efeitos imediatos dos acontecimentos significativos na terapia em diversos modelos, levou à obtenção de nove categorias que foram replicadas nos diversos estudos. As categorias mais prevalentes em todos os estudos foram: a categoria “consciência/*insight*/autoconsciência” e a categoria “suporte/segurança/ tranquilização”. As outras 3 categorias, que ocorre-

ram em mais de metade dos estudos foram: a "mudança comportamental/solução do problema/mudança do comportamento"; a "exploração dos sentimentos/experienciar emoções"; e a categoria "sentir-se compreendido".

Alguns destes estudos entrevistam os pacientes sobre o conjunto da terapia (e.g. Moertl & Wietersheim, 2008) e outros avaliam os aspetos que ajudaram logo após uma sessão específica. Por exemplo, no estudo de Castonguay, Boswell, Zack, et al. (2010) era perguntado logo após cada sessão de terapia o que tinha particularmente ajudado (HAT – *Helpful Aspects of Therapy*) tendo os clientes referido – o aumento da auto-consciência – como sendo um fator que ajudou particularmente. Ou seja, quando aos clientes são fornecidas oportunidades de conseguirem uma sensação mais clara da sua experiência (das suas emoções, comportamentos e perceções de si, isso é reportado como benéfico.

Mais recentemente, Israel, Gorcheva, Burnes e Walther (2008) realizaram um estudo para tentar identificar um conjunto grande de variáveis que caracterizasse o que ajuda (*helpful*) e não ajuda (*unhelpful*) com pessoas homossexuais, bissexuais, e transgénero (LGBT). Os resultados indicaram que as competências básicas de aconselhamento e relacionais eram as determinantes chave, para estas pessoas, da qualidade das experiências terapêuticas. No entanto mostraram, também, que outros aspetos como a história profissional, a identidade de género e a orientação sexual do terapeuta e, ainda, variáveis do cliente como o estágio de desenvolvimento identitário, o estado de saúde, o apoio social e fatores do contexto, como a confidencialidade do *setting* terapêutico, também tinham impacto na avaliação da experiência da terapia.

Binder, Holgersen e Nielsen (2009) entrevistaram antigos pacientes que realizaram terapia em diferentes modelos no contexto da prática privada e exploraram as mudanças que os pacientes consideravam como mais significativas e o que, nas suas perspetivas, tinha tornado essas mudanças possíveis. A análise descritiva e hermenêutica, realizada sobre os acontecimentos significativos e os mecanismos de mudança significativos para os pacientes, permitiu o agrupamento em quatro categorias princi-

pais. A primeira valoriza o “estar numa relação com um profissional sábio, caloroso e competente,” a segunda o poder “estar numa relação de continuidade, sofrendo de um sentimento de descontinuidade interior”; a terceira a possibilidade de “corrigir pressupostos e crenças sobre si próprio e os outros” e, por último, o conseguir “criar um novo significado e ver novos padrões ou ligações sobre a sua vida”.

Ainda sob esta perspetiva e recentemente, Watson, Cooper, McArthur e McLeod (2012) perguntaram aos clientes o que os tinha ajudado mas distinguindo nas suas questões entre as atividades dos clientes e as atividades dos terapeutas. Primeiro, descobriram que – falar das suas emoções e experiências – foi a atividade que, como clientes, fizeram e mais os ajudou. Segundo, que as atividades dos terapeutas que ajudaram a que isso acontecesse foi que estes os – questionaram, dirigiram e apresentaram qualidades relacionais específicas como abertura, empatia, compreensão, honestidade e partilha. Em terceiro lugar descobriram que – fazer sugestões, clarificar, comentar sobre os sentimentos e pensamentos do paciente e identificar padrões – foram também atividades do terapeuta consideradas pelos clientes como benéficas. Os efeitos que advieram dessas atividades terapêuticas, foram os de – aumento da compreensão, o conseguir realizar as tarefas terapêuticas (e.g. ficar em contacto com as emoções) e a mudança nos sentimentos e o sentimento de progresso – da parte do cliente.

Este estudo mostrou que separar as atividades dos clientes, das dos terapeutas e dos efeitos que ajudam, é um aspeto importante a considerar em investigação futura. Cooper e McLeod (2011) sugerem que esta distinção, entre as atividades do cliente e as atividades do terapeuta, pode permitir compreender melhor ao micro nível como é que a mudança ocorreu e, também, criar uma grelha que entra em linha de conta com a contribuição ativa do cliente para o processo (Rennie, 1994).

Uma vez que a terapia não é só benéfica e pode até ser danosa (Castonguay Boswell, Constantino, et al., 2010), tão importante como investigar os aspetos da relação que são facilitadores do processo, é também compreender de que modo o estilo ou os comportamentos do terapeuta, se têm revelado como prejudiciais aos bons re-

sultados terapêuticos. Tendo por base os resultados da investigação de Duncan, Miller, Wampold e Hubble (2010) e também a opinião dos peritos Norcross, Koocher e Garfalo (2006) e Norcross e Wampold (2011b) pode-se resumir que o facto do terapeuta usar de confrontos excessivos, de hostilidade, de crítica, de culpabilização e de rejeição; de presumir que conhece, sem pedir *feedback*, as percepções do cliente sobre a terapia, a sua satisfação com o processo e a relação terapêutica, bem como; a rigidez e incapacidade de se adaptar ou ter em conta as preferências do cliente, estão associados com piores resultados terapêuticos e maiores desistências precoces do processo. Estes dados são congruentes com a revisão anterior de Bohart e Talman (2010) sobre os aspetos referidos pelos clientes como os mais prejudiciais ao processo, a saber: comentários que magoam, autoritarismo, incapacidade para ouvir, a distância, o silêncio e o não responder; recusar-se a satisfazer pedidos de conselhos, ideias ou exercícios.

O estudo dos acontecimentos significativos e dos *Helpful aspects* da terapia nem sempre é feito estudando os acontecimentos logo após cada sessão, apesar de essa ser a forma mais usual (e.g. Grafanaki & McLeod, 1999; Timulak & Elliott, 2003). Alguns estudos usam uma perspetiva distal (e.g. Lilliengren & Werbart, 2005; Manthei, 2007; Rhodes, Thompson & Elliot, 1994) perguntando retrospectivamente aos clientes sobre os momentos significativos. Por exemplo, Levitt, Butler e Hill (2006) entrevistaram antigos pacientes sobre as experiências significativas e os momentos significativos que estes recordavam do processo terapêutico. Usaram a *Grounded Theory* e a análise hermenêutica para descobrir o que os clientes consideraram ajudar na terapia e desenvolver princípios para facilitar a mudança momento a momento.

## CAPÍTULO 2 ESTUDO EMPÍRICO

### 2.1. Introdução

Neste estudo, desenvolvemos uma compreensão geral do modo como a psicoterapia promove o Bem-Estar explorando a questão de modo direto com ex-clientes. Esta abordagem tem implícita a relevância das recordações ou reconstruções conscientes dos ex-clientes sobre as suas experiências nessa compreensão. Assim propomos construir uma compreensão mais profunda da relação entre a Psicoterapia e o Bem-Estar contando com a *reflexividade radical* (Rennie, 2010) dos ex-clientes. Apesar de, como vimos anteriormente, muitos dos modelos de Bem-Estar terem recebido suporte empírico, as vozes do senso comum e as suas perspetivas têm estado em grande parte ausentes da literatura, faltando integrar a compreensão do “mundo real” na literatura académica sobre o Bem-Estar (Hone, Jarden, Schofield & Duncan, 2014) e, no presente caso, a compreensão dos pacientes sobre o Bem-Estar.

Da revisão de literatura pôde constatar-se que apesar da centralidade do conceito de Bem-Estar em toda a Psicologia Profissional (e.g. Henriques & Sternberg, 2004; Lent, 2004), a investigação sobre os resultados e os processos da psicoterapia só mais recentemente começou a considerar como resultados da psicoterapia não só as melhorias sintomáticas, mas também as melhorias no funcionamento geral e social e o Bem-Estar. No entanto, muitos destes estudos pela sua natureza quantitativa não captam a experiência e perspetiva dos clientes em profundidade.

Por outro lado, há já um constituído corpo de investigação sobre as experiências e perceções dos clientes usando metodologias qualitativas (e.g. Mortl & Wietersheim, 2008; Williams & Levitt, 2008) que se têm centrado nas mudanças percecionadas e nos fatores relacionados com essas mudanças (Robinson et al., 2007), mas não na experiência específica do Bem-Estar. Assim, apesar de diversos estudos tentarem capturar a experiência fenomenológica do paciente durante a psicoterapia, ainda não foi dada

a oportunidade aos pacientes de contarem as suas "histórias da terapia" (Robinson et al., 2007) tendo em conta o modo como estas contribuíram positiva ou negativamente para o seu Bem-Estar.

Este estudo, de natureza exploratória, procura responder à necessidade de estudos de resultado que integrem a perspetiva dos pacientes (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010; Hill Chui & Baumann, 2013). Apesar de já existirem estudos qualitativos sobre os resultados da psicoterapia na perspetiva dos clientes estes são, por comparação aos estudos que se focam no processo, em número reduzido e têm sido focados nas mudanças conseguidas de um modo genérico, não contemplando especificamente o Bem-Estar como possível resultado.

Consideramos que conhecer, aprofundadamente, as experiências dos pacientes sobre o processo terapêutico e a sua relação com o Bem-Estar pode contribuir para uma melhor compreensão do que pode ser um resultado significativo, na perspetiva das pessoas que procuram ajuda psicoterapêutica.

## **2.2. Objetivos e questões de investigação**

A investigação que propusemos realizar teve como objetivo último explorar e compreender como é que, na perspetiva de ex-pacientes, o processo psicoterapêutico pode contribuir para o Bem-Estar. De modo geral pretendemos:

- a) Explorar e conhecer o modo como ex-pacientes pensam sobre como é que a psicoterapia realizada contribuiu, ou não, para o seu Bem-Estar;
- b) Compreender as dimensões do Bem-Estar que são significativas do ponto de vista das pessoas que fizeram psicoterapia;
- c) Contribuir para promover a integração entre a ciência e a prática da psicoterapia.

Assim formulámos as seguintes questões de investigação:

- Na perspetiva dos pacientes, a psicoterapia promoveu o aumento do Bem-Estar?
- O que é experiência de Bem-Estar? Que dimensões do Bem-Estar são referidas?
- Quais são as experiências da Psicoterapia consideradas pelos ex-clientes como relevantes para explicar esse aumento?
- Que processos são referidos como contribuindo para o aumento ou diminuição do Bem-Estar? Quais as contribuições dos clientes, dos terapeutas e da relação nesse processo?
- De que modo a conceptualização dos pacientes sobre a Psicoterapia e o Bem-Estar se pode articular com as propostas do Modelo de Complementaridade Paradigmática?
- Quais os contributos da perspetiva dos pacientes para o repensar das práticas terapêuticas?

Nesta investigação exploramos empiricamente como é que, segundo os participantes, a Psicoterapia promove o Bem-Estar dos pacientes. Isto é, tentamos compreender a relação entre um resultado esperado da psicoterapia, neste caso o Bem-Estar, e os processos de mudança do cliente em casos reais de psicoterapia. Sendo assim, esta investigação centra-se sobre os processos de mudança (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Usamos a perspetiva de observação do paciente sobre os seus próprios processos de mudança, centrando-nos na análise da faceta reflexiva ou intrapessoal de um dos participantes do processo psicoterapêutico, o cliente (Stiles, 1988).

Esta escolha tem subjacente pelo menos um pressuposto que nos parece importante explicitar. O pressuposto é o de que as pessoas que fizeram psicoterapia têm uma contribuição fundamental na compreensão da psicoterapia enquanto processo. Assumimos assim que os ex-clientes são, ou podem ser, informadores privilegiados e

competentes para refletir sobre o seu Bem-Estar e sobre as experiências terapêuticas conducentes ao aumento, ou diminuição, do seu próprio Bem-Estar (Rennie, 2010)<sup>4</sup>.

Em relação ao contexto da investigação, decidimos estudar a prática clínica em contexto real porque acreditamos que a psicoterapia pode ser estudada no contexto em que naturalmente ocorre e não só em contextos de ensaios clínicos e que, através da sua investigação, se podem identificar elementos importantes e relevantes da psicoterapia (Westen & Bradley, 2005).

Definimos ainda que o estudo seria focado preferencialmente sobre os processos terapêuticos que ocorrem no contexto da prática privada de consultório. Esta opção teve na curiosidade e na tentativa de desocultação de uma prática comum, pouco permeável à investigação e que tem sido pouco investigada, os seus maiores motivadores. Para além disso, em Portugal, uma quantidade significativa dos processos psicoterapêuticos ocorre em contexto de clínica privada, por oposição aos contextos do serviço nacional saúde, hospitais e centros de saúde e centros universitários de atendimento à comunidade.

Por último, assumir investigar a prática clínica em contexto privado tem também subjacente a ideia de que uma das melhores formas de melhorar as nossas práticas é investigá-las e como pelo menos em Portugal uma parte significativa dos processos psicoterapêuticos ocorre neste contexto será do interesse profissional poder investigá-lo.

---

4 Tal não significa olvidar a existência de processos inconscientes ou que estão, em maior ou menor grau, fora do alcance da introspeção e da reflexão, como a psicanálise e a ciência cognitiva têm repetidamente mostrado.

### **2.3. Métodos**

As opções metodológicas da investigação decorrem, naturalmente, dos objetivos e questões de investigação assim como da conceção ontológica do fenómeno que se propõe estudar.

Assumimos uma perspetiva qualitativa de investigação, já que pretendemos estudar o significado do Bem-Estar das pessoas em condições reais, estando interessados em representar e compreender as perspetivas das pessoas que participam no estudo e em contribuir para aprofundar o conceito de Bem-Estar existente (Yin, 2011).

A escolha por uma metodologia qualitativa mostra-se a mais adequada, já que o que pretendemos descrever e compreender diz respeito à experiência complexa das pessoas, isto é, ao modo como a Psicoterapia e o Bem-Estar são vividos, sentidos e pensados pelas pessoas. Os métodos qualitativos são especificamente construídos para facilitar a investigação da experiência (Polinghorne, 2005) e têm-se mostrado particularmente úteis para ajudar à compreensão dos processos intencionais e implícitos da psicoterapia (Rennie, 2004).

Neste estudo assumimos um paradigma interpretativo-construtivista (Morrow, 2005) já que perspetivamos as pessoas como construindo significados que tornam o mundo inteligível através da linguagem, da narrativa e dos constructos pessoais. Os investigadores e os participantes co-constroem os significados produzidos. No entanto, apesar de os investigadores facilitarem a reflexão sobre as experiências dos participantes, a exploração centra-se no sentido atribuído pelos participantes ao fenómeno.

Com este estudo não pretendemos testar teorias ou perspetivas de psicoterapia, mas aprofundar o conhecimento sobre o Bem-Estar e a psicoterapia. Consideramos que esta investigação pode permitir o aprofundamento da compreensão da relação entre a Psicoterapia e o Bem-Estar, trazendo à cena a perspetiva de um dos seus mais importantes elementos, os clientes.

### **2.3.1. Desenho do estudo**

Para responder aos objetivos desta investigação utilizámos um “design de investigação” baseado na *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967; Charmaz, 2006).

Usando a abordagem *Grounded Theory*, o estudo qualitativo que aqui se apresenta teve como objetivos desenvolver uma grelha interpretativa rica para compreender o fenómeno do Bem-Estar e explorar os processos da psicoterapia significativos para a promoção do Bem-Estar, na perspetiva dos pacientes.

A *Grounded Theory* tem sido sistematicamente usada na investigação qualitativa em psicoterapia (Ponterotto, 2005; Rennie, Phillips & Quartaro, 1988) uma vez que se adequa ao estudo das experiências subjetivas e a sua grelha de análise possibilita através de um conjunto de técnicas individuais, desenvolver uma teoria através de um método sistemático de categorização indutiva (Henretty, Levitt & Mathews, 2008; Rennie, 2000).

Desde os anos 60 a *Grounded Theory*, proposta originalmente por Glaser e Strauss (1967), desenvolveu-se em diferentes direções e havendo vários proponentes, mais ou menos próximos da sua formulação clássica, que ficou conhecida como a perspetiva Glasseriana da *Grounded Theory*.

Hoje em dia, as técnicas clássicas da *Grounded Theory* são aplicadas de acordo com a epistemologia do investigador e com o objetivo e contexto da investigação (Mortl & Wieterman, 2008).

Neste estudo usámos uma versão hermenêutica do método que tem sido proposta por Rennie (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988; Rennie, 2000)<sup>5</sup> e sucessivamente usada por outros investigadores da psicoterapia (e.g. Levitt Butler & Hill, 2006; Levitt & Williams, 2010; Rennie, 1994a).

De acordo com esta versão, a *Grounded Theory* integra processos de abdução e de indução. Inicialmente os investigadores começam por desenvolver teorias ou ideias provisórias sobre as semelhanças e aspetos comuns que resultam da sua imersão nos

---

5 Esta versão hermenêutica da *Grounded Theory*, difere da perspetiva pós positivista da *Grounded Theory* e não tem como objetivo construir uma teoria formal que permita uma aproximação à verdade objetiva.

dados (abdução). Depois, são desenvolvidos esforços no sentido de avaliar se essas ideias são as que melhor representam os aspetos comuns propostos (indução), ou seja, analisando empiricamente os dados. Estas pequenas teorias são continuamente refinadas e reavaliadas à medida que mais aspetos são adicionados às categorias e as categorias vão sendo organizadas em categorias de ordem hierárquica superior (Henretty, Levitt & Mathews, 2008).

Este processo de análise integra quer processos objetivos, quer processos subjetivos. A versão hermenêutica da análise da *Grounded Theory* sublinha o processo interpretativo e, nesse sentido, valoriza a possibilidade de outras leituras possíveis para os mesmo dados e por isso afirma a importância do processo de reflexividade do investigador de modo a promover a autoconsciência sobre as suas interpretações.

Os métodos da *Grounded Theory* são uma forma possível, entre outras, de dar sentido a processos e fenómenos complexos que constituem as experiências muitas vezes privadas dos indivíduos. São métodos especialmente úteis em campos em que há pouco conhecimento sobre um fenómeno ou onde este pode ser desenvolvido (Dourduma & Mortl, 2012), como é o caso do Bem-Estar na perspetiva de ex-clientes de psicoterapia.

Os métodos da *Grounded Theory* permitem uma imersão e respeito pelos dados e uma exploração destes de um modo sistemático mas aberto, desprendido do conhecimento teórico prévio e assim facilitador de encontrar novos significados e novas perspetivas. Nesse sentido, e uma vez que nos parecia central dar voz aos ex-clientes de psicoterapia e compreender as suas experiências relativas ao Bem-Estar e ao processo terapêuticos, pareceu-nos adequado usar a *Grounded Theory*. Por outro lado, esta abordagem considera uma unidade de análise distinta daquela que usamos habitualmente na psicoterapia, a análise de caso, o que nos pareceu facilitar criar a distância da nossa perspetiva enquanto terapeutas.

Por último, a *Grounded Theory* permite a produção de grelhas pragmáticas para “compreender categorias e modelos processuais”, que se têm mostrado eficazes no contexto específico da psicoterapia já que facilita uma análise exploratória, aberta e

interessada, de modo a gerar teoria ou uma grelha formal para compreender um fenómeno a partir dos dados (*grounded*), ao invés de tentar testar uma teoria pré-existente (McLeod, 2011; Rennie, Phillips & Quartaro, 1988).

### **2.3.2. Participantes**

A identificação dos participantes num estudo é não só um processo determinante na identificação do foco do estudo, como permite também compreender a natureza dos dados recolhidos. O tipo de participantes identificados pelo investigador permite ainda situar epistemologicamente a investigação realizada.

Consideramos que tivemos vários tipos de participantes: os ex-clientes de psicoterapia, que são os participantes principais, no sentido em que são os únicos que são fontes de dados; os psicoterapeutas que possibilitaram a adequada amostragem dos ex-clientes e a equipa de investigação.

Esta opção teve por base a consideração de que na abordagem qualitativa da investigação, os dados que são objeto de análise não são concebidos como realidades objetivas e separadas dos contextos em que são produzidos. Assim, os discursos dos ex-pacientes aqui analisados são construídos no quadro de um contexto situacional (espaço, tempo) e relacional, na medida em que foram produzidos em diálogo com a investigadora e tendo em conta a sua história e a sua participação numa equipa de investigação.

#### **Ex-Clientes**

Este estudo teve como participantes principais 16 adultos, que fizeram pelo menos um processo psicoterapêutico, ou seja, ex-clientes de psicoterapia.

Os ex-pacientes de psicoterapia participantes neste estudo tiveram como critério de inclusão o terem terminado o processo terapêutico há não mais de três anos.

Houve uma seleção intencional dos participantes (Patton, 2002) ex-clientes, na medida em que procurámos selecionar pessoas que se dispusessem a contar a sua experiência da psicoterapia e que o conseguissem fazer de modo verbal.

Tentámos ainda maximizar a diversidade dos participantes (Miles & Huberman, 1994) em relação ao género e à idade, bem como à duração do processo psicoterapêutico, modalidade (individual ou em grupo), perspetiva teórica da terapia realizada e motivo do processo terapêutico.

A descrição das características dos participantes ex-clientes e terapeutas é feita aglutinadamente para proteger o anonimato dos mesmos numa comunidade relativamente pequena (ver questões éticas).

Participaram no estudo como fonte de dados 16 ex-clientes adultos, dez mulheres e seis homens com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos, havendo participantes nascidos em todas as décadas, entre 1950 e 2000.

Do ponto de vista do estado civil, nove eram casados ou viviam em união de facto, quatro eram solteiros e três divorciados.

Em termos de formação, o grupo de participantes é bastante homogéneo, sendo que todos têm formação universitária, com exceção de um participante que tem apenas o 12.º ano.

Do ponto de vista da ocupação profissional há alguma variedade, correspondendo na maioria dos casos à formação superior de base, havendo três estudantes, uma pessoa desempregada, outra com muito baixo rendimento do trabalho de *free-lancer*, uma pessoa de baixa prolongada por motivos de saúde e uma pessoa reformada mas que mantém alguma atividade profissional.

Em relação à experiência de psicoterapia, sete dos participantes tinham tido apenas uma experiência psicoterapêutica, tendo os restantes nove participantes experiência de mais do que um processo. No que diz respeito ao tempo de duração da experiência de psicoterapia, quatro dos participantes fizeram menos de um ano de psicoterapia; três participantes fizeram psicoterapia entre um e três anos e nove participantes fizeram entre cinco e dezassete anos de psicoterapia, no total <sup>6</sup>.

---

6 Este tempo é a soma do tempo de duração das várias experiências psicoterapêuticas.

As experiências em termos de modalidades terapêuticas são também variadas, sendo que quatro dos participantes fizeram terapia individual e terapia de grupo e doze participantes têm apenas experiência de terapia individual. Os participantes tiveram experiências terapêuticas com terapeutas de diferentes perspectivas teóricas e alguns desconhecem a perspectiva dos seus psicoterapeutas.

### **Terapeutas**

Os terapeutas envolvidos no estudo tiveram uma participação mais reduzida, mas de extrema importância. Foram os terapeutas que selecionaram os seus ex-pacientes, participantes no estudo, que estabeleceram os contactos com os seus ex-pacientes e, ainda, que facilitaram o estabelecimento do primeiro contacto entre a entrevistadora e o antigo paciente. Assim, foi através da relação de confiança estabelecida entre eles e os seus ex-pacientes que nos foi possível recolher a amostra e selecionar os pacientes de acordo com as nossas intenções.

Os terapeutas foram contactados segundo um critério de conveniência e numa estratégia de bola-de-neve (Miles & Huberman, 1994), dada a dificuldade do que nos propúnhamos investigar e ainda do facto de a investigadora principal ter muitos contactos com psicoterapeutas de diversas áreas.

Os psicoterapeutas contactados pertenciam a uma variedade de orientações teóricas (psicodinâmica/psicanalítica; humanista/experencial; sistémica/familiar; cognitivo comportamental e integrativa) e trabalham em vários âmbitos da intervenção clínica. Todos trabalhavam em contexto de clínica privada, exceto um. Eram todos psicoterapeutas creditados pelas diversas associações profissionais, psicólogos com formação em psicoterapia e tendo feito supervisão. Eram todos terapeutas experientes e reconhecidos pelos seus pares, sendo alguns supervisores e formadores.

Participaram dezasseis psicoterapeutas portuguesas (doze mulheres e quatro homens) com muita experiência – entre 10 e 40 anos de experiência a trabalhar com pacientes, com exceção de uma terapeuta que tinha menos de 10 anos de experiência.

A opção de a seleção dos participantes ser feita pelos terapeutas, teve como objetivo procurar que esta fosse feita de modo adequado, uma vez que os terapeutas conhecem bem as características dos participantes, e por isso selecionariam facilmente aqueles que gostariam e teriam facilidade em contar a sua experiência.

### ***Equipa de investigação***

A equipa de investigação foi constituída pela investigadora principal, o orientador da investigação e ainda uma analista externa.

Investigadora principal: Psicóloga e psicoterapeuta formada pela Associação de Terapias Comportamental e Cognitiva, com formação complementar noutros modelos teóricos e considera a sua prática integrativa. É praticante de Psicoterapia maioritariamente com adultos, há 20 anos em diversos contextos públicos e privados. É docente na formação de Psicólogos Clínicos no contexto universitário, nos últimos anos. O seu trabalho tem sido influenciado pelo movimento de Integração em Psicoterapia e pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática, há vários anos.

Orientador da investigação: Professor Catedrático, coordenador da Secção em Psicologia Clínica e do Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativo da Faculdade Psicologia. Tem colaborado, publicado e divulgado extensivamente sobre a Psicoterapia e Integração a nível nacional e Internacional. É o criador do Modelo de Complementaridade Paradigmática que tem vindo a desenvolver nos últimos 15 anos. Tem como principais interesses a filosofia da psicoterapia, a pessoa do terapeuta, o processo e a mudança psicoterapêutica, as perturbações da personalidade e a regulação das necessidades psicológicas como condição de Bem-Estar. Psicoterapeuta de orientação integrativa com formação psicanalítica/dinâmica/relacional; rogeriana; cognitivo-comportamental; e “experencial, focada nas emoções”.

Analista Externa: Psicóloga e psicoterapeuta formada pela Associação de Terapia Familiar e Sistémica participou na investigação pela sua experiência e conhecimentos no uso da *Grounded Theory* e de metodologias qualitativas, mas também por ser uma

investigadora com outros temas de interesse, que não o Bem-Estar. O objetivo desta colaboração foi o de poder discutir metodologicamente o processo, longo e contínuo, de análise dos dados.

### 2.3.3. Procedimento

O procedimento de recolha de dados desenvolveu-se em duas fases conforme ilustrado pela figura seguinte:

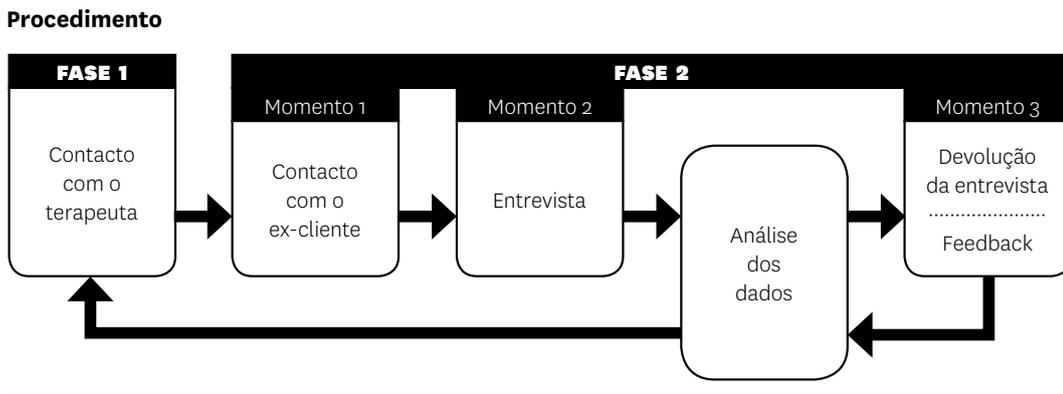


Figura 2. Resumo do procedimento

#### **Fase 1: Contacto com o terapeuta**

O primeiro contacto com os terapeutas foi feito telefonicamente pela investigadora principal. Os contactos telefónicos serviram para apresentar a investigação e a investigadora e para solicitar a participação dos terapeutas no estudo. Para além destes contactos telefónicos, houve também, a pedido de alguns terapeutas, um contacto presencial com o objetivo de conhecer melhor o estudo e a investigadora.

Neste primeiro contacto com os terapeutas foi patente o interesse destes praticantes pelo tema da investigação. Alguns questionaram aspetos específicos da investigação, nomeadamente os critérios de inclusão e do não *feedback*.

Quando manifestaram interesse em participar, foi-lhes enviada informação escrita (por *e-mail*) reafirmando os objetivos do estudo; o âmbito da sua participação e a confidencialidade da mesma (vide Apêndice A); os critérios de inclusão dos ex-pacientes; o consentimento informado (vide Apêndice B) que é solicitado aos seus ex-

pacientes e ainda a informação de que não receberiam nenhum *feedback* da investigadora sobre a informação fornecida pelos seus ex-pacientes, sendo esta confidencial (ver questões éticas mais adiante), mas que receberiam informação sobre o estudo, em caso de participação.

No total, foram contactados 31 terapeutas de diferentes perspetivas teóricas. Todos se mostraram interessados no estudo e colocaram a hipótese de participar. Destes 31 terapeutas, 11 explicitavam as razões para não continuarem a sua participação. As razões explicitadas para a não facilitação do contacto de ex-clientes foram: considerarem não ter, no momento, nenhum ex-cliente que preenchesse os critérios ou com quem se sentissem à vontade para propor o estudo e, ainda, não terem a disponibilidade para o fazer no momento.

Ao longo do processo, 16 terapeutas contactaram os seus ex-clientes a quem explicaram o estudo e, tendo estes mostrado disponibilidade em participar, enviaram o contacto de seus ex-clientes para poderem ser contactados pela investigadora.

Em função de características demográficas e do processo de constituição do grupo de participantes principais foram contactados 18 ex-clientes. Destes, apenas um desistiu da participação, não aparecendo à entrevista marcada. Houve ainda um participante que foi entrevistado mas cuja participação foi excluída, por ter sido considerado que não reunia condições para a realização de uma entrevista de qualidade.

Após o recrutamento inicial utilizou-se um processo de amostragem teórica como proposto pela *Grounded Theory* (Glasser & Strauss, 1967; Charmaz, 2006). Começámos por recolher e analisar as primeiras entrevistas e avançar para uma construção de ideias tentativas sobre os dados, não tendo havido uma definição *a priori* dos participantes. Seguidamente entrevistámos mais participantes, recolhendo mais dados e analisando novamente as nossas categorias e compreensão. Assim, a seleção das fontes manteve-se aberta ao longo do processo de investigação, pois só após as primeiras participações estarem recolhidas e analisadas se pôde, com base nessa

descrição, proceder à análise preliminar das experiências e selecionar os participantes adicionais, com o objetivo de expandir e desafiar as ideias que se iam construindo.

## **Fase 2**

Depois da fase de “recrutamento” dos participantes principais, seguiu-se a fase 2 em que o procedimento tem três momentos distintos que importa referir: o contacto inicial, a entrevista presencial e o *feedback* da entrevista dado pelos participantes principais.

### **Momento 1: Contacto inicial**

O primeiro contacto com os participantes ex-clientes, foi feito via telefone ou *e-mail*, envolvendo por vezes mais do que uma comunicação. Este contacto inicial teve como objetivos: explicar os objetivos e procedimento do estudo; esclarecer dúvidas; assegurar que o participante aprecia o carácter único da sua experiência e a importância da sua participação; garantir a compreensão do carácter voluntário e confidencial da mesma; e ainda, facilitar a acessibilidade ao local da entrevista.

Este momento revelou-se da maior importância para assegurar a participação e clarificação dos participantes, bem como para iniciar a construção de uma relação de colaboração e respeito mútuo entre a entrevistadora e os participantes.

### **Momento 2: Entrevista Presencial**

Em dia, hora e local definido pelos participantes principais a entrevista começou por um agradecimento da presença e participação. Após alguns momentos de conversa “quebra-gelo” foi mostrada toda a disponibilidade para fornecer a informação e esclarecimentos adicionais que os ex-clientes desejassem, quer sobre a investigação, quer sobre a pessoa da entrevistadora. Em seguida foi-lhes pedido que lessem e assinassem o documento de consentimento informado da investigação. Após a sua concordância, foram iniciadas a entrevista e a gravação áudio.

Aos participantes foi também dada verbalmente a liberdade para interromperem a gravação quando quisessem e para corrigirem ou retirarem alguns aspetos da sua

participação, se assim desejassem. Apenas um participante, num determinado momento da entrevista, ponderou essa hipótese, tendo decidido adiar essa decisão para o momento do procedimento que a seguir se descreve.

No final da entrevista era confirmada com os participantes a sua disponibilidade para continuar a participar na investigação, como a seguir se descreve.

### **Momento 3: Feedback**

Após a transcrição das entrevistas feita pela investigadora principal, esta foi devolvida por *e-mail* aos participantes (que se afirmaram disponíveis para tal). Aos participantes foi assim dada a possibilidade de lerem, reverem e acrescentarem alguma informação que clarificasse as suas perspetivas. Esta participação foi também incorporada na análise posterior dos dados.

Nem todos os participantes quiseram participar deste modo, dando *feedback*, (P1) e alguns não responderam, pelo menos em tempo útil. No entanto, não só a taxa de *feedback* foi muito superior à de estudos semelhantes (Levitt, Butler & Hill, 2006), como os *feedbacks* foram muito além daquilo que era solicitado ou esperado, tendo os participantes ativamente contribuído com o que acharam relevante para a entrevistadora compreender melhor as suas vivências (e.g. filme [P4,F]; textos [P6,F e P12,F]).

### **2.3.4. Instrumentos**

Como especificado anteriormente, o principal instrumento desta investigação foi a entrevista a ex-pacientes de psicoterapia, uma vez que o nosso objetivo era dar-lhes voz, no sentido de, com base na sua experiência, compreender de modo mais aprofundado a relação entre a psicoterapia e o Bem-Estar. Em complemento à entrevista consideramos que o *feedback* escrito solicitado se constitui como um segundo instrumento de recolha de dados. Do mesmo modo, consideramos que a pessoa da investigadora enquanto entrevistadora e produtora de significados pode ser também considerada como um instrumento de investigação.

#### **A entrevista**

A opção por utilizar como instrumento uma entrevista semiestruturada resultou das suas qualidades e especificidades, enquanto instrumento flexível e detalhado de recolha de dados, (McLeod, 1996) possibilitando uma exploração aprofundada da experiência subjetiva dos participantes. Para além deste aspeto, a escolha deste tipo de entrevista beneficiou da experiência e do à vontade da investigadora com esse instrumento.

Tendo em conta que a riqueza e relevância das descobertas, conseguidas pelo uso das entrevistas como instrumento, parecem estar muito dependentes da qualidade da relação estabelecida entre o investigador e os participantes (McLeod, 2011, pp. 138) e que conseguir uma representação aprofundada das experiências era determinante, a investigadora principal realizou três entrevistas de treino. Estas tiveram como objetivo para além de testar o guião (Apêndice C – Guião de Entrevista), antecipar os desafios que se colocariam à entrevistadora, especialmente no que dizia respeito à sua mudança de papel<sup>7</sup>.

Das três entrevistas de treino uma foi gravada em áudio e duas foram refletidas *a posteriori* pela entrevistadora e os entrevistados. Deste processo resultou um guião

---

7 Se, como é afirmado por Kavel (2008) “a entrevista investigativa está algures entre o diálogo filosófico e a entrevista terapêutica”, o nosso potencial viés era claro.

mais centrado no Bem-Estar e a consciência da entrevistadora da importância de direcionar a entrevista para os objetivos pretendidos, evitando demasiada dispersão do discurso. Este processo possibilitou ainda uma tomada de consciência mais clara sobre a tensão existente entre a postura terapêutica e a postura investigativa.

Conduzimos então 16 entrevistas semiestruturadas e de natureza exploratória, centradas no Bem-Estar e no(s) processo(s) terapêutico(s) realizado(s).

Na condução das entrevistas tentámos usar uma postura não diretiva, mas mantendo a capacidade de ir fornecendo pistas a cada participante que a/o ajudassem a continuar a explorar ou elaborar as suas respostas, tendo o cuidado de interferir minimamente no conteúdo, usando intervenções focadas no processo.

Tentámos sempre que possível usar questões abertas, guardando para o fim da entrevista as questões fechadas, de modo a tentar preservar a estrutura do pensamento e a organização da informação do participante visível, seguindo as sugestões de Rennie (2004).

Ao longo das entrevistas convidámos os participantes a:

- Explorar o impacto, positivo ou negativo, da psicoterapia no seu Bem-Estar;
- Explorar outros aspetos que não a psicoterapia que tivessem contribuído para o Bem-Estar durante a terapia;
- Explicitar o que entendem subjetivamente por Bem-Estar;
- Explicitar de que modo, o que aconteceu na psicoterapia, provocou um aumento ou diminuição do Bem-Estar;
- Clarificar, quando possível, as contribuições dos clientes e as contribuições dos terapeutas;
- Solicitar exemplos ou episódios ilustrativos;
- Recordar a experiência e os acontecimentos significativos da sua psicoterapia;

As entrevistas seguiram roteiros próprios devido às alterações decorrentes da comunicação específica entre a investigadora principal e cada participante (entrevista semiestruturada).

Quando a narrativa dos participantes parecia chegar ao fim e a entrevistadora considerou que os temas centrais tinham já sido abordados, foi perguntado a cada participante se acharia importante acrescentar mais alguma informação ou clarificar algum aspeto sobre o modo como a terapia tinha influenciado o seu Bem-Estar, que ainda não tivesse referido.

