



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**Representações do Processo Psicoterapêutico – A Relação Terapêutica na
Psicoterapia Psicanalítica**

Luís Carlos Batista

Orientador:

Professor Doutor Rui Aragão Oliveira

Évora, 05 de Dezembro de 2012

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de fazer um especial agradecimento ao professor Doutor Rui Aragão Oliveira por toda a disponibilidade, pelas oportunidades de aprendizagem, compreensão, por todos os momentos de discussão e reflexão sobre o tema em análise neste trabalho, que me fizeram crescer quer enquanto psicólogo quer enquanto investigador.

Quero deixar um especial agradecimento aos amigos – Sandra Saraiva, Sara Padilha, António Guerreiro, Neuza Valadas, Ana Rosado, Cátia Fonseca, Ricardo Mendes, Ashley Tavares, Cláudia Silva - que me acompanharam durante o processo de realização desta dissertação, que me deram muitas vezes força em momentos de maior cansaço, os quais criaram comigo momentos de reflexão e discussão sobre tema, pela curiosidade que lhes despoletava.

Quero agradecer também à minha família pela força, disponibilidade e compreensão nas minhas ausências durante o processo de elaboração deste trabalho.

Representações do Processo Psicoterapêutico – A Relação Terapêutica na Psicoterapia Psicanalítica

O presente estudo explora as experiências vividas de um processo psicoterapêutico por uma amostra clínica que realizou psicanálise ou psicoterapia psicanalítica. O principal objetivo é analisar e compreender como é que a relação entre psicoterapeuta e sujeito num processo psicanalítico ou psicoterapêutico psicanalítico é percebida em diferentes momentos. O design de investigação remete para um estudo exploratório, recorrendo-se a um modelo de análise qualitativa de dados obtidos a partir de questionários e/ou entrevistas utilizando-se as recomendações metodológicas do Método de Investigação Qualitativa Consensual. Foram contactados 17 psicoterapeutas, e 21 sujeitos foram registados como tendo aceitado realizar entrevista. Os dados foram recolhidos de 13 sujeitos que terminaram psicoterapia psicanalítica de longo tempo e psicanálise. Os dados revelaram diferentes argumentos acerca da relação terapêutica.

Palavras-chave: processo psicoterapêutico; relação psicoterapêutica; psicoterapia psicanalítica; psicanálise.

Representations of Psychotherapeutic Process – The Therapeutic Relationship in the Psychoanalytic Psychotherapy

The present study explores lived experiences of the psychotherapeutic process in a clinical sample that did a psychoanalytical psychotherapy or psychoanalysis. The main aim is to analyse and understand how the relationship between patient and therapist in the process of psychoanalytical psychotherapy or psychoanalysis it is realised by the patients in different moments. The research design was an exploratory study using qualitative analysis methodology by resorting to questionnaires and/or interviews, using methodological recommendations of the Consensual Qualitative Research (CQR) method. 17 psychotherapists were contacted, and 21 patients were registered as having agreed to make the interview. Data was collected from 13 patients who finished a long term psychodynamic psychotherapy or psychoanalysis. The data has shown really different arguments about this relationship.

Key-words: psychotherapeutic process; therapeutic relationship; psychoanalytic psychotherapy; psychoanalysis.

Índice

Introdução	1
Parte I – Estudo Teórico	3
Capítulo 1: Investigação na Intervenção Psicoterapêutica Psicanalítica	3
1.1 Problemas de Eficiência e de Eficácia.....	11
1.2 Problemas Metodológicos Específicos na Investigação do Processo Psicoterapêutico de base Psicanalítica.....	14
1.3 Estudo do Processo Terapêutico.....	17
Capítulo 2: A Experiência Subjetiva do Sujeito em Psicanálise/ Psicoterapia Psicanalítica	25
Parte II – Estudo Empírico	29
Capítulo 3: Metodologia.....	29
3.1 Objetivos e Questões de Investigação	29
3.2 Participantes	30
3.3 Instrumento.....	31
3.4 Desenho de Investigação	33
3.5 Procedimentos	34
Capítulo 4: Apresentação e Discussão dos Resultados	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Discussão	45
Conclusão	50
Referências Bibliográficas	53
Anexos	62
Anexo 1 – <i>Abstract</i> submetido ao 3º Congresso do Capítulo Europeu e do Reino Unido da <i>Society for Psychotherapy Research</i> e respetiva resposta por e-mail.....	62

Anexo 2 – Questionário para Profissionais	63
Anexo 3 – Guião de Entrevista para os Sujeitos	69
Anexo 4 - Tabela de Dados referentes aos Terapeutas.....	72
Anexo 5 - Tabela de Dados referentes aos Sujeitos	73
Anexo 6 - Tabela de Análise do Motivo que levou à Terapia, a partir da questão:	74
Anexo 7 - Tabela de Análise das respostas em Momento Início e Momento Final à questão.....	79
Anexo 8 - Tabela de Análise das Respostas para o <i>Momento Inicial</i>	86
Anexo 9 - Tabela 6 de Análise das Respostas para o <i>Momento Final</i>	88

Lista de Quadros

Quadro 1: Correspondência das Constituintes da Estrutura às Unidades de Significado que as constituem, da categoria <i>Momento Inicial</i>	38
Quadro 2: Correspondência das Constituintes da Estrutura às Unidades de Significado que as constituem, da categoria <i>Momento Final</i>	41

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Representação dos Conteúdos Subjetivos evocados no momento inicial.....	39
Gráfico 2: Representação dos Conteúdos Objetivos evocados no momento inicial.....	39
Gráfico 3: Representação dos Conteúdos Subjetivos evocados no momento final.....	42
Gráfico 4: Representação dos Conteúdos Objetivos evocados no momento final.....	42
Gráfico 5: Comparação dos Conteúdos evocados nos momentos inicial e final.....	44

Introdução

Foi nos finais do século 19 que a psicoterapia ganhou relevância como prática profissional, traçando-se a história desta a partir da medicina espiritual, nomeadamente a partir da aplicação do método Socrático para se formularem questões que permitam aos sujeitos chegarem a um conhecimento latente, a método de cura de xamã, do ato de confissão aos padres, etc (Werbart, 2005). Em todas estas formas de tratamento psicológico encontra-se a importância do papel ativo do sujeito para a resolução da problemática, tal como acontece na psicanálise (Zweig *in* Werbart, 2005). Quando a psicoterapia foi considerada como uma forma de tratamento, socorreu-se do modelo clínico da medicina para produzir investigação a partir da formulação exploratória de teorias sobre o *setting* terapêutico, no entanto o foco desta tem sido mais nos terapeutas, desvalorizando-se muitas vezes o sujeito em terapia (Werbart, 2005). Ainda assim, começa-se a dar atenção aos fundamentos teóricos e aos princípios da psicoterapia que se têm revelado inconsistentes, sendo que uma das estratégias é o direcionar o foco de atenção não apenas ao profissional mas também ao cliente (Werbart, 2005).

Posto isto, o presente trabalho de dissertação de mestrado em psicologia clínica e da saúde centra-se sobre as representações do processo psicoterapêutico, no qual se exploram e analisam aspetos relacionados com este. Particularmente perceber a investigação que é realizada em psicanálise e psicoterapia psicanalítica, nomeadamente no que se refere ao próprio processo psicoterapêutico, bem como os problemas metodológicos que lhes estão subjacentes e que têm sido alvo de discussão. E por último, analisar a experiência subjetiva do sujeito que esteve em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica, recorrendo-se a uma metodologia de análise de dados qualitativa.

Assim sendo, este trabalho começará por abordar questões como os problemas relacionados com o estudo da eficácia e da eficiência do processo psicoterapêutico, os problemas relacionados com metodologias de investigação específicas (e.g., gravação; ensaios clínicos aleatórios; análise quantitativa e qualitativa, etc) aplicadas aos estudos do processo, e também discutir aquilo que tem sido realizado nas mais variadas investigações sobre o processo psicoterapêutico de base psicanalítica. Depois, numa segunda parte da discussão teórica, é abordada a questão da experiência subjetiva do sujeito que realiza psicoterapia psicanalítica, enquadrada no estudo de investigação apresentado neste trabalho de dissertação.

O estudo empírico desenvolvido neste trabalho reporta-se às representações mentais do sujeito que tenha realizado psicoterapia psicanalítica ou psicanálise sobre este processo terapêutico, sendo apresentado apenas as questões relacionadas com a relação terapêutica entre sujeito e profissional. Isto é, a partir das representações mentais do sujeito sobre um processo de natureza terapêutica há muitos aspetos passíveis de serem estudados, como a eficiência e a eficácia; o tipo de relação que se estabelece entre terapeuta e sujeito; as ideias que o sujeito tem sobre o próprio processo ou seja, as suas teorias internas, e a forma como elas irão influenciar o desenvolvimento do mesmo. Neste caso específico, tenta-se aprofundar os conhecimentos sobre a relação terapêutica, a forma como o sujeito percebe esta relação e o que muda de um momento inicial do processo terapêutico para um momento final do mesmo, tentando-se depois caracterizar e compreender como ocorre esta mudança.

Decorrente do trabalho de investigação, foi submetida uma proposta de apresentação para o 3º Congresso do Capítulo Europeu e do Reino Unido da *Society for Psychotherapy Research*, a realizar no Porto, em outubro do corrente ano, o qual tem como tema central a investigação sobre o processo psicoterapêutico, tendo a mesma sido aceite pela organização do Congresso, do qual se apresenta o *abstract* em anexo (**Anexo 1**).

Parte I – Estudo Teórico

Capítulo 1: Investigação na Intervenção Psicoterapêutica Psicanalítica

A investigação sobre o processo psicoterapêutico de inspiração psicanalítica, tem assumido na atualidade um interesse crescente (e.g., Berghout & Zevalkink, 2009; Busch & Milrod, 2010; de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009; Gabbard, 2005; Hinshelwood, 2010; Kächele, 1988; Knekt, Lindfors, Laaksonen, Renlund, & Haaramo et al., 2011; Kocsis, Gerber, Milrod, Roose, & Barber et al., 2010; Levander & Werbart, 2012; Midgley, 2006; Philips, Wennberg, Werbart, & Schubert, 2006; Salzer, Leibing, Jakobsen, Rudolf, & Brockmann et al., 2010; Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, & Broberg et al., 2000; Shedler, 2010; Wzontek, Geller, & Farber, 1995), no que toca aos resultados, às metodologias de análise e à recorrente discussão eficiência versus eficácia psicoterapêutica.

Recuando até ao aparecimento do modelo psicanalítico com Freud, constata-se que o desenvolvimento da teoria que lhe está implícita, tal como os modelos de intervenção psicológica e de investigação surgiram com o desenvolvimento da própria prática clínica (Anderson, 2006; Neves, 2008). Facilmente se pode concluir que este não é um simples modelo de intervenção, com um campo de ação restrito à intervenção psicológica, mas abrange também a investigação a partir dos casos clínicos em acompanhamento.

No entanto, ainda que tenha surgido o modelo de investigação sobre a intervenção terapêutica psicanalítica, este parece não satisfazer as necessidades de investigação da própria comunidade psicanalítica. As razões apontadas reportam-se à limitação do método de estudo de caso, uma vez que este não permite a descoberta de novas evidências da vida psíquica, e realizar generalização dos resultados obtidos (Neves, 2008). Portanto, esta tem sido uma época na qual se tem dado ênfase à discussão sobre como fazer investigação em Psicanálise/ Psicoterapia Psicanalítica. Tenta-se assim, perceber quais serão os melhores métodos de investigação em psicoterapia psicanalítica, de forma a não se desvalorizar a complexidade de todo o processo psicoterapêutico psicanalítico. Posto isto, revela-se importante perceber o que tem sido debatido e as conclusões a que se têm chegado.

Quando nos debruçamos sobre a investigação em psicoterapia psicanalítica é importante termos em conta que existem duas grandes linhas de investigação, uma mais lógico-racionalista, que remete para a utilização do método experimental, adotada pelas escolas anglo-saxónica e americana. Outra no seguimento da linha

desenvolvida por Freud, remetendo para a utilização do método da psicanálise, adotada pela escola europeia (Neves, 2008), que, como já aqui referido, não é apenas um método de cura, mas também de investigação. No entanto, com o aumento da exigência para se comprovar o recurso positivo ao método psicoterapêutico psicanalítico, bem como para demonstrar o sucesso de um processo psicoterapêutico de base psicanalítica na área da saúde mental, tem surgido uma grande pressão sobre a própria comunidade psicanalítica. Reclama-se que se realize investigação de uma forma mais sistemática, tal como já acontece com outros modelos de abordagem à psicoterapia, com o objetivo de tornar este método científico, tendo em conta os requisitos da própria ciência (Levy, 2012; Neves, 2008). No entanto, até que ponto esta tentativa de cientificar o modelo psicanalítico, tentando igualá-lo às outras ciências, não leva à adoção de métodos inapropriados e desenquadrados tanto do objeto de trabalho como dos objetivos do modelo psicanalítico? Um dos argumentos que tem sido utilizado contra a sistematização de investigação do modelo psicanalítico, remete para o desenvolvimento de hipóteses que são desenvolvidas a partir da experiência clínica, levando o contexto clínico para uma área de exploração a partir de hipóteses, o que acaba por ser redutor e não representativo daquilo que é o modelo psicoterapêutico psicanalítico (Hoffman, 2012).

Esta tem sido uma ideia amplamente debatida, uma vez que ao reger-se a investigação em psicoterapia psicanalítica a partir do modelo lógico-racionalista, é pedir que se analise o inconsciente com base num modelo racionalista (Neves, 2008). Sendo que este aspeto acaba por levantar algumas dúvidas, se tivermos em conta que o inconsciente é algo que foge ao controlo do racional, produzindo-se desta forma resultados sobre o inconsciente que podem ser medidos em causa, para além de que se acaba por reduzir o modelo psicanalítico a tal ponto que toda a complexidade e riqueza características e inerentes a este método se perdem. Ao analisarem-se os objetivos postulados da psicoterapia psicanalítica, esta ideia vai contra os próprios pressupostos do modelo psicanalítico, o qual tem em conta todos os elementos que surgem e se desenvolvem na relação terapêutica e que lhes estão inerentes. Esta é uma ideia que já foi apontada anteriormente, nomeadamente pelas escolas francesa e alemã, as quais tentaram demonstrar o modelo psicanalítico a partir do modelo lógico-racionalista, tendo resultado num bom ajustamento ao paradigma clássico da ciência, mas que se revelou desajustado ao próprio modelo psicanalítico (Leuzinger-Bohleber & Bürgin *in* Neves, 2008).

Este aspeto leva-nos a pensar nas particularidades do próprio modelo, as quais não se coadunam com as características do modelo lógico-racionalista, levando-nos mesmo a afirmar que uma vez que o modelo psicanalista é diferente dos outros modelos psicoterapêuticos que se adequam a um método mais lógico-racionalista, faz sentido que o método de investigação em psicanálise seja também ele diferente (Fonagy, 2003). Muitos dos estudos que se têm levado a cabo a partir do modelo lógico-racionalista baseiam-se apenas na alteração de sintomas, constituindo-se este aspeto como uma forma redutora de avaliar qualquer processo psicoterapêutico, de natureza complexa, levando desta forma os próprios psicoterapeutas de base psicanalítica a apresentarem alguma relutância no que concerne aos resultados apresentados pela maioria das investigações que são feitas sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico (Fonagy, 2003; Vivona, 2012). Esta estratégia de se produzir investigação de uma forma sistemática e nomeadamente sobre os resultados do processo psicoterapêutico, acaba por gerar resultados que podem ter um certo efeito perverso, tal como nos alerta Hoffman (2012) na própria prática clínica. Portanto, podemos assim considerar que um modelo de investigação deve ser formulado a partir das próprias especificidades da área científica sobre a qual se pretende produzir investigação (Hinshelwood, 2010). Reportando-nos para o modelo que aqui discutimos, tendo em conta que o objeto de estudo da psicanálise é o inconsciente humano, torna-se então importante encontrar aquele que será o modelo mais adequado às próprias características do processo psicanalítico.

A comunidade psicanalítica internacional tem revelado ao longo dos últimos anos um interesse crescente em estudos sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, nomeadamente sobre a eficácia e na eficiência.

No entanto, existe uma grande lacuna no estudo do processo psicanalítico/ psicoterapêutico uma vez que, poucas vezes se faz tendo em conta a natureza complexa deste, limitando-se a isolar aspetos inerentes ao mesmo, bem como motivada pelas grandes diferenças que o modelo psicoterapêutico psicanalítico apresenta em comparação com outras disciplinas científicas (Fonagy, 2003).

Este aspeto acaba por levantar questões, ou seja, quando nos detemos ao estudo do processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico e tendo em conta toda sua riqueza e complexidade, pode tornar-se redutor estudar apenas aspetos deste, dividindo-o em partes distintas à primeira vista. Este facto pode levar a que se questionem alguns resultados que se têm concluído neste âmbito. Isto porque há imensas variáveis associadas ao próprio processo e que não são tidas em conta

quando se realizam estudos deste género, variáveis estas que também estão implicadas ao longo de todo o processo e que influenciam o mesmo (e.g., relação terapêutica, características individuais do sujeito e do profissional). Uma outra questão que se pode ainda colocar remete para a fiabilidade dos resultados de uma investigação que se dedique ao estudo daquilo que acontece no espaço terapêutico (Strupp, 2001). Uma das metodologias utilizada por alguns autores (e.g., Luborsky, Stuart, Friedman, Diguier, Seligman et al., 2001; Roberts & Renzaglia, 1965; Webb, Derubeis, Dimidjian, Hollon, Amsterdam et al., 2012;) no estudo sobre o processo terapêutico, e que tem como objetivo contornar esta questão relativa à fiabilidade tanto dos dados que se obtém bem como dos resultados a que se chegam, remete para o recurso ao método de gravação das sessões (e.g., gravação em áudio e/ ou em vídeo). Este método de recolha de dados tem sido alvo de uma importante discussão, particularmente sobre as metodologias de aplicação do método de gravação, bem como sobre as próprias influências que este método poderá exercer no desenrolar do processo psicoterapêutico.

No recurso ao método de gravação, quer em formato vídeo quer em formato áudio, a questão da influência deste método sobre o percurso do processo psicoterapêutico acaba sempre por surgir. Ou seja, o recurso a este método poderá exercer influências quer no psicoterapeuta quer no sujeito, nomeadamente a nível da própria espontaneidade destes dois. Existem dados que referem que o sujeito quando sabe que a sessão é gravada em áudio apresenta uma tendência para falar sobre si mesmo de uma forma mais positiva do que aquela que acontece quando pensa que a sessão não é gravada (Roberts & Renzaglia, 1965). Já no que se refere ao profissional, este parece também apresentar algumas alterações aquando da gravação de sessões ou seja, o profissional, perante a gravação de sessões aparenta revelar uma relação mais distante com o sujeito quando comparado com sessões em que o profissional não sabe que a sessão será gravada, revelando durante a mesma uma relação mais centrada no cliente (Roberts & Renzaglia, 1965). À partida parece que este método influencia a forma como o profissional está, pensa e organiza a relação que desenvolve com o sujeito, acabando por reduzir a espontaneidade natural e necessária ao desenvolvimento desta díade. No entanto, parecem existir hipóteses alternativas que contornem estas influências indesejáveis, nomeadamente se a gravação for realizada sem o psicoterapeuta e o sujeito saberem da aplicação da mesma. Isto poderia resultar em aspetos positivos, se tivermos em conta que o profissional poderia socorrer-se destas gravações para avaliar o desenrolar do

processo psicoterapêutico, bem como para uma recolha de dados mais fidedigna e mais próxima da realidade. Mas por outro lado, esta alternativa acaba por levantar questões éticas e deontológicas, pois tendo em conta que um processo psicoterapêutico trabalha questões íntimas referentes ao sujeito, este tem o direito de saber e o poder de escolha para aceitar ou recusar participar num processo com recurso à gravação de sessões, ou até mesmo num estudo de investigação que se sirva desta metodologia específica.

No entanto, para fazer face às possíveis influências que qualquer método poderá exercer no profissional, é necessário que este possua uma validação de formação psicoterapêutica, a qual tenha exigido, no caso da formação em psicoterapia psicanalítica, a obrigatoriedade de supervisão regular individual, não só para avaliar a evolução dos casos, como também para apreciar detalhes de uma natureza mais inconsciente daquele que é considerado como o grande instrumento de trabalho do próprio psicoterapeuta, que é o lidar com processos transferenciais e contra-transferenciais - sendo os mesmos considerados como inconscientes para o próprio psicoterapeuta.

Posto isto, coloca-se a questão sobre se existe alguma forma totalmente eficaz de se poder traduzir aquilo que se passa num espaço terapêutico e que seja capaz de nos levar a resultados capazes de serem generalizados. Muito do que se tem feito nos dias de hoje é o recurso a escalas de pontuação, mas será que esses valores que se obtêm são passíveis de serem traduzidos? Que significados apresentam estes valores num contexto terapêutico? Ao adotarem-se tais procedimentos, estamos a ir contra a própria conceção da psicologia e da psicanálise, as quais vêm o sujeito como um ser único e individual, porquanto o que se tem feito é estudar o processo esquecendo-se a individualidade quer do próprio sujeito quer do próprio psicanalista/ psicoterapeuta. Neste sentido e após estas questões, o estudo do processo psicoterapêutico que adote métodos como análise de casos clínicos, bem como análises qualitativas, tentam contornar todas estas questões, tentando nunca esquecer a complexidade quer do processo, quer do sujeito.

Fazendo-se uma análise sobre estudos que têm sido realizados sobre o processo em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica podemos facilmente perceber a crítica supramencionada. Veja-se o exemplo do estudo levado a cabo pelos autores Berghout e Zevalkink (2009) que ao quererem estudar o significado clínico dos processos psicanalítico e psicoterapêutico psicanalítico recorreram a um conjunto de instrumentos de avaliação de sintomatologia e de personalidade, enfatizando apenas

os sintomas e a própria estrutura de personalidade, o que revelou uma metodologia de investigação lógico-racionalista, que traduz as características em números. Este tipo de procedimentos é em si mesmo uma forma tão redutora de toda a natureza complexa e rica do processo psicanalítico/ psicoterapêutico, ao interpretar o mesmo por uma escala de pontos (Fonagy, 2003).

Um dos estudos desenvolvidos mais atuais e de grande importância para a psicanálise e para a psicoterapia psicanalítica foi *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP)*, tentando-se a partir deste, por um lado colmatar a falta de investigação sobre os resultados do processo psicanalítico/ psicoterapêutico, e por outro lado adotar uma metodologia de investigação que mais se adequasse ao modelo psicanalítico (Lazar, Sandell, & Grant, 2006; Sandell et al., 2000). Os autores deste estudo recorreram a diferentes métodos de recolha de dados, nomeadamente entrevistas pessoais, questionários, inventários de autorresposta e relatórios oficiais, em vários momentos do processo psicanalítico/ psicoterapêutico em contexto privado, desde uma fase anterior ao próprio processo, durante o mesmo, e após o seu o término (Lazar, Sandell, & Grant, 2006; Sandell et al., 2000). O objetivo deste estudo foi demonstrar a eficácia dos processos psicanalítico e psicoterapêutico psicanalítico. Nomeadamente, tentou-se perceber se estes processos teriam influência na saúde dos sujeitos bem como no recurso aos cuidados de saúde feito pelos mesmos (Lazar, Sandell, & Grant, 2006); se o número de sujeitos que deixavam de trabalhar por motivos de doença prolongada, os níveis de incapacidade e ainda o número de acesso a pensões de invalidez podiam ser reduzidos (Lazar, Sandell, & Grant, 2006); de que forma as atitudes dos terapeutas podem estar relacionadas com os resultados dos sujeitos (Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert, & Broberg, 2006); a relação entre a formação psicoterapêutica dos profissionais e as mudanças ocorridas nos sujeitos (Sandell, Carlsson, Schubert, Grant, Lazar, & Broberg, 2006); a relação entre medidas de autoavaliação de saúde subjetiva e comportamentos de saúde relacionados com doença (Lazar, Sandell, & Grant, 2007a); explorar as variações interindividuais nas mudanças que ocorreram na utilização de cuidados de saúde durante o processo psicoterapêutico e as características dos sujeitos relacionadas com estas variações (Lazar, Sandell, & Grant, 2007b). Pode-se portanto concluir que este estudo revelou-se de uma enorme importância, pela abrangência de variáveis e relações que tentou explorar, analisar e compreender, assumindo um particular destaque na investigação sobre os processos psicanalítico e psicoterapêutico psicanalítico como referência internacional.

