



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**As experiências de clientes de terapia cognitivo-
comportamental**

Joana Margarida Pastor Casimiro

Orientação: Prof. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2015

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

As experiências de clientes de terapia cognitivo-comportamental

Autor:

Joana Margarida Pastor Casimiro

Orientador/a:

Prof. Doutora Sofia Alexandra da Conceição Tavares

Évora, 2015

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Agradecimentos

*"I've tried so hard
And got so far
But in the end
It doesn't even matter
I had to fall
To lose it all
But in the end
It doesn't even matter"*

"In the End", Linkin Park

Mais do que esta chegada ao fim, a conclusão desta etapa, todos os obstáculos que quase me fizeram cair e enfrentei, importa quem me acompanhou em todo este percurso; quem nunca desistiu de mim; quem caminhou comigo; quem me incentivou; quem, apesar de perceber as minhas dificuldades, me disse "Tu és capaz"; quem teve paciência para ouvir todas as minhas lamúrias sem reclamar; quem acreditou quando eu mesma duvidei que conseguisse; quem me ajudou de forma mais prática. A todos estes "quem's" que aqui refiro e me acompanharam, um grande obrigada seria ainda pouco.

Em especial, quero agradecer aos meus pais por todo o apoio e compreensão, pela força e inspiração que, julgo, nem eles se aperceberam que me deram.

Resumo

As experiências de clientes de terapia cognitivo-comportamental

Os clientes são considerados a fonte mais direta de informação sobre as suas experiências em terapia, dado que têm um “acesso privilegiado” a certas áreas do processo terapêutico (Elliott & James, 1989). Verifica-se, contudo, que os investigadores tendem a prestar pouca atenção à forma como as experiências dos clientes contribuem para a compreensão deste processo (Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999; Messari, & Hallam, 2003). No limite, não será possível compreender totalmente a experiência dos clientes e, conseqüentemente como é que a terapia facilita a sua mudança, sem que isto lhes seja perguntado (Macran et al., 1999). Assim, e porque o conhecimento da perspectiva dos clientes pode conduzir a intervenções cognitivo-comportamentais mais eficazes (Elliott, 2008; Messari & Hallam, 2003) considerou-se pertinente explorar, através do método da *grounded theory*, as experiências de clientes de terapia cognitivo-comportamental e as suas explicações sobre a mudança ocorrida através da mesma (Clarke, Rees & Hardy, 2004; Dreier, 1998).

Palavras-chave: perspectiva dos clientes; mudança; terapia cognitivo-comportamental; *grounded theory*.

Abstract

The clients cognitive-behavioral experiences in therapy

The clients are considered the main source for information about their therapy experience, since they have “privileged access” to certain areas of the therapeutic process (Elliott & James, 1989). It appears, however, that researchers tend to disregard the way that the clients' experiences contribute to understand this process (Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999; Messari, & Hallam, 2003; Messari, & Hallam, 2003), although, on the limit, it isn't possible to totally understand the clients' experience and, consequently how the psychotherapy eases the change, without asking them (Macran et al., 1999). Thus, and because the client perspectives knowledge could lead to more efficient cognitive-behavioral interventions (Elliott, 2008; Messari & Hallam, 2003) it was considered pertinent to study, through the grounded theory method, the clients' cognitive-behavioral experiences and its explanations about the change occurred with this one (Clarke, Rees & Hardy, 2004; Dreier, 1998).

Keywords: clients perspective; change; cognitive-behavioral therapy; grounded theory.

Índice

Introdução	Pg. 1
Capítulo I – Revisão da Literatura	Pg. 5
1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Pg. 5
2. Fatores comuns e específicos que contribuem para a eficácia da terapia	Pg. 9
2.1. Percepção de eficácia pelos clientes	Pg. 10
3. A perspectiva dos clientes sobre a terapia	Pg. 13
3.1. Razões que justificam o estudo da perspectiva dos clientes sobre a terapia	Pg. 13
3.2. Experiências terapêuticas e percepções da mudança pelos clientes	Pg. 15
3.3. A perspectiva dos clientes de TCC	Pg. 19
Capítulo II – Metodologia	Pg. 21
1. Natureza e Objetivos	Pg. 21
2. Amostra e Amostragem	Pg. 25
3. Instrumentos	Pg. 27
3.1. Entrevista Semiestruturada	Pg. 27
4. Procedimentos	Pg. 29
4.1. Procedimentos de Recolha de Dados	Pg. 29
4.2. Procedimentos de Análise de Dados	Pg. 30
4.2.1. <i>A Grounded Theory</i>	Pg. 30
Capítulo III – Resultados e Discussão	Pg. 35
1. Resultados	Pg. 35
2. Discussão	Pg. 49
Capítulo IV – Conclusões	Pg. 55
Referências	Pg. 57
ANEXOS	Pg. 63
Anexo 1 – Guião da Entrevista de Mudança do Cliente	Pg. 64

Anexo 2 – Declaração de Consentimento Informado_____	Pg. 68
Anexo 3 – Exemplo da codificação aberta de partes das entrevistas_____	Pg. 69

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes_____ Pg. 26

Quadro 2 - Perspetiva global dos domínios, categorias concetuais e descritivas
da análise dos dados_____ Pg. 36

Índice de Figuras

Fig. 1 – Categoria Concetual “Motivo/Problema” _____	Pg. 37
Fig. 2 – Categoria Concetual “Terapia” _____	Pg. 39
Fig. 3 – Categoria Concetual “Terapeuta” _____	Pg. 42
Fig. 4 – Categoria Concetual “Ganhos Terapêuticos” _____	Pg. 44
Fig. 5 – Categoria Concetual “Resultados Negativos” _____	Pg. 47
Fig. 6 – Categoria Central “Mudança” _____	Pg. 47

Glossário

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UA – Unidades de Análise

Fig. – Figura

Introdução

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerada uma das formas de terapia mais amplamente estudadas (Salkovskis, 1996, cit. in Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Beck, 1997), é uma forma de tratamento psicológico baseada numa teoria compreensiva da psicopatologia e da personalidade e com modelos específicos de intervenção em várias perturbações (Sudack, Beck, & Wright, 2003).

Dada a relevância e a grande utilização desta terapêutica, considera-se pertinente conhecer e explorar melhor as suas especificidades e mecanismos subjacentes à eficácia reclamada para a mesma. Para isso, e segundo vários autores (e.g. Oliveira, Braun, & Penedo, 2013), deve ter-se em consideração a perspetiva dos clientes, beneficiários diretos da terapia e em função dos quais estas propostas terapêuticas são desenhadas. Assim, as informações provenientes dos clientes afiguram-se como dados fundamentais para a compreensão do processo psicoterapêutico e dos seus efeitos. Há, inclusive, autores (e.g. Viklund, Holmqvist & Nelson, 2010) que referem que os momentos identificados pelos clientes como significativos no processo terapêutico são a chave da compreensão da mudança ocorrida no mesmo.

Esperando que o conhecimento da perspetiva dos clientes possa contribuir para intervenções cognitivo-comportamentais mais eficazes (Messari & Hallam, 2003; Elliott, 2008), optou-se por, neste estudo, explorar as experiências de clientes de terapia cognitivo-comportamental, de forma a conhecer os aspetos que, segundo estes, são os mais significativos para os processos de mudança ocorridos em terapia.

O crescimento do número de estudos em torno da TCC deve-se, essencialmente, à adaptação deste tipo de intervenção a uma gama cada vez mais ampla de perturbações e problemas (Salkovskis, 1996, cit. in Butler et al., 2006; Beck, 1997). A sua prática requer um clínico ativo e empático que colabore com os clientes no processo de elaboração de metas e objetivos específicos do tratamento. As sessões são estruturadas com o propósito de reduzir a sintomatologia e permitir que os clientes adquiram aptidões para lidar com a sua perturbação específica (Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000; Sudack et al., 2003). Ao longo deste processo é essencial o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. A mesma irá contribuir para que o terapeuta possa empregar um conjunto de técnicas de forma eficaz e para promover a colaboração do cliente (Ellis, 1999, cit. in Gordon, 2000).

Sendo o cliente considerado a fonte mais direta de informação sobre as suas experiências em terapia, quando se procura investigar o significado e o valor da terapia, os clientes são a fonte de informação mais válida (Elliott & James, 1989). Deste modo, e verificando-se que os investigadores tendem a prestar pouca atenção à forma como as experiências dos clientes contribuem para a compreensão do processo terapêutico (e.g. Macran et al., 1999; Messari, & Hallam, 2003), parece pertinente desenvolver projetos de investigação que valorizem e explorem a perspetiva dos clientes sobre a terapia que experienciaram.

De acordo com o exposto, nesta investigação procuram-se respostas para as seguintes questões: *O que experienciam os clientes de TCC como mais significativo no seu processo terapêutico? Segundo os clientes, quais são os fatores que contribuem para os processos de mudança em terapia?*

Para dar forma a este estudo escolheu-se uma metodologia de investigação qualitativa, mais concretamente, a *grounded theory*. Considerando que o objeto de estudo da psicologia é o comportamento humano, verifica-se benéfico optar por uma investigação qualitativa (Fernandes & Maia, 2001). Esta escolha baseou-se no facto de a investigação qualitativa ser orientada para a análise de dados concretos nas suas particularidades locais e temporais e a partir das expressões dos participantes. Assim, os métodos qualitativos encontram-se numa posição que lhes permite desenhar formas para as ciências sociais, como a psicologia, transformando-as em programas de investigação que mantêm uma aproximação necessária dos seus objetos e tarefas (Flick, 2009). Por sua vez, uma razão que justifica a escolha da *grounded theory*, de entre as várias estratégias metodológicas no âmbito da investigação qualitativa, prende-se com o facto de esta se centrar na dimensão humana da sociedade, nos significados que as pessoas atribuem às suas vidas e nos aspetos subjetivos da vida social (Layder, 1993, cit. in Fernandes & Maia, 2001). O objetivo último da *grounded analyse* consiste em construir uma narrativa que dê sentido aos relatos e experiências dos participantes (Fernandes & Maia, 2001).

Apresentados os pressupostos e objetivos desta investigação é importante referir a estrutura de apresentação da mesma. De forma geral, o estudo divide-se em cinco partes. O primeiro capítulo é dedicado à revisão da literatura sobre a TCC e sobre as experiências dos clientes em terapia. No segundo capítulo, intitulado de metodologia da investigação, é apresentada a natureza e os objetivos do estudo, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise dos dados. No

terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados e, por fim, dedicamos uma última secção para as conclusões e considerações finais.

Capítulo I – Revisão da Literatura

1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC é um dos modelos terapêuticos que mais atenção tem recebido por parte da comunidade científica, tendo-se assistido ao desenvolvimento de um número crescente de estudos em torno do mesmo (Salkovskis, 1996, cit. in Butler et al., 2006; Beck, 1997). Inicialmente, a TCC foi desenvolvida como uma forma de tratamento para a depressão, sendo, posteriormente, adaptada para uma vasta gama de perturbações mentais (Sudack et al., 2003). A adaptação deste tipo de terapia a uma gama cada vez maior de perturbações e problemas contribuiu para o aumento dos estudos sobre a mesma (Salkovskis, 1996, cit. in Butler et al., 2006; Beck, 1997), continuando a destacar-se o suporte empírico que a sua eficácia tem vindo a receber (Sudack et al., 2003). A TCC caracteriza-se por ser uma forma de tratamento psicológico com uma teoria compreensiva da psicopatologia e da personalidade que se baseia em técnicas específicas para intervir em várias perturbações. Para isso, é esperado que o terapeuta mantenha uma postura ativa e empática e que colabore com os clientes no processo de elaboração de metas e objetivos específicos do tratamento. Por sua vez, o objetivo das sessões prende-se com a redução sintomática dos clientes, sendo para isso necessário permitir que os clientes adquiram aptidões, através de técnicas cognitivo-comportamentais, para lidar com a sua perturbação específica (Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000; Sudack et al., 2003).

Atualmente, na prática da TCC é evidente a contribuição do comportamentalismo, proveniente de obras de autores como Watson (1931, cit. in Gordon, 2000) e Skinner, (1953, cit. in Gordon, 2000), bem como a contribuição de uma abordagem cognitiva mais contemporânea, como a praticada por teóricos como Ellis (1962, cit. in Gordon, 2000), Beck (1976, cit. in Gordon, 2000) e Meichenbaum (1977, cit. in Gordon, 2000). Por influência do comportamentalismo, as estratégias utilizadas na TCC para tratar um cliente dependem do problema apresentado pelo mesmo, estando entre as abordagens mais comuns os exercícios de exposição, de relaxamento e de treino de competências sociais. A ênfase deste tipo de intervenções foca-se, essencialmente, na mudança do comportamento do cliente, pelo que, sempre que possível, os terapeutas trabalham com os clientes sobre as situações reais que estão a causar-lhe dificuldades (Gordon, 2000). Por outro lado, os terapeutas cognitivos defendem a primazia do papel das cognições – i.e. conceções, crenças,

ideias, significados, pensamentos, inferências, expectativas, previsões e atribuições – no bem-estar psicológico e emocional (Davis & Fallowfield, 1991, cit. in Gordon, 2000). As cognições tornam-se então igualmente alvo de mudança na tentativa de resolver dificuldades cognitivas, afetivas e comportamentais do cliente. Acredita-se, segundo esta perspectiva, que os indivíduos se perturbam na sequência das interpretações que fazem dos acontecimentos que experienciam e não dos acontecimentos em si. Assim, o objetivo desta abordagem é a mudança de pensamentos negativos, irracionais e autodestrutivos do cliente (Gordon, 2000), com base na proposição de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais são, muitas vezes, mediados cognitivamente e, deste modo, o cliente pode restabelecer o seu equilíbrio através da modificação de pensamentos e crenças disfuncionais (Dobson & Dozois, 2001, cit. in Butler et al., 2006). Verifica-se então de uma perspectiva evolutiva que os terapeutas comportamentais passaram a trabalhar com abordagens mais cognitivas, reconhecendo assim o papel fulcral dos pensamentos e das crenças na produção e manutenção dos comportamentos (Gordon, 2000).

Sendo o tratamento em TCC focado no problema, o processo de terapia consiste em ensinar o cliente a controlar os processos cognitivos e a olhar para as evidências que validam (ou não) o seu pensamento em situações reais. O terapeuta vê a percepção dos clientes sobre as situações como hipóteses que devem ser testadas, existindo para tal várias estratégias (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Guidano & Liotti, 1983, cit. in Gordon, 2000; Moorey, 1996, cit. in Gordon, 2000). De entre estas destacam-se o desafio de pensamentos automáticos e o questionamento socrático, através das quais o terapeuta tem como objetivo modificar o pensamento do cliente, questionando os significados que se encontram por detrás da sua angústia, o que envolve a procura de evidências que apoiem ou refutem as suas crenças. Através do desafio e questionamento conduzido pelo terapeuta, o cliente é ajudado a desenvolver consciência da natureza automática e autodestrutiva dos seus pensamentos e, continuamente, a tornar-se mais capaz de monitorizar e controlar os seus próprios padrões de pensamentos distorcidos. A intensidade das sessões terapêuticas é mantida pelo recurso a trabalhos de casa que envolvem novos experimentos comportamentais e exercícios de auto-monitorização dos pensamentos. A mudança ocorre quando o pensamento do cliente é modificado com o aumento da evidência da sua visão distorcida sobre si e sobre o mundo (Moorey, 1996, cit. in Gordon, 2000). Ao longo deste processo, o terapeuta e o cliente são vistos como parceiros, existindo uma colaboração para ajudar o cliente a mudar, a qual requer o

desenvolvimento de uma relação compreensiva e de apoio (Ellis, 1999, cit. in Gordon, 2000; Jahoda et al, 2009). O estabelecimento de uma boa relação terapêutica contribui para que o terapeuta empregue uma variedade de técnicas de forma eficaz e promove a colaboração do cliente (Ellis, 1999, cit. in Gordon, 2000). Para além disto, sendo os clientes considerados agentes da própria mudança, os mesmos devem ser capazes de empregar as estratégias que aprendem em terapia no seu dia-a-dia de maneira a que a mudança se mantenha mesmo após o fim do processo terapêutico (Jahoda et al, 2009).

2. Fatores comuns e específicos que contribuem para a eficácia da terapia

A maioria dos estudos realizados até então indica claramente que a psicologia é eficaz no tratamento de uma grande variedade de perturbações (e.g. Barlow, 1996; Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007; Rodgers, 2003; Roesler, 2013). No entanto, grande parte desta mesma investigação não identifica diferenças significativas na eficácia entre os vários tipos de terapia ou abordagens teóricas (e.g. Jacobson & Christensen, 1996; Nilsson et al, 2007; Rodgers, 2003; Tolin, 2010; Wampold, 2001). Isto remete-nos para o veredito do pássaro Dodo, criado por Rosenweig, em 1936, descrito pela proclamação da personagem Alice no País das Maravilhas depois de todos terem feito uma corrida caótica: “Todos ganharam e todos devem receber prémios” (Rosenweig, 1936).

