

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Perspetiva do Paciente sobre Processos e Mecanismos de Mudança em
AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)**

Benedita Nunes de Matos de Lucena

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
(Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Perspetiva do Paciente sobre Processos e Mecanismos de Mudança em
AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)**

Benedita Nunes de Matos de Lucena

Sob Orientação

Professor Nuno Miguel da Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
(Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa)

2013

Agradecimentos

Ao professor Nuno Conceição,

Pelo apoio prestado ao longo deste ano e especialmente, por nos ter ensinado a dar importância certa aos acontecimentos e à nossa autonomia.

Às minhas colegas,

Pela paciência com que me receberam, pela disponibilidade desde o início e pelas partilhas de conhecimento. Foram muito importantes na concretização deste trabalho.

À minha família, por me ensinarem a ser quem sou hoje.

A todos os meus amigos que me acompanharam neste ano e sempre me apoiaram, nos bons e maus momentos, especialmente à Catarina, Luís, Matilde e Margarida.

A todos os participantes,

Por terem partilhado as suas experiências tanto na vida pessoal como profissional, os seus pensamentos e emoções. Sem eles não poderia ter acabado o curso.

A todos os professores,

Que ao longo do curso me deram conhecimentos e me ajudaram a construir tudo o que consegui até hoje.

Obrigada a todos!

“The experience of feelings leads to changes in interpersonal perception“

(Greenberg, James & Conry, 1988)

RESUMO

Nos últimos anos tem havido uma mudança de vertente, que dá maior reconhecimento do papel do cliente como um agente ativo e contribuidor de mudança em psicoterapia.

Nesta linha, a articulação entre processos e mecanismos de mudança na perspectiva do paciente, é uma das áreas de grande interesse na investigação em psicoterapia. A presente dissertação procura perceber as conquistas dentro das sessões (processos de mudança) e detetar mudanças fora (mecanismos de mudança) da terapia, na voz do paciente.

Os objetivos propostos estão alicerçados ao modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), com características únicas de várias abordagens teóricas. A chave do modelo passa pela relação de vinculação reguladora entre paciente e terapeuta (Fosha & Yeung, 2006). O estudo foi realizado com uma amostra de 10 participantes que recebem terapia de acordo com os princípios AEDP, provenientes dos da América do Norte. Foi realizado um questionário com um guião semi-estruturado, com posterior análise dos dados através de metodologia qualitativa baseada na Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967).

Foram encontradas duas categorias gerais: processos do paciente e terapeuta (dentro da sessão) e mecanismos pequenos e grandes (fora da sessão). Nos processos, *Oferecer/receber Perspetivas de Insight; Sentirem Seguros e Acarinhados pelo Terapeuta; Identificar e Processar as Conquistas e Permanecer presente*, eram fatores significativos para os pacientes. Dentro dos mecanismos pequenos, *Facilitar o insight de acordo com as mudanças conquistadas, Ser mais Afirmativo e Capacidade de compreender e gerir as mudanças*, eram mais relevantes para os pacientes e dentro dos grandes mecanismos, *Consciência temporal do trabalho terapêutico enquanto processo; Regulação Emocional, e Sentir-se mais equipado para lidar com dificuldades*.

Conclui-se que a relevância da perspectiva dos pacientes é uma mais-valia no entendimento do processo psicoterapêutico, e gera hipóteses para futuras investigações.

Palavras-Chave: Perspetiva do Paciente; Processos de Mudança; Mecanismos de Mudança; Relação Terapêutica

ABSTRACT

In recent years, there has been a shift towards the recognition of the patient's role as an active participant and a potential generator of change in psychotherapy.

The client's perspective about change processes and change mechanisms is therefore an important area for psychotherapy research. The present study emphasizes the analysis of in-session (change processes) and out-session (change mechanisms) in the clients' perspective, using their own words.

The proposed objectives of the present study are anchored to the AEDP model (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), with its unique or more distinctive features in relation to other therapeutic approaches. This model stresses the importance of the regulatory binding relationship between patient and therapist (Fosha & Yeung, 2006). The study was conducted with 10 participants who were currently receiving therapy according to the principles of AEDP, somewhere in North America. An online survey was conducted, using a semi-structured schedule. Data analysis was performed using a Grounded Theory qualitative methodology, (Glaser & Strauss, 1967).

Results yielded two main categories: (i) in session change processes (of the client and of therapist, and (ii) out-session change mechanisms (small and major). In terms of session change processes, the subcategories giving/receiving insight; feeling safe and cherished by the therapist; identifying and processing achievements and staying present, were described as significant factors by clients. Within the small change mechanisms, factors such as facilitating insight according to conquered changes, increasing affirmation and the ability to understand and manage change, were the relevant subcategories; within the major change mechanisms, consciousness of unfinished therapeutic work; emotional regulation and feeling more equipped to deal with difficulties.

The present study illustrates how the client's perspective can be helpful in understanding and conceptualizing the change process and in informing therapeutic practice, and to generate hypotheses for future research.

Keywords: Client's Perspective, Change Processes, Change Mechanisms; AEDP

ÍNDICE

Introdução	1
Revisão de Literatura	3
1. O Papel do Paciente em Psicoterapia	3
2. Processos de Mudança, Mecanismos de Mudança e Resultados Finais	5
3. Perspetiva do Paciente na Investigação em Psicoterapia.....	7
3.1 Etiologia do problema e teoria de mudança.....	8
3.2 O conceito de evento significativo e fatores facilitadores ou impeditores da mudança.....	9
3.4 Investigação sobre estratégias gerais na perspetiva do paciente: o caso das Experiências Corretivas.....	11
4. Modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy).....	14
4.1. Vinculação	15
4.2. Meta-Processamento	16
4.3. O Poder das Emoções Positivas.....	17
Metodologia.....	19
1. Caracterização dos Participantes e Procedimento	20
2. Procedimento da Análise de Dados.....	23
3. Análise dos Resultados.....	29
Conclusões e Discussão.....	35
Referências bibliográficas	41

ANEXOS

Índice de Quadros

Quadro 1: Dados demográficos dos participantes	22
Quadro 2: Subcategorias dos Processos de Mudança do paciente em sessão com total de respostas.....	25
Quadro 3: Subcategorias dos Processos e Operações de Mudança do terapeuta em sessão com total de respostas.....	26
Quadro 4: Subcategorias dos Mecanismos de Mudança pequenos do paciente fora das sessões com total de respostas com total de respostas.....	27
Quadro 5: Subcategorias dos Mecanismos de Mudança grandes do paciente fora das sessões com total de respostas	28

Índice de Anexos

Anexo I – Guião Semi-estruturado da Entrevista em Português

Anexo II – Guião Semi-estruturado da Entrevista em Inglês

Anexo III – Consentimento Informado em Inglês

Anexo IV – Consentimento Informado em Português

Introdução

Ao longo dos anos têm sido amplamente estudadas as relações entre terapeuta e paciente e a importância do que pode advir deste vínculo terapêutico.

A articulação entre processos de mudança (tanto do terapeuta como do paciente), e mecanismos de mudança do paciente, é uma das áreas de interesse crescente na investigação em psicoterapia, bem como propósito primordial desta dissertação.

Bohart e Wade (2013) explicam que se presencia uma mudança de paradigma, no sentido em que se vê o paciente como participante ativo na psicoterapia. As investigações desenvolvidas nesta área mostram que a atenção reside cada vez mais no paciente, que começa a ter uma voz impulsionadora e um contributo significativo. Deste modo, a sequência das inúmeras investigações, mostra que o este tem também um papel central na terapia, sendo por si só gerador de mudança, aumentando a compreensão da eficácia final do processo terapêutico.

Se não se considerar o paciente como agente ativo no processo, corre-se o risco de não compreender na íntegra a forma como a díade se constrói e se altera ao longo do tempo, o que pode impedir que se chegue a uma perceção clara dos processos de mudança que ocorreram em terapia. Investigar as perceções do paciente pode aproximar o cliente ao terapeuta, e entender que estas visões podem ser muito distintas (Fuller & Hill, 1985) ainda assim complementares. Pode da mesma forma, contribuir para o debate de várias questões que nascem da natureza da mudança, e de fatores que possam ser chave para o processo de mudança. Estas contribuições demonstram o quão importante é continuar a procurar as perspetivas dos pacientes sobre o que acontece em terapia, e sobre os processos de mudança nela envolvidos.

Desta forma, optou-se por focar a revisão bibliográfica nos principais autores que investigam a perspetiva dos pacientes sobre mudança, na maneira como esta se desenvolve, evolui, e contribui para o crescimento e sucesso terapêutico.

Para uma melhor compreensão, os processos de mudança são aspetos da terapia, relativos tanto ao terapeuta como ao paciente, que ocorrem durante a sessão e criam melhorias nos mecanismos de mudança. Os mecanismos de mudança são alterações nas características e/ou comportamentos do paciente que se espera que levem aos resultados finais do processo terapêutico, fora das sessões.

A presente dissertação pretende contribuir para uma melhor clarificação dos processos e mecanismos que ocorrem no processo terapêutico, pela voz do paciente, utilizando para o efeito, a perspectiva de dez participantes que estejam a receber terapia alicerçada ao modelo AEDP (Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy), aligues na América do Norte. Este modelo reúne características únicas de uma variedade de abordagens teóricas e procedimentos específicos, que contribuem para a investigação.

Escolheu-se uma metodologia qualitativa, sendo a recolha de dados feita através de entrevistas semi-estruturadas. De forma a analisar os resultados obtidos foi utilizada a Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). Este método é um processo interpretativo, que tem como um dos propósitos, analisar experiências subjetivas dos participantes, sendo o mais adequado no propósito deste estudo. Posteriormente, criam-se teorias, que envolvem a compreensão e exploração do significado de (excertos) textos (Pascual-Leone, Wolfe & O'Connor, 2012).

Revisão de Literatura

1. O Papel do Paciente em Psicoterapia

Desde que em 1952 Hans Eysenck desafiou a influência da psicoterapia, inúmeros estudos foram feitos para concluir que a psicoterapia é eficaz na maioria das dimensões de psicopatologia e em indivíduos que recebem tratamento (Lambert, 2013). Uma das várias vertentes na investigação de psicoterapia foca-se nas variáveis do paciente, consideradas determinantes para o processo de mudança ao interagirem dinamicamente com o terapeuta e com o tratamento desde o início (Clarkin & Levy, 2004).

Segundo Lambert (2004), uma observação importante no que diz respeito a estas variáveis é a de que é o paciente, mais do que o terapeuta, que implementa o processo de mudança e por essa razão, a qualidade da sua participação sobressai como o maior determinante de sucesso. Neste contexto, Lambert (1994), encontra fatores considerados ‘extra terapêuticos’, que incluem o próprio paciente e fatores na sua vida que explicam 40% da variância total. Anos mais tarde, foi defendido que as variáveis do paciente são responsáveis por cerca de 60% da variância na eficácia terapêutica (Wampold, 2001) e que todos os fatores de terapia combinados contam para cerca de 13% da variância do resultado, sendo os 87% restantes devido ao paciente (Wampold, 2010). Investigações mais recentes sugerem que 40% da variância do resultado da terapia é inexplicável e atribuem 30% ao paciente e os outros 30% a fatores combinados (Norcross & Lambert, 2011). Verifica-se assim que as variáveis ou fatores dos pacientes são grandes preditores de melhorias (Orlinsky, Rønnestadt, and Willutski, 2004).

A literatura tem poucos dados alicerçados à perspetiva que o paciente tem sobre terapia, tendendo a apoiar cada vez mais a sua participação como agente ativo ao longo do processo.

Bohart & Wade (2013) consideram que existiu uma grande mudança de paradigma na investigação, no sentido em que se olha cada vez mais para o lado interativo do paciente. Esta mudança é importante pois anteriormente a atenção da maioria das investigações focava a perspetiva do terapeuta, e de que forma é que o paciente respondia às intervenções. Os mesmos autores explicam que os pacientes

beneficiam de uma variedade de abordagens teóricas, como por exemplo o veredicto do Pássaro de Dodó, pois são aprendizes cativos e solucionadores de problemas (‘problem solver’), que contribuem para o processo e eficácia terapêutica. Além disso, Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble e Wong (2004), argumentam que a razão pela qual não foi ainda encontrada a relação clara entre intervenções e resultados deve-se ao facto de os pacientes reagirem de forma diferente às intervenções, fazendo todo o sentido a integração da sua perspetiva em psicoterapia.

Tal como o papel do terapeuta é visto como um catalisador de mudança, o papel do paciente e as suas teorias de mudança começam a ser considerados, pois dentro de cada indivíduo está a possibilidade de mudança à espera de ser descoberta. Nas palavras de Duncan e Miller (2000), para aprender a teoria dos pacientes o terapeuta deve adoptá-las nos seus termos. Posteriormente, Miller (2004) defende que o facto de ajudar os pacientes a verbalizar e desenvolver argumentos para a mudança, aumenta a ocorrência da mesma. Assume-se que a compreensão dos aspetos essenciais do funcionamento psicológico do paciente é necessária para que se perceba o que o leva a querer mudar certo(s) comportamento(s) e quais as suas razões para esse efeito.

O caso amoroso com os modelos de psicoterapia cega por vezes os terapeutas, no que diz respeito ao papel de mudança que o paciente desempenha nas sessões (Duncan, Sparks & Miller, 2000). Duncan e Miller (2000) demonstram que, de certa forma anteriormente o paciente era deixado fora da equação, por visto como objeto de avaliação e intervenção por certos terapeutas. Focar na perspetiva do paciente não impede de forma alguma que o terapeuta ofereça ideias ou sugestões e até contribuições para a sua mudança. A exploração e descoberta de tais teorias de mudança é, por si só, um processo co-evolucionário, um entrecruzamento de ideias que gera uma conexão perfeita dos significados construídos.