Tentámos ainda que a entrevista terminasse de um modo positivo para cada participante não só manifestando agradecimento, mas também a relevância e importância da sua partilha e generosidade, sublinhando algum aspeto específico referido, que pudesse ser disso testemunho. No fim de cada entrevista, foi lembrado a cada participante o momento seguinte do procedimento e averiguado o seu interesse em continuar, sendo de qualquer modo agradecida a generosidade da participação.

Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora principal entre Abril de 2013 e Abril de 2015. Todas as entrevistas tiveram lugar em dois consultórios clínicos privados, os locais escolhidos pelos participantes e tiveram uma duração média de duas horas. A mais longa durou três horas e um quarto e a mais curta uma hora e um quarto.

### **O pedido de feedback**

Devolver as entrevistas aos participantes, dando-lhes a oportunidade de reverem a sua participação, permitiu-nos ganhar uma maior proximidade com a perspetiva dos participantes na medida em que, deste modo, se garantia que as entrevistas recolhidas refletiam a sua perspetiva sobre o modo como a experiência psicoterapêutica se relacionava com a sua experiência de Bem-Estar, aumentando assim a credibilidade dos dados.

Cada pedido de *feedback* foi desenhado à medida de cada participante mas todos incluíram: o agradecimento, o assegurar da confidencialidade, a preparação do participante para a diferença entre o tipo de linguagem que geralmente é usado na es-

crita e o discurso oral transcrito (Apêndice D – Pedido de *feedback*); por fim, um anexo codificado com a transcrição da entrevista.

Os *feedbacks* produzidos pelos participantes vieram enriquecer os dados da investigação acrescentando significados que não puderam ser partilhados no contexto da entrevista, apesar de todos os participantes terem explicitado claramente que as transcrições das entrevistas continham as suas ideias essenciais.

O facto de que estes dados terem sido produzidos num contexto distinto, não diádico mas individual, poderá ter permitido uma expressão mais livre por parte dos participantes; por outro lado, a utilização da escrita como meio de comunicação veio permitir não só algum distanciamento potenciando a reflexão, como a utilização da linguagem escrita como forma de expressão requer um esforço acrescido na clarificação das ideias. Este instrumento permitiu ainda, nalgumas situações, aprofundar a perspectiva dos participantes pela riqueza dos textos enviados, sendo que alguns o potenciaram de modo criativo e inesperado.

### **2.3.5. A análise dos dados**

Como descrevemos anteriormente, a análise e recolha de dados foram ocorrendo concomitantemente. Assim, os dados ou contribuições dos participantes foram sendo analisados gradualmente e à medida que foram sendo trabalhados foi sendo avaliada a necessidade de encontrar novos participantes, num processo continuado de análise e recolha de dados.

Passando então ao procedimento de análise, houve uma total imersão da investigadora principal nos dados, através da realização das entrevistas, das audições das gravações, da transcrição das entrevistas e sua leitura, bem como da leitura dos *feedbacks* e das notas de campo. A transcrição das entrevistas foi feita *in verbatim* pela investigadora.

No decurso da recolha de dados, as entrevistas foram sendo sucessivamente transcritas na sua totalidade e analisadas. Este procedimento permitiu uma reformu-

lação das questões do guião, que poderiam ser reformuladas ou incluídas, de modo a recolher dados importantes e que emergiam da análise das entrevistas anteriores.

Tendo em conta que a *Grounded Theory* tende a fazer esbater ou perder a informação do caso específico e da sua estrutura interna, após cada entrevista foram feitos resumos com aspetos que nos pareceram relevantes de cada entrevista (Miles & Huberman, 1994). Estes resumos bem como as notas de campo da entrevista mantiveram a investigadora perto das vozes individuais dos participantes e permitiram ir refletindo criticamente sobre a própria adequabilidade da estrutura da análise.

Seguidamente, as transcrições das entrevistas e o *feedback* dado pelos pacientes foram analisados de acordo com os princípios da *Grounded Theory* (Charmaz, 2006; Dourdouma & Mortl, 2012; Glaser & Strauss, 1967) tentando captar a riqueza das experiências e vozes dos pacientes. A análise foi conduzida numa mistura de procedimentos manuais e de recurso à aplicação informática NVivo (Versão 10.2.1 para o sistema operativo Apple OSX).

A unidade de codificação dos textos foi feita através da "Unidades de significado", ou seja, foram usadas passagens de tamanhos variáveis mas que continham uma ideia ou significado (Rennie, 2006).

Ao significado das unidades foi atribuído um código (nome) que refletia o seu significado, centrado nas atividades ou processos ou, mais raramente, na sua codificação direta (*in vivo coding*).

Para além da categorização, usámos vários dos instrumentos propostos pela versão construtivista da *Grounded Theory* para a análise de dados (Charmaz, 2006). Por um lado, para monitorizar e tornar transparente o processo realizado fomos anotando as nossas ideias e raciocínio sobre os dados, categorias e processo, quer sob a forma de memos no NVivo, quer sob a forma de anotações no diário reflexivo. Por outro lado, fomos criando esquemas ou mapas conceituais para explicitar o nosso pensamento sobre as categorias e sobre as relações das categorias entre si. Durante a análise dos dados procurámos tornar conscientes as nossas expectativas e procurámos ativamente

exemplos que as pudessem desconfirmar. Fomos registando no diário de investigação os aspetos para nós surpreendentes dos dados, tentando-nos manter, tanto quando possível, fiéis aos significados das vozes dos participantes.

Porque os dados foram analisados gradualmente, à medida que foram sendo trabalhados foi sendo avaliada a necessidade de encontrar novos participantes num processo continuado de análise e recolha de dados que terminou quando considerámos que as categorias (de segundo nível) estavam "saturadas", ou seja, quando deixaram de surgir novas categorias que acrescentassem ou alterassem o sentido da análise, o que aconteceu pela décima segunda entrevista. No entanto, continuámos a recolha de dados e realizámos ainda mais quatro entrevistas por nos parecer que a complexidade dos dados da nossa análise e o nível de experiência da investigadora principal com o método assim o exigia (Levitt, 2015).

Este processo teve como objetivos a exploração de novos sentidos de Bem-Estar e a construção de teoria sobre o modo como a psicoterapia pode aumentar o Bem-Estar, que fosse compreensiva e baseada nas perspetivas das pessoas que fizeram um processo psicoterapêutico (McLeod, 2011).

Na condução da análise estivemos sempre motivados para reconhecer e desafiar os pressupostos sobre o modo como a Psicoterapia influencia o Bem-Estar, com o objetivo de tentar identificar os aspetos centrais e comuns das diferentes perspetivas e experiências, mas também em reconhecer as diferenças e a variedade de perspetivas e experiências dos ex-clientes sobre a relação entre a Psicoterapia o Bem-Estar.

Em resumo, a partir desses processos sucessivos, recursivos e morosos, seguindo a tradição hermenêutica, fomos construindo categorias de abstração crescente, cada vez mais inclusivas, até termos atingido quatro temas centrais (*core codes*) que agrupam e expressam os princípios fundamentais do fenómeno que decidimos explorar, o modo como na perspetiva dos pacientes a psicoterapia pode levar ao Bem-Estar. No final da análise e escrita dos resultados, questionámo-nos ainda sobre o grau de

adequação da “teoria” e temas centrais resultantes para integrar as verdadeiras questões levantadas pelos participantes e as nossas questões de investigação (Glaser, 1998).

Dois dos participantes após o fim da entrevista decidiram, por considerarem importante para o estudo, partilhar outros materiais (um portefólio sobre o percurso e um diário) que na sua perspetiva ajudariam a compreender melhor os seus percursos pessoais durante a psicoterapia. Outros participantes partilharam outros materiais no *feedback* (por exemplo, textos poéticos, músicas e letras de músicas, filmes, ver exemplo em Apêndice E – Excerto de *feedback*) com o mesmo objetivo, o de comunicarem e partilharem as suas perspetivas.

Apesar da relevância e riqueza destas contribuições, estes dados não foram incorporados na análise, pelo menos de modo consciente ou sistemático.

### ***A pessoa do investigador como instrumento da investigação***

Entendemos a entrevista como a co-construção do significado que a psicoterapia tem para determinada pessoa, como a construção de uma história ou narrativa a partir dos factos ou vivências no contexto do encontro entre a investigadora e a/o ex-paciente.

Sendo que no desenho da investigação se planeou o encontro para a entrevista como sendo único, este facto poderia pôr em risco a qualidade da interação entre a investigadora principal e os ex-pacientes, na medida em que este poderia ser o encontro entre dois estranhos e assim dificultar a verdadeira construção de uma narrativa.

Tendo isso em mente, tentámos que os primeiros contactos, referidos no Momento 1 do procedimento, facilitassem a aproximação. Assim, embora mantivéssemos em mente a possibilidade da relação de confiança com o terapeuta facilitar essa aproximação, tivemos igualmente em conta que esta a poderia dificultar; neste sentido sentimos a necessidade de garantir que houvesse uns momentos não gravados de conhecimento apenas para estar com o participante antes do início formal da entrevista.

Ao ler as transcrições e durante a própria entrevista, muitas vezes os papéis de investigadores e de terapeutas criaram tensões internas. Se por um lado, enquanto in-

investigadores, nos preocupámos em aprofundar o máximo possível os assuntos, por outro lado, enquanto terapeutas, preocupámo-nos sobre os possíveis efeitos do processo da entrevista no participante. Estas duplas identidades vieram a revelar-se úteis para a qualidade da investigação uma vez que a experiência, enquanto terapeuta, potenciou o criar empatia e a abertura dos participantes para partilharem as suas experiências e perspetivas durante o processo de investigação. A dificuldade que mais frequentemente surgiu foi a de tentar regular o nível de aprofundamento emocional e reflexivo e o reviver de situações problemáticas. Neste contexto foi lembrado aos participantes a possibilidade de não responderem ou não aprofundarem as questões tendo-se pontuado a entrevista com aspetos facilitadores da regulação emocional. Do ponto de vista ético, o *Self* terapêutico esteve sempre atento verificando e tentando regular o nível de autorrevelação e de ativação emocional dos participantes. A experiência terapêutica foi aqui uma mais-valia e cremos que a profundidade das entrevistas e a abertura dos participantes está de algum modo com ela relacionada.

Dada a avaliação das problemáticas e a gravidade de algumas das situações apresentadas e possível fragilidade das pessoas entrevistadas, procurámos estar sempre atentos a proteger, do modo que nos foi possível, algum potencial perigo para os participantes que, na nossa opinião, nunca valeria os eventuais benefícios para a investigação. Este posicionamento foi também claro em muitas das decisões relativas aos aspetos éticos da investigação já que, como investigadores, também nos cabia zelar pelo Bem-Estar dos Participantes.

De acordo com Finlay e Evans (2009) compreendemos a importância de uma reflexão profunda do investigador sobre o processo da investigação ao ter em conta como os aspetos emocionais e relacionais do investigador entram de modo inconsciente no processo de investigação.

Sendo que a reflexividade da investigadora e a identificação dos seus pressupostos e compreensão são aspetos constitutivos do próprio método qualitativo, fez sentido anotar, ao longo do processo de investigação, o próprio processo de reflexão clarifican-

do, desde o início e dentro do possível, as ideias e pressupostos sobre a investigação que se estava a desenvolver. Neste sentido, durante todo o processo fez-se um diário de investigação que contém não só os passos seguidos e informação relevante, mas também várias reflexões sobre os diversos aspetos da investigação. Inicialmente este diário continha maioritariamente reflexões sobre as leituras que foram sendo feitas e, depois do desenho do estudo, começou a conter mais notas de campo, questões emocionais e relacionais e um processo de reflexão sobre a própria investigação.

### **2.3.6. Confiança e credibilidade**

As questões da confiança e da credibilidade foram pensadas nesta investigação a vários níveis: Ao nível do procedimento da investigação, ao nível do método de análise da *Grounded Theory* e ao nível da tentativa de diversificação de perspetivas, usando uma analista externa.

Primeiro, no fim das entrevistas aos participantes perguntámos se gostariam de acrescentar algum aspeto que consideravam relevante ou importante para compreender a sua perspetiva e experiência sobre o modo como a Psicoterapia conduziu ao aumento ou diminuição do Bem-Estar. Perguntámos, ainda, se tinham alguma expectativa relativamente ao conteúdo da entrevista, que julgariam importante ou esperavam que fosse questionada e que gostassem de acrescentar. Este processo dava a oportunidade a que os participantes pudessem refletir sobre os aspetos omissos e relevantes da sua participação.

Um segundo procedimento foi, como já foi referido, o pedido de *feedback*. Este consistiu no envio de um *e-mail* com as entrevistas ou um resumo de alguns dos aspetos desta, de modo a que os participantes tivessem um segundo momento, num contexto distinto, para refletir sobre a sua perspetiva e a sua participação.

Apesar do intervalo entre a entrevista e o pedido de *feedback* ser longo, devido ao tempo de transcrição e análise intensiva da mesma, onze dos dezasseis participan-

tes responderam ao pedido de *feedback*<sup>8</sup>, taxa de resposta que é muito superior à encontrada em estudos semelhantes (Levitt, Butler & Hill, 2006).

Como terceiro procedimento, para aumentar a credibilidade do estudo, a análise foi apoiada por uma psicoterapeuta de uma orientação teórica distinta da investigadora principal com experiência de investigação qualitativa e de utilização da *Grounded Theory* (GT). Esta contribuição não teve como objetivo verificar a objetividade da análise, mas sim ponderar se o método e os procedimentos estavam a ser aplicados de acordo com os princípios da GT e contribuir para uma análise crítica dos mesmos (Levitt, 2015). Estas questões foram um instrumento importante, quer para a solidez das interpretações feitas pela investigadora principal, quer para alargar as possibilidades interpretativas (Rennie & Frommer, 2006). Segundo Polinghorne (2005), os múltiplos participantes são uma forma de triangulação da experiência, localizando o seu âmago, pelas aproximações sucessivas das várias contribuições. Neste sentido a triangulação serviu também para permitir à investigadora principal ir mais além de uma única visão da experiência.

Tentámos ainda reforçar a confiança e credibilidade do estudo procurando que o trabalho de análise e interpretação realizado fosse ao máximo transparente em termos dos procedimentos (Yin, 2011). Sempre que possível apresentamos as vozes dos participantes e as nossas categorias e reflexões de modo a permitir uma “descrição densa” (Geertz, 1973). Isto é feito, quer no texto usando exemplos, quer nos apêndices, para facilitar o escrutínio por outros investigadores.

Para além da apresentação das reflexões da investigadora principal, que são alvo de um ponto específico “Reflexividade da Investigadora”, a apresentação das crenças dos investigadores e dos seus pressupostos teóricos relativamente ao Bem-Estar e à Psicoterapia são feitos no momento da apresentação dos investigadores como participantes das investigação e ao longo do texto, de modo a permitir ao leitor identificar

---

8 Este aspeto pode talvez apontar para a existência de uma relação de colaboração dialógica com os participantes.

eventuais vieses, questionar as interpretações e propor alternativas de interpretação, dando toda a riqueza da diversidade a esta pesquisa.

### **2.3.7. Considerações éticas relativas ao estudo**

"Nada é melhor do que a boa vontade mas ela não basta e pode enganar-se."  
Edgar Morin (2005)

A procura de uma prática investigativa ética é complexa e plena de tensões e desafios. O que nos poderá em última análise permitir uma investigação ética é a permanente reflexividade (Guillemin & Gillam, 2004). Respeitar os participantes e a sua opinião e perspetiva e solicitá-la ativamente em caso de dúvida, permitindo também que os próprios participantes protegessem os seus interesses e decidissem o que pretendiam manter na esfera privada ou tornar público, foi ainda uma outra maneira que encontrámos para cuidar de realizar uma investigação eticamente orientada.

No presente estudo as considerações éticas foram refletidas a vários níveis que passamos a explicitar.

O primeiro nível foi relativo ao modo como, no geral, as questões éticas são consideradas no âmbito de uma investigação em Psicologia. Os aspetos relativos ao consentimento informado, anonimato e confidencialidade (e.g. *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, American Psychological Association, 2010) implicaram diversos cuidados.

Aos participantes, ex-pacientes e terapeutas, foi assegurada a confidencialidade da informação prestada, tendo sido sublinhando que os terapeutas não receberiam *feedback* sobre a participação individual dos seus ex-clientes. Nesta decisão esteve implicada uma tensão entre o direito dos clientes à confidencialidade das informações prestadas e possível contributo do *feedback* dos clientes para o desenvolvimento dos terapeutas e da sua prática. Após ponderação, a opção foi a de manter a confidencialidade uma vez que este estudo não sendo de investigação-ação não procurou intervir sobre a prática dos profissionais.

Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora principal e gravadas em áudio, após aviso prévio e consentimento para tal. Posteriormente foi atribuído um código às entrevistas e retirada a informação que fosse facilmente identificadora, de modo a torná-las anónimas. Aos participantes foi pedida autorização para o uso de transcrições das suas contribuições em publicações científicas e na tese de doutoramento da investigadora.

A informação relativa aos objetivos do estudo e aos seus direitos, enquanto participante no mesmo, foi fornecida repetidamente, nos vários contactos, pela investigadora, tendo sido também apresentada por escrito, antes da entrevista, num documento de consentimento informado que todos os participantes ex-clientes assinaram (Apêndice B – Consentimento informado).

Foi reforçado, ainda, que em qualquer momento do processo, incluindo durante a entrevista, os participantes principais tinham todo o direito de não querer continuar a participar, embora a investigadora pudesse tentar clarificar a razão para tal no sentido de resolver algum problema e manter a participação.

Apesar de todos os cuidados, a questão do anonimato e da confidencialidade bem como outras questões éticas foram sendo elaboradas reflexivamente e refinadas na prática, à medida que a investigação decorreu, tendo sido fundamental a contribuição dos participantes no estudo. A título de exemplo, uma participante, que forneceu vários *feedbacks*, no seu penúltimo *feedback*, voltou a levantar a questão: "P.S. Como vai identificar as suas entrevistas? Não apreciava muito ser reconhecida... embora isto possa ser improvável." (16, Feed4). A participante deu assim à investigadora uma nova oportunidade para explicitar o modo como pretendia garantir esse não reconhecimento público. Este facto ilustra também a não existência de um instrumento de consentimento informado que assegure o consentimento informado. Assim, o consentimento informado vai-se assegurando ao longo de todo o processo de investigação, apontando para a importância dos comportamentos, atitudes e decisões do investigador, feitas, momento a momento, no decurso da investigação (Lobo, 2015).

Um segundo nível de reflexão esteve direcionado com as questões éticas levantadas por se tratar especificamente de um estudo qualitativo (c.f. Wertz, Charmaz, McMullen, Jesselson, Anderson & McSpadden, 2011). No presente estudo os participantes foram perspetivados como colaboradores do processo de investigação e foi-lhes solicitado que comentassem e questionassem, em qualquer momento, os procedimentos da investigadora e a investigação. Dentro do possível, tentámos partilhar o poder ao longo do processo da investigação e estabelecer uma relação dialógica e colaborativa: foram os participantes que escolheram o local da entrevista; foi pedido *feedback* aos participantes quanto ao conteúdo da sua participação tendo esta sido disponibilizada e tendo todas as contribuições ou alterações, relativamente às suas contribuições, sido integradas; quando desejaram, os participantes, receberam cópias codificadas da informação recolhida e analisada e ainda as questões centrais da investigação. Para dar a possibilidade aos participantes disputarem os resultados, tentou-se manter o diálogo aberto e clarificar as fases do processo. Após a discussão pública da tese e da sua divulgação *on-line*, contactaremos os participantes, terapeutas e clientes, convidando-os à sua leitura e a questionarem a investigação, para a qual contribuirão determinadamente.

Por último, ponderámos as questões éticas que se colocam num estudo qualitativo com a especificidade de ter como participantes ex-clientes de psicoterapia (McLeod, 2010). A provocação, que esta investigação fez aos seus participantes, apelou à sua coragem e generosidade e, também por isso, tentámos ter como princípio orientador o facilitar que a relação com a investigadora fosse recíproca e construtiva. Este princípio esteve presente em todos os momentos e fases do processo, nas entrevistas, nos contactos e *feedback* fornecidos e, ainda, na escrita da mesma. Para além de se ter garantido a possibilidade de encaminhamento, caso a investigadora se confrontasse com essa necessidade, a consciência do aspeto construtivo da entrevista e contactos posteriores foi sempre refletido de modo consciente. Tentámos, o mais possível, que a representação da relação terapêutica existente não fosse comprometida para o benefício do processo de investigação. Este princípio orientou as nossas práticas investiga-

tivas em vários momentos, nomeadamente, na condução das entrevistas, por exemplo, quando nas entrevistas se explorava como é que o processo terapêutico poderia ter tido um impacto negativo no Bem-Estar. É de referir ainda que uma parte do cuidado e questionamento ético da investigação foi partilhada com os terapeutas participantes, já que uma parte muito importante da seleção dos participantes foi feita com a ajuda dos terapeutas.

Terminamos as considerações éticas com uma questão final e que deixamos em aberto, ilustrando uma das possíveis tensões e complexidades de que se reveste a investigação qualitativa em Psicoterapia.

Uma das questões mais cuidadas durante todo o processo da investigação foi o da proteção da identidade dos participantes, terapeutas e ex-pacientes, numa comunidade pequena e em que todos se conhecem ou se podem conhecer e localizar. Nesse sentido, foi também seguida a orientação e desejo dos participantes. No entanto, durante o processo de escrita desta investigação, não podemos deixar de nos questionar, em sentido inverso, na questão da autoria.

Qual a importância que atribuímos à autoria? Qual a importância que atribuímos à autoria versus confidencialidade? Será que as nossas práticas e métodos de investigação, em si mesmos, não influenciam e induzem os participantes mais no sentido da confidencialidade do que da autoria? Quando começamos por falar da confidencialidade ou fornecer um consentimento informado que a apresenta, não estaremos a condicionar de modo implícito o desejo de autoria dos participantes? Será justo que os participantes cujas vozes aqui são ouvidas, a profundidade da sua reflexão e o seu contributo generoso sejam tornados anónimos? Não são os participantes os coautores desta investigação? Será que os consentimentos informados que lhes apresentámos como garantia da sua proteção e até a garantia de confidencialidade, não servem como instrumentos de ocultação da autoria ou, pior ainda, de não autorização implícita do desejo de autoria?

O projeto desta investigação foi aprovado pela Comissão Científica e Coordenadora do Programa de Doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, tendo sido considerado adequado em termos deontológicos.

## CAPÍTULO 3 RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise das entrevistas e *feedbacks*, seguindo a metodologia da *Grounded Theory*, estruturados a partir dos temas e categorias que se foram constituindo como significativos do discurso dos ex-pacientes ao longo da investigação e de acordo com os objetivos e questões empíricas do estudo.

<b>TEMA 1 PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR</b>	<b>TEMA 2 COMO É QUE A TERAPIA PROMOVE O BEM-ESTAR?</b>
O que é o Bem-Estar? Experiências e definições de Bem-Estar	Melhorias na relação com os outros
A relação entre a terapia e o Bem-Estar é complexa	Melhorias na relação consigo próprio
Para além da psicoterapia... Outros Contributos para o Bem-Estar	Melhorias sintomáticas
História da Terapia	Contributos do cliente para o processo
História de Vida	Cliente explicita o que o terapeuta fez
A procura do Bem-Estar como um percurso em que o percurso terapêutico se enquadra	Cliente explicita o tipo de relação
	<b>TEMA 3 RECADOS PARA OS TERAPEUTAS</b>
	Valorização e reconhecimento da terapia e do terapeuta
	Contributos críticos e sugestões
	<b>TEMA 4 REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A INVESTIGAÇÃO</b>

Figura 3. Quadro síntese de temas, categorias e subcategorias

Desta análise surgiram cinco grandes temas:

TEMA 1: "PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR?";

TEMA 2: "COMO É QUE A TERAPIA PROMOVE O BEM-ESTAR?";

TEMA 3: "RECADOS PARA OS TERAPEUTAS";

TEMA 4: "REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A INVESTIGAÇÃO".

Apresentamos cada tema e descrevemos as categorias emergentes que os compõem. Para auxiliar a leitura dos resultados apresentamos, para cada um dos temas, um quadro síntese das categorias que o integram (vide figuras 4 a 6).

Para ilustrar cada uma das categorias identificadas escolhemos apresentar exemplos típicos, mas também exemplos menos típicos, de modo a revelar os aspetos mais comuns, mas também a diversidade e ambiguidade existente nas perspetivas recolhidas.

Para indicar a representatividade de cada tema ou categoria, usamos os termos: "em geral" ou "geralmente" para indicar uma tema que ocorre em todos os casos (16), ou em todos os casos exceto um; os termos "tipicamente" ou "frequentemente" para indicar que um tema foi observado por metade, ou mais, dos participantes: os termos "variando" ou "alguns" quando indicamos um tema que foi referido por mais do que dois mas por menos de metade (8) dos participantes e, por último; o termo "raramente" para as ideias importantes referidas por um ou dois participantes, como sugerido por Ladany, Thompson e Hill (2012).

### 3.1. TEMA 1: PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR

Este tema agrega as reflexões dos participantes sobre a Psicoterapia e o Bem-Estar. Nele estão contidas as suas visões e definições do que é o Bem-Estar, as suas reflexões sobre os diversos impactos da psicoterapia no seu Bem-Estar e ainda as reflexões sobre outros contributos, que não a psicoterapia, para o seu Bem-Estar.

<b>TEMA 1: PSICOTERAPIA E BEM-ESTAR</b>
<p><b>O que é o Bem-Estar? Experiências e definições de Bem-Estar</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Estar em paz, sereno e tranquilo consigo próprio</i></li> <li>· <i>Sentido que as relações próximas dão à vida</i></li> <li>· <i>Felicidade</i></li> <li>· <i>Prazer do dia a dia</i></li> <li>· <i>Liberdade</i></li> <li>· <i>Abertura</i></li> <li>· <i>Valorização do momento presente</i></li> </ul>
<p><b>A relação entre a terapia e o Bem-Estar é complexa</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Avaliação da terapia é bastante positiva mas bastante variável</i></li> <li>· <i>Desejos não cumpridos</i></li> <li>· <i>Há o antes e o depois da terapia</i></li> <li>· <i>A vida sem terapia seria pior</i></li> <li>· <i>Mas ainda...</i></li> <li>· <i>A terapia é dura e difícil</i></li> </ul>
<p><b>Para além da psicoterapia... Outros Contributos para o Bem-Estar</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Relações com outras pessoas</i></li> <li>· <i>Atividades como contribuindo para o seu Bem-Estar</i></li> <li>· <i>Mudanças significativas</i></li> </ul>
<p><b>História da Terapia</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Expectativas em relação à terapia</i></li> <li>· <i>Início da terapia</i></li> <li>· <i>Final da terapia</i></li> </ul>
<p><b>História de Vida</b></p>
<p><b>A procura do Bem-Estar como um percurso em que o percurso terapêutico se enquadra</b></p>

Figura 4. Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 1

### **3.1.1. O que é o Bem-Estar? Experiências e definições de Bem-Estar**

Em primeiro lugar agrupamos e apresentamos os significados ou conceitos principais referidos de modo abstrato e geral como correspondendo à experiência de Bem-Estar. O Bem-Estar nessas descrições, é referido quer como um estado, quer como um objetivo a atingir.

Tipicamente a experiência de Bem-Estar é descrita como estando associada ou correspondendo ao sentimento subjetivo de **estar em paz, sereno e tranquilo** consigo próprio. Este sentimento é descrito pelos participantes do seguinte modo:

"(...) para mim, o Bem-Estar está muito relacionado com o equilíbrio, com uma sensação de equilíbrio interior e de equilíbrio com o mundo que me rodeia... e de paz... acho que é essencialmente isso... sinto Bem-Estar quando me sinto equilibrada, sinto Bem-Estar quando estou em paz, quando estou tranquila..." (P10, E)

"porque estou a viver um período da minha vida que eu nunca pensei viver... de tranquilidade, de sossego, de paz de espírito... fisicamente extremamente cansada... mas, de paz, de tranquilidade como eu nunca pensei que fosse possível..." (P13, E)

Uma outra experiência típica ligada ao Bem-Estar está relacionada com o **sentido que as relações próximas dão à vida**. Nesse sentido, sentir Bem-Estar está relacionado com o sentir que a vida tem um sentido e que este sentido da vida é atribuído ao estar ligado aos outros, ao amor sentido pela família e pelos amigos e ao amar e ser amado pelas pessoas de quem se gosta. Como exemplo da importância desse sentido do Bem-Estar, apresentamos a descrição de um participante que refere a importância desse aspeto na sua vida, para o Bem-Estar que sente e também para sentir um Bem-Estar mais completo:

"Gosto do apoio que dou aos meus amigos, faz sentido para a minha vida ah... a minha mãe está com Alzheimer há já uns anos ah... é importante ah... a companhia que eu faço ao meu pai, o meu pai vivendo fora de Lisboa, eu vou de 15 em 15 dias e sei que é importante para ele porque tem com quem falar ah... podemos ir ao café e ele vai jogar cartas e eu fico com a minha mãe ah... é um desafio na verdade essa coisa do Alzheimer... ah pronto, a minha mãe muitas das vezes esquece quem sou eu, portanto ainda na última semana... ela já está com aquelas coisas obsessivas e eu descobri uma série de estratégias para a aliviar, relaxar para a tirar de ali, acho isso também importante ah... pronto, na verdade se tivesse namoro estava tudo perfeito (ri-se), basicamente é isso..." (P1, E)

A **felicidade** também é usada por alguns participantes como sinónimo ou uma experiência próxima do Bem-Estar. Aqui, surge a descrição do Bem-Estar ligada ao sentir-se feliz, mas também a felicidade como objetivo.

"sinto-me muito mais segura, sinto-me mais senhora do meu nariz, entre aspas, não é... sem ser de uma forma arrogante... sinto-me muito mais plena, sinto-me mais inteira... esta segurança que eu acho que me tem... tem-me trazido mais felicidade..." (P6, E)

É interessante verificar que alguns dos participantes manifestaram algum desconforto com a utilização da palavra felicidade, tendo a mesma participante referido ainda:

"eu acho que a felicidade é um conceito imenso... imenso... e avassalador e é pouco válido e pouco... hoje em dia as pessoas acham que até pode ser futilidade 'ah... a felicidade...' não, não é... é importante, ser feliz é importante e determina muita coisa (...)" (P6, E)

Uma outra ideia associada ao Bem-Estar referida por alguns dos participantes foi a de ter prazer e retirar **prazer do dia-a-dia**. "Desfrutar das pequenas coisas" (P1, E), fazer as coisas que dão prazer ou que são consideradas interessantes.

Surge ainda no discurso de alguns dos participantes a referência de que sentir Bem-Estar se relacionava com o sentir-se livre, ao invés de se sentir preso ou limitado. O sentimento de **liberdade** é referido desta forma por um dos participantes no estudo:

"Uma liberdade muito grande, é mesmo mais fácil viver assim (suspira) e pronto. Dentro da sua imperfeição claro, isso não é sempre tão fácil, mas é mais, é muito mais... (...) há uma coisa que eu procuro desde sempre, não sei se algum dia conseguirei, que é a Serenidade (ri) deve ser uma coisa quase... (ri) inatingível, não sei se algum dia (suspira)... mas não sei, o que é que é importante para mim na vida? É levá-la sossegadinha... é estar sossegado comigo próprio e... ter esta liberdade que tenho vindo a conquistar... isso é muito bom para mim, porque... esta coisinha depois levam... são... uma alavanca depois para todas as coisas que rodeiam e que levam a vida quotidiana no fundo." (Po4, E)

Os participantes referem que o seu Bem-Estar está também relacionada com uma sensação de maior **abertura** em relação à vida e às outras pessoas, como uma sensação de maior flexibilidade e fluidez. Na voz da participante:

"... Melhor é sentir-me mais leve do que antes... a maior parte do tempo. Claro que ainda tenho fontes de stress e de ansiedade e às vezes me sinto ansiosa, ou o que seja, mas já não é aquela sensação de angústia e de estar no limite. Quando há qualquer coisa já vou resolvendo ou já reformulo de forma diferente a forma como vou recebendo as coisas ah... mas sinto-me muito... não sei se é mais otimista mas... esta coisa, não sei se sei traduzir por outras palavras, mas o que eu sinto é essa abertura ao mundo e aos outros que,

para mim, tem a ver com esta alegria na forma de estar, com esta vontade de receber, e de não ter tanto medo, às vezes ainda tenho algum medo do desconhecido, mas já não tenho tanto medo do desconhecido (...)" (P03, E)

A **valorização do presente, do momento**, ao invés de uma preocupação excessiva com o futuro ou apenas de uma maior consciência de estar no "aqui e agora", faz também parte das descrições de Bem-Estar.

"Tudo o que seja ao longo de um dia, seja aqueles dias em que acordo maravilhosa, seja os outros dias em que acordo assim... ir navegando o que está a acontecer e o que eu preciso de fazer de forma a ir a cada momento o mais possível, dando a mim própria aquilo que eu preciso, seja uns minutos de pausa, seja um banho mais prolongado, o que quer que seja... seja explicitamente dizer: 'Falamos ao jantar agora, ou não!', seja das várias coisas que me ocorrem, que eu poderia fazer agora, qual é que faz mais sentido, que é mais adequada àquilo que estou a sentir neste momento... isto é a forma como eu construo o meu Bem-Estar hoje em dia. Tem este lado muito do concreto e do momento presente, etc..." (P12, E)

Para muitos dos participantes Bem-Estar significa Paz, Serenidade, Equilíbrio e Tranquilidade. Esta definição de Bem-Estar não aparece só ligada à ideia de Paz em oposição a conflito interno ou externo e ao âmbito terapêutico, é também referida abstratamente como sinónimo de Bem-Estar. Por exemplo, numa das entrevistas em que a entrevistadora questiona diretamente: O que é para si o Bem-Estar e a participante responde: "Para me sentir bem, tranquila e em paz?" (P16, E).

### **3.1.2. A relação entre a terapia e o Bem-Estar é complexa**

Tentámos procurar compreender como é que os ex-clientes concebiam a relação entre terapia e Bem-Estar e como é que esta associação se verificava nas diversas experiências terapêuticas. Como veremos, a análise dos dados pareceu indicar que embora houvesse uma relação clara para os participantes, entre pelo menos alguns dos processos terapêuticos e o seu Bem-Estar. Tipicamente os participantes relataram o aumento importante do seu Bem-Estar com a terapia. No entanto, na perspetiva dos participantes, os efeitos da terapia no Bem-Estar não são lineares.

Essa não linearidade provém de diversos aspetos e, principalmente, do facto de ser claro e estar presente na memória de muitos dos participantes não só como o processo promoveu o Bem-Estar, mas também como este foi difícil e duro.

Todos os participantes referiram ganhos ou um impacto positivo de pelo menos um dos processos psicoterapêuticos em aspetos específicos do seu Bem-Estar. No entanto, essa avaliação específica de aumento do Bem-Estar, em determinados domínios, não influencia determinadamente a perceção do impacto do processo para o Bem-Estar geral. Embora tenha acontecido raramente, por vezes, apesar de um participante poder refletir e explicitar ganhos importantes resultantes da terapia, estes são sentidos como insuficientes para considerar que a Terapia teve um impacto no Bem-Estar Geral.

No que diz respeito à nossa primeira questão, de saber se a psicoterapia leva ao aumento do Bem-Estar na perspetiva dos pacientes, podemos constatar o seguinte:

Todos os participantes relataram um aumento percebido do Bem-Estar, em dimensões específicas, devido à terapia. No entanto, nem todos os participantes consideraram que isso levasse ao aumento do Bem-Estar no geral. Este aspeto está de acordo com uma organização heterárquica ao invés de hierárquica do Bem-Estar (Mil-yavskaya, Philippe & Koestner, 2013). Por exemplo, um dos participantes (P16,E) referiu que a terapia teve um impacto muito positivo no seu Bem-Estar em termos profissionais, mas não no seu Bem-Estar geral.

Os participantes mostraram assim refletirem sobre a sua experiência de psicoterapia e Bem-Estar de modo complexo e integrado, clarificando as diferentes tonalidades e aspetos do impacto da terapia nas diversas dimensões do seu Bem-Estar.

### ***Avaliação da Terapia é bastante positiva mas bastante variável***

Como já referido, todos os participantes referiram um aumento percebido do Bem-Estar em dimensões específicas, devido à terapia. O grau de satisfação dos participantes com a terapia, segundo foi experienciada e referida pelos participantes foi

bastante variável. Com exceção de duas, as avaliações do impacto dos processos no Bem-Estar geral, são positivas.

"Sinto-me definitivamente melhor (Ri-se) do que há dois anos e tal, três, quando iniciei o processo... (P03, E)

"Interferiu e muito, muito, muito... eu acho que este processo todo ajudou-me imenso a desbloquear muitos caminhos, muitos percursos, muitas dúvidas, muitas hesitações, muitas angústias, ajudou-me imenso esse processo terapêutico...(P13, E)

"tenho a noção de que foi nas coisas onde investi mais recurso a todos os níveis e não me parece de maneira nenhuma que isso tenha sido... foi claramente das melhores coisas que fiz... portanto, não tenho cá dúvida a esse respeito...(P12, E)

Há que notar que, nestas suas avaliações, os participantes se centram maioritariamente nas suas experiências terapêuticas mais recentes, embora se refiram também, por vezes, a outros processos terapêuticos, até comparativamente.

Na perceção dos pacientes alguns dos processos foram sentidos como bastante rápidos, mesmo quando de terapias a muito longo prazo se tratava, enquanto que outros pacientes referem que gostariam que o processo tivesse sido mais célere.

"Quando chega aquele momento, em que eu começo a fazer um trabalho e que esse trabalho começa-se a ver... eu, para mim, a emoção foi essa, é que de repente, também já não sei quanto tempo, mas sei que não foi em 2, nem em 3 anos, foi quase assim no próprio ano, com aquele percurso que nós fizemos, eu de repente o (Nome do Participante) muda, muda muito... e resolvi coisas de miúdo (ri-se)." (P4, E)

### ***Desejos não cumpridos***

Apesar de, como vimos, em geral os participantes considerarem que a terapia teve um impacto positivo, pelo menos em aspetos específicos do seu Bem-Estar, alguns dos participantes referem também que há mudanças que desejavam que tivessem acontecido e que na sua perspetiva proporcionariam um maior Bem-Estar, mas que, apesar da terapia, não aconteceram.