Como começou por ser desenvolvido neste ponto, vários estudos revelam que os resultados terapêuticos de diferentes abordagens teóricas se têm mostrado semelhantes, o que sugere que os fatores específicos de cada abordagem desempenham um papel menos influente no sucesso da terapia do que os fatores comuns (e.g. Carr, 2009; Nilsson et al, 2007). Lambert (1992, cit. in Carr, 2009), numa revisão de literatura acerca da eficácia da psicoterapia, inferiu que os fatores comuns têm uma contribuição duas vezes maior do que os fatores específicos para o resultado terapêutico. O autor (Lambert, 1992, cit. in Carr, 2009) estimou que cerca de 30% do resultado da terapia podia ser explicado pelos fatores comuns e apenas 15% se devia a fatores específicos. Atribuía 15% do resultado a efeitos placebo ou crenças e expectativas de recuperação dos clientes e os restantes 40% reportavam-se a fatores externos à terapia, como o suporte social proveniente da família e dos amigos. Também Wampold (2001) concluiu que os fatores comuns são mais importantes que os fatores específicos na determinação do resultado da psicoterapia, embora os resultados da sua análise tenham conduzido a uma conclusão mais extremista desta posição. Num estudo por si conduzido, Wampold (2001) estimou que os fatores comuns têm nove vezes mais influência do que os fatores específicos na determinação do resultado psicoterapêutico. O autor (Wampold, 2001) concluiu que 13% do resultado se atribuía à psicoterapia (dos quais, 1% correspondia à influência dos fatores específicos; 3% se devia a fatores não explicados – como características pessoais dos clientes – e 9% do resultado era atribuído aos fatores comuns) e 87% do resultado era influenciado por fatores extra terapêuticos. No estudo desenvolvido por Carr (2009) foi concluído que, dentro dos fatores comuns, a aliança terapêutica é considerada o fator comum mais importante, correspondendo a cerca 38% da eficácia

do tratamento. Para o estabelecimento e fortalecimento da mesma é requerido que o terapeuta seja empático e colaborativo e que o cliente seja igualmente cooperativo (Carr, 2009).

Num número mais reduzidos de estudos, muitos autores argumentam que a TCC é mais eficaz do que outras formas de psicoterapia (e.g. Eysenck, 1994; Hunsley & Di Giulio, 2002, cit. in Tolin, 2010). De forma geral, os resultados da TCC superam os de outros tipos de terapia no que respeita ao pós-tratamento. Ou seja, clientes que receberam TCC, independentemente das técnicas utilizadas, tendem a apresentar uma maior redução do sintoma primário depois de terminado o processo terapêutico do que clientes submetidos a outro tipo de terapia. Os estudos revelam ainda que os resultados terapêuticos da TCC não são limitados no tempo, uma vez que se apresentam iguais ou mais evidentes passados seis meses e passado um ano do processo ter terminado (Tolin, 2010).

2.1. Perceção de eficácia pelos clientes

De acordo com Bergin e Garfield (1994, cit. in Rodgers, 2003), é o cliente, mais do que o terapeuta, que implementa o processo de mudança, pois se o mesmo não absorver, utilizar e seguir os esforços facilitadores do terapeuta nenhuma mudança acontece. Assim, segundo os autores (Bergin & Garfield, 1994, cit. in Rodgers, 2003), de maneira a ser melhor estudada a eficácia da terapia deve ser colocada mais ênfase no papel do cliente em terapia, sendo através da perspetiva do mesmo que se depreenderão os resultados terapêuticos. Neste sentido, serão seguidamente apresentadas várias investigações que pretenderam estudar a eficácia psicoterapêutica a partir da perspetiva dos clientes.

Num estudo desenvolvido pela *American Psychologist* que pretendia compreender a experiência dos clientes sobre a eficácia da terapia, 54% dos clientes respondeu que a mesma os tinha ajudado “em grande quantidade” e 90% afirmou que tinha ajudado, pelo menos “um pouco” (Jacobson & Christensen, 1996).

Nos estudos realizados por Smith et al. (1980, cit. in Jacobson & Christensen, 1996) verifica-se não só que a terapia é eficaz como que tem utilidade clínica. Estes estudos foram replicados e alargados por Lambert e Bergin (1994, cit. in Jacobson & Christensen, 1996) que concluem mais uma vez que, apesar de algumas dificuldades sentidas na interpretação dos resultados, a terapia se verifica eficaz. Um grande número de estudos realizado por estes autores (Lambert & Bergin, 1994, cit. in

Jacobson & Christensen, 1996) revela um resultado terapêutico positivo em comparação com a ausência de tratamento, sendo poucos os investigadores que discordam desta observação geral. Os autores acrescentam que muitas psicoterapias sujeitas a estudos empíricos demonstraram resultados sobre uma grande variedade de clientes, sendo estes resultados estatística e clinicamente significativos. Afirmam, então, que a terapia facilita a remissão de sintomas e disponibiliza estratégias de enfrentamento e métodos adicionais que permitem lidar com problemas futuros, para além de acelerar o processo natural da cura (Lambert & Bergin, 1994, cit. in Jacobson & Christensen, 1996).

Um outro exemplo de uma investigação que centra o olhar no cliente no que respeita ao processo terapêutico é o da desenvolvida por David Rennie. O autor recorreu a recordações de sessões de terapias recentemente concluídas para ajudar os clientes a recordar experiências dentro de cada sessão. Foram realizadas entrevistas nas quais o investigador questionava os participantes sobre o significado de cada evento (Rennie, 1992, cit. in Rodgers, 2003). Cada uma delas foi gravada e transcrita integralmente, sendo, posteriormente, analisada através do método de *grounded analysis* (Glaser & Strauss, 1967) para identificar e categorizar temas emergentes. De acordo com os resultados desta investigação, deve ser dada ênfase à reflexividade do cliente, considerando-se que a sua autoconsciência e a forma como a mesma é gerida é a chave para o sucesso da terapia (Rennie, 1992, cit. in Rodgers, 2003).

Outro estudo que emprega uma abordagem qualitativa para procurar saber mais sobre a experiência do cliente de terapia foi conduzido por Howe (1989, cit. in Rodgers, 2003) que, durante doze meses, procurou avaliar a eficácia da terapia familiar. Para tal, foi pretendido que os clientes explorassem como tinham percebido, compreendido, experienciado e como se sentiam em relação à terapia a que se submeteram (Howe, 1996, cit. in Rodgers, 2003). As entrevistas que consistiram numa série de perguntas abertas e que pretendiam que os participantes expressassem se se sentiram ou não ajudados com o processo terapêutico foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O conteúdo das mesmas foi analisado através do método da *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967). Da análise emergiram três categorias principais: sentir-se envolvido, compreender e ser compreendido, surgindo estas categorias como a base da avaliação da eficácia da terapia (Howe, 1996, cit. in Rodgers, 2003).

Por forma a compreender como é que as pessoas integravam e assimilavam a

experiência terapêutica, Kühnlein (1999) realizou um estudo com base em narrativas dos participantes através de uma metodologia de análise qualitativa. As entrevistas foram transcritas e os casos individuais foram, sistematicamente, analisados. Os resultados desta investigação revelam que a incapacidade dos participantes para compreender e mudar o que estava a acontecer na sua vida foi a principal razão que os levou a procurar acompanhamento psicológico. Complementar a esta ideia, a capacidade das pessoas procurarem compreender o que consigo se passava e integrar essas experiências foi determinante nos resultados do processo terapêutico a longo prazo. É relevante salientar que esta integração não tem necessariamente que ter surgido no decorrer da terapia, podendo ocorrer depois do término da mesma (Kühnlein, 1999). Um outro estudo realizado pelo mesmo autor demonstrou que as pessoas podem avaliar os resultados da terapia com base na forma como a mesma os ajudou a lidar com as suas tarefas desenvolvimentais. Os clientes que se veem como “desviantes” esperam que a terapia os ajude a viver uma vida normal; clientes portadores de deficiência veem o processo terapêutico como necessário para compensar as suas insuficiências; e, por fim, clientes que reconhecem os seus problemas como decorrentes de uma perturbação mental olham para a psicoterapia como um meio de melhorar os seus conhecimentos e compreensão sobre o desenvolvimento psicossocial (Kühnlein, 1999; Valkonen, Hänninen & Lindfors, 2011).

3. A perspectiva dos clientes sobre a terapia

3.1. Razões que justificam o estudo da perspectiva dos clientes sobre a terapia

Antes de se explorarem as experiências dos clientes que se submeteram a terapia é relevante definir o que é ter-se em conta a perspectiva dos clientes em investigação. Acredita-se que envolve: em primeiro lugar, o reconhecimento pelos investigadores de que os clientes são indivíduos com as suas próprias crenças e valores e que contribuem de forma ativa para o processo terapêutico; em segundo lugar, que deve permitir-se aos clientes que expressem a natureza individual das suas experiências, de maneira a que isto não seja impedido pelas crenças e valores dos próprios investigadores (Macran et al., 1999).

O cliente é considerado a fonte mais direta de informação sobre as suas experiências em terapia. Os clientes têm um “acesso privilegiado” a certas áreas do processo terapêutico que incluem a qualidade percebida da relação terapêutica, as suas reações às intervenções terapêuticas ou a eventos experienciados e também aos aspetos do tratamento considerados mais úteis. Podem também fornecer informações contextuais importantes que poderão esclarecer o significado de uma experiência, conseguem indicar quando uma experiência começou e terminou, assim como identificar as relações entre os diversos momentos experienciados que podem não estar acessíveis ao olhar dos outros. Assim, para o estudo do significado e do valor da terapia, considera-se que os clientes poderão fornecer dados mais credíveis (Elliott & James, 1989).

Verifica-se, no entanto, que, ainda que com algumas exceções, os investigadores tendem a prestar pouca atenção à forma como as experiências dos clientes contribuem para a compreensão do processo terapêutico (Macran et al., 1999; Messari, & Hallam, 2003). A maioria dos estudos realizados centra-se nas técnicas, ações e competências dos terapeutas, tendendo a negligenciar os sentimentos, valores, atributos e competências dos clientes (Macran et al., 1999). Parte disto é explicado pelo facto de ser difícil determinar o que é importante para os clientes acerca do seu processo terapêutico. A psicologia parece preocupar-se com as avaliações dos clientes sobre as suas experiências psicoterapêuticas, procurando o seu *feedback*, quer clinicamente como em investigações anteriormente realizadas, apesar de ser questionável a capacidade dos clientes fornecerem informações válidas acerca das suas experiências (Howard, 1990, cit. in Levitt, Butler & Hill, 2006; Kagan,

1990, cit. in Levitt et al, 2006; Nicholson & Hogan, 1990, cit. in Levitt et al, 2006; Nisbett & Wilson, 1977, cit. in Levitt et al, 2006).

Existem na literatura razões que justificam a reduzida importância que é atribuída à perspectiva dos clientes sobre o processo terapêutico: devido ao seu estado mental, considera-se que os mesmos são incapazes de fazer julgamentos objetivos e de confiança sobre a terapia; os clientes podem não estar cientes de como a terapia foi útil e, consciente ou inconscientemente, distorcer os relatos sobre as suas experiências; e, por fim, não se considera que os clientes tenham competência suficiente que lhes permita fazer uma avaliação correta da terapia que receberam (Macran et al., 1999). Conhecidos estes argumentos e a pouca relevância que tem sido dada a este tipo de investigação, é pertinente perguntar-se então porquê a opção de estudar as experiências do cliente sobre o processo terapêutico? Apesar dos clientes poderem exagerar os benefícios da terapia ou distorcer as suas recordações sobre o processo, a menos que se considerem delirantes, não parece existir nenhuma razão para ignorar os seus relatos (Strupp, 1996, cit. in Macran et al., 1999). A sua análise, por sua vez, parece fundamental para o avanço teórico da compreensão dos processos de mediação na terapia, o que, conseqüentemente, tem implicações na previsão do resultado do processo terapêutico. Para além disto, a compreensão da variedade e da forma das experiências do cliente pode conduzir a intervenções mais eficazes, uma vez que são melhor compreendidas as suas particularidades (Elliott, 2008; Bonsmann, 2010). Outro aspeto que contribui para fundamentar a utilidade deste tipo de estudos reporta-se à oportunidade dada aos clientes de serem ouvidos, sendo esta abordagem coerente com iniciativas já realizadas para incluir o cliente no desenvolvimento dos próprios serviços de psicologia (Bonsmann, 2010). A investigação acerca da perspectiva dos clientes parece, ainda, ser de notória importância, uma vez que pode contribuir para o debate sobre o papel dos fatores específicos e comuns em terapia e sobre a natureza da mudança e dos fatores suficientes e necessários que podem ser a chave para o processo de mudança (Clarke, Rees & Hardy, 2004).

Central neste campo de estudo, desde as investigações iniciais sobre a psicoterapia, é o conceito de mudança, o qual permanece, de certa forma, indefinido. Até agora, os investigadores encontram-se a procurar resposta para as questões: O que é a mudança? Como pode ser medida? Porque é que a mudança ocorre? De forma geral, a palavra mudança é usada na investigação em psicoterapia para descrever o crescimento que ocorreu durante o processo terapêutico. Outros termos

usados como equivalentes à mudança têm sido utilizados pelos investigadores, tais como resultado, redução de sintomas ou modificação de padrões de personalidade, procurando-se ainda definições mais específicas. Por forma a dar significado ao conceito de mudança, vários autores sugerem o recurso à opinião do cliente e a instrumentos de medida qualitativos que permitam avaliar se os resultados são representativos de uma alteração clinicamente significativa (Roussos, 2013).

No que respeita, mais especificamente, à TCC, a adicionar à ênfase colaborativa desta abordagem (Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996, cit. in Messari, & Hallam, 2003), uma compreensão mais detalhada das experiências dos clientes pode contribuir para uma maior eficácia das suas técnicas terapêuticas (Macran et al., 1999; Bonsmann, 2010). Deste modo, os investigadores, teóricos e praticantes podem entender melhor o processo e a ação da psicoterapia, bem como familiarizarem-se com as diferentes experiências pelos quais os clientes passam (Elliot & James, 1989). No limite, não é possível compreender totalmente as experiências dos clientes e, conseqüentemente, compreender como é que a psicoterapia facilita a mudança, sem os ouvir (Macran et al., 1999; Bonsmann, 2010).

3.2. Experiências terapêuticas e percepções da mudança pelos clientes

Existem atualmente diferentes formas de abordar a perspetiva dos clientes, centrando-se as mesmas em diferentes aspetos da sua experiência. Há estudos que descrevem a percepção do cliente acerca da sua psicopatologia (Poulsen, Lunn, & Sandros, 2010); outros interessam-se pelo ponto de vista dos clientes sobre o seu tratamento como um todo, considerando aspetos úteis e menos proveitosos (Bowman & Fine, 2000; Castonguay et al., 2010, cit. in Oliveira et al., 2013; Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Levitt et al., 2006; Paulson, Truscott, & Stuart, 1999); e há ainda os que se centram na perspetiva dos clientes sobre aspetos mais específicos da terapia como, por exemplo, a aliança terapêutica (Audet & Everall, 2010; Bachelor, 1991, cit. in Oliveira et al., 2013) ou características mais particulares do terapeuta (Oliveira et al., 2013). Para além disto, algumas investigações conduzidas sobre os pontos de vista de terapeutas e clientes sobre o que se passou durante a terapia mostram que eles podem diferir entre si (Llewelyn, 1988, cit. in Clarke et al., 2004; Fuller & Hill, 1985; Dreier, 1998; Gershefski, Arnkoff, Glass, & Elkin, 1996; Roussos, 2013; Jock et al., 2013): os clientes salientam a relação terapêutica como o fator chave para o progresso alcançado em terapia e os terapeutas a técnica (Jock et al., 2013).

Assim, é reforçada a importância de se continuar a procurar ouvir os clientes sobre as suas experiências em terapia e a mudança ocorrida durante a mesma, uma vez que os comentários dos clientes acerca das suas experiências podem ajudar os terapeutas a compreender o quão explícito é este processo para o cliente e as possíveis consequências do mesmo (Clarke et al., 2004; Berg, Raminani, Greer, Harwood, & Safren, 2008; Roussos, 2013). Isto pode permitir o desenvolvimento de teorias mais apropriadas sobre a prática psicoterapêutica, contribuindo-se para a mudança das suas formas, processos e procedimentos (Dreier, 1998; Bonsmann, 2010).

Os estudos sobre os resultados da psicoterapia, geralmente, avaliam as mudanças identificadas pelos clientes através de medidas de autorrelato. A percepção dos clientes acerca da mudança ocorrida em terapia guia os tratamentos, acrescenta informação à teoria e, por fim, sustenta a prática psicológica, criando uma exigência contínua para os serviços prestados (Levitt et al, 2006). Para tal, cada vez mais se recorre a análises qualitativas de forma a fornecer aos terapeutas informações que lhes permitam uma maior compreensão da prática clínica e dos processos psicoterapêuticos. De igual forma, é crescente o reconhecimento das experiências dos clientes como elementos valiosos na compreensão do funcionamento do processo terapêutico, promovendo igualmente o estudo dos fatores específicos e comuns em terapia, e de como se dão os processos de mudança (Hodgetts & Wright, 2007). Continua, assim, a ser considerado fundamental estudar-se o envolvimento do cliente na terapia, uma vez que se considera que, mais do que o terapeuta, é o cliente o agente de mudança. Isto porque se o cliente não absorver, utilizar e seguir os esforços facilitadores do terapeuta nenhuma mudança será possível (Rodgers, 2003).