Nesta linha, Bohart e Wade (2013) explicam que o paciente não absorve apenas o que recebe na terapia pois ele mesmo pode criar mudança. Os autores defendem que se torna essencial investigar o ponto de vista dos pacientes enquanto agentes ativos, podem detetar situações que estejam a ser negligenciadas pelos investigadores e terapeutas ou até mesmo pelas suas teorias. A descrição de como integrar as diferentes abordagens de acordo com a mudança do paciente é desafiadora mas mostra um fator comum: o paciente é o maior potenciador de eficácia terapêutica. Ao mesmo tempo, os

recursos que traz para a terapia, influenciam o paciente dentro e fora das sessões (Assay & Lambert, 1999; Miller et. al, 1997). A mudança de paradigma, mais centrada no paciente, é interessante no sentido em que este age ativamente com o que a terapia lhe oferece isto é, a forma como aprende o que recebe na terapia influencia o seu grau de envolvimento na relação; a ressonância com o terapeuta e com os métodos utilizados; o esforço exposto do paciente; a sua criatividade e como interpretam e recebem o input nas sessões (Bohart & Wade, 2013).

Ainda de acordo com Bohart e Wade (2013), para entender a questão sobre se a terapia funciona ou não, é importante responder à questão de “se o paciente funciona em terapia” pois estes não são mais vistos como objetos ou foco de intervenção apenas nos problemas, como também não são variáveis dependentes sobre as quais as variáveis independentes operam. Anteriormente, as crenças, transferências, distorções e até disfunções dos pacientes, eram vistas como negativas ao que era ‘suposto’ em terapia. Os mesmos autores defendem que as crenças dos pacientes se correlacionam positivamente com o resultado final da terapia, fazendo surgir a hipótese de que como o paciente constrói a terapia ou contribui para a mesma, é um fator crucial ao longo do processo terapêutico. No entanto, pode existir o argumento por parte de investigadores céticos de que a percepção do paciente pode não estar diretamente correlacionada com o que é útil para si em terapia. Esta hipótese deve ser considerada, pois o que o paciente deseja da terapia pode ser diferente do que o terapeuta está a querer avaliar. Olhar para o paciente como um agente contribuidor ativo de mudança, é corroborada pela perspectiva da Associação Americana de Psicologia (APA) de evidência baseada na prática que, em 2006, argumenta que as suas preferências, crenças devem ser incluídas no processo de decisão terapêutica ao serem consideradas ferramentas de trabalho imprescindíveis, pois podem detetar situações que podem estar a ser negligenciadas pelos terapeutas e as suas teorias.

2. Processos de Mudança, Mecanismos de Mudança e Resultados Finais

Já em 1986, Greenberg afirmava que a pesquisa sobre processos de mudança em psicoterapia é necessária para explicar como é que a psicoterapia produz mudança. Torna-se essencial distinguir os conceitos *processo psicoterapêutico* e *processo-*

resultado ('process-outcome'). O mesmo autor explica que a ênfase não está em estudar o que acontece em terapia (investigação de processo) nem somente na comparação das medidas utilizadas antes e depois da terapia (investigação de resultado) mas sim em identificar, descrever e explicar os efeitos dos processos que trazem mudança terapêutica (investigação processo-resultado).

Na investigação de mudança terapêutica existem assim dois grupos predominantes: os investigadores de resultados (*resultados*) e os investigadores de processo (*processo*), que aparentemente pouco interagem entre si.

Pensa-se que as mudanças que ocorrem dentro do paciente são despoletadas dentro das sessões terapêuticas e o facto de ocorrerem numa linha temporal, é considerado por Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjeed (2013) como parte de todo o processo, isto é, uma mudança incluída na generalidade da psicoterapia que consequentemente leva a resultados positivos do tratamento.

Crits- Christoph et.al (2013) definem *resultado* como melhorias dos problemas, sintomas e funcionamento apresentados pelos pacientes. Já os *processos* incluem eventos que ocorrem nas sessões de psicoterapia ou constructos que mudem durante (ou entre sessões), como consequência de uma relação terapêutica que levará a que os problemas, sintomas e funcionamento se alterem.

A fraca interação entre os dois grupos supracitados poderá ter dificultado a diferenciação e explicação entre *processos de mudança* (do terapeuta e do paciente) e *mecanismos de mudança*. Foi em 2004 que Doss tentou definir de forma mais sistemática os processos de mudança como aspetos da terapia (do paciente e do terapeuta) que ocorrem durante a sessão e que criam subsequentemente melhorias nos mecanismos, sendo intervenções diretas do terapeuta hipotetizadas como 'ingredientes ativos' do tratamento que ajudam a criar mudança imediata no paciente. Os processos de mudança do paciente são comportamentos ou experiências que ocorrem como resultado direto desses processos do terapeuta que se espera que levem a melhorias nos seus mecanismos. Por sua vez, os mecanismos de mudança são alterações nas características do cliente que não estão sob controlo ou ação direta do terapeuta ou seja, que se espera que se mantenham fora das sessões de terapia e levem a melhorias no final do processo psicoterapêutico. Diversos processos de mudança do terapeuta de acordo com Orlinsky, Rønnestad, e Willutzki (2004), podem contribuir para o processo de

mudança no paciente; processos de mudança do paciente podem ocorrer sem que tenha havido influência dos processos do terapeuta e também existe a hipótese de que os processos do paciente possam ocorrer como resultado de processos de mudança do terapeuta, de uma forma previamente não hipotetizada. Se se quiser alargar a compreensão dos processos e mecanismos de mudança e do seu desenvolvimento em psicoterapia, parece importante estudar a perspectiva do cliente sobre os mesmos. Assim, para além do papel do paciente em psicoterapia, e da relação entre processos de mudança, mecanismos de mudança e resultados finais, debruçar-me-ei de seguida sobre a perspectiva do paciente na investigação em psicoterapia, que está na base do desenvolvimento do presente projeto.

3. Perspetiva do Paciente na Investigação em Psicoterapia

Do ponto de vista do paciente, têm sido examinadas as questões sobre o que são consideradas experiências que ajudem em terapia (Toukmanian & Rennie, 1992), sendo a unidade de análise as sessões ou os eventos de mudança dentro das sessões (Gershefski, Arnkoff, & Glass, 1996a). Muitos pacientes vêm as intervenções por parte dos seus terapeutas e as ajudas recebidas, de forma diferente (e.g. Elliott & James, 1989; Llewelyn, 1988; Orlinsky & Howard, 1986^a) e por essa razão, vários estudos como por exemplo os de Hill, Chui, Huang, Jackson, Liu e Spangler (2011), têm vindo a explorar e investigar como é que o paciente entende a mudança e como se relaciona com os diferentes elementos do processo terapêutico.

A sua experiência em terapia pode ajudar os terapeutas a entender o quão explícito é o processo, assim como o que foi útil para o paciente em termos de mudanças conquistadas. Na ótica de Clarke, Rees e Hardy (2004), podem ajudar de igual forma no debate sobre fatores comuns e não comuns em terapia, nas questões que nasçam sobre a natureza da mudança, como também sobre os fatores necessários e suficientes que possam ser chave para o processo de mudança.

3.1 Etiologia do problema e teoria de mudança

A descoberta da etiologia do problema e da teoria de mudança (apesar de poderem ser um desafio na investigação) torna-se essencial para entender a percepção do paciente sobre a causa do problema, assim como quais podem ser as suas teorias sobre o que está certo ou errado em terapia, sendo que esta compreensão pode ter impacto na sua motivação e no processo final, de acordo com o tipo de abordagem oferecida em terapia (Bohart & Wade, 2013).

Num estudo qualitativo de Mackrill (2008), os clientes afirmavam ter teorias definitivas antes de entrar na terapia sobre a causa dos seus problemas e quais as estratégias que deveriam utilizar para a resolução dos mesmos. Englobava uma mistura de casos de pacientes fixados nas suas teorias e/ou modificavam o que compreendiam quando confrontados com uma explicação alternativa que lhes fizesse sentido. Da mesma forma que podem entrar na terapia com teorias fixas sobre a causa dos seus problemas ou teoria de mudança, existe congruência sobre como o paciente se vê a si, e como vê o percurso de mudança. Kuhnlein (1999) entrevistou clientes dois anos após a terapia (follow-up) e retirou da narrativa que descreviam o que era entendido pelo paciente como útil na terapia e o significado na sua recuperação, identificando quatro tipos de modelos de mudança, que rotulou como: ‘*Overburdened*’ (sobrecarregado), ‘*Deviation*’ (desviante), ‘*Deficit*’ (défice) e ‘*Development-Disturbance*’ (distúrbio de desenvolvimento). As narrativas dos clientes sobre a etiologia dos seus problemas eram congruentes com o que entendiam como percurso de mudança. Por exemplo, os clientes que caíam na categoria de ‘*Deficit*’ descreviam a sua história principalmente em termos de défice. O estudo concluiu também que a terapia era vista como um meio de aprendizagem, com técnicas de auto-aperfeiçoamento de um processo que poderia ocorrer após o término da terapia.

Dados como estes podem ajudar a comprovar que a mudança e as teorias que o paciente traz para a terapia, podem influenciá-lo dentro e fora das sessões. Por outro lado, os pacientes são capazes de alterar as suas teorias para se adaptarem à teoria dos terapeutas fazendo surgir a hipótese de que a mudança pode ocorrer mesmo que as teorias desenvolvidas pelo paciente podem não corresponder às teorias do terapeuta.

3.2 O conceito de evento significativo e fatores facilitadores ou impeditores da mudança

As percepções que o paciente tem sobre a mudança que sente ao longo do processo envolvem eventos significantes que ocorrem em sessão, podendo ser considerados como análises de conteúdo. De acordo com Greenberg (1996), estes consistem em episódios terapêuticos com quatro componentes: o *marcador de problema do paciente* (conjuntos de afirmações do cliente que indica ao terapeuta que o cliente está num problema particular de momento e está pronto para a intervenção); a *operação do terapeuta* (conjunto de intervenções feito pelo terapeuta para promover solução dos problemas); a *performance do cliente* (as respostas contínuas do cliente à intervenção do terapeuta) e o *resultado imediato nas sessões*.

Para Elliot (1985), os eventos significativos em terapia são categorizados de três formas. A primeira, *eventos significativos*, refere-se a investigações num dado período de tempo onde tanto o cliente como o terapeuta providenciam uma narrativa que tenha tido impacto ao longo do processo, por vezes realçando micro-processos terapêuticos que podem ser ‘tecidos’ em conjunto para construir uma ótica de como ocorre a mudança.

Ainda dentro desta temática, Timulak (2008), numa meta-análise qualitativa identificou 9 núcleo categorias: *contacto pessoal; soluções comportamentais sobre problema/mudança; experiências de exploração de sentimentos/emoções; ‘empowerment’; alívio; sentimento de incompreensão; envolvimento do cliente, suporte/segurança e consciência/insight/auto-compreensão*.

Mais tarde, Timulak (2010) notou que os eventos significativos podem ser complexos e incluir elementos dificultadores (‘hindering’) no processo e que existe uma diferença entre o que o paciente e o terapeuta tiram da terapia: o cliente foca-se em fatores relacionais e emocionais, enquanto o terapeuta se foca nas variáveis cognitivas que compõem um evento. A segunda categoria, *processos úteis e impeditivos* (‘helpful and hindering processes’), tende a convidar os clientes a refletirem de uma forma mais global sobre o que está a ocorrer, tanto no curso da terapia como durante um tempo específico, que pode ser tanto positivo como negativo. A terceira e última categoria, *‘teoria de mudança’*, convida o cliente a refletir sobre a sua teoria permitindo que perceba não só o que ajudou no processo como também quais os processos que poderão

facilitar, adicionando um elemento da sua própria filosofia aos processos de mudança específicos.

Olhar para o paciente permite uma melhor compreensão da psicoterapia e de como este capta a mudança. Isto acontece porque o processo terapêutico envolve a díade terapeuta/paciente onde o paciente contribui ativamente para o processo ao ser também considerado um gerador de mudança. Independentemente do aspeto de mudança a ser estudado, devem-se entender os fatores que levam a tal, sendo por isso explorados em seguida.

Por um lado, existem estudos que se debruçam na perceção do paciente com origem na psicopatologia (e.g. Poulsen, Lunn & Sandros, 2010). Por outro, estas perceções têm vindo a ser investigadas como um todo e com base em fatores facilitadores e dificultadores (Castonguay Boswell, Zack, Baker, Boutselis, Chiswick & Holtforth, 2010). Por último existem ainda estudos como os de Audet e Everall (2010), que estudam fatores específicos da terapia que são comuns a várias abordagens.

O interesse neste estudo será perceber quais variáveis da terapia os pacientes consideram como úteis e que papel desempenham no processo terapêutico. No seguimento desta linha, Hill et. al (2011) investigam possíveis fatores de mudança entre eles; a *aliança terapêutica*, - com grande ênfase na investigação mundial por ser um preditor de sucesso-; a *vinculação do paciente ao terapeuta*; *padrões internos*; *comportamentos do terapeuta durante eventos imediatos*- isto é, episódios que ocorrem na terapia onde o terapeuta e paciente debatem a sua relação (visto que existe evidência de que dialogar/processar sobre a relação pode levar a melhorias na mesma) -, e por último as *mudanças dentro e fora das sessões*.

Orlinsky e Howard (1975) acrescentam que os pacientes consideram como experiências úteis em terapia fatores que envolvam: *mútua colaboração*; *ver o terapeuta como alguém emocionalmente presente*; *sentimento de autonomia e introspeção e exploração de relações significativas de uma forma orientada para o problema*. Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, e Sack (1985) descobriram que tanto pacientes em terapia dinâmica experiencial como em terapia cognitiva, viam a introspeção consigo e com os outros como particularmente útil em terapia. Heatherington, Constantino, Friedlander, Angus e Messer (2012) mostram que, com abordagens específicas de tratamento, os pacientes que estavam a receber terapia dinâmica experiencial viam o envolvimento

com o terapeuta como útil, ao contrário dos pacientes que estavam a receber terapia cognitiva, que viam o reconforto como um fator útil em terapia.