Estes desejos não cumpridos são relativos a processos que os participantes consideram como tendo tido um impacto no Bem-Estar. Há também participantes que ficaram muito satisfeitos com o impacto da terapia no seu Bem-Estar, mas que no entanto referem que gostariam, por exemplo, de que terapia lhe "tivesse dado mais

coragem”(P1) para seguir uma vocação artística. Dois dos participantes referem que esperavam que a terapia lhes tivesse facilitado o relacionamento com as outras pessoas, de modo a poder arranjar um companheiro ou companheira e que esse aspeto seria importante para o seu Bem-Estar:

“Hoje o relacionamento é mais pensado, portanto... mas mesmo assim não é tão fluído como eu gostaria que fosse... portanto, eu depois de me divorciar, já me divorciei há 20 anos... 20 não, não ainda não fez, 18... já tive namoradas, sim... não muitas, mas tive... mas nunca consegui encontrar ainda uma namorada, uma pessoa, uma companheira, para o resto da vida... não consegui... é claro que a terapia não faz casamentos, como é óbvio... mas, eu esperava ter essa valência um bocadinho mais desenvolvida, a facilidade do relacionamento...” (P14, E)

Um outro participante, no âmbito de uma avaliação geral de um processo terapêutico sentido como muito positivo em termos de Bem-Estar, refere que no final a terapia já não satisfazia as suas expectativas, o que levou ao terminar do processo:

“Não, estava a tornar-se o seguinte: tinha muito receio que aquilo se tornasse um processo contido dentro daquelas paredes e não houvesse mais nada. Ou seja, toda a minha vida continuava, não havia ali mudanças nenhuma...” (P07, E)

A expressão de “desapontamento” de alguns dos pacientes com a terapia já tinha sido referida anteriormente por McLeod (2011) como um dos temas emergentes dos estudos qualitativos sobre os resultados da terapia e facilitados pelo uso de entrevistas como instrumento.

### ***Há o antes e o depois da terapia***

Um outro modo de avaliar o impacto da terapia no Bem-Estar, que está presente no discurso dos participantes, é expresso através da comparação entre o antes e o depois da terapia. Os participantes sentem alterações muitas vezes profundas no modo como se sentem, como agem, naquilo que eram os seus padrões habituais e funcionamento e também no seu nível de maturidade:

“... já não me sinto só no silêncio, sinto-me bem, sinto-me muito bem com o silêncio... mas isso tudo acho que foi um trabalho que eu fui fazendo, porque eu dantes sentia-me um bocado sozinha, angustiada no silêncio, agora não...” (P11,E)

"acho que é importante agora, eu fazer o meu caminho... mas... mas pronto, o processo terapêutico teve muito... mudou a minha vida... eu cresci cinco anos... cresci... eu, em quarenta anos, não consegui fazer o que fiz em cinco, não é... eu entrei na terapia com quarenta, sai com quase quarenta e seis, quarenta e cinco e... era uma pessoa completamente diferente para trás..." (P06, E)

Para além da ideia de descontinuidade com um funcionamento anterior, os participantes relatam também uma noção de continuidade com o futuro, no sentido em que os ganhos que tiveram com a terapia se mantiveram e se irão manter.

"... foi tudo tão mau, tão mau... como foi tudo tão mau, agora tudo me parece tão bom, não é... o antes e o depois... e se calhar os motivos pelos quais me parece tudo tão bom, se calhar são motivos tão banais, tão, tão... que para outras pessoas seriam tão banais (...) e vivo bem... e vivo muito bem... (...) isso não quer dizer que aqueles dissabores não venham aí, que eles estão aí, não é... nas curvas da vida, como se diz... mas, no fundo eu acho que... mesmo com esses dissabores todos, com todas as coisas que nos possam acontecer, eu acho que este vai ser o meu estado... o estado que eu vivi, não voltarei mais a vivê-lo... se depender de mim, não." (P13, E)

Alguns participantes referem ainda o sentimento de evolução positiva que se mantem, a ideia de que irão continuar a evoluir ou têm continuado a evoluir depois do final do processo terapêutico. Por exemplo uma participante, que já terminou o processo há anos, refere o que tem vindo a conseguir já depois do final da terapia:

"recentemente, consegui estabilizar-me na noite, que é uma coisa absolutamente... é assim matéria avançada, avançadíssima, não é... que é no meio da noite... e consegui relativamente rápido... dizer: "Eh pá, isto hoje está assim, não faz mal, não vale a pena ir por aí..." (P12, E)

Ao descreverem como a terapia teve um impacto positivo no seu Bem-Estar, os participantes descrevem também os processos de mudança que aconteceram e que serão abordados aprofundadamente quando nos referirmos ao modo como a terapia promove o Bem-Estar (TEMA 2).

### ***A vida sem terapia seria pior***

Durante a entrevista os participantes tipicamente ponderaram como seria a sua vida se não tivessem feito terapia. É importante notar que aqui os pacientes estão apenas a centrar-se nos processos terapêuticos, que na sua perspetiva foram significativos.

Só raramente os participantes consideraram que seria possível sem a terapia ter tido ganhos semelhantes, apesar de poder ser mais difícil ou moroso, é colocada essa possibilidade, ainda que remota.

"Hum... bom... não sei se todas (as mudanças) teriam ocorrido e provavelmente não da mesma forma, mas acho que... eu sempre tentei... como disse há pouco, já olhava muito para mim, já ia tentando transformar algumas coisas ah... antes desse processo de psicoterapia. Acho que de certeza (sublinha) não tinha conseguido o que consegui tão depressa, portanto se conseguisse algumas destas mudanças, seria mais tarde, porque o que eu notei é que, OK eu já estava neste caminho, eu estava a conseguir transformar-me ao longo do tempo mas de uma forma tão mais lenta (ri) e tão mais... era custoso, era mais difícil, claro que não era só sozinha, também era em interação com as pessoas que eu me relaciono, a minha família, os meus amigos de contraponto de espelho, ah... mas era tudo tão mais lento (suspira e ri) e depois, o que eu senti com o processo, foi que houve um desbloquear dessas coisas, transformações, muito mais depressa e não posso saber se algumas delas, alguma vez teria chegado lá, desta forma, se calhar não, não é?" (Po3, E)

Para outros pacientes não ter feito terapia significaria não ter conseguido as mudanças significativas alcançadas. Se para alguns, sem terapia haveria a continuidade com o funcionamento psicológico indesejável anterior à terapia, para outros a expectativa seria a de que a vida se iria continuar a deteriorar significativamente. Como exemplos desta última perspetiva, que é também a mais referida:

"Ai se eu não tivesse feito psicoterapia, eu acho que tinha enlouquecido... acho... acho que não conseguia juntar as coisas todas, não conseguia dar conta do recado, acho que não conseguia... acho que com tantas coisas, está a ver... toda a minha história para trás..." (P11, E)

"ah... estaria mais empedernido!... mais... mais fora do mundo das pessoas... isto é a minha solidão seria muito mais intensa... ah... provavelmente estaria a beber muito mais... ah... sei lá... se calhar já seria até já um problema social, ou familiar... não sei porque na verdade... havia coisas tão simples como... telefonar a dar os parabéns a alguém, que eu não conseguia... porque... não tinha a felicidade dentro de mim... portanto eu... Porque é que eu vou telefonar? Tinha que fazer uma encenação, na verdade tinha um medo terrível de agarrar em crianças, porque as crianças são muito sensíveis, não é? E eu tinha medo que elas vissem a minha dor e a minha sujidade, eu achava que era uma pessoa suja, então... o acarinhar as outras pessoas era uma coisa que eu fazia muito pouco... agora tenho a riqueza de ver o quão as pessoas falam comigo." (Po1, E)

### ***Mas ainda...***

Se é verdade que, de modo claro, para muitos dos participantes há um antes e um depois da terapia, sendo esta considerada como significativa e promotora do seu Bem-Estar, simultaneamente o discurso dos participantes integra também a aceitação de que alguns dos assuntos ou dificuldades podem não se ter resolvido totalmente e podem ainda estar presentes.

Para alguns participantes, a associação da terapia ao aumento do nível de Bem-Estar, com as inerentes mudanças e conquistas, não implicou deixar de por vezes sentir medo ou tristeza, pensar destrutivamente ou agir de modo impulsivo, ou seja, como diz um participante "passar a ter tudo resolvido".

"passei a medir um pouco mais essas, esses impulsos, digamos... não fiquei curado desses impulsos... quer dizer, eu sei perfeitamente... ao longo de (...) anos, aprendi... muitos males que eu tenho, não é... e isso fez-me bem também, verificar aonde é que eu estou sempre a cometer os mesmos erros e repetem-se, porque apesar... quer dizer, há situações em que nós... tipo interruptor, que nos avisa que vamos cometer aquele erro e já não cometemos, mas noutros casos não..." (P14, E)

Nestes casos, o final da terapia ocorre com uma resolução considerada suficiente e com a aceitação e reflexão de que alguns aspetos possivelmente serão, para aquela pessoa, sempre difíceis, valorizando antes o ter encontrado novas formas para lidar com o problema ou com as situações perturbadoras.

"isso (o processo terapêutico) mostrou-me que se calhar sou mais forte do que aquilo que pensava: 'Afim eu consigo, afinal eu consigo fazer as coisas, afinal eu consigo enfrentar o meu passado e o meu presente, afinal não sou assim tão frágil quanto isso, se calhar até sou uma pessoa com força!'. Portanto, isso também me deu algum ânimo... e outra tranquilidade, naturalmente... outra serenidade... eu acho que neste momento sou uma pessoa mais serena em relação a isso... e então os medos estão mais apaziguados, digamos assim... tenho a noção que eles não foram, não é... estão cá... há sempre... os medos estão cá, não é... mas aprendi a lidar com eles, de uma forma mais serena, mais tranquila... acho que sim... acho que cresci..." (Po8, E)

Assim, os participantes revelam um ajuste ou melhoria, mas também uma aceitação de que alguns aspetos, possivelmente, serão sempre difíceis e que as mudanças não se dão a cem por cento, não deixando por isso de se referir à terapia como tendo promovido o Bem-Estar, o que é revelador de uma representação do Bem-Estar não

como um estado que está ou não presente, mas antes como um estado sentido em diversos níveis de gradação.

“eu diria que o meu Bem-Estar já teria atingido cerca dos 40% antes da minha sessão de psicoterapia e talvez atualmente... (...) e portanto, sim... seria mais ou menos isso... se eu tivesse que me balizar em valores era isso, talvez uns 40% e agora uns 75% vá...” (P15, E)

A avaliação do impacto da terapia no Bem-Estar é ainda refletida de modo aprofundado e específico sendo que os participantes podem diferenciar claramente o grau das suas conquistas terapêuticas, nos diferentes aspetos da sua vida.

Como podemos ver no trecho seguinte, o paciente avalia o impacto da terapia na sua vivência das emoções, diferenciando claramente o impacto nas várias emoções:

“Portanto, eu acho que fez-me muito bem nomeadamente em relação às emoções, porque me fez vivenciar todas as emoções... algumas, que é o caso da alegria e do riso e não sei o quê, que ainda estão congeladas, quer dizer... já não tanto como estavam antes, mas ainda estão, eu sinto que ainda estão essas... as outras não... só o afeto, digamos... o medo também, ficou mais solto, pronto...” (P14,E)

A análise permitiu especificar que se para alguns participantes as melhorias em termos do Bem-Estar são significativas, havendo uma diferença clara entre o princípio e o fim da terapia e o reconhecimento de que a sua vida sem terapia seria pior, também é claro que a terapia pode, em alguns casos, não cumprir as expectativas dos pacientes, quer por não produzir os efeitos desejados, quer por estes não serem suficientes, na perspetiva dos participantes, para promover o seu Bem-Estar geral. Mais, os resultados evidenciam a capacidade dos participantes para avaliarem a relação entre o Bem-Estar e a psicoterapia de modo fino e discriminativo, sublinhando a necessidade de considerar de forma complexa a avaliação do Bem-Estar.

### ***A terapia é dura e difícil***

Os participantes, ao ponderarem sobre o impacto da terapia no Bem-Estar, referem-se aos aspetos em que esta aumentou o Bem-Estar mas também se referem aos impactos negativos que a terapia teve sobre o seu Bem-Estar. Assim, tipicamente, os participantes descrevem também o modo como a terapia diminuiu o seu Bem-Estar.

Estas descrições referem-se a períodos da terapia e a momentos do processo, ou a fases e tarefas terapêuticas específicas. É de sublinhar a dureza expressa nalguns dos relatos, como nos diz esta participante, o processo foi

"Muito, muito, muito... muito mau, muito mau e muito doloroso." (P13, E)

Quanto ao que foi referido como sendo "duro" e "difícil" no processo psicoterapêutico, o primeiro aspeto que emerge refere-se à dificuldade em manter a frequência da terapia, quando esta está a ser sentida como um processo duro. Para alguns participantes, enquanto clientes, a ideia de voltar à sessão seguinte foi, pelo menos em certos momentos do processo, muito difícil, exatamente por saberem ou anteciparem o sofrimento que a sessão seguinte poderia implicar. Como nos diz um participante:

"não deixa de ser complicado... lembro-me perfeitamente das primeiras sessões ser muito duro lá voltar... andamos a discutir aquela porcaria, que eu não posso ver nem pintado de preto e tenho que contar... eh pá, não tenho vontade nenhuma de lá ir contar-lhe sobre isto... e eu volto, por exemplo 'Não estou capaz de ir!', porque provoca angústia. 'De facto, não estou capaz de ir!'. Estive mesmo para deixar a terapia, porque não me estava a apetecer viver aquelas coisas... um terapeuta é um intruso, entra ali, faz-me falar sobre aquilo, aquilo chateia-me a cabeça, 'Não me está a apetecer nada lá ir! Este gajo vou mandá-lo à fava'." (P07, E)

Os participantes referem dois tipos de razões atribuídas ao modo como a terapia diminuiu o Bem-Estar. A primeira razão apontada é relativa à dificuldade sentida devido à dor que o processo causa, porque "magoa", e implica "mexer" e "relembrar". A segunda razão apontada, é o quão difícil é o Confronto. Como ilustração desta última ideia de confronto:

"Por exemplo, quando (a terapeuta) me dizia: 'Tem medo do quê?', e eu: 'De assumir as minhas fraquezas...', isso para mim era... foi violento... assumir as minhas fraquezas foi violento... assumir que tinha medo, assumir que não era aquela mulher perfeita, não é... isso para mim foi violento, por vários fatores... assumir que não uma mulher perfeita, era um ser humano e que me era permitido... que era um ser humano... e aqui a terapia teve esse papel fundamental... hoje... porque eu achava, daí as pessoas dizerem que eu sou uma pessoa extremamente confiante, eu achava que era capaz de tudo e que fazia tudo sozinha e que conseguia... e de repente fui confrontada que não estava a ser capaz, não estava a ser capaz e que não conseguia, por mais que tivesse boa vontade, por mais que lutasse, não estava a ser capaz..." (P13, E)

Para além dos aspetos já referidos, alguns participantes apontaram ainda outros aspetos do processo terapêutico que diminuíram o seu Bem-Estar associados, nomeadamente, à sua interrupção no período de férias e ao fim da terapia.

Sendo um processo tão difícil alguns dos participantes referem ainda aspetos que os ajudaram a não desistir e a continuar o processo – o que ajudou a continuar. São apresentados vários tipos de argumentos como: “porque sabia que fazia falta”, “havia essa necessidade, era importante” e, por outro lado é também referida a aceitação de que uma certa dor faz parte do processo de aumentar o Bem-Estar a longo prazo, o que dá um sentido a esse sofrimento.

“Se queres que te tire o espinho tens que me deixar mexer na ferida” (P07, E)

“(…) acho que há uma parte que, a partir do momento em que a pessoa vem, que é de aceitação e isso ajuda muito em qualquer processo... quando venho, aceito o processo e aceito que o processo tem uma... alturas melhores, alturas piores... mas que para mim, em última análise, até agora sempre valeu a pena.” (P10, E)

Estes resultados sublinham o sofrimento e diminuição do Bem-Estar que o próprio processo terapêutico provoca ou pode provocar nos pacientes e, ainda, como a desistência da terapia, devido a esse impacto, é vulgarmente equacionada durante o processo. Mais, mostram como os participantes refletem sobre o impacto da terapia e se questionam sobre se valerá a pena continuar, como são capazes de reconhecer os aspetos específicos que tornam o processo particularmente difícil ou duro, bem como o modo como dão sentido a essa dor e dificuldades, por forma a continuar a terapia. De algum modo, os participantes dão sentido ao seu sofrimento no processo, conseguindo conceber esse sofrimento como produtivo ou no mínimo inevitável.

### **3.1.3. Para além da psicoterapia... outros contributos para o Bem-Estar**

Para além da psicoterapia todos os participantes referiram uma série de outras experiências ou fatores como contribuindo para aumentar ou diminuir o seu Bem-Estar. Estes aspetos são, por vezes, considerados como articulando-se com a própria terapia,

complementando e potenciando o trabalho e os ganhos psicoterapêuticos ou dificultando o processo e diminuindo o Bem-Estar.

Os contributos referidos pelos participantes dizem respeito a: **relações significativas com outras pessoas; mudanças significativas na vida do dia-a-dia, atividades várias favoráveis ao Bem-Estar e condições favoráveis ao Bem-Estar**, como por exemplo o “ter saúde” ou uma “casa” sentida como um local de conforto. A participante seguinte articula vários destes aspetos:

“Quanto mais eu consigo ir encaixando no meu dia-a-dia determinadas pausas e determinados momentos de lazer (...) em coisas tão simples como desistir da ginástica e do ginásio, porque definitivamente aquilo não se enquadra no meu perfil... e agora estou na hidrogenástica, que é definitivamente o meu meio e isso ajuda-me muito, não é... às vezes, ajuda quase tanto como uma sessão de psicoterapia, pronto... o ir sair com amigos, também... às vezes, o ir jantar e rir, ou ser capaz de partilhar com alguém o que eu estou a sentir, com amigos... eu acho que o que eu vou fazer no dia-a-dia, para mim funciona muito, para mim é muito à base disto: criar espaços e criar momentos para eu poder ter um bocadinho de tempo para mim própria e dedicar-me a coisas que me dão prazer...”  
(P10, E)

Os participantes referem tipicamente como as suas **relações com outras pessoas** contribuíram, em termos específicos, para o aumento do Bem-Estar, descrevendo os aspetos particulares do modo como as relações tiveram esse impacto dando como exemplos, quer confrontos específicos, quer o apoio em momentos determinantes. Exemplificando a ideia do confronto:

“(...) essas duas amigas diziam que eu não partilhava muito de mim e isso tinha sido uma coisa que, para além do meu afastamento, também as tinham feito afastar, porque elas não queriam estar com uma pessoa que não partilhava o que pensava, o que sentia, o que é, que fazia como se estivesse sempre tudo bem, porque isso não era verdade e elas sabiam que não era verdade. Elas chegavam ao pé de mim e sabiam que eu estava triste e: ‘o que é que se passa? Nada, nada está tudo bem, está tudo bem, não te preocupes’ e portanto, esse reforço da parte delas, do tens que construir isto connosco, isto tem que ser uma coisa dos dois lados, juntamente com tudo aquilo que estava a acontecer na terapia, também me ajudou, portanto isto foi um bocadinho de tudo o que foi acontecendo à minha volta.” (P02, E)

É importante notar que no discurso da participante acima apresentado não é, de modo geral, o facto de ter amigas que é sentido como tendo contribuído para o Bem-Estar, mas sim o modo específico como essas amigas agiram, confrontando a partici-

pante, num dado momento. Mais ainda, como em vários outros casos, esse contributo é ponderado “juntamente com tudo aquilo que estava a acontecer na terapia”, parecendo indicar que é a conjugação da terapia com essa intervenção específica das amigas, que parece ter ajudado à construção do Bem-Estar desta participante.

Embora raramente, a relação com outras pessoas foi vista também como dificultando o processo terapêutico e o Bem-Estar, na voz de uma participante:

“(…) hoje também tenho plena consciência que o meu processo foi muito doloroso e moroso, devido às pessoas que me rodeavam e que implicavam e que dificultavam imenso a vida (...) Não me ouviam, não me ouviam... não me respeitavam... eu dizer não e as pessoas não ouvirem... e eu dizer: ‘Isto é preto!’ ou dizer ‘Eu não quero isto, eu não quero mais isto!’, ‘Ah, mas queres sim! Tu estás é doente, estás é maluca!’ e coisas do género... passavam por cima disto como se não fosse nada... e eu permitia... eu a dizer não e as pessoas (...)” (P13, E)

Tipicamente os participantes consideraram a realização de certas **atividades como contribuindo para o seu Bem-Estar**. Assim, desfrutar de atividades na “natureza”, fazer exercício físico, estar sozinho, “aprender” ou desenvolver facetas artísticas são também referidas como tendo contribuído para o aumento do Bem-Estar. Também é interessante notar que, em relação a outras atividades ou contributos para o Bem-Estar, os participantes sugerem muitas vezes experiências como o contacto com a natureza (Deurzen-Smith, 1997), o “estar sozinha” ou o “silêncio” como experiências que aumentam o Bem-Estar.

Alguns participantes referem certas **mudanças significativas** do seu dia-a-dia como relevantes na medida em que são interpretadas como oportunidades de crescimento pessoal que podem contribuir para o aumento do Bem-Estar. Por exemplo, ao referir-se à mudança de local de trabalho como um contributo ao processo, uma participante referiu:

“(…) ou seja, por tudo o que implicou... um bocadinho de processo de autodescoberta minha, porque foi uma saída conflituosa, que me obrigou a lidar com uma série de fantasmas, também meus... e portanto, nesse sentido foi uma fase de grande crescimento e acho que ajudou a sedimentar algumas coisas...” (P10, E)

É de notar, no entanto, que as mudanças também são apontadas, por alguns participantes, como tendo contribuído para a diminuição do Bem-Estar. Por exemplo, relativamente à mudança para uma nova cidade um participante refere:

“Mas hoje eu acho que sem dúvida, foi coragem... ainda tivemos que passar um bocadinho para vir para (nova Cidade) e para integrar, não foi tão fácil como isso!... E pronto e isso se calhar ajudou um bocadinho... (...) Ajudou a que eu fosse um bocadinho abaixo, porque não estava à espera que fosse tão difícil... oh se foi difícil, hoje não teria sido tão difícil, foi mais difícil porque eu não... não tinha as tais ferramentas, não me conseguia distanciar o suficiente para perceber que as coisas não são fáceis, mas não têm necessariamente que estar a correr mal, precisam é do seu tempo...” (Po4, E)

Ao ponderar sobre os aspetos que promovem ou aumentam o Bem-Estar, alguns participantes referiram também como importantes outras condições várias, como o ter saúde, o conforto económico, o ter uma casa, o ter trabalho, o estar em casa e o viver em ambiente silencioso.

Mais de metade dos participantes deste estudo referiram a experiência de ser medicados com psicofármacos antes ou durante as psicoterapias. Segundo os testemunhos dos participantes, a contribuição da medicação no Bem-Estar não fica clara. Se por um lado alguns participantes referem que a medicação contribuiu especificamente para a diminuição de sintomas ou serviu como um recurso, por outro lado, a relação entre a medicação, a diminuição dos sintomas e o Bem-Estar não é direta, como é explícito em dois momentos do discurso de uma mesma participante:

“(...) e até à data, posso ter assim, posso estar mais ansiosa um dia ou outro e nesse em que estou mais ansiosa, tomo um ansiolítico, mas é uma coisa esporádica porque eu consigo resolver a situação sem... o ansiolítico é mais para eu porque às vezes chego assim a certos momentos em que já está tudo baralhado na minha cabeça e já não consigo descansar e nem me organizar e se eu tomar um ansiolítico e depois tiver uma boa noite de sono, no outro dia a coisa está melhor. (Po5, E)

“Eu já não tinha ataques de pânico quando fui para a psicoterapia, já estava a tomar medicação há uns 4 meses... mas não me sentia bem. Por isso, eu não tinha ataques de pânico como tinha tido mas não me sentia bem. Achava que não estava bem, não estava a conseguir resolver as coisas ah... assim só, com a medicação.” (Po5, E)

Os participantes que referiram a medicação evocaram, quer as melhorias sintomáticas que esta originou, quer algumas dificuldades em aceitarem fazer a medicação,

bem como preocupações com os efeitos adversos da medicação, referindo por exemplo, o “medo de ficar dependente”.

Em síntese, a relação entre a psicoterapia e o Bem-Estar é facilmente elaborada pelos participantes sendo que nenhum destes mostrou estranheza com o termo Bem-Estar, o que aponta no sentido de que o conceito seja de facto um conceito usado na linguagem e pensamento comuns e em termos não técnicos e por isso passível de ser explorado por não profissionais.

Os ex-clientes parecem desenvolver uma perspetiva sofisticada e fina sobre o seu Bem-Estar sendo capazes de discriminar, quer os aspetos relativos a domínios específicos, quer os aspetos globais desse estado. Para além de serem capazes de especificar em que medida é que a psicoterapia contribuiu para o Bem-Estar nas suas dimensões mais gerais ou mais específicas, os participantes ponderaram, ainda, este impacto integrando-o nas várias dimensões da sua vida.

As perspetivas apresentadas valorizaram não só a importância para o Bem-Estar do processo terapêutico, mas também a influência de um conjunto de vários outros contributos da vida dos participantes. Assim, os participantes elaboraram como outras relações para além da terapêutica, alguns acontecimentos de vida e a realização de certas atividades, influenciaram o seu Bem-Estar.

No que diz respeito à terapia, os participantes revelam não só que a terapia contribuiu para ajudar a manter, reparar ou aumentar o sentimento de Bem-Estar, mas também que houve certos aspetos em que a terapia não ajudou, contrariamente às suas expectativas, a promover o Bem-Estar.

Os participantes explicitam ainda que a terapia teve um impacto significativo no Bem-Estar, também em termos negativos, elaborando sobre a dificuldade e dureza do processo em si.

No seu conjunto, estes resultados aprofundam a compreensão do fenómeno de Bem-Estar como sendo subjetivo, como integrando dimensões específicas e globais

e como sendo multideterminado; mas também como sendo construído e ativamente procurado pelos participantes.

Tendo apresentado a perspectiva dos pacientes, sobre se o processo terapêutico promoveu, ou não, o aumento do seu Bem-Estar, interessa agora explorar os processos por eles identificados como responsáveis por esta relação (ver 3.2).

### **3.1.4. História da Terapia**

Ao refletirem sobre os seus processos psicoterapêuticos e sobre o modo como estes tiveram um impacto no Bem-Estar, todos os participantes contaram, de modo mais ou menos desenvolvido, a história das suas psicoterapias. Todos os participantes, em geral, relataram o modo como a terapia se iniciou e o modo como a terapia terminou. Para além disso, tipicamente foram referidas as expectativas relativamente à terapia e os aspetos que foram trabalhados durante o processo.

Nesta categoria iremos analisar especificamente as expectativas, o início e o final da terapia, como perspectivado pelos participantes, uma vez que já nos debruçámos sobre os processos psicoterapêuticos em pontos anteriores.

Ouvir a história da terapia, como é construída pelos participantes e tendo as suas narrativas acentuado a importância do início e do fim dos processos, ajuda-nos a compreender a evolução percebida pelos participantes, o contexto da mesma e ainda a articulação com a avaliação da terapia e do modo como esta contribuiu ou não para o aumento do Bem-Estar.

#### ***Expectativas em relação à terapia***

Frequentemente são relatadas pelos participantes as suas expectativas iniciais relativamente ao processo terapêutico. Houve uma grande diversidade de expectativas referidas, indo desde o mais completo ceticismo ao acreditar que a psicoterapia poderia ser uma “solução mágica”. Para alguns dos participantes mais céticos, a ideia de iniciar um processo terapêutico foi incentivada por outros:

"(...) senti que era demasiado cético em relação a todo o processo de ajuda psicológica e na altura, foi quase um debate aceso entre eu e os meus pais, do género: 'Não quero! Acho que não vai servir para nada...' e efetivamente, comprovei que estava errado... talvez as coisas que mais me surpreenderam foi a abordagem mais pessoal por parte da profissional, porque estava à espera talvez... uma ideia errada de filmes, séries, não sei sinceramente... acho que se foi criando e talvez estivesse à espera de uma abordagem muito, digamos, cliché, portanto seguir os mesmos passos, um pouco a conversa distanciada da pessoa, muitos casos gerais e portanto, não abordar nenhum assunto mesmo especificamente e acabar por ser muito geral e tentar com frases feitas compor uma ideia e pronto... foi esse um bocadinho o espírito com que entrei e nisso estava um pouco mais de pé atrás e menos confortável com a situação." (P15, E)

Contrastando com esta perspetiva, outra participante mostra como as suas expectativas iniciais de que seria a terapeuta a resolver "magicamente" os seus problemas foram corrigidas com a experiência terapêutica, tornando-a consciente do seu papel determinante e ativo como cliente.

"estava à espera de que eu ia ao terapeuta e o terapeuta, quase como quando vamos ao médico, dá-nos uma pastilha, a gente toma e o problema resolve-se! Ora bem, não é bem assim, não é..." (Po8, E)

"(...) o terapeuta não nos resolve o problema milagrosamente. Até porque este não desaparece. Continua lá. Somos nós que temos de o fazer." (Po8, F)

Para alguns participantes a sua expectativa estava ligada à ideia da terapia como um recurso que poderia ser usado em qualquer momento. Por exemplo, uma participante já teria a expectativa de que a terapia poderia ser útil para promover o seu desenvolvimento pessoal, tendo a sua ida à terapia sido despoletada por uma fase em que sentiu bastante ansiedade, como é expresso nas palavras que se seguem:

"e, portanto, eu acho que a psicoterapia... a ideia que me podia ajudar teve sempre um bocadinho presente, não se calhar com nenhuma data fixa, não é... ou fazer, como aconteceu naquela altura, que se tornou uma necessidade e, portanto, eu fui mesmo fazer... mas era uma coisa que eu encarava quase como que como uma questão de crescimento pessoal... mais tarde ou mais cedo gostaria de o fazer, porque sentia que havia questões mais de fundo, que a psicoterapia poderia ajudar..." (P10, E).

### ***Início da terapia***

Ao contarem a história de como a psicoterapia influenciou o seu Bem-Estar os participantes descrevem geralmente, de modo muito vívido e específico, o início da psicoterapia.

Tipicamente os participantes descrevem os motivos de procurarem ajuda psicoterapêutica sendo estes muito variados. Sentimentos de “tristeza profunda”, consumos excessivos, problemas académicos, medos vários, dificuldades várias, nomeadamente no relacionamento interpessoal, crises de ansiedade, ataques de pânico, angústia, dificuldades em lidar com certos acontecimentos de vida, luto, *burnout* e depressão foram referidos como motivos iniciais. Na sua grande maioria, o grau de perturbação sentido foi descrito como intenso e as situações problemáticas descritas como complexas.

Alguns participantes não explicitam tanto a razão que os levou a procurar psicoterapia, mas enquadram antes esse facto como fazendo sentido face à sua história de vida, como se apresentará na categoria seguinte (3.2)

A influência de outras pessoas foi determinante na decisão de procurar ajuda psicoterapêutica, para alguns participantes.

“uma grande amiga minha, que teve alguns problemas mais graves e ela é que acabou por ser o fator determinante, por ter dito que a experiência tinha ajudado e meteu as coisas do modo um pouco do: ‘O que é que tens a perder em ir e em experimentar?’... pronto, e acabou por ser isso e tentei... (P15, E)

“mas, em conversa com um dos meus primos (...) ele é que disse: ‘Eh pá, tu tens que ir... faz isto, faz aquilo...’, lá me convenceu e de facto... e ainda bem... nessa altura... acho que lhe agradeço a ele, já lho disse aliás, porque eu andava um bocadinho perdido, mas pronto, as coisas acabaram por... pôr as coisas no seu devido lugar... cada coisa no seu lugar... consegui, acho que consegui... (P14, E)

A decisão de procurar ajuda psicoterapêutica nem sempre foi fácil, sendo que para alguns participantes implicou um processo de conflito interno ou interpessoal e um processo de aceitação, aceitação essa relativa, quer à possibilidade de procurar ajuda técnica, quer à aceitação dos problemas em si.

(...) e na altura, eu fui à primeira consulta... a primeira vez que isso me foi sugerido lá em casa rejeitei liminarmente a ideia, achei que não era eu de certeza que tinha que ir à

terapia... e passado algum tempo, a sugestão foi feita novamente e eu aceitei, porque me estava a sentir muito no limite. (P11, E)

(...)... aliás, nós só procuramos um terapeuta quando tomamos consciência que se calhar temos efetivamente um problema, não é... quando chegamos ao ponto de não conseguirmos lidar com a situação, já não conseguimos lidar com o problema, já não o conseguimos resolver e já não podemos mascarar mais, já não podemos pôr debaixo do tapete porque ele está lá efetivamente e então, quando tomei essa consciência, percebi que tinha o problema (...)... e procurei ajuda, não é... e foi aí que... quando eu resolvi de facto enfrentar este fantasma que me deixava quase sem ar, foi aí que então procurei a Dr<sup>a</sup> e na primeira sessão, que eu ia muito... ao mesmo tempo ansiosa e a pensar: 'Chego lá, não sei vou conseguir falar, mas...'. Era a noção que eu tinha... 'Chego lá, digo e depois venho embora e depois já não volto...' era aquilo que eu pensava. (P08, E).

### **Final da terapia**

Todos os participantes referem e descrevem aspetos relativos ao modo como as suas terapias terminaram, embora apresentem razões, sentimentos e processos muito distintos. Geralmente, a questão do final da terapia foi abordada com os terapeutas durante o processo terapêutico. Tipicamente, a questão do terminar do processo é discutida na terapia e em alguns casos os participantes referem a preparação para o fim da terapia feita pelos terapeutas, por exemplo, abordando diretamente a questão, espaçando o tempo entre sessões ou criando a possibilidade e/ou marcando sessões de seguimento (*follow-up*).

Para alguns participantes a questão do fim da terapia foi sentida como tido sido mais iniciativa dos terapeutas, para outros um processo de acordo mútuo e, ainda, para outros da sua própria iniciativa.

"(...) eu não sabia de todo, se aquilo ia... eu achava que se calhar se ia prolongar... eu às vezes pensava: 'Isto, portanto, não sei quanto tempo, mas vou andar aqui alguns anos...'. Mas quando, em finais de Maio/Junho, já não tenho a certeza... a Dra., também de uma forma muito subtil, foi-me dando a entender que se calhar eu já estava numa fase em que já era mais autónoma, já não precisava da mão dela para percorrer a minha história, que já era muito senhora da minha história, da minha vida: 'Se calhar podíamos pensar... o que é que a (NOME) acha?' e depois quando de facto, fez a sugestão 'Vamos fazer terapia então até ao final do mês de Junho ou Julho...', já não sei... 'Temos aqui uma combinação... agora vai de férias... se achar, por exemplo, em Setembro, depois deste período de férias que não consegue, que precisa muito ou que precisa de qualquer coisa, retomamos'. E eu gradualmente, fui pondo-me de pé e enfrentando de facto, a minha realidade e

as coisas e percebi que aquela ajuda tinha sido importante... eu já não precisava da muleta, não é... eu tinha, era uma questão de honra também, eu tinha que enfrentar a minha vida e tinha que tomar conta dela... pronto, tem sido agora este processo... também de crescimento sozinha, não é... para já, está a resultar..." (Po8, E)

Como se pôde ler no processo anterior, à cliente é dado a entender pela terapeuta, de um modo subtil mas que contrasta com as suas expectativas, que o processo terapêutico pode estar perto do final. Noutros processos, de acordo com a perspetiva da participante, o final da terapia surge assumido pela cliente como um processo conjunto entre a cliente e a terapeuta:

"(...) quando nós fechámos o processo não foi uma coisa de... pronto, já está boa vá lá brincar!, não foi isto, não é?, Foi pronto, chegámos aqui a um ponto, houve aqui muitos ganhos, falámos sobre isso e se calhar está na hora de ir viver, de ir experimentar isso no mundo e depois... e foi estar no caminho. (...) E percorri uma parte do caminho acompanhada por esta pessoa e continuo no caminho, a fazer e, se alguma coisa, sentir necessidade de voltar a um processo terapêutico, voltarei. Quer por precisar de acelerar as coisas outra vez, quer por sozinha já não estar a..., ou há ali um nó, que se calhar precisa de um auxílio de alguém, não sei." (Po3, E).

Os participantes que referiram que a questão do fim da terapia foi colocada por sua iniciativa, referiram que o que os motivou a questionar o fim da terapia foi, nalguns casos, a ideia de que o processo psicoterapêutico já não estava a evoluir como anteriormente ou de acordo com as suas pretensões. No entanto, para alguns destes participantes era claro, ou tornou-se claro, que sentiam necessidade de continuar a ter apoio psicoterapêutico o que nalguns casos levou a que voltassem a procurar ajuda psicoterapêutica.

Os participantes distinguem a pessoa do terapeuta de cada processo específico, e a da psicoterapia como prática. Assim, por exemplo um participante considerou que um determinado processo foi muito útil para atingir determinados objetivos mas que chegou a um ponto em que sentiu que já não evoluía mais, mas que, apesar disso, considera que um outro terapeuta e um outro processo poderão conduzir a resultados diferentes. Deste modo manifestam uma clara perceção da distinção entre a pessoa do terapeuta e o processo de psicoterapia, compreendendo ou intuindo que há algo de válido e útil no processo em si e que é consistente com os ganhos geralmente referidos.

(A relação terapêutica) "Chegou a um ponto de rotura. Pronto. Mas, acho que a psicoterapia é super importante, para mim, e era bom continuar a fazer e não quer dizer que um dia não vá continuar a fazer, com outra pessoa, como disse (...) (P05, E)

"Não, estava a tornar-se o seguinte: tinha muito receio que aquilo se tornasse um processo contido dentro daquelas paredes e não houvesse mais nada. Ou seja, toda a minha vida continuava, não havia ali mudanças nenhuma... (...) e deixei o (nome do Terapeuta 1). (...) E estive sem terapeuta mais ou menos de Agosto a Dezembro... estive esses seis meses que foram uma perdição... rapidamente percebi que estava em modo sobrevivência, completamente outra vez a sobreviver... (...) e arranjei um novo terapeuta..." (P07, E)

Apesar de ser raro, é interessante ter em conta como este último participante, que refere ganhos importantes com um processo terapêutico longo (mais do que três anos), revela que a partir de determinado momento passa a sentir a necessidade de que as mudanças ou ganhos terapêuticos tenham um impacto na sua vida, para além da terapia, considerando que tal não será possível de atingir no âmbito daquele mesmo processo e relação terapêuticos.