A perspetiva dos clientes acerca do resultado terapêutico foi a primeira estratégia utilizada para avaliar a mudança ocorrida em terapia, por volta dos anos trinta (Kächele, 1992, cit. in Oliveira et al., 2013).

De maneira a atender à identificação destas mudanças de forma mais específica, Elliott e James (1989) começaram por revelar o seu interesse sobre o que os clientes experienciam em terapia. Segundo os autores (Elliott & James, 1989), a experiência dos clientes reporta-se às suas sensações, percepções, pensamentos e sentimentos durante ou referentes às sessões terapêuticas. Aquilo que os clientes experienciam pode englobar: agitação, estados de espírito, sentimentos, sensações físicas internas, percepções de estímulos externos, imagens, autoverbalizações internas, significados, memórias, desejos e intenções. Essas experiências podem ser provocadas próprio cliente, pelo terapeuta, outros significativos ou o tratamento em si.

Os autores (Elliott & James, 1989) iniciaram o seu trabalho através da realização de uma meta-síntese sobre os primeiros 40 anos de literatura sobre este tema. Com este exercício de análise concluíram, acerca das experiências dos clientes, que: 1) estas se encontram relacionados com os dois aspetos mais referidos, pelos clientes, como úteis no processo terapêutico – i.e. as características facilitadoras do terapeuta e a autoexpressão do cliente; 2) num menor número de estudos, o experienciar uma relação terapêutica de suporte, o alcançar autocompreensão ou *insight* e o terapeuta incentivar a continuação do trabalho desenvolvido fora da terapia foram considerados, pelos clientes, fatores relevantes do processo terapêutico; 3) e em cinco dos estudos revistos os clientes descrevem ter experienciado como mudanças, após o término do processo terapêutico, o aumento da autoestima, uma melhoria nos relacionamentos interpessoais e um maior autoconceito (Elliott & James, 1989; Elliott, 2008; Clarke et al., 2004; Gershefski et al., 1996; Bonsmann, 2010).

Paulson et al. (1999) pretenderam identificar aquilo que os clientes consideram útil no processo terapêutico, realizando um estudo no qual identificam nove categorias temáticas que incluem, entre outras, o alívio emocional, o ganho de conhecimento, acessibilidade (a sessões, por exemplo) e resoluções do próprio cliente. Por sua vez, Gershefski et al. (1996) estudaram as percepções dos clientes sobre os fatores comuns e específicos da terapia. Analisaram as respostas dos clientes a um questionário administrado no final do tratamento e constataram que, em geral, aspetos comuns aos processos experienciados, tais como: “aprendi algo novo”, “o terapeuta ajudou”, “os sintomas melhoraram”, foram relatados com maior frequência (Gershefski et al., 1996; Clarke et al., 2004).

Ainda que sejam poucos os estudos que diferenciam as mudanças características de um modelo terapêutico das que se verificam nas diferentes formas de terapia, em geral, num estudo realizado por Glass e Arnkoff (1988, cit. in Gershefski et al., 1996) os clientes foram questionados abertamente sobre o que consideravam que no seu processo terapêutico tinha contribuído para a mudança (Gershefski et al., 1996; Roussos, 2013; Oliveira et al., 2013). Os resultados indicam que os clientes apontam fatores comuns aos vários tipos de abordagens teóricas, como comuns aos de outros clientes que apresentavam o mesmo tipo de problema e, ainda, aspetos mais específicos que faziam referência a técnicas terapêuticas. Ainda no mesmo estudo, outra questão foi colocada aos clientes, centrando-se esta sobre os tipos de mudanças que eles consideravam ter experienciado como resultado do processo terapêutico. Mais uma vez, as respostas reportaram tanto fatores comuns às várias

abordagens, como alterações previstas por alguns tipos específicos de tratamento (e.g. redução de pensamentos negativos descrita por clientes que se sujeitaram a uma reestruturação cognitiva) (Gershefski et al., 1996).

Também Klein e Elliott (2006) realizaram uma investigação com o intuito de determinar as mudanças experienciadas pelos clientes no decorrer do processo terapêutico, na qual os resultados indicam que os clientes reportam diferentes tipos de mudanças. As mesmas conceptualizam-se como mudanças intrapessoais (e.g. alterações nos sintomas, afetos e autoavaliações) assim como mudanças interpessoais (e.g. mudanças nas relações com os outros e no funcionamento ou desempenho pessoais) (Klein & Elliott, 2006).

Num outro estudo realizado por Binder, Holgersen e Nielsen (2010) com o objetivo de identificar as mudanças que os clientes consideravam estar relacionadas com os resultados da terapia, os mesmos mencionaram as relações com os outros, a redução dos sintomas, uma melhor autocompreensão de si mesmos e a aceitação como sendo as mudanças mais importantes ocorridas durante o processo terapêutico. Em estudos mais recentes, os participantes afirmam que a compreensão das origens dos comportamentos que pretendiam modificar foi útil para poderem aceder e explorar experiências dolorosas. Para além disto, identificam melhorias na autoconfiança, autoestima e assertividade (Rayner et al., 2011 cit. in Oliveira et al., 2013).

Na base da realização destes estudos, como tem vindo a ser referido, encontra-se a premissa de que a perspetiva dos clientes fornecerá dados relevantes para a compreensão da psicoterapia e dos seus efeitos (Oliveira et al., 2013), acreditando-se que os momentos que os clientes referem como significativos no processo terapêutico são a chave da mudança ocorrida no mesmo (Viklund et al., 2010). Para além disto, também momentos da terapia experienciados de forma menos positiva podem ser tidos como momentos-chave da mudança terapêutica. Com base nesta premissa, Elliott e Shapiro, (1992, cit. in Oliveira, Sousa & Pires, 2012) desenvolveram o conceito de acontecimento negativo para definir cada momento da sessão terapêutica que interfere diretamente com a experiência subjetiva do indivíduo e parece conduzir a um desenvolvimento significativo e útil do mesmo – e.g. uma resposta/reação, uma intervenção, uma certa interação, ato ou fenómeno. Na perceção dos clientes, os eventos significativos ocorrem no contexto de uma relação terapêutica segura e de suporte, na qual o cliente permite que o terapeuta desafie as suas perceções e projeções (Giorgi, 1998, cit. in Oliveira et al., 2012).

3.3. *A perspectiva dos clientes de TCC*

Como afirma Nilsson et al. (2007), são poucos os estudos já realizados sobre as diferentes abordagens teóricas nas quais se baseia a prática psicológica, centrando-se a maioria sobre os fatores comuns às várias abordagens.

Com o intuito de compreender as diferenças na perspectiva dos clientes consoante as diferentes abordagens teóricas Nilsson et al. (2007) realizaram um estudo com o qual pretendiam verificar a existência de diferenças nas perspectivas de clientes de TCC e outras formas de terapia. Concluíram que, apesar de serem poucas as diferenças na satisfação dos clientes submetidos aos vários tipos de terapia, existem diferenças nos tipos ou qualidades dos resultados terapêuticos, assim como experiências comuns, descritas pelos participantes. Os resultados mostram também que todos os clientes continuaram a melhorar depois de terminado o processo e que os clientes de TCC se revelaram diretamente satisfeitos com a sua capacidade que desenvolveram para aplicar técnicas específicas para lidar com os problemas que apresentavam. Também ao nível da descrição do processo terapêutico se verificam diferenças: na TCC o processo foi caracterizado como direto e estruturado, tendo o terapeuta sido visto como um parceiro ativo e diretivo que cooperava de forma agradável. Como promotores de mudança foram descritos pelos participantes os momentos de confrontação com os medos específicos (Nilsson et al., 2007).

Já Levitt et al. (2006) verificaram que os clientes se referiram à relação terapêutica como um dos elementos mais importantes do processo terapêutico, enfatizando a importância da experiência de cuidado. As intervenções específicas utilizadas pelos terapeutas cognitivo-comportamentais foram descritas como úteis mas os clientes raramente atribuíram as mudanças importantes a uma técnica específica. Dentro destas intervenções, a introspeção sobre as relações com os outros, o trabalho sobre as cognições e as emoções e a possibilidade de se expressarem foram descritos como os mecanismos que mais contribuíram para os processos de mudança relatados, tendo estes ocorrido num contexto de encorajamento e estruturação das reflexões do cliente. A esta compreensão junta-se a ênfase dada ao cuidado prestado dentro de uma postura reflexiva que é modelada pelo terapeuta e integrada pelo cliente (Levitt et al, 2006). No mesmo estudo, verificou-se que os clientes raramente mencionaram mudanças sintomáticas por si só como um resultado importante do seu processo terapêutico. Desta forma, para verificar essa interpretação, os investigadores releeram todas as entrevistas para identificarem qualquer menção a sintomas específicos como, por exemplo, mudanças nos padrões de sono e alimentação e

mudanças no funcionamento sexual. Assim, foi possível deduzir que os clientes não descrevem a redução dos sintomas como a razão pela qual o processo terapêutico foi importante para eles. Em vez disso, centram-se em mudanças globais, tais como melhorias nas relações interpessoais, sentirem-se melhor consigo mesmos e uma melhor compreensão de si e dos outros. Estes resultados indicam que, embora a redução dos sintomas possa ser um resultado positivo da terapia, a mesma pode não ser considerada, pelos clientes, como a principal mudança experienciada (Levitt et al, 2006).

Capítulo II – Metodologia

1. Natureza e Objetivos

Como tem vindo a ser destacado no desenvolvimento deste trabalho, revelam-se ainda insuficientes as investigações realizadas em torno das experiências dos clientes em terapia (Macran et al., 1999; Messari & Hallam, 2003). Assim, de forma a contribuir para que a investigação dê forma aos relatos dos clientes sobre a sua experiência terapêutica, o principal objetivo deste estudo é explorar as experiências de clientes de terapia cognitivo-comportamental, ou seja, perceber, na sua perspetiva, quais foram os aspetos que mais contribuíram para o seu processo de mudança.

Para que seja possível cumprir tal objetivo optou-se por uma investigação de natureza qualitativa, uma vez que esta visa descrever as propriedades constituintes de uma entidade e tem como propósito fornecer dados descritivos ricos sobre o fenómeno que se pretende estudar. Envolve a recolha de dados na forma de relatos verbais naturalistas, sendo realizada uma análise interpretativa dos mesmos. Desta forma, requer-se uma interpretação do significado de cada parte do texto e os resultados revelam as perceções e interpretações dos participantes sobre o fenómeno em estudo. Pretende-se, então, que a análise consista na exploração, descrição e interpretação das experiências pessoais e sociais dos participantes (Smith, 2007).

O objetivo da investigação qualitativa é entender e representar as experiências e ações dos participantes quando os mesmos enfrentam, se envolvem e vivem através de certas situações que se pretendem estudar. Neste tipo de estudo o investigador esforça-se por entender o fenómeno a ser investigado com base, tanto quanto lhe for possível, na perspetiva das pessoas que são estudadas. Os investigadores qualitativos aceitam que não é possível ignorar completamente a sua própria perspetiva. No entanto, acreditam que as suas autorreflexões e os seus próprios valores lhes permitem compreender e representar as experiências e ações dos seus participantes mais adequadamente que de qualquer outra forma. Apesar de existir uma diversidade de estratégias metodológicas dentro da investigação qualitativa, todas têm como objetivo central contribuir para um processo de revisão e enriquecimento da compreensão, em vez de verificarem conclusões e teorias anteriores (Elliott, Fischer & Rennie, 1999).

Embora, na investigação qualitativa, não se apliquem regras rígidas e rápidas, Elliott (1995, cit. in Elliott et al., 1999) afirma que este tipo de análise se presta a

compreender a perspectiva dos seus participantes, a definir fenómenos em termos dos significados de variações experienciadas e observadas e a desenvolver teoria através do trabalho realizado. De certa forma, o valor de qualquer método científico deve ser medido através da sua capacidade para fornecer respostas significativas e úteis para as questões que conduziram à investigação (Elliott et al., 1999).

Grande parte das investigações qualitativas em psicoterapia baseia-se em entrevistas com os participantes, com o objetivo de recolher informações detalhadas sobre o processo psicoterapêutico (Polkinghorne, 2005, cit. in Know & Burkard, 2009). Aquando da realização de entrevistas com este propósito, os investigadores deparam-se com desafios, tais como: saber como não-de conduzir uma entrevista de modo a que, por um lado, a mesma resulte em dados ricos e, por outro lado, dê segurança aos participantes para que estes possam explorar em profundidade experiências, muitas vezes, difíceis. Complementarmente a esta questão, os investigadores devem, igualmente, seguir procedimentos éticos da entrevista (Know & Burkard, 2009).

A preparação das entrevistas é fundamental. Esta passa, nomeadamente, pela construção e estudo do protocolo da entrevista. As questões que vão ser colocadas devem ser construídas de forma cuidada, uma vez que está em causa a experiência de outras pessoas, assim como o significado que essa experiência teve para elas. Os meios para aceder a essas experiências podem variar entre questões abertas e não estruturadas, que se assemelham mais a uma conversa do que a uma entrevista de recolha de dados (Seidman, 1991, cit. in Know & Burkard, 2009), e protocolos rigidamente estruturados com questões pré definidas e pouco sujeitas a variações (Know & Burkard, 2009).

Assim, uma análise qualitativa dos dados, recolhidos através de entrevistas semiestruturadas das narrativas dos clientes, foi escolhida como uma forma de explorar as experiências dos clientes de terapia cognitivo-comportamental, mais especificamente, o que estes consideraram ter sido útil na terapia e o que é que na mesma contribuiu para os seus processos de mudança (Mortl & Wietersheim, 2008).

Tendo em conta o previamente descrito, os objetivos da presente investigação são os seguintes:

- 1) Compreender a perspectiva de clientes de terapia cognitivo-comportamental;
- 2) Definir os aspetos que, segundo os clientes, são os fatores chave para o seu processo de mudança.

Atendendo a estes objetivos, procuramos que este estudo responda às seguintes questões de investigação:

- 1) O que experienciam os clientes de terapia cognitivo-comportamental como mais significativo no seu processo terapêutico?
- 2) Segundo os clientes, quais são os fatores que contribuem para os processos de mudança em terapia?

2. Amostra e Amostragem

Tratando-se esta de uma investigação qualitativa, cuja análise se centra nos pressupostos da *grounded theory*, o tamanho da amostra foi definido pela saturação teórica das categorias, não se regendo pelo critério de representatividade demográfica (Flick, 2009). Ou seja, foi construída uma amostra teórica que foi sendo definida pela própria análise e não selecionada na íntegra previamente (Fernandes & Maia, 2001). Para isso, foram entrevistados inicialmente três participantes. À medida que as entrevistas iam sendo realizadas os dados iam sendo analisados, de maneira a que se pudesse, não só, verificar a saturação teórica, como compreender quais os fatores mais emergentes e quais as questões que deveriam ser melhor exploradas nas entrevistas seguintes. Uma vez que, através da análise dos dados, se verificou que a saturação teórica não se encontrava atingida, realizou-se uma quarta entrevista com a qual os dados se revelaram saturados. Contudo, com o intuito de confirmar que não poderiam emergir mais categorias com a continuação da realização de entrevistas, realizou-se uma quinta entrevista, a qual já não forneceu informações adicionais aos dados anteriormente recolhidos.

No presente estudo tiveram-se em conta os seguintes critérios de inclusão na seleção dos participantes:

- 1) Clientes de terapia cognitivo-comportamental cujo processo terapêutico tivesse já terminado;
- 2) Participantes adultos (>18 anos).

A amostra desta investigação ficou concluída com 5 participantes: 3 mulheres e 2 homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 42 anos, clientes de terapia cognitivo-comportamental e cujos processos terapêuticos tinham já sido concluídos.

De seguida, apresenta-se um quadro com os dados sociodemográficos dos participantes:

	Sexo	Idade	Localidade	Profissão	Escolaridade
P1	M	25	Évora	Estudante	Licenciatura
P2	M	35	Évora	Pintor	12º ano
P3	F	36	Évora	Rececionista	12º ano
P4	F	39	Borba	Auxiliar de ação médica	12º ano
P5	F	42	Vila Viçosa	Trabalhadora rural	12º ano

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Revela-se igualmente importante disponibilizar alguma informação sobre os terapeutas que acompanharam os participantes deste estudo. Os participantes foram clientes de três terapeutas cognitivo-comportamentais, do sexo feminino. Seguidamente apresentam-se as suas idades, escolaridade, localização e experiência profissional:

- 38 anos, licenciatura pré-bolonha, Évora, 15 anos de prática clínica;
- 38 anos, mestrado, Évora, 15 anos de prática clínica;
- 32 anos, doutoramento, Vila Viçosa, 9 anos de prática clínica.

3. Instrumentos

Dada a natureza do estudo, e porque se pretende recolher informações detalhadas sobre o processo terapêutico, o instrumento de recolha de dados escolhido foi uma entrevista semiestruturada.

3.1. *Entrevista semiestruturada*

A escolha deste instrumento justifica-se na medida em que nos pareceu mais favorável utilizar um conjunto evolutivo de questões concebido de maneira a que, com o decorrer da análise, as questões pudessem adaptar-se àquilo que se demonstrava com maior necessidade de se explorar (Know & Burkard, 2009). Uma vez que os dados iniciais são recolhidos e analisados, este procedimento conduz a um refinamento da questão central do estudo e, por conseguinte, a novas questões para os participantes (Glaser & Strauss, 1967).