Os fatores mais comuns encontrados na literatura mundial e na perspectiva do paciente envolvem o auto-conhecimento e insight, aconselhamento do terapeuta, responsabilidade, conforto, alívio e o facto de se sentir compreendido. Mais especificamente, Greenberg, Elliott, e Lietaer (1994) encontraram 14 fatores úteis em terapia, que organizaram em 4 categorias: *ambiente relacional positivo* (como por exemplo empatia); *trabalho terapêutico do cliente* (como por exemplo auto-revelação); *facilitação por parte do terapeuta do trabalho do paciente* (como por exemplo feedback); e *mudanças no cliente* (como por exemplo sentimentos positivos).

Hill et. al (2012) acrescentam (para além dos fatores enunciados anteriormente) que: o paciente deve estar motivado para a mudança; pré-disposto para enfrentar situações difíceis; deve estar disposto a correr riscos para ultrapassar evitamentos ou ambivalências; deve estar ativamente empenhado na interação terapêutica; deve estar atento à sua própria reação assim como às reações do terapeuta, e deve ter vontade de aprender e praticar o que aprendeu.

Apesar da investigação ter encontrado estes conjuntos de fatores e demonstrar evidência do que os pacientes consideram útil de uma forma geral em terapia, Heatherington et. al., (2012) demonstram que estes não explicam necessariamente a natureza psicológica da mudança no paciente, nem tão pouco do que percebem como experiências corretivas em psicoterapia, fazendo sentido explorar este último adiante, a título de exemplo de como se pode tentar captar melhor a natureza psicológica ou a fenomenologia da mudança tal como vivida no paciente, pelo paciente.

3.3 Investigação sobre estratégias gerais na perspectiva do paciente: o caso das Experiências Corretivas

Parece existir evidência a favor da eficácia entre as várias abordagens terapêuticas e no caso da presente investigação, da perspectiva do paciente sobre processos de mudança. Assim, dentro dos princípios de mudança que constam na literatura mundial, parece-me importante referir que além dos fatores comuns de natureza interpessoal falados anteriormente, existem fatores comuns de natureza mais

técnica como por exemplo, as estratégias de intervenção. Golfried (1980) defende as seguintes estratégias: o *papel das expectativas positivas*; a *motivação do cliente*; a *presença de uma aliança terapêutica adequada*; o *aumento da consciencialização do cliente*, e as *experiências corretivas*, como sendo partilhadas pela maioria das abordagens teóricas. Aliás, as sete categorias de estratégias gerais, correspondentes às fases sequenciais de mudança terapêutica do Meta-Modelo de Complementariedade Paradigmática, foram em parte inspiradas nesta proposta de Goldfried, no que ao nível intermédio de abstração diz respeito, sendo elas: *Confiança, motivação e estruturação da relação*; *Aumento da consciência da experiência e do Self*; *Construção de novos significados relativos à experiência e ao Self*; *Regulação da responsabilidade*; *Implementação de ações reparadoras*; *Consolidação da mudança*; e *Antecipação do futuro e prevenção da recaída* (Vasco, 2006).

Curiosamente, Castonguay e Hill (2012) defendem que ao examinar fatores comuns ou princípios gerais entre uma diversidade de abordagens/orientações teóricas, pode contribuir para entender os mecanismos de mudança em psicoterapia, ideia essa defendida anteriormente também por Conceição (2010).

Vejamos por exemplo então o caso de uma estratégia, as *experiências corretivas* que podem ser consideradas como um fator comum curativo entre diversas abordagens psicoterapêuticas, e ocupam um papel central no processo de mudança terapêutico. Estas são experiências onde o indivíduo entende ou experiencia afetivamente os eventos (emocionais, relacionais, comportamentais e cognitivos) ou uma relação (neste caso com o terapeuta) de uma forma diferente e inesperada. Esta definição enfatiza que tais eventos não são eventos típicos em terapia mas sim, eventos surpreendentes de experiências passadas que usualmente têm um efeito profundo no indivíduo (Castonguay & Hill, 2012). Para um melhor entendimento da natureza das experiências corretivas no curso da terapia, é necessário, segundo Golfried (2012), compreender que os terapeutas (de várias orientações teóricas) geralmente concordam com o facto de a necessidade de procurar ajuda por parte do paciente tem como base os padrões (cognitivos-emocionais-comportamentais) enraizados no paciente e na forma como lida com os vários eventos e com o mundo. Independentemente da orientação do terapeuta, é importante que o paciente entre em terapia com expectativas positivas de que o tratamento irá ajudar e, pelo menos, tenha a mínima motivação para a mudança. Quando

as expectativas positivas e a motivação não são tão elevadas por parte do paciente, o terapeuta deve intervir de modo a aumentar os pré-requisitos para a mudança pois os pacientes têm usualmente uma percepção e esquemas negativos de si próprios que frequentemente não estão corretos, existindo uma discrepância entre como se vêem (como por exemplo baseado num esquema) e como funcionam no momento (como por exemplo baseado na realidade). Para a mudança terapêutica se manter no decorrer do tempo, a eficácia das expectativas positivas e de um (auto) esquema mais positivo são objetivos primordiais.

Knox, Hess, Hill, Burkand e Crook-Lyon (2012) defendem que ao estudar um evento específico em sessão, pode-se entender melhor os mecanismos de mudança que envolvem as experiências corretivas. Num estudo conduzido, foram encontrados resultados interessantes sobre como os participantes descreviam as experiências corretivas como clientes em terapia. Os participantes reportaram que a terapia na qual as experiências relacionais ocorriam existiam resultados positivos como por exemplo, descreveram que aprenderam bastante sobre si próprios enquanto outros participantes explicam que a terapia lhes deu confiança para falar sobre tópicos difíceis que anteriormente não conseguiam. Outros resultados sugeriram que os clientes mantinham relações positivas com os terapeutas sendo que vários reportaram sentir-se seguros chegando a afirmar que a relação terapêutica era “boa e forte”. Por outro lado, alguns participantes explicaram dificuldades na relação como frustrações devido a fatores incomodativos que o terapeuta havia feito em sessão, enquanto outro paciente descreveu ruptura quando um terapeuta mudou de um estilo interpessoal para uma abordagem diretiva e de dessensibilização sistemática no decorrer da segunda parte da terapia, afirmando que a honestidade e empatia que estiveram presentes na primeira parte da terapia haviam desaparecido.

Knox et. all (2012) estudaram os mecanismos específicos dos eventos em terapia agrupando-os em três categorias gerais. A primeira inclui eventos que envolviam a resolução da ruptura da aliança entre terapeuta e cliente. A segunda engloba eventos em que os terapeutas ‘salvavam’ os clientes que se sentiam em distress psicológico. O terceiro tipo de eventos envolvia o conforto que o terapeuta oferecia às preocupações do cliente. Este estudo reportou ainda consequências das experiências corretivas relacionais como: o facto de o paciente sentir mudanças positivas intrapessoais (sentir-se mais seguro, tomar melhor conta de si, confiar mais nas próprias emoções e desenvolver uma

melhor auto-aceitação); o facto de terem uma relação significativa e profunda com o terapeuta; o facto de olharem para o terapeuta de uma nova forma; o facto de perceberem mudanças positivas com os outros; o facto de conseguirem refletir melhor sobre as suas experiências e o facto de conseguirem perceberem mudanças positivas sobre a terapia.

Para além das experiências corretivas e da sua importância na mudança em terapia, é introduzido na literatura o termo *experiências relacionais corretivas*. Knox et. al. (2012) dão-lhes esta ênfase pois estas são baseadas no pressuposto de que a relação terapêutica (com um papel crucial na transformação do cliente e na melhoria do seu funcionamento) serve como a essência destas experiências. Os clientes devem encontrar respostas curativas nas suas vidas fora das sessões terapêuticas e podem adotar gradualmente padrões relacionais ao olhar para outras interações.

À medida que se conhecem estes conjuntos de fatores que contribuem para a mudança do paciente de forma mais aprofundada, cresce a necessidade de os investigar com mais afinco. Daí a relevância de tentar operacionalizar os processos e mecanismos de mudança processados e/ou adquiridos pelo paciente dentro e fora das sessões. Este trabalho pode ser feito no contexto de psicoterapia tal como aplicada no mundo real, ou no contexto de um modelo ou abordagem terapêutica, integrativa ou não. O presente estudo escolhe fazê-lo no contexto de um modelo terapêutico integrativo, que será revisto de seguida.

4. Modelo AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy)

Fosha (2001) explica que um modelo de terapia necessita, na sua essência, ser um modelo de mudança. Entre as diversas disciplinas existentes no modelo encontram-se: teoria da vinculação; neurociência afetiva; teoria das emoções; estudos desenvolvimentistas de interações diádicas; estudos sobre trauma; tratamentos focados no corpo; terapias experienciais; terapias integrativas existenciais; terapias dinâmicas breves; estudos transformacionais; terapias focadas nas emoções e vinculação.

Como o modelo AEDP é relativamente recente na história, faz sentido fazer uma descrição mais detalhada e pormenorizada do mesmo. A chave do modelo passa por fomentar uma relação de vinculação reguladora entre o paciente e o terapeuta (Fosha &

Yeung, 2006). Tudo o que esteja no caminho do paciente que o faça sentir-se incapaz de beneficiar do processo, torna-se foco de intervenção do modelo AEDP, pois os terapeutas que trabalham de acordo com este modelo utilizam as suas próprias emoções como um pilar central no tratamento de dificuldades na regulação afetiva dos pacientes (Fosha, 2001). Este modelo promove a sintonia com os pacientes e procura ajudá-los a processar várias formas de afetos ('core affects') através de diversas experiências e reflexão sobre as mesmas, o que conduz a uma série de transformações por etapas.

4.1. Vinculação

O sistema de vinculação é um conceito fundamental pois explica uma conexão entre modelos etiológicos do desenvolvimento humano e teorias modernas de regulação emocional e personalidade.

De acordo com Prenn (2011), todos os terapeutas necessitam aprender quais são as palavras mais fortes e as intervenções mais úteis que ajudem a criar uma vinculação segura com o paciente. As interações com o terapeuta ajudam a criar uma experiência emocional mais ajustada, assim como ajudam a que o paciente crie uma vinculação que facilite a mudança intra-psíquica. Com uma vinculação segura entre terapeuta e paciente, pode entender-se a qualidade da relação ou a aliança terapêutica como um dos fatores mais estudados, por ser um dos maiores preditores de sucesso na terapia, demonstrado em estudos (e.g. Audlet & Everall, 2010). Prenn (2011) fala do terapeuta como uma figura de vinculação isto é, como uma figura sábia, forte e corajosa que se envolve emocionalmente e é afetivamente competente e confiante, sendo que expressa afeto e revela histórias pessoais (auto-partilhas) ao serviço do paciente. Um paciente que estabeleça com o seu terapeuta uma vinculação segura, vai ter maior facilidade em falar sobre o que se sucede na relação, ou seja, uma boa vinculação pode ser traduzida num pré-requisito crucial que permite uma melhor comunicação emocional, facilitando uma terapia com maior confiança.

Psicoterapia e vinculação privilegiam a capacidade de ajudar os pacientes a acederem, explorarem e descreverem as suas experiências, combinando distintamente os seus aspetos emocionais e intelectuais e diminuindo a necessidade de excluírem ou

restringirem a visão de si e dos outros a um ponto de vista puramente emocional ou racional. Tendo em conta que uma vinculação segura promove resiliência emocional, esta otimiza a capacidade de intensificar experiências sem recorrer a exclusões defensivas, ou seja, que consiga estabelecer experiências afetivas de qualidade. Em díades de vinculação seguras, a rutura motiva reparação e as emoções negativas metabolizam-se rapidamente, mantendo ao mesmo tempo uma conexão relacional (Fosha & Yeung, 2006). Estas interações internalizam-se à medida que o paciente adquire a capacidade para lidar com o que sente enquanto se relaciona (Fosha, 2000b, 2001).

Como uma boa mãe, qualquer terapeuta AEDP privilegia o positivo e metaboliza os efeitos negativos rapidamente. A permissão para auto-revelações sobre emoções e reações que o terapeuta desenvolve para com o paciente, permite com que esta interação flua. A importância desta base de vinculação segura passa pelo facto de servir para o paciente como uma experiência corretiva, na qual percepções ou pensamentos antigos possam ser desprendidos e novos sejam internalizados. Segundo Fosha (2001), é esperado que os terapeutas, cuja função é voluntariamente positiva, acolhedora, afirmativa e encorajadora para com o paciente, utilizem o máximo de tempo assim como de afetos positivos, para restaurar na imediaticidade, a capacidade do paciente de experienciar novos afetos e experiências positivas. Ao trabalhar com adultos, está-se a trabalhar com mais do que uma figura de vinculação internalizada no paciente que frequentemente tem figuras de vinculação primárias na sua vida como marido, mulher, pais, filhos e até amigos próximos. A função do terapeuta AEDP não é ser uma figura de vinculação primária para todos os pacientes, porém, no momento, na nova experiência em sessão, o paciente poderá olhar para o terapeuta à procura de ajuda para experienciar afetos que lhe eram previamente. De acordo com Fosha (2000b; 2005), o terapeuta será o verdadeiro outro ('true other'), uma figura de vinculação no aqui e no agora que nada tem a ver com idealizações, mas sim com resposta a necessidades imediatas do paciente.

4.2. Meta-Processamento

É considerado a segunda parte mais integrante de qualquer processo de auto-revelação. Segundo Prenz (2011) o meta-processamento baseia-se em explorar a

experiência do paciente sobre a intervenção. Alterar flutuações de sentimentos e refletir sobre os mesmos, expande o repertório emocional e afetivo do paciente, promovendo uma função reflexiva. De acordo com a mesma autora, estar-se-á a modelar que a díade estará em constante fluxo e mudança, sendo que se pode falar sobre as experiências e pode-se inquirir sobre o significado das mesmas em conjunto. Meta-processar no final da sessão ou no final de um trabalho com maior carga emocional, ou até no final de um tratamento de sucesso, tem grande ênfase a nível relacional pois ajuda o paciente a refletir sobre a mudança e sobre a experiência de ter sido ajudado fazendo ressaltar o sucesso da relação terapêutica (Prenn, 2011). Nas palavras de Fosha (2000) o processamento auxilia uma transferência do que foi aprendido em terapia, para experiências fora da terapia pois estas experiências transformaram-se em algo sobre o qual o paciente sabe refletir. A essência do meta-processamento tem de raiz um processamento experiencial entre a relação terapeuta-paciente com o intuito de dar aos pacientes a oportunidade de aprenderem a natureza das experiências que lhes foram úteis e ajudaram no processo. Permite comunicar sobre a mudança e sobre como foi útil e significativa a experiência do paciente. O simples facto de saber que foi ajudado e saber que foi capaz de melhorar, contribui para a confiança e aumenta a vinculação do paciente com o terapeuta. Os objetivos que se requerem para o paciente são que este consiga nomear e reconhecer a experiência em terapia, para que consiga facilitar o processo terapêutico.