A perspetiva de alguns dos participantes, relativamente às razões que os fizeram querer terminar a terapia, bem os seus sentimentos relativos ao fim do processo, por vezes, não parecem ter sido discutidas ou apresentadas totalmente aos terapeutas. Tal acontece mesmo em casos em que os processos terapêuticos foram longos e mesmo quando as terapias em causa foram avaliadas como úteis e importantes e não só em situações onde parece claro ter havido o que tecnicamente se poderia denominar de uma "rotura da aliança" terapêutica (Safran & Muran, 2000).

O fim da terapia, em alguns casos, é apresentado como sendo ou tendo sido uma questão complexa e que, apesar de ter sido trabalhada no processo, algumas vezes parece ter sido um assunto difícil de abordar. Algumas vezes os participantes referem que não discutiram abertamente com o terapeuta pelo menos todas as questões relacionadas com o fim da terapia, por exemplo, concedendo em ter mais sessões do que o que desejariam ou terminando o processo apesar de acharem que gostariam de continuar.

De modo geral, a questão da possibilidade de voltar à terapia, com o mesmo ou com outro terapeuta, é considerada como uma possibilidade em aberto. Frequentemente

mente os participantes referem que voltaram ou voltariam a contactar o terapeuta em momentos de crise ou quando tal for sentido como necessário.

Para alguns participantes a possibilidade de voltar à terapia, ou ao terapeuta, é tida como estando em aberto, caso necessitem alguma vez, porque é sentida como um recurso que fica disponível.

"Ah! Uma das coisas que para mim foi mais importante perceber foi que ter alta não era o mesmo que dizer que eu não podia ir ter com a (nome da Terapeuta) quando sentisse necessidade... (P11, E)

No entanto, há também a expressão de alguns participantes da necessidade ou vontade de continuar, agora autonomamente, o processo iniciado ou potenciado pela psicoterapia ou terapeuta.

"(...) às vezes tenho saudades das sessões, ah... mas não há dúvida que há uma altura em que a gente aprende a viver e pensa... quer dizer... agora é para frente e um dia, eu sei que se precisar de alguma coisa também... que me seja muito difícil, eu sei que posso recorrer. Para já, não quero porque acho que é importante agora, eu fazer o meu caminho... mas... mas pronto, o processo terapêutico teve muito... mudou a minha vida... (Po6, E)

Na perspectiva de alguns dos participantes apesar da terapia ter findado, o terapeuta é sentido como mantendo-se internamente presente, por exemplo, no pensamento e estabelecendo com ele, ou ela, diálogos imaginados.

"quando me vejo perante aquilo, pensei: 'Ai meu Deus e agora?'. A preocupação de falhar... mas pensei... depois cheguei a casa, disse ao meu marido e ele disse: 'Lá estás tu, porque é que hás-de falhar? É uma aprendizagem...'. Eu pensei: 'A Drª, de facto, dir-me-ia isto... pronto, serei eu própria, farei como acho que devo fazer... logo se vê!'. Pronto, já aprendo a fazer isto... mas o momento, o momento inicial é de tensão... fico muito preocupada: 'E se erro? E se não consigo? E se não faço as coisas em condições? Olhe, se não fizer não faço! Paciência! Mas vou tentar, pronto...'. Neste momento, já consigo encarar isto desta maneira, percebe? Às vezes, deixo de ser eu a escrever e, às vezes, vêm as coisas ao de cima... mas de repente tomo consciência de: 'Não!'" (Po8, E)

Ao compreendermos o modo como os participantes relatam o início e o fim da terapia, torna-se evidente que os processos terapêuticos se articulam com uma série de outros aspetos da vida, na construção individual e de autor de uma vida, com maior Bem-Estar e menor sofrimento. De certo modo, a terapia e as suas contribuições são inseridas e coadjuvantes dos processos de transformação pessoal, na construção ativa

de cada pessoa da sua própria vida e nas suas tentativas para lidar com o sofrimento e potenciar o Bem-Estar. Nesse percurso a psicoterapia ou a pessoa do terapeuta podem desempenhar um papel significativo ou fundamental. No entanto, o percurso já está em curso antes da terapia, é potenciado mesmo antes do início da mesma pela sua possibilidade e questionamento, é trabalhado ativamente durante a mesma e continua após o terminar da terapia.

A terapia na vida dos participantes é sentida como uma continuidade mas também como uma descontinuidade. Se há diferenças significativas percebidas entre o início e o fim do processo terapêutico, há simultaneamente a ideia de que uma parte da construção do processo de promoção do Bem-Estar já existia antes da terapia e vai continuar muito para além do fim desta.

A transição para a vida sem terapia é relatada com alguma complexidade, mesmo durante a própria relação terapêutica. A perspetiva de “ganhos suficientes” para se poder estar mais autónomo, concomitantemente com a segurança da disponibilidade real e interiorizada do terapeuta, parecem ser aspetos muito presentes. Como nos diz um participante “Volto a sessões imaginárias muitas vezes”. (Po4, F)

### **3.1.5. História de Vida**

As narrativas dos participantes articulam os diversos aspetos da sua vida e das suas características pessoais que são relevantes para a compreensão dos motivos que os levaram à terapia, que explicam ou situam as suas dificuldades.

Neste enquadramento, tipicamente, os participantes referem aspetos históricos e distais de compreensão dos problemas ou sofrimento que sentiam. Por exemplo, um participante descreve:

“... e sempre fui assim, uma pessoa um bocado adoentada e tal... depois, o clima também de lá, um clima muito húmido e muito quente, não me deve ter feito assim muito bem e a determinada altura era muito enfezado, muito pequeno, enfim... não desenvolvia e o médico disse-me que eu tinha... ah, descobriu-me uma sombra no pulmão, não sei o que é que isso significa... ‘Ah, ele está muito mal... tem que ir embora para Portugal e não sei quê...’ (...) e, então fui para lá seis meses, para casa de uma tia, de uma irmã da minha mãe.... eu não me lembro de quase praticamente nada, não me lembro mesmo... estive

lá seis meses... mas isso deve-me ter afetado de alguma maneira, acredito que sim... até porque quando eu cheguei outra vez fui ter com os meus pais, apareceu-me o meu irmão, que tinha acabado de nascer, que ele é mais novo que eu três anos e nasceu mais ou menos nessa altura... para mim foi uma surpresa e portanto, nessa altura eu acho que congelei muito as emoções, portanto... e fui sempre assim, porque também em casa dos pais falava-se pouco, o meu pai era uma pessoa assim um bocadinho ausente, talvez... não era ausente, quer dizer, ele estava presente mas também não falava, no fundo acaba por ser ausente, não é?... e falava-se muito pouco em casa, portanto... a única coisa que se, quando o meu pai falava comigo, era quando vinham os resultados escolares, basicamente... estavam bons e tal, não sei o quê, não estavam... pronto, e era isto... de maneira que eu, durante a minha adolescência também continuei sempre com as emoções muito congeladas, que a minha mãe também falava pouco... e isto foi portanto, ao longo da minha vida, fui sendo sempre assim..." (P14, E).

Para além destes aspetos da história de vida, os participantes enquadram e relacionam também os aspetos físicos ou médicos com as suas dificuldades. Os participantes referem também aspetos que são mais próximos temporalmente do início das dificuldades, daquilo que os levou à terapia ou dos aspetos que desencadearam o pedido de ajuda psicoterapêutica ou, que na sua perspetiva, despoletaram os problemas ou o início das dificuldades.

### **3.1.6. A procura do Bem-Estar como um percurso em que o percurso terapêutico se enquadra**

As narrativas de alguns participantes parecem apontar claramente para que procurar desenvolver ou aumentar o Bem-Estar, no sentido lato, é mais, do que um objetivo ou um resultado da terapia, um objetivo da vida. O percurso terapêutico é visto como fazendo parte e contribuindo de modo importante nesse sentido de um maior Bem-Estar, desbloqueando, agilizando ou resolvendo o que é na visão do participante necessário para o atingir.

Nesse sentido, a procura de maior Bem-Estar é descrita como um percurso que pode ter começado antes, que aconteceu na terapia e que continua para além desta, na vida dos participantes.

"Houve uma reestruturação... da forma como eu v... (ri) ah... estava no mundo... ou... (hum hum) hum... não foi só o processo em si, porque em já vinha fazendo esse trabalho em si, e portanto mais lentamente há uns anos, mas o processo desbloqueou isso

e ajudou a isso (...) Foi pronto, chegámos aqui a um ponto, houve aqui muitos ganhos, falámos sobre isso e se calhar está na hora de ir viver, de ir experimentar isso no mundo e depois... e foi estar no caminho. Eu sinto que estou num caminho. E percorri uma parte do caminho acompanhada por esta pessoa e continuo no caminho, a fazer (...)" (PO3, E)

"(A terapia) resolveu-me a minha questão... poderá não ter resolvido tudo (hum hum) porque... se calhar houve coisas que eu na altura também não achei logo que eram logo aquelas que deviam ser resolvidas, por aí fora mas... o principal problema acho que se resolveu. Algumas coisas resolveram-se logo, e... deixou-me ferramentas para depois eu ir resolvendo outras pelo caminho." (PO4, E)

### 3.2. TEMA 2: COMO É QUE A TERAPIA PROMOVE O BEM-ESTAR?

"A psicoterapia ajudou-me, primeiro a refletir sobre as situações que mais me perturbavam e depois levou-me a agir, ou seja, levou-me a esclarecer assuntos que se encontravam pendentes com algumas pessoas. Esse esclarecimento e essas conversas fizeram-me 'despertar' e comecei a dar mais valor às pessoas que realmente se importam comigo e a investir nesses relacionamentos, afastando-me dos que me faziam sentir mal-amada. (P05, F)

<b>TEMA 2: COMO É QUE A TERAPIA PROMOVE O BEM-ESTAR?</b>
<p><b>Melhorias na relação com os outros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Maior abertura aos outros</i></li> <li>· <i>Colocar limites na relação</i></li> </ul>
<p><b>Melhorias na relação consigo próprio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>O cliente aceita</i></li> <li>· <i>O cliente compreende e dá sentido</i></li> <li>· <i>O cliente faz, enfrenta, experimenta e pratica</i></li> <li>· <i>O cliente faz o que quer e precisa</i></li> <li>· <i>O cliente sente-se apessoado e seguro de si</i></li> <li>· <i>O cliente aumenta a autoestima e autocuidado</i></li> <li>· <i>O cliente aumenta o autoconhecimento e desenvolve o self</i></li> <li>· <i>O cliente consegue ou acredita que consegue</i></li> <li>· <i>O cliente aprende a lidar consigo próprio</i></li> <li>· <i>O cliente fala, expressa, afirma</i></li> </ul>
<p><b>Melhorias sintomáticas</b></p>
<p><b>Contributos do cliente para o processo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Abertura e disponibilidade</i></li> <li>· <i>Pensamento, elaboração e discussão</i></li> <li>· <i>Qualidades pessoais</i></li> </ul>
<p><b>Cliente explicita o que o terapeuta fez</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Participação ativa do terapeuta na terapia</i></li> <li>· <i>Não liderança</i></li> </ul>
<p><b>Cliente explicita o tipo de relação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Define esta relação</i></li> <li>· <i>Sente ter recebido na relação com o terapeuta</i></li> <li>· <i>Episódios da relação</i></li> <li>· <i>Sentimentos em relação ao terapeuta</i></li> </ul>

Figura 5. Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 2

Trata-se agora de nos focalizarmos nos processos, ou seja, como é que os pacientes identificam a melhoria no Bem-Estar e os processos terapêuticos responsáveis por tais mudanças. Talvez seja interessante começar por referir uma ideia transmitida por umas das participantes e que nos ajuda a pensar estes resultados. A participante sublinhou que a própria noção de Bem-Estar em termos experienciais, lhe foi dada durante o processo terapêutico:

“... o próprio facto de eu ter uma noção de Bem-Estar, porque se me remeter, por exemplo, ao próprio início do meu processo terapêutico em adulta, posso garantir que não sabia o que era isso... do ponto vista experiencial, não tinha a mínima noção do que era sentir-me bem, não é... portanto, a própria experiência do que é poder ser, poder estar com Bem-Estar, poder sentir-me bem... sentir-me, não é...” (P11, E).

Este testemunho chama a atenção para a possibilidade de que a noção experiencial de Bem-Estar possa, nalguns casos, ser construída na terapia através de uma tomada de consciência sobre a própria possibilidade de o sentir.

### **3.2.1. Melhorias na relação com os outros**

Ao ponderar sobre o como a psicoterapia tinha promovido o Bem-Estar, alguns dos aspetos frequentemente referidos foram que a psicoterapia permitiu, ensinou e ajudou nas **relações com as outras pessoas** promovendo uma mudança a este nível e como isso, por sua vez, aumentou o Bem-Estar dos participantes. Como nos diz uma participante:

“foi com a psicoterapia que também, que houve um aumento de Bem-Estar e um crescimento grande na relação que eu tenho com a minha mãe e com o meu pai, que eram relações difíceis... e que hoje em dia, podem ainda ter alguns aspetos difíceis, mas estão sem dúvida, muito mais equilibradas do que estavam... e esse é um dos pontos que eu acho que não, que tenho muitas dúvidas que o conseguisse fazer sozinha(...)” (P13, E)

As mudanças nas relações com os outros enquadram-se em duas grandes categorias. Um tipo de mudanças diz respeito a mudanças relativas a uma **maior abertura aos outros**, expressar, e receber afeto, ser capaz de se colocar no lugar do outro, “ter menos defesas” e “aproximar-se de quem nos faz bem”.

“(...) a nível das relações afetivas, sinto que consigo expressar muito mais a afetividade, a doçura, muito mais do que fazia antes, ah... não ter tantas... defesas...” (P03, E)

Por contraponto, o outro tipo de mudanças diz respeito a uma maior capacidade para **colocar limites na relação** com os outros ou seja proteger-se na relação, não se deixar “manipular”, afirmar-se, “ser exigente” e afastar-se das pessoas que nos fazem mal.

“Aumentou o Bem-Estar, porque no mínimo deu-me ferramentas para lidar com o contexto que eu tinha. No mínimo dos mínimos, permitiu-me alterar comportamentos que me condicionavam... portanto, já é uma grande vitória. Pelo menos, consegui, por exemplo, falar com a (companheira) e dizer-lhe claramente aquilo que não gostava (...) Mais do que não fosse por aí, já é um grande ganho.” (P07, E)

### **3.2.2. Melhorias na relação consigo próprio**

Ao refletirem sobre como a Psicoterapia aumentou Bem-Estar os participantes explicitam, na primeira pessoa, o que aconteceu na terapia que provocou esse aumento do Bem-Estar. Os processos que se passam a descrever incluem, todos eles, contributos de mais de metade dos participantes, ou seja, são relevantes para descrever as experiências de pelo menos um em cada dois dos participantes.

#### **Aceitação**

A experiência de aumento da Aceitação foi o processo mais frequentemente referido pelos participantes como levando ao aumento do seu Bem-Estar. O aumento na aceitação inclui referências frequentes de experiências relativas à “aceitação de si próprio”, de aceitação das coisas que “não são possíveis de mudar” e dos problemas mas também de experiências relativas à “aceitação dos outros” e a um certo aumento da “tolerância” face aos outros e a si próprio.

“quer dizer, eu também lhe dizia tudo aquilo em que eu estava zangada com ele, eu já lhe tinha dito e já tínhamos conversado sobre isso. Mas era mais as coisas serem como eram, e isso causar-me sofrimento! E eu não conseguir aceitar a realidade, aceitar pois no sentido de estar em paz com ah... ah... e o que passou a acontecer foi... não sei... eu estar mais em paz com as coisas (...)... sim, aceitar a realidade, e tem a ver com isso de aceitar que nem sempre... não conseguimos chegar e transformar as pessoas e transformar naquilo que gostaríamos que fosse. Podemos chegar a compreender porque é que chegou a ser como é, ah... ah... mas sai-nos um peso grande de cima quando aceitamos que... OK é assim (...)” (P03, E).

Esta dimensão da aceitação tinha já sido encontrada no estudo de Binder et al. (2010) que apontou que a “valorização de si próprio e a autoaceitação” como um dos aspetos referidos no estudo, sobre o que era um bom resultado terapêutico na perspectiva dos ex-pacientes.

### **O Cliente compreende e dá sentido**

Os participantes referiram que o facto do processo psicoterapêutico ter facilitado ou promovido a sua compreensão e o ter permitido atribuir sentido ou significado à sua vida, foi um dos importantes contributos para o aumento do Bem-Estar. As experiências são referidas como “perceber ou compreender”, ter “*insights* ou *clicks*” e “sentir o passado arrumado”.

“e a organização desse passado, reconciliar-me e organizar-me foi importante porque percebi que isso de facto acabou por me caracterizar de algum modo, não é... e faz parte da minha história, naturalmente... não posso de facto, não é... eu sou assim, porque esse passado está lá e me levou a desenvolver determinadas características e competências que têm a ver com as aprendizagens que fiz ali (...) neste sentido, penso que é este o sentido que eu acho que a terapia me ajudou... porque ajuda-me a arrumar o passado, ajuda-me a reconciliar...” (Po8, E)

Esta dimensão é também coincidente com a do estudo de Binder et al. (2010) que refere que a melhor “autocompreensão e o insight” é um tema referido pela maioria dos participantes do seu estudo.

### **O Cliente faz, enfrenta, experimenta e pratica**

Para além de compreender e aceitar, os participantes referiram, também, que as suas ações durante o processo foram uma das formas através das quais a terapia aumentou o seu Bem-Estar. Surgem aqui as ideias do cliente enquanto agente que faz, enfrenta, experimenta e pratica, assumindo um papel ativo no processo terapêutico.

“eu penso que foi através deste diálogo ou destas questões muito subtis que a Dra. me ajudou a lá ir... quase que ela ia comigo pela mão, mas era eu que ia à frente, era eu que ia enfrentando as coisas... quase a medo, é um facto... mas fui, fui eu que fui... enfrentei, organizei, limpei e reconciliei-me com muitas coisas e acho que isso foi importante... (...) porque é através do processo de psicoterapia e daquilo que vamos falando e do que eu

vou fazendo também em função das sessões de psicoterapia, que eu também consigo atingir determinados resultados..." (P10, E).

### ***O Cliente faz o que quer e precisa***

Algumas mudanças que os participantes referiram, no sentido de passarem a fazer mais aquilo que querem e que precisam e lhes dá prazer, dirigindo-se mais a responder às suas necessidades e vontades do que às vontades e necessidades dos outros ou às obrigações e regras sociais, foram também apontadas por vários participantes como levando a um maior Bem-Estar.

"esta coisa de ir lá para a quinta, fez com que eles estão comigo quando têm saudades minhas e não porque precisam de mim, que isso é uma coisa muito dura... porque 99,9% dos meus amigos e amigas são completamente criados dos filhos... elas não têm vida própria, vão buscar as crianças ao... os outros é... as professoras, dão explicações aos netos até irem para a Universidade, mesmo já na Universidade... vivem completamente... têm a vida toda ocupadíssima, eu não... eu não tenho nada para fazer, a não ser as coisas que eu escolho! (P11, E).

### ***O cliente sente-se apessoado e seguro de si***

Nos seus discursos sobre o processo psicoterapêutico os participantes realçam o modo como a psicoterapia os ajudou no processo de se tornarem mais autónomos e os fez sentir mais fortes, seguros, senhores de si, pessoas com direitos e merecedoras de respeito e de como isso influenciou o seu Bem-Estar.

"... e eu ter esta capacidade de ultrapassar isso, para mim isso é o Bem-Estar... isso é ter a noção de que efetivamente, a terapia resultou para mim neste sentido... porque consegue, consegui que eu fosse senhora de mim, não é... e da minha história e do meu presente..." (P08, E)

Usando as palavras de outro participante para ilustrar a mesma ideia:

"dito talvez de uma maneira um bocado exagerada, mas conseguia eu tornar-me o herói das minhas histórias" (P14, E)

### ***O cliente aumenta a autoestima e autocuidado***

Como outro processo relevante, os participantes referem que através da terapia ganharam consciência do seu valor como pessoas, passaram a cuidar-se mais e a serem menos críticos ou mais condescendentes consigo próprios.

Ao falar da sua experiência na terapia de grupo um participante refere:

"(...) uma das coisas que aprendi na terapia, na terapia não, no grupo, foi o sentido da palavra valor, interior da pessoa... cada um tem o seu valor e tem que o demonstrar... e isso é uma coisa que parece que toda a gente nasce, é intrínseco e não sei o quê no relacionamento e ninguém pensa nisso... a maioria das pessoas não pensam... e uma das coisas que ensinaram, que eu aprendi na terapia foi aprender a raciocinar sobre isso, a saber o que é isso, a demonstrar, a mostrar e a demonstrar o valor (...) uma coisa é uma pessoa ter valor, outra coisa é ter valor e saber que o tem... é completamente diferente (...)" (P14, E)

### ***O cliente aumenta o autoconhecimento e desenvolve o Self***

Outro dos processos também referido como importante, foi o modo como a terapia promoveu o autoconhecimento dos participantes e facilitou o desenvolvimento de facetas de si próprio e a definição do *Self*. Por exemplo, no contexto da terapia de grupo, uma participante referiu a sua tomada de consciência de como se tinha desenvolvido:

"houve imensos exercícios que eu pensei: 'Olha que giro, mas eu já não preciso de fazer este exercício... ele é que precisa, ela é que precisa... e portanto, que bom eu poder estar aqui...'. Aconteceram coisas extraordinárias... pessoas que de repente... eu era aquela pessoa que... havia um que tinha que se dizer a uma pessoa, portanto à outra pessoa, tipo: 'Eu não quero, eu não faço', do género marcar limites e portanto, fazer assim uma afirmação dos limites... e essa pessoa, de repente, olhou para mim e eu percebi: 'Eu estou a ser capaz, ela está a ver em mim aquela pessoa.'" (P11, E)

### ***O cliente consegue ou acredita que consegue***

Muitos participantes referiram que um dos aspetos determinantes da sua experiência de Bem-Estar, relacionada com a experiência de psicoterapia, foi a de que esta os ajudou a ganharem confiança em si próprios, ganharem confiança de que são, ou que vão ser, capazes de lidar consigo próprios e com os desafios da vida. É importante referir que na perspetiva dos participantes tanto pode ser a ideia de ser capaz ou com-

petente para, no momento presente, como também a ideia de que irão conseguir de futuro. Na voz dos participantes:

"(A psicoterapia) também me fez muito acreditar que eu era capaz de o fazer, de ver que era capaz de o fazer, embora com medo, que era capaz de o fazer... e cada vez mais, ajudou-me a acreditar nisso... que era capaz de tomar as minhas decisões, de soltar as amarras no fundo (...)" (P13, E)

"claro, para mim os mais importantes foram namorar e casar... foram, sem dúvida nenhuma, os mais importantes... mas, todo o acreditar que houve... tudo o que a psicóloga... o maior acontecimento de todos foi mesmo acreditar... foi mesmo ver que era possível seguir em frente e que ia conseguir chegar... ser feliz! O meu grande objetivo era ser feliz... exatamente... e acho que estou mais perto, muito mais perto!" (P09, E)

A noção da importância atribuída pelos nossos participantes a Conseguir ou acreditar que consegue, para além de estar de acordo com a investigação que reforça a importância da esperança, é também consistente com o modelo de Goldfried (1980) que sublinha a importância da presença de expectativas de que a mudança é possível e reflete também em parte a necessidade de Competência da SDT ou de Mestria proposta por Ryff (1989).

### ***Cliente aprende a lidar consigo próprio***

Uma outra forma como a Psicoterapia promoveu o Bem-Estar foi aumentando as competências e estratégias dos clientes para lidar consigo próprios, lidar melhor com as suas emoções e lidar melhor com os seus pensamentos, por exemplo, adquirindo novas formas de pensar:

"(...) e a lidar... e a lidar! Antecipo e logo, na antecipação começo a lidar já... quando uma pessoa começa a antecipar que já está a entrar numa crise, percebe? E portanto, nessas fases aliás, de grande digamos... energia... a pessoa começa a perceber: 'Se isto não está bem, vou falar com a minha médica, vou falar com a minha psicóloga, vou tomar a medicação... portanto, vou ter cuidado... vou ter que me defender a mim e aos que estão à minha volta...' e esta foi uma educação que eu recebi!" (P09, E).

### **Cliente Fala, Expressa, Afirma**

A psicoterapia possibilitou ainda aos clientes o falar sobre as coisas, o passar a expressar e a afirmarem-se de modos que antes não aconteciam. Como está expresso nas palavras de uma das participantes:

“(porque eu era) uma pessoa que não existia, uma pessoa sem expressão, uma pessoa sem voz, percebe? Uma pessoa que não falava, uma pessoa que não era ninguém, uma pessoa que não se permitia, uma pessoa que não tinha voz, não tinha voz... se eu tiver que definir aqui numa frase a terapia: deu-me voz, percebe? Se tiver que definir, deu-me voz, deu-me voz, deu-me voz, deu-me o direito à voz, deu-me o direito de falar em todos os sentidos... de afetos, de abraços, de beijos, de rir, de me manifestar, de me expressar... a terapia deu-me voz... se tiver que dizer numa frase, a terapia deu-me voz... (...) para dizer o não, sim, quero, não quero... enfim!” (P13, E)

Quando olhamos para o modo como a psicoterapia promoveu o Bem-Estar, verificamos que os participantes se referem a aspetos em si próprios ou na relação com os outros que mudaram com a terapia.

### **3.2.3. Melhorias sintomáticas**

Os participantes referem que a Psicoterapia teve um impacto na diminuição dos seus sentimentos de medo e de angústia, ou de pânico e desespero, na diminuição de sintomas físicos e consumos excessivos e que eliminaram ataques de pânico, fobias e comportamentos compulsivos, maníacos e de automutilação. De modo geral, os pacientes entrevistados, referiram uma diminuição substancial ou a total remissão de pelo menos alguns dos sintomas:

“Melhor é sentir-me mais leve do que antes... a maior parte do tempo. Claro que ainda tenho fontes de *stress* e de ansiedade e às vezes me sinto ansiosa, ou o que seja, mas já não é aquela sensação de angústia e de estar no limite.” (P03, E)

“(...) e eu parava: ‘Porque é que eu o estava a fazer? Estava para me massacrar a mim mesma, para me magoar? Porquê?’... e pronto, e fui pensando nisto tudo... e hoje não o faço, não é? Hoje não o faço... já não me castigo”. (P13, E)

Estes ganhos são considerados como melhorias sintomáticas atribuídas à Psicoterapia, embora seja de referir que, nalguns casos, os participantes não parecem saber

como essas mudanças aconteceram, como nos diz um participante em relação ao desaparecimento dos seus ataques de pânico “não sei quando é que eles foram” (Po7, E).

### **3.2.4. Contributos do cliente para o processo**

Para além de descreverem os impactos positivos e negativos da terapia, no geral todos os pacientes referem e refletem sobre as suas contribuições para a psicoterapia, ou seja, sobre o modo como eles próprios contribuíram para que o processo terapêutico fosse bem-sucedido. Os participantes referiram, quer as suas atitudes e comportamentos, quer as suas características pessoais que tiveram, na sua perspetiva, um impacto positivo no processo.

Tipicamente para os participantes, a sua **disponibilidade ou abertura** durante o processo foi um dos aspetos determinantes, sendo que alguns dos participantes relacionam essa abertura também com a gravidade da situação, com a “necessidade de ser ajudada” ou “mais do que a vontade de ser feliz, com vontade de deixar de sofrer”.

“Sim, eu acho que também parte muito do nosso lado. Uma pessoa que vá para a terapia de pé atrás e que vá disposta a esconder coisas, e não sei o quê, aquilo não vai funcionar de certeza, pelo que eu percebi, não vai funcionar mesmo... porque vai haver ali um gato e rato que só vai prejudicar mais nada...”(Po4, E)

Esta abertura integra a abertura, no sentido de exposição, do ser verdadeiro e autêntico, mas também abertura, no sentido recetivo, para ouvir e aceitar as sugestões do terapeuta.

“mas sim, recapitulando, é isso... se tivesse que dizer qual o fator que faz toda a diferença ou é crucial para uma pessoa que procura acompanhamento psicoterapêutico tirar alguma coisa e conseguir algum resultado positivo da experiência é... quando se pretende abordar ou procurar a ajuda, aceitar que é preciso saber ouvir e aceitar a ajuda (P14, E)

Os participantes apresentaram ideias claras sobre os seus contributos, enquanto clientes no processo, e é interessante verificar que o aspeto principal referido – a abertura e disponibilidade para o processo terapêutico e dentro do processo terapêutico, foi sublinhado como um dos contributos para que este tivesse sido bem-sucedido.

Os participantes falaram de abertura, no sentido de disponibilidade para o processo, “mente aberta” e “coração aberto”, o permitir-se sofrer e confiar e ainda de uma abertura para receber e agir de acordo com as sugestões do terapeuta, isto é, como uma disposição ou atitude geral face à terapia.

No entanto, também é claro para os participantes que essa abertura foi também possível graças à postura do terapeuta e à relação construída. Como nos diz uma participante:

“embora essa confiança seja, de facto construída e, apesar de eu achar que estava muito disponível para o processo, porque fui muito com uma postura de: se é para ser é para ser, se é para resolver eu ah... eu faço o que for preciso, fui muito nesta... mas também ao mesmo tempo... perceber se a pessoa, se aquilo, me fazia sentido... se o que a pessoa me fosse solicitar ou... se aquilo me fazia sentido ah... e portanto, claro que a relação de confiança teve de ir sendo construída, apesar de eu estar disponível para ela.” (Po3, E).

Para além da sua disponibilidade, os participantes consideraram que, como clientes, contribuíram para o processo através do seu **pensamento, elaboração e discussão**, dentro e fora das sessões, sobre aquilo que se passava na terapia:

“(...) mas às vezes sinto muito isso, que foi realmente que, que é os vários raciocínios que eu fui fazendo, ao longo da terapia que... porque a terapia... eu estava lá 2 horas e depois vinha de camioneta e continuava a terapia e depois chegava a casa e muitas vezes, aquilo continuava a funcionar. (que uma das coisas que tu achas que ajudou foi o teres tido tempo para pensar... ?) Se calhar a viagem de autocarro era boa (hum hum) nunca pensei nisso, mas sim, se calhar, se calhar haver esse processo, em que não acontecia nada mais nada até voltar a casa, ou mesmo a conduzir de carro até casa, se calhar sim, isso foi... uma mais valia... se calhar sim... pronto partir de agora já sabem, vão mandar os pacientes todos 100 km longe: ‘Para si o seu caso é melhor ter um psicoterapeuta no Porto!’” (Po4, E).

Para além de elaborarem sobre a terapia e sobre a sua disponibilidade para o processo, os participantes consideraram ainda que algumas das suas **qualidades pessoais** como a “coragem”, a “intuição”, o “compromisso” ou a sua capacidade para acreditar na possibilidade de mudança contribuíram igualmente para os resultados da terapia.

"pronto foi a força e a determinação, a persistência, tudo isso são qualidades que eu tenho e que me fez não cair no buraco, pronto... podia ter caído na bebida, enfim qualquer coisa, que era fácil na altura... e isso fez-me, deu-me algum suporte, portanto... (...) Sim, perseverança sempre tive... não, isso sempre tive, muito..." (P14, E)

A reflexão profunda dos participantes revela-se em muitos aspetos dos seus discursos ao longo das entrevistas. Aqui, a participante, que se cita de seguida, articula não só uma característica pessoal que considera ter contribuído para a psicoterapia e para o seu Bem-Estar ao longo da vida, mas também como essa característica se pode tornar num aspeto que dificulte o processo e, ainda, como tudo isto se liga com as próprias características da terapeuta.

"uma prodigiosa imaginação... e que imaginação claramente é um recurso e sim requer isto... e requer esta coisa de, precisamente, perante uma coisa que não está, eu poder imaginar alguma coisa que é quase inimaginável, no sentido em que a qualidade daquela coisa que eu estou a imaginar é tão completamente diferente daquilo que é a minha experiência neste momento, não é... e eu acho que isso é um recurso na minha vida e desde miúda... foi aquilo que de certo modo me protegeu, me foi permitindo, mesmo com uma data de dificuldades ir ultrapassando certas fases, mas que tem o seu lado complexo, porque depois... ou que tem um lado que começa a tornar-se perturbador, quando nós percebemos que isto também significa que temos dificuldade em ficar com o que existe no presente e em valorizá-lo... mas por exemplo, do ponto de vista de um processo terapêutico, é uma coisa que pode ser extremamente útil, porque a pessoa começa o processo terapêutico e tem à partida a capacidade inata de acreditar que as coisas vão mesmo ser diferentes e vai mesmo haver diferença e isso é uma coisa que a (nome da Terapeuta) também transmite às pessoas claramente, seguramente ela tem essa capacidade, mas que é uma coisa que eu tinha minha..." (P12, E)

Estes resultados relativos ao modo como os participantes ponderam sobre a sua contribuição para o processo terapêutico vem mostrar como os participantes valorizam a sua participação e contribuição ativas, quer dentro quer fora das sessões, durante o processo. Mostram também como os participantes ponderam certas características pessoais como recursos ou características facilitadoras e promotoras da sua resiliência durante a sua vida e na terapia.

### **3.2.5. Cliente explicita o que o terapeuta fez**

Para além das suas contribuições para o processo, todos os participantes se referem também àquilo que os terapeutas fizeram que consideram que foi importante no processo. Nas descrições sobre as atividades do terapeuta durante a terapia, que parecem ter ajudado, surgem duas ideias centrais. A primeira ideia é a de que houve uma **participação ativa do terapeuta na terapia** através do diálogo e do fazer perguntas, mas também através da sugestão ou da proposta de soluções, da proposta de exercícios, do ensinar, do sinalizar o importante e orientar, dar sentido e explicar.

Raramente os participantes referiram momentos especialmente significativos do processo e que implicaram uma autorrevelação do terapeuta, quer falando da sua experiência pessoal, quer chorando empaticamente em resposta à revelação do cliente.

“Não, o terapeuta aí foi fantástico, porque eu falei-lhe do meu episódio e o terapeuta começou a chorar... (hum, hum...) e eu: ‘O terapeuta está a chorar?...’ e aquilo incomodou-me de alguma forma e depois ele perguntou-me: ‘Não está a perceber onde é que esteve, o que é que lhe aconteceu?’... ah... e eu vá... e saí daquela sessão e depois comecei a pensar... portanto eu não vejo... o que ele... o que ele vê... é por isso é que não choro na verdade... ah... e depois percebi porque é que ele estava a chorar... e depois percebi... depois foi tudo, as coisas todas atrás umas das outras... porque é que eu nunca percebi, porque é que eu tinha andado sempre sozinho, porque é que eu nunca tinha fechado nada, porque é que bebia, porque que é que... ah... e depois foi o assumir isso. Isto é, fechei-me para a vida... para fugir da vida, porque a vida não foi boa comigo na verdade (...)” (P01, E)

Assim, na sequência das atividades do terapeuta, os participantes refletem sobre como estas possibilitaram um conjunto de outras atividades dos clientes. Nas descrições dos participantes os acontecimentos terapêuticos encadeiam-se através da participação ativa, tanto dos terapeutas como dos pacientes.

“(...) ela (a terapeuta) expunha aquilo que eu tinha falado e eu expunha aquilo que eu tinha pensado sobre isso e andávamos assim, sempre para a frente e para trás e isso ajudava-me a perceber as minhas melhorias, a ver as minhas melhorias claramente, não sou só eu que..., porque há coisas que nós fazemos, quase que naturalmente, e não nos apercebemos disto e, ter alguém que nos diga: ‘Conseguiu fazer isto’, e pronto, isto ajudou-me muito a ver melhorias e vendo melhorias eu também confiava mais, por muito que houvesse ali coisas que eram difíceis de falar, de assumir... ah... mas isso foi uma das coisas que me ajudou, foi o ter havido sempre *feedback*, foi ter havido sempre o ponto da situação: ‘O que é que aconteceu até aqui? O que pensas? Como é que melhoraste?’... e

isto era feito em 20 minutos, mas que era muito confortável para mim, era, que me dava realmente a sensação de que estava a ser ouvida". (P2, E)

Neste testemunho a participante realça a interação e a importância do *feedback* do terapeuta e de como este lhe permite tomar consciência das suas melhorias e mudanças e assim aumentar a sua confiança no processo e sentir que estava a ser ouvida.