No entanto, uma outra preocupação que tem surgido ao longo dos tempos pelos investigadores, ainda sobre psicanálise e psicoterapia, remete para o estudar das diferenças quanto à duração de um processo psicoterapêutico, nomeadamente com o objetivo de se perceber se existem diferenças significativas entre os processos de longa e de curta duração. Mas esta tem sido uma preocupação que tem gerado alguma controvérsia, nomeadamente quanto aos resultados a que os estudos têm chegado (Luborsky, 2001). Estes resultados parecem apontar para que ambos os tipos de intervenção - quer de curta quer de longa duração - produzam resultados positivos para os sujeitos, no entanto parece não haver um consenso sobre estes, e uma das justificações parece apontar para as diferentes metodologias que são utilizadas (Luborsky, 2001).

Um dos aspetos que deve ser tido em conta quando pretendemos compreender e estudar o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, remete para a ideia do sujeito como um todo, sem que nos esqueçamos que num processo desta natureza é estabelecida uma relação de grande importância (Bornstein, 2008). É nesta relação que surge a vida interna do sujeito em análise/ psicoterapia, mas tal não seria possível se não houvesse disponibilidade interna e encorajamento do próprio psicanalista/ psicoterapeuta. Posto isto, torna-se importante termos em conta que ao estudarmos um processo desta natureza teremos que analisar tanto o sujeito como o profissional, de forma a obtermos resultados mais fidedignos da realidade do próprio processo, sem nos esquecermos dos processos de transferência e contratransferência que acontecem no decorrer de qualquer relação terapêutica, e que se constituem como sendo de extrema importância para o desenrolar do próprio processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico (Bornstein, 2008). Entretanto, facilmente se percebe que a mudança não opera apenas no sujeito, ainda que seja neste que ocorra uma mudança mais significativa, mas como também no próprio profissional, isto se tivermos em conta que existe uma constante troca entre os dois (Bornstein, 2008).

Como tal, a análise do processo como um todo, constitui-se assim como necessária para se poderem verificar e concluir vários aspetos (e.g., resultados; eficiência; eficácia; relação terapêutica, etc.).

Uma das preocupações que remete para a falta de investigação produzida sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico tem exatamente a ver com as dúvidas que recaem sobre o modelo psicanalítico no que diz respeito à sua atuação em saúde mental (Busch & Milrod, 2010), levando outros profissionais da área da saúde mental a descredibilizarem cada vez mais este modelo de intervenção. Apesar

disto, a investigação que tem sido produzida nesta área tem levado a um desenvolvimento da descrição manualizada de tratamentos que permitem valorizar o modelo psicanalítico em detrimento dos modelos intervenção de curta-duração, inclusive para perturbações da personalidade, bem como para perturbações de eixo I (Busch & Milrod, 2010; Strupp, 2001). No entanto, esta ideia da manualização das intervenções psicológicas que se possam produzir a partir da investigação, remetem apenas para ideias sobre os procedimentos, trazendo mesmo algumas consequências, nomeadamente uma menor discrepância na forma como os profissionais trabalham no processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, o que acaba por resultar igualmente em vantagens nomeadamente para a investigação sobre o processo de intervenção psicológica, bem como para a própria formação de futuros técnicos (Strupp, 2001). No que se reporta à manualização de tratamentos psicológicos, este pode assumir uma certa importância para efeitos de investigação e confluência de técnicas referentes a um modelo de intervenção psicoterapêutica específico. Ainda assim, é importante ter-se em atenção que estes não devem ser adotados de uma forma rígida, pois isso significaria não dar importância às especificidades do sujeito nem do próprio psicoterapeuta, pois este último deve fazer uma adaptação daquilo que são os tratamentos manualizados para a prática clínica, de acordo com as especificidades dos dois atores e até mesmo do contexto relacional em que se inserem (Vivona, 2012).

Um dos aspetos que se observa na análise aos estudos sobre o processo psicoterapêutico é o de que geralmente não se têm em conta as especificidades de formação em psicoterapia dos profissionais participantes, constituindo-se esta como uma importante variável se se tiver em conta a duração e as evoluções que ocorrem durante a mesma e a forma como irá ter impacto num trabalho psicoterapêutico.

Fazendo uma análise sobre o processo de investigação na clínica psicanalítica, há certos aspetos que devem ser tidos em conta, para além daqueles que têm vindo a ser referidos. Este processo de investigação deverá ser realizado dentro do consultório, uma vez que o processo psicanalítico é em si mesmo, não só um método de cura como também de investigação sobre o próprio sujeito; no que se refere ao próprio investigador, este deve possuir certas competências bem desenvolvidas, como a observação, a interpretação, a introspeção, bem como uma compreensão teórica das ideias mais relevantes (Rustin, 2003). Todas estas exigências surgem com o propósito de se adequar a investigação ao próprio modelo psicanalítico que, como já referido anteriormente, trabalha o inconsciente, não esquecendo que é a partir da própria

relação que o sujeito cria com o psicanalista que o inconsciente se irá manifestar, a partir de mecanismos de transferência (Rustin, 2003).

A dificuldade na adoção de um modelo de investigação remete para a própria dificuldade em desenvolver ou adaptar um modelo que respeite e esteja de acordo com as especificidades do modelo psicanalítico, bem como do modelo de investigação da ciência (Vivona, 2012).

No entanto, têm sido desenvolvidas novas metodologias de investigação do processo psicoterapêutico psicanalítico, que se centram nas teorias internas do profissional e do sujeito, recorrendo-se a entrevistas que promovem/ estimulam o pensamento e que diminuem a influência da construção de significado dos próprios investigadores, dando-se primazia às informações fornecidas pelo sujeito entrevistado (e.g., Lindgren, Werbart, & Philips, 2010; Philips, Wennberg, & Werbart, 2007; Philips, Wennberg, Werbart, & Schubert, 2006; Werbart, 2005; Werbart & Levander, 2011; von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Contudo, estas metodologias de investigação têm sido aplicadas em conjunto com outros instrumentos de recolha de dados mais quantitativos, como sejam questionários, escalas de avaliação, de forma a reduzir-se o efeito de subjetividade característico de métodos qualitativos.

O desenvolvimento de um modelo de investigação mais adequado ao modelo clínico psicanalítico vai permitir uma maior credibilização junto das sociedades científicas, dos próprios governos, de seguradoras de saúde, como também uma maior união dos próprios profissionais.

1.1 Problemas de Eficiência e de Eficácia

Após uma análise crítica sobre o modelo de investigação que tem sido adotado no estudo do processo psicoterapêutico psicanalítico, realiza-se agora uma análise sobre o estudo da eficiência e eficácia deste processo de base psicanalítica.

Antes de se iniciar esta análise, torna-se fulcral perceberem-se os dois conceitos de uma forma distinta. Assim, a Eficiência, tendo como objeto de estudo o processo psicanalítico/ psicoterapêutico, define-se como o estudo dos resultados alcançados com o menor recurso possível a técnicas de intervenção aplicadas; já a Eficácia reporta-se ao estudo dos métodos, das técnicas utilizadas no processo psicanalítico/ psicoterapêutico, com o objetivo de se produzirem os resultados pretendidos (Oliveira & Oliveira, *in press*). Estes são conceitos que não têm sido estudados isoladamente, até porque seriam estudos extremamente limitados. Como tal, no caso do modelo de base psicanalítica, a evolução que tem acontecido até aos dias de hoje, reporta-se ao

estudo dos dois conceitos – eficiência e eficácia - associados ao estudo do processo psicoterapêutico.

No que concerne ao estudo da eficácia clínica da psicanálise e psicoterapia psicanalítica, tem-lhe sido dado pouco ênfase, o que acaba por resultar numa certa relutância por parte daqueles que estão fora da comunidade psicanalítica, e leva também desta forma a uma desvalorização do próprio modelo de intervenção para as várias perturbações mentais (Busch & Milrod, 2010). Neste sentido, deve apostar-se mais em investigação sobre a eficiência bem como sobre a eficácia do modelo psicanalítico na resolução de problemáticas psicológicas (Constantinidès, Blondeau, & Drapeau, 2011), não só para credibilizar mais o modelo junto da sociedade em geral, bem como para ser reconhecido pelos poderes políticos como um modelo que se pode aplicar aos serviços nacionais de saúde, apresentando-se então como possível alternativa às outras abordagens existentes. Esta é uma ideia que pode ser possível de transpor para a realidade no campo da saúde mental, se houver uma aposta em estudos sobre as qualidades do modelo de base psicanalítica, demonstrando-se assim a sua importância (Busch & Milrod, 2010).

Ainda assim, torna-se pertinente mencionar uma das grandes limitações epistemológicas que merece especial destaque e que remete para o próprio modelo conceitual da psicoterapia psicanalítica. Perante este modelo, é suposto que ocorra no sujeito uma mudança estrutural, que é acompanhada de várias expressões, nomeadamente as queixas do próprio e os objetivos que o levaram a envolver-se num processo desta natureza. Especificamente, os objetivos do modelo psicoterapêutico psicanalítico passam por modificações da estrutura de personalidade; aquisição de *insight*, que fomenta a capacidade no sujeito em compreender os significados que estão na origem dos seus comportamentos e dos seus sintomas; confrontação com a realidade; e antecipar consequências negativas das próprias ações, o que acaba por resultar num melhor juízo, num alívio de tensões psicológicas e numa gestão das próprias contradições (Braconnier, 2000). Estes objetivos não estão bem definidos no modelo psicanalítico, não existindo portanto consenso entre autores (Braconnier, 2000). Parecem assim existir algumas dúvidas sobre se se deve estudar a eficácia, uma vez que segundo o modelo psicoterapêutico psicanalítico, os objetivos do sujeito sofrem alterações ao longo do decorrer do próprio processo. Portanto, parece ser mais correto e importante estudar o grau de mudança do sujeito, se tivermos em conta o discutido anteriormente.

Um dos problemas que tem sido apontado relativamente aos estudos de avaliação da eficiência e da eficácia em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica remete para a forma como os resultados destes estudos têm sido interpretados, e isto acontece porque não existe ainda um modelo consensual de avaliação/ investigação do processo (Constantinidès, Blondeau, & Drapeau, 2011). Este facto, por sua vez, leva a que se adotem métodos de investigação e interpretação de outras ciências, o que resultará provavelmente em erros de interpretação, e de dados falseados do que acontece na realidade.

Há um conjunto de fatores que parecem levantar um outro problema para a realização de estudos sobre a eficácia do modelo psicanalítico. São eles, a falta de tratamentos manualizados de longa duração, a dificuldade em formar grupos clínicos, o número de sessões não ser fixo (Deakin & Tiellet Nunes, 2009; Knekt, Lindfors, Laaksonen, Raitasalo, Haaramo, & Järvikoski, 2008; Tonge, Pullen, Hughes, & Beaufoy, 2009), bem como para o facto de este modelo não estar especificado para determinadas perturbações (Tonge, Pullen, Hughes, & Beaufoy 2009). Estes são aspetos que, à luz de outros modelos (e.g.: cognitivo-comportamental), permitem uma avaliação sistemática mais precisa sobre a eficácia e a eficiência, adotando-se os mesmos para o estudo do modelo psicanalítico. Porém persiste-se na não abordagem, uma vez mais, da natureza do modelo.

No que se refere à avaliação da eficácia, um dos métodos de estudo mais utilizados é o ensaio clínico aleatório (*randomized control trials*), uma vez que este é considerado como o melhor método de evidência científica, apesar de não se ajustar ao modelo psicanalítico (Tonge, Pullen, Hughes, & Beaufoy, 2009). Isto porque, um processo de natureza psicanalítico baseia-se em processos de transferência e contratransferência, não sendo desta forma, possíveis de tradução quantitativa fácil.

O grande problema que se coloca é a utilização de uma abordagem de investigação baseada no modelo biomédico, a qual se centra nos sintomas, o que vai contra a própria conceção do modelo psicanalítico, cujo não assume como primeira linha de ação a remoção destes (Gabbard, 2005). Colocando-se então a questão, de como se pode avaliar a eficácia e eficiência de um modelo, cujo objetivo principal não é a simples resolução da sintomatologia?

Com isto, volta a surgir a necessidade de um modelo de investigação adaptado ao modelo psicanalítico, na tentativa de colmatar todos estes problemas descritos anteriormente, que não nos podemos esquecer, de que são perspetivados a partir da comparação dos estudos realizados sobre outros modelos teóricos. Existe um aspeto

fundamental e que tem sido esquecido, ou seja, modelos de psicoterapia diferentes, com objetivos de estudo e metodologias de trabalho diferentes, devem ter também modelos de avaliação diferentes, podendo considerar-se a atitude que tem sido manifestada como reducionista e até mesmo arrogante ao avaliar-se a eficácia e a eficiência tendo como base os sintomas, esquecendo-se desta forma toda a relação que é criada e desenvolvida no processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico (Fonagy, 2003).

1.2 Problemas Metodológicos Específicos na Investigação do Processo Psicoterapêutico de base Psicanalítica

Tal como nos temos confrontado nas análises anteriormente realizadas sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, existe uma grande discussão, ainda sem consenso, sobre como se deve fazer investigação em psicoterapia psicanalítica. Podemos portanto afirmar que existem problemas metodológicos no processo de investigação em psicanálise, e sobre os quais nos iremos deter.

Uma das questões que tem sido colocada, e a qual também já referimos no ponto anterior, refere-se ao recurso de ensaios clínicos aleatórios (*randomized control trials*). O recurso a esta metodologia de investigação tem sido alvo de alguma controvérsia, pois se há autores (e.g., Busch & Milrod, 2010) que se referem à sua utilidade e aos benefícios para o próprio reconhecimento da psicanálise enquanto modelo cientificamente comprovado na resolução de problemáticas psicológicas, por outro lado também há autores (e.g., Tonge, Pullen, Hughes, & Beaufoy 2009) que se referem a esta metodologia como sendo uma forma de avaliação redutora do processo psicanalítico, na qual se tenta transformar a relação psicanalítica que se estabelece entre cliente e psicanalista, em números. Este é um aspeto que se constitui em si mesmo como um problema, pois se por um lado o recurso a esta metodologia de investigação permite dar maior credibilidade à psicanálise, junto da sociedade em geral bem como dos poderes políticos, por outro lado coloca-se a questão de como se pode traduzir em números aquilo que acontece num processo psicanalítico, tendo em conta que este modelo se foca na relação entre cliente e profissional. Partindo-se do princípio de que os ensaios clínicos aleatórios constituem-se como uma metodologia de investigação da área da medicina, como pode então ser esta aplicada ao modelo psicanalítico? Associada a esta técnica está a alteração sintomatológica, ou seja, o recurso aos ensaios clínicos aleatórios pretende medir as alterações que ocorrem na

sintomatologia apresentada pelo sujeito, tal como acontece na medicina, no entanto o processo psicanalítico não se baseia neste pressuposto. Ao contrário do modelo cognitivo-comportamental, que tem como objetivo a redução e/ou eliminação dos sintomas apresentados pelo sujeito, o modelo psicanalítico baseia-se antes na relação, sendo que o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico é perspectivado como reparador da relação, constituindo-se como o seu principal enfoque e objeto de trabalho (Hinshelwood, 2002; 2010).

Posto isto, torna-se então importante enunciarem-se quais os fatores a serem tidos em conta para o término de um processo psicoterapêutico de base analítica. Portanto, alguns dos aspetos que são considerados para o término do processo do sujeito são nomeadamente, a) a resolução de conflitos psicológicos; b) a capacidade de procurar a verdade sobre o próprio *self*; c) uma melhor capacidade para procurar objetos do *self* mais apropriados; d) uma melhoria nas relações como resultado de uma melhor compreensão acerca dos objetos relacionais internos; e) uma geração de significado dentro do diálogo psicoterapêutico; e) e por último, uma melhor capacidade de mentalização (Gabbard, 2010). Estes são aspetos gerais, que tal como se observa, descentram-se dos sintomas que o sujeito poderá apresentar, focando-se mais em aspetos estruturais.

O objetivo da ciência não é transformar todas as ciências numa só, mas sim, a cada área científica corresponder uma individualidade que as distinga umas das outras, e não sendo a psicanálise um modelo biomédico, terá que ter outras metodologias que se adequem às suas especificidades, ou em última análise, fazer-se uma adaptação de metodologias de outras áreas.

Um dos problemas que se coloca na aplicação de ensaios clínicos aleatórios, reporta-se exatamente à exigência deste método em utilizarem-se amostras homogêneas, o que no caso dos processos psicoterapêuticos é difícil, se não mesmo impossível, conseguir. Isto porque, os sujeitos, na grande maioria das vezes os próprios investigadores não têm em conta a própria personalidade dos sujeitos que constituem os grupos (Levander & Werbart, 2012), apresentam diagnósticos de comorbilidades, enviesando assim a exigência da homogeneidade; bem como a dificuldade em encontrar sujeitos que aceitem fazer parte de ensaios clínicos de longa duração, ocorrendo geralmente uma grande percentagem de desistências, o que acaba por meter em causa desta forma o próprio estudo (Fonagy, Roth, & Higgitt 2005; Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, et al., 2006).

Uma outra questão que tem sido amplamente discutida refere-se aos próprios métodos de recolha de dados, uma vez que a forma como estes são recolhidos pode exercer alguma influência sobre o próprio processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, podendo mesmo acabar por se constituir como uma variável parasita que poderá influenciar os resultados bem como o curso normal de todo o processo. Um dos problemas que se coloca diz respeito às representações do processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico do profissional que recolhe os dados, o que pode meter em causa a própria neutralidade requerida. Por outro lado, temos o recurso a instrumentos de gravação de vídeo e/ou áudio, no entanto com estes métodos acabamos por não ter acesso à própria dinâmica criada entre profissional e sujeito. Ainda nesta linha de ideias, existem pormenores importantes do processo de investigação que podem meter em causa o próprio estudo, nomeadamente o recurso a instrumentos que meçam os resultados do processo psicanalítico/ psicoterapêutico, pois a maioria dos instrumentos utilizados são questionários e escalas de autorresposta que avaliam sintomas – não sendo este de todo o objetivo do processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico (Fonagy, Roth, & Higgitt 2005).

Tal como se sabe, o foco da psicanálise é o subjetivo ou seja, as representações internas do sujeito sobre a realidade, o que dificulta o processo de investigação, se tivermos em conta que as outras disciplinas trabalham com o concreto. É difícil medir a subjetividade, e ainda mais generalizá-la. Devemos por isso, ter em conta que ao estudar-se o processo psicanalítico este não deve ser pensado da mesma forma que se pensam outras áreas da ciência, pois isso torna-se um problema quer para a própria evolução da psicanálise enquanto modelo teórico, quer para os próprios profissionais. Dada esta característica específica do modelo psicanalítico, torna-se complicado realizar repetições em investigação, uma vez que não se trabalha com o concreto, com o objetivo, mas antes com o significado, com o subjetivo, ainda que esta seja uma condição da ciência (Hinshelwood, 2010).

Uma das metodologias de investigação sobre o processo psicoterapêutico é o estudo de caso. Este método foi amplamente usado e defendido por Freud, no entanto tem existido alguma discussão sobre a utilização do mesmo. Isto porque quando se faz investigação a partir de um estudo de caso, avalia-se/analisa-se o processo tendo como amostra apenas uma pessoa, sendo difícil a partir daqui fazer uma generalização de resultados, para além de que há um outro aspeto que remete para o próprio psicanalista, pois aquilo que irá surgir será resultado única e exclusivamente da perceção deste a partir da relação com o sujeito (Lees, 2005). Esta é uma

metodologia de investigação descrita como sendo tendenciosa, a partir da qual dificilmente se estabelecem relações de causalidade, eticamente problemática, de difícil sumarização e irrelevante para a formulação de políticas relacionadas com a saúde mental, neste caso (McLeod, 2010). Uma outra desvantagem do recurso a esta metodologia remete para a falta de fiabilidade da mesma (Sokolovsky, 1996) o que compromete os resultados obtidos. Ainda assim, alguns destes aspetos podem ser contornados. Nomeadamente no que concerne à generalização de resultados, esta pode ser possível se para se estudar determinado aspeto for selecionado um caso típico representativo desse mesmo aspeto, ou ainda quando se pretende desenvolver teoria (McLeod, 2010). Quanto à fiabilidade, parecem existir duas abordagens que podem ser utilizadas para aumentar a fiabilidade da investigação qualitativa, a triangulação e a consistência interna. O pressuposto da triangulação é o de que diferentes ações independentes possam dar resultados similares; no que concerne à consistência interna, a ideia desta abordagem é a de se dividirem os dados obtidos em várias partes, e posteriormente analisarem-se todas essas partes e compararem-se os resultados obtidos (Sokolovsky, 1996).

Este tipo de metodologia apresenta também alguns aspetos positivos, pois o estudo de casos individuais acaba por dar a possibilidade de se pensar a forma como se trabalha num processo psicoterapêutico, não dando indicações rígidas, mas concedendo ao profissional a hipótese de poder pensar e se adaptar aos seus casos (Hoffman, 2012). Permite também um conhecimento e uma compreensão mais aprofundados sobre o fenómeno que se pretende estudar (Gedo, 1999). Posto isto, pode concluir-se que apesar das limitações, existem igualmente vantagens no recurso à metodologia de investigação do estudo de caso.

1.3 Estudo do Processo Terapêutico

Tal como já foi referido anteriormente, o estudo do processo terapêutico de base analítica é importante para se aprofundar o conhecimento da relação terapêutica que se estabelece e todos os aspetos que lhe estão associados, promovendo-se assim o desenvolvimento da metodologia de intervenção clínica.

Entretanto, o estudo sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico tem sido alvo de um grande interesse por parte da comunidade psicanalítica. Não esquecendo a natureza de todo este processo, ao estudá-lo há certos aspetos que devem ser tidos em conta previamente. Nomeadamente a interferência que poderá ter uma investigação no curso de um processo psicoterapêutico de base analítica, a

própria metodologia de recolha de dados - tendo em conta que estes são de natureza subjetiva - e por último, que este é um processo que se desenrola entre duas pessoas, o profissional e o sujeito, constituindo-se então uma díade importante e fundamental para a própria compreensão dos resultados a que se possam chegar. Esta díade constitui-se como um dos aspetos centrais para o desenvolvimento do processo psicoterapêutico psicanalítico, uma vez que é através desta interação que se constitui uma intersubjetividade única entre profissional e sujeito, que desempenha um papel de extrema importância no processo de mudança do modelo relacional do sujeito. Posto isto, a relação constitui-se assim como um dos fatores de maior importância para o estudo do processo terapêutico, a partir da qual o sujeito se explora e ganha consciência de si, fortalecendo dessa forma o ego. Desta forma, parece importante estudar-se a relação terapêutica aquando do estudo do processo terapêutico, pois a base de todo o processo é a própria relação que se cria e desenvolve durante o mesmo.

Quando se pensa no material que surge e que pode ser alvo de investigação num processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, não nos podemos esquecer de que falamos em algo de natureza subjetiva, do campo do inconsciente – constituindo-se este como o principal material de trabalho de um processo desta natureza. Coloca-se portanto a questão: como avaliar material de natureza subjetiva? É nesta linha de pensamento que a discussão de Teresa Neves se enquadra, apresentado uma discussão fundamentada na comparação entre os vários modelos que se têm utilizado para o estudo do processo terapêutico (Neves, 2008), tendo em conta a natureza do objeto de estudo do modelo psicanalítico.

Tal como se sabe, a relação terapêutica é um dos fatores mais importantes (Coderch, 2002), se não mesmo o mais importante, para o sucesso do processo, constituindo-se também como um fator comum entre os vários modelos de abordagem à psicoterapia. Ainda que a relação seja um dos fatores comuns, é no processo psicanalítico que ele vem ganhar maior destaque, isto porque o foco deste modelo clínico é na relação, trabalhando-se a partir desta, sendo este modelo considerado como reparador da relação.

É na relação terapêutica que se manifesta o inconsciente, a partir da qual se desenvolve uma comunicação inconsciente, sendo que as alterações que ocorrem no sujeito durante o processo terapêutico de base analítica acontecem ao nível da dinâmica inconsciente. Estas alterações são somente captáveis pela relação e inferidas pela expressão consciente. Tal pressupõe uma inabilidade e inadequação

dos métodos de avaliação existentes, que se baseiam apenas em dimensões conscientes. Como tal, existe ainda uma necessidade de se criar ou adaptar metodologias de avaliação que tenham em conta estes aspetos de natureza subjetiva e que não os excluam, tal como é assumidamente procurado pela grande maioria das metodologias de avaliação.

No estudo do processo psicoterapêutico psicanalítico, é fundamental haver um conhecimento prévio sobre a natureza deste, tornando-se então importante perceber que formação teórica deverá ter o investigador.