4.3. O Poder das Emoções Positivas

As emoções são importantes reguladores e organizadores de um processo adaptativo, operando na psique, Self, no indivíduo, no ambiente que o envolve, no seu corpo cérebro e cultura. As emoções motivam ações e respostas no indivíduo e nos outros, sendo que a sua expressão torna-se uma função crucial de comunicação, ao mesmo tempo que podem ser úteis para ultrapassar certos evitamentos ou inibições emocionais (Greenberg, 2012).

Segundo este modelo, um dos objetivos do papel das emoções positivas, é mostrar o processo completo isto é, momento-a-momento, para que se entenda que as emoções são um mecanismo de transformação poderoso. Outro objetivo é entender

como as emoções positivas são marcadores sensíveis de afetividade deste processo transformacional. Momento a momento, desde o início da terapia até ao final, a construção do processo de regulação afetiva promove vinculação e acesso experiencial da emoção. Para que o poder da emoção seja transformador, a emoção deve ser experienciada, regulada e trabalhada até estar preenchida. É curioso verificar que Jones e Pulos (1993) encontraram uma relação entre emoções e resultado ('outcome'). Os investigadores identificaram estratégias de ativação de emoções assim como descobriram que ter consciência dos sentimentos que estão a causar os problemas, estava correlacionado positivamente com o resultado final da terapia, tanto dinâmica como cognitivo comportamental. Mergenthaler (1996), evidencia que terapias psicodinâmicas mais eficazes conseguem verbalizar de melhor forma as emoções, o uso de palavras focadas na emoção por parte do terapeuta, e uma maior ativação e reflexão emocional por parte do cliente. De acordo com Greenberg e Safran (1987), para uma mudança máxima em terapia, a ativação e expressão emocional parecem beneficiar da reflexão sobre as emoções sendo que o processamento emocional ideal envolve a ativação das emoções assim como o processamento cognitivo da emoção que foi ativada. A mudança emocional ocorre em seis distintos processos: *consciencialização; expressão; regulação; reflexão; mudanças de emoção para emoção e experiências emocionais corretivas* (Greenberg, 2012). Tanto nas palavras de Greenberg (2012) como nas de Fosha (2006), os processos de mudança emocionais ocorrem de forma satisfatória no contexto de uma relação empática e segura, facilitando uma condução de processo terapêutico satisfatória, tanto para o terapeuta como para o paciente.

Até à data contudo, não parecem existir muitas investigações na literatura mundial sobre as perspetivas dos pacientes de acordo com este modelo. As poucas investigações encontradas passam, para além dos estudos conduzidos pela criadora do modelo, por investigações como as de Piliero (2004), que tenta perceber a perspetiva dos pacientes, assim como os seus sentimentos e reações em terapia focada nas emoções, ou Schoettle (2009) e Silva (2012), que tentam, por outro lado, examinar à luz do modelo AEDP, as experiências dos terapeutas dentro do processo psicoterapêutico.

A relevância da presente investigação passa desta forma, pela falta de investigações efetuadas de acordo com este modelo. Espera-se contribuir para a expansão do modelo AEDP, assim como para as investigações de acordo com o mesmo.

Metodologia

O objetivo deste trabalho assenta na perspetiva do paciente sobre processos de mudança que ocorrem dentro da sessão e mecanismos de mudança que ocorrem fora das sessões de terapia. A investigação destes processos inclui as experiências que os pacientes sentem ao longo do processo terapêutico que possa estar a decorrer ainda. A compreensão de como sentem e de que forma ocorrem as alterações, será o foco desta investigação, assegurando as características únicas dos pacientes e procurando saber como é que percebem e contribuem para estas mudanças, ao mesmo tempo que se pretende saber quais as dificuldades que sentiram ou tiveram de enfrentar no decorrer do processo, até alcançarem mudança. Esta pesquisa é feita no âmbito de um modelo integrativo nomeadamente AEDP, e constitui um estudo preliminar de um projeto de investigação internacional mais alargado, desenvolvido por Nuno Conceição e Shigeru Wakabe, que contará com uma base de dados maior e que permitirá realizar futuras investigações. O facto de este modelo ser relativamente jovem na história da psicoterapia, é particularmente interessante para investigar os objetivos propostos. Foi construído um guião com perguntas semi-estruturadas, desenvolvido por Nuno Conceição numa plataforma online, utilizando metodologia qualitativa para a análise descritiva dos dados. O guião integra contributos de importantes investigadores de psicoterapia, como Robert Elliot, Lynn Angus e Thomas Mackrill.

Tanto a investigação qualitativa como quantitativa, estão interessadas em responder à questão “o que facilita a relação terapêutica?”. A investigação qualitativa procura responder a esta questão ao tentar estabelecer validade de predições ou afirmações se-então, enquanto que, as investigações quantitativas pretendem descrever ações a que os indivíduos se comprometem, à luz do significado das estruturas que lhes estão disponíveis (McLeod, 2012). Pela metodologia qualitativa pode-se ouvir a voz do cliente (ou terapeuta), e entender o significado dos diversos aspetos da terapia (McLeod, 2012), extraindo o conteúdo relevante para o tema em causa. O investigador irá tentar desenvolver compreensões dos fenómenos em causa, baseado-se na perspetiva dos sujeitos que estão a ser estudados (Elliot, Fisher, & Rennie, 1999).

Assim como questões de investigação interessa fazer um primeiro esboço de quais os processos de mudança que ocorrem dentro da sessão e quais os mecanismos de

mudança que ocorrem fora das sessões de terapia, na perspectiva e voz (escrita) do paciente de psicoterapia AEDP.

1. Caracterização dos Participantes e Procedimento

Para atingir os objetivos desta investigação, a análise será feita através de um guião semi-estruturado construído especificamente para o estudo (consultar anexo 1) numa plataforma online. Um dos pré-requisitos seria que os pacientes, provenientes América do Norte, estivessem atualmente em terapia, com um terapeuta que siga os princípios do modelo AEDP na sua prática, e que tivessem tido mais de 4 sessões.

Após terem lido o consentimento informado que foi disponibilizado (consultar anexo 3), os participantes tiveram a oportunidade de responder a 7 questões demográficas como sexo, idade, nível de escolaridade e tempo na terapia. O tempo de participação variava dependendo do seu estilo de comunicação e da quantidade de informação que desejavam partilhar, podendo sempre que tivessem vontade, voltar a responder ao questionário até o terminar, através do link disponibilizado. O guião está dividido em 7 questões, traduzidas para inglês devido à nacionalidade dos participantes (Consultar anexo 2). Estas estão divididas em duas partes, sendo que a primeira apresenta duas relacionadas com as sessões mais recentes de terapia. Idealmente estas questões seriam preenchidas pouco depois da sessão, para que a memória do participante lhe permitisse ser mais específico(a). A segunda parte é constituída pelas cinco restantes questões, que se focam em aspetos gerais das sessões até ao momento.

A primeira questão a ser explorada está relacionada com as sessões mais recentes e os momentos específicos ou eventos da experiência em sessão. Pretende-se saber em relação ao paciente, o que foi significativo para si dentro das sessões terapêuticas, de que forma notou que algo estava diferente, como sentiu essa mudança e o que permitiu que esta ocorresse. A segunda questão procura entender de que forma é que nas sessões mais recentes, o paciente achou que o terapeuta estivesse a facilitar a sua mudança. Pretende-se entender o que foi significativo em relação ao seu terapeuta, e como foi para o paciente receber esta ajuda, da mesma forma que se tenta explorar se existiu algo por parte do terapeuta que possa ter dificultado o processo de mudança. A

terceira questão pede para que o paciente descreva aspetos gerais da experiência que teve assim como os elementos mais notórios do que faz ou do que experiencia nas sessões. A quarta questão explora aspetos gerais em sessão do paciente, e do que este acha que o terapeuta faz. Quer entender-se como foi a experiência em relação ao seu terapeuta assim como possíveis obstáculos que estivessem a impedir o processo de mudança. A quinta questão cinge-se às micro-mudanças do paciente analisando exemplos dados pelos participantes, de coisas específicas e/ou novas que tenham aprendido e tenham conseguido fazer de forma diferente no seu quotidiano, de forma a compreender como foi percebido o processo de mudança: o que pensa/sente/faz de forma diferente e como nota estas mudanças comparado com anteriormente. A sexta questão quer analisar mudanças maiores ou macro-mudanças fora da sessão, e como este se sente diferente desde o início da terapia. Por fim, a última questão pretende explorar de que forma a terapia influenciou e vice-versa, tentando compreender de uma forma mais específica, como é que o participante relaciona o que acontece dentro das sessões de terapia com o que experiencia fora delas, no seu quotidiano. No final do questionário, foram elaboradas algumas perguntas extra, de forma a compreender como foi para o participante responder às questões propostas, quais os problemas ou sintomas que o levaram a procurar esta terapia, e qual o grau de motivação ao responder ao questionário.

O material recolhido foi trabalhado cuidadosamente de forma a manter o anonimato dos pacientes, e a sua participação não foi revelada ao respetivo terapeuta. Ao longo do processo foi seguido estritamente o código de ética da Associação Americana Psicológica (APA). Os sujeitos no estudo foram convidados a participar através de uma lista de e-mails dos terapeutas que trabalham de acordo com os princípios do modelo AEDP na América do Norte. A amostra teve também foco em participantes provenientes do Brasil porém, devido à falta de dados, não mostrou ser suficiente válida para ser estudada apesar das traduções do guião e consentimento informado terem sido elaboradas (anexos 1 e 4). No total da amostra recolhida, obtiveram-se 10 participantes sendo 3 do sexo masculino e 7 do sexo feminino.

De forma a analisar o questionário foi utilizada a Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). Esta foi escolhida por conseguir identificar as perspetivas dos intervenientes num tópico de pesquisa, processo de investigação ou fenómeno de

interesse, dentro do contexto local. A partir desta perspectiva pretende-se chegar a esquemas exploratórios que sejam relevantes, isto é, considerados como problemas reais (Henwood & Pidgeon, 1992). Este método é um processo interpretativo que tem como objetivo primordial analisar experiências subjetivas dos participantes. Pretende que se criem teorias, que envolvam a compreensão e exploração do significado de textos (ou excertos) sendo o resultado final dessa análise a percepção dos indivíduos sobre os textos que escreveram (Pascual-Leone, Wolfe & O'Connor, 2012).

Quadro 1. Dados demográficos dos participantes

N = 10	Participantes
Idade	
M	42.3
DP	11.54
Mínima	27.0
Máxima	58.0
Sexo	
Masculino	30.0%
Feminino	70.0%
Escolaridade	
Escola primária	0.0%
Liceu	0.0%
Faculdade	40.0%
Pós-Graduação	60.0%
Número de sessões (aprox.)	
Mais de 4 sessões menos de 3 meses	10.0%
Entre 3 e 6 meses	10.0%
Entre 6 meses e 1 ano	20.0%
Entre 1 e 3 anos	30.0%
Entre 3 e 5 anos	30.0%
Mais de 5 anos	0.0%

2. Procedimento da Análise de Dados

A importância do questionário está relacionada com a necessidade de promover a reflexão e exploração sobre os conteúdos pretendidos para o estudo.

Primeiramente, foi feita uma leitura inicial de todas as respostas registadas nos documentos, para posteriormente serem analisados. Depois foi feita a sua distribuição por categorias homogéneas, por uma aluna do Mestrado Integrado em Psicologia, uma das investigadoras do estudo. O esquema das categorias foi emergindo de acordo com as unidades de significado, sendo estas bastante explicativas principalmente nas categorias mais relevantes para o estudo. Para alcançar a validade desejada, os dados devem idealmente ser analisados no mínimo por dois investigadores. Um deles, o orientador da presente dissertação com experiência de investigação há mais de 10 anos e a segunda, a principal investigadora na investigação.

Após analisar as categorias já existentes, foi feita uma segunda ronda nos respetivos excertos, de forma a conseguir organizar de melhor forma os dados. Deste modo, os documentos das entrevistas foram relidos e revistos para que excertos que faltassem fossem encaixados nas categorias e subcategorias específicas. Segundo a Grounded Theory, é necessário repetir este procedimento até que se chegue a uma saturação teórica, isto é, quando não é possível inserir ou criar mais subcategorias dos excertos. Existe a possibilidade de fazer notas (memos) para explicar as relações entre as categorias ou subcategorias criadas. As que têm poucas unidades de significado são postas de parte ou, se possível, colocadas noutras categorias que façam mais sentido. Pascual-Leone, Wolfe e O'Connor (2012) explicam que a criação de uma hierarquia temática pode ser utilizada para obter uma teoria descritiva.

Neste estudo foi feita uma primeira análise dos dados, que ficou organizada em categorias gerais. Estas foram divididas em duas categorias: uma primeira, *processos de mudança em sessão do paciente e do terapeuta que ocorreram em sessão* ('in-session') e um segundo, que se debruça sobre *mecanismos de mudança, que inclui pequenas e grandes mudanças que ocorreram fora das sessões de terapia* ('out-session').

Na segunda fase foram encontradas subcategorias específicas dentro de cada hemisfério cuidadosamente trabalhadas e analisadas.

Os documentos foram lidos uma terceira vez para procurar informação que estivesse em falta, ou que necessitasse ser acrescentada às categorias ou novas subcategorias que tivessem surgido, ao mesmo tempo que se tentou combinar dados já existentes. Foram sendo apagadas as que já não faziam sentido ou estavam a mais, isolando-as das restantes, e foram combinados excertos e categorias que faziam mais sentido juntos.