Assim, os relatos das experiências dos clientes foram suscitados através de uma entrevista semiestruturada (ver anexo 1): a *Change Interview*, da autoria de Robert Elliott, em 1996, traduzida e adaptada para Portugal por Sales et al., (2007). A *Change Interview* (Elliott, 1996, cit. in Clarke et al., 2004) é uma entrevista que permite ao entrevistador obter narrativas e explicações dos clientes sobre a sua terapia. As entrevistas com este formato são concebidas através de questões descritivas e explicativas que se prestam a métodos de análise qualitativa, sendo a ênfase colocada no desenvolvimento da compreensão das experiências dos clientes (Clarke et al., 2004). Estas entrevistas têm uma duração média de cerca de 30 a 90 minutos e os clientes são questionados sobre o que consideram ter sido útil ou importante na sua terapia. É-lhes pedido que façam uma descrição de como mudaram durante o curso da terapia até à data, sendo-lhes também perguntado a que é que atribuem essas mudanças. Isto produz um amplo resumo daquilo que os clientes consideram ter sido útil no processo terapêutico, incluindo efeitos retardados do mesmo, cujo impacto se apresentava como difuso ou não imediatamente aparente (Elliott, 2010). Tendo sido inicialmente concebido para ser utilizado no final do tratamento, este guião permite ao entrevistador obter narrativas e explicações dos clientes sobre a sua terapia, incluindo questões abertas sobre as mudanças que os clientes experienciaram durante a mesma e como essas mudanças aconteceram (Clarke et al., 2004).

4. Procedimentos

4.1. Procedimentos de Recolha de Dados

Decidido o estudo que se pretende realizar, assim como as questões para as quais se procura uma resposta, chegou o momento de decidir a população-alvo à qual este estudo se pode aplicar.

Uma vez que o pretendido é compreender as experiências de clientes submetidos a terapia cognitivo-comportamental foram contactadas três terapeutas cognitivo-comportamentais da região de Évora. Primeiramente, foi explicado aos mesmos o propósito do estudo, tendo-lhes sido pedido que identificassem clientes que tivessem já terminado os seus processos terapêuticos e pudessem colaborar na investigação.

Em seguida, identificadas as pessoas que começariam por fazer parte da amostra, foi o terapeuta quem fez o primeiro contacto a pedir a colaboração destas no estudo, explicando, de forma geral, o propósito do mesmo. O segundo contacto foi então feito pela autora do estudo, no qual foi identificado e explicado de forma mais pormenorizada o pretendido com esta investigação e os termos na qual a mesma iria decorrer, agendando, por fim, a entrevista a realizar.

É importante salientar que, antes da realização de qualquer entrevista, foi entregue a cada participante uma declaração de consentimento informado (ver anexo 2). Esta declaração trata-se de um documento que contém uma breve descrição do estudo, dos seus objetivos e do contexto no qual o mesmo é realizado, assim como o pedido de autorização para a gravação áudio das entrevistas. Também no presente documento são referidos os procedimentos éticos da entrevista, sendo garantida a confidencialidade dos participantes. A declaração de consentimento informado foi lida e assinada por todos os participantes, como prova da sua concordância em participar na investigação.

As entrevistas exploradas na presente investigação foram realizadas em espaços cedidos pelos terapeutas que acompanharam os participantes e a duração das mesmas variou entre 35 e 80 minutos. Para a determinação da data e da hora em que as mesmas se realizaram teve-se em especial atenção a disponibilidade dos participantes.

4.2. Procedimentos de Análise de Dados

Aquando da realização das entrevistas, estas foram gravadas em formato áudio para que se pudesse proceder, posteriormente, à sua transcrição integral (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Obtiveram-se transcrições com um conteúdo verbal que ocupou de entre 17 e 41 páginas (letra Times New Roman, tamanho 12; espaçamento 1,5; margens superior e inferior com 2,5cm e esquerda e direita com 3cm; justificado). A posterior análise das entrevistas transcritas foi realizada segundo procedimentos de *grounded analysis*. A escolha deste procedimento de análise qualitativa dos dados reside na possibilidade de se poder chegar à construção de uma “teoria” sobre as experiências dos clientes deste modelo psicoterapêutico, através da interação entre o conhecimento prévio dos analistas sobre os processos de mudança psicoterapêuticos e a investigação das experiências dos clientes (Rhodes et al., 1994).

Este tipo de abordagem qualitativa tem o objetivo de conseguir recolher informação junto dos clientes a partir da sua própria perspectiva, pelo que, em vez de conduzir a hipóteses é geradora das mesmas (Bhugra, 2006, cit. in Berg et al., 2008; Gryphonck, 2006; Miles & Huberman, 1994, cit. in Berg et al., 2008).

4.2.1. A Grounded Theory

Tradicionalmente, os métodos de investigação preocupam-se, sobretudo, com a procura de precisão dos factos, para que a teoria subjacente aos mesmos possa ser mais rigorosamente testada (Glaser & Strauss, 1967). Glaser e Strauss (1967) introduziram novos parâmetros nos métodos de investigação, procurando compreender como seria possível, pelo contrário, desenvolver teoria a partir dos dados recolhidos. Os autores acreditavam que a descoberta da teoria a partir dos dados – a chamada *grounded theory* – seria importante, uma vez que a teoria se encaixaria em situações empíricas e seria compreendida tanto por investigadores das ciências sociais como por leigos. Mais importante que isto, a teoria forneceria predições, explicações, interpretações e aplicações relevantes (Glaser & Strauss, 1967). Assim, a *grounded theory* é um dos quatro tipos de metodologia qualitativa (de entre: etnografias, estudos de caso e estudos fenomenológicos) mais frequentemente utilizado nas ciências sociais e humanas. A principal diferença entre a *grounded theory* e os restantes métodos centra-se sobre o desenvolvimento de teoria (Denzin & Lincoln, 2005, cit. in Kolb, 2012).

De acordo com Glaser e Strauss (1967), os principais componentes desta abordagem são os seguintes:

- Uma espiral de ciclos de recolha de dados, codificação, análise, escrita, *design*, categorização teórica e recolha de dados;
- A análise comparativa constante de uns casos com outros e das respetivas categorias teóricas que emergem ao longo de cada ciclo;
- O processo de amostragem teórica baseado em categorias desenvolvidas a partir da análise de dados em curso;
- O tamanho da amostra é definido pela saturação teórica das categorias, não se regendo pelo critério de representatividade demográfica;
- A teoria resultante é desenvolvida indutivamente a partir dos dados em vez de ser testada pelos mesmos, embora o desenvolvimento da teoria seja constantemente verificado pelos dados;
- Os códigos emergem dos dados, em vez de serem impostos *à priori* pelos mesmos;
- A teoria substantiva e/ou formal descrita no relatório final tem em conta todas as variações dos dados e condições associadas a essas variações. O relatório consiste num produto analítico e não puramente descritivo e o desenvolvimento da teoria é o objetivo.

Segundo os autores (Glaser & Strauss, 1967), a amostragem teórica é o processo de recolha de dados para gerar teoria. Através deste processo, o investigador recolhe, codifica e analisa os dados, decide quais os dados que devem ser recolhidos em seguida e onde recolhê-los, com o propósito de desenvolver uma teoria. Este processo de recolha de dados é controlado pela teoria que vai emergindo. Assim como previamente referido, as decisões iniciais da investigação não se baseiam numa estrutura teórica pré concebida; centram-se, em vez disso, num tema geral ou problema que se pretenda explorar (Glaser & Strauss, 1967).

Por sua vez, o método comparativo constante é usado pelo investigador para desenvolver conceitos a partir dos dados através da sua codificação e análise, ambas ocorrendo simultaneamente (Taylor & Bogdan, 1998, cit. in Kolb, 2012). Assim, este método combina a recolha sistemática dos dados, a sua codificação e análise com uma amostra teórica, com o propósito de desenvolver uma teoria integrada nos dados e expressa de forma suficientemente clara para permitir que seja posteriormente testada (Conrad, Neumann, Haworth, & Scott, 1993, cit. in Kolb, 2012). Sendo enriquecido e estimulado pela sensibilidade teórica do investigador, o método

comparativo constante permite que, à medida que a análise se vá desenvolvendo, outras questões se vão formulando, o que exige o retorno aos dados. Estas questões, por sua vez, vão progressivamente evoluindo de questões abertas para questões cada vez mais focalizadas e orientadas (Fernandes & Maia, 2001).

Ao investigador é requerida sensibilidade teórica para que consiga concetualizar e formular uma teoria, dado que a mesma é criada a partir dos dados, sensibilidade essa que se desenvolve continuamente. A sensibilidade teórica envolve, igualmente, características pessoais e temperamentais do investigador, assim como a capacidade de introspeção sobre a sua área de investigação que é combinada com a sua capacidade para criar algo a partir das suas ideias (Glaser & Strauss, 1967).

A saturação teórica ocorre quando os dados já não fornecem informações adicionais aos anteriormente recolhidos (Glaser & Strauss, 1967). Durante o aparecimento da saturação dos dados o investigador obtém uma compreensão das direções que deve prosseguir durante a análise (Bogdan & Biklen, 2006, cit. in Kolb, 2012). A recolha e a análise dos dados ocorre simultaneamente ao longo de toda a duração de um estudo qualitativo e o desenvolvimento da teoria depende do processo conjunto de recolha e análise de dados (Kolb, 2012).

Strauss e Corbin (2008, cit. in Kolb, 2012) referem-se ao processo de análise de dados como codificação. A mesma envolve três níveis de análise – codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva – que, no final, permitem obter uma imagem completa das informações obtidas durante o processo de recolha de dados. Durante a primeira fase de codificação dos dados o investigador compara-os e, continuamente, coloca questões sobre o que são e o que não é compreendido através dos mesmos. A identificação de diferentes categorias, propriedades e dimensões dentro e entre os dados pode realizar-se através de uma variedade de técnicas que analisam partes ou o documento na sua totalidade de forma sistemática (Strauss & Corbin, 2008, cit. in Kolb, 2012).

O próximo passo da codificação consiste na codificação axial, na qual os dados são agrupados em novas formas, após a codificação aberta, permitindo conexões entre as categorias. Através do questionamento constante e das comparações entre os dados o processo de pensamento indutivo e dedutivo que permite agregar as subcategorias numa categoria consiste no ponto-chave da codificação axial (Strauss & Corbin, 2008, cit. in Kolb, 2012).

Na fase final da codificação, Strauss e Corbin (2008, cit. in Kolb, 2012) definem a codificação seletiva como o processo de identificação e escolha da categoria central,

conectando-a sistematicamente às restantes categorias, validando as suas semelhanças e relações e, seguidamente, completando as categorias que necessitam de maior refinamento e desenvolvimento. Somente depois do processo de integração crucial de refinamento de todas as categorias principais para a identificação da categoria central é que a teoria pode emergir (Strauss & Corbin, 2008, cit. in Kolb, 2012). Os conceitos e as relações que são desenvolvidos através do processo de codificação dos dados ajudam a guiar a recolha dos mesmos e o processo de análise é determinado pela amostragem teórica (Kolb, 2012).

Assim, e regendo-se o nosso estudo por uma abordagem qualitativa, foram estes os moldes que a análise de dados seguiu. Mais especificamente, realizaram-se inicialmente três entrevistas. As mesmas foram integralmente transcritas e fez-se a codificação aberta de cada uma, analisando-se cada frase das falas do participante de forma a reduzir a quantidade de informação que poderia perder-se neste processo. Esta análise inicial dos dados permitiu que se conduzissem as entrevistas seguintes para que fossem mais de encontro às perguntas que conduziram a investigação, repetindo-se continuamente este processo de análise inicial à medida que foram realizadas as restantes duas entrevistas.

Uma vez concluída a codificação aberta incidimos sobre a codificação axial, na qual as categorias descritivas foram agrupadas em cinco categorias mais abstratas, todas elas relacionadas entre si e fazendo parte de uma categoria central, sendo a mesma identificada na última fase de codificação – codificação seletiva.

É relevante salientar que a análise dos dados não foi feita com recurso a nenhum *software*, o que exigiu uma análise minuciosa e morosa por parte das investigadoras, encontrando-se a mesma, tal como citado anteriormente, influenciada pela nossa sensibilidade teórica, assim como características mais particulares e pessoais.

Resumidamente, a análise consistiu em frequentes leituras das transcrições elaboradas, dividindo-se as unidades de análise (dados) em categorias que se foram relacionando entre si e permitindo construir novas categorias mais abstratas, recorrendo-se sempre ao processo de análise comparativa constante até que se atingisse a saturação teórica.

No que respeita à validade da presente investigação, afigura-se pertinente referir que a reflexão que surgiu deste processo teve como base inúmeras leituras sobre a abordagem qualitativa. Assim, surgiram continuamente questões e reformulações que nos conduziram constantemente ao retorno dos dados e nos

permitiram manter uma coerência entre as questões da investigação, a revisão da literatura, a amostra e a recolha e análise dos dados. Apesar do carácter subjetivo da interpretação das investigadoras, houve sempre um esforço em torno da preservação da verdade dos participantes. A recolha de dados terminou quando se encontraram respostas para as questões de investigação apresentadas, não emergindo novas categorias nas últimas entrevistas realizadas.

Capítulo III – Resultados e Discussão

1. Resultados

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados obtidos através da recolha e posterior análise de dados, segundo a metodologia de *grounded analysis*, das entrevistas a clientes de psicoterapia cognitivo-comportamental. Este ponto visa organizar os dados de forma a responder às questões de investigação que motivaram a realização deste estudo.

De seguida, é apresentado um quadro resumo com os domínios, categorias concetuais e descritivas que emergiram ao longo da análise dos dados e cujas relações permitiram identificar e explorar uma categoria central que será apresentada no final desta secção.

Domínios	Categorias Concetuais	Categorias Descritivas
Processo	Motivo/Problema	Identificação/Descrição
		Impacto
		Experiência/Significado
		Duração
	Terapia	Início
		Duração
		Regularidade das Sessões
		Fim
		Experiência/Significado
		Estratégias/Técnicas
		Momento-chave
	Terapeuta	Limitações
		Escolha
Resultados	Ganhos Terapêuticos	Relação
		Identificação
		Atribuição
		Perceção dos outros
		Facilitadores

(Continua)

		Aparecimento Gradual
		Melhoria Contínua
	Resultados Negativos	Identificação
		Recaída
		Significado

Quadro 2 – Perspetiva global dos domínios, categorias concetuais e descritivas da análise dos dados

Através da *grounded analysis* obtiveram-se cinco categorias conceptuais: 1. Motivo/Problema; 2. Terapia; 3. Terapeuta; 4. Ganhos Terapêuticos; e 5. Resultados Negativos – dividindo-se as mesmas em categorias descritivas. Todas as categorias concetuais se integram em dois domínios: Processo e Resultados.

O primeiro domínio, respeitante ao Processo, comporta três categorias concetuais. Neste domínio é, primeiramente, identificado e descrito o problema que conduziu os clientes à procura de acompanhamento psicológico, incidindo os relatos dos próprios sobre a experiência do problema e os níveis em que o mesmo causou impacto. Por outro lado, centra-se na compreensão do processo terapêutico a que os clientes se submeteram, nomeadamente, à forma como a terapia teve início e se desenvolveu, como foi feita a escolha do seu terapeuta, emergindo aspetos relevantes a ter em conta acerca da relação terapêutica.

Categoria Concetual 1 – Motivo/Problema

Esta categoria concetual divide-se em quatro categorias descritivas: 1. Identificação/Descrição; 2. Impacto; 3. Experiência/Significado; e 4. Duração. De forma geral, baseia-se nos relatos dos clientes que fazem menção ao/s problema/s que motivaram o pedido de ajuda, a forma como o/s viveram, assim como as consequências sofridas.

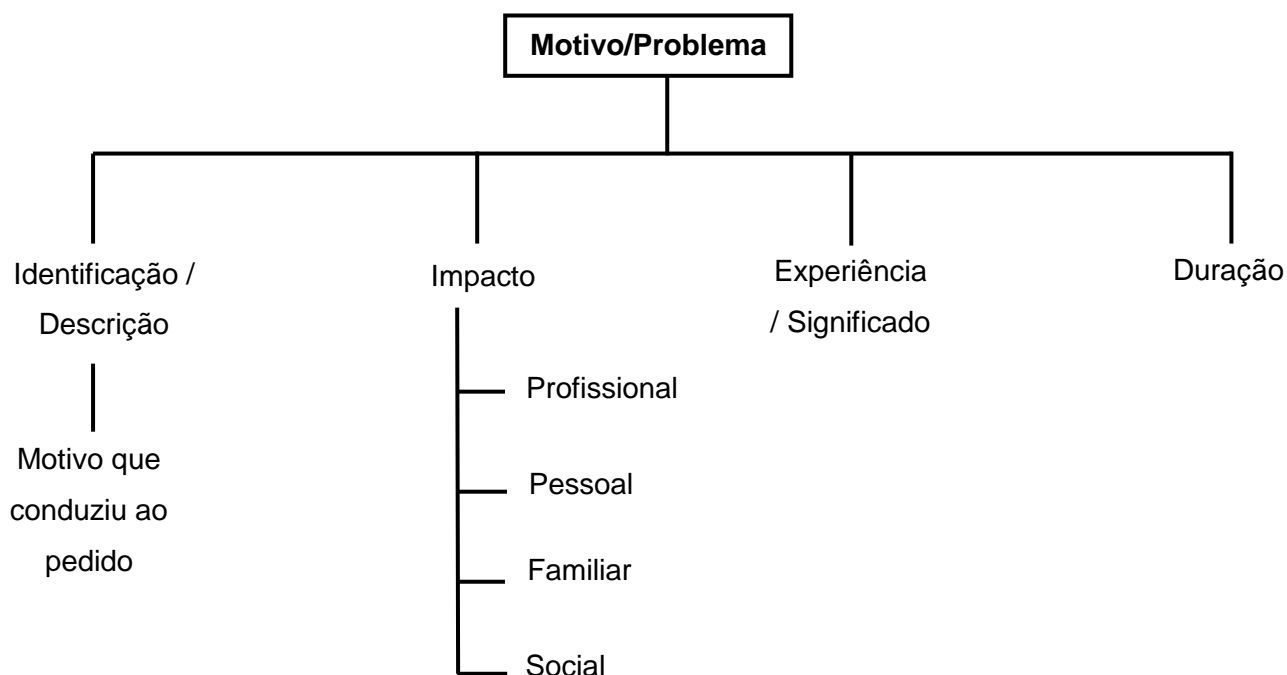


Fig. 1 – Categoria Concetual “Motivo/Problema”

Respeitante à categoria descritiva Identificação/Descrição os clientes identificam e exemplificam os problemas que apresentavam e lhes causavam mal-estar, constituíndo-se estes na razão que os motivou a procurar acompanhamento psicológico. Os seguintes relatos expressam alguns exemplos: E1UA41 – “O elevador, estar aqui numa sala e o facto das portas (...) estarem fechadas isso era impensável...”; E2UA191 – “Precisava mesmo de (...) deitar para fora o meu problema. (...) a morte do meu pai por acidente...”; E3UA358 – “(...) eu era muito de tar em casa, ali no meu cantinho e tar sempre a pensar...”; E4UA479 – “(...) podia tar aqui a falar consigo agora muito bem e dar-me uma crise de ansiedade.”; E5UA601 – “(...) eu tive uma perturbação de pânico com agorafobia quando tava no 8º ano (...)”.

Na categoria descritiva Impacto encontram-se relatos do que os clientes consideram ter sido as consequências do problema, incidindo estas em quatro áreas: profissional, familiar, pessoal e social – o que pode verificar-se nos seguintes testemunhos:

E1UA11 – “Dentro das ambulâncias (...) tinham que ir sempre colegas minhas porque eu não conseguia ir...”;

E2UA224 – “(...) ao verem-me assim, o meu marido e o meu filho (...) não se sentiam bem e a minha mãe não se sentia bem...”;

E4UA446 – “(...) é que isto já me tava a arranjar complicações no meu dia-a-dia!”;

E5UA650 – “...mas tive um período afastado da escola.”

Assim como o nome sugere, a categoria descritiva Experiência/Significado refere-se à forma como os clientes viveram o problema, ao significado pessoal que atribuíam ao mesmo e o que o experienciar destas situações representava para si (e.g. E1UA37 – “(...) aquilo para mim era uma coisa muito complicada, encarar com aquilo e não conseguir superar, não conseguir fazer...”; E2UA288 – “Tinha mesmo que falar porque... precisava que alguém me ouvisse falar do meu pai.”; E3D355 – “Aliás eu tinha muitas dores a nível do corpo e... aquela tensão...”; E5UA645 – “(...) até eu conseguir não ter aquela ansiedade e, portanto, não me sentir fraco, não me sentir vulnerável, não me sentir frágil.”).

A categoria descritiva Duração integra os relatos dos participantes acerca do tempo que o problema durou até ao início do acompanhamento psicológico, sendo o mesmo bastante variável (e.g. E1UA143 – “(...) antes de ir para a terapia já tinha isto +/- há volta de 7 anos...”; E2UA188 – “(...) eu demorei cerca de um ano a pedir ajuda”; E4UA444 – “(...) andava assim há um ano e tal”).

Categoria Concetual 2 – Terapia

A categoria concetual Terapia subdivide-se em oito categorias descritivas: 1. Início; 2. Duração; 3. Regularidade das Sessões; 4. Fim; 5. Experiência/significado; 6. Estratégias; 7. Momento-chave; e 8. Limitações.

As categorias descritivas referentes a esta categoria concetual referem-se, essencialmente, à forma como os clientes experienciaram a psicoterapia, mais especificamente, como a mesma se iniciou e desenvolveu, assim como o significado que esta assumiu nas suas vidas e os aspetos mais significativos do processo.

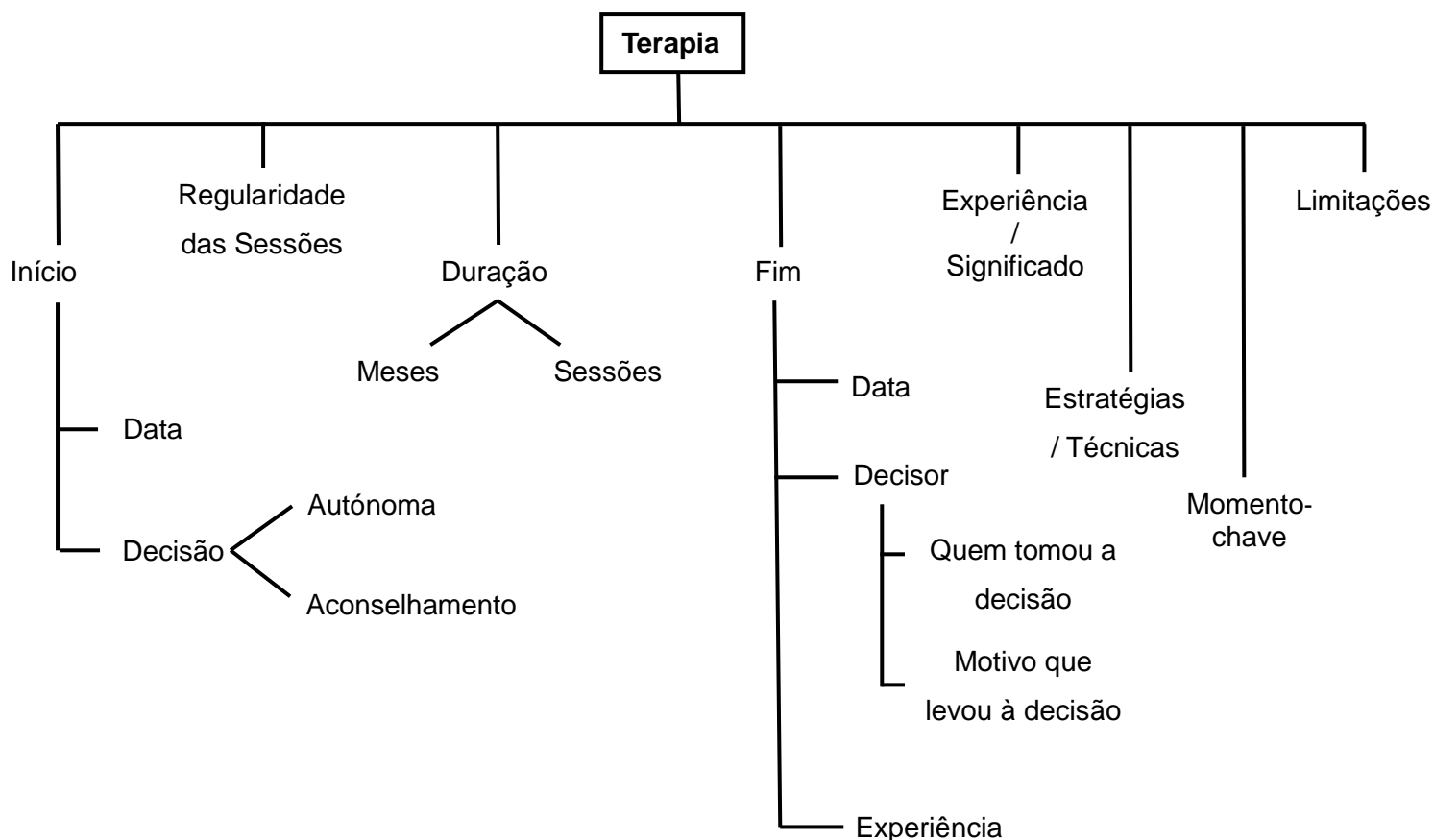


Fig. 2 – Categoria Concetual “Terapia”

Em relação à categoria descritiva Início os clientes referem-se aos aspetos que associam ao início da sua terapia. Para isto, mencionam, essencialmente, a data em que se iniciou o processo terapêutico (e.g. E1UA3 – “Já não sei se foi em Março...”; E2UA182 – “Penso que em fevereiro do ano passado...”), tendo a decisão de procurar acompanhamento psicológico sido tomada apenas pelo próprio ou por aconselhamento de outros.

No que respeita à categoria descritiva Duração os relatos dos clientes centram-se no tempo ao longo do qual a psicoterapia decorreu, quer em termos de número de meses como do número de sessões (e.g. E1UA1 – “Precisar exatamente não sei, sei que andei lá pouco tempo, aí à volta de 3, 4 meses, para aí 3, acho eu...”; E1UA5 – “(...) acho que foi durante 3 meses, parece-me... Mas só tive 5 ou 6 sessões.”; E4UA434 – “Eu sei, eu sei que isto foi +/- uma terapia de 6 meses... +/-...”).

Na categoria descritiva Regularidade das Sessões é referido o espaçamento entre as sessões terapêuticas, sofrendo este variações ao longo da terapia.

Comummente, os clientes iniciaram a terapia com um espaçamento entre sessões de uma ou duas semanas, acabando por diminuir a regularidade das mesmas com o decorrer do processo terapêutico, até que se atinge um espaçamento maior no final (e.g. E5UA588 – “No final foram sempre mais espaçadas mas a maior parte do tempo foi semanal”).

Relativamente à categoria descritiva Fim, esta porta os relatos dos clientes sobre a decisão de terminar a psicoterapia, referindo quem tomou essa iniciativa e como foi vivenciada essa etapa, variando as experiências entre uma fase tranquila (associada à perceção de resolução de problemas) e à experiência de ansiedade (originada por medo de recaída e sentimento de perda da relação terapêutica) – E1UA26 – «O final (...) eu encarei como uma coisa muito má, porque pensei “(...) vão acabar as sessões e será que eu vou conseguir superar isto?”»; E2UA207 – “Senti-me bem, (...) se precisar novamente vou voltar (...)”; E1UA7 – “(...) foi mútuo acordo porque chegámos à conclusão que o problema que existia inicialmente (...) já não existia.”; E5UA623 – “(...) é sem dúvida um processo de perda que é preciso gerir.”.

A categoria descrita Experiência/Significado encerra, tal como o nome sugere, os significados que a terapia teve para os clientes e que se centraram, sobretudo, num voltar ao nível de funcionamento anterior e num grande contributo na sua vida (e.g. E1UA15 – “Para mim foi uma experiência muito gratificante.”; E5UA599 – “A terapia, obviamente, acho que todas as pessoas dizem isto quando os processos têm sentido, mudou a minha vida.”).

Quanto à categoria descritiva Estratégias/Técnicas esta reúne o discurso dos clientes sobre as estratégias e as técnicas terapêuticas características do modelo cognitivo-comportamental que os clientes identificam como benéficas e promotoras de mudança como, por exemplo: E1UA29 – “(...) ensinou-me alguns exercícios mentais, não pensar muito naquilo, tentar abstrair, tentar pensar noutras coisas (...)”; E3UA321 – “(...) uma coisa (...) que para mim serviu-me (...) foi as sessões de relaxamento...”; E5UA582 – “O ter estratégias concretas para lidar com a ansiedade... a respiração abdominal, algumas tarefas de distração...”.

Respeitante à categoria descritiva Momento-chave os clientes fazem referência a momentos específicos experienciados na terapia que consideram ter sido determinantes para a mudança terapêutica (e.g. E2D279 – “(...) talvez umas frases que a doutora me deu (...) acho que aquelas frases da doutora que me levaram ao sair dali...”), tendo sido maioritariamente referidos como promotores de mudança algumas estratégias e técnicas, como os exercícios de exposição (e.g. E1UA151 – “(...) o que

aconteceu que me ajudou mais foi: a doutora tentar arranjar estratégias que eu tivesse mesmo que intervir diretamente para conseguir ultrapassar os problemas”; E5UA586 – “(...) debatemos e naquele momento fomos os 2 à escola, (...) ela foi comigo fisicamente à escola e esse foi um momento de viragem”) e exercícios de controlo de respiração (e.g. E4UA559 – “Essa para mim foi, foi a mais importante, as técnicas de respiração”).

Por fim, a categoria descritiva Limitações dá-nos uma perspetiva daquilo que os clientes consideram que ficou a faltar no seu processo terapêutico e que teria sido benéfico trabalhar, mais especificamente, o aprofundamento de certas questões (e.g. E4UA515 – “(...) eu acho que as coisas, se calhar, na minha opinião deviam ser mais profundas.”; E5UA598 – “Eu acho que em certos momentos me faltou algum tipo de estratégias mais ligadas com a aceitação daquilo que estava a acontecer”).

Categoria Concetual 3 – Terapeuta

Dentro desta categoria concetual encontramos duas categorias descritivas - 1. Escolha e 2. Relação – e, no seu conjunto, esta categoria retrata o processo de escolha do terapeuta, bem como aspetos importantes da relação terapêutica considerados fundamentais para o sucesso alcançado em terapia.

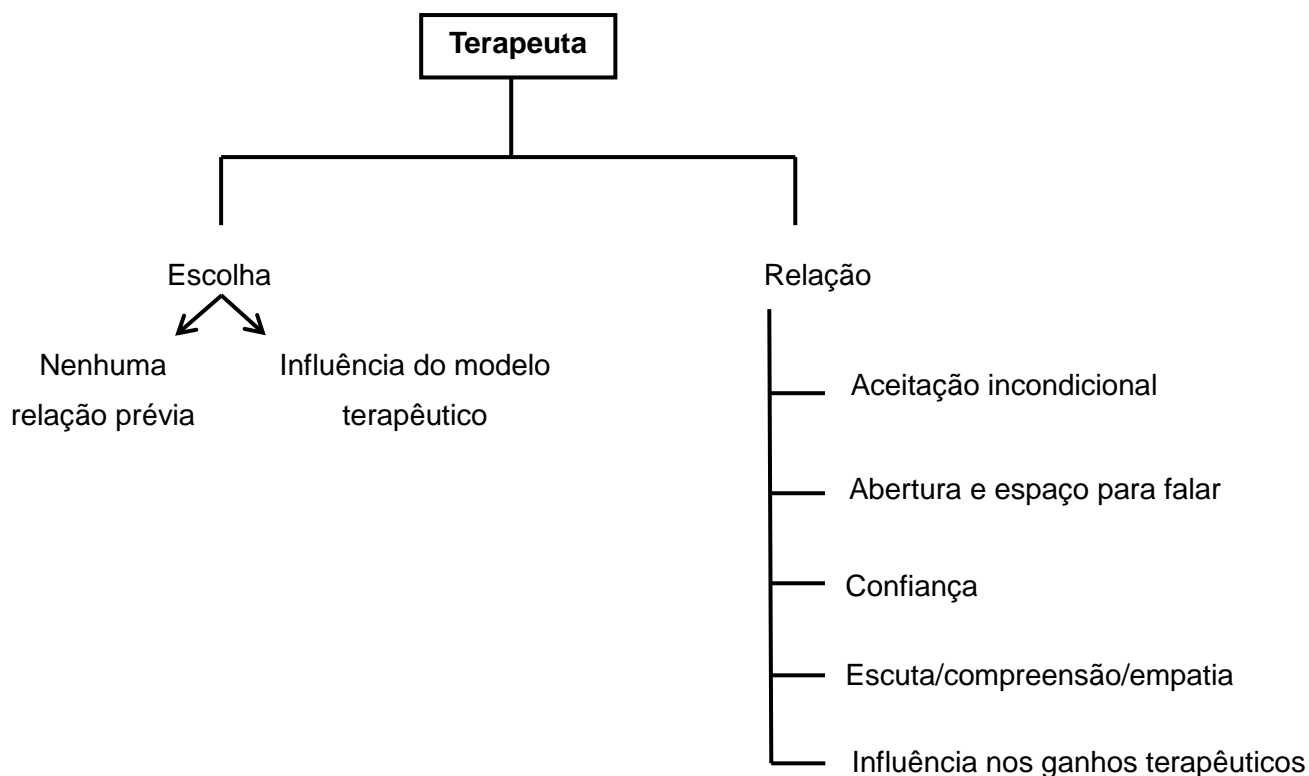


Fig. 3 – Categoria Concetual “Terapeuta”

A categoria descritiva Escolha descreve, sobretudo, as etapas que os clientes seguiram até encontrarem o terapeuta que os acompanhou. É de relevante importância frisar que nenhum cliente teve uma relação com o seu terapeuta antes de ser iniciada a terapia, assim como, na generalidade, os clientes afirmam que desconheciam o modelo terapêutico pelo mesmo praticado (e.g. E1UA23 – “Foi uma escolha natural, foi a escolha que no momento a direção me ofereceu (...) e como eu não tinha possibilidades de pagar fora (...); E2UA196 – “Foi recomendado por um familiar meu.”; E3UA323 – “(...) fui pedindo opiniões (...)”; E3UA326 – “Mas quando vim não conhecia a doutora”; E4UA468 – “Eu não escolhi.”), exceto um que faz referência ao modelo terapêutico como determinante da escolha do terapeuta (e.g. E5UA614 – “(...) lembro-me da minha mãe dizer que tinha ouvido falar de uma terapeuta que era cognitivo-comportamental”).

Quanto à categoria descritiva Relação esta retrata aspetos relacionais com o terapeuta, considerados pelos clientes como essenciais para o surgimento de mudança (e.g. E1UA154 – (...) a entrega dela a tentar-me ajudar e tentar arranjar

soluções e tentar arranjar estratégias, foi incansável.”; E2UA239 – “Porque me soube ouvir, soube-me compreender... soube ser amiga, pronto.”; E4UA567 – “(...) conversar se calhar com alguém... que não me julgasse.”; E5UA581 – “Foi a relação que estabeleci com a pessoa que estava ali (...) eu poder aparecer, semana após semana, com queixas que eu tenho a certeza que eram aborrecidíssimas (...) e obter sempre uma resposta afetiva e genuína da parte da pessoa.”).

O segundo e último domínio, referente aos Resultados, subdivide-se em duas categorias conceituais, através das quais são identificados e descritos os resultados do processo terapêutico, tanto os positivos – ganhos terapêuticos – como aqueles que os participantes consideraram mudanças negativas.

Categoria Concetual 4 – Ganhos Terapêuticos

A categoria concetual Ganhos Terapêuticos – dividida nas categorias descritivas 1. Identificação, 2. Atribuição, 3. Perceção, 4. Facilitadores, 5. Aparecimento Gradual, e 6. Melhoria Contínua – compreende os relatos sobre os resultados positivos obtidos com o processo terapêutico, ou seja, sobre as mudanças ocorridas na sequência do mesmo. Reúne as explicações sobre fatores da terapia aos quais os clientes atribuem as mudanças experienciadas, assim como o significado que essas mudanças tiveram para eles e para quem as percebeu.

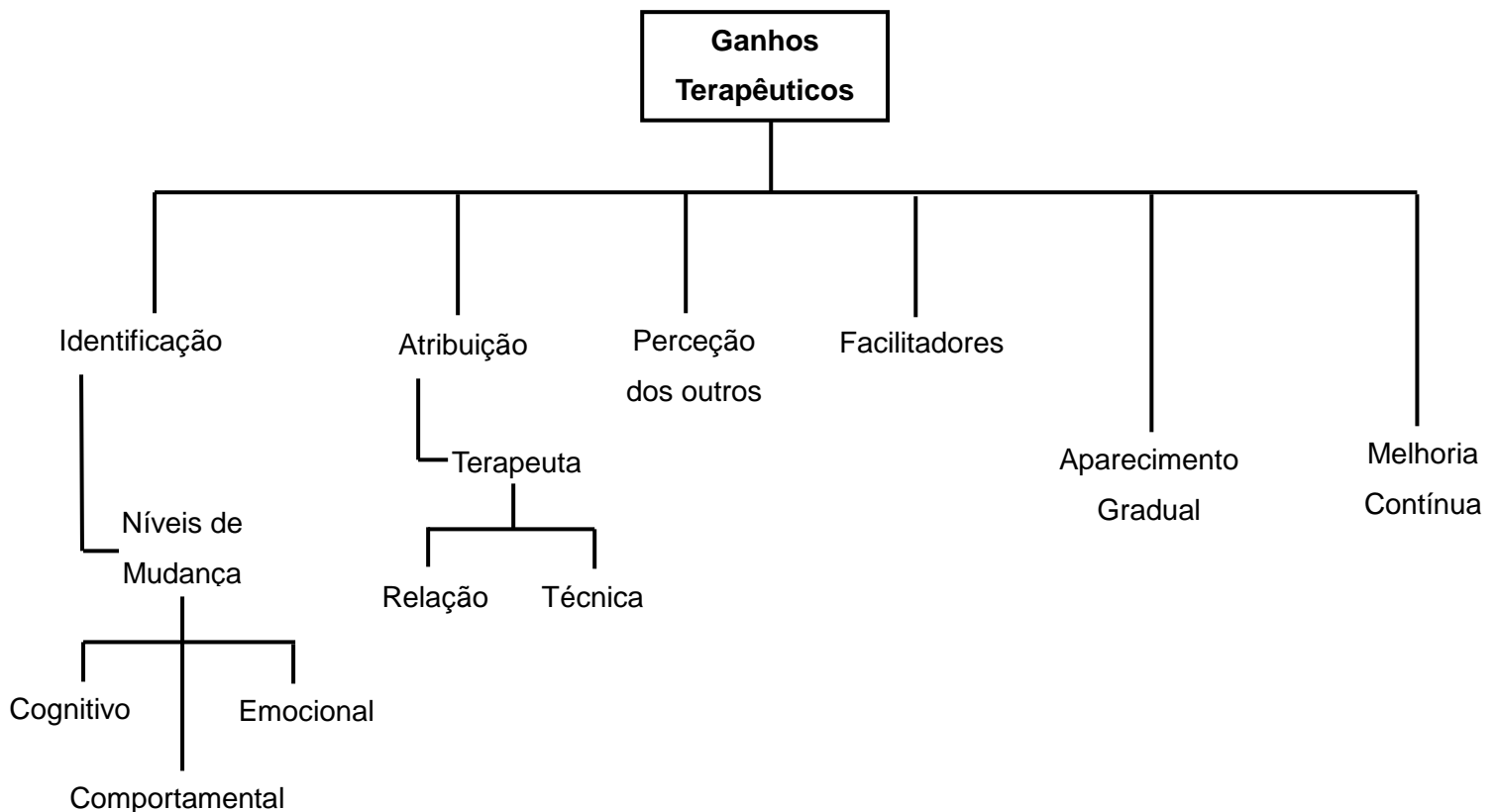


Fig. 4 – Categoria Concetual “Ganhos Terapêuticos”

A categoria descritiva Identificação integra os relatos dos clientes acerca dos principais resultados positivos (ganhos terapêuticos) obtidos por intermédio da terapia. É pertinente referir que esta foi a categoria mais frequentemente referida pelos participantes no decorrer das entrevistas, deduzindo-se, assim, que os participantes depreciam positivamente o processo terapêutico em função dos resultados positivos do mesmo. A título de exemplo, são seguidamente apresentados alguns testemunhos dos participantes referentes a esta categoria:

E1UA15 – “(...) consegui ultrapassar esses problemas todos que para mim já existiam há muito tempo e eu não conseguia resolver sozinha...”;

E2UA234 – “Sem a terapia eu... acho que não conseguia ser ainda aquilo (...) que sou hoje.”;

E3UA352 – “Ver mais as coisas pelo lado positivo...”;

E4UA504 – “Sei que na terapia fiquei muito mais calmo, comecei a fazer (...) desporto...”;

E5UA651 – “Redução dos sintomas e redução da ansiedade geral (...) eu deixei de precisar de estar em casa com alguém, de estar fora de casa com alguém.”

Na categoria descritiva Atribuição os participantes fazem atribuições dos ganhos alcançados, sendo, sobretudo atribuído ao terapeuta o papel de promotor da mudança (e.g. E1UA16 – “E se não fosse a ajuda da doutora se calhar hoje ainda continuava com os mesmos problemas”; E2UA237 – “Mas tudo isso... graças à doutora”; E4UA567 – “O que é que foi mais importante? (...) se calhar com alguém... que não me julgasse.”; E5UA581 – “(...) foi a paciência que a pessoa demonstrou (...) foi eu nunca ter sentido que aquela pessoa estava farta, já não tinha paciência e, portanto, isso permitiu-me uma base para eu fazer o meu caminho sozinho”).

Relativamente à categoria descritiva Perceção dos outros os participantes descrevem exemplos da perceção de terceiros sobre os ganhos experienciados (e.g. E1UA66 – «(...) o meu marido é que me diz “Olha, tu nem pareces a mesma, já podemos falar contigo, a miúda já te pode perguntar coisas seja a que horas for (...)”»; E3UA337 – «(...) e ontem por acaso aquele meu amigo notou, disse “Epá, tás... falar em certos assuntos, o que pra ti aqui há um ano eram... nervosismo...”»; E4UA508 – “Penso que quem notou mais essas mudanças foi as pessoas com quem trabalho.”).

A categoria descritiva Facilitadores reúne excertos do discurso dos clientes acerca dos fatores que consideram que facilitaram o surgimento das mudanças terapêuticas como, por exemplo, nunca ter existido um contacto entre terapeuta e cliente antes de iniciarem o processo terapêutico (e.g. E1UA24 – “(...) ajudou-me bastante porque se fosse uma pessoa com quem me relacionasse se calhar eu não conseguia falar de certos e determinados temas como foi mais fácil assim não conhecendo a pessoa”), uma vez que, segundo eles, foi o fato de estarem a revelar informações pessoais a uma pessoa com quem não tinham mantido contacto anteriormente que lhes permitiu tamanha abertura e à vontade para falar e expor a sua problemática.

Para além de identificados os ganhos terapêuticos, foi referido por quatro dos cinco participantes a altura em que começaram a manifestar-se as mudanças, surgindo as mesmas gradualmente ao longo do processo e não num momento exato e comum a todos os processos terapêuticos. Assim surge a categoria descritiva Aparecimento Gradual. Por forma a dar significado a esta categoria, seguem os seguintes excertos de relatos dos participantes:

E1UA157 – “(...) mas depois a partir da terceira sessão (...) comecei logo a ver que as coisas já tavam a ir... pós sítios exatos”;

E3UA321 – “Eu depois ao longo das sessões fui-me sentindo... fui começando a encarar as coisas, a ver as coisas de outra forma”;

E3UA412 – “Aliás, depois do primeiro dia saí daqui mais... aliviada”;

E5654 – “E este ganhar de autonomia foi muito gradual, portanto, inicialmente (...) muitos dos sintomas desapareceram mas houve outros que foram muito difíceis, por exemplo, em relação ao estar sozinho e ao estar longe”.

Verificou-se, através dos relatos dos participantes, que as mudanças consequentes do processo terapêutico não só se mantiveram ao longo do tempo como, algumas delas, surgiram depois da terapia ter terminado, o que faz emergir a categoria descritiva Melhoria Contínua (e.g. E5UA627 – “Mantiveram-se e houve outros ganhos que mesmo depois do fim da terapia... registei”).

Categoria Concetual 5 – Resultados Negativos

Apesar de, nos seus relatos, todos os participantes afirmarem que não emergiram resultados negativos do processo terapêutico, um deles identifica aspetos que considera que resultaram em mudanças para pior e outro faz referência a uma recaída depois de terminada a terapia. Assim, esta categoria divide-se em três categorias descritivas – 1. Identificação, 2. Recaída, 3. Significado – sendo que a categoria Significado representa a forma como os clientes experienciaram tanto as mudanças ocorridas no sentido negativo como a recaída. De forma a ilustrar mais pormenorizadamente esta categoria concetual, seguem-se alguns relatos dos pacientes indicados:

E3UA366 – «Não é uma questão de... sei lá... eu pensava muito “Ai pa, para não magoar olha prefiro não dizer, prefiro guardar para mim”, opa agora não...”»;

E3UA367 – “Sinto que tou mais egoísta, a pensar mais em mim...”;

E4UA571 – “Eu pela terapia não achei nada de negativo, tirando só o final da terapia... 3 ou 4 meses depois voltei a ter ansiedades.”;

E4UA581 – “Epá, pensei que não tinha dado resultado...”.

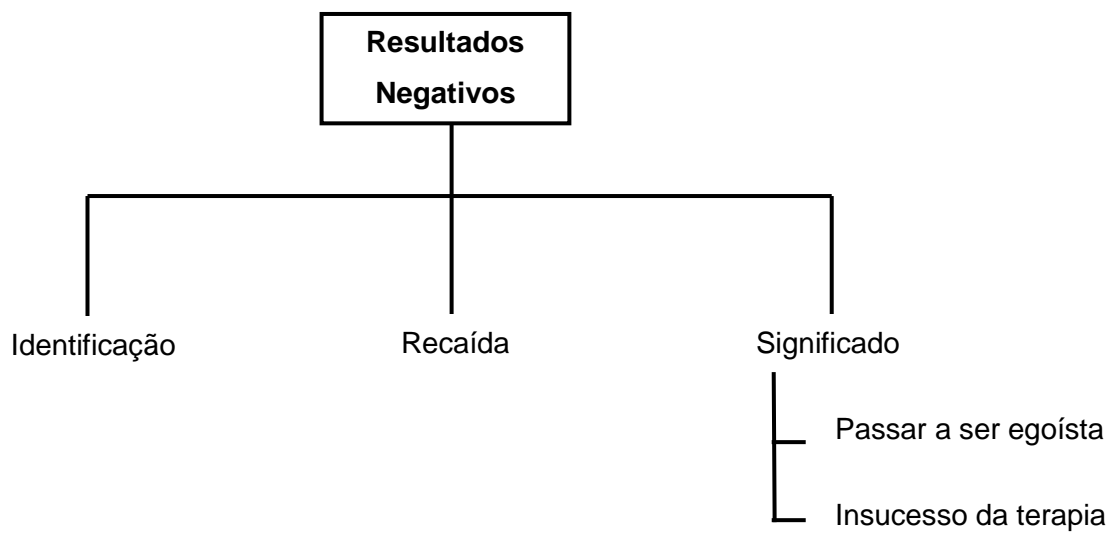


Fig. 5 – Categoria Concetual “Resultados Negativos”

Categoria Central – Mudança

Depois de analisados os dados, construídas e relacionadas todas as categorias, tanto as concetuais como as suas subordinadas – categorias descritivas – foi identificada a chamada categoria central do estudo, referindo-se esta à mudança.

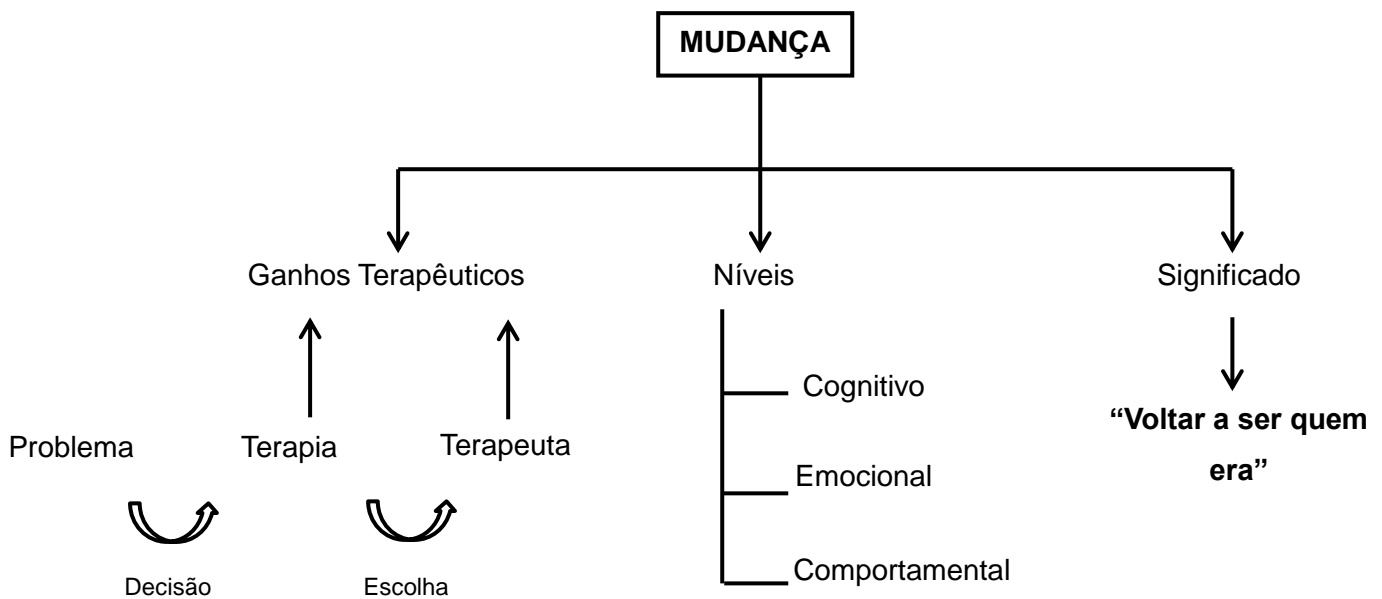


Fig. 6 – Categoria Central “Mudança”

Considera-se que todas as restantes categorias emergiram em torno desta, sendo que a mesma dá resposta às principais questões desta investigação: *O que experienciam os clientes de terapia cognitivo-comportamental como mais significativo no seu processo terapêutico? Segundo os clientes, quais são os fatores que contribuem para os processos de mudança em terapia?*

Assim, todos os participantes identificaram e descreveram, pelo menos, um problema (e.g. impossibilidade de permanecer em sítios fechados; ansiedade gerada pela morte de um familiar; ocorrência de ataques de pânico) que os conduziu à tomada de decisão de procurar acompanhamento psicológico, tendo esta sido uma decisão autónoma ou por aconselhamento de alguém. Posteriormente, procederam à escolha do seu terapeuta. As etapas percorridas pelos clientes até chegarem ao terapeuta em questão diferiram consoante os clientes e as situações por si apresentadas, sendo que, em alguns casos, houve recolha prévia de informações sobre eventuais locais onde poderia ser encontrada ajuda psicológica e, noutros casos, houve um aconselhamento daquele terapeuta específico ou a escolha do mesmo foi mais favorável devido aos locais de trabalho e condições monetárias. Posto isto, e no decorrer do processo foram sendo obtidos ganhos terapêuticos que, numa outra forma de os denominar, se referem às mudanças ocorridas, em termos cognitivo (e.g. saber gerir a ansiedade em situações anteriormente experienciadas como um problema; permitir-se a disfrutar de momentos de lazer), emocional (e.g. sensação de bem-estar; sentir-se mais tranquilo/a) e comportamental (e.g. voltar a fazer desporto; voltar a ir à escola), ou seja, à resolução dos problemas que motivaram o pedido de ajuda. De um modo geral, a estes ganhos, às mudanças obtidas por intermédio do processo terapêutico, os participantes atribuíram o significado “voltar a ser quem era”, uma vez que consideram que voltaram aos níveis de funcionamento anteriores ao início do problema.