"Eram perguntas, quando ela me fazia a pergunta... tornava-se tudo tão óbvio (ri) que eu, ao juntar A mais B, às vezes o problema estava resolvido (ri) o problemas estava resolvido e eu às vezes começava-me a rir... realmente, como é que eu não pensei nisso antes? (ri) Pronto. Isso era, foi, um processo que eu achei engraçado. É que nunca, lá está, ela nunca me disse... nunca me fez, nunca me deu uma receita!... Eu, pura e simplesmente, fui sendo encaminhado, não é. É quase a casca da banana no bom sentido (ri). Era um bocadinho isso (ri) eu ia andando e de repente escorregava numa coisa... Ah! Espera lá! não, faz todo o sentido, realmente não pode ser. Assim sim, assim é que está certo e isto resolve-me. E eu acho... é essa história de não ter tido receita, eu acho que foi fantástico. (hum hum) porque no fundo, é quase como se eu próprio tivesse resolvido os problemas" (P04, E)

Como se pode ler neste último exemplo, os clientes valorizaram a atividade dos terapeutas e até a sua orientação, no entanto, frequentemente e simultaneamente, os participantes valorizaram posturas de **não liderança** do terapeuta. Os participantes referiram que, enquanto clientes, sentiram que o terapeuta não decidia por eles, pois sentiam que a decisão era sua, ajudada, suportada ou orientada pelo terapeuta, mas assumida e integrada pelo cliente como sua. Esta ideia é expressa de modos muito variados pelos diversos participantes. Seguem-se dois exemplos que ilustram esta ideia:

"Ah... Em boa medida, acho tinha a ver com isso que a minha terapeuta fazia de (...) ela não me dava a palavra dela para nomear aquilo. Por exemplo, eu estava a chamar-lhe isto de... por exemplo: Houve uma coisa, agora lembrei-me, de dizer que estava a mentir, ou que estava... Por exemplo, ligavam-me, e como estavam sempre a ligar, eu às vezes não atendia e dizia que estava ocupada ou que estava... que não dava para atender e depois, sentia-me mal com isso. Ah... e... ela nunca deu um outro nome a isso, o que fazia era, não sei, íamos falando e não sei, íamos chegar a uma outra coisa significação para isso, e lembro-me que, na altura, o que me surgiu foi: isto é autopreservação. Assim como houve essa, houve muitas e isso foi importante, para já, porque não era a pessoa de fora... que me estava a dar um nome para aquilo que eu estava a sentir e eu agora tenho que integrar isso em mim, ah sim... porque afinal é isso. Não. Ela fazia-me chegar, de facto, a uma significação diferente da coisa mas minha na mesma, que me fizesse sentido a mim, porque eu é que lá tinha chegado e por isso, integrado à partida, não era uma coisa exterior, que eu tivesse que integrar, acho que isso foi importante para ter, para reformular sim, às vezes a imagem que tinha de mim." (P03, E)

Um outro participante, ao refletir sobre o que fez a diferença na intervenção da terapeuta, expressa a mesma ideia, não sem alguma perplexidade:

"(...) e acho que a abordagem da psicóloga foi mais do levar-me a mim próprio a reconhecer onde existiam os problemas e fazer com que eu sugerisse as soluções para eles, tudo isto mantendo uma certa ou tendo uma certa capacidade de fazer parecer que a ideia partiu do lado de cá e não do lado de lá, mas que, para mim fazia sentido quase como se tivesse sido eu a dizer..." (P15, E)

Dito de outro modo, por um lado o terapeuta é ativo e em muitos casos diretivo mas, em simultâneo, os participantes enquanto clientes mantêm a noção de agência, liderança e autoria, sentindo-se eles os responsáveis ou decisores máximos durante o processo:

"como é que eu consegui lá chegar ou o que é que a Dra. fez?... eu penso que foi através deste diálogo ou destas questões muito subtis que a Dra. me ajudou a lá ir... quase que ela ia comigo pela mão, mas era eu que ia à frente, era eu que ia enfrentando as coisas... quase a medo, é um facto... mas fui, fui eu que fui... enfrentei, organizei, limpei e reconciliei-me com muitas coisas e acho que isso foi importante..." (Po8, E).

Estes contributos parecem apontar no sentido da importância dada pelos participantes às atividades do terapeuta, como dar *feedback*, orientar ou sugerir, ou seja, de comportamentos ditos diretivos mas que fazem emergir um outro aspeto central, o da importância atribuída pelos clientes a sentirem que são eles próprios, e não os terapeutas, que têm o poder de ação e de decisão, ou seja que são os agentes. Os participantes valorizaram as participações ativas do terapeuta tendo até referido, por vezes, que gostariam que os terapeutas tivessem sido mais desafiantes ou ativos na sua participação. Sugerem, por exemplo, que o terapeuta poderia ter proposto certos "exercícios mais confrontantes" (Po1, E) ou ainda que gostariam que o terapeuta tivesse falado sobre o modo como a terapia se estava a desenrolar, antecipando-se à meta-comunicação por parte da participante, de modo a agilizar o processo. No entanto, todas essas atividades do terapeuta são bem-vindas e consideradas úteis para o processo, quando é claro relacionalmente que, em última instância, isso é feito para o "bem" do cliente e que é ele finalmente o centro e o agente.

### **3.2.6. Cliente explicita o tipo de relação**

Nesta grande categoria agrupam-se os aspetos da relação terapêutica que foram considerados pelos participantes importantes no aumento ou na diminuição do seu Bem-Estar.

É interessante verificar que os participantes distinguem claramente a psicoterapia como processo, da pessoa do terapeuta e ainda da relação estabelecida com este. Esta distinção é explícita, por exemplo, no discurso de uma participante ao descrever como decidiu interromper um processo de terapia de grupo devido à relação com o terapeuta, sendo simultaneamente clara para si a importância de um processo psicoterapêutico, para o seu Bem-Estar.

“ ‘Olhe é assim, e como eu ainda não paguei o mês todo’ porque isto foi a meio do mês... ‘é assim, eu nem vou esperar... eu vou já aí para a semana, porque como não aceita cheques... ou mando um vale de correio, ou então vou aí com o cheque e vou-me despedir outra vez das pessoas, para terem a certeza que eu me vou embora’. E assim foi... pronto, e depois pensei: ‘Bem, mas eu preciso de fazer terapia... agora o que é que eu vou fazer à minha vida? O que é que eu vou fazer à minha vida... ?’” (P11, E)

Procura-se agora compreender o modo como os participantes se referem à relação terapêutica. Em primeiro lugar é importante o modo como estes **definem esta relação**. Tipicamente os participantes definiram ou descreveram a relação terapêutica como “ativa” e “mútua”, “natural”, “próxima”, “cúmplice” e “forte”. No entanto, alguns participantes referiram ter tido relações terapêuticas que foram “pouco empáticas”, desrespeitantes, “condescendentes” e de curta duração. Voltamos a recordar que muitos destes pacientes têm a experiência de mais do que um processo e relação terapêuticos.

Para além destas descrições, procurámos compreender o que os participantes disseram que **sentiam ter recebido na relação com o terapeuta**. Aqui agrupam-se, quer aspetos sentidos pelos participantes como positivos e construtivos, quer aspetos sentidos como negativos e destrutivos da relação.

Em relação aos aspetos positivos, os participantes referem que sentem que receberam dos seus terapeutas “Confiança”, “Empatia e Compreensão”, “Atenção focada”,

uma certa "Direção suave, tranquila e de esperança", Aceitação e ainda o sentimento de que são" Importantes para os terapeutas".

No trecho que se segue, transcreve-se uma passagem de uma das entrevistas que integra várias destas ideias, nomeadamente a confiança ou segurança, a compreensão e ainda a direção de esperança, sentidas na relação com o terapeuta.

"... e ele (o terapeuta)... e eu sentia que era uma pessoa que me entendia, está a ver... que me ia agarrar... eu sabia que ele não me ia deixar cair... e que eu podia fazer de uma forma ah... sem ser... ah... sem ser, sem ter alguém a apontar-me o dedo e a dizer: 'olha pronto esquece, deixa isso pra trás, já passou' não... (...) primeiro, era uma pessoa extremamente afetiva... mas não era um afetivo ah... há pessoas que são muito afetivas mas não chegam aos outros... pronto... o que ele tinha sempre, era um discurso... condescendente, muito compreensivo, muito afetivo... e no fim, com uma possibilidade de qualquer coisa, que era uma coisa que eu nunca tinha encontrado na vida... ou seja... isto existe, é doloroso, é traumático... mas há uma solução... e pode haver uma coisa melhor a seguir." (P06, E)

Em relação aos aspetos negativos, mais raramente, os participantes referiram sentir dos terapeutas: "demasiado silêncio" ("O silêncio dele era tão grande, sempre..." P01, E), "falta de informação" ou enquadramento sobre a terapia; "falta de respeito" (por exemplo: "não perguntar pelos trabalhos de casa"), falta de abertura ou imposição de ideias relativas ao modo (por exemplo, "deitar-se no sofá") ou conteúdos a trabalhar ("Se for para trabalhar tem que ser uma coisa em que a gente decida que é preciso trabalhar em conjunto, não é mandar uma mensagem." (P05, E). Referiram, ainda, falta de espaço para dizer o que pensavam e sentiam perante o que descrevem como reações negativas, "culpabilizantes", agressivas ou "defensivas" dos terapeutas. De referir que estes aspetos são, geralmente, mas não só, referidos em contextos de terapias que não foram satisfatórias para os participantes, embora de duração variável.

Outra forma que os participantes utilizaram para expressar o modo como concebiam a relação terapêutica, foi através do relato de **episódios da relação** que explicam o modo como, a reação do terapeuta aos comportamentos do cliente pode ser construtiva ou destrutiva dessa relação. No episódio que se apresenta de seguida, face à zanga da cliente (pela terapeuta lhe ter pedido uma alteração da data da sessão e não

ter compreendido que ela se sentia incapaz para lhe recusar qualquer pedido), a terapeuta reage de uma maneira que a cliente sente como reparadora da relação.

"porque a (terapeuta) conseguiu... primeiro: passar a sessão sem se zangar comigo; segundo: pôr-me limites a cada segundo, porque eu não parava; terceiro: assumir completa responsabilidade por não ter percebido que eu lhe ia dizer que sim; quarto: garantir-me, porque a dada altura eu comecei a ficar aflita com isso, que não era por causa daquele escabeche todo que eu ia deixar de ter os meus minutos de despedida tranquilos no fim; mais, em momento nenhum me deixou de dizer que aqueles minutos no fim não eram só por minha causa, ela também apreciava... E eu ainda hoje fico maluca a pensar que alguém consegue fazer uma coisa destas... portanto, se quiser uma grande, esta é grande!" (P12, E)

Pelo contrário, num outro episódio face à expressão do descontentamento da cliente, o comportamento do terapeuta é sentido pela cliente como destrutivo da relação:

"eu um dia disse: 'Olhe eu venho aqui dizer que me venho despedir, porque vou tentar arranjar outra coisa, porque isto não serve e tal, não sei o quê...'. E ele fez uma coisa horrível que foi... nessa noite ligou-me e disse: 'Oh (nome da Participante) mas vai-se mesmo embora? A (nome da Participante) não é capaz! A (nome da Participante) consegue lá viver sem...'. Bem, então aí é que eu me fui mesmo embora e fiz uma coisa... tipo desafiei-o e disse: 'Olhe é assim, e como eu ainda não paguei o mês todo, porque isto foi a meio do mês... é assim, eu nem vou esperar...'" (P11, E)

Um aspeto comum a algumas destas situações é que na perspetiva dos participantes, elas têm origem no confronto feito ao terapeuta através da expressão das opiniões, descontentamentos ou críticas. Das situações referidas, onde o comportamento do terapeuta desagradou ao cliente ou criou algum tipo de rotura na relação, é de sublinhar que algumas delas se referem a situações fora das consultas, a contactos extra-sessões, telefonemas ou mensagens.

De notar que, por vezes, os participantes disseram ter comunicado aos terapeutas os seus sentimentos, mas noutras não. Alguns dos desagradados na terapia tiveram origem nos terapeutas fazerem algo de que os clientes não gostavam ou em não fazerem algo que os clientes sentiam que precisavam ou queriam, o que vai ao encontro do estudo sobre os mal-entendidos terapêuticos de Rhodes, Hill, Thompson e Elliott (1994). No entanto, há que sublinhar que os participantes do nosso estudo referem, em alguns casos, terem abordado essa sua insatisfação com os seus terapeutas. Essa

revelação, umas vezes permitiu a resolução da rotura da relação, outras vezes não, já que, na perspetiva dos participantes, o terapeuta reagiu negativamente a essa revelação. Quando o terapeuta reagiu negativamente os participantes revelam que deixaram de sentir espaço para dizer o que pensavam, por anteciparem uma reação negativa do terapeuta. Nesses raros casos, essa reação negativa foi causadora de sentimentos de "mágoa", "zanga", afastamento, "desistência" e ainda do término da terapia.

Por último, focamo-nos nas descrições dos participantes dos seus **sentimentos em relação ao terapeuta**. De um modo geral, os sentimentos mais comumente referidos pelos participantes face aos terapeutas são sentimentos de afeto, de gratidão e de admiração pelo terapeuta: O terapeuta "é quase como uma pessoa da nossa família" (Po8, E). No entanto, são também recordados e expressos sentimentos raros e fortes de "zanga" e "mágoa", especialmente relativas a momentos ou a sessões específicas, que, no seu conjunto, demonstram a existência de laços terapêuticos fortes.

### 3.3. TEMA 3: RECADOS PARA OS TERAPEUTAS

<p><b>TEMA 3: RECADOS PARA OS TERAPEUTAS</b></p> <p><b>Valorização e reconhecimento da terapia e do terapeuta</b></p>
<p><b>Contributos críticos e sugestões</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"><li>· <i>Empatia, atenção, humildade e cuidado do terapeuta</i></li><li>· <i>Aceitação e respeito vs. julgamento, crítica ou condescendência</i></li><li>· <i>Confrontos e questionamento úteis se cuidadosos e respeitadores da dor, do tempo e da resistência</i></li><li>· <i>Estruturar e dar feedback</i></li><li>· <i>Comunicação não verbal do terapeuta</i></li></ul>

Figura 6. Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 3

Tendo por base as suas experiências como pacientes, ao longo das entrevistas, mas também nos *feedbacks*, todos os participantes foram refletindo sobre as suas terapias e sobre a informação, que poderia ser útil para os terapeutas terem em conta, para se melhorar o apoio psicoterapêutico. Conhecer a perspetiva dos pacientes, para melhorar as práticas psicoterapêuticas, foi referido aos participantes como sendo um dos objetivos para a realização da investigação (vide Apêndice B – Consentimento Informado) e algumas vezes este assunto foi questionado diretamente, durante as entrevistas.

Todos os participantes contribuíram com as suas reflexões, perspetiva e experiência(s) sobre os aspetos que gostaram ou não nas suas psicoterapias e também com a informação que poderia ser útil que chegasse aos terapeutas, de modo geral. Será importante aqui lembrar que, tipicamente, estes participantes têm uma longa experiência de psicoterapia e de mais do que um terapeuta, o que possibilita não só uma multiplicidade de experiências, mas também lhes permite a comparação entre os diferentes terapeutas e processos. Escutar as suas vozes, no sentido de questionarmos as nossas práticas terapêuticas, torna-se pois relevante.

### **3.3.1. Valorização e reconhecimento da terapia e do terapeuta**

Tipicamente os participantes acharam que era importante que os terapeutas, os seus terapeutas e os terapeutas no geral, soubessem o quanto gostaram de fazer terapia ou o quanto esta tinha sido importante e ainda o quanto consideraram que a terapia foi para eles útil. Deste modo, os participantes valorizaram não só o apoio recebido, mas também a própria profissão de psicoterapeuta.

"A única coisa que posso dizer é que o vosso trabalho é um trabalho preciso para as pessoas, apesar de muita gente não entender assim, para mim foi portanto..." (Po1, E)

"Como a minha experiência foi positiva, o que eu gostaria que, neste caso, a minha terapeuta soubesse é que de facto ajudou a que esta mulher, esta (NOME) se tornasse mais forte. (...) o resultado, ou seja, que as pessoas de facto conseguem enfrentar-se... é que de facto, eles (terapeutas) são peças fundamentais na nossa vida... e que podem, de facto, fazer a diferença em muitos momentos da nossa vida... e que... eu tenho esta profunda gratidão para com o meu terapeuta, neste caso, a minha terapeuta, que ajudou de facto... que me ajudou a desabrochar, a crescer e o que eu gostaria que ela soubesse é que de facto, ajudou esta mulher a tornar-se nesta pessoa com uma outra força..." (Po8, E)

Essa valorização da psicoterapia é também visível nas sugestões de alguns participantes de generalização da prática.

"O ter passado por um processo terapêutico, deixou-me convencida que, quase toda a gente, devia passar por um quando,... não sei, quando é de facto bom e produtivo". (Po3, E)

### **3.3.2. Contributos críticos e sugestões**

Para além desta valoração positiva geral, os participantes tipicamente apresentaram vários aspetos críticos que consideraram que deviam ser tidos em conta para melhorar a psicoterapia no geral, ou especificamente os seus processos (vide Apêndice F – Sugestões dos participantes para os terapeutas). Alguns destes contributos são relativos a aspetos que poderiam ser melhorados, outros a aspetos que consideram indesejáveis e que tinham tido, ou poderiam ter tido, um impacto negativo ou muito negativo nos processos.

"Tive outros terapeutas que tive ah... para aí, quatro ou cinco... (...) Tive uma outra, que eu pedia-lhe para me ajudar numa situação de crise de pânico mesmo e as duas vezes

que telefonei, foi de uma arrogância e de uma antipatia, que eu fiquei pior. (...) ah! e quando lhe disse há bocadinho que tinha ligado em crise de pânico, porque me tinham dito também para ligar, não é? não é porque eu queira criar uma relação particular com essa pessoa, não é. Mas às vezes é preciso ir buscar esse recurso. (Claro)... sobretudo quando se está num princípio da terapia e uma pessoa não sabe onde põe o pé, não é? e... e não ser ouvido, quer dizer... é muito duro... portanto eu... ahm... quer dizer... acho que quando um psicólogo dá a liberdade ao seu paciente 'olhe se tiver uma crise de pânico não se preocupe, ligue-me que falamos um bocadinho'... e depois fecha-lhe a porta na cara, também acho que não pode ser ou porque está em sessão ou porque não sei quê... sim, senhora, está em sessão, pode dizer: 'olhe agora não me dá jeito, eu depois ligo-lhe' mas depois liga... quer dizer... tem de ser criada uma relação e tem que haver aqui uma ligação, seja ela qual for... está a perceber? portanto, eu acho que há estes dois ou três apontamentos que não se devem fazer..." (Po6, E)

As reflexões e sugestões apresentadas foram não só ideias gerais, mas também exemplos específicos com ilustrações claras de comportamentos e atitudes dos terapeutas em interações com os clientes. De seguida, apresentamos como exemplo uma reflexão mais genérica sobre a importância de que, o questionar ou desafiar o paciente, seja feito de um modo construtivo:

"(...) porque há alturas na terapia em que acontece que se questiona, não é?: '... Agora isto afinal... mas se calhar não é como você está a pensar...'. As pessoas são questionáveis e são postas em causa, não é? (Mas) nós sentimos que isso é feito para um fim lógico e óbvio, que é o nosso Bem-Estar... portanto... não é atirado para o paciente como uma crítica... mas é como um processo de avaliação e de uma nova interpretação e de criar, ajudar a criar uma nova atitude, não é?..." (Po6, E)

De modo geral, os participantes oferecem várias sugestões diretas, quer valorizando o trabalho e atitude dos terapeutas nas suas terapias, quer acrescentando alguns aspetos e/ou ponderando alternativas às suas experiências.

"(...) eu não lhe sei explicar exatamente o que deveria ser feito porque são coisas que se sentem... (mas pode descrever-me o que sentia?...) O que eu senti, para lhe ser sincera, é que às vezes era demasiado triste e forte aquilo que eu dizia para quem estava a ouvir e quem estava a ouvir ficava... (hum hum) assim... não sei, ficava assim... em silêncio a ouvir... Sabe, quando nós falamos com uma pessoa amiga ou com alguém, a pessoa não nos vai resolver problemas, não é? mas sei lá, pode ter uma palavra ou... 'eu percebo o que estás a sentir', ou ter um gesto, ou se nós estamos muito mal até pode, pode tocar, não é? Ou sei lá: 'Queres que te vá buscar alguma coisa? Olha vou-te buscar uma água...'. Não sei, fazer-nos sentir acompanhados... acompanhados, sem ser aquela coisa de estar ali a debitar e do outro lado sentir assim uma certa frieza, isso para mim foi triste..." (Po5, E)

Apesar das sugestões dos participantes serem muito diversas, estas podem ser agrupadas em várias dimensões. Um conjunto de sugestões frequentes refere-se a aspetos relativos à **“empatia”, “atenção”, “humildade” e “cuidado”** expressos pelos terapeutas:

“(…) humildade... porque a pessoa depois tem muito conhecimento, às vezes tende a não ser humilde... é bom que a pessoa seja humilde... porque... é mesmo isso, para passar, para transmitir bem a informação... acho que é uma pessoa... não levantar muito a cabeça, nem a voz...” (PO9, E)

Uma outra dimensão, que agrupa muitas das sugestões, diz respeito à importância do **“sentir-se aceite como se é”, “respeitado”, ao invés de uma atitude de “julgamento” ou de “crítica”, mais “condescendente”** ou mais direta. No trecho que se segue, a participante começa por refletir sobre a importância de sentir aceitação, ao invés de uma atitude de julgamento em termos gerais, e continua, exemplificando com a comparação entre dois terapeutas, numa situação ilustrativa:

“Na minha experiência... na minha experiência, eu acabei por ter a experiência pelo menos de mais uma psicoterapeuta... e coisas que eu fui, que me fui me apercebendo de diferenças no processo e que comigo, pelo menos, resultou melhor... é o sentir, acho que é muito importante que a pessoa que está a fazer psicoterapia, não sinta do psicoterapeuta nenhum preconceito à partida, sobre alguma decisão de vida que a pessoa ou alguma escolha de vida que a pessoa tenha ou alguns sentimentos... para mim, é muito importante perceber que do outro lado há uma pessoa que está ali para me acolher como eu sou... E não para me julgar, exatamente, exatamente... e eu não sei como é que acontece com outras pessoas, mas acho que essa é uma característica essencial de um psicoterapeuta (...)

Eu senti, depois de ter vindo para a Dra. (nome), que havia antes (com a terapeuta anterior) um bocadinho mais de julgamento... embora, eu ache que havia uma tentativa de evitar ao máximo mostrar mas que acabava por, de vez quando, por transparecer uma certa impaciência... e, muitas vezes, um pré-julgamento sobre aquilo que eu estava a dizer. (...) e mesmo enquanto estava com ela, às vezes, eu sentia isso... alguma frustração, por sentir que do outro lado estava alguém que não estava... não estava tão interessada em ouvir-me, como impor-me o que ela achava que era uma solução correta... e não era tanto uma questão de uma escolha de vida, era por exemplo, a forma de ultrapassar um problema...

Sei lá, eu estou a pensar em coisas concretas... a questão da autoestima, uma das coisas que se falava e que aqui também com a Dra. (nome) se falava muito, é... se uma das hipóteses é: ‘Eu não quero fazer dieta’, porque um dos problemas é o peso a mais, ou se ‘Quero fazer dieta’... com a psicoterapeuta anterior, havia logo à partida, ou eu

sentia logo à partida, uma grande pressão para: 'A escolha é sua, mas eu acho que seria mais correto fazer a dieta', pronto... com a Dra. (nome), por exemplo, eu nunca senti isso... sempre senti realmente que as opções estavam em aberto, estavam totalmente em aberto... por isso, isso é uma coisa que a mim me deixaria logo muito constrangida... ter do outro lado alguém, que eu sinto que me está a julgar"(...)

Depois, acho que é um bocado o não querer... o por um lado, não ter preconceito e, por outro lado, não querer influenciar... ou seja, eu posso ter ao lado uma psicoterapeuta uma pessoa que não me quer influenciar em nada nas minhas decisões, mas que me julga, não é?... e eu acho que as duas coisas são igualmente importantes... por um lado, não julgar e por outro, também dar a perceber à pessoa os dados que estão em questão e tudo o que envolve aquele problema..." (P10, E)

Um outro grupo de sugestões, sublinha a importância dos **"confrontos"** e **"questionamento"** dos terapeutas serem cuidados e respeitadores da **"dor"**, do **"tempo"** e da **"resistência"** apresentada.

"que deixem claro aos pacientes também que as coisas vão piorar, que vão sofrer que vai doer mas que depois acabam por melhorar e começam a tornar-se mais fáceis, acho que isso também é importante para que eles não desanimem quando... quando o mar negro chegar..." (P02, E)

No exemplo anterior, a participante sugere a importância de avisar e preparar o cliente para a dor do processo. No entanto, alguns participantes referiram também o desejo de que o processo tivesse sido um pouco mais rápido, havendo "mais confronto ou desafios da parte dos terapeutas".

Por último, as sugestões dos participantes são relativas à importância do terapeuta **estruturar e ir dando feedback** sobre o processo e a relação terapêutica, dando alguma orientação, fazendo "o ponto da situação", fazendo "sugestões" ou mostrando alternativas, mas também facilitando e promovendo a partilha do cliente sobre "o modo como se sente". Nestas sugestões parece emergir a importância de uma meta-comunicação sobre o processo que permita uma regulação conjunta da psicoterapia.

"... não deixem as pessoas à deriva... e claro, vocês fazem muito bem o processo de terminar a sessão, ver se eu saio daqui mais composto... isso está ótimo, mas acrescentem aí uma parte de revisão." (P07, E)

Finalmente, é interessante verificar que nas reflexões e sugestões os participantes sublinham e valorizam, na sua interpretação, muitos aspetos da **comunicação**

**não-verbal**, quer em termos positivos, quer em termos negativos. Tipicamente, são comentados ao pormenor vários e distintos aspetos da comunicação não-verbal dos terapeutas. Como tão bem expressa esta participante:

“quer dizer... não pensem os terapeutas que as pessoas chegam completamente desmanteladas e que não percebem nada de quem está à frente... somos seres humanos e também sabemos interpretar...” (Po6, E)

A “postura”, a forma de “olhar”, o “tom de voz”, mas também aspetos relativos ao “conforto” e “agradabilidade” do espaço físico, ao “modo do terapeuta se vestir”, aos pequenos detalhes relativos ao modo de iniciar e finalizar a terapia, ao “momento da despedida da sessão”, todos eles parecem ser valorizados pelos participantes e em, alguns casos, são apontados como podendo ser determinantes no processo terapêutico.

“(...) também lhe digo: se ele tivesse sido arrogante ao princípio ou se tivesse tido uma postura mais agressiva... provavelmente eu não sei se teria seguido, não é... porque eu estava tão frágil quando lá cheguei” (Po6, E)

### 3.4. TEMA 4: REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A INVESTIGAÇÃO

#### TEMA 4: REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE A INVESTIGAÇÃO

Figura 7. Quadro síntese de categorias e subcategorias que integram o TEMA 4

Nos diversos contactos com os participantes, bem como na situação da entrevista e nos *feedbacks*, todos os participantes demonstraram uma postura reflexiva sobre a investigação em que participaram.

Alguns participantes exploram o sentido da sua participação na investigação:

“E eu hoje quando vinha de manhã, quando vinha trabalhar... faço um percurso de 10 minutos a pé até ao local de trabalho e vinha a pensar que este nosso encontro hoje, no fundo parece que vem fechar um ciclo... exatamente o que eu sinto... juro, Catarina... é exatamente o que eu sinto...” (P13, E)

“foram todos uma série de pequenos detalhes que depois moldaram a minha experiência, a minha visão da minha experiência e eu, porque mesmo isto, esta situação de aqui vir e discutir, acho que se fosse mesmo pensar nisso era impensável, nunca em qualquer ponto da minha vida até ter passado pela experiência (de Psicoterapia) teria aceite, talvez fazer este tipo de abordagem aos tópicos que estou a abordar, por alto claro, mas que estou efetivamente a falar sobre eles... por isso, não sei mesmo mais que diga sobre...” (P15, E)

É interessante sublinhar que, para este participante, a participação na investigação é, em si mesma, um exemplo das mudanças terapêuticas conseguidas, neste caso o ter uma maior flexibilidade e abertura para a experiência, até no sentido de se expor e colaborar na presente investigação.

Ao longo dos diferentes contactos com a investigadora principal, alguns dos participantes levantaram múltiplas questões sobre a investigação e as suas contribuições. No geral, os participantes foram-se mostrando progressivamente mais à vontade e participativos tendo refletido sobre a sua própria participação durante todo o processo de investigação. De seguida, apresentamos a descrição como duas participantes parti-

lharam com a entrevistadora as reflexões sobre os seus próprios comportamentos, ao longo da entrevista.

"... e se calhar, neste momento, já fica mais claro porque é que eu fiz as perguntas que fiz no início... a confiança daquelas coisas que para mim não é fácil... e se há alguém que eu sinto que posso confiar, não é... portanto, eu sentir-me vulnerável ou eu sentir-me exposta perante alguém que eu não sei se vou poder confiar na pessoa..." (P12, E)

"Não, não... foi um prazer estar aqui consigo... não sei é se correspondi... eu senti que de vez em quando eu tentava fugir, mas não sei se correspondi e se vai retirar grande sumo aqui das nossas conversas... eu espero é que tenha sido útil... se quiser, estarei sempre disponível para falar consigo mais qualquer coisa... se me quiser enviar alguma coisa por escrito, terei todo o prazer em responder por escrito, se me quiser ligar, se quiser que eu venha mais alguma vez... tenho a disponibilidade para vir cá... não se sinta minimamente constrangida que eu tenho bastante tempo livre, para mim não é nada difícil..." (P13, E)

Para além de refletirem sobre a observação dos seus próprios comportamentos é também claro que se colocam como observadoras da própria interação e dos comportamentos da entrevistadora:

"já estou com a sensação que já estamos aqui há imenso tempo e que se calhar estou a ocupar-lhe o tempo a si, mais tempo do que aquele que tinha desejado ocupar... por outro lado, não me está a dar de todo esse sinal, portanto não é por aí..." (P12, E)

Um aspeto interessante, referido repetidamente e sentido pelos participantes como positivo, é o de que a investigação permitiu a alguns participantes o repensar da sua terapia e alguns referiram, ainda, que a sua participação teve uma dimensão "terapêutica":

"Não, eu posso acrescentar que para mim este é mais um momento na minha terapia... e quando a (nome da Terapeuta) sugeriu, perguntou se eu não me importava, eu pensei logo: 'Olha que bom, vai ser aqui uma oportunidade de eu fazer aqui uma espécie de *flashback*, de voltar a ver as coisas com outro olhar, com outras ajudas...'. Acho que foi ótimo, eu gostei imenso de vir aqui falar consigo..." (P11, E)

Uma participante, no dia seguinte à entrevista, escreve à investigadora principal afirmando que há mais duas coisas que gostaria de acrescentar à entrevista, sendo uma delas a seguinte partilha:

"O efeito terapêutico da minha conversa de ontem: Quando hoje acordei, senti-me orgulhosa do meu percurso de vida. (...)" (P16, F1)

Os participantes revelaram cuidado e preocupação relativamente à clareza e qualidade das suas contribuições, que foram expressos durante as entrevistas e tam-

bém na revisão das mesmas, no *feedback* fornecido. De modo geral, as entrevistas foram avaliadas como refletindo a perspetiva dos participantes:

"Quer dizer, não tenho muito a acrescentar... acho que acabei por dizer aquilo que sentia genuinamente e pronto, foi mesmo isso..." (P15, E)

"Quando li a entrevista senti que me dispersei um pouco nas respostas. Estava demasiado emotiva, comi palavras... e não fui eficaz – deveria ter sido mais concreta. Mas o essencial está lá..." (Po5, F)

"Já li os dois documentos que me enviou. De facto, resulta um pouco estranho a entrevista convertida em texto. Mas, no geral, está lá aquilo que penso relativamente às questões que me colocou. Reitero o que disse que, primeiro, não é fácil aceitarmos que temos um problema que necessitamos resolver. Segundo (...)" (Po8, F)

Pelo menos alguns dos participantes reviram cuidadosamente as entrevistas e trabalharam a clarificação dos seus conteúdos, tendo em conta o impacto destas na comunidade, como parece evidente nos *feedbacks* que a seguir se apresentam:

"Foi com gosto que li a transcrição que me enviou. Suponho que seja uma primeira versão, sujeita ainda a revisão. É que além de palavras omissas, notei que há diversos casos em que a pontuação mal colocada ou determinados viés de palavras alteram o sentido do que eu disse. Por exemplo: 'de ter um espaço meu de trabalho' (pg.17). Parece que me estava a referir a um espaço para trabalhar, o que não foi o caso. Falta uma vírgula: 'de ter um espaço meu, de trabalho.'" (Po3, F)

"Fiz umas pequenas alterações onde senti que o entendimento do texto escrito/lido podia ser diferente daquilo que era a minha intenção quando o disse... De resto deixei aquele início um bocado confuso mas que, como diz, se deve à falta de *body language* que não deixa ver a minha aflição perante perguntas que me obrigavam a mergulhar bem fundo na minha 'aventura' existencial..." (P11, F)

De modo geral, todos os participantes quiseram continuar a colaborar na investigação após a entrevista, tendo havido apenas um participante que não se manifestou disponível para tal afirmando que confiava na interpretação da investigadora das suas palavras (Po1). Alguns disponibilizaram-se mesmo para contactos posteriores e novas entrevistas e alguns manifestaram interesse em ler a tese ou assistir à sua defesa.

A relação de colaboração estabelecida entre a investigadora e os participantes foi, como referido no capítulo da metodologia, uma dimensão fulcral da mesma. Este aspeto foi também visível nos comentários sobre o estudo e os seus procedimentos

metodológicos. Como é visível no contributo seguinte, alguns dos participantes comentaram ativamente a própria metodologia da investigação:

“Finalmente, a experiência de ter conversado consigo sobre este tema, foi também ela terapêutica (a oportunidade de revisitarmos o percurso terapêutico, algum tempo depois, e refletir sobre o que aconteceu, quais os temas, as áreas de desenvolvimento e, também, de vulnerabilidade), e receber a transcrição, ou seja, ficar com um registo pessoal do meu percurso terapêutico, que me permite visitar este percurso, é também um belo presente! Ou seja, a sua metodologia recebe algo valioso dos participantes do estudo e proporciona-lhes em troca algo que, do meu ponto de vista, é também muito valioso!”  
(P12, F2)

Para além de comentarem a metodologia da investigação alguns participantes contribuíram ativamente com materiais que consideraram importantes. Interpretamos este facto como significando que os participantes se sentiram à vontade para complementarem os procedimentos definidos para a investigação, o que pode indicar que o processo de investigação não foi perspectivado como rígido e unilateralmente definido. Por exemplo, a participante anteriormente citada enviou um texto sobre o Bem-Estar anexado ao seu *feedback*; o participante seguinte, após afirmar que a entrevista não foi desconfortável, revela que trouxe um livro por si elaborado no âmbito do processo de terminar a terapia de grupo, sobre o seu processo terapêutico o qual, na sua opinião, poderia ajudar a investigadora a compreender a sua experiência:

“Não, não, não, não foi... não, não foi não... não sabia propriamente o que é que estava à espera, aliás, sabia qual era o conteúdo, sobre o que é que ia versar... mas não propriamente que tipo de perguntas é que ia fazer, enfim... mas não, de maneira nenhuma, não foi desconfortável... eu até trouxe uma coisa, um... não sei se pode ajudar ou não... é assim, eu fiz... na minha alta, eu resolvi fazer um pequeno livrinho e foi um trabalho, um bocado de trabalho, não foi o meu só... tive que fazer um para as outras pessoas, o que eu pensava também das outras pessoas... e levou uns mesitos a compor as coisas, depois está bem, depois não está, depois não sei o quê, enfim, mas lá consegui... e fiz um para mim, fiz um para mim... o que eu acho que me aconteceu e que eu fiz... eu tenho ali para me mostrar, nunca dei a ninguém e nunca mostrei a ninguém a não ser aos terapeutas, eles ficaram com um livro desses, que eu ofereci-lhes só a eles... e o outro está comigo, mais ninguém o viu, de maneira que eu vou-lhe mostrar... para ler.” (P14, E)

No excerto anterior, o participante revela como, mesmo antes da situação de entrevista, ponderou o modo como poderia contribuir para a investigação, disponibilizando, por sua própria iniciativa, informação que foi claramente além do solicitado pela investigação.

## **CAPÍTULO 4    DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste capítulo apresentamos o resumo dos resultados do presente estudo e a sua discussão, bem como uma reflexão final sobre o estudo, onde evidenciaremos os contributos e as limitações deste estudo sobre o bem-estar, as necessidades psicológicas e o processo psicoterapêutico.

Com o objetivo de explorar e compreender como é que o processo psicoterapêutico pode contribuir para o Bem-Estar, tentámos explorar e conhecer as perspetivas das pessoas acerca da psicoterapia realizada e se esta contribuiu, ou não, para o seu Bem-Estar, deixando propositadamente a definição do conceito em aberto, de modo a explorar também as suas conceções sobre o Bem-Estar.

A operacionalização destas questões na nossa investigação é de natureza iminentemente exploratória, de tipo qualitativo, e assenta na reconstrução consciente e distal dos participantes sobre os seus próprios processos de mudança, tal qual ocorreram no contexto da prática privada. Centrámos-nos assim no mundo subjetivo dos ex-clientes, nas suas compreensões e significados pessoais e nas suas interpretações dos acontecimentos. Partimos de um paradigma interpretativo-construtivista (Morrow, 2005) em que investigador e participante co-constroem os significados ainda que, evidentemente, tenha sido dada prevalência para o ponto de vista do participante.

A riqueza e a profundidade das reflexões dos participantes, sobre o modo como o processo terapêutico levou ou não ao aumento do Bem-Estar, enfatizou os processos agênticos, autorais e ativos dos clientes durante o processo terapêutico e a sua postura reflexiva e autorreflexiva.

A análise dos dados, na abordagem da *Grounded Theory*, está particularmente ajustada ao estudo das experiências subjetivas em que, através de um método sistemático de categorização indutiva, se classificam os contributos dos participantes.

Esta perspetiva de investigação sobre os resultados da terapia é distinta da perspetiva habitual da investigação em que o investigador define, à partida, o que é o Bem-Estar e o modo como este deve ser avaliado. No nosso estudo, o impacto da terapia no Bem-Estar não pode ser medido, mas podemos compreender quais foram os fatores, decorrentes da terapia, que as pessoas consideraram ter um impacto significativo no seu Bem-Estar, de acordo com as dimensões que cada pessoa valoriza subjetivamente. As nossas opções metodológicas justificam-se na medida em que são particularmente úteis em campos em que há pouco conhecimento sobre um fenómeno.

Os participantes principais deste estudo foram dezasseis adultos que fizeram, pelo menos, um processo psicoterapêutico concluído há não mais de 3 anos, heterogéneos quanto ao género, idade, duração e modalidade terapêutica, bem como relativamente à perspetiva teórica subjacente à terapia realizada. Os participantes foram selecionados pelos seus antigos terapeutas, na sua maioria, bastante experientes.