A última questão do guião não foi apresentada nem categorizada, pois não ia de encontro às questões centrais que se pretendem neste estudo.

Dentro da categoria de processos de mudança, relativamente ao paciente dentro a sessão, chegou-se a um total de 32 subcategorias apresentadas no quadro seguinte, de acordo com o total de respostas de cada participante.

Quadro 2. Subcategorias dos Processos de Mudança do paciente em sessão com total de respostas

Processos de Mudança do Paciente em Sessão

- Oferecer/receber novas perspectivas de insight (6)
 - Sentir-se cuidado e seguro para partilhar (6)
 - Pontes entre passado e presente (5)
 - Identificar e processar as conquistas (5)
 - Criar espaço interno para processar emoções (4)
 - Partilhar a experiência imediata (emergente) (3)
 - Aceder a sentimentos e emoções (3)
 - Assentar e explorar o problema (3)
 - Permanecer presente (3)
 - Oferecer soluções/novas ações reparadoras (2)
 - Focar no momento (2)
 - Reconhecer dificuldades/obstáculos em conquistar mudanças desejadas (2)
 - Aumento da consciência (2)
 - Encorpar a experiência (2)
 - Imaginar ou ensaiar experiências (2)
 - Validação, Empatia e Genuinidade (2)
 - Efeitos da sessão (2)
 - Partilhar a experiência que tem do paciente (1)
 - Clarificar a compreensão que tem do paciente (1)
 - Integrar e Identificar partes do self (1)
 - Percepção de Padrões de Funcionamento (1)
 - Reconhecer bloqueios ou obstáculos ao processamento experiencial (1)
 - Ver-se espelhado nas palavras ou expressões do terapeuta (1)
 - Eficácia Interpessoal (1)
 - Abrandar o ritmo do paciente (1)
 - Relevância de diferentes conteúdos (1)
 - Delícia de ser notado pelo terapeuta (1)
 - Focar no positivo (1)
 - Regulação emocional (1)
 - Aspectos em falta identificados pelo paciente (1)
 - Falar do que emerge ou do que inquieta (1)
 - Investir tempo a decidir sobre o que falar (1)
-

Ainda dentro desta, porém relativamente aos processos e operações de mudança do terapeuta, chegou-se a um total de 20 subcategorias, apresentadas no quadro seguinte, com o total de respostas de cada participante.

Quadro 3. Subcategorias dos Processos e Operações de Mudança do Terapeuta em sessão com total de respostas

Processos/Operações do Terapeuta

- Permanecer presente (4)
- Oferecer/receber nova perspectiva (4)
- Foco na experiência corporal (3)
- Ambiente relacional positivo (3)
- Desvendar/integrar o passado e o futuro (3)
- Atender sem julgar (3)
- Suporte e carinho na relação terapêutica (2)
- Oferecer soluções/novas ações reparadoras (2)
- Foco no sucesso, crescimento ou conquista (2)
- Auto-revelação do terapeuta (2)
- Louvar o paciente quanto este não consegue (1)
- Curar partes do self com confiança, empatia e compaixão (1)
- Facilidade em estabelecer comunicação (1)
- Encorajar uma visão positiva sem a interferência do passado (1)
- Abrandar o ritmo do paciente (1)
- Formular ligações com o que o modelo oferece (1)
- Expressar sentimentos agradáveis em relação ao paciente (1)
- Aspectos em falta identificados pelo paciente (1)
- Naturalizar a experiência do paciente (1)
- Reconhecer e corrigir erros de ação (não) terapêutica (1)

Numa outra categoria, que respeita os mecanismos pequenos ou micro de mudança adquiridos pelo paciente, chegou-se a um total de 15 subcategorias, apresentadas no quadro seguinte de acordo com o total de respostas dos participantes.

Quadro 4. Subcategorias dos Mecanismos de Mudança pequenos do paciente fora das sessões com total de respostas

Pequenas (micro) Mudanças fora da Sessão

- Facilitar o insight de acordo com as mudanças conquistadas (4)
 - Mais Afirmativo (2)
 - Interromper processo auto-crítico (2)
 - Capacidade de compreender e gerir as mudanças (2)
 - Confiar no outro (2)
 - Eficácia Interpessoal (2)
 - Permanecer positivo (1)
 - Mais Confiante (1)
 - Tolerância ao desconforto (1)
 - Consciência das capacidades/qualidades (1)
 - Consciência dos sentimentos (1)
 - Consciência de Bloqueios internos na experiência (1)
 - Aprender a ter compaixão e ser menos duro consigo (1)
 - Abrandar (1)
 - Questionar a origem do sentimento (1)
-

Numa outra categoria, que respeita aos mecanismos adquiridos pelo paciente nas grandes ou macro mudanças, chegou-se a um total de 13 subcategorias, apresentadas no quadro seguinte de acordo com o total de respostas dos participantes.

Quadro 5. Subcategorias dos Mecanismos de Mudança Grandes do paciente fora das sessões com total de respostas

Grandes (macro) Mudanças fora da Sessão

- Consciência temporal do trabalho terapêutico enquanto processo (3)
- Terapia como ajudante no processo (2)
- Sentir-se mais equipado para lidar com dificuldades (2)
- Eficácia Interpessoal (2)
- Sentir mais confiança (2)
- Regulação Emocional (2)
- Aprender novas formas de funcionamento (1)
- Aprender sobre recursos (1)
- Consciência das qualidades/capacidades (1)
- Alterações, respostas e reacções (1)
- Exposição a novas formas de funcionamento (1)
- Aprender a abrandar (1)
- Permanecer presente (1)

Na seguinte secção irão ser explicadas e analisadas de forma mais detalhada as subcategorias mais significativas e relevantes dentro dos dois hemisférios (processos e mecanismos de mudança), com a apresentação de alguns excertos representativos retirados das entrevistas originais para uma perceção mais fidedigna dos resultados.

3. Análise dos Resultados

Processos de Mudança do Paciente em sessão

Dentro deste hemisfério, as subcategorias mais significativas são a *Oferecer/receber novas Perspetivas de Insight* e *Sentir-se Cuidado e Seguro para Partilhar*, que obtiveram 6 em 10 respostas do total dos participantes. Oferecer/Receber novas Perspetivas de Insight, mostra que os participantes apreciam e consideram que interiorizar novas perspetivas relativamente às suas problemáticas é um facto importante em terapia que leva a processos de mudança feitos em sessão. Para um entendimento mais fidedigno do conteúdo desta subcategoria, os excertos seguintes pretendem ajudar a exemplificar: *“They are reminders how I've grown and how those old patterns do not run me anymore. This provides me with a different perspective of the situation which feels very calming to me.”* (p.6); *“My most recent session was significant for me because my therapist and I uncovered an incredibly important thing about myself. It mostly allowed me to see this in a more realistic way, which I think ultimately leads me to think differently about the issue and also get a more hollistic view of myself.”* (p.9)

Sentir-se Cuidado e Seguro para Partilhar pretende mostrar que ao estar num ambiente relacional positivo e seguro, o paciente terá mais facilidade em partilhar as suas experiências em sessão, como mostra o excerto seguinte: *“I noticed that I allowed some tears to come out in the last session because I felt safe with my therapist, and I noticed at that moment that I had “let down my guard” and allowed another person to share my feelings. The trust I had at that point allowed me to know that I would be completely safe.”* (p.7)

Identificar e Processar as Conquistas mostra 5 das respostas totais dos participantes, sendo por isso saliente no estudo. O paciente consegue explicar pela sua própria voz durante o processo terapêutico, exemplos específicos das conquistas que fez e processou em sessão, como pode ser lido nos excertos seguintes: *“During my last session with my therapist I just felt really validated on how far I've come working with her/him. We discussed that today and she/he was very happy to see these new changes occuring in my life. It felt good and very proud of myself for doing the hard work that has occured just this year. With her/him I've been able to overcome years of trauma and change the way I view my*

world. It's been quite remarkable. I experience this new sense of myself that is growing and opening up.” (p.6); “I am feeling a sense of exponential improvement.” (p.1)

Pontes entre Passado e Presente representa 5 respostas do total da amostra. Os participantes identificaram problemáticas à luz do passado e conseguiram trazê-las para o presente, sendo isto um processo de mudança identificado, demonstrado pelos excertos apresentados em seguida: *“I have learned too that bringing something that's a problem in my present life can take me back to anywhere else in my history and change it. That's fun. Both helped the grief of a past mistake release. It is such a wonderful feeling.”(p.5); “My last session was more of the same, but it feels real, unlike in the past, when I felt it was a strategy to cope and talk myself out of feeling bad about myself. I am finally beginning to feel like I have put my past in perspective and it is having less and less interference in my present” (p.1)*

É importante salientar que apesar de as outras subcategorias não estarem explicadas de forma mais detalhada no curso deste texto, foram cruciais para que o paciente acesse e detetasse os processos de mudança em sessão.

Processos/Operações do Terapeuta em sessão

Permanecer Presente captou, à luz do modelo AEDP, que 4 participantes consideravam esta subcategoria como um processo/operação relevante, na medida em que ajudava a experienciar emoções e sentimentos trazidos durante as sessões de terapia, como demonstrado nos seguintes excertos: *“She/he often says "let's be with this for a moment" "where in your body do you feel this", "what would you want to say/do now. These prompts allow me to go deeper into the experience and be with the sadness, hurt, disappointment.” (p.6); “I am continually struck by my therapist's honest willingness to be present with me during this process.” (p.7)*

Oferecer e receber nova perspectiva, tendo 4 respostas do total da amostra, descreve como é que o paciente percebe uma nova visão da sua problemática, ao mesmo tempo que descreve como se sente com essa nova aquisição ao longo do processo, exemplificada nos excertos apresentados adiante: *“She's/He's given me a completely different way of thinking and feeling about the world. Sometimes even the simplest suggestion of what to do in a situation is ground-breaking to me.” (p.2); “My therapist continually brings me around to different perspectives...when I'm too in my head, she brings me to my heart. When I'm focusing too much on detail, she zooms me out to the big picture. She's constantly 'herding' me (for lack of a better term) toward the place where I can see the most.” (p.8)*

Ainda dentro desta temática, existiram subcategorias que obtiveram 3 respostas totais da amostra e apesar de não demonstrar com excertos, descrevo de forma mais sintetizada, por serem consideradas imprescindíveis para a mudança nas palavras dos pacientes. O *foco na experiência corporal*, um dos pilares do modelo AEDP é importante pois através das operações do terapeuta, o paciente consegue destinar a sua experiência emocional para o corpo, ampliando a sua consciência por ter permanecido algum tempo nesse estado. Isto permitirá que o paciente tenha uma experiência mais profunda e consiga conectar as emoções às sensações corporais. O *Ambiente relacional Positivo*, bastante enfatizado na literatura mundial, pretende explicar que certas características do terapeuta, como por exemplo o facto de este ser carinhoso, querido e sensível fazem com que o paciente se sinta valorizado durante as sessões.

Mecanismos de Mudança

As pequenas alterações nas características do paciente fora das sessões de terapia fazem parte de outro foco primordial desta investigação. Espera-se que o paciente detecte mecanismos e leve consigo, para o seu quotidiano, estas pequenas e grandes mudanças, preservando-as após o término da terapia.

Neste sentido, as subcategorias mais salientes serão apresentadas de seguida, sendo importante explicar que dentro desta temática, poucos participantes responderam às questões na totalidade. Por essa razão, ao contrário do que aconteceu com os processos de mudança (tanto do paciente como do terapeuta), onde os resultados eram mais abrangentes e diversos, neste hemisfério existem poucos dados. No entanto os resultados não irão ser negligenciados pelos investigadores.

Pequenas Mudanças (Micro-Mudanças)

Facilitar o insight de acordo com as mudanças conquistadas revelou 4 das respostas totais. Procura-se entender de que forma é que o participante vê as mudanças na terapia, assim como as traduz no seu quotidiano a nível pessoal e interpessoal: *“I have been thinking about myself and my relationships in a different manner.” (p.9)*

Ser Mais Afirmativo, com um total de 2 respostas, é uma das pequenas conquistas que os participantes demonstraram ter detetado através da terapia, e conseguiram transportar para o quotidiano: *“I am speaking up for myself even when I know others need me, more than before. I've seen myself become more outspoken with people that hurt means I'm strong enough now to set limits.”* (p.5)

Na subcategoria Interromper Processo Auto-crítico, 2 em 10 dos participantes conseguiram parar de se culpar e verificar uma pequena mudança no seu dia-a-dia, sentindo-se melhor com as novas experiências, como ilustram os excertos: *“Normally, I would have just dived right in to self-hate about how different I feel, about how I don't fit in and that I should just leave teaching.”* (p.7); *“In the past I have been hyper-critical of myself over my perceived flaws and weaknesses. Recently my "default" inner voice has become much kinder and supportive.”* (p.1)

Confiar no Outro, mostra que os participantes ganharam a capacidade de conseguir estabelecer laços de confiança tanto dentro de si, como nas suas relações (incluindo a terapêutica), como veremos em seguida: *“I guess that makes me trust her/him when she/he does notice the good in me.”* (p.7); *“The security that I've created with my partner, my friendships (ect) has helped to deepen that sense of trust.”* (p.6)

Por Eficácia Interpessoal, pode-se entender a capacidade que o participante tem de construir e lidar melhor com as relações externas. Existe uma ampliação da consciência na medida em que “se antes fazia isto, agora não faço aquilo”. Como exemplo: *“I have actually seen large changes in the way I interact with others in my life as a result of my work in therapy.”* (p.9)

Capacidade de compreender e gerir as mudanças quer perceber de que forma o participante conseguiu compreender e gerir, no seu quotidiano, estas novas aprendizagens. Teve um total de 2 respostas, como veremos nos excertos: *“I experience this as exciting yet scary and look to my sessions as a way of grounding me and helping me manage my anxiety with these changes.”* (p.9); *“I've been working inwardly for a lot of years and never expected even these changes to happen so quickly.”* (p.5)