2. Discussão

Face aos resultados apresentados no ponto anterior, esta secção destina-se à reflexão e discussão dos mesmos.

A discussão dos resultados tem como principal objetivo dar resposta às questões de investigação levantadas inicialmente e que motivaram a realização deste estudo. Esta será organizada em termos dos domínios que emergiram durante a análise dos dados.

2.1. Processo

O primeiro domínio explorado diz respeito ao processo terapêutico. Mais especificamente: ao motivo que conduziu à decisão de iniciar a terapia; ao início e desenvolvimento da mesma; às estratégias utilizadas e consideradas benéficas pelos clientes; às suas experiências sobre o processo; assim como ao caminho percorrido até chegar ao terapeuta que os acompanhou e aspetos relacionais com o mesmo.

O que motiva alguém a procurar ajuda psicológica é a dificuldade por si experienciada. Esta é de tal forma sentida como incapacitante pelo indivíduo que, percecionada pelo mesmo e reconhecidas as suas consequências – o seu impacto – conduz à procura da sua resolução, encontrada com o processo terapêutico. Isto é corroborado pelo estudo de Kühnlein (1999), cujos resultados indicam que o que justifica a procura de acompanhamento psicológico é a incapacidade que as pessoas apresentam para, sozinhas e sem ajuda, compreenderem e mudarem aspetos da sua vida causadores de sofrimento.

De forma geral, ainda que com alguma dificuldade em referir datas específicas, todos os participantes têm bem presente o momento de início, a duração e o final da sua terapia. Apesar das categorias descritivas “início” e “duração” apenas fornecerem dados numéricos, a categoria descritiva “fim” contém informações relevantes acerca do final do processo terapêutico. O mesmo terá sido vivido pelos clientes de diferentes formas, vivência que estará associada à perceção de determinados resultados e à perceção de sucesso do processo terapêutico. Em todas as situações se verificou que o término da terapia exigiu um trabalho conjunto entre o cliente e o terapeuta – como explicado pelo estudo de Knox et al. (2011) – e se deu por mútuo acordo, embora, em todos os casos, o mesmo tenha sido sugerido pelo terapeuta. A vivência deste momento varia entre a fácil aceitação do fim, experienciada com tranquilidade – na

medida em que se caracteriza por uma experiência de crescimento afirmativa (Knox et al., 2011) – e alguma ansiedade [como igualmente concluído pelo estudo de (Knox et al., 2011)], surgindo esta última em clientes que descreveram o problema apresentado como mais limitador e, por isso, receavam poder vir a recair.

Para além da caracterização (positiva) global do processo terapêutico são identificados momentos-chave da terapia que os participantes consideram ter sido determinantes para o sucesso e para os seus processos de mudança. Contudo, para além das estratégias terapêuticas indicadas pela generalidade dos participantes [e.g. técnicas de exposição, o que se revela congruente com o estudo de Keijsers et al. (2000)], os mesmos identificaram aspetos da relação com o terapeuta como determinantes na emergência da mudança, nomeadamente, a abertura para falar e a aceitação incondicional do terapeuta, o que coincide com a ideia de Carr (2009), que concluiu com a sua pesquisa que cerca de 46-69% dos resultados positivos da psicoterapia, segundo os clientes, se devem ao terapeuta.

Relativamente ao significado, globalmente, o processo terapêutico é descrito como uma experiência positiva, pela qual os clientes se sentem bastante gratos, encarado como tendo proporcionado a resolução dos problemas que não conseguiam ultrapassar sozinhos (e.g. E1UA15 – “Para mim foi uma experiência muito gratificante. Porque neste momento (...) consegui ultrapassar esses problemas todos que para mim já existiam há muito tempo e eu não conseguia resolver sozinha...”).

O terapeuta é referido pelos participantes como tendo tido um papel fundamental no sucesso da terapia. Em todos os casos se verifica que não existia nenhuma relação prévia com o terapeuta, pelo que a sua escolha não foi intencional, apesar do conhecimento do modelo teórico praticado poder ter tido influência na escolha. Ou seja, apesar de terem sido aconselhados por outros, de terem recolhido opiniões sobre eventuais terapeutas e eventuais locais onde pudessem procurar/encontrar acompanhamento psicológico e, até, de terem sido tidas em consideração as condições monetárias e a facilidade/dificuldade de acesso, não houve uma escolha pessoal daquele terapeuta em particular, não sabendo os clientes nada sobre este que pudesse influenciar essa escolha, à exceção do modelo terapêutico praticado.

Tornou-se evidente a importância atribuída, pelos clientes, à relação terapêutica no âmbito do sucesso terapêutico alcançado. Isto mesmo se depreende dos relatos dos participantes, uma vez que em momento algum da entrevista foram explicitamente questionados sobre a relação com o terapeuta e a contribuição desta

para o sucesso da terapia. No entanto, é notório que os clientes se sentem gratos ao terapeuta, principalmente pela forma como este os escutou, pela sua dedicação, pelo espaço e abertura que lhes proporcionou e lhes permitiu falar abertamente, pela confiança que lhes transmitiu e que permitiu que as terapêuticas usadas tivessem resultado favoravelmente. De encontro a estes resultados encontram-se os dos estudos de Rogers (1957, cit. in Keijsers et al., 2000) realizados sobre a eficácia do processo terapêutico. Nos mesmos, foi dada grande atenção ao comportamento interpessoal do terapeuta, emergindo variáveis como empatia, relação de conforto não possessiva, respeito e genuinidade como condições necessárias e suficientes para o surgimento de mudança (Rogers, 1957, cit. in Keijsers et al., 2000). É-nos ainda permitido relacionar as categorias descritivas “escolha” e “relação”, na medida em que a inexistência de relação em momentos anteriores à terapia terá facilitado a relação terapêutica, a confiança e abertura para falar. A título de exemplo, apresentam-se os seguintes testemunhos: E1UA155 – “É que ela envolveu-se de uma forma que eu nunca pensei que fosse possível (...) como se ela tivesse a viver as situações comigo.”; E2UA289 – “Ao sentir-me à vontade (...) acho que me comecei a sentir logo à vontade e senti que encontrei ali alguém com quem pudesse falar aquilo que eu tinha necessidade de falar...”; E3UA424 – “Porque se for uma pessoa com quem não tenha muita confiança também me sinto um bocadinho retraída e às tantas... não consigo deitar cá para fora o que...”; E4UA568 – “Que (...) não julga aquilo que eu teja a dizer, a minha maneira de pensar...”

2.2. Resultados

É em busca de respostas para a dificuldade que as pessoas sentiam e que, de alguma forma, interferia no seu funcionamento, que as mesmas recorrem ao processo terapêutico. No entanto, apesar de invalidantes, verifica-se que mais do que os problemas e as suas consequências, ao longo das entrevistas os clientes referem, sobretudo, os ganhos terapêuticos conseguidos. Depreende-se, com isto, uma grande valorização da terapia na medida em que a mesma é encarada como uma solução, solução essa pela qual se sentirão bastante gratos.

Relativamente à percepção dos ganhos terapêuticos, estes são percecionados pelos participantes, na medida em que são identificados tanto por eles, no decorrer das entrevistas, como pelos outros (e.g. família, amigos, colegas de trabalho).

De acordo com o objetivo desta investigação, foi possível constatar que os participantes atribuem as suas melhorias, a resolução dos seus problemas – ou seja, a sua mudança – ao processo terapêutico; o que engloba as técnicas terapêuticas mas, principalmente, a pessoa do terapeuta, nomeadamente, as suas competências relacionais. Já Keijsers et al. (2000) verificou em cinco estudos cujos participantes haviam já terminado os seus processos terapêuticos (Llewelyn & Hume, 1979 cit. in Keijsers et al., 2000; Murphy, Cramer, & Lillie, 1984 cit. in Keijsers et al., 2000; Ryan & Gizynski, 1971 cit. in Keijsers et al., 2000; Sloane, Staples, Whipple, & Cristol, 1977 cit. in Keijsers et al., 2000; Beek, 1996 cit. in Keijsers et al., 2000) que os resultados indicam que os clientes consideram a relação terapêutica mais benéfica do que as estratégias e técnicas terapêuticas utilizadas.

Os ganhos terapêuticos surgem ao longo do processo terapêutico e não de forma estática e linear. Têm, em vez disso, um aparecimento gradual. De forma geral, e ainda que alguns clientes refiram um alívio sintomatológico no final da primeira sessão, descrevem que perceberam os ganhos terapêuticos a partir da terceira sessão, referindo igualmente o seu aparecimento gradual (e.g. E3UA321 – “Eu depois ao longo das sessões fui-me sentindo... fui começando a encarar as coisas, a ver as coisas de outra forma, algumas mais positivas...” – e uma continuidade ao longo do tempo: E2UA210 – “Sim, as palavras da doutora S. mantêm-se ainda...”; E5UA628 – “Aquele redução daquela ansiedade (...) ainda atribuo à terapia. (...) muitas vezes, me imagino a falar com a psicóloga e... lembro coisas que ela me disse e aplico essas coisas e essas conversas que imagino a outras circunstâncias, outras alturas”). Por outro lado, nem todas as mudanças resultantes do processo terapêutico são consideradas positivas pelos clientes. Depois de resolvido o problema, há uma outra oportunidade para o cliente pensar mais em si e no seu bem-estar, o que nem sempre é encarado como positivo (e.g. E3UA365 – “Foi porque posso, às vezes posso... mesmo que magoe os outros...” –, sendo-lhe atribuído o significado de egoísmo – E3UA367 – “Sinto que tou mais egoísta, a pensar mais em mim...”).

É igualmente importante referir que existem clientes que não referem quaisquer aspetos negativos decorrentes do processo terapêutico (e.g. E4D572 – “Eu nunca vi nada de negativo, só, só positivo”) mas, contudo, houve uma recaída que significou para o cliente o insucesso da terapia [e.g. E4UR581 – “(E nessa altura que voltou a ter crises o que é que pensou da terapia que tinha feito?) Epá, pensei que não tinha dado resultado...”].

2.3. Mudança

A partir da articulação das categorias emerge uma categoria central neste estudo: a mudança.

O nosso objetivo inicial era compreender, a partir da perspectiva dos clientes de psicoterapia cognitivo-comportamental, quais os fatores que contribuíram para a mudança. Para isso, foi necessário explorar a problemática que os clientes identificavam como tendo conduzido à procura de acompanhamento psicológico, o processo de procura e escolha do seu terapeuta e, finalmente, as particularidades do processo terapêutico, como os resultados terapêuticos e os fatores promotores destes.

Através dos dados recolhidos e analisados através do método de *grounded analysis* é possível concluir que a terapia cognitivo-comportamental parece eficaz na resolução dos problemas do cliente. As mudanças ocorridas devem-se, de acordo com a perspectiva dos clientes, essencialmente, ao trabalho e empenho do terapeuta, o que inclui as suas características relacionais – como verificado no estudo de Keijsers et al., (2000) – e as técnicas cognitivo-comportamentais (e.g técnicas de relaxamento, de exposição, trabalho de pensamentos automáticos, exercícios de descentração do problema e inclusão de familiares próximos no processo terapêutico).

Ainda que os ganhos terapêuticos vão surgindo de forma gradual, depois da terapia os clientes consideram que voltaram ao seu nível de funcionamento anterior, ou seja, voltaram a ser a pessoa que eram antes de experienciarem o problema descrito. Apesar de nem todos os resultados serem considerados positivos pelos clientes e de, por vezes, os clientes recaírem, o grau de satisfação com a terapia parece ser bastante elevado. Através dos seus testemunhos, parece evidenciar-se que os clientes sentem a terapia como eficaz na resolução dos seus problemas, uma vez que são aptos para identificar e descrever os seus benefícios e acabam por atribuir um novo significado ao papel da terapia e do terapeuta. É ainda de relevante importância referir que os indivíduos que se submeteram a terapia cognitivo-comportamental aconselharam outras pessoas com problemas semelhantes a procurar acompanhamento psicológico.

Capítulo IV – Conclusões

Este estudo pretendia explorar/compreender, de acordo com a perspectiva dos clientes, de que forma é que a psicoterapia cognitivo-comportamental contribui para o processo de mudança.

Quando foi pedido aos participantes para descreverem o que é que a terapia representou para si, para além da dificuldade apresentada por alguns deles para responder a esta pergunta global, verificou-se que descreviam a terapia de acordo com o significado com que a mesma foi experienciada. Assim, na generalidade, o processo terapêutico foi descrito como bastante positivo, suscitando um elevado grau de satisfação nos clientes. Desta forma, é difícil, através dos resultados obtidos, responder à primeira pergunta de investigação – *O que experienciam os clientes de TCC como mais significativo no seu processo terapêutico?* – uma vez que o que os participantes identificam ter experienciado como mais significativo não se reporta a fatores específicos da TCC.

Complementarmente, de acordo com os resultados obtidos nas cinco entrevistas realizadas, é-nos permitido inferir que os ganhos terapêuticos – as mudanças experienciadas – são, sobretudo, atribuídas à atitude e postura do terapeuta. Evidenciam-se então aspetos relacionais do terapeuta, sendo fortemente valorizada a aceitação incondicional e o empenho do terapeuta para encontrar estratégias para a resolução dos problemas. Assim, de acordo com os testemunhos dos participantes, foi determinante para o surgimento da mudança terapêutica sentirem que podiam contar, falar, expor abertamente os seus problemas a alguém que não os julgava e tinha sempre uma palavra de conforto em resposta à exposição destas situações. Foram também referidas, embora com um grau de importância menor, estratégias específicas da TCC (mais especificamente, os exercícios de exposição e exercícios de reestruturação cognitiva) como momentos determinantes na mudança experienciada pelos clientes. No entanto, ao referirem-se aos fatores específicos da terapia fazem-se igualmente acompanhar de referências às qualidades relacionais do terapeuta que as implementou. O mesmo depreende-se quando, por exemplo, é afirmado que foi a confiança transmitida pelo terapeuta que conduziu ao sucesso de algumas estratégias terapêuticas, como as técnicas de relaxamento que, por sua vez, levaram à redução sintomática e à resolução dos problemas.

Considerando os objetivos deste estudo e os resultados obtidos, parece-nos que a metodologia escolhida foi a mais adequada para responder às necessidades

desta investigação, uma vez que em vez de se procurar uma amostra representativa das características dos participantes, construiu-se uma amostra considerada relevante para o fenómeno em estudo que se mostrou representativa das variações e tipicidades do fenómeno (Fernandes & Maia, 2001).

As conclusões da presente investigação vão então de encontro às conclusões de investigações anteriores (e.g. Wampold, 2001; Carr, 2009; Keijsers et al., 2000; Nilsson et al., 2007) que se referem aos fatores comuns aos vários tipos de terapia, mais do que aos fatores específicos de um modelo teórico, como promotores dos ganhos terapêuticos. Assim, identificamos que teria sido rico recolher também dados junto de clientes de terapia praticada com outros modelos teóricos, em vez de apenas terem sido entrevistados clientes de terapia cognitivo-comportamental, sendo esta possibilidade uma sugestão para estudos futuros. Ainda que o objetivo do estudo se centrasse sobre as experiências dos clientes de terapia cognitivo-comportamental, tendo apenas sido recolhidos dados junto de clientes que se submeteram a terapia com este modelo teórico, não temos a possibilidade de contrastar estes resultados de forma a afirmar que as mudanças ocorridas se devem ao modelo em si. Apesar de terem sido referidas pelos clientes técnicas específicas de terapia cognitivo-comportamental como fundamentais para a resolução dos problemas, a descrição positiva das mesmas foi acompanhada por referências às qualidades relacionais do terapeuta. Deste modo, não podemos afirmar que os ganhos obtidos se deveram às técnicas cognitivo-comportamentais ou às qualidades relacionais do terapeuta, estando então mais associadas às qualidades humanas do terapeuta do que ao modelo com que o mesmo trabalha.