A pesquisa desenvolveu-se em três fases: contacto inicial, entrevista presencial semiestruturada e de natureza exploratória centrada na dimensão em análise – o Bem-Estar – e uma última fase de *feedback* (escrito) dos participantes.

Depois de termos apresentado os resultados no capítulo anterior, iremos neste capítulo fazer a sua discussão com o objetivo de responder às questões que orientaram a nossa pesquisa.

## **4.1. RESUMO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da análise dos dados resultaram 4 temas principais. O primeiro é relativo à relação entre a psicoterapia e o Bem-Estar; o segundo ao modo como a terapia promove o Bem-Estar, o terceiro relativo a reflexões centradas nas experiências dos participantes que possam ser úteis para os psicoterapeutas e o quarto, relativo às reflexões dos participantes sobre o próprio processo de investigação.

### **4.1.1. Psicoterapia e Bem-Estar**

#### ***O que é o Bem-Estar?***

Como referido anteriormente, há diversas interpretações do termo Bem-Estar na literatura e com este estudo ficámos a conhecer as perspetivas de pessoas comuns, que fizeram psicoterapia, sobre o conceito de Bem-Estar. As experiências de Bem-Estar incluíram experiências ligadas ao estar em paz, sereno, tranquilo e equilibrado, ao sentir que a vida tem um sentido e que este é dado pelas relações próximas e de afeto com os outros, a sentir felicidade, prazer no dia-a-dia, a sentir liberdade e uma certa abertura em relação à vida e, ainda, à experiência de viver no momento presente.

Para cada pessoa, estas dimensões ou outras podem estar presentes simultaneamente, sendo que o Bem-Estar de cada um é definido de forma complexa, tentando agregar os diversos aspetos considerados importantes para cada um: “componentes do Bem-Estar que eu lhe estava a falar... ser mais livre, ser mais equilibrada e ter mais paz... é isso...” (P10, E)

Na perspetiva dos participantes, o facto da experiência de Bem-Estar integrar sentimentos de paz, a tranquilidade e o sentimento de equilíbrio consigo próprio, é em si mesmo interessante já que a componente da Paz, Serenidade e Tranquilidade não é geralmente considerada nos modelos centrais da Psicologia sobre o Bem-Estar, como o modelo da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) e o modelo de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (2014), convidando a uma maior exploração destas dimensões do

Bem-Estar. Como veremos mais adiante, a Tranquilidade é uma necessidade psicológica explicitamente considerada no Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Parece surpreendente que a paz, a serenidade, o equilíbrio, a tranquilidade, a calma, a paz de espírito e a ausência de perturbação tenham sido pouco consideradas na Psicologia do Bem-Estar e até na Psicologia Positiva, que se tem focado mais na felicidade e no Bem-Estar hedónico (Floody, 2014). No entanto, encontrámos algumas referências relativas ao equilíbrio e serenidade em perspetivas psicológicas que tentam integrar tradições filosóficas e espirituais orientais, por exemplo, ligadas ao budismo (e.g. Wallace & Shapiro, 2006) e à perspetiva da *Mindfulness* (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002)<sup>9</sup>.

Um segundo aspeto evidente nos nossos resultados é a importância de uma dimensão interpessoal no Bem-Estar. De acordo com os nossos participantes, sentir Bem-Estar implica também sentir que se tem um conjunto de relações significativas e próximas.

Ao falarem da importância da dimensão da relação com os outros, como uma das dimensões do Bem-Estar, por vezes é evidente que, na perspetiva dos participantes, esta também integra um aspeto relacional ou até altruísta do Bem-Estar. Tal vai de encontro a algumas das críticas apontadas por Slife (2004) de que muitas vezes se avaliava o Bem-Estar apenas de modo hedónico, não considerando que, por princípio, os objetivos da psicoterapia não têm que ser nem obrigatoriamente centrados no indivíduo nem hedónicos.

A experiência de Bem-Estar foi também associada pelos participantes à experiência de felicidade (e, g. Diener, 2012); a ser capaz de retirar prazer do dia-a-dia (e.g.

---

9 Talvez esta dimensão do Bem-Estar possa ser interessante de ser ponderada na discussão sobre as razões pelas quais a integração da meditação *Mindfulness* na terapia da depressão tem tido um impacto positivo (e.g. Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002).

Epstein, 1993) a ter sentimentos de liberdade (Williams & Barber, 2008)<sup>10</sup>, a uma certa abertura e fluidez em relação ao mundo e a estar centrado no presente.

Assim, no seu conjunto, o Bem-Estar, tal como é definido pelos participantes, integra aspetos referidos quer em modelos hedónicos quer em modelos eudaimónicos do Bem-Estar.

No mesmo sentido, de um ponto de vista holístico, o presente estudo aponta também para a importância de outros contributos para o Bem-Estar que não só a Psicoterapia, chamando a atenção para a importância do Bem-Estar relacionado com a atividade física e com a saúde, mas também com o contacto com a natureza e um ambiente aprazível. Sublinha ainda a importância dos aspetos económicos e sociais tais como: ter trabalho *versus* estar desempregado; o poder estar com amigos; a importância do divórcio ou do apoio conjugal. No mesmo sentido, a associação entre os aspetos económico-sociais e a saúde mental tem vindo a ser apontada na literatura, por exemplo, a associação entre as crises económicas e um pior estado de saúde, nomeadamente uma maior taxa de suicídios e sintomas depressivos (Karanikolos, Mladovsky, Cyrus, Thompson et al., 2013).

Os resultados do presente estudo podem ser lidos à luz do *Nested Model* (Henriques, Kleinman & Asselin, 2014), ajudando a ultrapassar uma visão simplista do Bem-Estar ou em que se considere apenas uma dimensão psicológica, já que permite distinguir as várias dimensões fenomenológicas, biológicas, psicológicas, sociais e avaliativas do Bem-Estar. Pode ainda precever um olhar sobre o Bem-Estar como exclusivamente dependente da vontade ou da atitude das pessoas em geral ou dos clientes em particular, pois ao propor um modelo biopsicossocial de compreensão, pode ser útil na psicoterapia, valorizando a conceptualização dos casos, mais do que o diagnóstico, para a intervenção terapêutica.

---

10 A discussão da atividade psicoterapêutica, tendo por objetivo promover em cada indivíduo a maior experiência de liberdade pessoal e responsabilidade possível, tem vindo a ser enfatizada por Jaques Barber (Williams & Barber, 2008).

### ***A relação entre o Bem-Estar e a terapia é complexa.***

De modo geral, a Psicoterapia é vista e sentida como tendo promovido ou aumentado o Bem-Estar. A ideia de que existe uma diferença (antes e depois da terapia) é expressa através da comparação nos níveis de Bem-Estar, mas também pela ideia de que se não tivessem feito terapia sentiriam seguramente menor Bem-Estar. No entanto, nem sempre a terapia permitiu atingir o nível de Bem-Estar desejado ou teve o impacto esperado, sendo que é variável o grau de satisfação com os resultados da terapia no Bem-Estar.

Os participantes referem que a Psicoterapia permitiu atingir um certo nível de Bem-Estar, umas vezes referindo-se ao Bem-Estar geral e outras vezes ao Bem-Estar em certos domínios específicos da sua vida (por exemplo no trabalho, ou nas relações amorosas). Por vezes o aumento no Bem-Estar em domínios específicos não é suficiente para que haja também um aumento no Bem-Estar geral. Estes dados apoiam a importância de diferenciar, na avaliação do impacto da terapia, entre o Bem-Estar Geral e o Bem-Estar em domínios específicos, ilustrando como em casos concretos tal pode ser distinto, o que vai ao encontro do relatado por Milyavskaya, Philippe e Koestner (2013).

Os nossos resultados permitem ainda evidenciar o impacto, muitas vezes negativo, da terapia no Bem-Estar durante o processo terapêutico e sublinham a diminuição do Bem-Estar e o sofrimento sentidos pelos pacientes ao longo do processo, implicando até o equacionar da desistência do mesmo. Este aspeto parece ser ainda mais importante tendo em conta as taxas médias de *drop-out* (Lambert, 2013). Para lidar com o sofrimento durante o processo, alguns pacientes aceitam que uma certa dor é inevitável, outros conseguem atribuir-lhe um sentido e outros ainda referem como o apoio de outras pessoas foi determinante.

Alguns psicoterapeutas existenciais têm sublinhado a importância do sofrimento no desenvolvimento existencial (Deurzen, 2006; Yalom, 1980). Também Slife (2004) aponta para a possibilidade de que a visão hedónica da psicoterapia possa ser limitativa e impeditiva de olhar para o sofrimento como produtivo e importante possi-

bilitando o encontrar de sentido e o dar significado à experiência. Aponta ainda o autor como as nossas medidas de resultado têm essa visão naturalista e hedônica de fuga da dor e da procura do prazer.

A psicoterapia é assim um processo complexo e, como os nossos participantes referem, mesmo tendo como resultado final um aumento do Bem-Estar pode implicar também períodos de sofrimento e diminuição clara do Bem-Estar. Estes dados têm implicações para a avaliação do Bem-Estar mostrando a importância de uma monitorização do mesmo ao longo do processo terapêutico.

Estes resultados parecem também apontar que para aumentar o Bem-Estar, pelo menos do modo que este é definido pelos clientes, não é necessária uma terapia explicitamente focada no Bem-Estar, nem tão pouco isenta de dificuldades e sofrimento. Assim, o trabalho terapêutico implica alguma frustração e conflito e a aceitação de mudanças progressivas, havendo umas já conquistadas e outras ainda em processo de o virem a ser, eventualmente.

As descrições sensíveis aos contextos dos aspetos relacionados com o Bem-Estar podem ser úteis e serem consideradas itens nas medidas para avaliar o desenvolvimento do Bem-Estar na psicoterapia. Revelam, ainda, que as medidas de Bem-Estar ou de resultado necessitam de ser complexas se se pretende de facto avaliar o Bem-Estar, uma vez que este parece ser variável ao longo da terapia, pelo menos de longo prazo. Sublinham, ainda, a importância da avaliação longitudinal, já que estes dados apontam para que o nível de Bem-Estar ao longo do processo possa ser variável.

De acordo com o Modelo das Fases proposto por Howard, Lueger, Maling e Martinovich (1993) espera-se que o Bem-Estar aumente nas primeiras consultas. Depois, de acordo com os nossos participantes, o Bem-Estar pode diminuir bastante durante o processo, especialmente nos momentos em que o que se trabalha é particularmente difícil ou confrontante, voltando a aumentar pelo menos no final da terapia. O modelo das Fases diferenciou entre diversos resultados da terapia e sublinhou a impor-

tância não só de se pensar em diversos resultados, como na sequência em que estes eram conseguidos ao longo da terapia.

O presente estudo parece apontar para a complexidade da relação entre o processo psicoterapêutico e a evolução do Bem-Estar do paciente e, sem dúvida, para momentos em que a terapia, ao invés de aumentar, diminui significativamente o Bem-Estar, ainda que apenas temporariamente.

Embora todos os participantes tenham descrito mudanças significativas que atribuem ao processo psicoterapêutico, um outro resultado que emerge dos nossos resultados é a variabilidade da satisfação com o nível de Bem-Estar conseguido com a Psicoterapia. A satisfação varia em função do modo como definem Bem-Estar e das dimensões que consideram importantes ou relevantes para o aumentar. Assim, a avaliação do Bem-Estar é sempre subjetiva e é com base no modo como esses aspetos valorizados são ou não conseguidos, que se avaliam os resultados da terapia. Se uma pessoa valoriza no seu Bem-Estar a dimensão amorosa, vai avaliar o impacto da terapia de acordo com o seu Bem-Estar nesta dimensão. Esta é uma razão pela qual o terapeuta deve procurar conhecer quais as dimensões relevantes para o cliente já que a flexibilidade do terapeuta e a sua capacidade para se adaptar aos objetivos e planos do cliente, mesmo na implementação de "Tratamentos Empiricamente Suportados", tem vindo a ser associada a melhores resultados (Owen & Hilseroth, 2014; Hofmann & Barlow, 2014).

Os participantes evidenciam que existem temáticas que serão sempre difíceis e emoções disfóricas que estarão sempre presentes ao longo da vida. A mudança está, no entanto, no modo como estas são encaradas ou se lida com elas. Este aspeto tinha já sido sublinhado na investigação sobre "acontecimentos significativos" (Timulak, Belicova & Miler, 2010) estando também de acordo com uma perspetiva psicanalítica, que considera que o que muda num processo terapêutico bem-sucedido é o modo como o paciente lida com os seus conflitos centrais e as suas vulnerabilidades (Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, Langer, & Rudolf, 2009).

Este resultado vai também ao encontro da ideia de que pode ser importante trabalhar terapeuticamente a questão da aceitação dos limites da terapia e também das possibilidades de mudança. Este último aspeto foi também evidenciado num estudo qualitativo focado na perspetiva de terapeutas *expert* sobre o modo como estes promoviam a agência dos seus clientes e que evidenciou a importância de trabalhar a questão das potencialidades e limites (Williams & Levitt, 2007).

Ao elaborarem sobre a relação da Psicoterapia com o Bem-Estar os participantes fazem um enquadramento destas questões no âmbito da história do seu ou dos seus processos psicoterapêuticos e ainda da sua história de vida, permitindo compreender esta relação num contexto mais alargado de significado. Os participantes apresentam uma narrativa articulada que contextualiza e dá sentido, que ajuda a compreender e enquadrar todo o processo não só terapêutico, mas do seu próprio processo de procura de um maior Bem-Estar. Recordamos que para os participantes este Bem-Estar traduz-se em mais equilíbrio ou paz interior, num relacionamento mais satisfatório com pessoas significativas, em mais felicidade e liberdade, em novos modos de encarar a vida que permitam viver melhor e com mais abertura, e ainda num otimismo em relação ao presente, mas com a consciência de que haverá sempre momentos difíceis e situações que são para cada um particularmente problemáticas ou que ainda não estão como se gostaria que estivessem.

A procura de um maior Bem-Estar é feita de modos distintos e, para algumas pessoas, esse processo começou antes da terapia e continuará muito para além desta, ao longo da vida. Uma parte deste enquadramento parece também ter origem numa vontade profunda de contribuir de modo significativo para a compreensão e para o situar da investigadora e para contribuir de modo pessoal para a investigação.

Uma tentativa de partilhar de que modo a terapia levou ou não a um maior Bem-Estar, pode encontrar-se na narrativa de um participante que tinha como objetivo o estabelecer uma relação amorosa significativa. Apesar de ter vários ganhos com a terapia, nomeadamente em termos emocionais e relacionais, ao avaliar se a Terapia aumentou

o seu Bem-Estar esta participante considera que não lhe permitiu atingir o Bem-Estar que desejaria, pois, na sua perspetiva, um dos aspetos fundamentais para sentir esse Bem-Estar não foi conseguido – i.e. encontrar um parceiro amoroso.

O enquadramento do contributo da psicoterapia, para a obtenção de um maior Bem-Estar no todo da vida dos participantes, permitiu compreender melhor a satisfação e insatisfação com a terapia e as razões porque, na perspetiva dos pacientes, esta tinha conduzido a diversos graus de Bem-Estar. Claramente, há uma relação entre os aspetos do Bem-Estar que são valorizados e o modo como a terapia os permitiu ou não atingir. Este resultado pode ser interpretado à luz do *Nested Model*, que sublinha a importância dos valores do avaliador da avaliação do Bem-Estar, facilitando a compreensão e interpretação de algumas avaliações do Bem-Estar menos intuitivas. Como exemplo extremo desta situação, uma participante refere que a sua doença, de certo modo, aumentou o seu Bem-Estar, porque lhe permitiu ser vista como uma heroína.

“(…para esse seu bem estar, essas mudanças, essa maturidade, se acha que há outros fatores que contribuíram..) Participante – acho... acho que... olhe, eu acho que por muito absurdo que possa ser, o meu cancro... (ok...) foi um estalo grande que a vida me deu, não é... ah... mas também pôs-me à prova em tudo o que há para pôr à prova... de maneira que eu acho que o cancro veio... ah... veio para eu também me mostrar de alguma forma heroína perante os outros... não é... eu consegui encarar esta doença com muita coragem e com muita força e isto mandou muita coisa a baixo em relação aos outros... e à maneira como as pessoas também me viam...” (Po6, E)

O facto de as entrevistas terem dado bastante liberdade aos participantes para contarem as suas histórias sobre a psicoterapia permitiu verificar que as ideias sobre o modo como a terapia os ajudou a conseguir maior Bem-Estar eram articuladas nas suas narrativas autobiográficas (Kuhnlein, 1999; Valkonen, Hänninen, & Lindfors, 2011). Todos estes aspetos são relevantes para a questão de como investigar os resultados em psicoterapia e, no caso presente, o Bem-Estar.

#### **4.1.2. Como é que a terapia promove o Bem-Estar**

“o nosso Bem-Estar reflete a cada momento a qualidade da nossa relação connosco, com os outros e com o nosso ambiente.” (P12, F)

##### **Melhoria na Relação com os outros.**

Uma das formas através das quais a psicoterapia ajuda a aumentar o Bem-Estar é através do impacto que esta tem na relação do paciente com outras pessoas. Na perspetiva dos participantes estas melhorias são conseguidas de dois modos principais: ou porque a terapia torna possível uma postura de maior abertura em relação às outras pessoas (por exemplo, através de uma maior expressão dos afetos ou das necessidades) ou porque a terapia os ensinou ou ajudou a protegerem-se e a colocar limites nas suas relações com as outras pessoas.

A relação com os outros e a melhoria nessa relação aparece como um dos aspetos centrais do modo como os participantes consideram que a terapia os ajudou, o que não é surpreendente uma vez que os participantes realçaram a dimensão da relação com os outros como constitutiva do Bem-Estar.

Nas descrições dos participantes do modo como a Psicoterapia promoveu o Bem-Estar, a importância atribuída pelos participantes à Melhoria na relação com os outros, como um dos aspetos centrais é consistente com os modelos de Bem-Estar eudaimónicos que integram uma dimensão ou necessidade que valoriza a relação positiva com os outros (e.g. Ryff 1989, 2014; Seligman, 2008; Waterman, 2013) ou a proximidade (e.g. Deci & Ryan, 2000, 2008) e ainda modelos que valorizam o Bem-Estar Social (Keyes, 1988). Esta ideia é também consistente com as propostas de modelos psicoterapêuticos de necessidades que consideram como necessidades fundamentais a existência de relações interpessoais significativas e satisfatórias (Guisinger & Blatt, 1994), a proximidade (Epstein, 1993) e a conexão com os outros (e.g. Flanagan, 2010).

A melhoria na relação com os outros é também consistente com um dos temas centrais encontrados no estudo de Binder et al (2010) o “estabelecer novas formas de

relacionamento com os outros” como um resultado central nas terapias com bons resultados, segundo a perspectiva dos participantes.

### ***Melhorias na relação consigo próprio***

Ao elaborarem sobre o modo como a terapia promoveu o Bem-Estar, outro dos aspectos centrais referidos diz respeito a um conjunto de processos que foram repetidamente descritos como tendo melhorado a relação dos pacientes consigo próprios. Na perspectiva dos participantes, a terapia aumentou o Bem-Estar porque enquanto pacientes aumentaram a aceitação e encontraram uma nova compreensão ou sentido para a sua vida e para as suas dificuldades, porque se passaram a sentir mais seguros de si, do que são e do seu valor, e a cuidar de si próprios, porque aprenderam a lidar de novas maneiras com as suas emoções e os seus pensamentos e a acreditar e a saber que são capazes e, ainda, porque passaram a agir de modo mais assertivo ou experimentaram novas alternativas comportamentais mais em sintonia com aquilo que querem e que precisam e, assim, aprenderam a lidar melhor com os seus sentimentos e emoções.

Alguns destes aspectos estão de acordo com os estudos de Binder e colaboradores (Binder, Hølegersen e Nielsen, 2009; Binder et al, 2010) que se focaram nas narrativas de antigos pacientes de diversos modelos terapêuticos. A ideia de que a terapia ajuda, porque permite às pessoas encontrarem uma nova compreensão ou um novo sentido para a sua vida e as suas dificuldades, tinha sido referida no estudo de Binder, Hølegersen e Nielsen (2009) usando uma abordagem fenomenológica. A importância da aceitação também tinha já sido identificada no estudo de Binder et al (2010) que apontou a “valorização de si próprio e a auto-aceitação” como um dos aspectos referidos no estudo relativo ao que era considerado como um bom resultado terapêutico na perspectiva dos ex-pacientes. O estudo de Binder, Hølegersen e Nielsen (2010), dedicado a compreender que resultados eram valorizados pelos ex-clientes de distintos modelos de psicoterapia, mostrou que, para além das melhorias sintomáticas, os participantes consideravam importantes o estabelecimento de novas formas de relacionamento com

os outros, a melhor auto-compreensão e *insight* e ainda a aceitação e a valorização de si próprios.

Todos esses aspetos são corroborados pelo nosso estudo. No entanto, no nosso estudo, que pretende compreender como é que o que acontece no processo psicoterapêutico promove o Bem-Estar, as melhorias na "relação consigo próprio" emergem como uma grande dimensão. Às melhorias na auto-compreensão, *insight*, aceitação e valorização de si próprios, propostas por Binder e colaboradores (2010), são acrescentados, pelo nosso estudo, outros aspetos importantes. Aspetos relacionados com o sentido de esperança e competência (Cliente consegue e acredita que consegue), com o de saber ou aprender a lidar com as suas emoções e pensamentos (Cliente aprende a lidar consigo próprio) e, ainda, com aspetos mais relacionados com o ser capaz de agir e enfrentar situações difíceis (Cliente faz o que quer e precisa; Cliente faz, experimenta e pratica; Cliente fala expressa e afirma), evidenciando mudanças relativas às ações e comportamentos dos clientes. Alguns destes processos têm sido mais ou menos diretamente referidos por estudos que usaram metodologias distintas da nossa, mas que se centraram em compreender os processos. Por exemplo, a meta-análise de Timulak (2007) sobre os acontecimentos significativos evidencia, entre outros aspetos, a importância de encontrar "soluções comportamentais para o problema ou para a mudança" e o "*empowerment*". Para além disso evidenciam as dimensões do Bem-Estar relacionadas com a autonomia e a competência ou mestria, valorizadas nos modelos eudaimónicos de Bem-Estar, como o Modelo da Auto-determinação ou do Bem-Estar psicológico.

É interessante também verificar que nossos resultados são muito congruentes com os referidos por Robert Elliott (2002) ao citar uma meta-análise, não publicada, de Jersak et al (2000) sobre as mudanças pós terapia descritas pelos clientes de Psicoterapia Experiencial. Os temas gerais referidos – Vitalização do *Self* e de Reposicionamento do *Self* na relação com os outros e com o mundo – são congruentes com os nossos temas de melhoria na relação com os outros e melhoria na relação consigo próprio, mas, o mais interessante, é que da análise mais fina das categorias de mudan-

ça referidas nessa meta-análise (Elliott, 2002, pp. 210) encontramos uma semelhança importante com as subcategorias que emergem do nosso estudo que incidiu sobre psicoterapias de diversos modelos teóricos (Figura 5).

As semelhanças em relação a um conjunto de processos fundamentais, que é conseguida através de metodologias mais ou menos distintas de recolha e análise de dados, pode ser interpretada a favor de uma perspetiva que considera que há um conjunto de dimensões fundamentais que, quando facilitadas pelo processo psicoterapêutico, explicam os resultados finais e as mudanças conquistadas pelos clientes. Nessa perspetiva, por exemplo Grawe (1997), ao escrutinar os processos de diferentes tipos de terapia para tentar responder como a psicoterapia é eficaz na produção de mudanças nos pacientes, encontrou quatro mecanismos, transversais e validados empiricamente, em diferentes modelos de intervenção. São estes, "Mestria/*Coping*" – aprendizagem de formas de lidar e gerir situações difíceis; "Clarificação de significado" – explicação da ameaça que uma situação representa na obtenção dos objetivos pretendidos; "Atuação no problema" – exposição concreta às situações problemáticas, numa ótica de dessensibilização; e "Ativação de recursos" – trazer para a terapia capacidades, competências e motivações.

Os resultados deste estudo, bem como a análise de estudos anteriores, permitem encontrar um conjunto de dimensões que são repetidamente valorizadas ou referidas, o que parece estar de acordo com a perspetiva de que existe um conjunto de processos psicoterapêuticos comuns. Esta nossa perspetiva valoriza o que há de comum nos diferentes modelos terapêuticos e nesse sentido é distinta de uma abordagem que procura evidenciar o modo como distintos modelos terapêuticos conduzem a distintos resultados (e.g. Nilson, Svensson, Sandell & Clinton, 2007).

### **Melhorias sintomáticas**

Para além das melhorias na relação com os outros e na relação consigo próprio, os participantes referem também que um dos modos como a terapia conduziu a um

aumento do Bem-Estar foi através de uma melhoria nos seus sintomas. Relativamente aos sintomas, muitos deles relataram sentir dificuldades e uma perturbação intensa que melhorou substancialmente com a psicoterapia, mas também com a medicação que lhe esteve algumas vezes associada. Algumas vezes os participantes referem também como é que a psicoterapia contribuiu para a aceitação da própria medicação. Por outro lado, os participantes explicitam também o que aconteceu na psicoterapia que permitiu, por exemplo, aprender a lidar com os sintomas ou até como é que numa sessão específica e com a ajuda do terapeuta, pela primeira vez, foi possível lidar com um ataque de pânico.

De acordo com os nossos resultados a terapia bem-sucedida parece fazer muito mais do que trabalhar a perturbação e os sintomas diretamente, e tal parece ocorrer independentemente do modelo terapêutico em questão, pelo menos quando se trata de terapia a longo prazo.

Ao refletirem sobre o modo como a terapia conduziu ao aumento do Bem-Estar os participantes, para além da relação com os outros, da relação consigo próprios e das mudanças sintomáticas, explicitaram os contributos de cada um dos participantes na terapia (cliente e terapeuta) e ainda da própria relação terapêutica que passamos a discutir.

### ***Contributos do Cliente***

Os participantes valorizaram diferentes aspetos da qualidade da sua participação na terapia. Mostraram como o seu trabalho, esforço reflexivo e empenho no processo, bem como algumas das suas qualidades pessoais e, ainda, uma certa atitude de disponibilidade (nomeadamente para a exposição no contexto da relação terapêutica), de recetividade e abertura (a de, entre outras coisas, usar sugestões do terapeuta), foram consideradas determinantes para o processo terapêutico e para aumentar o Bem-Estar. Isto é, os participantes revelaram ser capazes de refletir sobre a sua participação na terapia ao colocarem-se como observadores do processo e, ainda, capazes de avaliar o

que, das suas contribuições, lhes pareceu ser mais determinante para terem atingido um maior Bem-Estar ou pelo menos contribuído de modo relevante para o processo.

A percepção da importância da abertura e disponibilidade reveladas pelos participantes ex-clientes é interessante também, porque, através da perspectiva dos clientes, vem reforçar os estudos quantitativos que afirmam que uma das características do cliente, que parece ser um forte preditor de resultados terapêuticos positivos é a abertura vs. defensividade (Cooper, 2008; Orlinski, Ronnestad & Willutzki, 2004).

### ***Contributos do Terapeuta***

A interação com o terapeuta e a contribuição ativa do terapeuta foram descritas pelos participantes como fundamentais no processo terapêutico. Foram mencionadas várias atividades realizadas pelos terapeutas, tais como o valorizar o diálogo, questionar, sugerir, ensinar, orientar e dar sentido ou explicar, mas também a proposta concreta de exercícios ou soluções, como sendo muito úteis. Simultaneamente na valorização da atividade e até diretividade do terapeuta, os participantes mostraram, também, a importância de se sentirem como os líderes, tendo a última palavra, ou cabendo-lhes em última análise o poder das decisões, ou seja, da sua agência no processo, no seu processo terapêutico e nas suas opções de vida. Este resultado parece ir no sentido de estudos que mostram que ir ao encontro das preferências dos clientes leva a melhores resultados terapêuticos (e.g. Handerzaltés & Keinan, 2010).

Creemos ainda que as nossas evidências podem ser relevantes na reflexão de descobertas anteriores, algumas vezes contraditórias (Cooper, 2008; Paulson, Everall & Janice, 2001), sobre a perspectiva dos clientes acerca do impacto da diretividade do terapeuta na terapia, deixando algumas evidências que apontam a possibilidade de que a diretividade ou atividade do terapeuta seja sentida como benéfica, desde que o cliente sinta que esta não põe em causa a sua "liderança" do processo. A importância para os participantes da sua liderança do processo terapêutico é expressa de diversos modos. No sentido de ser o cliente que realiza, que vai à frente, que decide, mas também por-

que são sentidas como negativas pelos clientes as interações em que as suas propostas ou questões são desvalorizadas e ainda porque os participantes sentiram particularmente positivas as interações em que os terapeutas responderam flexivelmente às propostas ou questões, dando-lhes poder e liberdade de escolha.

No presente estudo tentou-se aprofundar os processos que ajudavam a atingir o Bem-Estar, tentando explorar a compreensão dos participantes sobre o modo como a terapia ajudou ao Bem-Estar tentando clarificar entre as atividades específicas do cliente e as atividades específicas dos terapeutas.

O que ficou claro neste estudo é que os participantes têm uma representação clara destas atividades, identificando o que foi particularmente útil, até mesmo ao nível das tarefas terapêuticas específicas. Por exemplo, são referidos pelos nossos participantes exercícios específicos de grupo, técnicas experienciais específicas, sugestões específicas e, reinterpretações específicas que foram particularmente relevantes nesse processo.

Por outro lado, maioritariamente os seus discursos são centrados naquilo que eles próprios mudaram e passaram a conseguir fazer, tendo a terapia e o terapeuta como pano de fundo desses discursos. Isto é, todos os participantes se descrevem no centro do processo, o que está de acordo com os estudos que afirmam a importância da participação ativa do cliente para a própria eficácia da terapia (Bohart & Tallman, 2010).

Os participantes descrevem a terapia como um conjunto de interações: interações entre as atividades do terapeuta e do cliente, descrevendo de modo dinâmico e responsivo como as atividades quer do terapeuta, quer do cliente se relacionam entre si. Estas descrições de interações são aspetos fundamentais das próprias narrativas e são frequentes no discurso explicativo e descritivo do modo como a terapia promoveu o seu Bem-Estar, como foi exemplarmente evidenciado no estudo de Cooper e McLeod (2011).

### **Contributos da Relação**

A relação estabelecida com o terapeuta é um outro aspeto descrito pelos participantes. Estes revelam como esta relação é importante para contribuir para o aumento ou diminuição do seu Bem-Estar ao longo do processo, mas também para a continuação do próprio processo terapêutico. Os nossos resultados vão no sentido dos aspetos referidos na literatura como “facilitando” ou “dificultando” a relação terapêutica. Tipicamente as relações terapêuticas foram descritas como facilitadoras do processo, tendo os pacientes sentido que a empatia e atenção, esperança e aceitação, que receberam nessa relação, foi facilitadora. Pelo contrário, e mais raramente, houve participantes que descreveram relações terapêuticas onde sentiram faltar a empatia ou o respeito, o que levou ao término das mesmas, embora algumas vezes não imediatamente. Os participantes referem também alguns episódios relacionais particulares.

Destaca-se, ainda, entre os nossos resultados, a relevância atribuída pelos participantes ao aspeto da relação estabelecida com o terapeuta, enquanto fator de promoção de Bem-Estar no decurso do processo psicoterapêutico. Também este dado está de acordo com a investigação que demonstra que a avaliação do paciente da genuinidade da Relação Real e do Laço Terapêutico está relacionada com melhores resultados terapêuticos na Terapia Breve (LoCoco et al, 2011). Alguns autores propõem, inclusive, que seja consequência da Relação Real o Bem-Estar psicológico aumentar ao longo da terapia (Budge & Wampold, 2015).

A importância da relação terapêutica, de uma relação com um profissional sensato, caloroso e competente, já havia sido referida no estudo de Binder, Hølegersen e Nielsen (2009) que usaram uma perspetiva fenomenológica para analisar as perspetivas dos pacientes sobre como a mudança terapêutica tinha sido possível.

Da análise dos dados verificámos que muitos dos episódios relacionais problemáticos dizem respeito a situações que não tiveram lugar dentro das sessões mas entre sessões, em contactos telefónicos ou por mensagens. Este aspeto é interessante e potencialmente relevante uma vez que nos parece que as novas tecnologias, e também

talvez uma certa flexibilização dos terapeutas face à possibilidade de contactos extra-sessão, têm aumentado a frequência destes momentos de contacto. Estes momentos têm duas características que os distinguem, geralmente, dos momentos de contacto dentro das sessões. O primeiro é que nestes contactos o terapeuta não tem acesso a parte da informação não-verbal dos clientes (por exemplo as expressões faciais), o que lhes permitiria sintonizarem-se e aperceberem-se mais facilmente (mesmo que inconscientemente) do impacto que as suas palavras ou ações têm no cliente. Nesse sentido, ao comunicar por mensagem ou telefone, o psicoterapeuta não tem disponíveis todos os instrumentos que habitualmente usa nas sessões. Por outro lado, o terapeuta estará muitas vezes fora do contexto e do seu papel terapêutico quando recebe e, às vezes, até quando responde às mensagens, estando antes a exercer um outro seu papel social, o que pode claramente dificultar a sua resposta terapêutica. Pelo contrário, possivelmente, um cliente quando escreve ou telefona para o seu terapeuta está claramente a fazê-lo no seu papel de cliente e com a expectativa de que o terapeuta assuma o seu papel como terapeuta e esteja empaticamente sintonizado consigo e com as suas necessidades. Talvez por isso estes contactos fora das sessões sejam trazidos pelos clientes como problemáticos. Se for claro para os terapeutas que todo e qualquer contacto entre terapeuta e cliente deve ser enquadrado na relação terapêutica, será mais fácil cuidar dessa relação terapêutica e compreender e concetualizar o contacto dentro desse contexto.

Um outro problema acrescido parece ser o da especificidade da linguagem escrita em contraponto com a oral. Essa questão coloca-se nas mensagens e na resposta a e-mails. Este aspeto articula-se também com a valorização de algumas das sugestões oferecidas pelos participantes, que revelam a importância de pormenores relacionais nos momentos de transição, na entrada e na saída das sessões, como o iniciar a sessão, a organização do espaço segundo a preferência do cliente em termos de luminosidade ou posição das almofadas ou à saída, o regresso do terapeuta aos seus outros papéis sociais, por exemplo, com os colegas de consultório, quando o cliente já deixou de ver

e ouvir o seu terapeuta. Este momento pode ser difícil para o paciente já que, como nos diz uma participante, ao sair da sessão e naqueles momentos seguintes “o cliente pode ainda não ter tido tempo de assimilar que deixou de ser importante (ou o centro da atenção) do seu psicoterapeuta” (P16, F).

A questão da importância da aliança terapêutica e do cuidar das roturas dessa aliança foi um aspeto que emergiu do estudo e que está robustamente fundamentada em estudos quantitativos (Safran & Muran, 2000).

Nas descrições dos participantes fica também claro que há aspetos da relação sentidos como negativos e que não foram revelados explicitamente aos terapeutas, quer porque não se “mantiveram temporalmente” (P14), quer porque os clientes não acharam que “valesse a pena” (P05, E) revelar. As explicações referidas enquadram-se no conceito de Deferência proposto por Rennie (1994), nomeadamente, no que é referido em relação às dimensões da aceitação pelos pacientes das limitações do próprio terapeuta e do processo e também à existência de algum receio de criticar o terapeuta.

Em conclusão, no respeitante à questão do modo como a psicoterapia promove o Bem-Estar, ou seja, dos processos referidos pelos participantes como significativos da sua experiência, muitas das nossas descobertas são consistentes com estudos anteriores. No entanto há que sublinhar que as descrições dos participantes parecem estar de acordo com investigação anterior que usa metodologias distais pós processo semelhantes à nossa (Elliott, 1996) mas também com investigação que usa metodologias mais próximas da experiência. Por exemplo, com os resultados encontrados por Castonguay, Boswell, Zack, et al., (2010), em que os participantes preenchem um questionário após cada sessão. Os nossos resultados parecem ainda ser consistentes com revisões de estudos que se focam nos aspetos da terapia que ajudam (e.g. Timulak, 2007) e consistentes com a literatura sobre os aspetos que dificultam a terapia, na perspetiva dos clientes (Norcross & Wampold, 2011b).

Por exemplo, Timulak (2007), numa meta-análise qualitativa de 7 estudos, identifica 9 categorias de acontecimentos significativos em sessão: contacto pessoal; solu-

ções comportamentais sobre problema/mudança; experiências de exploração de sentimentos/emoções; “*empowerment*”; alívio; sentimento de compreensão; envolvimento do cliente, suporte/segurança e consciência/*insight*/auto-compreensão. Muitas destas categorias de eventos, de algum modo, estão contidas nas descrições dos participantes do presente estudo, apesar da metodologia de recolha dos dados dos estudos revisados por Timulak (2007) ter sido substancialmente distinta.

#### **4.1.3. Psicoterapia, Bem-Estar e as propostas do MCP**

Um dos pontos de partida desta investigação foi o Modelo de Complementaridade Paradigmática, por ser um modelo integrativo e que permite uma meta-reflexão sobre a psicoterapia que valoriza a compreensão não só da perturbação mas também da adaptação. Relativamente ao Bem-Estar, o MCP propõe que este seja resultante da regulação da satisfação de um conjunto de necessidades psicológicas, conceptualizadas de modo dialético (ver ponto 1.2.4). Assim sendo, uma vez que o MCP considera que o aumento do Bem-Estar é um dos objetivos da terapia, seria de esperar que nos processos psicoterapêuticos bem-sucedidos os pacientes, de algum modo, conseguissem trabalhar e aprender ou desenvolver a capacidade de regulação das suas necessidades, o que conduziria então a um maior Bem-Estar.

Vejamos então agora como os resultados emergentes do nosso estudo se articulam com o conjunto das Sete Polaridades de Necessidades (psicológicas) Dialéticas do MCP.

Os nossos resultados sublinham a importância da polaridade Atualização/Exploração – Tranquilidade que se refere à capacidade de abertura e exposição à novidade, mas também à capacidade para apreciar aquilo que se é e o que se tem.