A questão sobre a formação teórica do investigador torna-se relevante na medida em que, sendo o objeto de trabalho da psicoterapia psicanalítica o inconsciente e os dinamismos psicológicos subjacentes, um investigador com treino e experiência no modelo psicanalítico talvez consiga realizar a interpretação dos dados de uma forma mais eficaz do que um sujeito sem experiência ou conhecimentos deste modelo. Isto se tivermos em conta o percurso de formação em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica, que contempla análise pessoal com um mínimo de 2 a 3 anos, com uma frequência semanal de 3 a 4 dias e mais supervisão de casos com um especialista da área. Estes aspetos que estão contemplados na formação de base analítica, permitem um treino de desenvolvimento da sensibilidade associada à comunicação inconsciente entre os dois intervenientes da relação – profissional e sujeito.

Compreende-se então, que um investigador com formação em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica estará mais apto para pensar e analisar o objeto de estudo do modelo psicanalítico, do que um investigador com formação diferente.

Porém, podem enquadrar-se diferentes posições tradicionalmente assumidas entre os centros universitários, onde os requisitos e as habilidades psicoterapêuticas são pouco aprofundados e elaborados, privilegiando-se por outro lado o saber académico, discussão teórica e metodológica, sendo estes aspetos igualmente importantes. Por outro lado, os centros clínicos ou sociedades psicoterapêuticas acabam por privilegiar os diferentes tipos de investigação em psicoterapia. Apenas nas últimas décadas se têm unido esforços entre o meio académico e as sociedades/ centros de formação específica em psicoterapia, num aprofundar de reflexão (Filho, 2002) com uma enorme criatividade e resultados importantes.

Quando se fala em abordagens de investigação ao processo terapêutico, podemos pensar nos métodos naturalista e experimental. O método naturalista tem como objetivo estudar o(s) fenómeno(s) a partir do ambiente natural onde o mesmo acontece, o que pode ser transponível para o processo terapêutico, se quisermos

perceber de que forma é que este funciona e se é realmente eficiente (von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Por outro lado temos o método experimental, a partir do qual recorreremos aos ensaios clínicos aleatórios, formando-se grupos diferentes para que depois possam ser comparados e perceber se as diferenças são motivadas pelo processo terapêutico (Lees, 2005). É então importante dar alguma atenção ao método de estudo que se queira utilizar. Isto porque se tivermos em conta que, e de acordo com o tema aqui desenvolvido – estudo do processo terapêutico - pretendemos estudar o processo terapêutico, talvez o método que se possa adequar melhor, seja aquele que se aproveita das situações da realidade para recolha de informação plausível de ser estudada, em detrimento daquele que possa criar um ambiente, que por mais próximo que seja da realidade, não é a realidade em si.

Uma outra preocupação que tem surgido quando se pensa em estudos sobre o processo terapêutico reporta-se às próprias representações do sujeito (von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Isto é, geralmente os estudos desta natureza preocupam-se com a forma como o profissional se coloca no processo, como utiliza as várias técnicas, e o efeito que estes aspetos vão ter no sujeito, acabando por não se dar tanto valor à forma como o sujeito vive e interpreta o próprio processo terapêutico. Torna-se portanto essencial perceber que estudos têm sido desenvolvidos relativamente a este tema em específico, com que tipo de metodologias e os resultados mais importantes a que os mesmos têm chegado.

Depois de uma pesquisa bibliográfica, os estudos que surgiram reportam-se a vários aspetos relacionados com o processo terapêutico. Nomeadamente, Berghout e Zevalkink (2009) que pretenderam estudar o significado clínico de um processo psicanalítico longo em quatro momentos específicos do processo – antes, durante, depois, *follow-up* 2 anos após o término do processo. Como metodologia de investigação, os autores recorreram a dois inventários de personalidade (MMPI-2 e Rorschach-CS) e a quatro questionários de avaliação sintomatológica (SCL-90, BDI-II, STAI e IIP-64) que aplicaram a quatro grupos uniformes de 60 sujeitos. Os autores concluíram com este estudo que o número de sujeitos com perturbação mental diminuía depois do processo terapêutico, e que sujeitos que sofrem de doenças mentais crónicas beneficiam de um processo psicanalítico longo (Berghout & Zevalkink, 2009).

Já, Grande e colaboradores (2006) tentaram perceber as diferenças entre duas formas de psicoterapia – psicoterapia dinâmica e psicoterapia psicanalítica – sendo o estudo reconhecido por O Estudo Heidelberg-Berlim. Para a realização deste estudo, os

autores formaram dois grupos de sujeitos diagnosticados com diferentes psicopatologias, sendo que cada um dos grupos correspondia a uma forma de psicoterapia diferente. Os sujeitos foram avaliados no fim do processo e em *follow-up* de 1 ano, através de escalas que avaliassem os efeitos dos tratamentos nomeadamente, GSI, SCL-90-R e IIP. Os resultados acabaram por revelar que a psicoterapia psicanalítica é mais eficiente que a psicoterapia psicodinâmica (Grande et al., 2006), sendo que os sujeitos em psicoterapia psicanalítica apresentaram resultados mais positivos que aqueles em psicoterapia dinâmica. Os autores não avançam com qualquer explicação para já, pois referem ser necessário analisarem-se os dados do *follow-up* para se perceber se realmente aconteceram mudanças estruturais significativas (Grande et al., 2006).

Um outro estudo que foi realizado por Knekt e colaboradores (2011), pretendeu-se perceber a eficácia da psicanálise, da psicoterapia de longo tempo e das terapias breves, em aspetos como a sintomatologia psiquiátrica, a habilidade para o trabalho e a capacidade funcional, durante cinco anos de *follow-up*. Para este estudo, os autores recolheram uma amostra de 326 sujeitos com perturbação de humor ou ansiedade e foram remetidos para terapias breves, psicoterapias psicodinâmicas e ainda 41 sujeitos realizaram processo psicanalítico. Para a recolha de dados foram utilizados as escalas BDI, HDRS e SCL – escala de ansiedade. Os resultados indicaram uma diminuição da sintomatologia psiquiátrica e um melhoramento nos outros fatores estudados; estes resultados indicaram ainda que, após os 5 anos de *follow-up*, o processo psicanalítico revelou ser o mais eficaz.

Outro dos aspetos relacionado com o estudo do processo psicoterapêutico são as expectativas. Nomeadamente Greenberg, Constantino e Bruce (2006), que pretenderam perceber se as expectativas dos sujeitos são relevantes para o processo psicoterapêutico e seus resultados. Os autores realizaram uma análise bibliográfica aos estudos anteriormente realizados sobre esta temática para tentarem perceber se a questão das expectativas dos sujeitos continua a merecer destaque. Greenberg, Constantino e Bruce (2006) concluíram da sua análise que esta é uma questão que continua a ser importante, e que os psicoterapeutas devem continuar a dar especial atenção à mesma nos processos psicoterapêuticos.

Um outro aspeto também estudado remete para as características dos sujeitos que realizam psicoterapia psicanalítica e os seus resultados. Este foi um estudo realizado por Philips e colaboradores (2006). Da amostra do estudo faziam parte 134 sujeitos, dos quais 92 realizaram psicoterapia individual enquanto que 42 dos sujeitos

realizaram terapia de grupo. Para a recolha de dados foram utilizadas escalas de avaliação de perturbação da personalidade, nomeadamente DIP-Q; avaliação de sintomas, como SCL-90-R; medida de autorresposta sobre a saúde SRH; funcionamento global com o GAF; problemas interpessoais com o IIP; o autoconceito com o SASB; e por último, uma medida de avaliação da representação do eu e do objeto, o DRS e o ORI. Os resultados revelaram que as mudanças mais significativas ocorreram a nível da saúde e do funcionamento; mudanças moderadas ao nível de sintomas, autoconceito, autorrepresentação; e por último, mudanças mais pequenas remetem para problemas interpessoais e representação de objetos (Philips et al., 2006).

Um dos aspetos que também tem sido alvo de estudo é a relação terapêutica. Huber, Henrich e Brandl (2005) estudaram a relação profissional numa consulta de psicoterapia. Os autores recorreram a uma amostra de 505 sujeitos, os quais no início do processo avaliavam a relação profissional assim como os psicoterapeutas, e ao fim de três meses, os sujeitos avaliavam o sucesso do processo psicoterapêutico. Os resultados mostraram que uma melhor avaliação do processo está relacionada com uma melhor avaliação do processo, e que sujeitos com perturbação mais severa tendem a avaliar de uma forma mais negativa a relação profissional com o psicoterapeuta (Huber, Henrich & Brandl, 2005).

Entretanto, um grupo de investigadores da Suécia – Annika Lindgren, Andrzej Werbart, Björn Philips, Camilla von Below, Susanna Rehriberg, Peter Wennberg, Peter Lilliengren, Sonja Levander - tem apostado numa alternativa para avaliar o processo terapêutico, nomeadamente a partir das representações dos sujeitos que realizaram ou que ainda estão envolvidos num processo desta natureza. Tal como se observa através de alguns trabalhos publicados (que a seguir se apresentam), em todos os eles, parte dos dados foram recolhidos a partir de entrevistas que aprofundaram determinados temas, conforme os objetivos de estudo previamente delineados. O objetivo era acederem às representações internas dos sujeitos e/ou psicoterapeutas, ou como os autores lhes chamam, às teorias internas, para avaliarem o processo psicoterapêutico de base analítica. Segue-se portanto um sumário de alguns dos estudos publicados por esta equipa de investigadores.

Uma das dimensões psicológicas estudadas referentes ao processo terapêutico foi a Personalidade foi também um dos aspetos estudados, nomeadamente por Levander e Werbart (2012), os quais tentaram perceber se a personalidade dos sujeitos está relacionada com a resposta ao processo de psicoterapia psicanalítica. Para a recolha

dos dados, os autores realizaram uma série de entrevistas quer aos sujeitos quer aos psicoterapeutas em três momentos – antes, durante e depois do processo. De acordo com a descrição que os sujeitos faziam sobre as suas problemáticas, os autores enquadravam-nos nas categorias anaclítica ou introjetiva de acordo com o modelo de personalidade de Blatt (*in* Levander & Werbart, 2012). Os autores concluíram que os psicoterapeutas devem estar conscientes de que as diferenças de personalidade dos sujeitos respondem a dimensões específicas do processo analítico (Levander & Werbart, 2012).

Lilliengren e Werbart (2010) decidiram estudar a ação terapêutica psicanalítica em jovens adultos a partir dos psicoterapeutas. Neste estudo foram tidos em conta as perspetivas dos psicoterapeutas sobre fatores de cura, fatores que dificultassem o processo psicoterapêutico e ainda os resultados, explorados posteriormente em 22 entrevistas conduzidas a jovens adultos aquando do fim do processo psicoterapêutico psicanalítico. Foi utilizada a metodologia da *Grounded Theory* para se tentar construir um modelo de ação terapêutica baseado no conhecimento implícito dos psicoterapeutas. Os resultados obtidos por Lilliengren e Werbart (2010) revelaram que a relação terapêutica parece ser o fator de cura mais importante em interação com experiências positivas fora do espaço terapêutico.

Entretanto Lindgren, Werbart e Philips (2010) tentaram perceber os efeitos pós-processo psicoterapêutico psicanalítico a curto e a longo prazo com jovens adultos, tendo sido realizadas entrevistas em três momentos diferentes – início, fim e *follow-up* de 1 ano e meio. Os autores recorreram ainda a escalas e inventários para obterem os dados que pretendiam, nomeadamente o SCL-90, IIP, HAQ-II, recorreram ainda ao modelo da ANOVA para perceberem as mudanças ocorridas nos diferentes momentos. Os resultados obtidos revelam que existe uma alteração ao longo do processo psicoterapêutico psicanalítico ao longo do tempo, incluindo no *follow-up* (Lindgren, Werbart & Philips, 2010).

Já Philips, Wennberg e Werbart (2007) tentaram compreender como é que as ideias prévias de cura em psicoterapia psicanalítica em jovens adultos estava associada com terminação precoce do processo, uma aliança precoce e aos resultados do próprio processo psicoterapêutico psicanalítico. Para se recolherem os dados requeridos foram realizadas entrevistas a 46 sujeitos e foram aplicadas medidas de resultados antes e depois do processo psicoterapêutico. Foram utilizados os testes *U Mann-Whitney* e *Spearman*. Os dados obtidos revelaram que a terminação precoce de um processo psicoterapêutico psicanalítico pode estar associada a ideias não muito

corretas sobre a cura, e os resultados revelaram ainda que não existe uma associação entre as ideias de cura, uma aliança precoce e os resultados do processo psicoterapêutico (Philips, Wennberg & Werbart, 2007).

Tal como se constata pelos estudos supramencionados, têm sido realizadas investigações sobre especificidades do processo psicoterapêutico psicanalítico num panorama internacional. Já em Portugal, estudos desta natureza não têm sido desenvolvidos, e é aqui que se pode observar o quão importante se torna a realização do trabalho de pesquisa apresentado nesta dissertação. Não só pela escassez de trabalhos realizados neste âmbito em Portugal, mas até pela própria metodologia utilizada no presente análise que, tal como se observou, a maioria recorre a uma metodologia de análise quantitativa, limitando dessa forma os resultados obtidos àquilo que as diferentes escalas medem.

Capítulo 2: A Experiência Subjetiva do Sujeito em Psicanálise/ Psicoterapia Psicanalítica

Se regressarmos um pouco atrás no tempo, até à altura de Freud (Werbart, 2005), facilmente percebemos que já nessa altura a relação psicanalista - sujeito era considerada como o veículo primordial do processo psicanalítico. Pois é através desta que o sujeito em análise pode expor as suas teorias internas e o próprio material inconsciente, ou seja, as suas construções internas de significado, que reproduzidas no *setting* terapêutico, e através dos mecanismos de transferência e contratransferência revelam ao psicanalista a estrutura interna do sujeito (Werbart, 2005). Mas isto só é possível, se o próprio profissional tiver um bom conhecimento das suas construções internas de significado, que lhe permitam assim ler aquilo que o sujeito coloca na relação.

A relação que se estabelece entre profissional – sujeito deve então basear-se em confiança, proximidade e segurança, para a partir desta o sujeito conseguir colocar na relação os seus pensamentos (Lilliengren & Werbart, 2010). Esta é uma relação na qual o sujeito e o profissional pensam em conjunto o próprio *self* do sujeito, bem como os outros. Portanto, o profissional também apresenta aqui um papel importante, tendo que revelar ao sujeito disponibilidade e uma atitude contentora dos mais diversos aspetos da personalidade do sujeito que são vividos na relação terapêutica, bem como no que diz respeito aos próprios ataques que este possa fazer à relação que se está a estabelecer, como forma do profissional lhe mostrar que é possível uma relação na qual este pode desenvolver-se sem julgamentos (Lilliengren & Werbart, 2010). Esta é portanto uma relação, a partir da qual o sujeito pode extrapolar as suas vivências com o profissional para fora do espaço terapêutico, numa atitude de procura de relações satisfatórias do ponto de vista das suas próprias necessidades. Este é, portanto, um aspeto que tem sido confirmado por muito dos estudos efetuados (e.g., Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012; Duquette, 2010; Isserlin & Couturier, 2012; Lilliengren & Werbart, 2010; Smith, Msetfi, & Golding, 2010) independentemente da abordagem teórica, revelando-se desta forma que existe um consenso geral entre os vários modelos de intervenção clínica psicológica sobre a importância da relação terapêutica. No entanto, quando nos detemos à análise de estudos realizados sobre esta temática – relação terapêutica -, apercebemo-nos de que são escassos os estudos que se referem às características e preparação psicoterapêutica dos profissionais, independentemente do modelo teórico, assim como no que se refere aos anos de

experiência e a uma continuidade de formação - através de supervisões e participação em grupos de discussão, por exemplo.

Esta relação é percebida então como uma relação privilegiada, que irá permitir ao sujeito o desenvolvimento necessário para um melhor bem-estar psicológico bem como para um melhor conhecimento de si mesmo (Waterhouse & Strupp, 1984). Um dos fenómenos mais importante que acontece numa relação, quer terapêutica quer a própria relação mãe-bebé, e que tem sido apontado por alguns autores (e.g., Lyons-Ruth, Bruschiweiler-Stern, Harrison, Morgan, Nahum et al., 1998; Lyons-Ruth, 1999; Morgan, Bruschiweiler-Stern, Harrison, Lyons-Ruth, Nahum et al., 1998; Sander, Bruschiweiler-Stern, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, et al., 1998; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Morgan et al., 1998) remete para a existência de uma intersubjetividade característica da díade que se cria, neste caso, no espaço terapêutico, a partir da qual se desenvolve a subjetividade. Pois como Stern e colaboradores (1998) referem, a subjetividade não é mais do que um produto da própria intersubjetividade que se cria entre profissional e sujeito numa troca constante entre dois mundos internos. Nesta intersubjetividade, tal como o próprio nome nos sugere, estão implicados os mundos internos quer do sujeito quer do próprio profissional, o que significa que na relação terapêutica os dois intervenientes reproduzem os seus próprios modelos de relação, de sentirem e de estarem em relação (Lyons-Ruth, 1999). Ainda assim, existe uma assimetria ou seja, o papel do profissional é o de maior responsabilidade (Sander et al., 1998) uma vez que este terá que ser sensível ao modelo relacional do sujeito, dando especial atenção às necessidades de relação que o mesmo apresenta, tentando desta forma, pela via da relação que se estabelece, criar as condições e a disponibilidade necessárias para colmatar estas mesmas necessidades. Este facto é de extrema importância para se criar mudança no sujeito, uma mudança a nível relacional, que seja mais adaptativa e resulte num melhor bem-estar pessoal, o que só é possível a partir de uma repetição regular da relação entre sujeito e profissional, levando esta a desenvolver-se através de readaptações que acontecem ao longo do processo terapêutico (Sander et al., 1998). Posto isto, facilmente se percebe, que tanto o profissional como o sujeito desempenham papéis importantes num processo terapêutico e por isso, fazemos agora uma análise sobre a experiência subjetiva do próprio sujeito. Esta é de grande importância, nomeadamente no que se refere à perspectiva que o mesmo tem sobre todo o processo, bem como no que diz respeito às expectativas (e.g., Delsignore & Schnyder, 2007; Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006) que o mesmo possa criar

sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, uma vez que estas terão influência no próprio processo.

Quando se pretende estudar a experiência subjetiva do sujeito que está em psicanálise/ psicoterapia psicanalítica, percebe-se que esta constitui-se como uma forma de enriquecimento do próprio trabalho de investigação, pois torna-se como algo de uma enorme importância e relevância para o estudo do processo, permitindo avaliar aspectos como a própria relação sujeito – profissional, a eficiência bem como a eficácia (von Below, Werbart, & Rehnberg, 2010). Se aliado ao estudo da experiência subjetiva estiver uma metodologia de análise qualitativa, mais importante se torna. Pois, desta forma permite-se que o sujeito se exprima livremente, sem predefinições anteriores e sem limites de conteúdo, o que torna os próprios resultados mais ricos.

Apesar de toda a importância que a relação terapêutica apresenta, existe uma grande limitação no que concerne ao estudo da mesma, pois esta é de difícil operacionalização.

Sem esquecer a relação que se estabelece entre profissional e sujeito, importa aqui também ter em atenção à própria experiência subjetiva do sujeito. Esta experiência subjetiva, tal como refere Coderch (2002) só existe a partir de uma relação (ideia desenvolvida anteriormente neste capítulo), na qual as individualidades de cada participante – neste caso, profissional e sujeito – se colocam na relação, permitindo desta forma um intercâmbio entre os dois atores. Esta relação é percebida pelos sujeitos como um fator de cura, pois permite que o sujeito fale de si mesmo, num lugar especial, desenvolvendo assim novas formas relacionais e ganhando uma maior autoconsciência (Orlinsky et al., 1993).

A experiência subjetiva do sujeito não é algo que começa apenas aquando do início do processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, mas surge mesmo antes deste. Esta experiência subjetiva remete-nos para as próprias ideias pré-tratamento que o sujeito cria, e que irão ter com certeza influência no desenvolvimento do próprio processo bem como na relação que o mesmo irá estabelecer com o profissional. Uma das questões que tem sido levantada reporta-se exatamente à ideia que o sujeito terá do próprio desenrolar do processo bem como sobre a forma como irá resolver as suas problemáticas. Estes pontos parecem ser fundamentais, sugerindo-se mesmo que sejam avaliados pelo psicoterapeuta de base psicanalítica, pois os mesmos terão influência nos resultados do próprio processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico (Philips, Wennberg, & Werbart, 2007).

Uma das vantagens de se estudar o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico a partir das experiências subjetivas dos sujeitos, reporta-se exatamente à compreensão sobre estes enquanto sujeitos singulares, o que acaba por permitir um acesso às próprias características pessoais, conseguindo-se assim perceber se estas poderão ou não estar de acordo com os requisitos do próprio modelo de intervenção psicológica. Isto é, através de uma análise da experiência subjetiva do sujeito consegue-se estabelecer uma relação entre as características de funcionamento psicológico do sujeito e as características do próprio modelo de intervenção, o que permite, por conseguinte, estabelecer uma relação entre quais as características pessoais que melhor se adequam a determinado modelo (Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007). Importa então não esquecer a grande importância do sujeito em estudos sobre o processo terapêutico, nomeadamente no que concerne às suas representações mentais sobre o processo.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo 3: Metodologia

3.1 Objetivos e Questões de Investigação

A ideia deste trabalho nasce de uma necessidade de análise e compreensão das experiências e das vivências pessoais após um acompanhamento psicanalítico/psicoterapêutico psicanalítico, e através delas aprofundar o conhecimento complexo do processo terapêutico, bem como tentar-se compreender e perceber as principais características de um maior desenvolvimento psicológico após o término de um processo terapêutico.

Posto isto, o objetivo principal deste estudo reporta-se ao explorar de experiências subjetivas numa amostra clínica, que tenha realizado psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, e que tenha terminado o processo terapêutico há mais de um ano por mútuo acordo entre participante e psicoterapeuta. Este objetivo corresponde a um objetivo geral de um projeto de investigação que vai além do trabalho que é apresentado nesta dissertação de mestrado. Do projeto de investigação faz parte uma equipa de investigadores na qual eu (Luís Carlos Batista) fui incluído num momento posterior à formação desta mesma equipa, tendo sido previamente preparado quer a nível teórico quer a nível metodológico, de forma a compreender e perceber o que se queria investigar e como iria decorrer o processo de investigação.

De uma forma geral, no estudo aqui apresentado, pretendem-se aprofundar os conhecimentos sobre a relação terapêutica, constituindo-se esta como uma variável de extrema importância para qualquer processo terapêutico, independentemente da abordagem clínica utilizada pelo psicoterapeuta, tal como se pode observar nos muitos estudos realizados sobre o processo terapêutico e que acabam por destacar a relação terapêutica como fator importante (e.g.: Beckner, Vella, Howard, & Mohr, 2007; Blackstone, 2006; Duquette, 2010; Flückiger et al., 2012; Glebova et al., 2011; Høglend et al., 2011; Huber, Henrich, & Brandl, 2005; Isserlin, & Couturier, 2012; Shelton, & Delgado-Romero, 2011).

Ainda que de difícil operacionalização, como anteriormente referido, a relação terapêutica é percebida como uma ferramenta através da qual o cliente, com a disponibilidade e uma atitude contentora do psicoterapeuta, pode experienciar as suas vivências internas (e.g., angústias, medos, pensamentos, etc.) e dar um significado

diferente a estas mesmas vivências, permitindo assim que ocorra mudança do sintoma/ queixa bem como do próprio sujeito.

Desta forma, são formulados três objetivos específicos, que remetem para 1) análise dos motivos clínicos que levaram os participantes a envolverem-se num processo terapêutico; 2) análise do que muda na relação do momento inicial para o momento final do processo terapêutico, e como acontece essa mudança; 3) caracterizar/ compreender a mudança que ocorre do momento inicial para o momento final do processo terapêutico.

3.2 Participantes

No presente estudo, a população alvo foram participantes adultos, que tenham realizado psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, em contexto de clínica privada, e terminado o processo terapêutico há mais de um ano por mútuo acordo entre psicoterapeuta e cliente. O processo de seleção da amostra foi realizado numa clínica de psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psiquiatria, em Lisboa. Este processo de seleção iniciou-se após uma primeira reunião de equipa, na qual os psicoterapeutas foram informados sobre o objetivo geral da investigação bem como dos procedimentos que deveriam utilizar para selecionarem os clientes. Foi pedido aos psicoterapeutas que consultassem os seus registos para que escolhessem de entre os clientes que realizaram psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, aqueles que tenham terminado o processo terapêutico por mútuo acordo (com alta clínica psicoterapêutica), há pelo menos um ano. Este último requisito prende-se com alguns aspetos que poderiam influenciar o presente trabalho de investigação, nomeadamente a persistência de sentimentos associados à separação, processos de luto, que geralmente estão associados ao finalizar de um processo de natureza psicoterapêutica/ psicanalítica.