Grandes Mudanças (Macro-Mudanças)

Consciência temporal do trabalho terapêutico enquanto processo, é a subcategoria que mais variância tem. O participante sabe expressar-se e afirmar que o trabalho terapêutico está inacabado, como ainda existem mudanças que deseja

conquistar: *“My work is not done yet.”* (p.9); *“I still need to work on my anxiety about the future, but I feel through weekly sessions it will happen.”* (p.10); *“I know I still need a lot more time to sort things out, but I truly believe my life has changed for the better.”* (p.4)

Eficácia Interpessoal, permite ao participante expressar grandes mudanças que desejava e conquistou a nível interpessoal, para o seu quotidiano, através da ajuda terapêutica: *“Although I still have triggers I continuing to get out there and live. I have come far building a good foundation of friends, improved relationship with my partner (and becoming a mother 3 years ago!). I have been able to create the life I always dreamed of having. I've become better about dealing with things that suddenly come up in my day to day living b/c of this foundation. A very big change for me is that feeling loved does not have to include sex. That has been very significant in my relationship with my partner (I've been with for 14 years).”* (p.6)

Sentir mais confiança, exemplifica, entre outros mecanismos de mudança, conquistas ganhas e transportados para o quotidiano do participante, como veremos no excerto: *“The biggest changes I've seen in myself is being a lot less reactive, being able to communicate my current emotional state, feeling a little better about being alone and finding more trust in my close relationships.”* (p.6); *“If fact, the confidence I have gained has been a positive attribute in every aspect of my life.”* (p.4)

Regulação Emocional, pretende exemplificar os mecanismos de mudança que proporcionaram uma maior estabilidade emocional. Esta regulação permite que construa novas situações significativas após a terapia, de uma forma mais adaptativa, como se vê nos excertos: *“I've been starting a process on one endeavor and don't know if it will yield anything, but am feeling regulated enough in the moment of doing it to proceed without anxiety.”* (p.5); *“I feel like there is more room inside of me emotionally to get out there and do the things I've always wanted to do with my life.”* (p.6)

Sentir-se mais equipado para lidar com dificuldade explica 2 das respostas dos participantes. Esta procura explicar até que ponto o participante está apto para lidar com as novas grandes mudanças e que recursos utilizou para lidar com as dificuldades sentidas no curso do processo terapêutico: *“I'm better equipped to handle difficulties, but this is also because I know that I have a place each week to help through obstacles.”* (p.9); *Also knowing that the times I am feeling badly will pass. That is a big revelation for me. When I am down I remind myself "this too shall pass". Many times just a simple good nights sleep changes a lot.”* (p.6)

Terapia como ajudante no processo por último, mostra que os participantes sentiram que a existência do trabalho terapêutico ajudou nas diversas áreas das suas vidas. Ajuda a clarificar, na voz dos pacientes, o quão importante foi a terapia para a

conquista das grandes mudanças nas suas vidas. Esta subcategoria aponta para 2 respostas do total da amostra: *“Besides the issue with my son, I have a very stressful profession. I never thought about therapy helping my job, but it has! There is no doubt that the changes in my life are connected to my therapy. I never would have spoken out before about things I thought were wrong or needed changing.”* (p.4); *“A very big change is that feeling love doesn't have to include sex. That has been significant in my relationship with my partner. There are a lot of great qualities about me that are very worthy of love and my current relationships reflect that. The birth of my daughter (...) helped me to solidify that for me. It's such a relief to not carry that weight on myself. Huge.”* (p.6)

Conclusões e Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal averiguar os processos de mudança do paciente e terapeuta em sessão, assim como os mecanismos de mudança pequenos (micro) e grandes (macro), que o paciente consegue detetar e posteriormente, levar para fora das sessões de terapia, no seu quotidiano. Estes objetivos estão enraizados na literatura de investigação em psicoterapia, que prevê que o paciente é o principal gerador de mudança na relação terapêutica e as conquistas que adquire, são o melhor preditor de sucesso ao longo do processo (Lambert, 2004; Audlet & Everall, 2010).

A perspetiva recolhida foi a de clientes de psicoterapia informada pelo modelo AEDP (Fosha, 2000), que integra características únicas para a compreensão de como a mudança se desenvolve e evolui dentro da terapia. Tudo o que esteja no caminho do paciente que o faça sentir-se incapaz de beneficiar do processo, é um dos pilares do modelo, assim como a relação de vinculação reguladora entre paciente e terapeuta, num contexto terapêutico seguro (Fosha & Yeung, 2006).

Focámo-nos na identificação das principais categorias associadas à forma como estes lidam com a mudança, tanto a nível pessoal como interpessoal. Pretendeu-se por outro lado, ampliar o conhecimento sobre o modelo em questão, assim como sobre o que o paciente considera como relevante ou útil no seu processo. Para este efeito foi utilizada metodologia qualitativa para analisar as respostas dadas pelos 10 participantes.

Primeiramente, procurou-se compreender o que envolve o processo de mudança no paciente, tanto em questões específicas como gerais, das experiências que tem em sessão. Posteriormente, identificaram-se quais mecanismos, pequenos ou grandes, o paciente conseguiu levar para fora das sessões, isto é, para o seu quotidiano. Sabe-se que estes processos são comportamentos ou experiências diretas que ocorrem dos processos do terapeuta em sessão, e espera-se que levem a melhorias nos mecanismos fora das sessões (Doss, 2004). Conseguir caracterizar estas experiências através da perspetiva dos pacientes, permite entender o que acontece no processo, da mesma forma que enriquece o conhecimento por parte dos investigadores e clínicos.

Seguidamente, irei discutir os resultados mais salientes obtidos na amostra. O que mais impulsiona o paciente a mudar é o fato de poder oferecer e/ou receber novas perspectivas de insight. A maioria da variância aponta para esta subcategoria, que aparenta ser transversal a várias abordagens teóricas, o que nos mostra que os participantes consideram a introspeção relativamente às suas experiências problemáticas, como um fator importante a ser considerado (Orlinsky & Howard, 1975; Timulak, 2008). Ao mesmo tempo, dá a entender que a mudança, neste caso específico, ocorreu como resultado direto do processo de mudança do terapeuta (Doss, 2004). Outro resultado corroborado pela literatura referida anteriormente, e transversal a várias abordagens, é o fato de os pacientes se sentirem seguros e acarinhados pelo terapeuta (Timulak, 2008; Hill et. al., 2011). Presume-se que este resultado seja consequência direta de uma aliança terapêutica segura, através da qual o paciente consegue partilhar as suas experiências com o terapeuta (Hill et. al., 2011; Fosha, 2006), fazendo com que se sinta conseqüentemente, mais confiante para exprimir os seus sentimentos. Este resultado especificamente e outros, com menor variância, como focar no momento; abrandar o ritmo do paciente e focar no positivo, reportam-nos à essência do modelo AEDP (Fosha, 2000). Identificar e processar as conquistas, mostra ser um resultado novo nesta investigação. Entende-se que o paciente consegue explicar pela sua própria voz durante o processo terapêutico, exemplos específicos das conquistas que fez em sessão, o que é uma mais-valia que vai de acordo com um dos objetivos propostos nesta investigação. O fato de conseguirem identificar as suas problemáticas na terapia, à luz do que aconteceu no passado, é um novo processo de mudança bastante importante, identificado por metade da amostra.

As operações/processos do terapeuta visam obter uma melhoria no funcionamento geral do paciente. Nesta linha, quando analisados os resultados, o modelo AEDP mostrou ser um grande complemento, ao revelar que permanecer presente ou focado, tem uma variância significativa para os participantes, provando que existem fatores distintivos no modelo, que foram captados. Estes consideram que pode ajudar a experienciar emoções e sentimentos trazidos durante as sessões de terapia, vindos diretamente do terapeuta. Curiosamente oferecer e receber nova perspectiva, também foi encontrado e descreve como é que o paciente chega a uma nova visão do seu problema, ao mesmo tempo que explica como se sente com essa nova perspectiva. Prova que o guião e até o modelo AEDP, conseguem ser transversais a várias

abordagens teóricas. A maioria dos participantes revelou mudanças relativas à relação terapêutica e ao trabalho terapêutico feito em sessão. Dentro dos processos de mudança parece haver mais fatores úteis do que dificultadores ou negativos (Timulak, 2010), não deixando estes últimos de existir (e.g. bloqueios na experiência interna). É importante considerá-los pois desempenham um papel no crescimento do paciente e da relação terapêutica, podendo dar asas a análises de ruturas ou bloqueios internos.

Outro objetivo principal do estudo seria identificar mecanismos de mudança do paciente isto é, características nos seus comportamentos e experiências que ocorrem fora das sessões e que se esperam que leve a melhorias no resultado final (Doss, 2004). Neste sentido, dentro das pequenas mudanças que os pacientes conseguiram levar para fora da terapia, a subcategoria facilitar o insight de acordo com as mudanças conquistadas, revelou de que forma é que o participante percebeu a mudança na terapia, assim como a traduz para o seu quotidiano. Ser mais afirmativo; interromper o processo auto-crítico; ter a capacidade de compreender e gerir as mudanças e ter uma maior capacidade de confiar nos outros, são exemplos de pequenas mudanças que foram tecidas em conjunto com o terapeuta (Elliot, 1985) e revelam ser importantes conquistas mantidas fora da terapia.

Ao nível das grandes mudanças, a maior parte dos pacientes consideram que o trabalho não está terminado. Ter esta consciência por si só, afirma que está a obter o que deseja da terapia assim como sabe que o trabalho está inacabado, até alcançar a mudança que pretende. Ainda nesta linha de pensamento, podemos perceber que o facto de considerarem a terapia como ajudante ao longo do processo, é determinante para o paciente. O facto de conseguirem perceber que a terapia ajudou efetivamente a alcançar melhorias na sua vida, e apesar de saberem que o trabalho está inacabado, acaba por ser gerador de mudança na voz dos pacientes. Os aspetos relacionados com as grandes mudanças incluem também considerações dos pacientes a nível da eficácia interpessoal; sentimento de confiança; regulação emocional e sentir-se mais equipado para lidar com as dificuldades.

Como referido, os participantes estão a receber terapia segundo o modelo AEDP, e por isso as respostas obtidas referem-se particularmente ao trabalho feito de acordo com os princípios deste modelo. A relação terapêutica que procure potenciar o poder transformador das emoções, através da formação de uma relação de vinculação

reguladora dos afetos entre paciente e terapeuta, é um dos propósitos do mesmo (Fosha & Yeung, 2006) e por isso, os resultados obtidos parecem validar os princípios do modelo.

A generalidade dos resultados mostra que os pacientes são capazes de falar sobre a sua experiência terapêutica, assim como conseguem relacioná-la com as mudanças ao longo do processo. Alguns participantes consideraram motivante falar sobre as experiências, chegando a agradecer aos terapeutas a oportunidade de falar sobre as suas experiências assim como das mudanças conquistadas. A maioria dos participantes mostra ter uma opinião clara sobre o tratamento e sobre o que foi útil para si na terapia, o que leva a crer que conseguem identificar processos chave do processo terapêutico.

Vê-se que os participantes raramente conseguem mencionar mudança sem referir outras áreas das suas vidas. Os resultados mostram também que os participantes conseguem identificar mudanças tanto nível cognitivo, emocional e comportamental. Estas mudanças incluem fatores referidos anteriormente, que são transversais a várias abordagens teóricas.

Foi possível perceber ao longo da fase de recolha dos dados, que a maior parte dos participantes consideram que o trabalho que desenvolveram os ajudou a crescer e fortalecer os pontos que consideravam mais vulneráveis, ou que fossem alvos de mudança desejada. Conseguiram avolumar mais qualidades e recursos, que incluíam a capacidade de se adaptarem a diversidades que anteriormente poderiam não tolerar. Isto parece suportar a hipótese de que se o paciente estiver motivado para a mudança, tiver presente uma aliança terapêutica segura e boa, e pré-disposto a correr riscos para ultrapassar ambivalências ou evitamentos psicológicos (Hill et. al, 2012), consegue atingir mudança. Posteriormente, conseguem detetar pequenas e grandes mudanças fora da terapia, e continuar a trabalhar nas mesmas no seu quotidiano. Isto suporta a outra hipótese de estudo, ao entender que os recursos trazidos para a terapia e o que o influencia o paciente dentro da terapia, influenciam a sua vida fora das sessões (Assay & Lambert, 1999; Miller et. al, 1997).

Limitações

Uma limitação a nível conceptual passa pelo desafio de integrar diferentes perspetivas com múltiplos pontos de vista dos participantes. Deveriam existir mais

estratégias de integração entre o terapeuta, paciente e o meio envolvente pois um maior conhecimento da perspectiva dos pacientes, pode ajudar a alargar o conhecimento do terapeuta sobre o que está a acontecer, ou até sobre o que o paciente deseja/está a necessitar (Crits-Christoph et. al, 2013).

Outras limitações, maioritariamente a nível metodológico, passam pelo facto de a amostra para o estudo ser pequena (n=10), o que pode ter influenciado os resultados, não dando uma visão mais ampla do conhecimento que os pacientes têm sobre esta terapia e sobre processos e mecanismos de mudança. Os dados poderiam ter sido enriquecidos caso houvessem mais participantes. Com cerca de 14 entrevistas aprofundadas, é viável que se atinga uma saturação teórica dos resultados, e com dados recolhidos por escrito de forma autónoma pelo paciente, é bem provável que esse numero duplique, o que não aconteceu, apesar de ser imposto pelo método qualitativo utilizado (Grounded Theory).

Outra limitação pode advir do facto de terem sido no máximo dois investigadores a formarem as categorias, quando a literatura defende que no mínimo deveriam ser 2, o que pode ter afetado a análise dos resultados. No entanto, o mapeamento de uma árvore preliminar de categorias lógica e coerente permitiu a categorização para futuras investigações com mais participantes.

Uma quarta limitação pode ser consequência das extensas perguntas elaboradas no guião semi-estruturado. Esta extensividade pode ter prejudicado os participantes ao desmotivá-los a continuar a responder à totalidade das questões, dando-nos uma ótica mais pobre da sua perspectiva.

Por limitações temporais, não foi possível dedicar esforços suficientes no sentido de recolher os dados para a população brasileira, o que nos impediu comparar duas culturas diferentes.

Sugestões para futuros estudos

De forma a ultrapassar as dificuldades encontradas a nível metodológico, pode-se sugerir a continuação deste estudo de forma a aumentar a amostra, para se ter certeza de que é atingida uma saturação teórica nas categorias encontradas. Seria interessante ter a contribuição de mais do que dois investigadores na análise dos dados/resultados

obtidos, de forma a fazer mais generalizações, e encontrar novos dados que aumentem a riqueza do estudo.

Seria importante continuar este tipo de investigações que dão aso a novas formas de terapia, com o intuito de expandir o modelo AEDP em Portugal. Contribuir para uma ascensão na psicoterapia e modelos que integrem psicoterapia, pode proporcionar um crescimento no entendimento dos processos de mudança do paciente, assim como pode ser útil para ajudar o terapeuta a desenvolver competências específicas que maximizem a participação e a perspectiva do paciente na terapia, tentando encontrar uma relação mais clara entre intervenções e resultados (Beutler et. al., 2004). O guião, transversal a vários modelos teóricos, pode também ser utilizado para futuras investigações.

Seria interessante, uma vez que os participantes são maioritariamente femininos, fazer a comparação com uma amostra equilibrada no sexo masculino, numa tentativa de verificar possíveis diferenças associadas ao género.

De acordo com a literatura, vários processos de mudança do terapeuta podem contribuir para o processo de mudança do paciente (Orlinsky et. al., 2004). Outra sugestão seria entender até que ponto os processos de mudança dos pacientes ocorrem sem influência direta dos processos de mudança do terapeuta, o que aparentemente não foi conseguido nesta investigação.

Referências bibliográficas

Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251.

Audlet, C. T., & Overall, 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.

Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). *The Therapeutic Relationship*

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323.

Beutler, L. E., Bongar, B., & Shurkin, J. N. (1998). *Am I crazy, or is it my shrink?*. Oxford, Mass.: Mss.: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). *Therapist variables*. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5th edition, pp. 227-306). Hoboken, NJ: Willey.

Bohart, A. C. (2007). *Insight and the Active Client*. Insight in psychotherapy.

Bohart, A. C., Wade, A. G. (2013). *The Client in Psychotherapy*. In Lambert, M. J.

Bergin, A.V. E., & Garfield, S. L. E. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 219-258) (6th edition). New York: John Wiley & Sons.

Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York: Wiley.

Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28(5), 759.

Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006b). *Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know?* In L.G.

Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-370). New York, NY: Oxford University Press.

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., & Holtforth, M. G. (2010). *Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327.

Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Corrective experiences in psychotherapy: An introduction*.

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(1), 67-89.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy*. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 194-226.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjeed, D. (2013). *Psychotherapy process-outcome research*. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6.

Conceição, N. M. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Conceição, N. & Vasco, B. (2005). *Olhar Para as Necessidades do Self Como um Boi Para um Palácio: Perplexidades e Fascínio*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Doss, B. D. (2004). *Changing the way we study change in psychotherapy*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.

Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169-187.

Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2000). *The heroic client*. San Francisco: Josse-Bass.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association.

Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). *Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 620.

Elliot, 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.

Elliot, R., Watson, J.C, Goldman, R.N & Greenberg, L.S (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. American Psychological Association.

Ellison, J. A., & Greenberg, L. S. (2007). *Emotion-focused experiential therapy*. In *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy* (pp. 65-83). Springer US.

Fosha, D. (2000). *Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: Affirmation and the healing affects*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10,71-97.

Fosha, D. (2001). *The dyadic regulation of affect*. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 57(2).

Fosha, D. (2004). *'Nothing that feels bad is ever the last step:' the role of positive emotions in experiential work with difficult emotional experiences*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1).

Fosha, D. & Yeung, D.(2006). *Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy: The seamless integration of emotional transformation and dyadic relatedness at work*. In G.

Fosha, D. (2009). *Positive Affects and the Transformation of Suffering into Flourishing*. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*.

Fredrickson, B. L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*. *American psychologist*, 56(3), 218.

Fuller, F., & Hill, C. E. (1985). Counselor and helpee perceptions of counselor intentions in relation to outcome in a single counseling session. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 329.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (Eds.). (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives*. New York: Oxford University Press.

Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Rodriguez, B. F. (1998). *An overview of directions in psychotherapy integration research*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8(4), 187-209.

Gold, J.(2011). *Attachment theory and psychotherapy integration:An introduction and review of the literature.* Journal of Psychotherapy integration,Vol,21,(N°3),221-231.

Goldfried (1980). *Toward the delineation of therapeutic change principles.* American Psychologist. Vol 35 (11) 991-999.

Goldfried, M. R. (2012). *The corrective experience: A core principle for therapeutic change.*

Greenberg, L. S. (1986). *Change process research.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(1), 4.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). *Emotion in psychotherapy.* American Psychologist, 44(1), 19.

Greenberg, L. (1993). *Client microprocesses: What process-experiential therapists listen for.*

Greenberg, L. S., Elliott, Robert., & Lietaer, Germain. (1994). *Research on experiential psychotherapies.* Handbook of psychotherapy and behavior change, 4, 509-539.

Greenberg, L. S. (2012). *Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy.* American Psychologist, 67(8), 697.

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). *Processing the therapeutic relationship.* Psychotherapy Research, 19(1), 13-29.

Hill, C. E., Castonguay, L. G., Farber, B. A., Knox, S., Stiles, W. B., Anderson, T., & Sharpless, B. A. (2012). *Corrective experiences in psychotherapy: Definitions, processes, consequences, and research directions.*

Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). *Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement.*

Heatherington, L., Constantino, M. J., Friedlander, M. L., Angus, L. E., Messer, S. B., Knox, S., & Sharpless, B. A. (2012). 10. *Clients' perspectives on corrective experiences in psychotherapy*.

Henwood, K. L., & Pidgeon, N. F. (1992). *Qualitative research and psychological theorizing*. *British Journal of Psychology*, 83(1), 97-111.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.

Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). *Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306.

Kazdin, A. E. (2007). *Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27.

Knox, S., Hess, S. A., Hill, C. E., Burkard, A. W., & Crook-Lyon, R. E. (2012). *Corrective relational experiences: Client perspectives*.

Kühnlein, I. (1999). *Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographic narrations*. *Psychotherapy Research*, 9(3), 274-287.

Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). *Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept Una Deconstrucción de la Alianza Terapéutica: Reflexiones sobre las Dimensiones Subyacentes del Concepto*. *Clínica y Salud*, 22(3), 267-283.

Lambert, M. J., Bergin, A. V. E., Garfield, S. L. (1994) *Introduction and Historical Overview*. In Lambert, M. J. Bergin, A.V. E., & Garfield, S. L. E. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 3-16) (4th edition). New York: John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*. In Lambert, M. J. Bergin, A.V. E., & Garfield, S. L. E. Handbook of psychotherapy and behavior change. (pp. 169-219) (6th edition). New York: John Wiley & Sons.

McLeod, J. (2013). *Qualitative Research: Methods and Contributions*. In Lambert, M. J. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. (49-85) (6th edition). New York: John Wiley & Sons.

Mackrill, T. (2008). *Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy*. British Journal of Guidance & Counselling, 36(4), 441-453.

McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy: A primer on research paradigms and philosophy of science*. Journal of Counseling Psychology, Vol 52(2), Apr 2005, 126-136. London: Sage

Mergenthaler, E. (1996). *Emotion–abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1306.

Norcross, J. C., Newman, C. F., John C.& Golfried (1992). *Psychotherapy integration: Setting the context*. In Lambert, M. J. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (3-45). New York: John Wiley & Sons.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Lister, K. M. (2005). *What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists*. Journal of Clinical Psychology, 61(12), 1587-1594.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience: Multivariate analyses of patients' and therapists' reports*. New York: Teachers College Press.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal*. In Lambert, M. J. Bergin, A.V. E., & Garfield, S. L. E.

Handbook of psychotherapy and behavior change. (pp. 270-376) (4th edition). New York: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). Hoboken, NJ: Wiley.

Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J., & O'Connor, D. (2012). *The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy.* *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(2), 152-168.

Piliero, S. (2004). *Patients reflect upon their affect-focused, experiential psychotherapy: A retrospective study* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).

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.

Prenn, N. (2011). *Mind the gap: AEDP interventions translating attachment theory into clinical practice.* *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol.21,(N°3),308-329.

Safran, J.D. & Belotserkovsky, J.N. (2009). *Affect regulation, meta communication, and mindfulness in action.* *Hellenic Journal of Psychology*, Vol.6, pp. 292-309.

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

Silva, A. I. G. (2012) & Conceição, N. (2012). *Trabalhar com experiência Imediata: um estudo qualitativo sobre os processos de mudança e desenvolvimento dos terapeutas.* (Dissertação de Mestrado)

Stricker, G., & Gold, J. (2008). *Integrative therapy.* *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*, 389-423.

Schoettlea, A. E. (2009). *Qualitative study of the therapist's experience practicing accelerated experiential dynamic psychotherapy (AEDP): an exploration of the dyadic process from the clinician's perspective.*

Timulak, L. (2010). *Significant events in psychotherapy: An update of research findings.* *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421-447.

Timulak, L. (2008). *Research in psychotherapy and counselling.* pp. 15-90. Sage.

Toukmanian, S. G., & Rennie, D. L. (1992). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches.* Sage Publications, Inc.

Vasco, A. B. (2006). *Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia.* *Revista portuguesa de psicologia*, 39, 9-31.

Wampold, B.E., Modin, G.W., Sticht, F, Benson, K., & Ahn, H. (1997). *A meta analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically "all must have prizes."* *Psychological Bulletin*, 22, 203-215.

ANEXOS

ANEXO I.

GUIÃO SEMI-ESTRUTURADO DA ENTREVISTA EM PORTUGUÊS

ENTREVISTA SOBRE PROCESSOS & MECANISMOS DE MUDANÇA

Processos de mudança do terapeuta & paciente em sessão

Sessão/sessões mais recente/s: momentos específicos ou eventos da experiência em sessão

- 1/7 **Em relação a si**, descreva o que sobressai, ou o que foi significativo para si **na/s sessão/sessões mais recente/s**, e porquê.

Existiram momentos em que tenha notado em si, ou algo em si, a mudar? O que se viu a fazer, pensar ou a sentir de diferente? Como é que foi diferente do que era antes deste momento? Como foi para si? Porque razão é significativo? Como se desenrolou o processo? Como é que ocorreu a mudança? Como acha que contribuiu para que a mudança ocorresse? O que permitiu a mudança?

- 2/7 **Em relação ao seu terapeuta**, descreva o que sobressai ou o que foi significativo para si, **na/s sessão/sessões mais recente/s**, e porquê.

Existiram momentos em que notou que estava a receber algo do seu terapeuta, que estivesse a ajudar? Como foi diferente de outras pessoas que tentam ajudá-lo(a)? O que ofereceu o seu terapeuta em termos de recursos, ferramentas, oportunidades ou alternativas que anteriormente estavam indisponíveis? Como conseguiu o seu terapeuta? Como foi para si? Que tipos de aspectos da parte do/a terapeuta criaram dificuldades, foram pouco úteis ou o/a desapontaram?

Todas as sessões até agora: aspectos gerais da experiência em sessão

- 3/7 Descreva os elementos mais notórios e frequentes **do que faz ou experiencia** nas suas sessões de terapia.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como é que lhe faz sentido o que faz em sessão? Como é para si? Tem uma teoria sobre como trabalha em sessão? O que considera mais cativante? Quais são os diferentes recursos da sua experiência em sessão ou do seu trabalho? Como explicaria a um amigo o que faz nas suas sessões? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda a sua experiência em sessão? Ou o seu trabalho em sessão?

- 4/7 Descreva os elementos mais notórios e frequentes **de como o seu terapeuta é, e o que faz** nas suas sessões de terapia.

O que destacaria? Do que se lembra especialmente? Como faz sentido para si o que o seu terapeuta faz frequentemente nas sessões? Como é que se sente? Tem alguma teoria sobre como é que o seu terapeuta trabalha em sessão? O que considera mais cativante? Quais são as características distintivas do que o seu terapeuta faz em sessão? Que coisas faz o seu terapeuta, que lhe pareçam estar a prejudicar, ser pouco úteis, que magoem ou que o desapontem? Como explicaria a um amigo o que o seu terapeuta faz em sessão? Existe alguma pergunta que não tenha sido feita, que considere ser útil para que se compreenda o que o seu terapeuta faz em sessão?

Mecanismos de Mudança do Paciente no Quotidiano

Micro mudanças no quotidiano: emergência de novidades & nuances específicas

- 5/7 Descreva **exemplos recentes de coisas pequenas (novas)** que já tenha feito ou experienciado de forma (ligeiramente) diferente **no seu quotidiano**.

Quando, o quê e onde nota mudanças que algo estava ligeiramente diferente? O que faz, pensa ou sente de diferente? Como contribui para capacitá-lo? Nota mudanças subtis na forma como se relaciona com a sua experiência, com a experiência dos outros ou do mundo? Como experencia e como é que nota a mudança? De que forma é diferente do que era anteriormente? Como era antigamente e como é agora? Existe algo que queira mudar e percebe que ainda não é possível? Como experencia o processo de trazer a mudança? Existiram factores que impedissem? Tem alguma ideia sobre o que ajuda estas mudanças a serem construídas?

Maiores mudanças no quotidiano: como está diferente?

- 6/7 Descreva, **as mudanças maiores, se existirem**, que tenha notado em si, **no seu quotidiano, desde o inicio desta terapia**.

Quais são os blocos de construção da mudança que sente que leva para o seu quotidiano? Outras pessoas chamaram a sua atenção para aspectos específicos de mudança? O que consegue fazer agora, que anteriormente não se sentia capaz? Como contribui para permitir essa mudança? Sente-se 'equipado' para lidar com os desafios diários? Que novas possibilidades, pontos fortes ou recursos aplica no seu quotidiano? Sentiu alguma mudança, no seu self, no seu desenvolvimento psicológico? Sente certas mudanças a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Tem uma teoria sobre o que ajudaria a consolidar estas mudanças?

Uso da terapia: como a terapia o/a influencia, e como você influencia a terapia

- 7/7 Descreva, da forma mais específica que conseguir, **como é que relaciona o que acontece dentro das sessões de terapia, com** o que experencia fora das sessões, **no seu quotidiano**.

Para além da terapia, o que sente que contribuiu, ou tem vindo a contribuir, para as mudanças no seu quotidiano? Vê alguma relação entre o seu trabalho em terapia e as suas realizações diárias? De que forma vê as suas sessões, o seu terapeuta ou o trabalho feito em terapia como útil? Que pontos fortes pensa que o/a ajudaram a fazer um melhor uso da sua terapia? Que estratégias, se existiram, utiliza para tirar máximo proveito da sua terapia? Sente que contribuiu para tornar o seu terapeuta, um melhor terapeuta para si?

ANEXO II.

GUIÃO SEMI-ESTRUTURADO DA ENTREVISTA EM INGLÊS

CHANGE PROCESSES & MECHANISMS INTERVIEW

In-session Patient & Therapist Change Processes

Most Recent Session(S): Specific Moments Or Events Of In Session Experience

1/7. Regarding yourself, describe what stands out or what was significant for you in the most recent session(s), how so, and why were these things significant for you.

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

Were there moments you noticed yourself, or something in you, changing? What did you see yourself doing, thinking or feeling different? How was it different from the way it was before this moment? How was it like for you? Why is it significant? How did it unfold? How did the change come about? How did you contribute to make it happen? What allowed it?

Most Recent Session(S): Specific Moments Or Events Of In Session Experience

2/7. Regarding your therapist, describe what stands out or what was significant for you in the most recent session(s), how so, and why were these things significant for you.

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

Were there moments you noticed yourself receiving something from your therapist that felt helpful? How was it different from other people that also try to be helpful? What did your therapist offer you in terms of resources, tools, opportunities or alternatives that were previously unavailable? How did your therapist do it? How was it like for you? What kinds of things about the therapist have been hindering, unhelpful, negative or disappointing for you?

All Sessions So Far: General Aspects Of In Session Experience

3/7. Regarding yourself in session, describe general aspects of what you do in your therapy sessions that are salient and commonly present.

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

What would you highlight? What do you especially remember? How do you make sense of what you do in your sessions? How is it like for you? Do you have a theory of how you work in session? What is most captivating? What are the distinctive features of your in-session experience or work? How would you explain to a friend what you do in the sessions? Are there any questions that I haven't asked, that would help me better understand your in session' experience or work?

All Sessions So Far: General Aspects Of In Session Experience

4/7. Regarding your therapist in session, describe general aspects of what your therapist does in your therapy sessions that are salient and commonly present.

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

What would you highlight? What do you especially remember? How do you make sense of what your therapist frequently does in your sessions? How is it like for you? Do you have a theory of

how your therapist works in session? What is most captivating? What are the distinctive features of what your therapist does? What kinds of things your therapist does, can be hindering, unhelpful, hurtful or disappointing for you? How would you explain to a friend what your therapist does in the sessions? Are there any questions that I haven't asked, that would help me better understand what your therapist does in session?

Patient's Change Mechanisms in Everyday Life.

Micro Changes in Everyday Life: Emergence of Newness & Specific Nuances

5/7. Describe recent examples of small (new) things you have done or experienced in (slightly) different ways in your everyday life.

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

When, what and/or where do you notice that something is slightly different? What do you see yourself doing, thinking, or feeling somewhat differently? How do you contribute to enable it? Do you notice any subtle changes in the way you relate with your experience, with others or the world? How do you experience it and how do you notice it? How is it different from the way it was before? How was it then and how is it now? Where is it still the same and how is it somewhat different already? Is there anything that you wanted to change and you noticed is not yet possible? How have you struggled to carry it out? How do you experience the process of bringing about change? Were there hindering factors? Do you have a clue of what helps these small changes to build up?

Major Changes In Everyday Life: How Different You Are

6/7. Describe major changes, if any, you have noticed in yourself, in your everyday life since therapy started?

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

What are the building blocks of change you feel you are taking into your everyday life? Have other people brought any specific changes to your attention? What can you now already do that you could not do before? How do you contribute to enable it? How are you better equipped to deal with everyday life challenges? What new possibilities, strengths or resources have you applied in your everyday life? Have you felt any change in your sense of self or in your psychological growth? Do you notice certain changes building upon previous ones? Are any of the occurring changes linked? If so, how? Do you have a theory of what helps to consolidate these major changes?

Usage Of Therapy: How Therapy Influences You and How You Influence It

7/7. Describe, as specifically as you can, how do you relate what happens inside your therapy sessions with what you accomplish outside of them, in your everyday life?

(Here are some prompts as possible examples of what we want to learn from your answer)

Besides therapy, what do you feel contributed or has been contributing to the changes in your everyday life? Do you see specific links between your work in therapy and your accomplishments in your everyday life? In what ways do you see your sessions, your therapist or your work in therapy helpful? What personal strengths do you think have helped you make better use of your therapy? What strategies, if any, do you use to take most benefit of your therapy? Do you feel you contribute to making your therapist a better therapist for you? Has anything been missing from your therapy? What would make/have made your therapy more effective or helpful?

ANEXO III.

CONSENTIMENTO INFORMADO EM INGLÊS

IN YOUR OWN VOICE:

THE AEDP CLIENT SPEAKS & RESEARCHERS LISTEN: A Qualitative Study On Clients' Perspective On Changes In Session and On Changes in Everyday Life

Description of the Research: You are invited to participate in a research study on clients' perspectives on how you are affected by your therapy: how it affects your every day activities and how you are affected in your sessions with your therapist. Therapy only works if clients link it to particular features of their everyday life and include it in their ongoing everyday lives to deal with their life challenges. The sessions are only a small part of your everyday life. The questions in this study ask for your take on what happens in your sessions, as well as what happens in your everyday life outside your sessions. When they occur, how do small and big changes unfold? What kind of changes might be taking place in session? What kind of changes might be taking place outside of sessions? We are interested to know your experience and your perspective.

Research Procedures: After some basic demographic information, you will be asked to answer 7 semi-structured questions via an online survey created through Qualtrics. The questions should take approximately 30-60 minutes to complete, depending on how much time you choose to devote to this, and the level of detail of your answers. Feel free to write as much as feels right to you. At the very end we still ask you very briefly about previous therapy and about your experience and motivation as a participant in this research.

This research is being conducted by Benedita Lucena, B.A. (Psychology), a master level student at Psychology Faculty, Lisbon University, under the supervision of Nuno Conceição, Ph.D. (Psychology), Guest Assistant Professor at Psychology Faculty, Lisbon University, Portugal, and in collaboration with Shigeru Iwakabe (Ochanomizu University, Japan) and with the AEDP Institute.

Selection of participants: The participants of this study must be currently in therapy with a therapist that follows AEDP principles in her/his practice, and must have had more than 4 sessions of AEDP therapy.

Risks and Benefits: Participating in this study has the potential to provide you with an opportunity to reflect on yourself, your therapist, your therapy, and your everyday life. This study hopes to bring to light the clients' experience and perspective on change processes that occur in session and out of session in everyday life. The resulting findings may add to the emerging literature on clients' experience and usage of therapy. They may also be used to develop current theory, practice, and research of AEDP in particular and of potential good therapeutic process from an integrative perspective, in general. Therapy only works if clients link it to particular features of their everyday life and include it in their ongoing everyday life to deal with their life challenges. Participating in this study involves no risk. The participants will be given the contact information of the researchers during the debriefing period, and can directly contact the researchers with any questions or concerns.

Confidentiality: Protection of individuals' identities will be based on the guidelines provided by the American Psychological Association (APA). The material used for the on-line format will be developed in a secure and confidential website specifically constructed for this study. Participation is strictly anonymous and completely voluntary. You will not be required to provide your name on any of the survey materials and there will be no way to connect your identity with your responses. Should you decide to exit the survey before it has been completed, all of your data collected up to that point will be destroyed. All interviews and material associated with the interviews will be kept confidential.

Withdrawal from the study: "I understand that I may choose to withdraw from this study at any time without negative consequences."

Questions: "I understand that if I wish further information regarding my rights as a research participant, I may contact the researcher Benedita Lucena, B.A. (Psychology), a master level student at Psychology Faculty, Lisbon University, at benedita.lucena@gmail.com".

Results: The responses to this questionnaire will constitute some of the data for the 1st researcher's dissertation requirements. The results could potentially be used at conferences and in relevant publications. No identifying information ever will be shared in these publications or presentations and randomly made-up pseudonyms will be used to further protect participant's confidentiality. In the case of direct quotations, any identifying information related to the participant or the institution will be changed. Following the principles of Onesession.org of three distinct yet collaborative and mutually supportive parts, clients, therapists and researchers, the results of this research will be used to connect them in such a way as to every part to give and receive.

If you agree to participate, you agree with this consent form and you are required to fill or paste in the answers here, on the following online pages. Once you hit the forward button at the last screen "The end!" your survey will be considered complete and you get the message "Your response has been recorded."

We thank you in advance!

ANEXO IV.

CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGUÊS

NA SUA VOZ:

O CLIENTE AEDP FALA E OS INVESTIGADORES OUVEM

Estudo Qualitativo sobre a Perspetiva do Cliente sobre Mudanças em Sessão e Mudanças no seu Quotidiano

Descrição do estudo: Está a ser convidado para participar num estudo sobre as perspetivas dos clientes sobre como é afetado pela sua terapia: como afeta as atividades do seu quotidiano e como é afetado nas suas sessões com o seu terapeuta. A terapia funciona somente se o cliente estiver vinculado a características particulares do seu quotidiano e consiga inclui-lo no seu processo diário para lidar com os desafios da sua vida. As sessões são uma pequena parte do seu quotidiano. As questões neste estudo são sobre o que acontece na(s) sua(s) sessão(ões) como também sobre o que acontece na sua vida fora das sessões. Quando ocorrem, como é que pequenas e grandes mudanças se desvendam? Quais as mudanças que podem ocorrer em sessão? Que tipos de mudanças podem ocorrer fora da sessão? Estamos interessados em saber a sua experiência e a sua perspetiva.

Procedimento da Pesquisa: Após informações demográficas básicas, serão perguntadas aos pacientes 7 questões semi-estruturadas através de uma plataforma online criada através do serviço Qualtrics. As questões devem demorar aproximadamente 30-60 minutos até serem completadas, dependendo da quantidade de tempo que disponibilize e do nível de detalhe das suas respostas. Sinta-se livre para responder tanto quanto se sentir bem. No final do questionário será perguntado brevemente sobre a sua terapia anterior e sobre a sua experiência e motivação como participante nesta investigação. O estudo será conduzido pela Benedita Lucena, Mestrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob supervisão de Nuno Conceição, Doutorado (Psicologia), Professor Assistente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal com a colaboração de Shigeru Iwakabe, da Universidade Ochanomizu, Japão, e do Instituto AEDP.

Seleção dos participantes: Os participantes neste estudo devem estar atualmente em terapia, com um terapeuta que siga os princípios AEDP na sua prática, e que tenham mais de 4 sessões de terapia.

Riscos e Benefícios: Participar neste estudo pretende providenciar-lhe a oportunidade de refletir sobre si mesmo, sobre o seu terapeuta, a sua terapia e o seu quotidiano. Este estudo espera trazer à luz as experiências e perspetivas sobre os processos de mudança que ocorrem em sessão e fora da sessão de terapia, no seu quotidiano. Os resultados encontrados podem acrescentar à literatura emergente dados interessantes sobre as experiências dos clientes e o uso da terapia. Podem também ser utilizados para desenvolver teorias atuais, práticas e pesquisa sobre AEDP em particular, como podem também potenciar bons processos terapêuticos de uma perspetiva integrativa, em geral.

A participação neste estudo não envolve qualquer risco. Os participantes terão os contactos dos investigadores durante o período de esclarecimento, se existirem dúvidas ou preocupações, podem contactá-los diretamente.

Confidencialidade: A proteção da identidade dos pacientes será baseada em guidelines providenciadas pela Associação Americana de Psicologia (APA). O material utilizado para o formato online será desenvolvido num site seguro e confidencial especialmente criado para este estudo. A participação é estritamente anónima e completamente voluntária. Não será obrigado a fornecer o seu nome em qualquer dos materiais de pesquisa e não haverá forma de relacionar a sua identidade pelas suas respostas. Caso decida desistir do questionário online antes de o ter terminado, todo o material adquirido até então será destruído. Todas as entrevistas e material associado será mantido confidencial.

Desistência do estudo: “Eu entendo que posso escolher desistir do estudo a qualquer altura sem consequências negativas”.

Questões: Eu entendo que se desejar futura informação relativamente aos meus direitos como participante do estudo, posso contactar a investigadora Benedita Lucena, através do email benedita.lucena@gmail.com.

Resultados: As respostas a este questionário constituirão parte dos dados para preencher os requisitos da dissertação da primeira investigadora. Os resultados podem eventualmente ser utilizados numa conferência local ou nacional ou em publicações relevantes. Nenhuma informação que o identifique será jamais partilhada nestas publicações ou apresentações e pseudónimos serão utilizados para proteger a confidencialidade do participante. No caso de citações diretas, toda a informação relacionada com a identificação do participante ou da instituição será alterada. Seguindo os princípios da Onesession.org de três distintas, (ainda que colaboradoras e mutuamente apoiantes) partes- clientes terapeutas e investigadores-, o resultado desta pesquisa será utilizado para ligá-los para que as três partes possam dar e receber.

Se concordar em participar, estará a concordar com este consentimento informado e irá preencher as suas respostas aqui, no questionário online. Assim que chegar à última página do questionário aparecerá uma mensagem a dizer “Final!”. O questionário estará completo assim que receber uma mensagem a dizer “A sua mensagem foi registada”.

Agradecemos antecipadamente!