No que diz respeito à necessidade de Atualização/Exploração, a importância da abertura é sublinhada primeiro nas descrições da própria experiência de Bem-Estar, sendo que um dos modos como a psicoterapia a promove é melhorando a relação com os outros, facilitando uma maior exposição, abertura e expressão emocional. Ainda, a

abertura e a disponibilidade para o processo são vistas como um dos contributos para o processo que os participantes mais valorizaram positivamente. Como disse um participante "não valeria a pena ir à terapia se não fosse para tentar fazer as coisas de modo diferente" (P15).

No que diz respeito à necessidade de Tranquilidade, nas descrições de Bem-Estar dos nossos participantes, uma dimensão que apareceu tipicamente referida foi a experiência de sentimentos de Paz, Tranquilidade e Equilíbrio como sendo promovidas pela terapia. Esta descrição chama a atenção para uma dimensão do Bem-Estar que geralmente está ausente dos modelos de necessidades, mas que é explicitamente referida pelo MCP – a necessidade de Tranquilidade, a necessidade de cada pessoa poder apreciar e experienciar paz e calma. É interessante verificar que nos estudos quantitativos de Conde (2012) e Sol (2012), anteriormente referidos, a necessidade de Tranquilidade também aparece como uma das quatro necessidades (entre as catorze) mais associadas ao Bem-Estar.

No que diz respeito à polaridade Dor-Prazer é interessante notar que em relação ao Prazer, esta surgiu na própria definição de Bem-Estar dos participantes mas também ligada ao modo como o processo tinha promovido o Bem-Estar, promovendo a procura ativa de situações de prazer do dia-a-dia (por exemplo, estar com amigos, fazer exercício físico). De modo mais indireto, o discurso dos participantes demonstra a sua capacidade para aceitar e vivenciar dores inevitáveis e experienciar algum sofrimento, considerando que este irá estar presente ao longo da vida. Este aspeto emerge, também, no modo como, no fim da terapia, é referido haver ainda aspetos dolorosos com os quais se irão confrontar, mas também com os quais já sentem que são capazes de lidar de modo diferente e mais competente.

Um outro aspeto que emerge dos nossos dados está relacionado com a importância atribuída às relações pessoais significativas e satisfatórias no Bem-Estar, dando apoio à importância da polaridade Proximidade-Diferenciação, como é ponderada pelo MCP. Como apresentado anteriormente, os participantes consideram que no proces-

so terapêutico um dos aspetos trabalhados que foi importante para aumentar o Bem-Estar foi a melhoria das suas relações com as outras pessoas. É interessante notar que essa descrição tem em conta o modo como a psicoterapia ajudou a aumentar, quer aspetos relativos ao aumento da Proximidade, quer aspetos relativos ao aumento da sua Diferenciação, isto é as suas capacidades de se auto determinarem e de expressarem e afirmarem as suas próprias ideias aos outros, mas ao mesmo tempo de se sentirem próximos, acarinhados e capazes de expressar afeto.

Uma outra necessidade (não polaridade) do MCP, que aparece diretamente referida pelos participantes, é relativa à necessidade de autoestima. Neste caso, emerge dos discursos a reflexão de que um dos modos como a terapia aumentou o Bem-Estar foi devido a ter provocado um aumento da autoestima e do autocuidado, sentindo que têm valor e sendo capazes de gostarem e cuidarem de si próprios.

As necessidades dialéticas Produtividade-Lazer; Controlo-Cedência e Coerência do *Self*-Incoerência do *Self*, embora referidas de modo indireto pelos participantes, não emergiram claramente da análise. No entanto, importa esclarecer que concetualizar um conjunto de 7 pares de necessidades psicológicas, como sendo relevantes no geral, não exclui a possibilidade de que haja uma polaridade ou uma necessidade específica que possa ser particularmente relevante para uma pessoa ou cliente particular.

Por último, embora a nossa investigação não possa contribuir para a Componente Sequencial de 7 Fases do Processo do MCP (ANEXO 1), é interessante reconhecer que os processos, ocorridos no decurso do processo terapêutico, que os participantes valorizaram como importantes para promover o Bem-Estar, estão contemplados nas competências que a componente sequencial do MCP postula serem desenvolvidas pelo cliente, ao longo do processo psicoterapêutico. Assim, os participantes do nosso estudo valorizaram a importância da relação terapêutica e a importância da esperança; a importância de compreender e dar sentido; a importância de se expressar e afirmar e também de fazer o que quer e precisa; e, ainda, o ter sido capaz de aprender a lidar consigo próprio e com os outros, respeitando quem é e o que precisa. Todos estes

aspectos estão de acordo com as propostas do trabalho realizado em diversas fases da Componente Sequencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática.

#### **4.1.4. Recados para os Terapeutas**

Tendo em conta que um dos objetivos deste estudo é de o poder contribuir para promover a integração entre a investigação e prática da psicoterapia, discutimos agora os resultados, que se referem às sugestões explícitas e diretas que os participantes fizeram para os psicoterapeutas em geral.

Verificámos que os participantes consideravam dois tipos de mensagens importantes de serem transmitidas e conhecidas pelos psicoterapeutas.

A primeira, foi uma mensagem geral de reconhecimento da relevância e potencial do papel do terapeuta e da terapia para melhorar e mudar a vida das pessoas, com base na experiência do próprio. A outra refere-se ao contributo que a reflexão e experiência de cada pessoa pode dar para uma melhoria dos processos terapêuticos.

Nas sugestões, os aspetos que os participantes referiram incluíam a importância da empatia e da aceitação (por oposição a uma postura crítica e de julgamento); a importância de os confrontos e questionamentos serem de algum modo respeitadores da dor e do tempo que cada paciente necessita (mas também sugerindo a importância do terapeuta provocar a mudança e confrontar ativamente); a importância de manter uma relação em que o terapeuta estruture e dê *feedback* e que seja ainda capaz de falar (metacomunicar) sobre o que está a acontecer na terapia. Por último, os participantes sublinham a importância da comunicação não-verbal acentuando como esta é relevante. Todos estes aspetos são relativos a sugestões específicas nas interações (momento a momento) e para a relação, mas também se referem a atitudes gerais do terapeuta que podem facilitar o processo terapêutico e que no seu conjunto são relativas a aspetos relacionais.

Todos estes aspetos têm vindo a ser repetidamente apontados como determinantes da eficácia terapêutica e são diretamente referidos pelos participantes do presente estudo. Por exemplo, a investigação tem vindo a mostrar como sendo aspetos

facilitadores da terapia: a relação terapêutica, a empatia e escuta do terapeuta, a oferta de técnicas específicas para lidar com os problemas (Elliott, 2008; Mortl & von Weiser, 2008).

Relativamente à sugestão de que o terapeuta estruture e dê *feedback*, para além de, clinicamente, fazer sentido que o terapeuta clarifique ao paciente o que é a terapia e os papéis do terapeuta e do cliente, permite ainda o lidar com as expectativas e o tornar a situação mais clara para o cliente. Em termos empíricos, esta estruturação da relação e *feedback*, têm vindo a ser associados com a redução do abandono precoce da terapia e a melhoria dos resultados terapêuticos (Murphy, Thompson, Murray, Rainy & Uddo, 2009).

Por último, a importância da comunicação não-verbal para a comunicação e para a relação terapêutica, que foi afirmada pelos nossos participantes, está em linha, por exemplo, com o estudo de Bedi, Davis e Williams (2005) que demonstrou que a comunicação não-verbal é considerada pelos clientes como um dos aspetos mais relevantes, quer na formação, quer no fortalecimento da aliança terapêutica.

Relativamente aos aspetos que os participantes referiram como dificultando a terapia, os nossos resultados são consistentes com os aspetos revistos na literatura: a imposição da perspetiva dos terapeutas; fazerem os clientes sentirem-se julgados, ou serem invalidantes, de acordo com Cooper (2008).

Assim no seu conjunto, e tendo como base os seus conhecimentos, experiências e reflexões, os nossos participantes oferecem uma série de sugestões aos terapeutas, sobre o modo como o seu comportamento verbal e não-verbal pode facilitar ou dificultar o processo terapêutico, que têm vindo a ser evidenciadas repetidamente na literatura como relevantes para o processo.

#### **4.1.5. Reflexão dos Participantes sobre a investigação**

Todas as pessoas que foram entrevistadas comentaram a própria situação de participação na investigação, isto é, a entrevista, a investigação, a relação delas próprias com a investigação e também com a investigadora principal, partilhando as suas

reflexões ou, melhor, meta-reflexões sobre o processo. Em vários momentos do processo de investigação, os participantes foram colocando questões à investigadora e oferecendo as suas opiniões sobre o próprio processo de investigação e a sua utilidade para eles próprios, para a investigadora e para os objetivos da investigação. Os participantes valorizaram positivamente quer a entrevista quer a oportunidade de a reler e conservar na sua posse os seus depoimentos.

De modo geral, os participantes consideraram que a entrevista e a investigação lhes tinham sido úteis como uma oportunidade para refletir sobre o processo terapêutico considerando até, alguns, que a sua participação tinha tido uma dimensão terapêutica. Este dado leva-nos a equacionar a possibilidade de potenciar na prática psicoterapêutica a existência de momentos de reflexão sobre o próprio processo com um outro que não o próprio terapeuta. Para outros participantes, o seu envolvimento na investigação era lido como um sinal de que a terapia tinha sido eficaz, promovendo a sua abertura e exposição a novas situações, no caso concreto, a uma entrevista com uma pessoa desconhecida para participar numa investigação e contar a sua história da psicoterapia.

Ao longo dos contactos os participantes foram (meta)comunicando sobre o que se estava a passar consigo próprios durante a investigação, solicitando o *feedback* da investigadora em vários momentos do processo, por exemplo, para confirmar se a sua participação estava a ser útil e clara. Os participantes refletiram ainda criticamente sobre os diversos passos dos procedimentos, ponderando a sua colaboração e utilidade, os termos da sua participação, revendo cuidadosamente os conteúdos das entrevistas, acrescentando e clarificando as suas posições, comentando a própria investigação e metodologias usadas (por exemplo, valorizando o procedimento de codificação das entrevistas no momento da sua devolução aos participantes, garantindo a sua proteção) e, também, sugerindo a possibilidade de uma nova entrevista ou disponibilizando outros tipos de informação que consideraram relevantes para o estudo, como textos escritos ou filmes.

No seu conjunto estes resultados parecem evidenciar que os participantes colaboraram ativa e reflexivamente na investigação manifestando também aqui a sua reflexividade radical (Rennie, 2010) ou a sua meta-reflexão sobre o próprio processo de investigação. Também nos parece que estes resultados evidenciam não só a existência de uma relação colaborativa durante a investigação, mas também o seu efeito e contributo para o sucesso da mesma.

## **4.2. REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO**

Este estudo teve a sua origem num interesse clínico e dirigiu-se a um aspeto importante do conhecimento científico que tem recebido pouca atenção da investigação qualitativa – o dos resultados da psicoterapia (Hill, Chui & Baumann, 2013).

Esta investigação, de carácter eminentemente exploratório, tem subjacente a ideia de que a introspeção joga um papel insubstituível na avaliação subjetiva do Bem-Estar e respeita o contexto natural em que ocorre o processo terapêutico preservando-o de qualquer tipo de interferência. Neste sentido, as avaliações globais retrospectivas são valiosas.

A visão e a contribuição das pessoas sobre e para os processos psicoterapêuticos parecem ser, nesse sentido, da maior importância na medida em que permitem a revalorização e a reavaliação das experiências terapêuticas – é o facto de os seres humanos serem agentes criativos e livres que lhes permite ponderar ou até desviar-se de scores mais “objetivos” ou externos sobre as suas próprias experiências. As pessoas são efetivamente a autoridade para experienciar, pensar e pesar os diferentes aspetos das suas vidas (Alexandrova, 2005).

Todos os resultados deste estudo têm que ser interpretados tendo em conta as características específicas dos participantes. Estes ex-pacientes são pessoas que recorreram prolongadamente à psicoterapia, em contexto da prática privada, com diferentes terapeutas e em diferentes modalidades (grupo/individual). Acresce que alguns recorreram sucessivamente à psicoterapia, mesmo quando esta não ajudou ou até

foi abusiva, acreditando que poderia ser diferente com outro terapeuta. São também pessoas diferenciadas e que se mostraram recetivas à investigação e à partilha dos processos, colaborando ativamente com a investigadora principal, o que permitiu, da nossa perspetiva, a profundidade e riqueza dos relatos e das reflexões expressas nas entrevistas, *feedbacks* e outros contactos.

A opção de a seleção dos participantes ser feita pelos próprios terapeutas teve como objetivo procurar que esta fosse, assim, realizada de forma adequada, uma vez que os terapeutas conhecem bem as características dos participantes e, por isso, selecionariam facilmente aqueles que estariam disponíveis e teriam facilidade em contar a sua experiência. Por outro lado, esta opção poderá ter conduzido a um certo enviesamento na seleção dos casos, no sentido em que os pacientes escolhidos possam ter sido aqueles com quem os terapeutas consideram ter tido uma melhor relação ou cujos processos conduziram a um importante aumento do Bem-Estar, já que os terapeutas conheciam o objetivo do estudo. No entanto, o nosso objetivo não foi o de estudar o nível de eficiência da psicoterapia para aumentar o Bem-Estar, mas antes compreender como o processo psicoterapêutico se relaciona com o Bem-Estar. Considerámos, por isso, que consultar ex-pacientes que tinham tido experiências terapêuticas em que tal ocorreu, seria a única forma de poder aceder ao nosso objeto de estudo.

Naturalmente assumimos que as evidências do nosso estudo devem ser aceites de modo crítico, na medida em que este se baseia no auto-relato retrospectivo e este tem os seus limites (Novo, 2005). Por um lado, nem sempre as atribuições causais dos clientes são fidedignas podendo, por exemplo, seguir guiões culturais sobre os efeitos e a natureza da terapia ou atribuir erradamente à terapia mudanças que aconteceram como consequência, por exemplo, de mudanças na medicação. Por outro lado, as atribuições realizadas só podem ter por base aquilo que os pacientes experienciaram na sua terapia, isto é, estão limitadas à partida por essas experiências, não excluindo a possibilidade de existirem outros processos conducentes ao aumento do Bem-Estar igualmente relevantes. Tendo em conta este limite, procurámos diversificar não só os

participantes no estudo, bem como as suas experiências de psicoterapia. Apesar destas limitações, o auto-relato retrospectivo é uma das formas de conhecer ou investigar as causas que são significativas na perspetiva dos clientes (Elliott, 2010).

O nosso estudo evidencia a complexidade da avaliação dos resultados ou dos impactos da psicoterapia, mostrando a importância da exploração de quatro aspetos em concreto. O primeiro, o da avaliação do Bem-Estar ser feita ao longo do processo e não só no final. O segundo, o de integrar nessa avaliação a avaliação do Bem-Estar em dimensões específicas, como o Bem-Estar laboral ou conjugal, mas também a avaliação do Bem-estar geral. O terceiro, o de que a avaliação do impacto da psicoterapia no Bem-Estar terá que ter em conta a complexidade que o conceito de Bem-Estar parece encerrar. Por último, a importância de integrar a definição e perspetiva subjetiva sobre o significado do Bem-Estar e de que modo a terapia pode contribuir para o atingir.

De modo geral, esta investigação vem mostrar como a entrevista e análise qualitativa das perspetivas dos participantes, no caso presente dos ex-clientes, sobre a psicoterapia podem constituir uma abordagem metodológica valiosa na compreensão dos resultados da psicoterapia e, no caso específico, no modo como esta influencia o Bem-Estar já que permite integrar os significados individuais ou a perspetiva subjetiva dos participantes.

Na essência, este estudo parte da ideia de que ninguém estará em melhor posição do que os clientes para nos informar sobre os processos de mudança dos próprios (Elliott, 2010), e convida os clientes a descrever, compreender e explorar a sua experiência, devolvendo-lhes o que lhes pertence e, nesse sentido, emancipando-os.

Esta investigação vem não só mostrar como os clientes são agentes reflexivos criativos e co-construtores do processo, mas também como as suas reflexões e intuições são específicas, ponderadas e baseadas na experiência vivida. Mais ainda, em múltiplos aspetos, as perspetivas dos clientes estão de acordo e triangulam algumas das propostas feitas por teóricos e investigadores da psicoterapia e com resultados encontrados em outros estudos qualitativos.

No presente estudo cuidámos de potenciar a reflexividade dos clientes bem como de criar condições para a expressão da sua voz, já que estas condições determinariam a qualidade dos seus contributos. Os participantes tiveram bastante tempo e liberdade para refletirem sobre as suas experiências e para construírem as suas respostas quer no contexto das entrevistas quer nas devoluções dos *feedbacks*.

A devolução dos conteúdos das entrevistas parece-nos ser um procedimento que também promoveu a natureza reflexiva dos contributos. No entanto consideramos fundamental pensar as condições em que este procedimento é realizado. No nosso estudo tivemos um particular cuidado com o possível confronto e provável incómodo dos participantes face à transcrição do seu discurso oral, ao devolvermos as entrevistas por escrito e ao alertarmos, explicitamente, para essa possível estranheza, o que foi valorizado por alguns dos participantes.

Os *feedbacks* produzidos pelos participantes vieram enriquecer os dados da investigação acrescentando significados que não puderam ser partilhados no contexto da entrevista, apesar de todos os participantes terem explicitado claramente que as transcrições das entrevistas continham as suas ideias essenciais. O facto de estes dados terem sido produzidos num contexto distinto, não diádico mas individual, poderá ter permitido uma expressão mais livre por parte dos participantes; por outro lado, a utilização da escrita como meio de comunicação veio permitir algum distanciamento potenciador da reflexão, porque a utilização da linguagem escrita, como forma de expressão, requer um esforço acrescido na clarificação das ideias. Este instrumento permitiu ainda, nalguns casos, aprofundar a perspetiva dos participantes pela riqueza dos textos enviados, sendo que alguns potenciaram o *feedback* de modo criativo e inesperado. Assim, para além do uso da(s) palavras, os participantes recorreram a metáforas, textos artísticos e poéticos e à expressão plástica para expressarem as suas perspetivas. Nesse sentido, em estudos futuros, será importante compreender como integrar também essas formas de expressão, relevantes para os participantes, na nossa

análise, aproveitando todo o potencial das metodologias qualitativas e preservando e honrando todas as participações.

Apesar das entrevistas terem ocorrido num contexto físico novo e com uma entrevistadora, que era uma pessoa desconhecida para os participantes, da nossa perspetiva, os participantes mostraram, quer nas entrevistas, quer nos *feedbacks*, abertura, disponibilidade, generosidade, profundidade e autenticidade que, em alguns casos, foi crescente ao longo do tempo excedendo as nossas expectativas mais positivas. Consideramos que um importante contributo nesse sentido foi o contacto com os participantes ter sido estabelecido pelos antigos terapeutas aliado ao facto do contexto de uma entrevista diádica não lhes ser totalmente estranho.

Gostaríamos, ainda, de refletir sobre o facto da investigadora principal ser psicoterapeuta, pois parece-nos importante considerar que a experiência na condução de entrevistas, o conhecimento do contexto e conteúdos habitualmente trabalhados na psicoterapia e, ainda, um conjunto de competências genéricas que permitem lidar com os desafios que estas entrevistas colocam são determinantes para a qualidade da relação de colaboração construída e para a qualidade ou profundidade dos testemunhos.

Talvez durante demasiado tempo não tenhamos usado a voz, a reflexão, as competências e as capacidades dos clientes para pensar a Psicoterapia, não lhes atribuindo o estatuto epistemológico devido na investigação sobre a Psicoterapia. Criar as oportunidades para que as reflexões, conhecimentos, *insights* e experiências dos clientes possam ser tidas em conta e ser consideradas para poder melhorar o conhecimento e a prática da psicoterapia, implica privilegiar uma perspetiva inclusiva da investigação.

Envolvemos neste estudo, ainda que de diferentes modos, terapeutas, ex-clientes e a equipa de investigação. Parece-nos agora, de um modo mais experiencialmente fundamentado, ser possível e relevante a construção de uma relação colaborativa na terapia e na investigação, através de uma colaboração de longo prazo com clientes e psicoterapeutas, de modo a alcançar uma co-construção do conhecimento sobre a prática psicoterapêutica.

Para além do conhecimento sobre a prática, as perspetivas dos clientes (e dos terapeutas) são também contributos fundamentais na definição da psicoterapia enquanto prática profissional com interesse social, isto é, a relevância da psicoterapia enquanto prática profissional tem que ser enquadrada no interesse e contributos desta para a sociedade.

Este estudo contribui para a clarificação do conceito de Bem-Estar mostrando que o Bem-Estar não integra apenas a felicidade ou as emoções positivas e a diminuição das emoções negativas. Por exemplo, o Bem-Estar é também a possibilidade de estabelecer relações significativas com as outras pessoas e ser capaz de encontrar uma certa paz, serenidade, tranquilidade e equilíbrio interior. O emergir de uma dimensão do Bem-Estar, relativa à paz, tranquilidade e equilíbrio, foi um resultado robusto desta investigação sendo que este não é geralmente considerado nos modelos de Bem-Estar nem eudaimónicos nem hedónicos, mas está de algum modo expresso na proposta do Modelo de Complementaridade Paradigmática (Conceição e Vasco, 2002; Vasco 2005).

Este estudo contribui também para uma melhor compreensão de um conjunto de processos que conduzem ao Bem-Estar, valorizando o impacto da psicoterapia na melhoria das relações com os outros, na melhoria da relação consigo próprio e nas melhorias sintomáticas. Nesse sentido, contribui para o debate sobre os resultados da psicoterapia, explicitando a importância de se considerarem também como resultados da psicoterapia os que vão além das melhorias sintomáticas.

A análise da perspetiva dos participantes permitiu, ainda, aprofundar a compreensão sobre os contributos da relação, do terapeuta e do cliente para o aumento do Bem-Estar. E fê-lo, nomeadamente, fazendo emergir da meta-reflexão dos ex-pacientes a importância da sua abertura e disponibilidade, do seu trabalho e reflexão durante o processo e, ainda, do contributo de algumas das suas características pessoais. Esta compreensão torna-se particularmente importante, pois embora seja referida na literatura a importância da qualidade dos contributos dos clientes para o processo, neste estudo ela é afirmada e sublinhada pelos próprios ex-pacientes.

Um objetivo claro, desde o início deste trabalho, foi o de realizar uma investigação que pudesse contribuir ou ser de algum modo relevante para o conhecimento sobre a prática psicoterapêutica, isto é, não só contribuir para a prática da psicoterapia mas simultaneamente contribuir para o conhecimento sobre essa prática.

Consideramos que esta investigação vem reforçar a importância de se considerar o *feedback* dos clientes sobre o processo terapêutico. De acordo com alguns estudos quantitativos, monitorizar o processo e dar *feedback* aos terapeutas melhora o cuidado prestado, tendo impacto no resultado da terapia e na manutenção dos clientes nos processos, ou seja, reduzindo as desistências (Lambert, 2013; Lambert, Harmon, Slade, Whipple et al, 2005). No presente estudo o *feedback* não é especificamente dado ao longo do processo ou a cada terapeuta em particular. Encontramos, no entanto, um conjunto de aspetos que no geral podem promover a reflexividade dos terapeutas sobre as suas práticas, com exemplos particulares que ilustram de modo narrativo o *feedback* dos clientes. Este tipo de *feedback* é distinto: por um lado é mais distanciado, em relação ao *feedback* fornecido habitualmente no contexto da relação terapêutica; por outro, permite conhecer um conjunto de aspetos que, pelo menos algumas vezes, não são expressos pelos clientes durante a própria psicoterapia. Por fim, este estudo permite devolver aos terapeutas um *feedback* a que normalmente não têm acesso, isto é, o impacto a longo prazo do processo psicoterapêutico na vida das pessoas.

Para além do interesse genuíno revelado pelos participantes em contribuir para a investigação, alguns dos participantes realçaram a dimensão terapêutica da sua participação. Este facto parece indicar que estudos sobre a perspetiva dos pacientes podem conceder aos participantes um espaço de meta-reflexão sobre o processo psicoterapêutico e sobre o impacto deste nas suas vidas. Desejavelmente a investigação com entrevistas cuidadas e aprofundadas pode também servir de contraponto ao isolamento que algumas vezes é experienciado pelos clientes da psicoterapia. Permitir que a mágoa, a zanga e as queixas bem como o reconhecimento e reflexão possam ter um

espaço de expressão, pode facilitar a capacitação genuína do cliente em benefício de toda uma comunidade de clientes, terapeutas e investigadores.

O nosso estudo, ao evidenciar a consciência dos participantes não só sobre o processo, mas também sobre os seus contributos para o mesmo, leva-nos a ponderar sobre como usar as capacidades meta-reflexivas dos pacientes a seu favor ou a favor do próprio processo (Rennie, 2010).

Questionamo-nos ainda sobre a possibilidade ou potencialidade de aos clientes ser dada a oportunidade de um *debriefing* com outro terapeuta e de ponderar nas vantagens e inconvenientes da existência de um mediador dos processos psicoterapêuticos. No nosso entender esta questão bem como a questão da proteção dos clientes não foram suficientemente debatidas. Este estudo mostra que, mesmo com pessoas diferenciadas e esclarecidas, a deferência com o terapeuta, a falta de informação e a natureza privada desta prática profissional podem reduzir o poder que o paciente tem no processo psicoterapêutico (Bates, 2006).

Tentamos sumariar de seguida algumas das implicações específicas para a prática da psicoterapia que emergem direta ou indiretamente da análise das perspetivas dos participantes neste estudo.

- Considerando como objetivo da terapia a promoção do Bem-Estar será importante que o terapeuta clarifique a teoria do cliente sobre o Bem-Estar e explore com o paciente o que será relevante ou útil para aumentar o seu Bem-Estar e não, apenas, para diminuir o seu sofrimento ou desconforto.
- Ter em conta a importância das dimensões intrapessoais e interpessoais no trabalho terapêutico já que, de acordo com os participantes, o modo como o processo psicoterapêutico promove o Bem-Estar relaciona-se não só com a diminuição de sintomas mas também com as melhorias que este permite na relação dos pacientes consigo próprios e com os outros.
- Explorar e facilitar a utilização de outros recursos que potenciem a promoção do Bem-Estar durante o processo psicoterapêutico, por exemplo, a atividade física,

o estar com amigos ou o contacto com a natureza, caso estes façam sentido para o cliente.

- Ter bem presente o sofrimento provocado pelo próprio processo psicoterapêutico que levou muitas vezes os participantes a referirem a vontade de desistir da psicoterapia por essa razão. Nesse sentido, realçamos a importância da preparação das pessoas para esse sofrimento, bem como o estar atento e tentar perceber ou perguntar ao cliente se este vai avaliando esse sofrimento como suportável e produtivo.
- O ter em atenção a diferenciação entre o terapeuta ser ativo e o dar a autoria última ao cliente. Ter a sensibilidade de ir devolvendo ao cliente que ele (cliente) é que é “o homem do leme”, ou seja, que é sua a liderança do processo. Parece-nos que os participantes consideraram ser particularmente útil a direção do terapeuta mas não a liderança deste sobre o processo.
- Permanecer atento e disponível às propostas dos clientes, uma vez que a sua contribuição ativa na definição da relação e actividades terapêuticas são elementos valorizados positivamente pelos participantes.
- Comunicar empatia e aceitação e ter em mente a importância destas nos momentos em que os clientes expressam desagrados ou críticas sobre qualquer aspeto específico da relação ou do comportamento do terapeuta, evitando assim comportamentos que possam ser sentidos como críticas ou julgamentos da perspetiva dos pacientes.
- Ter consciência da importância da comunicação não-verbal com o cliente, não só no que se refere à linguagem não-verbal durante a consulta e a aspetos relativos ao contexto em que esta decorre (livros, luz, conforto), mas também tendo em atenção o cuidado com os momentos de transição, imediatamente antes ou após a sessão.

- Estar particularmente atento aos desafios da comunicação nas situações extra-terapêuticas, ou seja, fora do contexto das sessões (mensagens, *e-mails*), considerando sempre o seu papel de terapeuta nessas interações.

Aprendemos muito com esta investigação e com os participantes que entrevistámos, esperando que nos tenhamos tornado mais sensíveis a aspetos geralmente pouco valorizados, mais atentos a pequenas expressões de desagrado e, ainda, mais respeitadores da agência, competência e reflexividade dos pacientes. Esperamos que outros psicoterapeutas possam também usar estes contributos para refletir sobre as suas próprias práticas.

Este trabalho foi motivado por um interesse profundo em compreender e explorar o que significa viver uma vida humana satisfatória, plena e que vale a pena ser vivida.. Na dupla condição de psicoterapeutas e investigadores cremos que este trabalho exploratório contribuiu para melhorar o conhecimento sobre o modo como a Psicoterapia enquanto prática social contribui para o Bem-Estar.

Agradecemos a todos os que co-construíram este trabalho, permitindo que esta investigação pudesse acontecer, isto é, a todos participantes, ex-clientes, terapeutas e equipa de investigação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alexandrova, A. (2005). Subjective Well-Being and Kahneman's 'Objective Happiness'. *Journal of Happiness Studies*, 6(3) 301-324. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-005-7694-x>
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Retirado de <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC, USA: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11132-000>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., Evans, C., Evans, R., & Margison, F. (2010). Outcome Questionnaire System (The OQ System) – Development and practical applications in healthcare settings. In M. Barkham, G.E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence. A guide for the psychological therapies* (pp. 175-219). <http://dx.doi.org/10.1002/9780470687994.ch8>
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 927-935. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.927>
- Barlow, D.H. (2004) Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Bates, Y. (2006). *Shouldn't I Be Feeling Better by Now?: Client Views of Therapy*. New York, USA: Palgrave Macmillan. ISBN:1403947406
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Baumeister, R.F., Vohs, K., Aaker, J., & Garbinsky, E. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505-516. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, USA: Guilford Press.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.311>

- Benjamin, L.S. (1993). Dimensional, Categorical, or Hybrid Analyses of Personality: A Response to Widiger's Proposal. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 4(2), 91-95. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965plio402\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965plio402_2)
- Benjamin, L.S. (2003). *Interpersonal Reconstructive Therapy. An Integrative, Personality-Based Treatment for Complex Cases*. New York, NY: The Guilford Publications. ISBN: 9781593853822
- Berg, A.L., Sandahl, C., & Clinton D. (2008). The Relationship of Treatment Expectations and Experience to Outcome in Generalised Anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 247-259. <http://dx.doi.org/10.1348/147608308X297113>
- Bernardo, F. (2011). *Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia: Relação com bem-estar e mal-estar psicológicos* (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/4998>
- Beutler, L.E., & Castonguay, L.G. (2006). The Task Force of Empirically Based Principles of Therapeutic Change. In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 3-12). New York, USA: Oxford University Press.
- Beutler, L., Malik, M.L., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140902898088>
- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3), 285-294. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903376338>
- Blass, R.B., & Blatt, S.J. (1996). Attachment and separateness in the experience of symbiotic relatedness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 65(4), 711-746.
- Blatt, S.J. (2007). A Fundamental Polarity in Psychoanalysis: Implications for Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 494-520. <http://dx.doi.org/10.1080/07351690701310581>
- Blatt, S.J. (2008). Relatedness and self-definition in personality development. In S.J. Blatt (Ed.), *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process* (pp. 71-98). Washington, DC, USA: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11749-000>

Bohart, A.C. (2000). The Client Is the Most Important Common Factor: Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149.

<http://dx.doi.org/10.1023/A:1009444132104>

Bohart, A.C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. 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* (pp. 83-111). Washington, DC, USA: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-000>

Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., & Watson, J.C. (2002). Empathy. J.C. Watson, & J.C. Norcross, (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York, USA: Oxford University Press.

Budge, S.L., & Wampold, B.E. (2015). The Relationship: How It Works. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Reinken (Eds.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process and Outcome*. Viena, Austria: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>

Budge, S., Owen, J., Kopta, S.M., Minami, T., Hanson, M., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in cliente Outcomes Associated with the Phase Model of Change. *Psychotherapy*, 50(2), 150-157. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029565>

Busseri, M.A., & Tyler, J.D. (2004). Client—therapist agreement on target problems, working alliance, and counseling outcome. *Psychotherapy Research*, 14(1), 77-88. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kph005>

Cadilha, N. (2010). *Regulação da satisfação das necessidades de prazer e dor: Relações com o bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/2690>

Callahan, J.L., Swift, J.K., & Hynan, M.T. (2006). Test of the phase model of psychotherapy in a training clinic. *Psychological Services*, 3(2), 129-136. <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.3.2.129>

Carey, T.A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R.J., Murray, L.K., & Spratt, M.B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychology Research*, 7(3), 178-187. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140701514613>

Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M.R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017330>

- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Zack, S.E., Baker, S., Boutselis, M.A., Chiswick, N.R., Damer, D.D., Hemmelstein, N.A., Jackson, J.S., Morford, M., Ragusea, S.A., Roper, J.G., Spayd, C., Weiszer, T., Borkovec, T.D., Holtforth, M.G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327-344. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021164>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (2002, maio). Progress on the empirical validation of the sequencing model of "paradigmatic complementarity". *Comunicação apresentada na 17th International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, San Francisco, California, USA.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (2007, julho). Looking at self's needs in perplexity and awe: the case for similarities between wish and need. *Paper presented at "XXIII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration"*. Lisbon, Portugal.
- Conde, E. (2012). *Dialéctica de polaridades de regulação da satisfação de necessidades psicológicas: relações com o bem-estar e distress psicológicos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). <http://hdl.handle.net/10451/8177>
- Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309612331331558>
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. British Association for Counselling, & Psychotherapy (Ed.). London, England: SAGE Publications. ISBN: 9781847870438
- Cooper, M. (2010). The challenge of counselling and psychotherapy research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(3), 183-191. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140903518420>
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered, & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 210-223. <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2011.599517>

- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N.L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D.E., Glenn, L.M., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S.A.T., Rizzo, D.M., Simpatico, T., & Snapp, R. (2006). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics* 61(2-3) 267-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., Temes, C., & Goldstein, L. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 419-430. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014340>
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201. <http://dx.doi.org/10.1080/15487760500339360>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>
- Deci, E.L., Ryan, R.M., Gagné, M., Leone, D.R., Usunov, J., & Kornazheva, B.P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 930-942. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167201278002>
- Derogatis, L.R. (1982,1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Deurzen-Smith, E.V. (1997). *Everyday mysteries*. London and New York: Routledge.
- Deurzen, E. (2006). From psychotherapy to emotional well being. *Análise Psicológica*, 24(3), 383-392. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.178>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67(8), 590-597. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029541>

- Diener, E., Lucas, R.E., & Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Sapyta, J.J., & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 9(1), 33-37.  
[http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_3)
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Tay, L., & Myers, D.G. (2011). The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1278-1290.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024402>
- Dourdouma, A., & Mörtl, K. (2012). The Creative Journey of Grounded Theory Analysis: A Guide to its Principles and Applications. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 96-106. <http://dx.doi.org/10.7411/RP.2012.010>
- Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.  
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1009448200244>
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.  
<http://dx.doi.org/10.1037/12075-000>
- Elkin, I., Ainbinder, A., Park, S.-Y., & Yamaguchi, J. (2006). Positive aspects of patients' state: A measure for assessing outcome and predicting follow-up of treatment for depression. *Psychotherapy Research* 16(5), 550-565. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500529370>
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process analysis of a whipping event in therapy. *Psychiatry*, 55, 49-61.
- Elliott, R. (1996). Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In U. Esser, H. Pabst, G-W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered approach: New challenges-perspectives-answers* (pp. 125-138). Köln, Germany: GwG Verlag.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies. *Person Centered, & Experiential Psychotherapies*, 1(1), 102-117.  
<http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2002.9688281>

- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 18*(3), 239-242. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300802074513>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*(4), 443-467. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)
- 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*, 215-229. <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162782>
- Elliott, R., Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J., Stiles, W.B., Hardy, G.E., Llewelyn, S.P., & Margison, F. (1994). Insight in interpersonal-dynamic therapy: A comprehensive process analysis. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 449-463.
- Epstein, S. (1987). Implications of cognitive self-theory for psychopathology and psychotherapy. In N. Cheshire, & H. Thomaes (Eds.), *Self, symptoms and psychotherapy* (pp. 43-58). New York: John Wiley & Sons.
- Epstein, S. (1993). Implications of cognitive-experiential Self-theory for personality and developmental psychology. In D. Funder, R. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 399-438). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319-327. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Faria, J., & Vasco, A.B. (2011, maio). Needs necessarily needed: A guide for clinical decision-making. *Comunicação apresentada na 27.ª Conferência da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Crossing the divide: SEPI's unique place in bridging the science-practice gap*, Washington, DC, USA.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(1), 45-63. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00019-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00019-3)
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality, 77*(6), 1903-1934. <http://dx.doi.org/10.1111/jopy.2009.77.issue-6>

- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30. <http://dx.doi.org/10.1159/000082023>
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 131-135. <http://dx.doi.org/10.1159/000321575>
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-014-9290-z>
- Ferreira, J.F., Conceição, N., & Vasco, A.B. (2011). Movimentação e diferenciação narrativa ao longo do processo terapêutico: Um estudo de caso longitudinal à luz do modelo de complementaridade paradigmática. *Psicologia*, 25(1), 173-201.
- Finlay, L., & Evans, K. (Eds.). (2009). *Relational-centred research for psychotherapists: Exploring meanings and experience*. John Wiley & Sons.
- Fitzpatrick, M.R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, 16(4), 486-498. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500485391>
- Flanagan, C.M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 1-36. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018815>
- Floody, D.R. (2014). Serenity and Inner peace: positive perspectives. In Gregory K. Sims, Linden L. Nelson, & Mindy R. Puopolo (Eds.), *Personal Peacefulness: Psychological Perspectives* (pp. 107-133). New York, USA: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-9366-2\\_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-9366-2_5)
- Fonseca, T. (2011). *Necessidade psicológica de controlo/cedência: Relação com bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/4868>
- Freedman, S.R., & Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 983-992. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.983>
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions: Studies in emotion and social interaction*. Paris, France: Maison de Sciences de l'Homme.