A amostra, é uma amostra por conveniência, constituída por participantes que tenham realizado psicanálise ou psicoterapia psicanalítica em contexto de clínica privada e terminado o processo há mais de um ano.

Caracterização dos Psicoterapeutas – Resultados dos Questionários aos Psicoterapeutas

Foram contactados 17 psicoterapeutas e psicanalistas na reunião inicial, os quais concordaram em participar no estudo. No entanto, destes 17, apenas 5 responderam ao questionário (ver **Anexo 2**), 4 mulheres e 1 homem. Os 5 psicoterapeutas que efetivamente participaram, sinalizaram um total de 21 clientes que aceitaram participar no estudo (Ver **Anexo 4** para uma descrição dos psicoterapeutas que participaram).

É importante referir que todos os psicoterapeutas da clínica têm formação em psicologia ou psiquiatria, com especializações em psicoterapias e prática clínica supervisionada com mais de 5 anos.

Caracterização dos Clientes

No que se refere às características da amostra (ver **Anexo 5**), foram referenciados 21 clientes pelos psicoterapeutas, tendo estes sido contactados para uma possível participação no estudo, os quais responderam afirmativamente que desejavam colaborar, mas depois 8 dos 21 clientes nunca responderam ao questionário enviado nem se disponibilizaram para a entrevista pessoal. Posto isto, apenas 13 participantes constituem efetivamente a amostra. A idade destes varia entre os 29 anos e os 63 anos, encontrando-se a maioria entre os 35 anos e os 45 anos, sendo 10 participantes do sexo feminino e os restantes 3 participantes do sexo masculino. Dos 13 participantes, 8 realizaram psicoterapia psicanalítica, enquanto que 5 realizaram psicanálise. O tempo de duração dos processos terapêuticos variou entre 1 ano e 6 meses de mínimo e 7 anos de máximo.

3.3 Instrumento

Elaboração do Questionário/ Guia de Entrevista para Clientes

Depois de uma longa reflexão de equipa sobre a adequação dos métodos aos objetivos definidos, optou-se por se seguirem as recomendações metodológicas do método de Análise Qualitativa por Consenso (Hill et al., 2005; Hill, Thompson, & Williams, 1997).

Foi então construído um rascunho inicial, no qual foram formuladas possíveis perguntas. Esse rascunho foi posteriormente debatido em equipa e modificado, tendo em conta as áreas a incidir (motivos de procura de terapia; a relação com o psicoterapeuta, entre outras que não se incluem no presente trabalho de dissertação). E desta forma chegou-se à versão final do protocolo de entrevista/questionário (ver **Anexo 3**).

Foram então construídas duas versões do protocolo, uma com a finalidade de ser aplicada em entrevistas e outra, em formato *Word*, para que pudesse ser enviada por

correio eletrónico. Optou-se pela construção do questionário em formato *Word*, em detrimento da utilização de um questionário *online*, por vários motivos, nomeadamente: 1) pelo facto deste permitir ao sujeito ir guardando o texto à medida que este é escrito, tendo o software a capacidade de armazenar texto mesmo em caso de falha elétrica; 2) por permitir responder gradualmente ao questionário caso não se tenha tempo ou disponibilidade de o fazer de seguida; e, 3) por permitir restaurar (“*undo*”) a informação em caso de esta ser apagada acidentalmente.

Elaboração do Questionário para Profissionais

O questionário para os profissionais pretendeu recolher informações sobre dados do psicoterapeuta/ psicanalista, nomeadamente a idade, grau de formação, ano em que terminou a licenciatura, o estabelecimento de ensino superior onde se graduou, grau de formação mais alto que possui, local de formação em psicoterapia e/ou psicanálise, o contexto de prática profissional, anos de prática clínica, frequência de prática clínica, frequência de supervisão e acompanhamento (presente ou passado) de psicoterapia/ psicanálise individual; o procedimento de contacto com o cliente; e por último, dados do cliente. No que se refere à parte do procedimento de contacto com o cliente no questionário para o profissional, consistiu numa tabela com informação que explicava adequadamente os critérios para a seleção de clientes e incluía um guia de procedimento geral que o psicoterapeuta devia seguir aquando do contacto telefónico com o cliente. Portanto, eram dadas diretrizes ao psicoterapeuta para contactar clientes que tinham realizado psicoterapia psicanalítica ou psicanálise e cuja terapia tenha terminado por mútuo acordo e pelo menos há um ano. Relativamente ao telefonema, foi sugerido que os clientes primeiro deveriam ser informados que a clínica iria realizar um estudo sobre a experiência dos clientes que estiveram em processo terapêutico, e se eles concordassem em participar, que um investigador independente poderia ligar-lhes mais tarde por causa do estudo. Nesse momento eles seriam informados sobre o estudo com maior detalhe e seria-lhes enviado um questionário. Os psicoterapeutas foram também direcionados para informarem os clientes sobre o anonimato destes no estudo. E por último, relativamente aos dados do cliente, consistia num espaço, o qual os psicoterapeutas preenchiam com informação acerca dos clientes que tinham sido formalmente contactados e aceite participarem na investigação. Foi perguntado a cada cliente o seu nome (para contactos posteriores), sexo, idade, tipo de intervenção psicoterapêutica (psicoterapia face a face ou

psicanálise), o início e o fim da terapia, frequência de sessões semanais, e mais uma área destinada a notas e comentários que os clínicos poderiam considerar importantes.

3.4 Desenho de Investigação

Para o presente trabalho recorreu-se a um design de investigação de estudo exploratório, utilizando-se a uma metodologia de análise qualitativa com recurso a questionários e/ ou entrevistas. Após longas reflexões da equipa de investigação sobre os métodos apropriados para o que se pretendeu estudar, ficou decidido a adoção das recomendações metodológicas do Método de Investigação Qualitativa Consensual (*Consensual Qualitative Research*) (Hill, Thompson, & Williams, 1997; Hill, Knox, Thompson, Williams, et al., 2005). Estes autores, num primeiro estudo (Hill, Thompson, & Williams, 1997) discutiram as várias componentes do Método de Investigação Qualitativa Consensual, tendo concluído que os critérios de avaliação do método lhe dão confiança, têm coerência nos resultados, estes revelaram ser representativos da amostra, apresentam validade testemunhal, aplicabilidade dos resultados e replicabilidade. O método revelou-se assim uma alternativa viável para o estudo do processo psicoterapêutico, permitindo aos autores obterem dados qualitativos ricos uma vez que estes são fornecidos diretamente pelo psicoterapeuta e pelo sujeito, fazendo face às metodologias de análise quantitativa (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Estes dados vêm portanto revelar os aspetos fortes deste método. No entanto, os autores identificaram algumas fragilidades a respeito do mesmo, nomeadamente que este método pode ser sensível à forma como outras equipas de investigação poderão aplica-lo. Isto é, a forma como as entrevistas são conduzidas, a constituição do júri de consenso; podem surgir alguns enviesamentos entre investigadores como consequência de não haver um igual conhecimento sobre o tópico em estudo ou mesmo sobre os dados obtidos; deve haver um período de treino sobre o método antes de se recorrer ao mesmo para fins de investigação, para facilitar a familiarização com o mesmo (Hill, Thompson, & Williams, 2005). Quanto à constituição da amostra, também há aspetos que devem ser tidos em conta, nomeadamente, esta deve ser homogénea, e deve ser constituída por não menos do que 7 sujeitos nem mais de 19 sujeitos (Hill, Thompson, & Williams, 2005). E por fim, o facto de não existirem *guidelines* específicas em algumas das tarefas, resulta igualmente nalguma ambivalência nos autores (Hill, Thompson, & Williams, 2005).

3.5 Procedimentos

Processo de Recolha de Dados

É importante referir que os dados não foram recolhidos por mim (Luís Carlos Batista), uma vez que fui enquadrado num projeto de investigação que já decorria e para o qual fui previamente preparado, tal como referido anteriormente. No entanto, todo o restante trabalho de elaboração teórica, aprofundamento das questões de investigação, análise dos dados e discussão foi realizado por mim (Luís Carlos Batista).

Os participantes foram primeiramente contactados pelos seus psicoterapeutas, com o objetivo de os questionarem sobre o possível interesse em participarem no estudo. Após o preenchimento do questionário, com as informações requeridas sobre os participantes, os profissionais deixaram os questionários na receção da clínica para que o investigador independente os pudesse recolher *a posteriori* sem saber que psicoterapeutas tinham referenciado que participantes, com o objetivo de não haver qualquer tipo de interferência.

Após o investigador independente ter obtido os dados dos participantes a partir dos questionários dos psicoterapeutas, iniciou o contacto telefónico com os participantes que concordaram em participar no estudo. Dos 21 participantes referenciados pelos psicoterapeutas, 19 foram contactados via telefone, 1 contactado através de correio eletrónico e 1 que não se conseguiu contactar. O contacto com os participantes assinalados pelos psicoterapeutas foi realizado tendo por base o seguinte protocolo telefónico: “Bom dia/Boa Tarde. Estou a falar com o Sr. X / Sr.^a. X? O meu nome é X, estou a contactá-lo/a no âmbito de uma investigação levada a cabo pela clínica X, penso que já foi contactado/a e que tinha concordado participar. Estou a ligar-lhe para saber se desejava participar na investigação respondendo a um questionário por correio eletrónico, por via postal, ou se preferia ser entrevistado pessoalmente”.

No caso de terem optado pela participação via correio eletrónico, foi-lhes pedido que facultassem um endereço de correio eletrónico, tendo-lhes sido enviado um *e-mail* posteriormente contendo em anexo o questionário em formato *Word*, juntamente com as instruções para o seu preenchimento e devolução. Por outro lado, caso tenham optado pela entrevista, foi-lhes perguntada a disponibilidade horária para se deslocarem às instalações da clínica e foi feito um contacto posterior para agendar definitivamente a entrevista. Foi referido aos participantes aquando do telefonema realizado pelo investigador independente, que a entrevista seria gravada em formato

áudio, para efeitos de transcrição, sendo o anonimato e confidencialidade preservados. E por último, caso tenham optado pelo recurso ao meio postal, foi-lhes pedida a morada adequada para o envio do questionário.

Nos casos em que os participantes revelavam indecisão, foi-lhes enviado por correio eletrónico o questionário para que decidissem, tendo por base o teor das questões, qual o método preferível, tendo sido posteriormente realizado novo contacto.

Nas situações onde, apesar da resposta ter sido favorável e o sujeito ter revelado interesse, não se obteve qualquer resposta, foi realizado um segundo contacto por correio eletrónico cerca de 1,5 mês depois; mais tarde, numa derradeira fase, após os 2,5 meses do primeiro contacto, o investigador independente realizou um último contacto telefónico, lembrando o inquérito, e a importância da colaboração do sujeito.

Método de Análise de Conteúdo

Toda a informação obtida, recolhida através de entrevistas, teve um tratamento baseado num modelo de análise qualitativa, o método Fenomenológico Descritivo Psicológico de Giorgi (*in* Giorgi, 2011). Giorgi (2011) tentou compreender os momentos mais importantes do processo psicoterapêutico que tenham resultado em mudança no sujeito, e para isso recorreu ao método Fenomenológico Descritivo Psicológico. Depois de ter analisado as várias críticas a estudos realizados anteriormente sobre o processo psicoterapêutico, concluiu que o recurso a um método fenomenológico seria a melhor opção. Este é um método que tem em conta a interação entre profissional e sujeito, tentando não desvalorizar e menosprezar a riqueza que é o processo psicoterapêutico (Giorgi, 2011).

Posteriormente procedeu-se a um delineamento organizativo dos métodos selecionados e à análise de conteúdo, seguindo as etapas a seguir descritas:

- 1) Leitura integral de todas as entrevistas transcritas, obtendo o sentido do todo para cada descrição;
- 2) discriminação de unidades de significado com foco no fenómeno que se pretende analisar. Releitura de cada entrevista integralmente, discriminando-se as unidades de significado através do foco na questão realizada. Assim, para cada questão, foram extraídas as unidades de significado relacionadas com a mesma;
- 3) transformação de expressões quotidianas dos participantes em expressões psicológicas mantendo o foco no fenómeno em análise;

- 4) organização das unidades de significado transformadas de forma a criar os constituintes da estrutura.
- 5) elaboração da estrutura do fenómeno em análise. As estruturas são usadas como um guia para um entendimento mais profundo dos dados.

Numa primeira fase elaborou-se uma tabela para se avaliar que motivos clínicos levaram os participantes a recorrer ao processo terapêutico (**Anexo 6**). Numa segunda fase elaborou-se uma tabela (**Anexo 7**) na qual se dividem as respostas dos participantes em dois momentos diferentes – momento inicial e momento final – para posterior análise de conteúdo tendo em conta os objetivos propostos. Poderá ver-se nos **Anexos 8 e 9**, tendo em atenção os passos da análise de conteúdo supramencionados, primeiro a identificação do sujeito, depois uma área com parte da resposta do sujeito que seja relevante para análise pretendida, a seguir uma área destinada às unidades de significado emergentes da resposta do sujeito e por último, uma área destinada aos constituintes da estrutura.

Capítulo 4: Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 Resultados

Motivos de Procura

Tendo em conta os objetivos propostos, apresentam-se agora os resultados das análises realizadas.

A partir do primeiro objetivo, em que se pretende perceber os motivos que levam os sujeitos a recorrerem ao processo psicoterapêutico, analisam-se as respostas dos sujeitos à questão “*Recorda-se dos principais motivos ou razões que o/a levaram a procurar ajuda psicoterapêutica? Tente descrevê-los.*”. A partir da análise às respostas, verifica-se que os motivos manifestados são idênticos entre os vários sujeitos. Isto é, tal como podemos observar na **Anexo 6**, todos os sujeitos requereram apoio psicoterapêutico por motivos de queixas depressivas, e apenas um dos sujeitos se referiu também a sintomas ansiosos.

Análise dos Momentos Inicial e Final

Diferente daquilo que foi feito na análise anterior, para os objetivos seguintes analisaram-se as respostas à questão “*Será possível descrever a forma como sentiu e/ou sente o seu psicoterapeuta? Como vivenciou a relação com ele/ela ao longo do processo terapêutico?*” que, para facilitar o processo de análise das mesmas, reduziram-se as respostas iniciais ao material que realmente poderia ser relevante para o objetivo que se pretendia. No entanto, para esta análise foi necessário criarem-se duas categorias, tal como se pode ver na **Anexo 7**, nomeadamente *Momento Inicial* e *Momento Final*, de forma a conseguirem-se atingir os objetivos propostos. Assim, a partir das duas categorias criadas – *Momento Inicial* e *Momento Final* – todas as respostas dos sujeitos (n= 13) foram analisadas e enquadradas nas duas categorias, de forma a facilitar o processo de análise de conteúdo, referido anteriormente na metodologia. Ainda assim, não se encontraram dados relevantes que se enquadrassem na categoria *Momento Inicial* de três participantes. Esta constitui-se assim como a primeira etapa da análise de dados para o segundo e terceiro objetivos. Numa segunda etapa, analisaram-se os dados correspondentes às duas categorias anteriormente mencionadas – *Momento Inicial* e *Momento Final* – para se chegar à compreensão da mudança que ocorre na relação terapêutica entre sujeito e psicoterapeuta, a partir das representações do próprio sujeito.

Análise do Momento Inicial

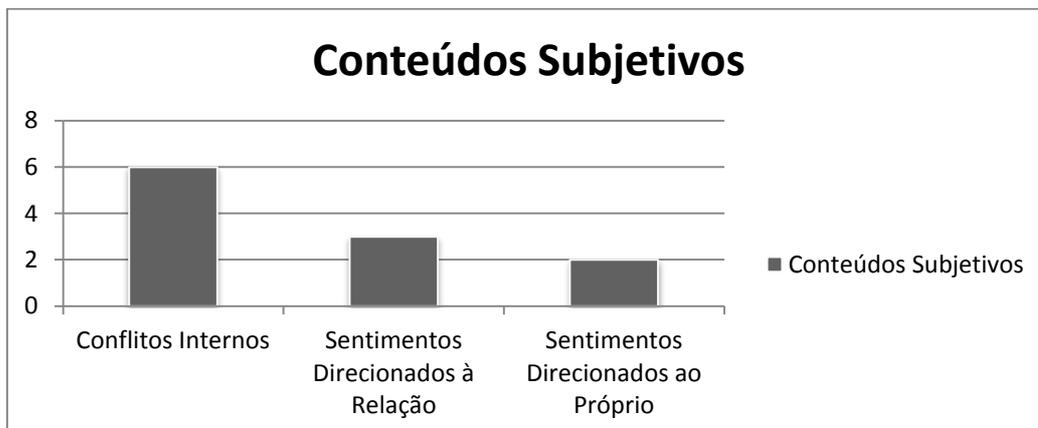
Partindo-se da análise à categoria *Momento Inicial* (ver **Anexo 8**), surgem 6 Unidades de Significado, que se dividem por 3 Constituintes da Estrutura, tal como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1: Correspondência das Constituintes da Estrutura às Unidades de Significado que as constituem, da categoria *Momento Inicial*.

<i>Constituintes da Estrutura</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Conteúdos Subjetivos	Conflitos Internos Sentimentos Direcionados à Relação Sentimentos Direcionados ao Próprio
Conteúdos Objetivos	Atitudes do Psicoterapeuta Factos do Processo Terapêutico
Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta	Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta

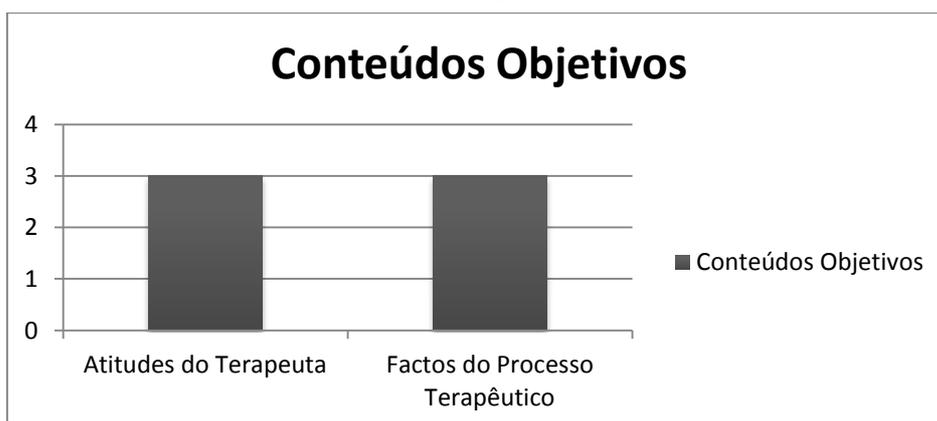
Fazendo-se uma análise mais detalhada do que surgiu na categoria *Momento Inicial*, e suportando-se as unidades de significado sempre com exemplos de resposta dos sujeitos, pode-se identificar a constituinte da estrutura *Conteúdos Subjetivos*, na qual se incluem todos os aspetos que o sujeito evoque relativamente a si mesmo ou que tenham diretamente a ver consigo. Desta constituinte da estrutura surgiram três unidades de significado, nomeadamente: a) *Conflitos Internos*, por exemplo “*A minha primeira reação, quando iniciei a terapia, foi a de pensar que nunca iria conseguir contar os meus sentimentos mais profundos, as minhas angústias, tristezas ou preocupações a uma pessoa completamente estranha para mim. Fui sempre uma pessoa muito fechada no que diz respeito aos meus sentimentos.*”; b) *Sentimentos Direcionados à Relação*, por exemplo “*A nossa relação foi ótima desde o início. Foi uma vivência muito agradável.*”; e por último, nesta constituinte da estrutura surgiu ainda a unidade de significado c) *Sentimentos Direcionados ao Próprio*, por exemplo “*...foi através de um amigo que me deu o seu contacto e quando ganhei coragem para ligar, foi mais fácil do que estava à espera,...*”.

Gráfico 1: Representação dos Conteúdos Subjetivos evocados no momento inicial.



A segunda constituinte da estrutura que surgiu foi *Conteúdos Objetivos*, na qual se incluem aspetos objetivos, inerentes ao processo terapêutico, relatados pelos sujeitos. Desta constituinte da estrutura fazem parte duas unidades de significado, nomeadamente, a) *Atitudes do Psicoterapeuta*, por exemplo “A sua postura amável e o seu cuidado em mostrar-se sempre presente e disponível...”; e por último, b) *Factos do Processo Terapêutico*, por exemplo “... ao principio quando estamos frente a frente, há como que uma consulta com perguntas e respostas, mas quando passa às “costas viradas” em que somos “obrigados” a falar...”.

Gráfico 2: Representação dos Conteúdos Objetivos evocados no momento inicial.



Por fim, a última constituinte da estrutura que surgiu foi *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*, a qual remete para sentimentos que o sujeito despoletou face ao profissional no processo terapêutico, tendo surgido apenas uma unidade de

significado, a) *Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta*, por exemplo “*Sinceramente na primeira vez viu-o como uma pessoa fria quase diria antipática, ...*”. A análise às respostas dos sujeitos revelou que, 9 dos 10 sujeitos que se reportaram ao momento inicial do processo terapêutico, evocaram *Conteúdos Subjetivos*, que 6 sujeitos evocaram *Conteúdos Objetivos*, que 4 sujeitos evocaram *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*, e por último, tal como já referido anteriormente (**Gráfico 5**), 3 sujeitos que não evocaram qualquer tipo de conteúdo referente ao momento inicial da relação terapêutica. Dos 9 sujeitos que evocaram *Conteúdos Subjetivos*, 6 dos sujeitos reportaram-se a *Conflitos Internos*, 3 a *Sentimentos Direcionados à Relação* e 2 a *Sentimentos Direcionados ao Próprio*. Quanto aos 6 sujeitos que evocaram *Conteúdos Objetivos*, 3 referiram-se a *Atitudes do Psicoterapeuta*, assim como 3 se referiram a *Factos do Processo Terapêutico*. E por último, os 4 sujeitos que evocaram *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*, referiram-se a *Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta*. Importa referir que a maioria dos sujeitos (n= 7), reportaram-se a mais do que uma unidade de significado (**Anexo 8**).

Análise do Momento Final

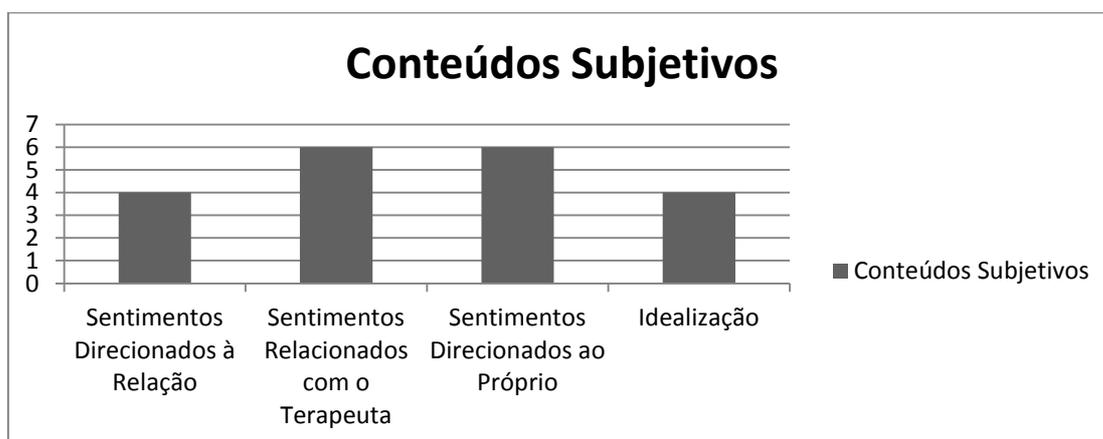
Após a análise da categoria *Momento Inicial*, procede-se agora à análise da categoria *Momento Final* (ver **Anexo 9**), que corresponde à categoria que permite perceber como foi vivida a relação terapêutica entre o sujeito e o psicoterapeuta no momento final do processo terapêutico, a partir das representações do sujeito. Neste momento da análise também se apresenta uma análise detalhada, apresentando-se sempre exemplos para as unidades de significado, a partir de respostas dos sujeitos.

Quadro 2: Correspondência das Constituintes da Estrutura às Unidades de Significado que as constituem, da categoria *Momento Final*.

<i>Constituintes da Estrutura</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Conteúdos Subjetivos	Sentimentos Direcionados à Relação Sentimentos Relacionados com o Psicoterapeuta Idealização Sentimentos Direcionados ao Próprio
Conteúdos Objetivos	Factos do Processo Terapêutico Atitudes do Psicoterapeuta Aprendizagem
Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta	Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta

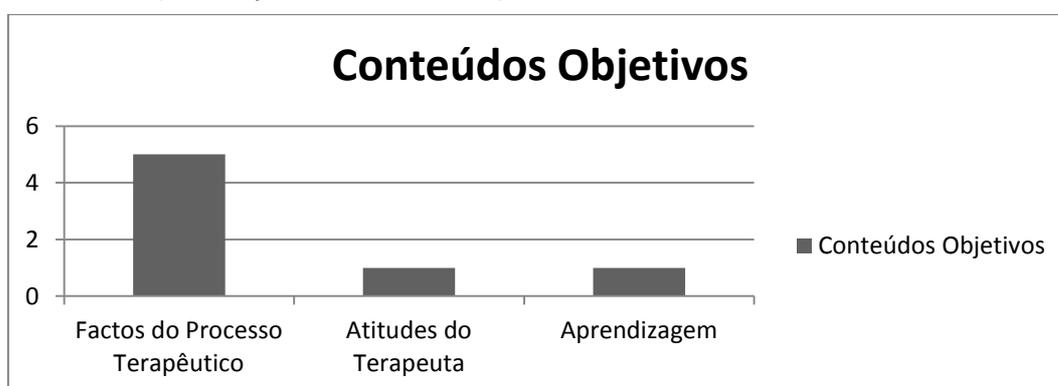
Tal como se pode observar na **Quadro 2**, emergiram 8 unidades de significado das respostas dos sujeitos, que se agrupam em 3 constituintes da estrutura. Nomeadamente na constituinte de estrutura *Conteúdos Subjetivos*, que tal como já referido anteriormente, nesta incluem-se todos os aspetos o sujeito mencione relativamente a si mesmo ou que estejam intimamente relacionados consigo mesmo. Portanto, as quatro unidades de significado que surgiram são: a) *Sentimentos Direcionados à Relação*, por exemplo “*A relação com a minha psicoterapeuta, no entanto, foi sendo pautada por uma relação de empatia, de carinho e de crescimento.*”; b) *Sentimentos Relacionados com o Psicoterapeuta*, por exemplo “*É alguém que tem todo o meu carinho e respeito, e a certeza que eu fui uma felizarda por ter encontrado alguém tão capaz...*”; a unidade de significado c) *Idealização*, por exemplo “*...para mim ela foi perfeita e chegou onde era esperado chegar.*”; e por último, a unidade de significado d) *Sentimentos Direcionados ao Próprio*, por exemplo “*...Por vezes sentia-me bem e à vontade. Outras vezes irritava-me...*”.

Gráfico 3: Representação dos Conteúdos Subjetivos evocados no momento final.



Uma outra constituinte de estrutura que surgiu foi *Conteúdos Objetivos*, que tal como também já referido anteriormente, nesta incluem-se aspetos objetivos, que fazem parte do processo terapêutico. Surgiram três unidades de significado: a) *Factos do Processo Terapêutico*, por exemplo “...com a distância necessária, apesar de por vezes, essa distância, me ter incomodado, devido ao carácter pessoal e à fragilidade inerente ao processo, sei e sinto que é assim que tem que ser, não estamos ali para socializar, para fazer amigos, estamos ali para fazer uma terapia e senti sempre uma relação de psicoterapeuta para paciente.”; b) *Atitudes do Psicoterapeuta*, por exemplo “...irritava-me apanhá-la tantas vezes a olhar para o relógio.”; e por último, c) *Aprendizagem*, por exemplo “...foi um professor. Um professor desta terapia e que me ensinou e muito bem, de tal forma que eu penso que consigo aplicá-la nos dias de hoje.”.

Gráfico 4: Representação dos Conteúdos Objetivos evocados no momento final.



A última constituinte de estrutura que surgiu foi *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*, que tal como descrito anteriormente, esta remete para sentimentos

despoletados pelo sujeito em relação ao psicoterapeuta, tendo surgido apenas uma unidade de significado: a) Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta, por exemplo “Foi um privilégio ter a psicoterapeuta que tive. Foi excepcional e teve uma paciência enorme ao longo dos vários para com alguns comportamentos menos elegantes, nomeadamente os atrasos e as faltas sem avisar.”.

A partir da análise das respostas dos sujeitos (Gráfico 5) verificou-se que todos (n=13) evocaram *Conteúdos Subjetivos*, que 5 sujeitos evocaram *Conteúdos Objetivos* e que 3 sujeitos evocaram *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*. Dos 13 sujeitos que evocaram *Conteúdos Subjetivos*, 6 referiram *Sentimentos Relacionados ao Psicoterapeuta*; igualmente 6 referiram *Sentimentos Direcionados ao Próprio*; 4 referiram *Sentimentos Direcionados à Relação*; e igualmente 4 participantes referiram *Idealização*.

Relativamente aos 5 sujeitos que evocaram *Conteúdos Objetivos*, todos os sujeitos (n=5) referiram *Factos do Processo Terapêutico*; 1 referiu a *Atitudes do Psicoterapeuta*; e por último, igualmente 1 sujeito referiu *Aprendizagem*.

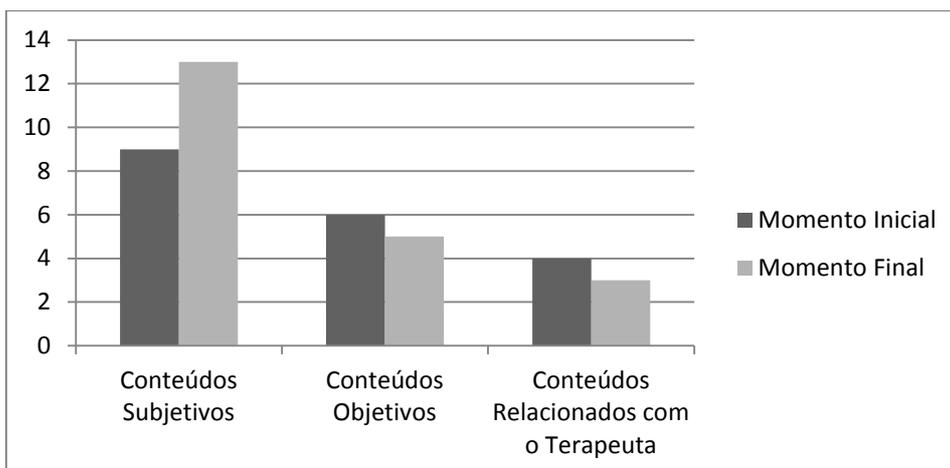
No que concerne ao único participante que evocou *Conteúdos Relacionados com o Psicoterapeuta*, referiu *Sentimentos Direcionados ao Psicoterapeuta*.

É importante referir, que tal como se verificou na categoria *Momento Inicial*, também nesta categoria - *Momento Final* -, a maioria dos sujeitos (n=12) reportaram-se a mais do que uma unidade de significado (**Anexo 9**).

Momento Inicial Vs. Momento Final

A partir da análise às duas categorias – *Momento Inicial* e *Momento Final* – parece haver uma diferença na forma como o sujeito percebe a relação de um momento para o outro do processo terapêutico (**Gráfico 5**).

Gráfico 5: Comparação dos Conteúdos evocados nos momentos inicial e final.



Tanto no momento inicial como no momento final, os sujeitos reportam-se mais a conteúdos subjetivos, no entanto a natureza dos conteúdos evocados parece sofrer alterações ao longo do processo terapêutico.

Num momento inicial os sujeitos evocam mais conteúdos relacionados com questões/sentimentos do próprio. Já num momento final os sujeitos evocam mais conteúdos relacionados com a relação terapêutica e direcionados ao próprio psicoterapeuta. Ainda que os sujeitos tenham evocado conteúdos de uma natureza mais objetiva, esta parece ter uma tendência para ser desvalorizada ao longo do curso do processo terapêutico, ainda que pareça haver uma certa valorização dos factos inerentes ao próprio processo (**Gráficos 2 e 4**), e que parece ganhar alguma relevância ao longo do processo terapêutico. E por último, tal como se pode ver no **Gráfico 5**, o nível de Conteúdos Relacionados com o Terapeuta evocados pelos sujeitos é o mais baixo dos três diferentes tipos de conteúdos que surgiram. À semelhança do que acontece com os Conteúdos Objetivos, também os Conteúdos Relacionados com o Terapeuta têm tendência a serem menos mencionados do momento inicial para o momento final.

Um dos aspetos que sobressai da análise dos dados, e que remete para uma compreensão da mudança da relação terapêutica, tem a ver com o facto dos sujeitos ganharem uma maior consciencialização do seu mundo interno, bem com uma internalização da função terapêutica, no evoluir do processo terapêutico.

4.2 Discussão

Na análise anterior dos resultados, verificou-se que todos os sujeitos requereram apoio psicoterapêutico por queixas depressivas, e verificaram-se também alterações na forma como estes percebem o processo terapêutico no decorrer do mesmo. Isto é, parece existir da parte dos sujeitos uma elaboração da problemática que vai além de uma mera questão sintomática, comportamental ou expressão somática, levando-os a considerarem a problemática como uma questão mais interna, passível de ser ultrapassada por meio de um processo de natureza psicoterapêutico/psicanalítico. No entanto, neste estudo, esta percepção dos sujeitos é formulada após a realização do processo terapêutico, o que não garante que antes de iniciarem a terapia de base analítica a percepção da problemática fosse igual.

No que se reporta aos dois momentos, de um momento inicial para um momento final, a representação do sujeito sobre o processo terapêutico altera-se. Num primeiro momento parece haver um enfoque em questões pessoais do próprio sujeito, como sejam os seus sentimentos e questões de vivências internas, enquanto que num momento final parece haver um deslocamento deste foco para a pessoa do psicoterapeuta. Este foco inicial em questões internas pode ser um aspeto inerente ao próprio sofrimento, que é mais localizado em si, acabando-se por alterar na suposta abertura do campo de análise, a qual o sujeito faz atento a si próprio na relação com o terapeuta, num momento final. Estes dados remetem para o desenvolvimento do espaço analítico bipessoal do analista e do analisando, conceito desenvolvido por Baranger na década de 60, apresentado e discutido por Carlos Farate (2012). Segundo o autor, o espaço analítico bipessoal revela-se determinante na dinâmica entre processos de transferência e contratransferência, bem como na produção de *insight* analítico entre o sujeito e o profissional (Farate, 2012). Sendo neste espaço que se cria um aparelho psíquico comum, que é atualizado a cada nova sessão, e que vai permitir ao sujeito, bem como ao profissional sentirem-se em relação (Farate, 2012), acabando por dar uma leitura e compreensão a esta mudança verificada nos sujeitos do momento inicial para o momento final.

Motivo de procura do processo terapêutico

Tendo em conta o primeiro objetivo proposto, percebeu-se que todos os sujeitos participantes no estudo apresentavam queixas da mesma natureza, não tendo sido este um critério previamente definido. Ou seja, não houve nenhuma seleção ou definição prévia de sujeitos com determinadas problemáticas psicológicas. No entanto,

sintomas de depressão parecem ser uma das razões que levam mais sujeitos a procurar ajuda psicoterapêutica, tal como Vessey e Howard (1993) verificaram no estudo que realizaram sobre quem procura psicoterapia. Também Leichsenring e Rabung (2008) numa meta-análise que realizaram, verificaram que a maioria dos sujeitos que surgem em terapia apresentam queixas sintomáticas depressivas, e apontam ainda para melhores resultados quando os sujeitos realizam um processo psicoterapêutico longo de base psicanalítica.

Ainda assim, esta homogeneidade pode ser analisada de diferentes perspectivas. Numa primeira instância poderá pensar-se que a problemática da depressão é uma das perturbações mentais com maior informação disponível e visibilidade, acabando por ser uma das patologias mais facilmente reconhecida pela sociedade em geral. Por outro lado, também pode ser uma expressão semelhante de um polimorfismo considerável de causas igualmente diversas e que facilmente podem ser confundidas, e que talvez tenham carecido, neste caso, de uma melhor exploração no decorrer das entrevistas que foram realizadas.

Os resultados obtidos são discutidos de seguida, tendo em conta os dois momentos, que são destintos na forma como são vivenciados pelos sujeitos.

Momento Inicial

Num momento inicial os sujeitos evocam conteúdos que por um lado, remetem para conflitos internos, mas por outro remetem para a técnica terapêutica bem como para o processo terapêutico. Isto é, num momento inicial os sujeitos acabam por estar mais centrados na técnica do psicoterapeuta para a eliminação das queixas sintomáticas que os levam a um processo de natureza psicoterapêutica, uma vez que existe aqui uma expectativa que vem da medicina. Ou seja, quando um sujeito apresenta queixas sintomáticas biológicas, recorre a um profissional de saúde na expectativa de que este lhe prescreva um guia de tratamento, estando portanto a resolução da problemática do sujeito dependente maioritariamente da prescrição médica. No caso da psicoterapia isso não acontece, apesar de que quando o sujeito inicia um processo poderá também assumir a mesma expectativa, de que a resolução dos seus sintomas esteja mais dependente de uma prescrição do próprio psicoterapeuta.

Caracterizando a mudança das representações do sujeito, observa-se que num primeiro momento ou num momento inicial, ocorrem mais sentimentos mágicos e intelectualizações sobre o próprio processo e técnica terapêutica que influenciam os sujeitos no que se refere à esperança sobre o próprio processo.

Momento Final

Quanto ao momento final, os sujeitos acabam por evocar conteúdos mais direcionados ao psicoterapeuta, à relação terapêutica, bem como à própria função terapêutica. Verificam-se portanto alterações no momento final, que podem ser compreendidas se tivermos em conta que o sujeito terá um melhor conhecimento do seu mundo interno e um papel mais proactivo na melhoria/ alteração da condição que o terá levado ao processo, bem como ainda uma maior compreensão do que o levou realmente a realizar um processo de natureza psicoterapêutica.

Os sujeitos evocam conteúdos que representam uma idealização sobre o psicoterapeuta bem como sobre o processo terapêutico, sugerindo estes resultados que os sujeitos poderão ter internalizado a função terapêutica que é desenvolvida no processo. Por outro lado, estes resultados parecem também indicar que existe uma internalização da relação terapêutica, revelando-se estes dados como importantes, até no que se refere à eficácia do próprio processo terapêutico. Estes resultados são corroborados por Wzontek, Geller e Farber (1995), que o concluíram no seu estudo sobre a representação do psicoterapeuta pelos sujeitos após o término do processo terapêutico, no qual verificaram que o facto de os sujeitos idealizarem o psicoterapeuta poderá ser um indicador de eficácia do processo psicoterapêutico.

Para além desta idealização poder ser interpretada como um indicador de evolução positiva do processo psicoterapêutico, remete também para outros aspetos importantes. Nomeadamente, como um indicador de transformação do mundo interno do sujeito, no qual ocorre uma reorganização do mesmo, o que leva a uma diminuição dos níveis de tensão e conflitos apresentados pelo sujeito, acabando mesmo por externalizar estes conflitos no espaço relacional. Estes resultados acabam por vir de encontro ao que Louis Breger (2012) refere, pois segundo este autor, quando os sujeitos idealizam o psicoterapeuta e a relação criada entre os dois (profissional – sujeito), poderá significar que ocorreu evolução positiva no processo psicoterapêutico. Também Nilsson, Svensson, Sandell e Clinton (2007) bem como Orlinsky e colaboradores (1993) encontraram resultados que apoiam que, o facto de o sujeito ter representações positivas e confiança no psicoterapeuta e no processo, está relacionado com uma maior influencia destes sobre o sujeito, o que vem reforçar a ideia de que esta alteração verificada nos resultados encontrados é positiva. Uma outra interpretação sugerida por Bender, Farber e Geller (1997) refere que, o facto de os sujeitos terem uma boa representação tanto do psicoterapeuta como do processo

terapêutico parece estar relacionado com uma percepção que o sujeito tem de si e dos outros mais madura e complexa. Evidenciando-se mais uma vez a importância de que ocorra idealização, acabando o próprio sujeito por sentir que o trabalho principal foi feito, que obteve ganhos significativos, identificando-os ao processo terapêutico e ao terapeuta, levando-o desta forma a suportar melhor a separação associada às melhoras desejáveis.

Diferenças entre Momento Inicial e Momento Final

Um dos fenômenos que se observa nos sujeitos é o de que existe uma alteração na natureza dos conteúdos que os mesmos reportam nos momentos inicial e final do processo terapêutico. Estas mudanças foram também verificadas por Arnold, Farber e Geller (2000), que à semelhança do estudo aqui descrito, os autores também encontraram diferenças entre as representações do momento inicial e do momento final quando era pedido aos sujeitos que se reportassem a estas duas fases do processo terapêutico. Os autores (Arnold, Farber & Geller, 2000) acabaram por encontrar correlações entre as diferenças encontradas e as variáveis gênero e o tempo de duração do processo terapêutico. Estas variáveis não foram tidas em conta para a análise dos dados no presente estudo, uma vez que o número da amostra é relativamente pequeno, não permitindo que se faça uma análise correlacional entre as variáveis gênero e tempo de duração do processo terapêutico com os dados obtidos da análise qualitativa, pois iria dar origem a resultados não representativos das alterações que realmente acontecem no processo. Numa situação hipotética, com um número de amostra maior e com uma percentagem considerável de sujeitos de ambos os gêneros e com diferenças significativas relativamente ao tempo em que estiveram envolvidos num processo terapêutico, seria de esperar encontrarem-se padrões de mudança distintos entre gênero e o tempo de duração do processo terapêutico. Nomeadamente, no momento final os sujeitos do gênero feminino tenderiam a evocar conteúdos sobre o próprio com um grande sentido de relação com os outros, enquanto que os sujeitos do gênero masculino tenderiam a reportarem menos conteúdos de relação com outros sujeitos, mas mais refletivos sobre a distância interpessoal, e evocavam menos aspetos de mutualidade, empatia e reciprocidade (Arnold, Farber & Geller, 2000).

Tendo em conta os resultados, pode afirmar-se que esta alteração que ocorre de um momento inicial para um momento final constitui-se ela própria como um dos pré-requisitos para a alta terapêutica. Se se tiverem em conta os objetivos de um processo

terapêutico de base analítica, tal como Gabbard (2010) postulou, e ainda Arnold, Farber e Geller (2000) encontraram, estas mudanças de representação interna e do processo que ocorrem ao longo do mesmo e que também no presente estudo foram encontradas, fazem parte dos critérios e objetivos que se pretendem alcançar para o sucesso e término do processo.

Um dos fatores que contribui para esta mudança entre os dois momentos, remete para a própria relação analítica que se cria entre analista e sujeito, que tal como Lilliengren e Werbart (2010), Lyons-Ruth (1999) e Spillius (2007) sublinham, esta relação tem características específicas, que a tornam diferente de outro tipo de relações, não sendo só o sujeito que se envolve neste processo, mas o psicoterapeuta também, e que se constitui como facilitadora de um processo de maturação e desenvolvimento individual, entre processos de transferência e contratransferência. Estes processos permitem ao sujeito vivenciar o seu mundo interno recebendo um feedback do psicoterapeuta, quer através de comportamentos não-verbais, quer através de interpretações que fomentam e desenvolvem o processo de conhecimento interno e consciência do processo terapêutico. Para além de que, tal como Coderch (2002) afirma, é através desta díade que se constituem as condições favoráveis para que ocorra *insight*, o qual surge a partir das interpretações sobre as fantasias inconscientes envolvidas na relação estabelecida. Isto é, num processo psicoterapêutico psicanalítico, a relação que se estabelece entre profissional e sujeito não visa apenas a este último ganhar uma consciência das suas fantasias inconscientes, mas também uma mudança, no sentido de “criar um novo sujeito que antes não existia” (Coderch, 2002, pp.219).

Portanto, mais do que a simples remoção de sintomas e resolução de conflitos inconscientes e importante diminuição do sofrimento mental, a psicanálise na atualidade procura desenvolver processos de descoberta e clarificação, bem como promover a expansão, potencialmente infinita, da compreensão dos fenómenos mentais - que se aproxima do que Bion concebeu como o aparelho de pensar os pensamentos, condensando desta forma uma ampla e complexa função do aparelho mental (Mawson, 2011).

Conclusão

O estudo apresentado neste trabalho de dissertação é apenas uma parte de um grande trabalho de investigação, para o qual fui preparado previamente para o poder enquadrar.

Posto isto, no estudo desenvolvido neste trabalho de dissertação, recorreu-se a um design de investigação exploratório e a uma metodologia de análise qualitativa dos dados obtidos a partir de questionários e/ ou entrevistas com o grande objetivo de se chegar às representações mentais do sujeito sobre o processo terapêutico. Foram contactados psicoterapeutas de base psicanalítica, todos eles pertencentes a uma clínica de psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psiquiatria, em Lisboa, para que colaborassem no projeto de investigação. Uma vez formada a equipa, os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram elaborados, nomeadamente um questionário para os profissionais e um guião de entrevista para os sujeitos. Os dados foram posteriormente recolhidos por um investigador independente, e analisados segundo o método Fenomenológico Descritivo Psicológico de Giorgi (*in* Giorgi, 2011).

Tentou-se portanto perceber o que muda, como muda e caracterizar/ compreender essa mudança no que diz respeito à relação terapêutica. Para tal foram analisados dois momentos do processo terapêutico, um primeiro que corresponde ao momento inicial e um segundo que se reporta ao momento final.

A partir dos objetivos que foram definidos para o presente trabalho de investigação, os resultados revelaram que, no que se refere ao motivo de procura de um processo terapêutico, todos os sujeitos evocaram queixas depressivas, sem que este tenha sido um pré-requisito estabelecido pelo grupo de investigação para enquadrar os sujeitos na amostra que se pretendia. Quanto ao objetivo de se compreenderem as representações subjetivas dos sujeitos ao referirem-se ao momento inicial da relação no início do processo terapêutico, estes parecem estar mais centrados na técnica psicoterapêutica tendo em vista a resolução das problemáticas, surgindo ainda sentimentos mágicos e intelectualizações sobre o processo psicoterapêutico, criando nos sujeitos uma esperança sobre o processo. Entretanto, quanto ao momento final do processo psicoterapêutico, os sujeitos evocaram mais conteúdos relacionados com a relação terapêutica que se criou; com a função terapêutica, tendo os mesmos revelado uma maior consciencialização e conhecimento do seu mundo interno; e evocaram ainda uma atitude proactiva em relação aquilo que os levou a realizar o processo. Portanto, um dos aspetos que parece evidente da análise dos resultados e que nos permite concluir que existe mudança nas representações subjetivas dos sujeitos sobre

a relação terapêutica é o de que existem diferenças nos conteúdos evocados pelos sujeitos referentes aos dois momentos – inicial e final – sendo que um dos principais desencadeadores para que esta mudança aconteça é a própria relação terapêutica, por todas as suas especificidades.

Quanto à relevância do estudo aqui desenvolvido, este revela-se pertinente para a investigação sobre o processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico, pois os métodos de recolha e de análise de dados permitem que não se perca a complexidade natural que lhes está associada. Outro dos pontos fortes desta investigação remete para o objeto de estudo, que neste caso são as representações subjetivas do sujeito que tenha realizado um processo psicanalítico/ psicoterapêutico psicanalítico.

No entanto, podem ser destacadas algumas limitações referentes ao estudo. No que concerne à metodologia utilizada para a análise de dados, esta, como toda a metodologia de análise qualitativa carece de alguma precisão e é subjetiva, uma vez que os dados são sempre interpretados de acordo com os conhecimentos prévios do investigador responsável. Portanto, face a esta limitação, uma possível alternativa seria o conciliar de metodologias quantitativas com qualitativas, para que os resultados obtidos tenham maior credibilidade.

Uma outra limitação está relacionada com o número da amostra, talvez com uma amostra maior os resultados tivessem sido um pouco diferentes. Sendo que, para futuros estudos um maior número de sujeitos talvez se torne uma vantagem, pois permite que se estabeleçam comparações e se realizem correlações. Por outro lado, recorrendo-se a uma amostra pequena, poderia tornar-se igualmente vantajoso, pois iria permitir que se obtivessem dados mais ricos, através de uma análise mais aprofundada de questões relacionadas com o tema abordado neste trabalho.

E por último, um dos aspetos que se pode revelar como uma limitação neste estudo é a análise retrospectiva que foi pedida aos sujeitos sobre o processo psicoterapêutico que realizaram, sendo que esta pode ter sido sujeita a influências sobre a forma como o próprio processo decorreu para o sujeito. Como tal, seria pertinente realizar-se uma análise processual, ou seja, ao longo do processo terapêutico com momentos pré-definidos para a avaliação. Seria igualmente interessante em futuros estudos analisar a eficiência e a eficácia a partir das representações subjetivas dos sujeitos sobre o processo psicoterapêutico.

Parece então ser de uma enorme vantagem o recurso a metodologias que possibilitem o acesso às representações subjetivas dos sujeitos e dos psicoterapeutas para que,

dessa forma, se consigam chegar a resultados cada vez mais fieis daquilo que se passa no *setting* terapêutico, sem se perder toda a complexidade que lhe é inerente.

Referências Bibliográficas

- Anderson, J. (2006). Well-suited partners: psychoanalytic research and grounded theory. *Journal of Child Psychotherapy*, 32(3), 329-348. doi: 10.1080/00754170600997026;
- Arnold, E., Farber, B., & Geller, J. (2000). Changes in patients' self-representation over the course of psychotherapy. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28(3), 449-466. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11109225>;
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., Mohr, D. (2007). Alliance in two telephone-administered treatments: relationship with depression and health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 508-512. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.508;
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66-77. doi: 10.1037/a0026113;
- Bender, D., Farber, B., & Geller, J. (1997). Patients' representations of therapist, parents, and self in the early phase of psychotherapy. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 25(4), 571-586. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9592362>;
- Berghout, C. C., & Zevalkink, J. (2009). Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(1), 7-33. doi: 10.1521/bumc.2009.73.1.7;
- Blackstone, J. (2006). Intersubjectivity and nonduality in the psychotherapeutic relationship. *Journal of Transpersonal Psychology*, 38(1), 25-40. Retirado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:INTERSUBJECTIVITY+AND+NONDUALITY+IN+THE+PSYCHOTHERAPEUTIC+RELATIONSHIP#0>;
- Bornstein, M. (2008). How can a writer describe the deep emotional experience of a psychoanalysis? "As one forms one's preconceptions of a cathedral by the height of its bell tower." *Psychoanalytic Inquiry*, 28(4), 465-476. doi: 10.1080/07351690802212744;
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores;

- Breger, L. (2012). *Psychotherapy lives intersecting*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers;
- Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2010). The ongoing struggle for psychoanalytic research: some steps forward. *Psychoanalytic psychotherapy*, 24(4), 306-314. doi: 10.1080/02668734.2010.519234;
- Coderch, J. (2002). *La relación paciente-psicoterapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Espanha: Ediciones Paidós;
- Constantinidès, P., Blondeau, C., & Drapeau, M. (2011). La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique: est-ce efficace? *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(6), 348-353. doi: 10.1016/j.amp.2009.10.019;
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1-23. doi:10.1080/10673220902742476;
- Deakin, E. K., & Tiellet Nunes, M. L. (2009). Effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy in a clinical outpatient setting. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(3), 290-301. doi: 10.1080/00754170903244621;
- Delsignore, A., & Schnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: a systematic review. *The British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 467-83. doi: 10.1348/014466507X226953;
- Duquette, P. (2010). Reality matters: attachment, the real relationship, and change in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 127-151. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20617787>;
- Farate, C. (2012). *Psicanálise com limites, psicanálise ilimitada*. Lisboa: Fenda Edições;
- Filho, J. T. R. (2002). Psychoanalysis and university in Brazil: Possibilities and limits of this articulation. *International Forum of Psychoanalysis*, 11(2), 90-94. doi: 10.1080/08037060252943038;
- Flückiger, C., Re, A.C., Wampold, B., Znoj, H., Caspar, F., & Jörg (2012). Valuing clients' perspective and the effects on the therapeutic alliance: a randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 18-26. doi: 10.1037/a0023648;

- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 129-136. doi: 10.1080/0075417031000138406;
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 367-377. doi: 10.1016/j.cnr.2005.03.005;
- Gabbard, G. O. (2005). Does psychoanalysis have a future? Yes. *Canadian psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 50(12), 741-2. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16408520>;
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy 2nd Ed.* London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.;
- Gedo, P. M. (1999). Single case studies in psychotherapy research. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 247-280. doi: 10.1037//0736-9735.16.2.274;
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485. doi: 10.1080/10503300600608082;
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-78. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.002;
- Giorgi, B. (2011). A Phenomenological Analysis of the Experience of Pivotal Moments in Therapy as Defined by Clients. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42(1), 61-106. doi: 10.1163/156916211X567497;
- Glebova, T., Bartle-Haring, S., Gangamma, R., Knerr, M., Delaney, R. O., Meyer, K., et al. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: multiple perspectives. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 42-65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00503.x;
- Hill, C.E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196;
- Hill, C. E., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. Retrieved from <http://tcp.sagepub.com/content/25/4/517.short>;
- Hinshelwood, R. D. Commentary: Symptoms or relationships. In Holmes, J. (2002) All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ (Clinical research ed.)*,

- 324 (7332), 288-90; discussion 290-4. Retirado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122202&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>;
- Hinshelwood, R. D. (2010). Psychoanalytic research: Is clinical material any use? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 362-379. doi: 10.1080/02668734.2010.513541;
 - Hoffman, I. Z. (2012). Response to Eagle and Wolitzky. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(1), 105-119. doi:10.1177/0003065112436717;
 - Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K. P., Amlo, P., Marble, A., Sørbye, Ø., et al. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697-706. doi: 10.1037/a0024863;
 - Huber, D., Henrich, G., & Brandl, T. (2005). Working relationship in a psychotherapeutic consultation. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 129-139. doi: 10.1080/10503300512331327100;
 - Isserlin, L., & Couturier, J. (2012). Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy*, 49(1), 46-51. doi: 10.1037/a0023905;
 - Johnson, L. A., & Caldwell, B. E. (2011). Race, gender, and therapist confidence: effects on satisfaction with the therapeutic relationship in MFT. *The American Journal of Family Therapy*, 39(4), 307-324. doi: 10.1080/01926187.2010.532012;
 - Kächele, H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*. 69(1), 65-73. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3403153>;
 - Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M., Raitasalo, R., Haaramo, P., & Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 95-106. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.005;
 - Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., & Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year

- follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 37-47. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.014;
- Kocsis, J. H., Gerber, A., J., Milrod, B., Roose, S. P., Barber, J., Thase, M. E., Perkins, P., et al. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 319-324. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.07.001;
 - Lazar, A., Sandell, R., & Grant, J. (2006). Do psychoanalytic treatments have positive effects on health care utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP). *Psychotherapy Research*, 16(1), 51-66. doi: 10.1080/10503300500268094;
 - Lazar, A., Sandell, R., & Grant, J. (2007a). Subjective health and ill health-related behaviour. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(Pt 2), 297-309. doi: 10.1348/147608306X132955;
 - Lazar, A., Sandell, R., & Grant, J. (2007b). An individual differences perspective on change in psychotherapy: the case of health care utilization. *Psychotherapy Research*, 17(6), 690-705. doi: 10.1080/10503300701275310;
 - Lees, J. (2005). A history of psychoanalytic research. *Psychodynamic Practice*, 11(2), 117-131. doi: 10.1080/14753630500108042;
 - Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551-1565. doi:10.1001/jama.300.13.1551;
 - Levander, S., & Werbart, A. (2012). Personality-related responses to the psychoanalytic process: A systematic multicase study. *Psychoanalytic Psychology*, 29(1), 1-16. doi: 10.1037/a0024713;
 - Levy, S. T. (2012). Research to the rescue? Introduction to a discussion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(1), 103. doi:10.1177/0003065112439420;
 - Lilliengren, P., & Werbart, A. (2010). Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 570-85. doi: 10.1037/a0021179;
 - Lindgren, A., Werbart, A. & Philips, B. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy*, 83(Pt1), 27-43. doi: 10.1348/147608309X464422;

- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(4), 583-604. doi: 10.1080/10481881109348630;
- Luborsky, L. Stuart, J., Friedman, S., Diguier, L., Seligman, D. A., Bucci, W., Pulver, S., et al. (2001). The penn psychoanalytic treatment collection: a set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), 217-234. Retirado. de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11379722>;
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576-617. doi: 10.1080/07351699909534267;
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N., et al. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.3.CO;2-F;
- Mawson, C. (2011). *Bion today*. London, England: Routledge, Taylor & Francis Group;
- McLeod, J. (2010). *Case study research in counseling and psychotherapy*. London, England: Sage;
- Midgley, N. (2006). Psychoanalysis and qualitative psychology: complementary or contradictory paradigms?. *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 213-231. doi:10.1191/1478088706qrp065oa;
- Morgan, A. C., N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Nahum, J. P., sander, L., Stern, D. N., et al. (1998). Moving along to things left undone. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 324-332. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<324::AID-IMHJ9>3.0.CO;2-L;
- Neves, T. S. (2008). Research in psychoanalysis: an area of controversy. *Revista Portuguesa de Psicanálise* 28: 2, 33 - 59;
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566. doi: 10.1080/10503300601139988;

- Oliveira, R. A., & Oliveira, S. S. (*in press*). Sobre a investigação do processo terapêutico em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*;
- Orlinsky, D., Geller, J., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). Patients' representations of psychotherapy: a new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 596-610. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370855>;
- Parish, M., & Eagle, M. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271-287. doi: 10.1037/0736-9735.20.2.271;
- Philips, B., Wennberg, P., Werbart, A., & Schubert, J. (2006). Young adults in psychoanalytic psychotherapy: patient characteristics and therapy outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 79, 89-106. doi: 10.1348/147608305X52649;
- Philips, B., Wennberg, P., & Werbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 229-45. doi: 10.1348/147608306X128266;
- Roberts, R. R., Jr., & Renzaglia, G. A. (1965). The influence of tape recording on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 12(1), 10-16. doi: 10.1037/h0021936;
- Rustin, M. (2003). Research in the consulting room. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 137-145. doi: 10.1080/0075417031000138415;
- Salzer, S., Leibing, E., Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., et al. (2010). Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(4), 283-300. doi: 10.1521/bumc.2010.74.4.283;
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-942. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11109577>;
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A., & Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: the relation between training therapy and patient

- change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 16(3), 303-316. doi: 10.1080/10503300500273110;
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 629-647. doi: 10.1348/147608306X105694;
 - Sander, L., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Stern, D. N., et al. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 280-281. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<280::AID-IMHJ2>3.3.CO;2-K;
 - Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378;
 - Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. doi: 10.1037/a0022251.
 - Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326-337. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.007;
 - Sokolovsky, M. (1996). Case study as a research method to study life histories of elderly people: Some ideas and a case study of a case study. *Journal of Aging Studies*, 10(4), 281-294. doi: 10.1016/S0890-4065(96)90002-X;
 - Spillius, E. (2007). *Encounters with Melanie Klein*. London, United Kingdom: Routledge;
 - Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the “something more” than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921. Retirado de: <http://www.pcpweb.org/document.php?id=ijp.079.0903a>;
 - Strupp, H. H. (2001). Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(4), 605-619. doi: 10.1080/10481881109348631;
 - Tonge, B. J., Pullen, J. M., Hughes, G. C., Beaufoy, J. (2009). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy for adolescents with serious mental illness: 12

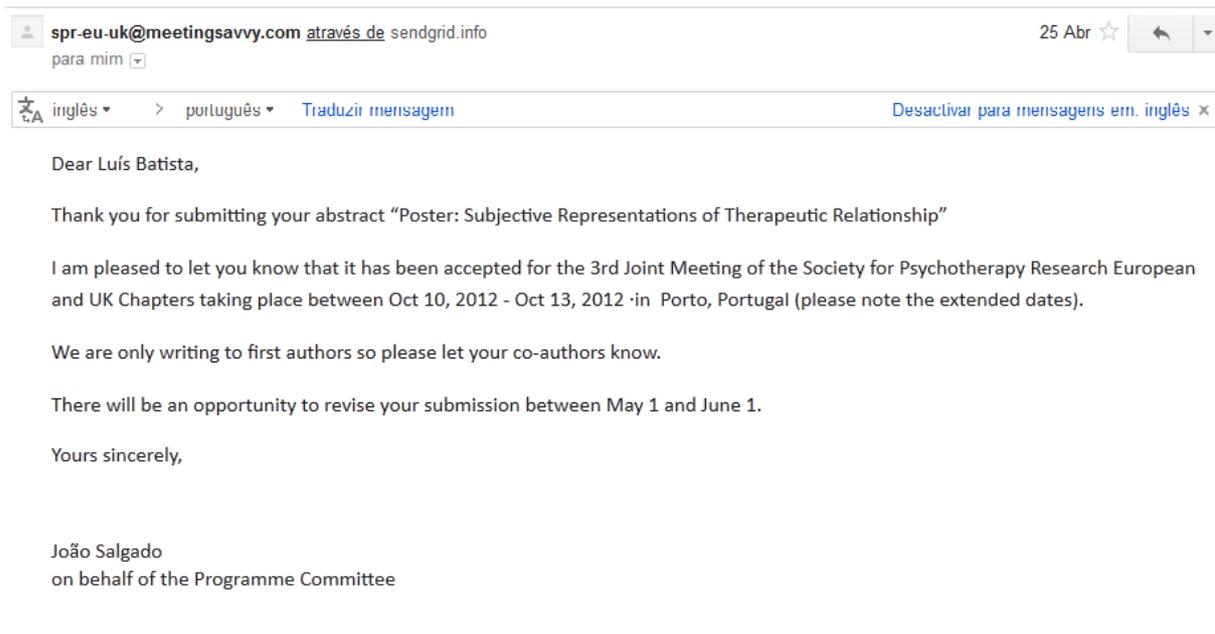
- month naturalistic follow-up study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 467-475. doi: 10.1080/00048670902817679;
- Waterhouse, G. J., & Strupp, H. H. (1984). The patient-therapist relationship: Research from the psychodynamic perspective. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 77-92. doi: 10.1016/0272-7358(84)90037-0;
 - Webb, C. A., Derubeis, R. J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2012, 2 de Abril). Predictors of patient cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: the role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/a0027663;
 - Werbart, A. (2005). The patient's private construction of meaning and canons of science: Freud's case studies noch einmal. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(5), 1441-1461. doi: 10.1516/EJ86-V8CP-345T-QFQN;
 - Werbart, A. & Levander, S. (2011). Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysts: a longitudinal interview study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(6), 1455-1481. doi:10.1111/j.1745-8315.2011.00485.x;
 - Wzontek, N., Geller, J., & Farber, B. (1995). Patients' posttermination representations of their psychotherapists. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23(3), 395-410. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12205714>;
 - Vessey, J., & Howard, K. (1993). Who seeks psychotherapy?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 546-553. doi: 10.1037/0033-3204.30.4.546;
 - Vivona, J. M. (2012). Between a rock and hard science: how should psychoanalysis respond to pressures for quantitative evidence of effectiveness?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(1), 121-129. doi:10.1177/0003065111429964;
 - von Below, C., Werbart, A., & Rehnberg, S. (2010). Experiences of overcoming depression in young adults in psychoanalytic psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(2), 129-147. doi: 10.1080/13642537.2010.482745.

Anexos

Anexo 1 – Abstract submetido ao 3º Congresso do Capítulo Europeu e do Reino Unido da *Society for Psychotherapy Research* e respetiva resposta por e-mail.

Subjective Representations of Therapeutic Relationship

The present study explores lived experiences of the psychotherapeutic process in a clinical sample that did a psychoanalytical psychotherapy or psychoanalysis. The main aim is to analyze and understand how the relationship between patient and therapist in the process of psychoanalytical psychotherapy or psychoanalysis it is realised by the patients in different moments. The research design was an exploratory study using qualitative analysis methodology by resorting to questionnaires and/or interviews, using methodological recommendations of the Consensual Qualitative Research (CQR) method. 17 psychotherapists were contacted, and 21 patients were registered as having agreed to make the interview, but the data was collected from 13 patients only. The data has shown really different arguments about this relationship, which is discussed in the paper.



Anexo 2 – Questionário para Profissionais



Dados relativos ao Psicoterapeuta/Psicanalista	
Idade:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Licenciado(a) em	
Ano de conclusão da licenciatura	
Universidade onde se licenciou	

Qual o Grau Académico mais elevado que possui?	
<input type="checkbox"/> Licenciatura (pré-Bolonha)	<input type="checkbox"/> Mestrado (pré-Bolonha)
<input type="checkbox"/> Licenciatura (Bolonha)	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Mestrado Integrado (Bolonha)	

Onde fez a sua formação em Psicoterapia Psicanalítica e/ou Psicanálise?	Data de Início da
<input type="checkbox"/> Sociedade Portuguesa de Psicanálise	Formação
<input type="checkbox"/> Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica	
<input type="checkbox"/> Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica	
<input type="checkbox"/> Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica	
<input type="checkbox"/> Outra. Qual?	

Em que contexto despende a maior parte (50%) do seu tempo profissional?
<input type="checkbox"/> Prática Privada <input type="checkbox"/> Prática Institucional <input type="checkbox"/> Formação <input type="checkbox"/> Projecto de Intervenção Comunitária <input type="checkbox"/> Outro(s) – Quais? _____

Indique o número total de anos de prática clínica regular:	_____
Se possível, especifique: Institucional: _____ Privado: ____	

Qual a frequência da sua prática clínica
<input type="checkbox"/> Até três pacientes semanalmente

Entre três a seis pacientes semanalmente

Mais de seis pacientes semanalmente

Tem supervisão na sua prática clínica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, indique o tipo de supervisão que frequenta:		
<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Grupo
<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Grupo

Está ou esteve num processo psicoterapêutico pessoal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, indique o(s) tipo(s) de psicoterapia(s) que frequenta(ou):		
<input type="checkbox"/> Psicanálise	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Existencial	
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Cognitivo-Comportamental	
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Breve	<input type="checkbox"/> Psicodrama	
<input type="checkbox"/> Psicoterapia de Apoio	<input type="checkbox"/> Grupanálise	
	<input type="checkbox"/> Outra(s). Quais? _____	

Processo de Contacto com os Pacientes
<p>Os pacientes a contactar deverão ter as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado um processo de Psicoterapia Psicanalítica ou Psicanálise por si orientado; • O processo ter terminado por mútuo acordo; • O terminus do processo ter ocorrido à pelo menos 1 ano. • O local onde se efectuou o processo não tem necessariamente de ter sido na CliniPinel. <p>O contacto telefónico com o paciente feito pelo terapeuta deverá abordar as seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expor que CliniPinel se encontra a realizar uma investigação no âmbito das vivências dos processos psicoterapêuticos por parte dos pacientes, numa tentativa de compreender uma área pouco explorada: a perspectiva dos pacientes sobre a sua psicoterapia. • Averiguar a disponibilidade do indivíduo para a participação no estudo, informando que se concordarem participar serão contactados telefonicamente por um investigador externo (sem qualquer tipo de contacto com o psicoterapeuta) que posteriormente lhes enviará um questionário. • Enfatizar que todas as informações ou dados que sejam obtidos no decorrer do estudo serão devidamente salvaguardadas no que toca à confidencialidade e anonimato, não tendo os psicoterapeutas acesso às mesmas.

Dados relativos a Pacientes

Indique, nos formulários que se seguem, dados e respectivos pormenores terapêuticos de pacientes que já contactou e que se mostraram disponíveis a participar no presente estudo. Recorde-se que têm de ser paciente que terminaram, por mútuo acordo, o processo psicoterapêutico / psicanalítico, tendo o final do tratamento ocorrido à pelo menos 1 ano.

Nome			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Telefone/Telemóvel			
Tipo de Intervenção	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicanálise	
Data de Início da terapia			
Data do Final da terapia			
Frequência de Sessões Semanais			
Notas/Comentários Que julgue serem relevantes.			

Nome			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Telefone/Telemóvel			
Tipo de Intervenção	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicanálise	
Data de Início da terapia			
Data do Final da terapia			
Frequência de Sessões Semanais			
Notas/Comentários Que julgue serem relevantes.			

Nome			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Telefone/Telemóvel			
Tipo de Intervenção	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicanálise	
Data de Início da terapia			
Data do Final da terapia			
Frequência de Sessões Semanais			
Notas/Comentários Que julgue serem relevantes.			

Nome			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Telefone/Telemóvel			
Tipo de Intervenção	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicanálise	
Data de Início da terapia			
Data do Final da terapia			
Frequência de Sessões Semanais			
Notas/Comentários Que julgue serem relevantes.			

Nome			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Telefone/Telemóvel			
Tipo de Intervenção	<input type="checkbox"/> Psicoterapia Psicanalítica	<input type="checkbox"/> Psicanálise	
Data de Início da terapia			
Data do Final da terapia			
Frequência de Sessões Semanais			

Notas/Comentários Que julgue serem relevantes.	
---	--

Anexo 3 – Guião de Entrevista para os Sujeitos



A CliniPinel tem procurado realçar a importância da elaboração de estudos relacionados com as inúmeras facetas dos processos psicoterapêuticos, procurando aclarar algumas das vivências e processos inerentes aos seus participantes, no sentido de expandir a compreensão de áreas ainda pouco exploradas.

Presentemente encontramos-nos a realizar um estudo financiado pela Associação Internacional de Psicanálise (<http://www.ipa.org.uk>). O objectivo deste estudo centra-se na exploração e compreensão das inúmeras experiências que pacientes de psicoterapia psicanalítica ou psicanálise vivenciaram, de forma a permitir uma maior compreensão do processo psicoterapêutico.

A sua colaboração na presente investigação é de extraordinária importância, por tal, agradecemos desde já a sua disponibilidade em aceitar participar na mesma.

Todas as informações pessoais que eventualmente divulgar no presente estudo serão devidamente salvaguardadas por princípios éticos e de confidencialidade. Para tal, o acesso aos dados por si facultados será exclusivamente feito por um investigador independente que substituirá eventuais referências pessoais por códigos, de forma preservar o anonimato (o seu e o de eventuais pessoas que possa referir).

O Questionário/Entrevista é composto por sete questões abertas relacionadas com o seu processo psicoterapêutico. Tente responder a todas as questões mencionadas, explorando e aclarando todos os detalhes que lhe sejam possíveis.

Ao responder questionário/entrevista, assume automaticamente estar consciente dos objectivos do presente estudo e que nele deseja participar.

Qualquer dúvida ou questão relacionada com o estudo poderá ser colocada ao investigador (Dr. Daniel Gomes), através do número de telemóvel (917676764) ou através do correio electrónico (danielgomes@gmail.com).

O Investigador

(Daniel Gomes)

Lisboa, ____ de _____ de 2009

Investigação Clinipinel/ IPA

Entrevista | Data: | Código: |

Idade: ____
Sexo: M ____ F ____
Data de Início da Terapia:
Data do Final da Terapia:
Disponibilidade para ser contactado/a novamente: Sim ____ Não ____

- 1. Recorda-se dos principais motivos ou razões que o/a levaram a procurar ajuda psicoterapêutica? Tente descrevê-los.**

2. Quais as principais mudanças que observou em si no decorrer da psicoterapia? Se possível exemplifique algumas dessas mudanças.

3. Caso tivesse que escolher um momento/episódio ocorrido no decorrer da terapia e que considerou como tendo extrema importância ou significado para si, que episódio lhe vem à mente? Tente descrever esse episódio, ainda que este possa parecer irrelevante, explicando o significado e importância que este teve para si.

4. Como vivenciou o terminar da terapia? Que pensamentos, sentimentos ou episódios significativos recorda desse momento?

5. Por vezes os pacientes após terminarem os processos psicoterapêuticos notam alterações na sua forma de estar e de se relacionar com os outros, alterações essas que muitas vezes não são perceptíveis a quem os rodeia. No caso de tal suceder consigo, que tipo de alterações em si ou no seu modo lidar com situações do seu dia-a-dia julga estarem associadas ao processo terapêutico? Se possível complemente com alguns exemplos.

6. Será possível descrever a forma como sentiu e/ou sente o seu psicoterapeuta? Como vivenciou a relação com ele/ela ao longo do processo terapêutico?

7. Caso deseje partilhar alguns pensamentos que julga serem significativos para a compreensão do seu processo terapêutico (e que não foram abordados entrevista), por favor faça-o aqui.

Anexo 4 - Tabela de Dados referentes aos Terapeutas

	A	B	C	D	E
Idade	38	41	50	49	36
Formação acadêmica	Licenciatura em psicologia (há 15 anos); Doutoramento em Psicologia Clínica	Licenciatura em psicologia (há 18 anos); Doutoramento em Psicologia Clínica	Licenciatura em psicologia (há 26 anos); Pós-graduação em Psicologia Clínica	Licenciatura em psicologia (há 26 anos); Mestre em Psicologia Clínica	Licenciatura em psicologia (há 14 anos);
Sócio Sociedade Portuguesa Psicanálise	Desde 2007	Desde 2001	Desde 2002	Desde 2001	Desde 2002
Mais de 50% ocupado em prática clínica privada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Nº total de anos de prática clínica regular institucional/privada	0/6	6/17	10/18	7/10	0/13
Qual a frequência da sua prática clínica	Mais de 6 pacientes semanalmente	Mais de 6 pacientes semanalmente	Mais de 6 pacientes semanalmente	Mais de 6 pacientes semanalmente	Mais de 6 pacientes semanalmente
Supervisão privada individual	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim + grupo
Qual o processo psicoterapêutico pessoal realizado	Psicanálise	Psicanálise e psicodrama	Psicanálise	Psicanálise e grupanálise	Psicanálise e psicodrama

Anexo 5 - Tabela de Dados referentes aos Sujeitos

Sujeito	Idade	Sexo	Início Processo	Fim Processo	Total Duração	Psicot. Psicanalítica/ Psicanálise
1	44	Feminino	Outubro 2004	Novembro 2008	4anos 1 mês	Psicoterapia Psicanalítica
2	37	Feminino	N/d	N/d	3anos	Psicanálise
3	63	Feminino	2004/2005	2008	4anos	Psicoterapia Psicanalítica
4	56	Feminino	N/d	N/d	2anos	Psicoterapia Psicanalítica
5	29	Feminino	Julho 2003	Junho 2006	2anos 11meses	Psicanálise
6	38	Feminino	Junho 2006	Março 2008	1ano 9meses	Psicoterapia Psicanalítica
7	35	Feminino	2003	2006	3anos	Psicanálise
8	49	Feminino	Janeiro 2007	Julho 2008	1ano 6meses	Psicoterapia Psicanalítica
9	41	Feminino	Fevereiro 2006	Julho 2008	2anos 5meses	Psicoterapia Psicanalítica
10	35	Feminino	Abril 2001	Julho 2004	3anos 3meses	Psicanálise
11	40	Masculino	2004	2006	2anos	Psicoterapia Psicanalítica
12	43	Masculino	Julho 2006	Abril 2008	1ano 9meses	Psicoterapia Psicanalítica
13	29	Masculino	2001	2008	7anos	Psicanálise

Nota: N/d significa que não há dados disponíveis que permitam preencher a informação requerida.

Anexo 6 - Tabela de Análise do Motivo que levou à Terapia, a partir da questão: Recorda-se dos principais motivos ou razões que o/a levaram a procurar ajuda psicoterapêutica? Tente descrevê-los.

Sujeito	Resposta	Motivo(s)
1	Sim. Entre um e dois anos anteriores ao início do processo psicoterapêutico, aconteceram vários episódios na minha vida que me levaram a um profundo estado de depressão, com consequências psicossomáticas: falta de sono, fobia ao estar sozinha, tristeza... Por aconselhamento e insistência de uma amiga que fazia psicoterapia, resolvi marcar uma sessão, embora, nesta altura, acreditasse que não iria resolver nenhum desses problemas através da psicoterapia. Tive, logo de início, uma atitude séptica em relação a psicoterapia, porém resolvi experimentar.	Depressão.
2	Para resolver uma depressão que estava sufocando-me a muitos anos, e por sugestão de outros médicos que não psicólogos.	Depressão.
3	Recordo-me. Encontrava-me com uma enorme depressão, por razões pessoais e profissionais, tendo-me sido aconselhada uma consulta de Psicoterapia/Psicologia no sentido de tentar melhor a minha autoestima. Creio ter dado o passo certo ao iniciar o tratamento. Precisava de alguém com quem desabafar e acho que encontrei, na Psicoterapeuta, a pessoa certa.	Depressão.
4	Tinha começado a trabalhar após 2 meses de baixa, por depressão. Embora ainda medicada, pensei procurar ajuda psicológica. A depressão que tinha parecia "acusar" o meu posto de trabalho dos males de que sofria, uma vez que fora dele estava bem.	Depressão.
5	Um grande desespero, um sentimento de completa incapacidade de concretizar os projetos a que me tinha proposto. Na altura era estudante universitária e sentia uma incapacidade em honrar compromissos inerentes às atividades normais de uma estudante. Tinha dificuldade em organizar tarefas para fazer os trabalhos de grupo em tempo útil, acabava por fazer tudo sob pressão no limite do prazo estabelecido. Mesmo assim, como os trabalhos implicavam	Depressão.

	um grupo de trabalho, nunca deixava de fazer a minha parte, mas era sempre a última a concluir o trabalho.	
6	<p>Sim, mas não posso dizer que tenha sido uma razão ou um motivo em concreto.</p> <p>Se pudesse caracterizar o que me levou a marcar uma consulta foi o ter chegado a um ponto em que me sentia muito mal comigo e especialmente mal com os outros. Evitei durante muito tempo recorrer à psicoterapia. Não queria aquilo que considerava ser uma bengala, nem tão pouco tinha dinheiro para tê-la. O meu namorado da altura incentivou-me a procurar ajuda porque via-me a entrar numa espiral de sentimentos muito negativos. Quando cheguei ao ponto de achar que era inevitável recorrer às sessões porque me sentia como que a enlouquecer, quis apresentar razões minimamente justificáveis para sentir tanto desconforto e tanta zanga. De certa forma essa é uma constante, a busca de aprovação ou legitimação nos outros. Não bastaria nunca eu sentir-me pessimamente, os outros tinham de achar que eu tinha razões para isso. Como o olhar do outro para mim varia entre o acusador e/ou o complacente, talvez venha daí a permanente justificação que me sinto obrigada a dar dos meus actos e palavras.</p> <p>A minha mãe tinha morrido há 7 anos. Era essa a questão, pensava eu. Mas se mesmo essa razão vinha, no mínimo, desajustada no tempo, então qualquer outra seria a prova provada da minha ingratidão face ao que Deus me havia dado: saúde, família, emprego, namorado e alguns amigos. Não deveria haver queixas.</p> <p>O problema é que tudo isto que Deus me deu e em relação ao qual eu sou grata, verdadeiramente grata nos meus momentos de lucidez (apesar de não parecer), não é perfeito. A minha pequena família não é perfeita, o meu emprego está longe disso, o meu namorado e amigos tinham e têm as suas irritantemente humanas coisas... e fundamentalmente eu não sou perfeita. Resultado: merdificação do presente. É tudo uma trampa e eu não valho nada. Foi isto que me fez recorrer às consultas.</p>	Depressão.
7	O que me motivou a procurar ajuda psicoterapêutica nessa fase foram novamente os sintomas ansiosos e depressivos de que padecia, reativos a dificuldades de comunicação na	Depressão e ansiedade.

	<p>minha relação com o meu novo companheiro. Tinha, contudo, consciência das minhas dificuldades ao nível do meu estilo de relação com todas as figuras significativas e da existência de um processo de luto mal elaborado, relativo à morte do meu pai e a outras perdas passadas. Esta consciência advinha do processo psicoterapêutico anterior, e que vim a considerar que havia terminado prematuramente. Na altura em que procurei pela segunda vez ajuda psicoterapêutica sentia (tal como da primeira vez) uma angústia transbordante sempre relativa ao medo da perda das pessoas mais próximas. Antecipava a perda por abandono ou por morte, o que me conduzia a profundos sentimentos de ansiedade e posteriormente de depressão.</p>	
8	<p>Os principais motivos que me levaram a procurar ajuda foi por imposição da minha irmã que já tinha frequentado terapia com o professor Amaral Dias em Coimbra e que me deu as melhores referências.</p> <p>O meu problema para mim era insolucionável. Tinha 50% de uma Farmácia no nome de uma Farmacêutica, que a todo o custo e ao longo de alguns anos me fez passar por um declínio de vida em vários aspetos, pessoais, matrimoniais, financeiros, profissionais, etc.</p> <p>Como lidar com uma vigarista!</p> <p>Como sair do problema com algum dinheiro</p> <p>Como fazer acreditar à família que aquilo que eu via e sentia era verdade!!!</p> <p>Ninguém acreditava. Toda a gente achava que ela era incapaz de me vigarizar.</p> <p>Mas eu sabia que sim! Dia após dia eu sentia perder poder sem nada poder fazer. A lei não estava do meu lado, eu tinha 50% de uma farmácia que faturava milhares no nome de outra que me queria ver pelas costas e eu a Deixar, Deixar, Deixar!.</p> <p>Todas as sessões eu falava da minha sócia, não houve um único dia em que ela não fosse referida. Era uma pedra no sapato. Não um pedregulho!!!</p>	Depressão.
9	<p>Portanto, eu sabia da existência deste tipo de terapias porque conhecia pessoas que faziam.</p> <p>Ah. Portanto, eram pessoas que eram minhas amigas e que me foram de alguma forma explicando o que é que era o método. E eu comecei a ver também o tipo de</p>	Depressão.

	<p>autoconhecimento que essas pessoas começaram a ter delas próprias. E depois o que me levou a que eu própria também querer no fundo experimentar essa terapia foi, enfim, também tive uma infância um pouco complicada, sentia que alguma forma que tinha aqui muitas coisas sobre mim que não me deixavam ser completamente feliz e eu não percebia exatamente porquê. E.. e pronto, quis experimentar, basicamente foi isso, depois uma dessas minhas amigas que fazia psicanálise pediu uma referência ao psicanalista dela que me deu o contacto do Dr. X.</p>	
10	<p>Perfeitamente. Eu tive uma depressão na sequência de um relacionamento que tive com um namorado. Nós estávamos ligados em termos de trabalho, tínhamos duas empresas. Eu tive um desgaste emocional enorme porque uma das empresas era nos Açores, eu tinha de estar 15 dias por mês nos açores. Detestava aquilo. Andei três anos 15 dias cá, 15 dias lá, tinha 3 casas para morar. Tinha 3 casas para morar, uma lá, a minha em Setúbal, e tinha a do meu namorado porque andávamos juntos. Ele era médico, tinha muito trabalho e era tudo muito desgastante. A relação foi-se desgastando e depois houve problemas com a separação das empresas porque ????? em separação. E eu tive uma depressão na qual me recusei a tomar medicamentos. Como ele era, tinha estado, pelas medicinas alternativas e eles são completamente contra os químicos, andei só pelas medicinas alternativas, mas aquilo não me resolveu nada, o que significa que a depressão em vez de passar, aumentou. Mas eu não tinha essa consciência, tinha ataques de pânico, muitas ansiedades, acordava de noite e pensava que ia morrer porque o coração disparava e tudo.. Deixei de andar de metro, de elevador, tava num restaurante desejando que acabasse aquele jantar – só ia mesmo por questões protocolares e só ficava nas mesas que ficavam perto da porta. Se fosse ao cinema só ficava na cadeira que ficava ao pé da porta. Os hábitos sociais comecei a deixar de ter. Um dia de repente há uma amiga minha que me diz que eu devia de consultar um psicólogo porque já estava na altura. E foi nessa sequência.</p>	Depressão.
11	<p>Infelicidade. A não aceitação da minha personalidade.</p>	Depressão.

<p>12</p>	<p>Sentimento depressivo com forte desejo suicida. Esta situação ocorreu após um caso de violência com a minha companheira da altura e consequente rompimento da relação.</p> <p>A situação descrita acima foi o corolário de um processo que vinha da adolescência em que as fases depressivas apareciam com muita frequência. A violência doméstica tinha ocorrido por diversas vezes situações no meu relacionamento anterior.</p>	<p>Depressão.</p>
<p>13</p>	<p>Quando iniciei o processo frequentava o cursos de psicologia aplicada, o que me fez despertar para algumas lacunas na gestão emocional de questões relacionadas com a minha vivência familiar.</p> <p>Creio que a combinação dos 2 fatores (curso e família) fez-me a sentir a necessidade de analisar alguns processos comportamentais e procurar suas causas.</p>	<p>Depressão</p>

Anexo 7 - Tabela de Análise das respostas em Momento Início e Momento Final à questão: *Será possível descrever a forma como sentiu e/ou sente o seu psicoterapeuta? Como vivenciou a relação com ele/ela ao longo do processo terapêutico?*

Sujeito	Resposta	Momento Início	Momento Final
1	A minha primeira reação, quando iniciei a terapia, foi a de pensar que nunca iria conseguir contar os meus sentimentos mais profundos, as minhas angústias, tristezas ou preocupações a uma pessoa completamente estranha para mim. Fui sempre uma pessoa muito fechada no que diz respeito aos meus sentimentos. A relação com a minha psicoterapeuta, no entanto, foi sendo pautada por uma relação de empatia, de carinho e de crescimento. Tendo uma profissão que se baseia nos mesmos moldes, percebo que a relação paciente-psicoterapeuta seja uma relação profissional, mas que neste tipo de relações há sempre aquelas que deixam marcas e lembranças. A minha psicoterapeuta marcou uma etapa da minha vida e é uma pessoa que lembro e sempre lembrarei com muito carinho, como se tivesse feito parte de mim durante um percurso da minha vida.	A minha primeira reação, quando iniciei a terapia, foi a de pensar que nunca iria conseguir contar os meus sentimentos mais profundos, as minhas angústias, tristezas ou preocupações a uma pessoa completamente estranha para mim. Fui sempre uma pessoa muito fechada no que diz respeito aos meus sentimentos.	A relação com a minha psicoterapeuta, no entanto, foi sendo pautada por uma relação de empatia, de carinho e de crescimento. Tendo uma profissão que se baseia nos mesmos moldes, percebo que a relação paciente-psicoterapeuta seja uma relação profissional, mas que neste tipo de relações há sempre aquelas que deixam marcas e lembranças.
2	Foi uma pessoa muito importante e forte no meio de toda a minha confusão, muitas vezes sei que fui racista e egoísta(apontando tudo que eu achava que era mal nos portugueses nem pensando nela como uma portuguesa)mas fazia parte da minha cura e ela nunca fez com que me sentisse mal com isso, só depois que me dei conta das coisas absurdas que ela deve ter ouvido da minha boca, mas claro era preciso que isso acontecesse para que eu conseguisse chegar até aqui. É alguém que tem todo o meu carinho e respeito, e a certeza que eu fui uma felizarda por ter encontrado alguém tão capaz, nem coloco a hipótese de isso ter acontecido com outro profissional, para mim ela foi perfeita e chegou onde era esperado chegar. Obs. Isso porque sou brasileira, e muitos dos meus problemas tinha a ver com a mudança de país e a não aceitação das pessoas do lado de cá do oceano, por muitas vezes achar que o mal todo estava aí, quando na verdade estava na minha maneira de encarar as coisas.	Foi uma pessoa muito importante e forte no meio de toda a minha confusão, muitas vezes sei que fui racista e egoísta(apontando tudo que eu achava que era mal nos portugueses nem pensando nela como uma portuguesa)mas fazia parte da minha cura e ela nunca fez com que me sentisse mal com isso	só depois que me dei conta das coisas absurdas que ela deve ter ouvido da minha boca, mas claro era preciso que isso acontecesse para que eu conseguisse chegar até aqui. É alguém que tem todo o meu carinho e respeito, e a certeza que eu fui uma felizarda por ter encontrado alguém tão capaz, nem coloco a hipótese de isso ter acontecido com outro profissional, para mim ela foi perfeita e chegou onde era esperado chegar.
3	A nossa relação foi ótima desde o início. Foi uma vivência muito agradável. Existiu imensa compreensão por parte da Psicoterapeuta e enorme preocupação no sentido de me sentir bem durante as sessões, e não só. Quando estive doente, e durante algum tempo não pude comparecer a algumas	A nossa relação foi ótima desde o início. Foi uma vivência muito agradável. Existiu imensa compreensão por parte da Psicoterapeuta e enorme preocupação no	Quando estive doente, e durante algum tempo não pude comparecer a algumas sessões, teve sempre a gentileza de me telefonar a fim de

	sessões, teve sempre a gentileza de me telefonar a fim de se inteirar do meu estado. É uma pessoa que muito admiro. Sinto-a como uma amiga e confidente. Não como médica.	sentido de me sentir bem durante as sessões, e não só.	se inteirar do meu estado. É uma pessoa que muito admiro. Sinto-a como uma amiga e confidente. Não como médica.
4	Lembro-me de uma vez lhe prometer convidá-la para (qualquer coisa) Quero dizer, era uma amiga.	Não há informação disponível	Lembro-me de uma vez lhe prometer convidá-la para (qualquer coisa), Quero dizer, era uma amiga.
5	<p>Foi sempre uma relação muito profissional, com a distância necessária, apesar de por vezes, essa distância, me ter incomodado, devido ao carácter pessoal e à fragilidade inerente ao processo, sei e sinto que é assim que tem que ser, não estamos ali para socializar, para fazer amigos, estamos ali para fazer uma terapia e senti sempre uma relação de terapeuta para paciente.</p> <p>Ficava fascinada quando ouvia nas palavras do meu psicoterapeuta o encontro com o meu ser, aí fazia-se luz e era uma sensação incrível porque havia em mim a alegria de saber que finalmente alguém compreendia o que eu sentia, afinal era possível e a terapia seguia mais um passo em frente, e eu saía da consulta confortada, satisfeita, em paz, com o sentimento de que mais uma etapa era ultrapassada.</p> <p>Senti sempre e sinto ainda hoje uma relação de confiança e apoio, mesmo quando saía da terapia em conflito, o que aconteceu algumas vezes, tive sempre a sensação de que não estava sozinha, e que era uma questão de tempo, e trabalho para conseguir ultrapassar mais aquela dificuldade.</p> <p>Quando precisei de apoio não o conhecia de lado nenhum, foi através de um amigo que me deu o seu contacto e quando ganhei coragem para ligar, foi mais fácil do que estava à espera, porque do outro lado atendeu-me uma pessoa séria e disponível que transmitiu vontade de fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para me receber e perceber o que se passava.</p> <p>Ainda hoje sei, que se voltar a precisar ele está lá à minha espera.</p>	Quando precisei de apoio não o conhecia de lado nenhum, foi através de um amigo que me deu o seu contacto e quando ganhei coragem para ligar, foi mais fácil do que estava à espera, porque do outro lado atendeu-me uma pessoa séria e disponível que transmitiu vontade de fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para me receber e perceber o que se passava.	<p>Senti sempre e sinto ainda hoje uma relação de confiança e apoio, mesmo quando saía da terapia em conflito, o que aconteceu algumas vezes, tive sempre a sensação de que não estava sozinha, e que era uma questão de tempo, e trabalho para conseguir ultrapassar mais aquela dificuldade.</p> <p>Foi sempre uma relação muito profissional, com a distância necessária, apesar de por vezes, essa distância, me ter incomodado, devido ao carácter pessoal e à fragilidade inerente ao processo, sei e sinto que é assim que tem que ser, não estamos ali para socializar, para fazer amigos, estamos ali para fazer uma terapia e senti sempre uma relação de terapeuta para paciente.</p>
6	<p>Foi uma relação ambígua. Por vezes sentia-me bem e à vontade. Outras vezes irritava-me apanhá-la tantas vezes a olhar para o relógio. Lá está, às vezes achava que ela até gostava de mim (como se isso tivesse importância) e outras pensava que ela era notoriamente mercantilista. Bem, a nossa relação de base era contratual, claro. Eu é que apesar de ter noção disso espero sempre qualquer coisa das pessoas que elas não podem dar, porque não é do seu foro darem-me.</p> <p>Também me pareceu, mais para o final do meu processo, que tive de antecipar</p>	Bem, a nossa relação de base era contratual, claro. Eu é que apesar de ter noção disso espero sempre qualquer coisa das pessoas que elas não podem dar, porque não é do seu foro darem-me.	Foi uma relação ambígua. Por vezes sentia-me bem e à vontade. Outras vezes irritava-me apanhá-la tantas vezes a olhar para o relógio. Lá está, às vezes achava que ela até gostava de mim (como se isso tivesse importância) e outras pensava que ela era notoriamente

	<p>por razões financeiras, que ela reavaliou o diagnóstico a meu respeito. Isso deixou-me muito insegura. Senti-me como se estivesse com um cancro e tivessem estado a tratar-me para uma constipação durante quase 2 anos. Fiquei zangada também e depois muito triste.</p>		<p>mercantilista. Também me pareceu, mais para o final do meu processo, que tive de antecipar por razões financeiras, que ela reavaliou o diagnóstico a meu respeito. Isso deixou-me muito insegura. Senti-me como se estivesse com um cancro e tivessem estado a tratar-me para uma constipação durante quase 2 anos. Fiquei zangada também e depois muito triste.</p>
7	<p>Em relação ao meu primeiro psicoterapeuta sinto-me grata e mantenho uma profunda admiração pelo mesmo. Considero que é uma pessoa dotada de grandes qualidades intelectuais e afetivas. Senti que tinha um interesse genuíno pela minha pessoa. Contudo, senti que me “empurrou” cedo de mais para “fora do ninho”, apesar de ter sentido que o fazia por confiar na minha capacidade para me autonomizar. Parcialmente, senti que tinha ficado entregue a mim mesma, demasiado cedo, repetindo a minha história e o meu padrão relacional. Fiquei, por isso, “zangada” com o psicoterapeuta durante algum tempo. Mais tarde, percebi que a capacidade de ficar “zangada” com alguém por quem tinha apreço havia sido uma conquista realizada graças à ajuda desse mesmo psicoterapeuta.</p> <p>O meu segundo psicoterapeuta suscita-me sentimentos de profunda tranquilidade. A sua postura amável e o seu cuidado em mostrar-se sempre presente e disponível permitiu-me recuperar a minha confiança em termos relacionais. Posso mesmo afirmar que esta última relação terapêutica assumiu um papel central pois substituiu-se ao modelo que possuía e que me levava a estar nas relações de forma insegura e desconfiada. Tenho por isso uma profunda admiração e gratidão pelo meu último psicoterapeuta. Considero que foi a única pessoa que me permitiu sentir que mesmo que o mundo em nosso redor esteja a ruir é possível que nos possamos continuar a sentir minimamente seguros. É alguém em quem confio plenamente.</p>	<p>O meu segundo psicoterapeuta suscita-me sentimentos de profunda tranquilidade. A sua postura amável e o seu cuidado em mostrar-se sempre presente e disponível permitiu-me recuperar a minha confiança em termos relacionais.</p>	<p>Posso mesmo afirmar que esta última relação terapêutica assumiu um papel central pois substituiu-se ao modelo que possuía e que me levava a estar nas relações de forma insegura e desconfiada. Tenho por isso uma profunda admiração e gratidão pelo meu último psicoterapeuta. Considero que foi a única pessoa que me permitiu sentir que mesmo que o mundo em nosso redor esteja a ruir é possível que nos possamos continuar a sentir minimamente seguros. É alguém em quem confio plenamente.</p>
8	<p>Possível é, mas difícil, porque ao principio quando estamos frente a frente, há como que uma consulta com perguntas e respostas, mas quando passa às “costas viradas” em que somos “obrigados” a falar porque se não falarmos</p>	<p>Possível é, mas difícil, porque ao principio quando estamos frente a frente, há como que uma consulta com perguntas e respostas,</p>	<p>Quando soube que o meu psicoterapeuta era professor na Faculdade, fiquei mais intimidada,</p>

	<p>ficamos em silêncio e muitas vezes as lágrimas substituem as palavras tal era a dos que ia lá dentro e que a vida nos obrigava a retrair.</p> <p>O psicoterapeuta é aquele que ouve, raramente critica e não vai contar a ninguém aquilo que ouve, não vai fazer conversa de café, porque aquilo ali é trabalho e nós sabemos quando estamos no café, o difícil, mas difícil mesmo é abrir o coração e dizer a verdade sem rodeios.</p> <p>Era mais fácil para mim não ter que virar as costas ao psicoterapeuta e responder às perguntas, mas se ele assim o quis é porque era melhor para mim e realmente obrigou-me a falar, a pensar analisar.</p> <p>Quando soube que o meu psicoterapeuta era professor na Faculdade, fiquei mais intimidada, mas ele justificou-me que eu tinha “aquele” problema com as patentes e que nada se iria modificar.</p> <p>Acho que nós os Portugueses somos um povo fechado e que somos programados para ser cada vez melhor, ou seja sofrer mais calados. Falar dos problemas por vezes é muito difícil.</p>	<p>mas quando passa às “costas viradas” em que somos “obrigados” a falar porque se não falarmos ficamos em silêncio e muitas vezes as lágrimas substituem as palavras tal era a dos que ia lá dentro e que a vida nos obrigava a retrair.</p>	<p>mas ele justificou-me que eu tinha “aquele” problema com as patentes e que nada se iria modificar.</p> <p>Acho que nós os Portugueses somos um povo fechado e que somos programados para ser cada vez melhor, ou seja sofrer mais calados. Falar dos problemas por vezes é muito difícil.</p>
<p>9</p>	<p>Foi... eu penso que as minhas sessões foram, portanto, eu deitada no divã e ele estava atrás de mim. Houve uma altura em que eu lhe perguntei porque é que ele usou esse método e ele explicou-me que achava que eu se não tivesse sem estar a olhar para ele talvez não tivesse a coragem de lhe dizer determinadas coisas. Eu, hoje, passado algum tempo de já ter terminado as sessões, penso que a uma determinada altura nós deveríamos de ter mudado esse sistema. Porque, isso poderia-me talvez ter aproximado dele. Eu penso que ele achou, pelo pouco que ele conhecia de mim obviamente, que este seria o melhor método para mim, porque ele achou que eu era uma pessoa extremamente fechada, extremamente reservada, que seria muito complicado poder contar as coisas a alguém. Não é assim tanto verdade, tenho que que criar efetivamente empatia com a pessoa, não é? E eu penso que teria sido útil para a minha relação com ele a uma determinada altura das sessões se calhar ter deixado de estar naquela posição que me impediu de criar... não sei, se quisermos, uma maior proximidade com ele. Assim, ter uma pessoa com que eu estou a falar, que eu não estou a ver, é difícil criar uma maior empatia. Pelo menos para mim é. Portanto, a minha relação com ele resumiu-se a isso mesmo, foi um professor. Um professor desta terapia e que me ensinou e muito bem, de tal forma que eu penso que consigo aplicá-la nos dias de hoje.</p> <p>Ent: Estava a falar aí na questão do uso do divã.. disse que se calhar</p>	<p>e eu acho que, este método do divã, no meu caso, talvez numa primeira fase, se calhar, porque eu não o conhecia a ele, nem ele me conhecia a mim, e então foi uma forma de ultrapassar essa barreira, mas a partir do momento em que a barreira estava ultrapassada penso que teria sido positivo.</p> <p>evidente que eu chego aqui, não sei o que é o método, não conheço a pessoa, a pessoa fica um bocado assim na defesa não é? É natural. E por outro lado eu se calhar também sou uma pessoa com uma maneira de ser já por natureza que dou a impressão que tenho aqui uma muralha à volta, que as pessoas não vão conseguir saber.... Bom, isso é verdade até certo ponto, ultrapassada a dita barreira não é verdade. E eu penso que numa primeira fase ter escolhido esse método foi importante, para ultrapassar a tal barreira, mas a partir do momento em que a</p>	<p>Portanto, a minha relação com ele resumiu-se a isso mesmo, foi um professor. Um professor desta terapia e que me ensinou e muito bem, de tal forma que eu penso que consigo aplicá-la nos dias de hoje.</p> <p>Eu, vamos lá ver, pondo-me no papel do psicanalista que não conhece a pessoa com que vai fazer as sessões, é obvio que ele decide em função da imagem que a pessoa que tem à frente dele lhe emite. Que muitas vezes é uma capa que nós temos, muito forte, e que a pessoa que está do lado de lá faz uma imagem mais exagerada em determinados aspetos do que realmente é. E eu se calhar – se calhar não, de certeza – que transmiti essa imagem, de que seria</p>

<p>devia de ter havido uma mudança, que se calhar teriam havido benefícios. E benefícios do uso do divã. Para si acha que facilitou? (pausa) Eu penso que teria tido mais vantagens em não usar o divã do que utilizar. Eu, vamos lá ver, pondo-me no papel do psicanalista que não conhece a pessoa com que vai fazer as sessões, é obvio que ele decide em função da imagem que a pessoa que tem à frente dele lhe emite. Que muitas vezes é uma capa que nós temos, muito forte, e que a pessoa que está do lado de lá faz uma imagem mais exagerada em determinados aspetos do que realmente é. E eu se calhar – se calhar não, de certeza – que transmiti essa imagem, de que seria impossível de eu contar a minha vida sem ser naquele método. O que realmente não é de todo verdade, e acho até que, olhando para hoje, se não tivesse sido no divã talvez tivesse conseguido criar uma empatia maior com ele. Penso eu. Ele é uma pessoa que, pelo que eu percebi, tem uma maneira de ser que me agrada, mas efetivamente, estarmos a falar com alguém e não estar a olhar para a pessoa é realmente muito complicado (risos). É muito complicado, e eu acho que comunicar com alguém, faz tudo parte, é os gestos, é a voz é... olhar para a pessoa, é ver a reação, tudo isso influencia se calhar a pessoa a contar mais ou contar menos ou... e eu acho que, este método do divã, no meu caso, talvez numa primeira fase, se calhar, porque eu não o conhecia a ele, nem ele me conhecia a mim, e então foi uma forma de ultrapassar essa barreira, mas a partir do momento em que a barreira estava ultrapassada penso que teria sido positivo.</p> <p>Ent: Da sua parte teve vontade... Eu penso que na altura não me terá ocorrido em falar sobre isso. É obvio que eu estou a olhar para trás. Se calhar se na altura me tivesse ocorrido teria falado certamente, mas basicamente foi isso, não me passou pela cabeça naquela altura sugerir isto, não faço ideia, não me passou pela cabeça certamente.</p> <p>Ent: Estava aí a falar na questão de que se calhar ele escolheu o método do divã com base na forma como você se mostrou ao início. Ao início como é que você veio para aqui, vinha com medo? Quais eram os seus sentimentos? É evidente que eu chego aqui, não sei o que é o método, não conheço a pessoa, a pessoa fica um bocado assim na defesa não é? É natural. E por outro</p>	<p>barreira foi ultrapassada – porque foi – não é, porque penso que o doutor X é talvez das pessoas que melhor me conhece, por todo o processo, não é.. Ultrapassada essa fase eu penso que teria sido positivo para a nossa relação deixar esse método passar para outro.</p>	<p>impossível de eu contar a minha vida sem ser naquele método. O que realmente não é de todo verdade, e acho até que, olhando para hoje, se não tivesse sido no divã talvez tivesse conseguido criar uma empatia maior com ele. Penso eu. Ele é uma pessoa que, pelo que eu percebi, tem uma maneira de ser que me agrada, mas efetivamente, estarmos a falar com alguém e não estar a olhar para a pessoa é realmente muito complicado (risos)</p>
--	--	--

	<p>lado eu se calhar também sou uma pessoa com uma maneira de ser já por natureza que dou a impressão que tenho aqui uma muralha à volta, que as pessoas não vão conseguir saber... Bom, isso é verdade até certo ponto, ultrapassada a dita barreira não é verdade. E eu penso que numa primeira fase ter escolhido esse método foi importante, para ultrapassar a tal barreira, mas a partir do momento em que a barreira foi ultrapassada – porque foi – não é, porque penso que o doutor X é talvez das pessoas que melhor me conhece, por todo o processo, não é.. Ultrapassada essa fase eu penso que teria sido positivo para a nossa relação deixar esse método passar para outro.</p>		
<p>10</p>	<p>Eu como lhe digo, sinto que houve empatia entre mim e a terapeuta. Porque eu também acho que se não houvesse se também tinha continuado. Como exemplos uma irmã minha começou agora um processo e não foi mais do que três ou quatro consultas, e outras pessoas assim. Não sei se foi isso, se foi a forma de ela trabalhar, que me conseguiu... Agora durante o processo houve coisas menos.. lembro-me de uma curiosamente quando vieram com uma história que não era propriamente do terapeuta mais ele é que tinha que dizer que nós tínhamos de pagar as consultas quer viéssemos quer não, mesmo que avisássemos com antecedência. Eu encarei essa parte muito mal. Pronto, coisas menos boas inerentes propriamente à pessoa só me lembro desta. Agora inerentes à pessoa no meu próprio processo como lhe disse houve momentos de sofrimento. Dela em relação a mim, sempre foi (tirando esta questão dos horários serem sempre muito... isto se calhar também me serviu para me educar, terem de ser cumpridos à risca, ou seja, se a gente se atrasasse 10 minutos aquilo já era muito complicado, portanto..isso para mim causava às vezes uma certa pressão). Eu entendo que tem de ser assim, as salas estão como estão, mas....</p> <p>Ent: São assim as únicas coisas negativas, essa questão dos limites dos tempos das salas..</p> <p>Sim, por exemplo, se a gente está com um assunto a meio e aquilo acabou, acabou acabou. Isso às vezes também nos deixa um bocado a pensar, então não são mais cinco minutos? Não, acabou, acabou. Às vezes pensamos, pensasse sempre muito no fator económico, não é?, então mais cinco minutos será que é grave, será que não é grave?</p>	<p>Eu como lhe digo, sinto que houve empatia entre mim e a terapeuta. Porque eu também acho que se não houvesse se também tinha continuado.</p> <p>Não sei se foi isso, se foi a forma de ela trabalhar, que me conseguiu...</p>	<p>Dela em relação a mim, sempre foi (tirando esta questão dos horários serem sempre muito... isto se calhar também me serviu para me educar, terem de ser cumpridos à risca, ou seja, se a gente se atrasasse 10 minutos aquilo já era muito complicado, portanto..isso para mim causava às vezes uma certa pressão). Eu entendo que tem de ser assim, as salas estão como estão, mas....</p> <p>Sim, por exemplo, se a gente está com um assunto a meio e aquilo acabou, acabou acabou. Isso às vezes também nos deixa um bocado a pensar, então não são mais cinco minutos? Não, acabou, acabou. Às vezes pensamos, pensasse sempre muito no fator económico, não é?, então mais cinco minutos será que é grave, será que não é grave?</p>

11	Como um amigo imparcial em quem posso confiar mas não vai ser cúmplice.	Não há informação disponível	Como um amigo imparcial em quem posso confiar mas não vai ser cúmplice.
12	Sinceramente na primeira vez viu-o como uma pessoa fria quase diria antipática, o que fez com que só tivesse encarado a necessidade de fazer a terapia um ano depois, aquando da situação descrita no início deste documento. Ao longo do processo o meu sentimento foi evoluindo quase que para uma relação de amizade, embora tenha sempre sentido a distância necessária para garantir a eficácia do processo terapêutico. Na última sessão a despedida foi feita como se tivesse terminado uma longa jornada com um amigo. Atualmente, no meu trabalho quase que permanente de análise introspetiva uso a figura do psicoterapeuta com alguém com quem comento as situações, nomeadamente os sonhos que tenho todas as noites.	Sinceramente na primeira vez viu-o como uma pessoa fria quase diria antipática, o que fez com que só tivesse encarado a necessidade de fazer a terapia um ano depois	Ao longo do processo o meu sentimento foi evoluindo quase que para uma relação de amizade, embora tenha sempre sentido a distância necessária para garantir a eficácia do processo terapêutico. Na última sessão a despedida foi feita como se tivesse terminado uma longa jornada com um amigo.
13	Foi um privilégio ter a terapeuta que tive. Foi excepcional e teve uma paciência enorme ao longo dos vários para com alguns comportamentos menos elegantes, nomeadamente os atrasos e as faltas sem avisar. Tenho um enorme sentimento de gratidão e carinho por tudo o que me ajudou. Foi uma ajuda excepcional e desde cedo percebeu que tipo de caso tinha entre mãos.	Não há informação disponível	Foi um privilégio ter a terapeuta que tive. Foi excepcional e teve uma paciência enorme ao longo dos vários para com alguns comportamentos menos elegantes, nomeadamente os atrasos e as faltas sem avisar. Tenho um enorme sentimento de gratidão e carinho por tudo o que me ajudou. Foi uma ajuda excepcional e desde cedo percebeu que tipo de caso tinha entre mãos.

Anexo 8 - Tabela de Análise das Respostas para o *Momento Inicial*

Sujeito	Momento Inicial	Unidades de Significado	Constituintes da Estrutura
1	A minha primeira reação, quando iniciei a terapia, foi a de pensar que nunca iria conseguir contar os meus sentimentos mais profundos, as minhas angústias, tristezas ou preocupações a uma pessoa completamente estranha para mim. Fui sempre uma pessoa muito fechada no que diz respeito aos meus sentimentos.	Conflitos internos	Conteúdos subjetivos
2	Foi uma pessoa muito importante e forte no meio de toda a minha confusão, muitas vezes sei que fui racista e egoísta(apontando tudo que eu achava que era mal nos portugueses nem pensando nela como uma portuguesa)mas fazia parte da minha cura e ela nunca fez com que me sentisse mal com isso	1 Sentimentos direcionados ao terapeuta; 2 Conflitos internos; 3 Atitudes do terapeuta.	1 Conteúdos relacionados com o terapeuta; 2 Conteúdos subjetivos; 3 Conteúdos objetivos
3	A nossa relação foi ótima desde o início. Foi uma vivência muito agradável. Existiu imensa compreensão por parte da Psicoterapeuta e enorme preocupação no sentido de me sentir bem durante as sessões, e não só.	1 Sentimentos direcionados à relação; 2 Atitudes do terapeuta; 3 Sentimentos direcionados ao terapeuta.	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos objetivos; 3 Conteúdos relacionados com o terapeuta.
4	<i>Não se refere a este período</i>		
5	Quando precisei de apoio não o conhecia de lado nenhum, foi através de um amigo que me deu o seu contacto e quando ganhei coragem para ligar, foi mais fácil do que estava à espera, porque do outro lado atendeu-me uma pessoa séria e disponível que transmitiu vontade de fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para me receber e perceber o que se passava.	1 Conflitos internos; 1 Sentimentos direcionados ao próprio; 2 Sentimentos direcionados ao terapeuta	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos relacionados com o terapeuta.
6	Bem, a nossa relação de base era contratual, claro. Eu é que apesar de ter noção disso espero sempre qualquer coisa das pessoas que elas não podem dar, porque não é do seu foro darem-me.	Conflitos internos	Conteúdos subjetivos
7	O meu segundo psicoterapeuta suscita-me sentimentos de profunda tranquilidade. A sua postura amável e o seu cuidado em mostrar-se sempre presente e disponível permitiu-me recuperar a minha confiança em termos relacionais.	1 Sentimentos direcionados ao próprio; 2 Atitudes do terapeuta	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos objetivos
8	Possível é, mas difícil, porque ao princípio quando estamos frente a frente, há como que uma consulta com perguntas e respostas, mas quando passa às “costas viradas” em que somos “obrigados” a falar porque se não falarmos	1 Factos do processo terapêutico; 2 Conflitos internos	1 Conteúdos objetivos; 2 Conteúdos subjetivos

	ficamos em silêncio e muitas vezes as lágrimas substituem as palavras tal era a dos que ia lá dentro e que a vida nos obrigava a retrain.		
9	<p>... e eu acho que, este método do divã, no meu caso, talvez numa primeira fase, se calhar, porque eu não o conhecia a ele, nem ele me conhecia a mim, e então foi uma forma de ultrapassar essa barreira, mas a partir do momento em que a barreira estava ultrapassada penso que teria sido positivo.</p> <p>evidente que eu chego aqui, não sei o que é o método, não conheço a pessoa, a pessoa fica um bocado assim na defesa não é? É natural. E por outro lado eu se calhar também sou uma pessoa com uma maneira de ser já por natureza que dou a impressão que tenho aqui uma muralha à volta, que as pessoas não vão conseguir saber.... Bom, isso é verdade até certo ponto, ultrapassada a dita barreira não é verdade. E eu penso que numa primeira fase ter escolhido esse método foi importante, para ultrapassar a tal barreira, mas a partir do momento em que a barreira foi ultrapassada – porque foi – não é, porque penso que o doutor X é talvez das pessoas que melhor me conhece, por todo o processo, não é.. Ultrapassada essa fase eu penso que teria sido positivo para a nossa relação deixar esse método passar para outro.</p>	<p>1 Factos do processo terapêutico;</p> <p>2 Conflitos internos;</p> <p>2 Sentimentos direcionados à relação</p>	<p>1 Conteúdos objetivos;</p> <p>2 Conteúdos subjetivos</p>
10	Eu como lhe digo, sinto que houve empatia entre mim e a terapeuta. Porque eu também acho que se não houvesse se também tinha continuado. Não sei se foi isso, se foi a forma de ela trabalhar, que me conseguiu...	<p>1 Sentimentos direcionados à relação;</p> <p>2 Factos do processo terapêutico</p>	<p>1 Conteúdos subjetivos;</p> <p>2 Conteúdos objetivos</p>
11	<i>Não se refere a este período</i>		
12	Sinceramente na primeira vez viu-o como uma pessoa fria quase diria antipática, o que fez com que só tivesse encarado a necessidade de fazer a terapia um ano depois	Sentimentos direcionados ao terapeuta	Conteúdos relacionados com o terapeuta
13	<i>Não se refere a este período</i>		

Anexo 9 - Tabela 6 de Análise das Respostas para o *Momento Final*.

Sujeito	Momento Final	Unidades de Significado	Constituintes da Estrutura
1	A relação com a minha psicoterapeuta, no entanto, foi sendo pautada por uma relação de empatia, de carinho e de crescimento. Tendo uma profissão que se baseia nos mesmos moldes, percebo que a relação paciente-psicoterapeuta seja uma relação profissional, mas que neste tipo de relações há sempre aquelas que deixam marcas e lembranças.	1 Sentimentos direcionados à relação; 2 Factos do processo terapêutico	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos objetivos
2	só depois que me dei conta das coisas absurdas que ela deve ter ouvido da minha boca, mas claro era preciso que isso acontecesse para que eu conseguisse chegar até aqui. É alguém que tem todo o meu carinho e respeito, e a certeza que eu fui uma felizarda por ter encontrado alguém tão capaz, nem coloco a hipótese de isso ter acontecido com outro profissional, para mim ela foi perfeita e chegou onde era esperado chegar.	Sentimentos relacionados com o terapeuta; Idealização	Conteúdos subjetivos
3	Quando estive doente, e durante algum tempo não pude comparecer a algumas sessões, teve sempre a gentileza de me telefonar a fim de se inteirar do meu estado. É uma pessoa que muito admiro. Sinto-a como uma amiga e confidente. Não como médica.	Factos do processo terapêutico; Sentimentos relacionados com o terapeuta; Idealização	Conteúdos subjetivos
4	Lembro-me de uma vez lhe prometer convidá-la para (qualquer coisa), Quero dizer, era uma amiga.	Sentimentos relacionados com o terapeuta; Idealização	Conteúdos subjetivos
5	Senti sempre e sinto ainda hoje uma relação de confiança e apoio, mesmo quando saía da terapia em conflito, o que aconteceu algumas vezes, tive sempre a sensação de que não estava sozinha, e que era uma questão de tempo, e trabalho para conseguir ultrapassar mais aquela dificuldade. Foi sempre uma relação muito profissional, com a distância necessária, apesar de por vezes, essa distância, me ter incomodado, devido ao carácter pessoal e à fragilidade inerente ao processo, sei e sinto que é assim que tem que ser, não estamos ali para socializar, para fazer amigos, estamos ali para fazer uma terapia e senti sempre uma relação de terapeuta para paciente.	1 Sentimentos direcionados à relação; 2 Factos do processo terapêutico	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos objetivos
6	Foi uma relação ambígua. Por vezes sentia-me bem e à vontade. Outras vezes irritava-me apanhá-la tantas vezes a olhar para o relógio. Lá está, às vezes achava que ela até gostava de mim (como se isso tivesse importância) e outras	1 Sentimentos direcionados ao próprio; 1 Sentimentos relacionados com o terapeuta;	1 Conteúdos subjetivos; 2 Conteúdos objetivos; 3 Conteúdos relacionados com o

	<p>pensava que ela era notoriamente mercantilista. Também me pareceu, mais para o final do meu processo, que tive de antecipar por razões financeiras, que ela reavaliou o diagnóstico a meu respeito. Isso deixou-me muito insegura. Senti-me como se estivesse com um cancro e tivessem estado a tratar-me para uma constipação durante quase 2 anos. Fiquei zangada também e depois muito triste.</p>	<p>2 Atitudes do terapeuta; 3 Sentimentos direcionados ao terapeuta</p>	<p>terapeuta</p>
7	<p>Posso mesmo afirmar que esta última relação terapêutica assumiu um papel central pois substituiu-se ao modelo que possuía e que me levava a estar nas relações de forma insegura e desconfiada. Tenho por isso uma profunda admiração e gratidão pelo meu último psicoterapeuta. Considero que foi a única pessoa que me permitiu sentir que mesmo que o mundo em nosso redor esteja a ruir é possível que nos possamos continuar a sentir minimamente seguros. É alguém em quem confio plenamente.</p>	<p>Sentimentos direcionados à relação; Sentimentos relacionados com o terapeuta</p>	<p>Conteúdos subjetivos</p>
8	<p>Quando soube que o meu psicoterapeuta era professor na Faculdade, fiquei mais intimidada, mas ele justificou-me que eu tinha “aquele” problema com as patentes e que nada se iria modificar. Acho que nós os Portugueses somos um povo fechado e que somos programados para ser cada vez melhor, ou seja sofrer mais calados. Falar dos problemas por vezes é muito difícil.</p>	<p>Sentimentos direcionados ao próprio</p>	<p>Conteúdos subjetivos</p>
9	<p>Portanto, a minha relação com ele resumiu-se a isso mesmo, foi um professor. Um professor desta terapia e que me ensinou e muito bem, de tal forma que eu penso que consigo aplicá-la nos dias de hoje.</p> <p>Eu, vamos lá ver, pondo-me no papel do psicanalista que não conhece a pessoa com que vai fazer as sessões, é obvio que ele decide em função da imagem que a pessoa que tem à frente dele lhe emite. Que muitas vezes é uma capa que nós temos, muito forte, e que a pessoa que está do lado de lá faz uma imagem mais exagerada em determinados aspetos do que realmente é. E eu se calhar – se calhar não, de certeza – que transmiti essa imagem, de que seria impossível de eu contar a minha vida sem ser naquele método. O que realmente não é de todo verdade, e acho até que, olhando para hoje, se não tivesse sido no divã talvez tivesse conseguido criar uma empatia maior com ele. Penso eu. Ele é uma pessoa que, pelo que eu percebi, tem uma maneira de ser que me agrada, mas efetivamente, estarmos a falar com alguém e não estar a olhar para a pessoa é realmente muito complicado (risos)</p>	<p>1 Aprendizagem; 1 Factos do processo terapêutico; 2 Sentimentos direcionados ao próprio 2 Sentimentos relacionados com o terapeuta;</p>	<p>1 Conteúdos objetivos; 2 Conteúdos subjetivos.</p>

<p>10</p>	<p>Dela em relação a mim, sempre foi (tirando esta questão dos horários serem sempre muito... isto se calhar também me serviu para me educar, terem de ser cumpridos à risca, ou seja, se a gente se atrasasse 10 minutos aquilo já era muito complicado, portanto..isso para mim causava às vezes uma certa pressão). Eu entendo que tem de ser assim, as salas estão como estão, mas...</p> <p>Sim, por exemplo, se a gente está com um assunto a meio e aquilo acabou, acabou acabou. Isso às vezes também nos deixa um bocado a pensar, então não são mais cinco minutos? Não, acabou, acabou. Às vezes pensamos, pensasse sempre muito no fator económico, não é?, então mais cinco minutos será que é grave, será que não é grave?</p>	<p>1 Factos do processo terapêutico; 2 Sentimentos direcionados ao próprio</p>	<p>1 Conteúdos objetivos; 2 Conteúdos subjetivos</p>
<p>11</p>	<p>Como um amigo imparcial em quem posso confiar mas não vai ser cúmplice.</p>	<p>1 Sentimentos direcionados ao terapeuta; 2 Idealização</p>	<p>1 Conteúdos relacionados com o terapeuta; 2 Conteúdos subjetivos</p>
<p>12</p>	<p>Ao longo do processo o meu sentimento foi evoluindo quase que para uma relação de amizade, embora tenha sempre sentido a distância necessária para garantir a eficácia do processo terapêutico. Na última sessão a despedida foi feita como se tivesse terminado uma longa jornada com um amigo.</p>	<p>Sentimentos direcionados ao próprio; Sentimentos direcionados à relação.</p>	<p>Conteúdos subjetivos</p>
<p>13</p>	<p>Foi um privilégio ter a terapeuta que tive. Foi excepcional e teve uma paciência enorme ao longo dos vários para com alguns comportamentos menos elegantes, nomeadamente os atrasos e as faltas sem avisar. Tenho um enorme sentimento de gratidão e carinho por tudo o que me ajudou. Foi uma ajuda excepcional e desde cedo percebeu que tipo de caso tinha entre mãos.</p>	<p>1 Sentimentos direcionados ao terapeuta; 2 Sentimentos direcionados ao próprio</p>	<p>1 Conteúdos relacionados com o terapeuta; 2 Conteúdos subjetivos</p>