Referências

- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(3), 327–342.
- Barlow, D. (1996). The Effectiveness of Psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(4), 276-284.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M., & Safren S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280.
- Binder, P., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 30(3), 285-294.
- Bonsmann, C. (2010). What do clients have to say about therapy? *Counselling Psychology Review*, 25(4), 31-45.
- Bowman, L., & Fine, M. (2000). Client perceptions of couples therapy: Helpful and unhelpful aspects. *American Journal of Family Therapy*, 28, 295–310.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents and adults?* New York, NY: Routledge.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7-18.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 67-89.
- Dreier, O. (1998). Client perspectives and uses of psychotherapy. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health, 1*(2), 295-310.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 18*(3), 239-242.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, 443-467.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 215-229.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned?. *Behaviour Research and Therapy, 32*(5), 477-495.

- Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In. E. M. Fernandes & L. S. Almeida (eds), *Métodos e Técnicas de Avaliação. Contributos para a prática e investigação* (pg. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research - Fourth Edition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Fuller, F., & Hill, C. E. (1985). Counselor and helper perceptions of counselor intentions in relation to outcome in a single counseling session. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 329-338.
- Gershetski, J. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Elkin, I. (1996). Clients' perceptions of treatment for depression: I helpful aspects. *Psychotherapy Research*, 6(4), 233-247.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory - Strategies for qualitative research*. New Brunswick: A Division of Transaction Publishers.
- Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report*, 4(3, 4).
- Grypdonck, M. H. F. (2006). Qualitative health research in the era of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1371-1385.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 157-163.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294-305.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy - How well can clinical trials do the job?. *American Psychologist*, 51(10), 1031-1039.

- Jahoda, A., Dagnan, D., Kroese, B. S., Pert, C., & Trower, P. (2009). Cognitive behavioural therapy: from face to face interaction to a broader contextual understanding of change. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(9), 559-571.
- Jock, W., Bolger, K. W., Penedo, J. M. G., Waizmann, V., Oliveira, J., & Roussos, A. J. (2013). Differential client perspectives on therapy in Argentina and the United States: A cross-cultural study. *Psychotherapy, 50*(4), 517-524.
- Keijsers, G., Schaap, C. & Hoogduin, C. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification, 24*(2), 264-297.
- Klein, M. J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research, 16*(1), 91-105.
- Know, S., & Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research, 19*(4, 5), 566-575.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research, 21*(2), 154-167.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of post-therapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research, 9*(3), 274-288.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314-324.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health, 8*(4), 325-337.

- Messari, S., & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 171–188.
- Mortl, K., & Wietersheim, J. V. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research, 18*(3), 281-293.
- 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.
- Oliveira, J., Braun, M., & Penedo, M. G. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy, 50*(4), 505-516.
- Oliveira, A., Sousa, D., & Pires, A. P. (2012). Significant events in existential psychotherapy: The client's perspective. *Existential Analysis, 23*(2), 288-304.
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counselling. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 317-324.
- Poulsen, S., Lunn, S., & Sandros, C. (2010). Client experience of psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa: An interview study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 469–483.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Clients' retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counselling Psychology, 41*, 473-483.
- Rodgers, B. (2003). An exploration into the client at the heart of therapy: A qualitative perspective. *Person-Centred and Experiential Psychotherapies, 2*(1), 19-30.
- Roesler, C. (2013). Evidence for the effectiveness of jungian psychotherapy: A review of empirical studies. *Behavioural Sciences, 3*, 562–575.

- Rosenweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roussos, A. (2013). Introduction to special section on clients' perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503-504.
- Sales, C., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, Z., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007). *Protocolo de entrevista de mudança do cliente: Terapia individual e familiar*. Não publicado.
- Smith, J. A. (2007) (ed). *Qualitative psychology: A practical guide to research methodology*. London: Sage.
- Sudack, D. M., Beck, J. S., & Wright, J. (2003). Cognitive behavioral therapy: A blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Academic Psychiatry*, 27(3), 154-159.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.
- Valkonen, J., Hänninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research*, 21(2), 227-240.
- Viklund, E., Holmqvist, R., & Nelson, K. Z. (2010). Client-identified important events in psychotherapy: Interactional structures and practices. *Psychotherapy Research*, 20(2), 151-154.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Taylor & Francis.

ANEXOS

Anexo 1 – Guião da Entrevista de Mudança do Cliente

No final da intervenção psicoterapêutica, gostaríamos de convidá-lo/a para uma entrevista semiestruturada, com sensivelmente uma hora de duração.

Os principais tópicos desta entrevista são quaisquer mudanças que tenha verificado desde o início da sua psicoterapia, o que acredita ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspetos úteis e os aspetos desnecessários que identifica na terapia.

O objetivo central desta entrevista é permitir que nos informe acerca da psicoterapia e da investigação, nas suas próprias palavras. Esta informação ajudar-nos-á a compreender melhor como funciona a psicoterapia. Ajudará também a melhorarmos a prática psicoterapêutica.

Esta entrevista é sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. (Os dados serão confidenciais.) Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

1. QUESTÕES GERAIS

1a. Como foi para si a terapia?

(Como é que se sentiu na terapia?)

1b. Quais os motivos que o levaram a procurar terapia?

1c. Como escolheu o seu terapeuta? (Saber se o modelo terapêutico foi um dos aspetos implicados nesta escolha)

1d. Como foi para si o final da terapia? Como vivenciou este momento?

Como tem sido de então para cá? (Como é que se tem sentido desde então?)

2. MUDANÇAS SENTIDAS

(solicitar mudanças sentidas desde o início da terapia)

(Entrevistador: vá anotando as alterações numa folha branca, nas próprias palavras do cliente)

2a. Desde o início da terapia que mudanças notou, em si ou na sua família? – Durante e depois do processo terapêutico!

(e.g. Tem agido, sentido ou pensado de modo diferente do que acontecia antes da terapia? Alguém notou alguma mudança em si (ou na sua família)? Pode dar alguns exemplos?

2b. Houve alguma coisa que mudou para pior, desde o início (final) da terapia?

2c. Há alguma coisa que gostaria de mudar e que ainda não mudou desde o início (final) da terapia?

2d. Desde que começou (terminou) a terapia surgiram outros aspetos que gostasse de mudar, dos quais não se tinha dado conta antes de começar (terminar) a terapia?

3. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA

(O entrevistador passa as mudanças da folha branca para a Tabela 2 e dá a seguinte instrução verbal:

Vamos agora avaliar as mudanças que já identificou

(solicitar as três avaliações – 3a, 3b, 3c – para cada mudança; apontar a resposta na coluna correspondente e depois passar para a mudança seguinte da lista)

3a. Estava à espera desta mudança, ou foi uma surpresa para si? (Use a seguinte escala):

- (1) Mudança totalmente esperada
- (2) Mudança algo esperada
- (3) Não estava à espera, mas também não foi uma surpresa
- (4) Mudança algo surpreendente
- (5) Mudança completamente surpreendente

3b. Esta mudança podia ter acontecido sem terapia? (use a seguinte escala):

- (1) De certeza que não acontecia
- (2) Provavelmente não aconteceria
- (3) Não sei

(4) Provavelmente sim, aconteceria

(5) De certeza que sim, aconteceria

3c. Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si? (Use a seguinte escala):

(1) Nada importante

(2) Pouco importante

(3) Moderadamente importante

(4) Muito importante

(5) Extremamente importante

4. ATRIBUIÇÕES

Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças? (incluindo aspetos que aconteceram nas sessões de terapia ou fora das sessões de terapia)

5. ASPECTOS POSITIVOS

4a. Poderia resumir que aspetos da terapia o têm ajudado/ajudaram? Por favor, dê exemplos.

4b. O que é que o marcou mais, do ponto de vista positivo, ao longo do processo terapêutico? Há alguns aspetos particularmente marcantes de que recorde?

6. ASPECTOS NEGATIVOS

5a. Houve aspetos na terapia que não funcionaram ou que não o ajudam? Ou que foram negativos, ou dececionantes? Quais?

5b. O que é que o marcou mais, do ponto de vista negativo, ao longo do processo terapêutico? Há alguns aspetos particularmente marcantes de que recorde?

6b. Há aspetos na terapia que foram difíceis ou dolorosos, mas que o ajudaram ou

poderão vir a ajudar? Por favor, dê exemplos.

6c. Na sua perspectiva, faltou alguma coisa na terapia? Há alguma coisa que poderia ter tornado a terapia mais benéfica para si (ou para a sua família)?

7. Qual o seu grau de satisfação com a terapia? Como avalia o seu processo terapêutico?

8. Que medicação está atualmente a tomar?

9. Ao longo do processo terapêutico teve outro acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, para além deste?

10. SUGESTÕES

Tem algumas sugestões para nós, em relação à investigação ou à terapia? Gostaria de fazer mais algum comentário acerca da terapia? Gostaria de dizer de mais alguma coisa?

Anexo 2 – Declaração de Consentimento Informado

Este consentimento surge no âmbito de um estudo de mestrado, a decorrer na Universidade de Évora, em torno da experiência dos clientes na psicoterapia. A participação, que agora lhe solicitamos, consiste na resposta a algumas questões colocadas sob a forma de entrevista e que se centram nas mudanças ocorridas desde o início da sua psicoterapia, o que considera ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspetos mais e menos positivos da terapia. Esta informação ajudar-nos-á a compreender melhor a psicoterapia e a melhorarmos a prática psicoterapêutica.

Por questões metodológicas, esta entrevista é sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. Asseguramos a confidencialidade do conteúdo da mesma, que servirá unicamente os fins da investigação supra mencionada. Em momento algum a sua identidade será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____

Anexo 3 – Exemplo da codificação aberta de partes das entrevistas

Unidades de Análise (frase a frase)	Categorias Descritivas
E1UA1 – “Precisar exatamente não sei, sei que andei lá pouco tempo, aí à volta de 3, 4 meses, para aí 3, acho eu...”	Duração do processo terapêutico
E1UA2 – “Acho que foram 5 ou 6.”	Duração do processo terapêutico Número de sessões
E1UA3 – “Já não sei se foi em Março...”	Início do processo terapêutico
E1UA4 – “Não, não... Sim, do ano passado.”	Início do processo terapêutico
E1UA5 – “Agora é que não sei precisar exatamente quando é que terminei porque aquilo foi, acho que andou ali à volta, tive só 5 sessões mas como não puderam ser todas, a nível de horário não tinha disponibilidade e acho que foi durante 3 meses, parece-me... Mas só tive 5 ou 6 sessões.”	Final do processo terapêutico Número de sessões Duração do processo terapêutico
E1UA6 – “Sim, foi antes do Verão, isso eu lembro-me.”	Final do processo terapêutico
E1UA7 – “Não, foi mútuo acordo porque chegámos à conclusão que o problema que existia inicialmente, por sorte, já não existia.”	Final do processo terapêutico Decisão de terminar: mútuo acordo
E1UA8 – “E não só, e da terapeuta.”	Resolução dos problemas Ganhos terapêuticos
E2UA187 – “(E a N. achou que sim, que era	Final do processo terapêutico

<p>o momento para terminar.) Sim.”</p>	<p>Decisão tomada pela cliente</p>
<p>E2UA188 – “(Portanto, assim de uma forma genérica gostava que me dissesse como é que foi para si este processo terapêutico...) Significou muito. Não deveria ter demorado tanto tempo, que eu demorei cerca de um ano a pedir ajuda, falando assim... e... acho que não devia ter esperado tanto tempo...”</p>	<p>Significado do processo terapêutico Duração do problema Processo considerado positivo Consciencialização de que a terapia devia ter sido procurada mais cedo</p>
<p>E2UA189 – “Porque... senti-me bem, eu precisava de falar com alguém e na doutora S. encontrei esse alguém...”</p>	<p>Sensação de bem-estar Processo terapêutico como experiência positiva Necessidade de falar Encontrar no terapeuta a ajuda que se procurava</p>
<p>E2UA190 – “Com quem eu... com quem eu pude desabafar... pronto, um ombro amigo, falando assim.”</p>	<p>Necessidade de falar Encontrar no terapeuta a ajuda que se procurava</p>
<p>E2UA191 – “Precisava mesmo de... de falar, deitar para fora o meu problema. Posso dizer qual é, ah... a morte do meu pai por acidente... um senhor foi ter com ele e matou-o inconscientemente, claro, que o senhor não o fez porque quis, mas acabou por falecer logo no...”</p>	<p>Necessidade de falar Identificação do problema: morte do pai por acidente Motivo do pedido de ajuda</p>
<p>E3UA318 – “(Quando terminaram a terapia em março foi por mútuo acordo...?) Ah, sim, sim, sim, foi.”</p>	<p>Final da terapia Mútuo acordo</p>
<p>E3UA319 – “As duas... exatamente, que estavam cumpridos os objetivos...”</p>	<p>Final da terapia Mútuo acordo</p>

<p>E3UA320 – “Olhe... o meu problema era acerca de ansiedade...”</p> <p>E3UA321 – “O motivo... Pronto... Eu depois ao longo das sessões fui-me sentindo... fui começando a encarar as coisas, a ver as coisas de outra forma, algumas mais positivas... a não pensar tanto nas situações, mesmo o que tinha já passado... uma coisa também que eu aprendi que para mim serviu-me de, foi as sessões de relaxamento... e quando estou mais nervosa...”</p> <p>E3UA322 – “(Portanto, sentiu-se bem ao longo de todo o processo, sentiu que foi importante para si...) Sim, sim, sim. Foi.”</p> <p>E3UA323 – “(Como é que fez a escolha do seu terapeuta?) Eu foi... fui pedindo opiniões e eu até tenho uma amiga minha que é psicóloga mas que achámos melhor...”</p> <p>E4UA469 – “(Portanto, não sabia nada acerca dela, como terapeuta nem... modelo teórico com que trabalhava) Nada, nada...”</p> <p>E4UA470 – “(Em relação ao final da terapia, foi fácil para si, aceitou logo, achou que era o momento ideal, ficou tranquilo com esse momento ou achou que ainda não era o momento...?) Não, fiquei tranquilo porque achava que já tinha resolvido, arrumado esse assunto...”</p>	<p>Cumpridos os objetivos terapêuticos</p> <p>Identificação do problema Ansiedade</p> <p>Motivo do pedido Problemas de ansiedade Ganhos terapêuticos com o decorrer das sessões Passar a ver as coisas de outra forma Ser mais positiva Sessões de relaxamento vistas como ganhos positivos</p> <p>Bem-estar ao longo do processo terapêutico Importância do processo terapêutico</p> <p>Escolha do terapeuta: recolha prévia de opiniões</p> <p>Escolha do terapeuta não intencional Desconhecimento do modelo terapêutico praticado pela terapeuta</p> <p>Final da terapia aceite com tranquilidade Perceção de cumprimento dos objetivos terapêuticos</p>
---	--

<p>E4UA471 – “Porque se há 6 meses eu não tinha, acho que já tava terminado, porque nem fui eu que forcei nada, ao nível de acabar a terapia, foi mesmo a doutora é que me disse “Epá, acho que já tá tudo, o que é que você acha?”. Perguntou-me, eu disse “Se a doutora acha... eu sinto-me bem” e sentia-me bem! Sinto-me bem, acho que sim, pronto, se já não preciso vir aqui mais, já tou bem, pronto, é o que interessa, foi para isto que eu vim aqui.”</p>	<p>Cumprimentos dos objetivos terapêuticos Duração do processo terapêutico Decisão de terminar o processo terapêutico Bem-estar Ganhos terapêuticos</p>
<p>E4UA472 – “A sensação foi desagradável depois a 3 ou 4 meses depois é que comecei outra vez com as crises...”</p>	<p>Recaída experienciada como muito desagradável</p>
<p>E4UA473 – “(Pois... de então para cá as crises...) Agora não tenho...”</p>	<p>Extinção das crises de ansiedade</p>
<p>E4UA474 – “Não tenho porque depois, eu acho que isto depois a fim ao cabo agente acaba por utilizar as coisas que se calhar se conhecem mais aqui, como a respiração, já naturalmente, já não é nada forçado, já agente começa a conhecer os sintomas.”</p>	<p>Extinção das crises de ansiedade Recurso a técnicas aprendidas durante o processo terapêutico Ganhos terapêuticos Conhecimento dos sintomas associados ao problema</p>
<p>E5UA599 – “A terapia, obviamente, acho que todas as pessoas dizem isto quando os processos têm sentido, mudou a minha vida.”</p>	<p>Significado do processo terapêutico: “mudou a minha vida”</p>
<p>E5UA600 – “E portanto não consigo descrever assim de forma muito simples aquilo que significou para mim, até porque, como per-</p>	<p>Dificuldade em descrever o significado do processo terapêutico Duração do processo terapêutico</p>

<p>cebeste, foram muitos anos...”</p> <p>E5UA601 – “(...)eu tive uma perturbação de pânico com agorafobia quando tava no 8º ano, foi nessa altura quando começou. E portanto, aquilo que foi mais significativo para mim logo desde o início foi poder reduzir os sintomas que nessa altura tinha. E portanto, isso foi sem dúvida aquilo que foi mais importante.”</p> <p>E5UA602 – “Dentro desse aspeto, aquilo que foi mais importante de tudo foi a normalização daquilo que estava a sentir e compreender o que é que tinha, o que é que era... o que é que podia esperar daquilo que estava a acontecer comigo...”</p>	<p>Identificação do problema</p> <p>Início do processo terapêutico</p> <p>Ganhos terapêuticos: redução dos sintomas – mudança mais importante</p> <p>Ganhos terapêuticos: redução dos sintomas</p> <p>Compreensão do problema e do que a ele estava associado</p> <p>Atribuída grande importância à redução dos sintomas e à compreensão do problema</p>
--	---