- Froh, J.J., Sefick, W.J., & Emmons, R.A. (2008). Counting blessings in early adolescents: an experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology, 46*(2), 213-233. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2007.03.005>
- Fujita, F., Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 158-164. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.158>
- Fujiwara, D., & Dolan, P. (2014). *Valuing mental health: how a subjective wellbeing approach can show just how much it matters*. UK Council for Psychotherapy. Retirado de [http://www.psychotherapy.org.uk/UKCP\\_Documents/Reports/ValuingMentalHealth\\_web.pdf](http://www.psychotherapy.org.uk/UKCP_Documents/Reports/ValuingMentalHealth_web.pdf)
- Gardner, W.L., Pickett, C.L., Jefferis, V., & Knowles, M. (2005). On the outside looking in: Loneliness and social monitoring. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(11), 1549-1560. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167205277208>
- Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays (Vol. 5019)*. New York, USA: Basic books.
- Gladis, M.M., Goschi, E.A., Dishuk, N.M., Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 320-331. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.320>
- Glaser, B.J., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B.G. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley, CA, USA: Sociology Press
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*(11), 991. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Gonçalves, I., & Vasco, A.B. (2001). Estudo de caso de uma perturbação borderline da personalidade à luz do modelo de "complementaridade paradigmática". *Psicologia, 15*(2), 227-266.
- Grafanaki, S., & McLeod, J. (1999). Narrative Processes in the Construction of Helpful and Hindering Events in Experiential Psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*(3), 289-303. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309912331332771>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research, 19*(3), 344-357. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902914147>

- Grawe, K. (1997). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Greenberg, L.S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 67(8), 697-707. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029858>
- Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press. ISBN: 9781572309418
- Greenberg, L.S., Elliott, R.K., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In Allen E. Bergin, & S.L. Garfield, (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*, (pp. 509-539). Oxford, England: John Wiley & Sons
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post intervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233.  
<http://dx.doi.org/10.1159/000101501>
- Guerreiro, D. (2011). *Necessidade psicológica de auto-estima/auto-crítica: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/4960>
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280. <http://dx.doi.org/10.1177/1077800403262360>
- Guisinger, S., & Blatt, S.J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49(2), 104-111. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.49.2.104>
- Handelzalts, J.E., & Keinan, G. (2010). The effect of choice between test anxiety treatment options on treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 20, 100-112.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503300903121106>
- Heine, S.J., Proulx, T., & Vohs, K.D. (2006). The Meaning Maintenance Model: On the Coherence of Social Motivations. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 88-110. SAGE.  
[http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1002\\_1](http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1)
- Henretty, J.R., Levitt, H.M., & Mathews, S.S. (2008). Clients' experiences of moments of sadness in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(3), 243-255.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503300701765831>

- Henriques, G., & Stout, J.C. (2012). A unified approach to conceptualizing people in psychotherapy. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 1(1). ISSN: 2154-8730
- Henriques, G.R. (2011). *A new unified theory of psychology*. New York, USA: Springer.  
<http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-0058-5>
- Henriques, G.R., & Sternberg, R.J. (2004). Unified professional psychology: Implications for the Combined-Integrated model of doctoral training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(10), 1051-1063. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20034>
- Henriques, G.R., Kleinman, K., & Asselin, C. (2014). The Nested Model of well-being: A unified approach. *Review of General Psychology*, 18(1), 7-18. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036288>
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 309-328.  
<http://dx.doi.org/10.1348/147608308X320125>
- Hill, C.E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68-76. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030571>
- Hill, C.E., Zack, J.S., Wonnell, T.L., Hoffman, M.A., Rochlen, A.B., Goldberg, J.L., Nakayama, E.Y., Heaton, K.J., Kelley, F.A., Eiche, K., Tomlinson, M.J., & Hess, S. (2000). Structured brief therapy with a focus on dreams or loss for clients with troubling dreams and recent losses. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 90-101. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.90>
- Ho, B.C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S., Andreasen, N.C. (1998). Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry* 155(9), 1196-1201. PMID: 9734542
- Hofmann, S.G., & Barlow, D.H. (2014). Evidence-based psychological interventions and common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510-513.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0037045>
- Howard, K., Lueger, R., Maling, M., & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of psychotherapy Outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11132-000>

Hull, C.L. (1943). The problem of intervening variables in molar behavior theory. *Psychological Review*, 50(3), 273-291. <http://dx.doi.org/10.1037/h0057518>

Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T.R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 294-305. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701506920>

Jayawickreme, E., Forgeard, M.J.C., & Seligman, M.E.P. (2012). The engine of well-being. *Review of General Psychology*, 16(4), 327-342. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027990>

Jersak, H., Magaña, C. and Elliott, R. (2000). Qualitative meta-analysis of client accounts of posttherapy changes. Unpublished paper, Department of Psychology, University of Toledo, OH. Jerusalem Bible, The (1966). Garden City, NY: Doubleday.

Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The Foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York, USA: Russell Sage Foundation.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York, USA: Russell Sage Foundation.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cyrus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874) 1323-1331. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)

Kelly, E.L. (1955). Consistency of the adult personality. *American Psychologist*, 10(11), 659-681. <http://dx.doi.org/10.1037/h0040747>

Kelso, J.A.S., Engstrøm, D.A. (2006) *The complementary nature*. Cambridge, MA, USA: MIT Press

Kertes, A., Westra, H.A., Angus, L., & Marcus, M. (2011). The Impact of Motivational Interviewing on Client Experiences of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 55-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.005>

Keyes, C.L. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <http://dx.doi.org/10.2307/2787065>

Keyes, C.L., & Magyar-Moe, J.L. (2001). The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. In S.J. Lopez, & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC, USA: American Psychological Association.

- Kitayama, S., & Na, J. (2011). Need, Level, and Culture: Comments on Sheldon, Cheng, and Hilpert. *Psychological Inquiry*, 22(1), 26-31. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2011.547984>
- Klein, M.J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16(1), 91-105. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500090993>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 38-44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2001.00046.x>
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009-1016. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.1009>
- Kraus, D., & Castonguay, L.G. (2010). Treatment Outcome Package (TOP) – Development and use in naturalistic settings. In M. Barkham, G.E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence. A guide for the psychological therapies* (pp. 155-174). Chichester, England: Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470687994.ch7>
- Kuhnlein, I. (1999). Psychotherapy as a Process of Transformation: Analysis of Posttherapeutic Autobiographic Narrations. *Psychotherapy Research*, 9(3), 274-287. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309912331332761>
- Ladany, N., Thompson, B.J., Hill, C.E. (2012). Cross-analysis. In C.E. Hill (Ed.), *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena* (pp. 117-143). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- LaGuardia, J.G., Ryan, R.M., Couchman, C.E., & Deci, E.L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367-384. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>
- Lambert, M.J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. New York, NY: BasicBooks.
- Lambert, M.J. (Ed.). (2003). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030682>

- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20113>
- Lent, R.W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.482>
- Levitt, H.M., & Williams, D.C. (2010). Facilitating client change: principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 20(3), 337-352. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903476708>
- Levitt, H.M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Levitt, H.M., Stanley, C.M., Frankel, Z., & Raina, K. (2005). An Evaluation of Outcome Measures Used in Humanistic Psychotherapy Research: Using Thermometers to Weigh Oranges. *The Humanistic Psychologist*, 33(2), 113-130. [http://dx.doi.org/10.1207/s15473333thp3302\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15473333thp3302_3)
- Levitt, H.M. (2015). Interpretation-Driven Guidelines for Designing and Evaluating Grounded Theory Research: A Constructivist-Social Justice Approach. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 455-483). <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Lewinsohn, P., Redner, J., & Seeley, J. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 141-172). Oxford: Pergamon Press. ISBN: 0-08-037264-3
- 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*, 3, 324-399.
- Lobo, S. (2015). Conducting Ethical Research: Reflections on Networked Saudi Society. In C.B. Anyansi-Archibong (Ed.), *Contemporary Issues Surrounding Ethical Research Methods and Practice*, (pp. 107-134). Hershey PA, USA: IGI Global. ISBN:146668562X

Manthei, R.J. (2007). Client–counsellor agreement on what happens in counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(3), 261-281. <http://dx.doi.org/10.1080/03069880701419431>

Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T. (2010). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868310377394>

Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., & Taylor, M.A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 185-202. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>

Maslow, A.H. (1954). Motivation and Personality. Cit. in Cary L. Cooper, Lawrence A. Pervin *Personality*, 1998 (pp. 169-188). New York, USA: Routledge.

McAdams, D.P. (1996). Personality, Modernity, and the Storied Self: A Contemporary Framework for Studying Persons. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory* 7(4) 295-321. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965plio704\\_1](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965plio704_1)

McClelland, D.C. (1985). *Human motivation*. New York, USA: Cambridge University Press.

McDougall, W. (1908). *An introduction to Social Psychology*. London, England: Methuen, & Co.

McKenna, P.A., & Todd, D.M. (1997) Longitudinal utilization of mental health services: a timeline method, nine retrospective accounts, and a preliminary conceptualization. *Psychotherapy Research*, 7(4), 383-396. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309712331332093>

McLeod, J. (1996), Qualitative approaches to research in counselling and psychotherapy: Issues and challenges. *British Journal of Guidance, & Counselling*, 24(3), 309-316. <http://dx.doi.org/10.1080/03069889608253015>

McLeod, J. (2001). Introduction: Discourse and the social construction of meaning in therapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 1(3), 191-193. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140112331385070>

McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London, England: British Association for Counselling, & Psychotherapy / SAGE Publications Ltd.

McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

- McLeod, J. (2012). What do clients want from therapy? A practice-friendly review of research into client preferences. *European Journal of Psychotherapy, & Counselling*, 14(1), 19-32.  
<http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2012.652390>
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis (2nd. Ed.)*. California, Usa: SAGE
- Miller, S.D., Duncan, B.L., & Hubble, M.A. (2005). Outcome-informed clinical work. In J.C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.) (pp. 84-102). New York, NY: Oxford University Press.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). An evolutionary theory of personality disorders. In John F. Clarkin, & Mark F. Lenzenweger, (Eds) *Major theories of personality disorder*. (pp. 221-346). New York, NY, USA: Guilford Press.
- Milyavskaya, M., Philippe, F.L., & Koestner, R. (2013). Psychological need satisfaction across levels of experience: Their organization and contribution to general well-being. *Journal of Research in Personality*, 47(1), 41-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2012.10.013>
- Morrow, S.L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Mörrtl, K., & Von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: a qualitative approach. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 281-293. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701797016>
- Mörrtl, M., & Von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, 18(3), 281-293.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503300701797016>
- Murphy, R.T., Thompson, K.E., Murray, M., Rainey, Q., & Uddo, M.M. (2009). Effect of a motivation enhancement intervention on Veterans engagement in PTSD treatment. *Psychological Services*, 6, 264-278.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. New York, USA: Oxford University Press.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change on cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300601139988>
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011a). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20764>

- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011b). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 48(1), 98-102. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022161>
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Koocher, G.P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 515-522. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.37.5.515>
- Novo, R.F. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10451/17832>
- OECD (2011), *How's Life?: Measuring well-being*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-390). New York, USA: Wiley.
- Owen, J., & Hilsenroth, M.J. (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280-288. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035753>
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, (3d Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Paulson, B.L., Everall, R.D., & Stuart, J. (2001). Client perceptions of hindering experiences in counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(1), 53-61. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140112331385258>
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>
- Ponterotto, J.G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>

- Rayner, K., Thompson, A.R., & Walsh, S. (2011). Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 299-313. <http://dx.doi.org/10.1348/147608310X531164>
- Rebblon, C., Brown, J., & Keyes, C.L.M. (2000). Mental illness and suicide. *The encyclopedia of criminology and deviant behavior*, 4, 426-29.
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J., & Ryan, R.M. (2000). Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167200266002>
- Rennie, D.L., & Toukmanian, S.G. (1992). Explanation in psychotherapy process research. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.) *Psychotherapy Process Research. Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 234-251). London, England: SAGE Publications.
- Rennie, D.L. (1992) Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S. G. Toukmanian and D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 211-233). London: Sage.
- Rennie, D.L. (1994a) Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy*, 31(2), 234-243. <http://dx.doi.org/10.1037/h0090224>
- Rennie, D.L. (1994b) Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437.
- Rennie, D.L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 151-167. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1009496116174>
- Rennie, D.L. (2001). The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(2), 82-89. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140112331385118>
- Rennie, D.L. (2004). Anglo-North American qualitative counseling and psychotherapy research. *Psychotherapy research*, 14(1), 37-55. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kph003>
- Rennie, D.L. (2006). Grounded Theory Methodology as Methodical Hermeneutics: Reconciling Realism and Relativism. In J. Frommer, & D.L. Rennie (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research – Methods and Methodology (2nd Ed.)* (pp. 32-49). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Rennie, D.L. (2010). Humanistic Psychology at York University: Retrospective: Focus on Clients' Experiencing in Psychotherapy: Emphasis of Radical Reflexivity. *The Humanistic Psychologist*, 38(1) 40-56. <http://dx.doi.org/10.1080/08873261003635856>

- Rennie, D.L., & Frommer, J. (2006). Reflections. In J. Frommer, & D.L. Rennie (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research – Methods and Methodology (2nd Ed.)* (pp. 185-200). Lengerich, Germany, Pabst Science Publishers.
- Rennie, D.L., Phillips, J.R., & Quartaro, G.K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*(2), 139-150.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0079765>
- Rennie, D.L., Phillips, J. R., & Quartaro, G.K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*(2), 139-150.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0079765>
- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., & Elliott, R. (1994). Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 473-483.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.473>
- Robinson, S.I., Ashworth, M., Shepherd, M., & Evans, C. (2007). In their own words: A narrative-based classification of clients' problems on an idiographic outcome measure for talking therapy in primary care. *Primary Care Mental Health, 4*(3), 165-173.
- Rodgers, B. (2003). An exploration into the client at the heart of therapy: a qualitative perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2*(21), 19-30.  
<http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2003.9688290>
- Rodgers, B.J. (2002) An investigation into the client at the heart of therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 2*(3), 185-193. <http://dx.doi.org/10.1080/14733140212331384815>
- Rodrigues, C. (2010). *Necessidade psicológica de coerência/incoerência: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/6061>
- Rucha, S. (2011). *Necessidade psicológica de produtividade/lazer: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/4991>
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 510-519. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20592>
- Ryan, R.M. (1995). Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes. *Journal of Personality, 63*(3), 397-427. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x>

- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R.M., Sheldon, K.M., Kasser, T., & Deci, E.L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In Peter M. Gollwitzer, John A. Bargh,(Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. (pp. 7-26). New York, USA: Guilford Press.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the science and Practice of Eudamonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.  
<http://dx.doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.  
[http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901\\_1](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1)
- Ryff, C.D., Singer, B., (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23.  
<http://dx.doi.org/10.1159/000289026>
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, USA: Guilford Press.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology*, 57, 3-18.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, USA: Free Press
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>

- Sheldon, K.M., & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>
- Sheldon, K.M., & Niemiec, C.P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(2), 331-341. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.2.331>
- Sheldon, K.M., Cheng, C., & Hilpert, J. (2011). Understanding Well-Being and Optimal Functioning: Applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) Model. *Psychological Inquiry*, 22(1), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2011.532477>
- Sheldon, K.M., Elliot, A.J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325-339. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.325>
- Sheldon, K.M., & Gunz, A. (2009). Psychological Needs as Basic Motives, Not Just Experiential Requirements. *Journal of Personality*, 77(5), 1467-1492. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00589.x>
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Slife, B.D. (2004) Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 44-83). New York, NY: John Wiley.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, Maryland, USA: The Johns Hopkins University Press.
- Sol, A. (2012). *Relações entre Sintomatologia e Necessidades, Bem-estar e Distress Psicológicos* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/7648>
- Sol, A., & Vasco, A.B. (2013, junho) "Relações entre a regulação da satisfação de necessidades psicológicas e a sintomatologia". *Comunicação apresentada no VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Aveiro, Portugal.
- Stiles, W.B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 27-35. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085320>

- Strupp, H.H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy, Theory, Research, & Practice*, 1(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088565>
- Talmon, M. (1990). *The Jossey-Bass social and behavioral science series. Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-365. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023779>
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>
- Telo, C. (2012). *Relações entre a regulação emocional, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o bem-estar/distress psicológicos e a sintomatologia*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/8121>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and quality of life outcomes*, 5, 63. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421-447. <http://dx.doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Timulak, L., & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: an exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4), 443-460. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kpg043>
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2010.534329>
- Valkonen, J., Hänninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(2), 227-240. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.548346>

- Vasco, A.B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A.B. (2006). Entre Nuvens e Relógios: Sequência Temporal de Objectivos Estratégicos e Integração em Psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A.B. (2009, julho). Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness. *Comunicação apresentada na "16th Conference: European Association for Psychotherapy"*, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A.B. (2012a, abril). Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo: Em volta da integração em psicoterapia. *Comunicação apresentada no I Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses – Afirmar os Psicólogos*, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A.B. (2013). Sinto e Penso, logo Existo!: Abordagem Integrativa das Emoções. *PsiLogos*, 11(1), 37-44. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.10/1100>
- Vasco, A.B., & Conceição, N. (2003, maio). A hardly recognized similarity in psychotherapy: Temporal sequence of strategic objectives. *Comunicação apresentada na "XVIII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration"*, New York, USA.
- Vasco, A.B., & Vaz-Velho, C. (2010, maio). The integrative essence of seven dialectical needs polarities. *Comunicação apresentada na "XXVI International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration"*, Florença, Itália.
- Vasco, A.B., Faria, J., Vaz, F.M., & Conceição, N. (2010, maio). Adaptation, disorder and the therapeutic process: Needs or emotional dysregulation? *Comunicação apresentada na "XXVI International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: One or many sciences for Psychotherapy Integration: What constitutes evidence?"*, Florença, Itália.
- Vasco, A.B., Faria, J., Vaz, F.M., & Conceição, N. (2010, maio). Adaptation, Disorder and the Therapeutic Process: Needs or Emotional Dysregulation?. *Paper presented at "XXVI Annual Conference: One or many sciences for Psychotherapy Integration: What constitutes evidence?"*. Florence, Italy.
- Vasco, A.B., Conde, E., Fonseca, M.J., Telo, C., & Sol, A. (2013, junho). Putting it all together: Differential predictive values of early maladaptive schemas, alexithymia, emotional regulation, and the regulation of psychological needs satisfaction on psychological well-being/distress and symptomatology. *Comunicação apresentada na 29a Conferência da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Psychotherapy Integration: Researchers and Clinicians Working Together Towards Convergence*, Barcelona: Espanha.

- Vaz-Velho, C., Vasco, A.B., & Conceição, N. (2011, maio). Reflecting on psychotherapy and subjective well-being (in) ability to regulate the basic psychological needs. *Communication for the SEPI XXVII Annual Meeting*. Washington DC, USA. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10174/5398>
- Wallace, B.A., & Shapiro, S.L. (2006). Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61(7), 690-701. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.7.690>
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. *Psychology in the Schools*, 40(6), 701-702. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.10115>
- Wampold, B.E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16-24. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological bulletin*, 122(3), 203-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Waterman, A.S. (2013). The humanistic psychology-positive psychology divide: contrasts in philosophical foundations. *American Psychologist*, 68(3), 124-133. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032168>
- Watson, V.C., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy, & Counselling*, 14(1), 77-89. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2012.652395>
- Wei, M., Shaffer, P.A., Young, S.K., & Zakalik, R.A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 591-601. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591>
- Wertz, F.J., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2011). *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*. New York, USA / London, England: Guilford Press. ISBN: 9781609181420
- Wessler, R., Hankin, S., & Stern, J. (2001). *Succeeding with difficult clients: Applications of cognitive appraisal therapy*. London, UK: Academic Press. ISBN: 2001088744
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically Supported Complexity. Rethinking Evidence-Based Practice in Psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266-271. <http://dx.doi.org/10.1111/cdir.2005.14.issue-5>

- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Westra, H.A., Aviram, A., Barnes, M., & Angus, L. (2010). Therapy was not what I expected: a preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 436-446. <http://dx.doi.org/10.1080/10503301003657395>
- Williams, D.C., & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 66-82. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500469098>
- Williams, D.R., & Barber, J.P. (2008). Freedoms Lost, freedoms regained. In J.V. Ciprut (Ed.), *Freedom: reassessments and rephrasings* (pp. 75-98). Cambridge, Massachusetts, USA: MIT Press.
- Williams, D., & Levitt, H.M. (2008). Clients' experiences of difference with therapists: sustaining faith in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18(3), 256-270.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503300701561545>
- Wolfe, B.E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.  
<http://dx.doi.org/10.1037/11198-000>
- Wong, P.T.P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52(2), 69-81.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0022511>
- World Health Organization, (2015). *Mental health* [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/) consultado em 10/2015
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York, USA: Basic Books.
- Yin, R.K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York, USA: Guilford Press. ISBN: 9781606237014
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: The Guilford Press. ISBN: 9781572308381

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A Exemplo de um pedido de colaboração (adaptado) enviado a psicoterapeutas após um primeiro contacto telefónico**

---

Caro/a Colega Dr/a

Conforme o que falámos telefonicamente, venho pedir-lhe a sua colaboração como participante de um estudo que estou a realizar, no âmbito do meu doutoramento.

A sua participação é fundamental na escolha e no facilitar o meu contacto com antigos pacientes de psicoterapia que queiram conversar sobre a sua psicoterapia e especialmente, de partilhar comigo o modo como a psicoterapia afectou a sua vida e o seu Bem-Estar.

Tinha colocado como critérios que estivessem só em acompanhamento esporádico ou que já tivessem terminado a psicoterapia, mas não há mais de ano e meio. Da nossa conversa, resultou a sua justa objecção a este último critério.

A sua objecção é um contributo muito valioso e eu gostaria muito pedir-lhe que escrevesse, ou se preferir, que eu a possa um dia recolher, como depoimento...

Assim sendo, passo só a falar um pouco do procedimento habitual mas que posso adaptar ao que for mais confortável para a/o ex-paciente.

Espero que o/a (Nome do/a Psicoterapeuta) me contacte, dando-me o(s) contactos das pessoas que eventualmente gostassem de participar e o modo como devo fazê-lo.

Entrarei em contacto com essa pessoa por telefone ou mail, como ela preferir, para ponderarmos em conjunto, a sua eventual colaboração.

Acho que cada participante deve saber que a sua experiência é única e útil para compreendermos a perspectiva dos pacientes através da sua própria voz.

Ainda, caso tenha algum/a colega seu/sua que ache que gostaria de participar nesta investigação, não hesite em dar-lhe o meu contacto.

Muito Obrigada!

## **APÊNDICE B Consentimento Informado**

---

### Consentimento informado

Primeiro que tudo quero agradecer a sua gentil disponibilidade para realizar esta entrevista. O objectivo é aprofundar o nosso conhecimento sobre o modo como a terapia funciona, para a tentar melhorar.

A sua contribuição é muito importante para nos ajudar a compreender como a psicoterapia influencia, ou não, o Bem-Estar das pessoas que a ela recorrem. O objectivo é compreender a sua experiência pessoal e única e a influência que a sua terapia teve, ou não, nas coisas que são importantes para si.

Apenas o som da entrevista será gravado, de modo a esta poder ser posteriormente transcrita e analisada de modo anónimo.

Excertos das suas palavras na entrevista, podem vir a ser citados na tese de doutoramento, em artigos ou apresentações científicas mas sempre de modo a preservar o seu anonimato e, ao mesmo tempo, manter a descrição da experiência respeitando as suas próprias palavras.

Assim, serão removidos os pormenores que possam ajudar a identificar a sua pessoa como participante.

A sua participação neste estudo é voluntária e o seu psicoterapeuta não terá acesso ao conteúdo da sua participação.

Depois da transcrição do conteúdo da entrevista, gostaria que revisse o resumo e o conteúdo da sua participação e verificasse se corresponde à sua experiência ou se gostaria de acrescentar ou clarificar algum aspecto.

O contacto da investigadora é-lhe facultado para que possa colocar qualquer questão adicional ou até, ter conhecimento dos produtos científicos desta investigação.

Se compreende, aceita e não tem mais nenhuma questão, peço-lhe então que assine este consentimento informado.

Catarina Vaz Velho  
vazvelho@evora.pt  
suaperspectiva@gmail.com

## **APÊNDICE C Guião da entrevista**

---

### ***Sobre o guião da entrevista***

O guião da entrevista semi-estruturada foi construído tendo por base as nossas questões e objetivos de investigação e a revisão crítica da literatura referente aos estudos qualitativos sobre a perspetiva dos clientes de psicoterapia e o Bem-Estar. Para a construção do guião optámos por uma entrevista semi-estruturada. Não foi apresentada nenhuma definição de Bem-Estar: deixámos que cada participante interpretasse e usasse os conceitos como lhe faziam sentido em termos pessoais mas tentámos que cada participante explicitasse o que era, para si, o Bem-Estar. Após a investigação do tema criámos um guião geral e algumas questões tipo. Na construção do guião mantivemos em mente métodos e resultados significativos da literatura:

- O que estamos a solicitar é que os participantes recordem a experiência e os acontecimentos significativos da sua psicoterapia (Levitt, Butler & Hill, 2006);
- Pretendemos explorar o impacto positivo ou negativo da psicoterapia na sua vida e no seu Bem-Estar;
- Pretendemos explorar ou ter em atenção que outros aspetos, que não a psicoterapia, possam ter tido impacto no seu Bem-Estar (MacKrell, 2008) já que, de modo geral, os vários designs não têm em conta os fatores extra-terapia como outras relações ou factores biológicos (Rennie, 2010) e nem usam várias medidas para o mesmo construto.
- Explicitar o que entendem subjetivamente por Bem-Estar tendo em conta que o conceito e a experiência podem ser distintas para cada participante;
- Explicitar de que modo, o que aconteceu na psicoterapia, provocou um aumento ou diminuição do Bem-Estar, tentando compreender e clarificar, quando possível, as contribuições dos clientes e as contribuições dos terapeutas (Watson, Cooper, McArthur & McLeod, 2012).
- A importância de solicitar exemplos ou episódios ilustrativos.

No que diz respeito à solicitação de exemplos ou episódios, tem subjacente a ideia de que as experiências são muitas vezes armazenadas na forma de narração, episódios, e que, por um lado, estes se encontram mais próximos da experiência concreta e vivida e do contexto que a gerou, e por outro, tornam os processos de construção da realidade mais acessíveis ao investigador do que as abordagens que visam conceitos e respostas abstratas (Flick, 2000).

### **Guião da entrevista**

#### **(a) Recordar a experiência e os acontecimentos significativos da sua psicoterapia**

- *Gostaria que me contasse a história da sua psicoterapia...*
- *Gostaria de recordar, de falar sobre a sua psicoterapia?*
- *Alguma coisa em particular?*
- *Houve para si alguns momentos ou acontecimentos particularmente significativos? Como?*
- *Como se sentiu no processo, na relação?*
- *De modo geral o que foi importante para si na terapia?*
- *O que pensava ou sentia em relação ao seu terapeuta?*

#### **(b) Explorar o impacto positivo ou negativo da psicoterapia na sua vida e no seu Bem-Estar;**

- *Como é que fazer terapia influenciou a sua vida?*
- *Como é que fazer a psicoterapia influenciou o seu Bem-Estar?*
- *Teve esse impacto positivo/negativo e o inverso?*
- *De algum modo teve um impacto negativo/positivo?)*

#### **(c) Explicitar de que modo, o que aconteceu na psicoterapia, provocou um aumento ou diminuição do Bem-Estar; teriam acontecido sem psicoterapia?**

- *Como é que aquilo que aconteceu na psicoterapia a fez sentir-se melhor/pior com mais ou menos Bem-Estar?*
- *Teria havido essas mudanças sem a psicoterapia?*

... solicitando:

**(c1) exemplos ou episódios ilustrativos**

— *Pode dar-me um exemplo, ou contar um episódio que tenha acontecido e que ilustre bem o que aconteceu?*

**(c2) clarificando entre as contribuições dos clientes e as contribuições dos terapeutas e/ou da relação.**

— *O que contribuiu? A relação, como?*

— *O que o terapeuta disse, como?*

— *O que fez, como?*

— *O que ( a paciente) contribuiu? Como?*

— *O que é que o terapeuta fez que a ajudou?*

— *O que acha que fez que ajudou?*

**(c3) Explorar outros aspetos, que não a psicoterapia, que tenham tido impacto no seu Bem-Estar**

— *Resumo, entendo pelo que me diz que a psicoterapia, especialmente o que teve um impacto importante...*

— *E fora da terapia?*

— *Como é que outras pessoas ou acontecimentos contribuíram para o aumento, ou diminuição, do seu Bem-Estar?*

**(d) Explicitar o que entendem subjectivamente por Bem-Estar e quais os aspetos em que a terapia contribuiu, não contribuiu e gostaria que tivesse contribuído.**

**(d1) Para si, o que é o Bem-Estar, sentir-se bem? O que é importante para si para se sentir bem na sua vida?**

**(d2) Em que é que a Terapia não ajudou ao seu Bem-Estar? Em que gostaria que tivesse ajudado? Houve algum aspecto que tenha mudado para pior com a psicoterapia?**

**(d3) Com base na sua experiência há alguma mensagem que gostaria de deixar aos psicoterapeutas? Aos pacientes de psicoterapia? Alguma coisa que era importante que todos os psicoterapeutas soubessem ou tivessem em conta?**

**e) Dar a possibilidade ao paciente que acrescentar ou clarificar algum aspecto que lhe pareça relevante e que não tenha sido questionado**

- Há algum aspecto sobre a sua psicoterapia e o impacto desta no seu Bem-Estar que lhe parece importante contar e que ainda não o tenha feito?
- Há alguma pergunta que eu não tenha colocado mas a que gostasse de responder?
- Algum aspecto que gostaria de deixar claro ou sublinhar?

Agradecer o privilégio!

Explicar a continuação do procedimento (MOMENTO 3).

## APÊNDICE D Exemplos de pedido de *feedback*

---

### **Exemplo 1**

Cara ....

Como combinámos telefonicamente, junto envio a transcrição da entrevista.

Por favor, ao lê-la, tenha em conta que o discurso falado parece sempre estranho quando é transcrito, especialmente porque não há acesso à linguagem não verbal e porque, quanto mais fluido é o discurso falado, menos se assemelha ao escrito. Não corriji ou pontuei nada extra por opção. Espero que disfrute da sua leitura, para mim foi um prazer e um privilégio.

Depois, gostava que lesse as questões/temas abaixo e acrescentasse, clarificasse ou respondesse, como complemento ou clarificação do que disse na entrevista, se tal lhe parecer importante.

Saiba que o meu objectivo é, o melhor possível, recolher e compreender a sua perspectiva sobre estas questões, baseada na sua experiência vivida da psicoterapia. Coloco aqui as questões por escrito e a seco apenas como uma outra maneira de tentar aproximar-me mais da sua perspectiva única.

Agradeço muito qualquer *feedback* que possa dar, não hesite em colocar qualquer questão ou comentário sobre este estudo.

Muito Obrigada!

Catarina

(96 663 24 70)

PS: A senha para descodificar o anexo segue de outro modo.

#### *Temas /Questões*

- A. O que é para si o Bem-Estar?
- B. Como é que processo de Psicoterapia influenciou o seu Bem-Estar?  
Como diminuiu o seu Bem-Estar?  
Como aumentou o seu Bem-Estar?

### **Exemplo 2 de pedido de feedback**

Olá (nome do Participante),

Conforme combinámos hoje à tarde aqui vai, em anexo, a nossa entrevista transcrita. Começo por avisá-lo que é sempre muito estranho lermos o nosso discurso falado quando é passado a escrito. O discurso falado é muito mais livre e tem muitos apoios da linguagem não verbal que lhe dão uma essência que se perde e que, quando se passa a escrito, não aparece. Transcrevi como ele aconteceu, natural e espontâneo. Mas a nossa entrevista teve aspetos que a transcrição não deixa captar. Mesmo assim acho que pode ser interessante para si ler a sua reflexão. Para mim foi muito interessante e importante a sua participação e as suas palavras. Espero que o (nome do Participante) também goste.

Relembro que toda esta informação é confidencial, apenas pequenas e não identificativas partes poderão ser usadas na tese ou artigos publicados.

Gostava que verificasse se há algum aspecto que gostaria acrescentar à sua participação. Como sabe, na investigação que estou a fazer, quero compreender de que modo é que a Psicoterapia aumentou ou diminuiu o Bem-Estar das pessoas que passaram por processos psicoterapêuticos, ou seja as perguntas de partida são:

O que é para si o Bem-Estar? De que modo a terapia o ajudou, ou não, a aumentar o seu Bem-Estar?

Pode responder breve e diretamente, pode verificar se acha que a sua entrevista responde a estas questões ou então escrever o que gostaria de acrescentar, remover ou alterar na sua participação. Claro que estou completamente disponível e recebo bem qualquer outro comentário que deseje fazer sobre a investigação ou a nossa entrevista.

Muito obrigada mais uma vez.

Desejo-lhe a continuação de umas óptimas férias!

Não hesite em contactar-me se tiver qualquer dúvida ou se puder ser útil de alguma maneira.

Catarina Vaz Velho

96 663 24 70

PS: Segue senha por outra via!

## **APÊNDICE E Excerto de *feedback***

---

... Eu só sei falar por imagens... :P

— Sobre a imagem do “Muro” e da “Marreta”: Tem definitivamente a ver com o “The Wall”.

O Waters escreve sobre os seus traumas e as suas revoltas, associado ao confronto e perda do seu amigo Barrett. A escola, os pais, as mulheres, a 2.<sup>a</sup> guerra, o mundo do espectáculo, e todo o distúrbio que o desassossega. Para mal dos meus pecados, senti-me quase espontaneamente identificado com aquela personagem, o Pink (tinha eu uns 14 ou 15 anos, o que ajuda), o filme tem muitos momentos em animação, e na cena final, a ultima música, trata de um julgamento com a acusação e a defesa com personagens de figuras metafóricas contorcendo-se pela grande parede acabando numa grande (ao que eu senti/sinto) mesmo desmesuradamente grande sentença.

“Since, my friend, you have revealed your deepest fear,

I sentence you to be exposed before your peers.

Tear down the wall!”

(<http://www.youtube.com/watch?v=FCMHmDnfD6I> — 6’ min.)

(P04, F2)

## **APÊNDICE F    Recados aos Terapeutas**

---

*"quando a pessoa não quer não vale a pena."* (PO2)

*"é importante avisar que vai doer e que se doer demais pode parar, isso dá controlo."*  
(PO2, E)

*"Sentia que o processo não estava a avançar (...) gostava que ela tivesse partilhado isso comigo mais cedo, se também o estava a sentir."* (PO3, E)

*"muita empatia e muito... ambiente..."* (PO4, E)

*"as pessoas são criticáveis mas... sentirmos que isso é feito para o nosso Bem-Estar... não é atirado como uma crítica."* (PO6, E)

*"a adaptação dos espaços físicos... o meio envolvente é muito importante para nos sentirmos aconchegados."* (PO6, E)

*"não tenho nenhum conselho a não ser sejam vocês mesmos. Se não gostar mudo de terapeuta."* (PO7, E)

*"vocês fazem muito bem o processo de terminar a sessão, a ver se eu saio daqui mais composto... isso está ótimo, mas acrescentem aí uma parte de revisão (...) não deixem as pessoas à deriva."* (PO7, E)

*"o que eu gostaria é que a minha terapeuta soubesse que de facto ajudou esta mulher."* (PO8, E)

*"vestir-se de forma neutra... até porque se fala às vezes de coisas íntimas e é misturar alhos com bugalhos."* (PO9, E)

*"acho devia fazer parte... pelo menos explorar a fé, quais são as crenças."* (PO9, E)

*"não estava tão interessada em ouvir-me como em impor-me."* (P10, E)

*"honestidade de falar sobre como é que está a correr a psicoterapia"* (P10, E)

*"a psicoterapia faz sugestões o que eu acho fantástico uma ajuda enorme porque a gente vai pelo caminho, mas vai de mão dada."* (P11, E)

*"quer dizer: uma pessoa que monopolizava muito as sessões... e os terapeutas na minha opinião deviam cortar... não é abruptamente, mas cortar."* (P14, E)

*"o tom de condescendência (...) 'não pense nisso porque você não ia conseguir'."*  
(P15, E)

*"a pessoa não estava a ser sincera ... um misto entre tom de voz e as próprias expressões faciais"* (P15, E)

*"opinião pessoal e não valorizar aquilo que poderia ser o que eu queria"* (P15, E)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 Componente sequencial de sete fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática, adaptado de Vasco e Conceição (1998:2008)

7.ª FASE				
ANTECIPAÇÃO DO FUTURO E PREVENÇÃO DA RECAÍDA				
A.	B.	C.	D.	E.
projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo	antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico	fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo	integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo/a	reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida

6.ª FASE				
CONSOLIDAÇÃO DA MUDANÇA				
A.	B.	C.	D.	E.
lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento	cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento	aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade	generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida	desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas

5.ª FASE				
IMPLEMENTAÇÃO DE ACÇÕES REPARADORAS				
A.	B.	C.	D.	E.
escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal	afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade	integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito	agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades	lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades

4.ª FASE				
REGULAÇÃO DA RESPONSABILIDADE				
A.	B.	C.	D.	E.
assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros	assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido	perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades	compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais	reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas

3.ª FASE				
CONSTRUÇÃO DE NOVOS SIGNIFICADOS REPARADORES RELATIVOS À EXPERIÊNCIA E AO SELF				
A.	B.	C.	D.	E.
perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente	identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento	superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores	compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades	formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamento problemáticos

2.ª FASE				
AUMENTAR A CONSCIÊNCIA DA EXPERIÊNCIA E DO SELF				
A.	B.	C.	D.	E.
explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio/a	ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a)	tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito	sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo/a	traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento)

1.ª FASE				
CONFIANÇA, MOTIVAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA RELAÇÃO				
A.	B.	C.	D.	E.
sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico	sentir um clima de segurança e confiança na capacidade do terapeuta para o/a ajudar	negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível	sentir-se numa relação de colaboração com o terapeuta	sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia