

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE NECESSIDADES  
PSICOLÓGICAS AO LONGO DO PROCESSO  
PSICOTERAPÊUTICO:  
Um caso clínico de prática baseada na evidência a gerar evidência  
baseada na prática**

**Soraia de Castro Nunes Cristo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa**

**2013**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE NECESSIDADES  
PSICOLÓGICAS AO LONGO DO PROCESSO  
PSICOTERAPÊUTICO:  
Um caso clínico de prática baseada na evidência a gerar evidência  
baseada na prática**

**Soraia de Castro Nunes Cristo**

**Dissertação Orientada pelo Professor Doutor Nuno Miguel da Silva Conceição**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa**

**2013**

## AGRADECIMENTOS

O meu mais sincero agradecimento:

Ao Professor Doutor Nuno Conceição, por toda a orientação, aprendizagem e incentivo

À Benedita por toda a partilha, apoio e amizade ao longo deste ano

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo e presença constante ao longo da minha vida, uma vez mais fundamental para a conclusão desta etapa

Às minhas amigas, especialmente à Marta, à Joana, à Xana e à Xai pelo incentivo, confiança e amizade transmitidas ao longo dos anos

Aos meus avós por toda a ajuda, confiança e presença

E por ultimo, o meu muito obrigado ao paciente deste estudo

*“As necessidades são, por definição, essenciais e universais, na medida em que constituem os nutrientes sem os quais a vida psicológica deixa de ser possível”*  
Conceição & Vasco (2005)

## **Resumo**

O Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), postula um modelo de necessidades psicológicas, conceptualizadas como sete polaridades dialéticas de 14 necessidades, em que a capacidade para a regulação da sua satisfação é a essência da adaptação e bem-estar (Vasco 2009a, 2009b; Conceição & Vasco 2005).

Este meta-modelo postula também que o processo terapêutico se desenvolve ao longo de sete fases tendencialmente sequenciais conceptualizadas em termos de estratégias gerais, transversais às diferentes orientações, a ser implementadas pelo terapeuta. Cada fase equipa o paciente com capacidades de processamento específicas indispensáveis ao desenvolvimento daquelas que se lhe seguem, informando o terapeuta sobre o que pode esperar do seu paciente num dado momento (Conceição 2005; 2010; Vasco 2006).

Havendo até à data apenas evidência empírica a favor de cada um destes dois modelos separadamente, o estudo de caso surge, na presente investigação como método preferencial para recolher, a partir do contexto clínico (McLeod & Elliot 2011; McLeod 2010), evidência sobre a articulação entre os Modelos de Regulação da Satisfação das Necessidades, e Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico.

Assim foi objetivo da presente investigação observar se houve, ou não, alteração entre resultados da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades entre um 1º e 2º momentos de avaliação do paciente em estudo. No caso de se verificarem alterações favoráveis, perceber se pode considerar-se a hipótese de haver um “trabalho terapêutico focado em necessidades”, que permita contribuir para o bem-estar psicológico dos pacientes. Para isso, procedeu-se à gravação das sessões e posterior análise à luz do paradigma de momentos significativos. Mediante avaliação externa, foram isolados momentos de “trabalho terapêutico focado em necessidades”, que foram observados à luz dos objetivos estratégicos postulados pelo Modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico.

*Palavras-chave:* Complementaridade Paradigmática; Necessidades Psicológicas; Sequenciação do Processo Terapêutico; Estudo de Caso

## **Abstract**

The Meta-model Paradigmatic Complementarity (MCP), postulates model of psychological needs conceptualized as seven dialectical polarities of 14 needs. The ability to regulate their satisfaction is the essence of adaptation and well-being (Vasco 2009a , 2009b; Conceição & Vasco 2005).

This meta-model also postulates that the therapeutic process unfolds according to a sequence of seven phases which conceptualized in terms of general strategies to be implemented by the therapist in specific technical interventions. Each phase transforms the processing vulnerability of the patient into specific processing capacities, while both inform the therapist about what to expect and provide from and to the patient at a given time (Conceição 2005, 2010; Vasco 2006).

Only empirical evidence in support of each of these two models separately has been collected so far. This paves the way for the current study, which is a longitudinal case study attempting to collect evidence on the relationship between the two models, directly from the clinical context (McLeod & Elliot 2011; McLeod 2010).

Therefore the goal of this study was to observe change (or lack of thereof) between the Regulation Satisfaction of Psychological Needs between a 1st and 2nd times of the therapeutic process. Then the aim was to analyze if there was therapeutic work focused on needs. Sessions were recorded, transcribed and analyzed within the paradigm of significant moments. Through external evaluation moments of “therapeutic work focused on needs” were consensually selected, which were then analyzed in the light of the strategic objectives postulated by the Model of Sequencing Phases of Therapeutic Process.

*Keywords:* Paradigmatic Complementarity; Psychological Needs; Sequencing Phases; Case Study

## Índice

I.	Introdução.....	1
II.	Revisão de Literatura.....	3
1.	Integração em Psicoterapia.....	3
2.	Da Investigação Extensiva Para a Intensiva.....	3
3.	Momentos Significativos.....	5
4.	Prática Baseada na Evidência.....	6
5.	Modelo de Complementaridade Paradigmática.....	7
6.	Estudo de Caso.....	11
III.	Metodologia.....	13
1.	Participantes.....	13
2.	Instrumentos de avaliação.....	14
3.	Procedimentos.....	15
IV.	Análise de Resultados.....	19
1.	Análise Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco et al., 2012) 19	
2.	Momentos Identificados.....	20
3.	Articulação entre Modelos: Necessidades Psicológicas e de Fases do Processo Terapêutico.....	30
V.	Discussão e Conclusões.....	34
VI.	Referencias Bibliográficas.....	41

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Grelha de análise dos momentos .....	17
Tabela 2- Resultados Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades 1º e 2º Momentos.....	19
Tabela 3- Momentos-Resultados inter-avaliadores.....	21
Tabela4- Avaliação das Necessidades .....	23
Tabela 5- Avaliação das Necessidades Terapeuta/Paciente .....	25
Tabela 6- Análise dos momentos consensuais – Dor .....	26
Tabela 7- Análise dos momentos consensuais – Crítica .....	29
Tabela 8- Análise dos momentos consensuais – Estima .....	30
Tabela 9- Avaliação das Fases do Processo Terapêutico .....	30
Tabela 10- Correspondência Fases/Momentos .....	31
Tabela 11- Correspondência Necessidades/Fases .....	32

## **Anexos**

Anexo 1- Consentimento Informado

Anexo 2- Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades

Anexo 3- Questionário de Promoção e Capacitação do Processamento de Estratégias Gerais

Anexo 4- Questionário de Promoção e Capacitação do Processamento de Estratégias Gerais – Adaptação para paciente

Anexo 5- Instruções e Escala de avaliadores externos

Anexo 6- Resultados Paciente/Terapeuta - Questionário de Promoção e Capacitação do Processamento de Estratégias Gerais

Anexos Confidenciais - Excertos dos momentos selecionados

## I. Introdução

O presente estudo insere-se no âmbito do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, um Meta-modelo que articula vários modelos integrativos já existentes, considerando as suas potencialidades e limitações. O Meta-modelo atribui idêntica importância, à aliança terapêutica, às variáveis do paciente e do problema, à dimensão temporal da terapia e ainda aos princípios gerais da mudança terapêutica na tomada de decisão clínica (Vaco, 2001; Norcross, 2002; Castonguay & Beutler, 2006; Lambert, 1994).

A Complementaridade Paradigmática postula um modelo de necessidades psicológicas, conceptualizadas como sete polaridades dialéticas de 14 necessidades. “*As necessidades Psicológicas são, por definição, essenciais e universais, na medida em que constituem os nutrientes sem os quais a vida psicológica deixa de ser possível*” p.5 (Conceição & Vasco 2005). Assim, a capacidade para a regulação da sua satisfação é a essência da adaptação e bem-estar (Vasco, 2009 a, 2009b; Conde & Vasco, 2012; Bernardo & Vasco, 2011; Rucha & Vasco, 2011; Fonseca & Vasco, 2011; Calinas & Vasco, 2011; Rodrigues & Vasco, 2010).

O Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, postula ainda a sequenciação do processo terapêutico através de sete fases, quer do ponto de vista do trabalho terapêutico a ser promovido pelo terapeuta, a um nível intermédio de abstração, de estratégias gerais, quer do ponto de vista de capacidades estruturais de processamento por parte do paciente para lidar com os desafios do processo psicoterapêutico e da vida. A cada fase do processo correspondem determinados objetivos estratégicos que equipam o paciente de capacidades estruturais para as fases que se lhe seguem bem como para resolver desafios da vida quotidiana de complexidade crescente (Conceição 2005; 2010; Vasco 2006).

Havendo até à data, apenas evidência empírica a favor de cada um destes dois modelos separadamente, o estudo de caso surge, na presente investigação como método preferencial para recolher, a partir do contexto clínico (McLeod & Elliott 2011; McLeod 2010), evidência sobre a articulação entre os Modelos de Regulação da Satisfação das Necessidades, e Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico, postulados do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática. Mais concretamente, acredita-se que esta metodologia serve bem o propósito de ilustrar a

utilidade clínica que ambos os modelos possam ter, separadamente e em articulação um com o outro, bem como identificar forças e vulnerabilidades de ambos ou informar estudos futuros nesses modelos ou na sua articulação.

Mais especificamente, os objetivos do presente estudo são: fazer um levantamento sistemático das necessidades psicológicas de um paciente, bem como de outras variáveis do processo e de resultado, recorrendo a medidas de auto-relato; influenciar a intervenção em função de supervisão orientada pelos dois modelos durante um período de teste de 4/6 meses, com enfoque específico nos processos relativos à promoção da regulação da satisfação das necessidades; contribuir para um esboço inicial de definição operacional de evento significativo com este enfoque, diferenciar e ilustrar qualitativa e quantitativamente excertos de trabalho clínico que reflitam a influência de um ou de outro modelo, ou de ambos em articulação; discutir os resultados à luz dos modelos em causa e da literatura retirando possíveis implicações para a prática e treino de terapeutas com sensibilidade para a prática baseada na evidência e para a evidência baseada na prática (Norcross & Beutler, 2007).

## **II. Revisão de Literatura**

### **1. Integração em Psicoterapia**

A psicoterapia tem evoluído ao longo de várias décadas no sentido da integração. O descontentamento crescente nas abordagens de escola única, bem como o desejo de aumentar a eficácia e eficiência terapêuticas através de um olhar para além dos limites das abordagens teóricas singulares, parece estar na origem deste movimento integrativo (Norcross & Newman, 1992; Norcross, Karpiak & Lister 2005).

Uma psicoterapia rigidificada, por modelos que se excluíam mutuamente, sem nunca se permitir olhar para os contributos de outras escolas, foi dando então lugar ao reconhecimento de que a intervenção deve ser dirigida às características específicas de cada paciente na medida em que, como se sabe, a eficácia pode ser aumentada se atendermos às características psicológicas dos pacientes (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler & Harwood, 2000), atendendo também à relação entre o terapeuta e o paciente (Stricker, 2008), com o objetivo de assegurar a eficácia terapêutica.

Assim, verificou-se um crescente interesse por modelos integrativos que permitissem uma visão mais ampla e menos estática do problema; essencialmente, que possibilitassem um olhar mais detalhado sobre o paciente e os processos a ocorrer ao longo da psicoterapia. Neste sentido, os contributos oriundos de diferentes escolas, sempre que revelem potencial transformador e que permitam um conhecimento mais detalhado do processo terapêutico, não devem ser excluídos, mas integrados de forma a responder às necessidades dos pacientes cada vez mais complexos e por definição integrativos.

### **2. Da Investigação Extensiva Para a Intensiva**

A mudança na psicoterapia, verifica-se também ao nível da investigação. Vários autores (e.g. Greenberg, 1980; Rice & Greenberg, 1984) revelaram a inadequação de uma pesquisa extensiva, baseada no paradigma de pesquisa convencional, que centra a investigação no desempenho de grandes grupos em vez de observar o desempenho dos indivíduos, com vista à criação de grandes paradigmas; em detrimento de uma análise intensiva dos processos a ocorrer em psicoterapia (Safran, Greenberg & Rice, 1988).

Se por um lado, uma análise extensiva destes processos permitia um conhecimento dos efeitos em grandes grupos possibilitando a generalização, por outro, a

investigação nesta área tem vindo a mostrar que este tipo de análise não garante que todos os pacientes respondam da mesma maneira às intervenções.

A importância de uma frente de investigação extensiva é inquestionável, na medida em que assegura o teste de hipóteses a grandes grupos de análise, no entanto, é através de investigação intensiva que se podem testar hipóteses com os pacientes (Safran et al., 1988).

Rice e Greenberg (1984), identificam o estudo dos processos de mudança como imperativos à compreensão e conhecimento da mudança produzida em psicoterapia, realçando assim, a importância de uma frente investigativa mais direcionada para o que acontece de facto no paciente e para o que acontece de facto no processo terapêutico, em termos de trabalho terapêutico específico.

Rice & Greenberg (1984) referem que, o estudo dos processos de mudança deve basear-se em episódios terapêuticos, sendo estes constituídos por quatro componentes: marcador do problema do paciente; operação terapêutica; a performance do paciente; e o resultado imediato em sessão. Este tipo de análise irá permitir responder ao marcador do paciente; responder ao problema do paciente; identificar a intervenção adequada; bem como identificar quais as performances responsáveis pela mudança.

Mais do que entender o que funciona em terapia, há um crescente interesse em perceber como é que a psicoterapia funciona. O foco da investigação deixa de ser a eficácia comprovada (i.e. o resultado final) de determinado modelo de intervenção para a generalidade da população, mas sim identificar e conhecer os processos que trazem mudança terapêutica, isto é, uma investigação de processo-resultado (Greenberg, 1986).

Anos mais tarde, Doss (2004) vem tentar clarificar uma distinção que se pode fazer entre processos de mudança e mecanismos de mudança, numa tentativa de programar os esforços de investigação em psicoterapia também para além do estudo de eficácia comprovada (i.e. o resultado final). Por processo de mudança, podemos entender os aspetos da terapia (quer da perspectiva do paciente, quer da do terapeuta) que ocorrem durante a sessão e que criam melhorias nos mecanismos de mudança, que são mudanças nas características ou competências do paciente, e que produzem melhorias no resultado final do processo terapêutico.

Verificou-se uma grande mudança de paradigma na investigação, no sentido de se olhar cada vez mais para o paciente. Como já foi anteriormente dito, mais do que perceber o que acontece em psicoterapia importa conhecer como acontece, interessa compreender o desdobramento dos fenómenos a ocorrer em psicoterapia que

contribuem para a mudança, para o progresso do paciente. É nesse sentido que, na presente investigação, nos vamos agora debruçar sobre os momentos significativos do processo terapêutico.

### **3. Momentos Significativos**

O paradigma de momentos significativos foi maioritariamente desenvolvido por Elliott (1989), e centra-se no estudo da percepção, quer do paciente quer do terapeuta, de momentos significativos a ocorrer em terapia. Como momento significativo pode entender-se cada momento, ao longo da terapia, que tenha ressonância na consciência da experiência do indivíduo.

Hill e Corbett (1993), referem que os eventos significativos são aqueles que são considerados úteis às dificuldades dos pacientes.

Elliott (1984), refere que os eventos mais tipicamente encontrados na literatura passam pelo sentimento de compreensão (empatia), e o contacto com novas experiências do Self (insight).

Timulak (2010) refere que os momentos significativos podem ser complexos e que existe uma diferença entre o que o paciente e o terapeuta tiram da terapia. Por um lado o cliente foca-se em fatores relacionais e emocionais, por sua vez, o terapeuta foca-se nas variáveis cognitivas que compõem um evento. De um modo geral, estes eventos referem-se essencialmente à relação terapêutica, bem como aos resultados da sessão. Por exemplo, num estudo de Timulak, Belicova e Miler (2010), é dada grande ênfase à percepção que o paciente tem sobre o terapeuta. É referido o envolvimento do terapeuta na relação terapêutica, bem como o facto de este ser percebido pelos pacientes como muito afirmativo relativamente às suas experiências e percepções no aqui e agora da sessão.

Levit, Beutler e Hill (2006), realçam a importância de conhecer os momentos que os pacientes consideram significativos, na medida em que, podem sensibilizar os terapeutas para os processos internos dos pacientes bem como informar a tomada de decisão do terapeuta.

Diferentes tipos de eventos têm sido relatados em vários estudos, estando tipicamente associados ao impacto que estes têm no paciente. De acordo com Timulak (2007), estes eventos podem ser categorizados por eventos de sensibilização, eventos de percepção, eventos de soluções de mudança de problemas comportamentais, eventos de capacitação, eventos de relevo, eventos emocionais que são experienciados, sentimento

de compreensão, eventos de envolvimento do cliente, eventos de tranquilidade e de contacto pessoal. Por exemplo, Elliott, James, Reimschuessel, Cislo e Sack (1985), num estudo sobre o impacto imediato dos eventos significativos na terapia, referem que os impactos dos momentos significativos pode ser imediato ou tardio, bem como pode ser mais diretamente observável ou dissimulado. Independentemente disso, os efeitos imediatos são os que mais devem importar ao terapeuta, na medida em que, são importantes para a condução ou revisão de estratégias de intervenção durante a terapia.

Ainda que muitos estudos revelem pouca concordância na identificação desses momentos entre terapeutas e pacientes (30-40%) (Timulak,2010), verifica-se que uma análise qualitativa do processo terapêutico, através da identificação e avaliação de momentos significativos, por parte do paciente, permite que este se centre numa análise subjetiva, própria à compreensão da terapia que, por sua vez, irá permitir uma conceptualização dos elementos da mudança, muito importante a vários níveis, nomeadamente ao nível da consciência da experiência (Levite t al., 2006).

Neste sentido, uma vez mais, verifica-se uma necessidade empírica de enfoque sobre os processos a ocorrer no momento-a-momento da sessão, um enfoque no aqui e agora, centrado nas características do paciente.

#### **4. Prática Baseada na Evidência**

No sentido de aprofundar conhecimentos que permitam melhorar a prática clínica, verificou-se um crescente interesse no conhecimento, compreensão e explicação dos processos a ocorrer em sessão. A prática clínica, bem como a escolha da abordagem a seguir para cada caso, deve basear-se em evidências válidas e concretas sobre o impacto dessa abordagem no decorrer da intervenção de modo a torna-la tão bem-sucedida e adequada quanto possível.

Prática baseada em evidência contempla não só a investigação, bem como a experiência do clínico, as preferências do paciente, os seus valores, a cultura, como fundamentais para a qualidade do cuidado prestado ao paciente (Levant & Hasan, 2008). A prática baseada em evidências, será então um processo através do qual o terapeuta escolhe a melhor evidência disponível com o objetivo de otimizar a sua intervenção.

Este movimento de prática clínica tem sido alvo de várias críticas, na medida em que muitos profissionais acreditam que a intervenção psicológica deve apenas basear-se nos conhecimentos provenientes de ensaios clínicos. Há no entanto, uma outra frente

que acredita e defende os benefícios desta estratégia. Defende que é importante atender a evidências provenientes de investigação científica, mas que, a prática clínica deve também ser baseada na experiência clínica e nas especificidades do paciente (Levant & Hasan, 2008).

De acordo com Reed (2007), a experiência clínica é necessária para avaliar o estado do paciente, hierarquizar as prioridades ao nível do tratamento, criar aliança terapêutica com o paciente, selecionar as intervenções mais adequadas para cada paciente, avaliar o efeito da intervenção bem como para ajustar o tratamento aos resultados que vai obtendo.

A investigação científica é a base da evidência baseada na prática em psicologia, sendo que, essa investigação nos proporciona uma variedade de metodologias e modelos que devem ser selecionados de acordo com a finalidade e o contexto (Norcross, Beutler e Levant 2007).

Enquanto os tratamentos empiricamente suportados começam pelo tratamento e pela análise da pertinência de determinado tratamento para uma doença específica, a evidência baseada na prática em psicologia, começa a sua abordagem com o paciente e pesquisa evidências, quer através da análise de estudos empíricos, avaliação do paciente, conceptualização de caso, que ajudem o psicólogo a alcançar o melhor resultado possível (Levant & Hasan, 2008). Para estes autores, evidência baseada na prática pode ser considerada uma articulação entre conhecimentos teóricos, aplicados a cada caso específico, com vista a uma tomada de decisão que integre em si, evidências que sustentem a escolha do processo de intervenção.

A prática de uma psicoterapia baseada em evidências, apela imperativamente à responsividade do terapeuta que deve procurar criar a cada momento, como que uma terapia única e específica dirigida à particularidade de cada paciente.

## **5. Modelo de Complementaridade Paradigmática**

O Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, (Vasco 2001), surge no contexto da proliferação de modelos integrativos, depois de comprovada a eficácia de uma intervenção assente nestes modelos quando comparados com modelos de escola única (Norcross & Wampold, 2011; Rice & Greenberg, 1984).

Vasco (2006) considera que mais importante do que a criação de novos modelos, seria uma articulação entre os modelos preferencialmente integrativos já existentes, articulando as suas potencialidades e limitações.

Complementaridade Paradigmática vem deste modo sugerir, idêntica importância às variáveis do paciente e do problema; da dimensão temporal da terapia; dos princípios gerais de mudança; e ainda da utilização complementar de instrumentos de avaliação, conceptualização e intervenção, numa tentativa de otimizar a eficácia terapêutica.

“O Meta-modelo propõe que os “princípios gerais de mudança terapêutica” (o “quê” da terapia) devem ser traduzidos em operações terapêuticas específicas, dentro de um contexto relacional igualmente específico (o “estar” em terapia), mediante a “conceptualização do paciente e do problema” (o “quê” mais o “como” da terapia), tomando em consideração as necessidades cambiantes de um paciente em mudança, ao longo de uma sequência temporal de fases que devem estruturar e gerir a implementação de objetivos sequenciais estratégicos (o “quando” da terapia)” p.15, (Vasco, 2006).

### **5.1. Necessidades Psicológicas**

Como referido anteriormente, um dos postulados do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, é o Modelo de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, conceptualizadas como sete polaridades dialéticas de 14 necessidades (Vasco 2009a, 2009b). O modelo pressupõe que o bem-estar do indivíduo depende de uma eficaz regulação da satisfação das mesmas, através de um processo contínuo de negociação entre as polaridades dialéticas.

De acordo com Conceição e Vasco (2005), “as necessidades são, por definição, essenciais e universais, na medida em que constituem os nutrientes sem os quais a vida psicológica deixa de ser possível”p.5. Nesse sentido, qualquer ser humano que se proponha a viver sem atender, de forma sistemática, a uma qualquer necessidade fundamental acabará, provavelmente, por entrar em ciclos pouco adaptativos (Conceição & Vasco 2005). Podemos entender as necessidades psicológicas enquanto instâncias do Self, e nesse sentido, como Rogers (1961) referiu, cada ser humano traz em si, a capacidade para “*caminhar rumo à maturidade*” e “*num clima psicológico adequado, essa tendência é libertada, tornando-se real em vez de potencial*” p.59. Podemos considerar, que cada indivíduo, trará em si, à partida, a capacidade de regular

a satisfação das suas necessidades e então, eventuais funcionamentos ditos não adaptativos, relativos à satisfação das necessidades, podem ter sido desenvolvidos como forma de “adaptação criativa” a eventuais exigências do meio (Conceição & Vasco 2005).

De acordo com Vasco (2009) o indivíduo necessita de alcançar um equilíbrio entre as necessidade de: *Prazer/Dor* – capacidade de apreciar o prazer físico e psicológico/capacidade de suportar dores inevitáveis, bem como de atribuir significado à dor sentida; *Coerência do Self/Incoerência do Self* – congruência entre o Eu real e o Eu ideal, entre o que se pensa, sente e faz/capacidade de tolerar conflitos e incongruências ocasionais; *Proximidade/Autonomia* – capacidade de estabelecer e manter relações íntimas/capacidade de diferenciação e autodeterminação; *Produtividade/Lazer* – capacidade para realizar obras valorizadas/capacidade para se envolver em atividades não instrumentais que sejam um fim em si mesmas; *Controlo/Cedência* – necessidade de controlo em diversos domínios/capacidade de delegar; *Atualização, Exploração/Tranquilidade* – capacidade em explorar e procurar a novidade/capacidade em apreciar o que se possui; e *Autoestima/Autocrítica* – capacidade em sentir satisfação consigo mesmo/capacidade de identificar, tolerar e aprender em função de insatisfações pessoais.

Este equilíbrio que o modelo propõe entre necessidades psicológicas passa pelo seu reconhecimento, proteção e regulação, e nesse sentido, sempre que estas se encontrem desprotegidas, a relação terapêutica pode constituir um espaço privilegiado para a promoção da regulação das necessidades.

## **5.2. Sequenciação de Fases no Processo Terapêutico**

O Modelo de Complementaridade Paradigmática postula, também, que o processo terapêutico se desenvolve ao longo de sete fase tendencialmente sequenciais, conceptualizadas em termos de estratégias gerais, transversais às diferentes orientações, a ser implementadas pelo terapeuta. Cada fase equipa o paciente com capacidades de processamento específicas e indispensáveis ao desenvolvimento daquelas que lhe seguem, informando o terapeuta sobre o que pode esperar e como deve ajudar o seu paciente num determinado momento. De acordo com Vasco (2006), o processo vai desenrolar-se através das seguintes fases: Construção de confiança, segurança e motivação; Aumento da consciência da experiencia do Self; Construção de significados

adaptativos; Regulação da responsabilidade; Implementação de ações reparadoras; Consolidação da mudança; Antecipação do futuro e prevenção da recaída.

Uma conceptualização temporal do processo poderá facilitar a tomada de decisão clínica, informando o terapeuta sobre quais os objetivos estratégicos predominantemente característicos da fase em que se encontra.

Num esforço de integrar critérios de tomada de decisão de momento-a-momento, com critérios fase-a-fase, propondo também a especificação de marcadores para o nível fase-a-fase, Conceição (2005; 2010) sugere que conhecendo as vulnerabilidades ou capacidades de processamento do seu paciente em determinada fase do processo, o terapeuta poderá escolher ou ajustar o trabalho terapêutico mais adequado, pelo menos em termos de estratégias gerais ou objetivos estratégicos. Adaptando o nível momento-a-momento de Rice e Greenberg (1984) para o nível fase-a-fase teríamos: marcador da vulnerabilidade do paciente; operação terapêutica em termos de estratégias gerais; a performance do paciente em termos de processamento dessas operações; e o resultado imediato em blocos de sessão. Este tipo de análise irá permitir responder ao marcador do paciente; responder à vulnerabilidade do paciente; identificar o conjunto de estratégias gerais adequado; bem como identificar quais as performances ou mecanismos responsáveis pelas mudanças.

Desta forma, o Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática apela à responsividade do terapeuta, não só a um nível momento-a-momento como fase-a-fase. De acordo com Honos- Webb e Stiles (2012), esta responsividade passa pela capacidade de adaptar o comportamento tendo em conta os aspetos que são recebidos do contexto, incluindo a perceção do comportamento e experiência do outro ao longo do processo terapêutico. Assim, o terapeuta poderá estar mais capaz de escolher as melhores estratégias e intervenções mais adequadas.

A conceptualização inicial que se faz do paciente e do problema deve orientar e guiar as intervenções do terapeuta, que vai sendo chamado a adaptar essas mesmas intervenções tendo em conta o feedback contínuo que vai recebendo do seu paciente. Pretende-se assim uma intervenção momento-a-momento, apelando a uma responsividade fase-a-fase (Conceição, 2005; 2010). A responsividade das intervenções é determinada e estabelecida em função do impacto destas no paciente (Vasco, 2005).

## **6. Estudo de Caso**

O presente trabalho insere-se no estudo de caso e ainda que estes surjam muitas vezes associados a várias críticas no que refere à generalização dos resultados (Jones 1993; Hilliard, 1993), por outro lado, permitem melhor observar e conhecer a experiência e o comportamento dos pacientes. Nestas circunstâncias, permitem formular novas interpretações sobre o processo em sessão, com o objetivo melhorar a teoria e a prática clínica (Stiles, 2007; Greenberg, 1986; Safran et al., 1988; Rice & Greenberg, 1984). Por permitir uma investigação mais detalhada de um fenómeno, o estudo de caso possibilitam uma melhor análise dos contextos e dos processos envolvidos na prática terapêutica.

Uma análise mais do tipo intra-sujeito (em contraponto com o tipo de análise entre sujeitos) permite melhor conhecer e explicar os processos da mudança bem como a forma como estes influenciam e são influenciados pelo contexto (Hartley, 2004). Permitindo compreender a forma como operações terapêuticas específicas influenciam mudanças nos pacientes (resultados da sessão ou entre sessões) bem como no resultado final da terapia, e respondendo a questões particulares de casos individuais que surgem no exercício da mesma, o estudo de caso, emerge neste trabalho como a melhor metodologia na tentativa de gerar novas evidências baseadas na prática clínica (McLeod & Elliott, 2011; Dozois, 2012) e informar a prática clínica com base nalguma evidência relevante (e.g. Conde & Vasco, 2012; Bernardo & Vasco, 2011; Rucha & Vasco, 2011; Fonseca & Vasco, 2011; Calinas & Vasco, 2011; Rodrigues & Vasco, 2010), no que ao Modelo de Regulação da Satisfação das Necessidades diz respeito e (e.g. Vasco, 2006; Conceição, 2005, 2010; Ferreira, Conceição & Vasco 2011; Rodrigues, 2012) no que refere ao Modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico. Para este estudo em particular, o que se pretende é observar e descrever a(s) forma(s) como a capacidade de regulação da satisfação das necessidades da paciente se desenvolve ao longo das fases do processo terapêutico; bem como averiguar o eventual impacto de uma intervenção dirigida às necessidades psicológicas na capacidade de regulação das mesmas.

No presente estudo, como foi anteriormente dito, pretendemos intervir de acordo com os pressupostos dos dois modelos apresentados, e verificar eventuais efeitos de uma intervenção direcionada às necessidades psicológicas, na capacidade de regulação das mesmas. Partimos das evidências destes modelos teóricos, bem como da avaliação

feita ao paciente do estudo e concomitantemente intervir de acordo com as evidências recebidas no aqui e agora de cada sessão. Esta intervenção foi delineada e sob supervisão planeada de modo a escolher a melhor forma de intervir nas necessidades psicológicas identificadas como menos reguladas.

Como já foi anteriormente dito, o presente estudo é de natureza exploratória e nesse sentido, não se pretende testar hipóteses. As questões de investigação que procura explorar dentro do âmbito da Complementaridade Paradigmática são: se há ou não alteração na capacidade de regulação da satisfação das necessidades depois de uma intervenção focada nas mesmas; compreender e tentar operacionalizar esse trabalho focado em necessidades; perceber a forma como se comporta esse em termos de estratégias gerais de acordo com modelo de sequenciação de fases do processo terapêutico.

### **III. Metodologia**

A presente investigação assenta na metodologia de estudo de caso, uma vez que, como foi anteriormente referido, permitirem um acesso mais detalhado dos fenómenos a acontecer na prática clínica.

O objetivo deste estudo é perceber a aplicabilidade no exercício da prática clínica do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática. Globalmente pretende-se observar como é que se desenrolam e articulam os Modelos de Necessidades Psicológicas e o de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico.

Mais especificamente e em primeira instância, pretende-se observar se há, ou não, alteração entre resultados da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Conde, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues & Rucha, 2012), entre um 1º e 2º momentos de avaliação do caso que vamos estudar. De seguida, no caso de se verificarem alterações favoráveis, perceber se poderemos considerar a hipótese de haver um “trabalho terapêutico focado em necessidades”, que nos permita contribuir para o bem-estar psicológico dos nossos pacientes. Para isso, procedeu-se à gravação das sessões e posterior análise. No caso de se conseguir efetivamente isolar “trabalho terapêutico focado em necessidades”, será objetivo desta investigação tentar operacionaliza-lo e observa-lo à luz dos objetivos estratégicos postulados pelo Modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico.

Este é um estudo onde não se pretendem confirmar hipótese, mas pelo contrário, explorar os conteúdos das sessões, de modo a observar o desenvolvimento do Meta-modelo num caso de prática clínica. O paciente do estudo consentiu, (Anexo1) por escrito, a realização do mesmo, incluindo a gravação e análise das sessões, mediante a salvaguarda da sua confidencialidade no que refere a dados identificativos. A paciente foi ainda convidada a participar no estudo, através da avaliação de excertos das sessões que haviam sido selecionados pela terapeuta.

#### **1. Participantes**

Os participantes desta investigação foram o paciente do estudo, a terapeuta, também autora da própria investigação e duas avaliadoras externas.

### *Paciente*

O paciente é uma adulta do sexo feminino, com 26 anos há data do início do processo terapêutico. Licenciada, a paciente já tinha terminado o estágio e encontrava-se a terminar a sua dissertação de mestrado, tendo já pedido um semestre de prazo adicional para o efeito. Encontrava-se desempregada e sem qualquer ocupação, nem atividade. Procurou ajuda por se sentir bastante desmotivada em torno das tentativas de conclusão da sua dissertação, referindo identificar alguma “sintomatologia depressiva”. Revelou-se, desde início, muito motivada para o processo terapêutico.

### *Terapeuta*

A terapeuta é também a autora deste estudo, também no sentido de concluir a sua dissertação enquanto finalista do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Lisboa. Estagiária no serviço de Atendimento à Comunidade da Universidade de Outubro 2012 a Julho de 2013.

### *Auditoras externas*

As auditoras externas são duas estudantes também finalistas do Mestrado Integrado em Psicologia. Ambas de 23 anos, a concluir o primeiro ano de experiência clínica, no âmbito do estágio curricular.

## **2. Instrumentos de avaliação**

No decorrer deste estudo foi aplicado em dois momentos diferentes a Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco et al., 2012) (Anexo 2). Num primeiro momento, no início do estudo, com o objetivo de fazer um levantamento de eventuais necessidades pouco satisfeitas/reguladas; e num segundo momento, no fim do estudo, para identificar eventual desenvolvimento na capacidade de regulação das mesmas.

Ao longo do processo, no fim de cada sessão a terapeuta recorreu ao Questionário de Promoção e Capacitação de Processamento de Estratégias Gerais (Conceição, 2010) (Anexo 3), com o objetivo de medir em que fase do processo, considerava que a paciente se encontrava à luz do Modelo de Sequenciação de Fases no Processo Terapêutico.

Foi feita uma adaptação deste Questionário para a paciente (Anexo 4), que lhe foi aplicado no início e no fim do processo de recolha de dados, no sentido de aferir a concordância entre paciente e terapeuta no que à fase do processo diz respeito.

### **3. Procedimentos**

#### *Regulação da Satisfação das Necessidade*

Havia decorrido dois meses de processo terapêutico de base semanal, quando foi aplicada a Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco et al., 2012), tendo sido identificados dois pares de necessidades com valores correspondentes a patologia (Prazer/Dor; Autoestima/Autocrítica). Esses resultados foram partilhados com a paciente e nessa altura foi solicitada a sua participação neste estudo.

A recolha de dados decorreu durante 5 meses, para efeitos de concretização desta investigação, mas o processo terapêutico foi continuado para além desse período.

No momento de início de recolha de dados, as sessões começaram a ser gravadas em vídeo, mas por dificuldades técnicas, apenas 14 sessões ficaram gravadas sendo necessariamente essas as “selecionadas” para posterior análise. Foram parcialmente transcritas e analisadas qualitativamente pela autora procurando evidenciar momentos de trabalho clínico onde o foco fosse nas necessidades anteriormente identificadas como desreguladas. Esta seleção de momentos de trabalho terapêutico com foco em necessidades foi feita de acordo com o entendimento da terapeuta, (momentos significativos de foco nas necessidades), à luz do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática. Foram tidos em conta aqueles que são os pressupostos daquilo que Conceição e Vasco (2005) descreveram de patologia das necessidades: não reconhecer e/ou não validar as necessidades próprias; não diferenciar e/ou não relacionar as necessidades próprias; não escolher e/ou não se comprometer com as necessidades próprias; não permitir a satisfação e/ou frustração das necessidades próprias; não atualizar e/ou não transcender as necessidades próprias. Nesta fase preliminar de investigação da tradução do Modelo Dialético de Necessidades Psicológicas para a realidade clínica, foco foi definido operacionalmente de forma vaga, como a presença de algum dos processos relacionados com o ciclo de satisfação da regulação de necessidades (Conceição & Vasco, 2005), sempre que estes indicavam vulnerabilidade ou capacidade a esse nível. Neste sentido, seguindo o paradigma dos momentos significativos (e.g., Elliott 1989; Watson & Rennie, 1994; Timulak, 2010), e também o

paradigma da Task Analysis (e.g Elliott, Watson, Goldman & Greenberg,2004; Safran, Greenberg & Rice1988) foram considerados marcadores de início dos momentos da sessão, os momentos em que de forma mais implícita ou explícita, o trabalho se baseava na análise, reflexão ou processamento de uma qualquer das necessidades em questão. Cada momento termina sempre que este foco se perde, sempre que o trabalho terapêutico deixa de estar centrado naquela necessidade específica, focando-se numa outra necessidade ou numa outra questão do processo terapêutico não especificamente relacionada com necessidades.

Os excertos que se seguem pretendem ilustrar respetivamente um momento implícito e explícito no seguimento das categorias anteriormente descritas:

(...)

*P:Hum hum e ela reagiu muito bem, não houve nenhum ... pronto lá esta também não falamos muito aprofundadamente, mas pronto ela... não pôs nenhum entrave, não perguntou como é que vais fazer? Portanto à partida sinto que tenho também o apoio dela não é...*

*T:Hum hum*

*P: aaa, e pronto... pelo menos essa parte já me deixou mais aliviada, e agora, agora é continuar*

*T: e sentiu a sua mãe desiludida consigo?*

*P: (riu-se) não, e sendo esse o meu medo não è?*

*T: pois, por isso é que eu perguntei, (riram-se)*

*P: Hum hum, não, não a senti desiludida. Aa, aliás até senti que ela, que apesar disto não é, de eu não ter conseguido entregar neste prazo a que me tinha proposto, ate senti que ela estava contente com o trabalho que eu tenho vindo a desenvolver...*

*T:Hum hum*

*P: e não só, não, não senti qualquer tipo de hostilidade... (riu-se)*

*T: e como foi não sentir essa hostilidade?*

*P: foi bom, foi bom sinto-me aliviada, não é. Porque, porque como tínhamos falado na última sessão eu tinha algum receio, mas acho que se confirmou que era mais, mais algo meu, não é...*

(Momento 130320#1)

Neste excerto estamos perante um momento que se considerou implícito de crítica, onde a paciente toma consciência de um sentimento de desilusão em relação ao seu trabalho. A reflexão decorre ao longo do momento sem que a crítica seja explicitamente referida.

(...)

*P: não era tão adaptativa, sim de facto. Porque, aaa, ao invés de me impelir para a ação me bloqueava não é. E sim, aleado a esta situação era também não querer aceitar as evidencias, a realidade, não é, aaa, era quase como se eu fosse andando até ao máximo, até ao limite...*

*T: que IAR é que estava ali na bloqueada?*

*P: na bloqueada não, não, estava a pedir atenção lá está (riu-se), aaa mas não estava a ser dada, não conseguia, estava a ser tapada, não é, como toda a tristeza que fui, fui vivenciando. Fui vivenciando ou não, porque não fui vivenciando, não é, fui tentando tapar. Aaa, a outra não sei, aquela que ... que deixou esta... que deixou, que, que isto chegasse a este ponto, não sei se consigo descrever não é, mas acho que fui ...*

(Momento 130320 #2)

Este excerto é considerado trabalho explícito na necessidade dor, na medida em que conscientemente se processa a forma como a paciente vive a tristeza.

A terapeuta procedeu ainda a uma categorização de cada momento de acordo com a objetividade/subjetividade do foco na necessidade; se o momento se referia a características mais estruturais ou situacionais do paciente (por situacionais entenderam-se os momentos em que a paciente descrevia um sentimento ou comportamento e este era fruto de uma situação específica, quase que reativo; por estruturais entenderam-se todos os momentos em que a análise passava mais por modos habituais e padronizados de funcionamento); ação terapêutica implementada; bem como os processos do paciente face ao momento. A tabela que se segue, pretende exemplificar a análise de um desses momentos.

**Tabela 1- Grelha de análise dos momentos**

Início Foco	Fim Foco	Duração	Descrição	Necessidade	Categorização	PT	Ação Terapêutica
07:01	13.45	06.42	130116#1	Dor; Estima	Dor -Explícito; estrutural  Estima – Implícito estrutural	Fuga da dor; focada nos seus objetivos;	Implicitamente reflexão estima; ampliação da consciência de como o voltar a sentir-se confiante em si e na sua performance a deixa mais satisfeita; Exploração da forma como está a tratar a dor; ampliação de consciência sobre motivação como manobra de segurança para não viver a dor;

Numa fase seguinte, os momentos foram codificados aleatoriamente para posterior avaliação pelas auditoras externas. O objetivo seria que as auditoras não sofressem qualquer influência no que refere ao número da sessão e possível fase do processo; nem contextualizar demasiados diferentes momentos de uma mesma sessão. Desta forma, tentou-se assegurar, tanto quanto possível, que a análise fosse feita exatamente ao nível do trabalho terapêutico de cada momento. As auditoras receberam, então, cada momento em separado tendo depois uma escala de Likert, numerada de 1-5 (onde 1, seria nada correspondente e 5 totalmente correspondente). Mediante descrição

das 4 necessidades específicas em estudo era pedido que avaliassem em que medida aquele momento correspondia a foco em cada uma das necessidades (instruções e escala em anexo- Anexo 5). De acordo com Stiles (2007), a consonância entre diferentes pessoas pode acrescentar valor ao entendimento do caso. Assim, e sendo um dos objetos deste estudo os momentos específicos de trabalho terapêutico focado nas necessidades, a avaliação externa surge como melhor forma de proporcionar alguma validade a esses momentos.

Foi também pedido à paciente que avaliasse alguns momentos (apenas 25% dos momentos para não a sobrecarregar), sendo, a informação proveniente desta avaliação importante, enquanto nova fonte de validade, e para a inferência da concordância entre terapeuta e paciente. Esta inferência irá por sua vez permitir uma maior consciência da experiência da terapeuta, sobre aquelas que foram as suas escolhas ao longo do processo terapêutico, uma vez que, de acordo com Timulak (2010), deve-se ir monitorizando esta concordância, por informar sobre muitos aspetos importantes do processo terapêutico, que o terapeuta pode ir perdendo e também servir para potenciar algumas intervenções terapêuticas na medida em que permite um maior conhecimento da perceção do paciente em relação à psicoterapia.

Estes momentos foram escolhidos aleatoriamente e à semelhança do que se verificou com as avaliadoras externas, foram isolados e codificados, tendo a respetiva escala de avaliação (Anexo 5).

#### *Sequenciação de Fases do Processo*

No que refere à sequenciação das fases do processo terapêutico, a segunda frente de análise deste estudo, a recolha de informação foi feita no final de cada sessão, tendo começado a ser aplicada só no mês de Março, isto é, com dois meses depois de atraso face ao início da recolha dos restantes dados. Coube à terapeuta preencher uma escala (Anexo 3) onde avaliava o trabalho que havia tentado promover em sessão em termos de estratégias gerais de cada uma das fases de sequenciação do processo terapêutico postuladas pelo Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática. Essa avaliação era feita a dois níveis, por um lado em que medida, no decorrer da sessão, considerava ter estado a promover predominantemente determinado tipo de trabalho estratégico com o seu paciente; por outro em que medida avaliava as vulnerabilidades ou capacidades do seu paciente, para processar esses mesmos tipos de trabalho estratégico, relacionado com estratégias gerais em psicoterapia, tal como evidenciadas na sessão.

Como já foi referido, também a paciente avaliou, em dois momentos, o referido Questionário de Promoção e Capacitação de Processamento Estratégias Gerais (Conceição, 2010) (Anexo 4).

#### IV. Análise de Resultados

De acordo com o que foi anteriormente dito, este estudo tem por objetivo observar e compreender o modo como uma psicoterapia direcionada para a regulação das necessidades se desenvolve. Assim, parece pertinente começar por analisar quantitativamente o estado desta capacidades de regulação da satisfação das necessidades antes e depois da terapia.

Como já foi referido, a Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco et al., 2012) (Anexo2), foi aplicada em dois momentos. Num primeiro na 9ª sessão, aproximadamente dois meses após o início do processo terapêutico, e num segundo momento, na 26ª sessão, no fim da recolha de dados. Haviam decorrido aproximadamente 5 meses de processo terapêutico entre o primeiro e segundo momento de avaliação. O que se pretende será verificar se houve, ou não alteração na capacidade do paciente regular a satisfação das suas necessidades.

### 1. Análise Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco et al., 2012)

**Tabela 2- Resultados ERSN 1º e 2º Momentos**

Sub-escalas	Resultado Médio 1º Momento	Resultado Médio 2º Momento	Não Perturbado	Perturbado
Prazer	3.88	4.75	6.1	4.88
Dor	3.33	6.67	5.81	5.5
Proximidade	6.33	7.17	7.13	5.85
Diferenciação	4.20	4.20	5.84	4.91
Produtividade	5.33	6.40	6.32	5.09
Lazer	5.00	5.15	6.31	5.23
Controlo	5.71	5.79	6.11	5.1
Cooperação/Cedência	6.38	6.77	6.61	5.78
Atualização/Exploração	5.75	6.17	6.3	5.64
Tranquilidade	3.64	5.09	5.56	4.3
Coerência	4.83	5.33	6.01	4.78
Incoerência	4.43	5.71	5.46	4.24
Auto-estima	5.75	6.33	5.97	4.47
Auto-crítica	4.00	5.90	6.46	5.93

*Nota:* 1º Momento 22/01/13; 2º Momento 18/06/13; Valores mais baixos correspondem a maior perturbação

Como podemos observar, a paciente apresenta as necessidades de prazer, dor e autocrítica significativamente abaixo do valor médio da perturbação (igual ou superior a 1.00 valor). No que refere às necessidades de diferenciação, lazer e tranquilidade, estas também se verificam abaixo do valor médio da perturbação, ainda assim, de forma menos severa.

Foi no seguimento deste momento de avaliação que se decidiu intervir nos pares dialéticos prazer/dor, autoestima/autocrítica, na medida em que estes pares de necessidades eram os que se apresentavam mais afastadas dos valores para não perturbados.

No que refere à análise do 2º momento de ERSN, podemos verificar que o prazer e a autocrítica ainda que se encontrem abaixo do valor medio da perturbação, apresentam uma subida bastante significativa face ao primeiro momento de avaliação; a dor e a tranquilidade deixaram de estar no valor da perturbação; no que refere à diferenciação, não sofreu qualquer alteração face ao primeiro momento de avaliação; e a subida que se verifica no lazer é muito ligeira, mantendo-se no valor da perturbação.

Relativamente às necessidades a que nos propusemos a observar, verifica-se que todas subiram bastante sendo de realçar a subida nas necessidades de dor e crítica, cuja subida foi superior a 1.00 valor.

De um modo geral, parece poder afirmar-se que a paciente desenvolveu capacidade de reconhecimento, validação e regulação das suas necessidades, o que, de acordo com o Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática permite inferir o aumento do bem-estar psicológico da paciente.

Depois de verificada uma evolução no que à capacidade de regulação da satisfação das necessidades diz respeito, importa conhecer e compreender os processos que se desenvolveram ao longo da terapia. Nesse sentido, de seguida procede-se à análise dos momentos selecionados pela terapeuta.

## **2. Momentos Identificados**

Da análise das 14 sessões gravadas, foram identificados 49 momentos com foco de trabalho nas necessidades previamente escolhidas. Esses 49 momentos traduzem-se em 60 necessidades. Partindo do princípio de que cada sessão tem a duração aproximadamente de 60 minutos, estes momentos correspondem aproximadamente a 5 horas de sessão, o que corresponde a cerca de 31% das 14 sessões analisadas.

### *Terapeuta – Avaliadoras Externas*

Como já foi referido, depois de identificados, os momentos foram codificados e sujeitos a avaliação por duas avaliadoras externas. A tabela que se segue apresenta as avaliações da terapeuta e avaliadoras externas.

**Tabela 3- Momentos- resultados inter-avaliadores**

Momento Data	Necessidade Terapeuta	Consenso 3 de 3	Consenso 2 de 3
130116#1	Dor	✓	
	Estima	✓	
130116#2	Dor	✓	
130116#3	Estima		✓
130116#4	Dor	✓	
130122#1	Dor	✓	
130122#2	Dor		✓
130306#1	Dor	✓	
130306#2	Crítica	✓	
130306#3	Dor	✓	
130306#4	Crítica	✓	
130306#5	Prazer		✓
	Estima		
130313#1	Estima		✓
	Dor	✓	
130320#1	Crítica	✓	
130320#2	Dor	✓	
130320#3	Estima		✓
	Prazer		
	Dor	✓	
130403#1	Crítica		✓
	Estima		✓
130403#2	Crítica		✓
130403#3	Dor	✓	
130409#1	Dor	✓	
130409#2	Dor	✓	
130409#3	Crítica	✓	
130416#1	Crítica	✓	
130416#2	Dor	✓	
130416#3	Dor	✓	
130416#4	Prazer		✓
130423#1	Crítica	X	X
130423#2	Crítica	✓	
130423#3	Crítica	✓	
130423#4	Dor	✓	
130423#5	Crítica		✓
130423#6	Dor	✓	
130507#1	Crítica		✓

**Tabela 3- Momentos- resultados inter-avaliadores cont.**

Momento Data	Necessidade Terapeuta	Consenso 3 de 3	Consenso 2 de 3
130507#2	Crítica		✓
130507#3	Crítica		✓
130507#4	Dor	✓	
130521#1	Prazer		✓
130521#2	Estima		✓
	Dor	✓	
130521#3	Dor	✓	
130521#4	Dor		✓
130528#1	Prazer		✓
130528#2	Crítica	✓	
130528#3	Crítica		✓
	Estima		✓
130528#4	Dor	✓	
130611#1	Dor		✓
130611#2	Crítica		✓
130611#3	Prazer		✓
	Dor		✓
130611#4	Dor		✓
	Crítica		✓
130618#1	Dor	✓	
	Crítica		✓
130618#2	Dor	✓	

*Nota:* Consenso 3 de 3, isto é, consenso entre os três observadores (terapeuta, avaliadora 1 e avaliadora 2); Consenso 2 de 3, consenso entre duas observadoras das três, (terapeuta e uma das avaliadoras externas)

Dos 49 momentos selecionados, onde foram identificadas 60 necessidades, uma vez que, em alguns momentos, encontrava-se em foco mais do que uma necessidade; 27 necessidades foram identificadas com foco em dor; 19 com foco em crítica; 8 com foco em estima; e 6 com foco em prazer.

No que refere a momentos de trabalho terapêutico com foco em Dor: 22 momentos tinham uma concordância de 3/3 (terapeuta, avaliadora 1 e avaliadora 2, estavam em acordo); 5 momentos tinham concordância de 2/3 (terapeuta e uma avaliadora em concordância). Ainda no que refere à dor, verificou-se que em 7 momentos as duas avaliadoras externas identificaram a necessidade dor, sem que esta tenha sido identificada pela terapeuta.

No que refere a momentos de trabalho terapêutico com foco em Crítica: 8 momentos tinham uma concordância de 3/3 (terapeuta, avaliadora 1 e avaliadora 2, estavam em acordo); 10 momentos tinham concordância de 2/3 (terapeuta e uma avaliadora em concordância). Ainda no que refere à Crítica, 1 momento em que

somente a terapeuta identificou, facto que pode dever-se ao à subjetividade do momento não permitir a identificação por avaliadores externos ao processo terapêutico. As avaliadoras externas identificaram 3 momentos de crítica que não foram identificados pela terapeuta.

No que refere a momentos de trabalho terapêutico com foco em Estima: 1 momento tinha uma concordância de 3/3 (terapeuta, avaliadora 1 e avaliadora 2, estavam em acordo); 5 momentos tinham concordância de 2/3 (terapeuta e uma avaliadora em concordância). Ainda no que refere à Crítica, 2 momentos foram apenas identificados pela terapeuta. Neste caso, houve apenas um momento de foco em estima a ser identificado apenas pelas avaliadoras externas.

No que refere a momentos de trabalho terapêutico com foco em Prazer: foram identificados 6 momentos, todos com uma correspondência de 2/3, não tendo sido identificado nenhum momento apenas pelas avaliadoras externas.

A tabela que se segue ilustra o apanhado dos resultados das avaliações entre observadores de acordo com cada uma das necessidades.

**Tabela 4- Avaliação das Necessidades**

Necessidades	Avaliadores Consenso	Prazer	Dor	Estima	Crítica
60	Terapeuta	6	27	8	19
31	3/3	0	22	1	8
26	2/3	6	5	5	10
3	1/3	0	0	2	1
11	0-2	0	7	1	3

*Nota:* 3/3 - três correspondências entre os três avaliadores; 2/3 - duas correspondências entre três avaliadores; 0/2 – correspondência entre avaliadoras externas, sem identificação da terapeuta.

Da análise destes resultados verifica-se, antes de mais, que nas sessões correspondentes ao período de recolha de dados houve um foco significativamente superior em necessidades associadas ao sofrimento e mal-estar do paciente, ligadas a emoções tipicamente associadas a valência negativa, comparativamente com o foco em necessidades associadas ao bem-estar da paciente às que são tipicamente associadas a emoções de valência positiva e agradável, como o prazer e a autoestima. Pode dever-se ao facto de estas também se apresentarem menos desreguladas, como poderemos ver no resultado da medida ERSN e nesse sentido a paciente as identificar como menos problemáticas no seu dia-a-dia; e/ou a um enviesamento ou a um esforço de

responsividade da terapeuta que eventualmente se pode ter focado mais nas necessidades associadas ao sofrimento e às queixas da paciente, numa fase inicial do processo.

No que refere ao consenso entre observadores, das 60 necessidades, 31 estão com concordância entre todos os avaliadores (terapeuta e ambos avaliadores externos), representando aproximadamente 52% dos momentos. No que diz respeito aos resultados 2/3 (investigadora e uma das avaliadoras externas), estas estão presentes em 26 dos momentos identificados, o que representa 43% dos momentos. Os momentos em que apenas a investigadora identificou determinada necessidade, sem que nenhuma das avaliadoras a tenha identificado também, são apenas 3, representando 5% do total dos momentos.

Assim, das 60 necessidades identificadas pela terapeuta, 57 foram também identificadas pelo menos por uma das avaliadoras externas, o que representa 95% das necessidades.

Pode portanto afirmar-se que efetivamente houve trabalho terapêutico com foco nas necessidades psicológicas, avaliado por consenso, ainda que em estudos posteriores possa ser necessário definir operacionalmente melhor “foco em necessidades”.

Importa ainda referir que, em 11 momentos as avaliadoras externas apresentaram concordância na identificação de necessidades que não haviam sido identificadas pela terapeuta. Se atendermos a estes resultados, ficamos com um universo de 71 necessidades onde: 31 estão em acordo entre os três observadores, correspondendo a 44% das necessidades identificadas nos 49 momentos; 37 necessidades identificadas por dois dos observadores, o que corresponde a 52%; e 3 necessidades apenas identificadas pela terapeuta o que corresponde a 4% das necessidades.

Resultado que, uma vez mais, é importante referir é o facto de no mesmo momento várias vezes terem sido identificadas mais do que uma necessidade em foco. Este processo verificou-se, tanto na avaliação dos momentos feita pela terapeuta, como na posterior avaliação por ambas as avaliadoras externas. Permitindo então inferir que, o trabalho de uma necessidade, pode implicar o trabalho de outra.

#### *Terapeuta - Paciente*

No que refere à concordância entre terapeuta e paciente, foram avaliados por ambas 12 momentos, onde se encontravam identificadas pela terapeuta 16 necessidades. Dessas 16 necessidades, 11 foram também identificadas pela paciente o que significa

69% das necessidades identificadas por ambas. Não havendo, portanto consenso em 5 necessidades, equivalente a 31% das necessidades avaliadas. A tabela que se segue agrupa os resultados das avaliações dos momentos entre Terapeuta e Paciente.

**Tabela 5- Avaliação Necessidades Terapeuta/Paciente**

Momento Data	Necessidades Terapeuta	Necessidades Paciente
130116#1	Estima Dor	✓ X
130122#2	Dor X	✓ Estima
130320#1	Crítica X	✓ Prazer
130409#1	Dor	✓
130423#1	Crítica X	X Dor
130507#3	Crítica X X	✓ Dor Estima
130507#4	Dor X	✓ Crítica
130521#2	Estima Dor	X ✓
130528#2	Crítica X	✓ Estima
130611#3	Prazer Dor X	✓ X Estima
130618#1	Dor Crítica X	X ✓ Estima
130618#2	Dor	✓

*Nota:* X- não se verificou correspondência;

Importa ainda realçar que a paciente identificou nos referidos 12 momentos, 9 necessidades que não haviam sido identificadas pela terapeuta. Assim, se adicionarmos essas necessidades às identificadas pela terapeuta, ficamos com um universo de 25 necessidades identificadas nos 12 momentos aleatoriamente selecionados. Verificando-se concordância apenas entre 11. Neste caso, das necessidades identificadas quer pela terapeuta, quer pela paciente nos 12 momentos selecionados, verifica-se uma concordância de 44%.

Um outro resultado que deve ser considerado transversal à identificação da terapeuta, das avaliadoras externas, bem como da paciente, é o facto de num mesmo momento poder ser identificado foco em mais do que uma necessidade. O que mais uma vez sugere que trabalhar uma necessidade pode implicar trabalho de outras.

#### *Momentos de trabalho focado em necessidades*

Do exposto até aqui, podemos considerar que houve trabalho terapêutico “focado nas necessidades psicológicas”, ou pelo menos, com acordo entre avaliadores, foram identificados momentos de “trabalho focado em necessidades”.

Assim, neste momento importa perceber o que será este trabalho. Quais as características destes momentos, numa tentativa de conceptualização daquela que pode ser uma forma de ajudar os pacientes na regulação das suas necessidades, e portanto contribuir para o seu bem-estar psicológico.

Como foi anteriormente dito, a terapeuta selecionou os momentos e analisou-os. Posteriormente esses momentos foram também analisados por duas avaliadoras externas e daí resultou consenso entre observadores em 31 das 60 necessidades. As tabelas que se seguem, agrupam o resultado da análise desses momentos consensuais relativamente ao trabalho terapêutico que se efetuou para cada necessidade. Em Anexos Confidencias, encontra-se uma tabela com estes momentos e respetivos excertos que pretende ilustrar esse trabalho.

**Tabela 6- Análise dos momentos Consensuais - Dor**

Dor
130116#1
✓ Exploração da forma como está a tratar a dor;
✓ Ampliação de consciência sobre motivação enquanto manobra de segurança para não viver a dor;
✓ Observar forma como trata de si.
130116#2
✓ Ampliação da consciência de um padrão de resposta às emoções menos boas;
✓ Reflexão/ aceitação da inevitabilidade de experienciar emoções más.
130116#4
✓ Ampliação da consciência sobre a forma como não se permitia sentir dor;
✓ Identificação de padrões potencialmente disfuncionais;

- 
- ✓ Ampliação da consciência da forma como se relaciona com os outros e os outros consigo;
  - ✓ Formular novas explicações para determinadas situações potencialmente desadaptativas, nomeadamente o não partilhar com ninguém as suas tristezas e dor.

130122#1

- ✓ Exploração/reflexão sobre forma como pensa o sofrimento;
- ✓ Explorar efeitos da aprendizagem que conquistou ao viver/experienciar esse sofrimento.

130306#1

- ✓ Dessensibilização à dor através da validação da sua causa;
- ✓ Comparação de uma IAR anterior com a atual.

130306#3

- ✓ Ampliação da consciência;
- ✓ Hipóteses alternativas explicativas do seu comportamento - Reflexão IAR anterior e a atua;
- ✓ Reflexão sobre padrão habitual de funcionamento.

130313#1

- ✓ Realçar conquistas em relação ao início de processo;
- ✓ Ampliação da consciência de eventual comportamento de fuga à dor.

130320#2

- ✓ Ampliação da consciência sobre a forma como se relaciona consigo;
- ✓ Promoção de egodistonia, para aceitação de diferentes partes de si;
- ✓ Contato/consciencialização de emoções de diferentes partes de si.

130320#3

- ✓ Reflexão sobre forma como se relaciona consigo;
- ✓ Ampliação da consciência; aceitação empática.

130403#3

- ✓ Ampliação de consciência sobre eventuais crenças disfuncionais;
- ✓ Reflexão sobre modos habituais de funcionamento;
- ✓ Exploração eu ideal vs. Eu real;
- ✓ Ampliação da consciência sobre a forma como se relaciona consigo.

130409#1

- ✓ Exploração e validação de emoções e preocupações;
- ✓ Reflexão sobre formas alternativas de ultrapassar dificuldades.

130409#2

- ✓ Reflexão sobre prós e contras da decisão;
- ✓ Reflexão sobre receio do futuro.

130416#2

- ✓ Validação das emoções/promover maior aceitação;
- ✓ Explorar receios.

---

130416#3

- ✓ Estratégias alternativas;
- ✓ Promoção de maior aceitação;
- ✓ Explorar receios.

130423#4

- ✓ Validação das diferentes emoções;
- ✓ Promover egodistonia.

130423#6

- ✓ Ampliação da consciência, promover aceitação;
- ✓ Procura de estratégias alternativas que pudessem alterar ou apaziguar o seu sofrimento.

130507#4

- ✓ Ampliação da consciência;
- ✓ Promover aceitação de certas características para as quais se apresentou bastante crítica.

130521#2

- ✓ Exploração de sentimento de autoeficácia;
- ✓ Ampliação da consciência sobre alguns processos psicológicos que possam ter ocorrido durante o processo;
- ✓ Promover maior aceitação da fase de sofrimento porque passou.

130521#3

- ✓ Perceber experiências problemáticas à luz do passado;
- ✓ Reflexão sobre conquistas/ nova formulação do problema.

130528#4

- ✓ Reflexão sobre forma como cuida de si, forma como vive a dor;
- ✓ Procurar significados explicativos para a dor que viveu.

130618#1

- ✓ Reflexão sobre modo habitual de funcionamento;
- ✓ Procurar novas explicações para situações dolorosas.

130618#2

- ✓ Explorar novas formas de viver emoções.
- 

Como podemos observar, na Tabela 6, o trabalho desenvolvido ao longo destes momentos passa essencialmente pela exploração e pela ampliação da consciência sobre a forma como a paciente vive a dor, observação e reflexão sobre eventuais de padrões de resposta a determinadas situações dolorosas, promoção de maior aceitação realçando e valorizando, em simultâneo o trabalho já conquistado.

**Tabela 7- Análise dos Momentos Consensuais - Crítica**

---

Crítica
130306#2
✓ Promoção de maior aceitação através da validação das razões que a levaram a tomar a decisão;
130306#4
✓ Exploração;
✓ Ampliação de consciência da forma como se relaciona consigo.
130320#1
✓ Reflexão sobre receio em contar à mãe – forma como se relaciona com os outros, medo da desilusão;
✓ Ampliação da consciência de como a principal crítica ao prolongar do prazo era a própria.
130409#3
✓ Procura de cenários que expliquem e validem a decisão que tomou;
✓ Ampliação da consciência para uma certa inevitabilidade da vida;
✓ Valorização de pequenas conquistas.
130416#1
✓ Reflexão sobre causas de não estar a ter o rendimento que esperava;
✓ Reflexão sobre comportamentos alternativos que possam facilitar a tarefa.
130423#2
✓ Ampliação da consciência para diferentes papéis, com diferentes emoções associadas; Egodistonia.
130423#3
✓ Validar diferentes papéis, com diferentes emoções associadas;
✓ Ampliação da consciência.
130528#2
✓ Explorar diretamente o perfeccionismo, que aponta como crítica;
✓ Ampliação da consciência;
✓ Promover maior aceitação de características da paciente.

---

À semelhança do que se verificava nos momentos de dor, identifica-se um trabalho direcionado à consciência da experiência, motivação, reconhecimento e aceitação de comportamentos relativos à autocrítica, conforme pode ser observado na Tabela 7.

**Tabela 8- Análise dos Momentos Consensuais - Estima**

Estima
130116#1 – Ampliação da consciência de como voltar a sentir-se confiante em si e na sua performance a deixa mais satisfeita;

No que refere a momentos de Estima (ver tabela 8), apenas um evento significativo foi consensual, o que não nos permite observar o trabalho desenvolvido no sentido da sua regulação.

Relativamente ao Prazer, não se verificou concordância em nenhum dos momentos, não sendo por isso possível analisar o trabalho desenvolvido a esse nível.

### **3. Articulação entre Modelos: Necessidades Psicológicas e de Fases do Processo Terapêutico**

A tabela que se apresenta de seguida, reflete os resultados do Questionário de Promoção e Capacitação de Estratégias Gerais (Conceição, 2010), que foi preenchido pela terapeuta no final de cada sessão. Para chegar a estes resultados, foi feita a média aritmética de cada uma das fases. Parece pertinente considerar que o processo se encontra numa fase, sempre que a sua pontuação for superior a 5, na medida em que 5, no Questionário de Promoção e Capacitação de Processamento de estratégias Gerais (Conceição, 2010), (Anexo3), corresponde a *Bastante Descritivo*, levando-nos a crer que o trabalho já é bastante descritivo dessa fase.

**Tabela 9- Avaliação de Fases do Processo Terapêutico**

Sessão Data	Fases						
	1	2	3	4	5	6	7
06/03/13	6.6	5.2	4.8	3.6	1.8	2.0	3.0
13/03/13	6.8	6.8	5.8	4.2	2.2	2.0	2.8
20/03/13	6.8	6.2	5.6	3.0	1.6	2.0	2.4
03/04/13	7.0	6.0	5.4	2.8	3.0	2.6	2.2
09/04/13	7.0	6.0	4.6	2.4	2.0	2.2	2.0
16/04/13	7.0	5.8	5.0	3.6	2.0	2.0	1.4
23/04/13	7.0	6.0	5.2	4.4	3.4	3.0	2.4

**Tabela 9- Avaliação de Fases do Processo Terapêutico cont.**

Sessão Data	Fases						
	1	2	3	4	5	6	7
07/05/13	7.0	6.8	5.6	4.6	3.0	3.0	2.2
21/05/13	7.0	5.6	5.2	4.0	2.8	2.4	3.2
28/05/13	7.0	6.8	5.0	3.4	2.4	3.0	2.0
11/06/13	7.0	6.8	6.0	5.6	4.6	4.4	4.0
18/06/13	7.0	6.4	5.6	5.2	4.0	4.2	4.0

*Nota:* A cinzento consideram-se a fase em que o paciente se encontra, tendo sido considerados os valores iguais ou superiores a 5 para esta consideração.

Como podemos ver, ao longo destes 3 meses de processo terapêutico que foram avaliados, o processo oscilou entre fase 2 e 3, tendo nas duas ultimas duas sessões chegado a fase 4, no entanto, será mais seguro afirmar que o processo se encontra entre a fase 3 e 4.

Como foi dito, a paciente preencheu também o Questionário de Promoção e Capacitação de Processamento de estratégias Gerais (Conceição, 2010), (Anexo3), em dois momentos. Um primeiro, no primeiro momento em que foi preenchido também pela terapeuta e no fim do processo de recolha de dados. Os resultados foram calculados da forma anteriormente descrita e encontram-se em anexo (Anexo 6). A avaliação entre ambas é diferente, estando a da paciente sempre superior em relação à da terapeuta, sendo a discrepância maior, no segundo momento de avaliação.

A tabela que se segue refere os objetivos estratégicos sugeridos pelo Modelo da Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico objetivo ultimo deste trabalho avaliar a medida em que esses objetivos estratégicos se encontram nos excertos anteriormente referidos em Anexo Confidencial.

**Tabela 4- Correspondência Fases/Momentos**

Fase2	Presente nos momentos analisados
1. Sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo/a	✓
2. Explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm para si próprio/a	✓
3. Ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a)	✓
4. Traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção e comportamento)	✓
5. Tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito	✓

**Tabela 5- Correspondência Fases/Momentos cont.**

<b>Fase3</b>	<b>Presente nos momentos analisados</b>
1. Identificar padrões existentes nos eus modos habituais de funcionamento	✓
2. Superar processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores	✓
3. Formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamentos problemáticos	✓
4. Compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades	✓
5. Perceber as suas experiências problemáticas à luz de circunstâncias do passado ou do presente	✓
<b>Fase 4</b>	
1. Assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido	✓
2. Assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer eles correspondam, ou não, às expectativas dos outros	✓
3. Reconhecer que só ele/a é o agente ativo das suas próprias escolhas	✓
4. Compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais	✓
5. Perceber que é ele(a) que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades	✓

*Nota:* V – trabalho encontrado

O trabalho terapêutico encontrado nos momentos analisados, corresponde aos pressupostos pelo Modelo da Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico, para as fases anteriormente referidas.

Na Tabela que se segue pretende-se ilustrar a correspondência entre necessidades identificadas nos momentos consensuais e a fase do processo terapêutico em que esses momentos se encontravam.

**Tabela 11- Correspondência Necessidades/Fases**

	06/03	13/03	20/03	03/04	09/04	16/04	23/04	07/05	21/05	28/05	18/06
<b>1</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dor#1, Dor#3					Dor#2, Dor#2						
<b>2</b>					Crítica #2, Crítica #4						

**Tabela 11- Correspondência Necessidades/Fases cont.**

	06/03	13/03	20/03	03/04	09/04	16/04	23/04	07/05	21/05	28/05	18/06
<b>3</b>	-	Dor#1	Dor#2, Dor#3 Crítica #1	Dor#3	-	D#2, D#3 Crítica #1	Dor#4, Dor#6 Crítica #2, Crítica #3	Dor#4	Dor#2, Dor#3	Dor#4 Crítica #2	-
<b>4</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Dor#1, Dor#2
<b>5</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>6</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>7</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Nota:* Necessidade alvo de trabalho terapêutico e identificação do respetivo momento significativo.

Concordantemente com a avaliação que foi feita sobre as fases do processo terapêutico (ver tabela 9), podemos efetivamente observar que houve mais momentos de trabalho terapêutico referentes aos objetivos estratégicos das fases dois e três, e só nas últimas sessões é que se começa a verificar algum trabalho de fase 4.

Dos momentos analisados, podemos ainda referir trabalho ao nível da validação, ampliação da consciência, consciência da experiência e momentos de aceitação empática com o objetivo de proporcionar uma boa e forte aliança terapêutica.

## V. Discussão e Conclusões

Como foi anteriormente dito, um dos objetivos da presente investigação é perceber se houve ou não melhoria na capacidade da regulação da satisfação das necessidades, por parte da paciente em estudo. Mais especificamente, pretende-se perceber a forma como se articulam o Modelo de Necessidades Psicológicas e o Modelo de Sequenciação de Fase do Processo Terapêutico, postulados do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, num caso de prática clínica.

A partir da análise da Tabela 2, podemos verificar que há uma incrementação na capacidade de regulação da satisfação das necessidades por parte da paciente. De acordo com Vasco (2009a, 2009b) e diversos estudos (e.g. Conde & Vasco, 2012; Bernardo & Vasco, 2011; Rucha & Vasco, 2011; Fonseca & Vasco, 2011; Calinas & Vasco, 2011; Rodrigues & Vasco, 2010), este resultado pressupõe que a paciente experimenta, no 2º momento de avaliação, níveis de bem-estar mais elevados, comparativamente com o primeiro momento. Se atendermos à conceptualização que Conceição e Vasco (2005) fazem de patologia das necessidades podemos concluir que existe uma boa probabilidade da paciente ter melhorado pelo menos algumas das suas capacidades em termos de reconhecimento e/ou validação das necessidades próprias; diferenciação e/ou relação entre as suas necessidades; escolher atender às suas necessidades; permitir a satisfação e/ou frustração das necessidades; atualizar e/ou transcender as suas necessidades. Os resultados obtidos não permitem depreender exatamente a alteração que se verificou ao nível destas competências, se uma competência se desenvolveu mais que outra, ou se o desenvolvimento se dá simultaneamente ao nível de diferentes competências, ou ainda se existe uma sequencialidade na sua aquisição. No entanto, os resultados obtidos, parecem mostrar uma certa sequencialidade na aquisição destas competências. Eventualmente, antes de conseguir diferenciar e/ou relacionar as suas necessidades o paciente terá primeiro de reconhecê-las e validar a sua importância, mas esta hipótese, não passa de uma sensação da terapeuta, proveniente do processo terapêutico, pelo que seria interessante em estudos futuros atender a esta questão de forma mais sistemática. Este pode ser um bom indicador de tomada de decisão clínica, contribuindo para a promoção do bem-estar dos pacientes através da capacitação destas valências.

No seguimento dos resultados do ERSN, como podemos verificar, ainda que nos tenhamos proposto a trabalhar apenas os pares dialéticos de prazer/dor, autoestima/autocrítica, verifica-se um aumento nos resultados do segundo momento de avaliação, face ao primeiro momento, em todas as necessidades à exceção da necessidade de *Diferenciação*. Este facto sugere que, à partida quando trabalhamos uma necessidade podemos estar também a desenvolver as outras, isto é, a capacitação do paciente para a identificação, reconhecimento, aceitação, validação de uma necessidade, pode eventualmente ajudar no que à regulação da satisfação de outras necessidades diz respeito. Contudo, este resultado deve ser confirmado em estudos futuros, bem como observado, para que possamos encontrar eventuais promotores desta subida generalizada da capacidade de Regulação da Satisfação das Necessidades.

A partir destes resultados, parece poder afirmar-se que o trabalho que se efetuou interferiu diretamente com a capacidade de regulação da satisfação das necessidades e nesse sentido, era também objetivo deste estudo explorar o tipo de trabalho efetuado, numa tentativa de operacionalizar “trabalho terapêutico com foco em necessidades psicológicas” à luz dos objetivos estratégicos propostos pelo Modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico. Para esse fim, partiu-se da análise efetuada pela terapeuta que foi posteriormente analisada por duas avaliadoras externas, bem como pela paciente do estudo. Como se pode verificar nas Tabelas 3, 4 e 5.

De acordo com Stiles (2007), o acordo entre avaliadores vem conferir validade aos construtos avaliados e nesse sentido, se atendermos aos resultados, verifica-se que das 60 necessidades identificadas pela terapeuta, 57 foram identificadas também por pelo menos uma das avaliadoras o que representa 95% dos momentos selecionados. Se atendermos ainda às necessidades identificadas apenas pelas avaliadoras nos 49 momentos, mesmo que não tenham sido identificadas pela terapeuta, ficamos com um universo de 71 necessidades identificadas, onde 68 têm acordo entre duas das observadoras (não sendo a terapeuta necessariamente uma das observadoras), o que representa 96% das necessidades.

Se simultaneamente considerarmos o facto de que houve alteração na capacidade de regulação da satisfação das necessidades, o que pressupõe que se desenvolveu trabalho neste sentido, e que dos momentos selecionados se encontra concordância entre observadores na seleção de momentos de “trabalho terapêutico focado em necessidades” em 96% dos casos, parece poder afirmar-se que eventualmente haverá um trabalho específico que pode ser maior promotor de mudança nesta capacidade.

A concordância entre a terapeuta e a paciente no que refere à análise destes momentos é de 44%, sendo consideradas também as necessidades identificadas apenas pela paciente. Como seria de esperar (e.g. Timulak 2010), a concordância entre a terapeuta e a paciente é bastante inferior.

Uma das grandes limitações deste estudo prende-se com a dificuldade de operacionalizar “trabalho focado em necessidades”. Inicialmente estabeleceu-se que, se consideraria o fim dos momentos de foco sempre que este terminasse ou sempre que este mudasse de necessidade, e como podemos ver, é recorrente nas análises feitas quer pela terapeuta, avaliadoras externas e também paciente, encontrar momentos de foco onde são identificadas mais do que uma necessidade. Este resultado sugere a necessidade de operacionalizar melhor “momento de foco em necessidades”, por outro lado, denuncia uma vez mais, que eventualmente o trabalho de uma necessidade pressupõe trabalhar outras, o que constitui um desafio em termos metodológicos, o operacionalizar melhor “momento de foco em necessidades” com marcadores de início e marcadores de fim desse determinado momento significativo. Esta conclusão parece ganhar força, se atendermos aos resultados do 1º e 2º momentos de avaliação do ERSN, uma vez que, como já foi dito, se verifica um incremento da capacidade de regulação da satisfação das necessidades em todos os pares dialéticos, mesmo nos que não foram trabalhados de forma sistemática diretamente neste estudo. Haver melhoras em algo que não foi alvo sistemático do trabalho terapêutico, ou que não foi alvo de medida precisa, evidencia que após este estudo preliminar outros estudos deverão procurar perceber melhor este fenómeno.

Numa tentativa de perceber melhor o que foi feito, o que será este trabalho “focado em necessidades psicológicas” foram analisadas as necessidades identificadas, mas apenas as que tinham concordância entre as três avaliadoras, isto é, terapeuta, avaliadora 1 e avaliadora 2. Parte-se do princípio de que estes possam ser os momentos mais claros de trabalho “focado em necessidades”, na medida em que terá sido unanime a sua identificação. Ainda assim, saliente-se que os critérios de codificação utilizados possam ser ainda demasiado brandos e vagos, pelo que será necessário rever o processo de codificação em estudos futuros. Como se pode ver, na Tabela 10, a partir da análise dos momentos consensuais, foi encontrado trabalho terapêutico correspondente a cada um dos objetivos estratégicos sugeridos pelo modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico. Esta é outra frente da presente investigação, perceber a forma

como o trabalho terapêutico desenvolvido se movimenta ao longo das fases propostas pelo Modelo de Sequenciação de Fases do Processo Terapêutico.

A partir da Tabela 11, podemos verificar que há mais momentos de trabalho terapêutico característico de fase 2 e 3, se juntarmos a estes resultados os da Tabela 9, verifica-se que o processo terapêutico estudado corresponde principalmente a estas fases, assim, tendo em conta Conceição (2005, 2010) e Vasco (2006), os resultados levam-nos a pensar que terão sido cumpridos os objetivos de cada fase, dotando a paciente de capacidades necessárias às fases que se seguem. Como se pode ver também na Tabela 11, a evolução ao longo das fases foi acontecendo de acordo com o esperado, na medida em que à fase 2 correspondem essencialmente momentos ocorridos nos primeiros meses analisados para esta investigação (de janeiro a abril), à fase 3 correspondem poucos momentos das sessões de início de processo e maioritariamente os momentos identificados correspondem a sessões dos meses de abril e maio; e os momentos de fase 4 além de serem significativamente menos, correspondem maioritariamente à fase final do processo, mês de Maio e Junho.

Assim, o presente estudo, demonstra o potencial do Modelo de Complementaridade Paradigmática enquanto ferramenta de análise e conceptualização da evolução dos pacientes, no que à capacidade de regulação da satisfação das necessidades, e à capacidade de processamento de estratégias gerais diz respeito. Isto realça a importância deste meta-modelo enquanto auxiliar de tomada de decisão clínica. Os resultados deste estudo parecem revelar que o trabalho terapêutico em torno das necessidades psicológicas poderá ser um foco a desenvolver ao longo das fases do processo terapêutico, na medida em que, os objetivos estratégicos de cada fase parecem ser úteis ao desenvolvimento da capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Como foi anteriormente dito, há uma sensação percebida pela terapeuta ao longo do processo de que a aquisição das competências necessárias à regulação da satisfação das necessidades parece desenvolver-se sequencialmente ao longo das fases.

Para a prática clínica, o presente estudo veio realçar a possibilidade de dirigir a intervenção às necessidades psicológicas através da implementação (pelo terapeuta) capacitação (por parte do paciente) dos objetivos estratégicos de cada fase do processo terapêutico.

Ao nível da formação, treino e supervisão veio realçar a necessidade de avaliar a capacitação dos pacientes, na medida em que, a monitorização dos resultados tem sido considerada fonte de informações valiosas para os clínicos (Boswell, Castonguay &

Wasserman, 2010), permitindo um acompanhamento constante dos pacientes, o que fornece, por sua vez, evidências para uma tomada de decisão clínica informada (Levant & Hasan, 2008).

Podemos então considerar, a partir de evidências do MCP, que foi desenvolvida uma intervenção, que ao nível de resultado contribuiu para a regulação da satisfação das necessidades e que, conseqüentemente terá contribuído para o aumento do bem-estar da paciente em estudo, fornecendo assim, nova evidência que, mediante confirmação em estudos futuros, poderão contribuir para o desenvolvimento de uma psicoterapia direcionada à regulação das necessidades psicológicas, cuja regulação da satisfação é essencial ao bem-estar, bem como à capacidade de processamento de estratégias gerais, uteis à resolução dos desafios da vida quotidiana. Isto de forma integrativa, independentemente da perturbação específica do paciente e independentemente das afiliações teóricas do terapeuta.

#### *Principais Limitações do Estudo*

Uma das principais limitações prende-se com o facto da dificuldade sentida em operacionalizar “momentos de foco em necessidades psicológicas”, como já foi referido, inicialmente foi estabelecido que o “fim de foco” seria sempre que se perdesse o foco na necessidade identificada ou sempre que se mudasse para uma outra necessidade e efetivamente essa decisão veio a perder-se na medida em que, a reflexão sobre uma qualquer das necessidades abordadas neste estudo levava muitas vezes à reflexão sobre o seu par dialético, ou até mesmo de outra necessidade. Além disso, como se viu nos resultados e conclusões, foi frequente encontrar trabalho terapêutico em mais do que uma necessidade em vários dos momentos selecionados.

Considera-se também limitação do presente estudo o facto de a terapeuta ser simultaneamente investigadora. Se por um lado a análise dos resultados pode ser feita com um maior conhecimento do caso, por outro lado, este conhecimento pode também contribuir para o enviesamento da análise. Mais especificamente, considera-se que este enviesamento pode, eventualmente estar na origem da décalage que se encontra entre momentos de foco em dor comparativamente com as outras necessidades (Tabela 4). A paciente do estudo apresentava forte sintomatologia depressiva e nesse sentido, pode ter muitas vezes sido opção da terapeuta abordar esta necessidade por considerar mais benéfica ao quadro clínico da paciente. Ainda assim, foram tomadas medidas para tentar reduzir este efeito, nomeadamente o facto de os dados só terem começado a ser

analisados depois de terminado o processo de recolha de dados, de modo a não condicionar nem o processo terapêutico, nem a recolha de dados para efeitos de pesquisa.

Ainda no que refere aos momentos identificados, verifica-se um foco significativamente superior no que a necessidades com valência negativa, ou mais tipicamente associadas ao sofrimento e mau estar do paciente, diz respeito, isto é, à dor e a crítica, em comparação com os seus pares dialéticos prazer e estima. Este facto pode dever-se à pouca experiência na prática clínica da investigadora e nesse sentido ter uma necessidade maior de agir tendo em conta o alívio sintomático da paciente.

Podemos ainda considerar limitação desta investigação o facto da análise dos excertos dos momentos identificados ter sido feita apenas pela investigadora, uma vez que, por ter pouca experiência em prática clínica pode eventualmente ter “deixado escapar” alguma informação rica dos excertos das sessões.

Considera-se ainda uma limitação o facto do processo analisado ser de curta duração (de Janeiro a Junho), o que poderá ser pouco tempo para assegurar a consistência das capacidades estruturais de processamento desenvolvidas pelo paciente. O Meta-modelo propõe que os resultados são mais sólidos quando as componentes das fases precedentes estão suficientemente asseguradas, nesse sentido, serão importantes novos estudos que permitam articular a componente de promoção das estratégias de cada fase por parte do terapeuta com a capacidade estruturais desenvolvidas pelos pacientes, de modo a obter melhores resultados terapêuticos. (Conceição, 2005, 2010).

### *Implicações para estudos futuros*

Tendo em conta as conclusões apresentadas, pensa-se que investigações futuras devem ser feitas no sentido de confirmar estes resultados na medida em que, esta pode ser uma boa forma de intervir no bem-estar dos pacientes, como vimos com a paciente do estudo.

Pensa-se que estudos futuros devem operacionalizar melhor os momentos de “foco em necessidades”, nomeadamente ao nível de marcador de início de foco e fim de foco, para que se consiga melhor perceber o que se passa durante esses momentos ao nível de trabalho terapêutico.

Uma das grandes conclusões deste estudo passa pela hipótese de que o trabalho de uma necessidade pode eventualmente representar desenvolvimento para as outras necessidades e nesse sentido seria importante replicar estes resultados com outros

estudos de caso semelhantes, na medida em que, este é um exemplo prático de um caso específico, com características específicas. Assim, seria muito importante desenvolver mais estudos que ilustrem os mesmos processos com outros pacientes com diferentes características, em diferentes contextos, e com diferentes necessidades de modo a obter uma gama mais ampla de exemplos de processos de mudança ao nível da capacidade de regulação da satisfação das necessidades.

Por fim, gostaria de realçar a importância do desenvolvimento e publicação de investigação ao nível de estudos de caso, na medida em que, como vários autores sugerem, (e.g. McLeod & Cooper, 2011; McLeod & Elliott, 2011), estes são uma fonte fundamental na formação de terapeutas, bem como uma fonte preciosa de informação para o exercício da prática clínica.

## VI. Referencias Bibliográficas

Bernardo, F., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia: Relação com bem-estar e mal-estar psicológicos* (Dissertação de mestrado).

Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford University Press.

Boswell, J. F., & Castonguay, L. G. (2007). Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy*, 44(4), 378-83.

Calinas, L. & Vasco, A. B. (2011). *Regulação da satisfação das necessidades de exploração e tranquilidade: relações com o bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de Mestrado).

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press.

Conde, E., & Vasco, A. B. (2012). *Dialética de Polaridades de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas: Relação com o Bem-estar e Distress Psicológicos* (Dissertação de Mestrado).

Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

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, A.B. (2005). *Olhar para as necessidades do Self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio*. *Psychológica*, nº 40, pp. 55-79.

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

Dozois, J. A. (2012). Psychological Treatments: Putting Evidence into Practice and Practice into Evidence. *Canadian Psychology* Vol 54, nº 1, 1-11.

Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*, 249-286.

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.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Ferreira, J. F., Conceição, N., & Vasco, A. B. (2011). Movimentação e diferenciação narrativa ao longo do processo terapêutico: Um estudo de caso longitudinal à luz do modelo de complementaridade paradigmática. *Psicologia*, vol. XXV(1). Edições Colibri, Lisboa, pp. 173-201.

Fonseca, T., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidade psicológica de controlo/cedência: Relação com bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de mestrado).

Greenberg, L. S. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 143-152.

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

Hartley, J. (2004). Case study research. *Essential guide to qualitative methods in organizational research, 323-333*.

Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 3-24.

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 61*(3), 373-380. doi:10.1037/0022-006X.61.3.373.

Honos- Webb, L. & Stiles, W. B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal Of Psychotherapy Integration, 12*(4), 406-420.

Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: single-case research in psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 61*(3), 371-372. doi:10.1037/0022-006X.61.3.371.

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) (4<sup>th</sup> edition). New York: John Wiley & Sons.

Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(6), 658.

Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 314.

McLeod, J. (2010). *Case study research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

McLeod, J., & Cooper, M. (2011). A protocol for systematic case study research in pluralistic counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Review - British Psychological Society*, 26(4), 47-58.

McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: a practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

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., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 127-132.

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.

Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2007). *Evidence-based practices in mental health*. American Psychological Association.

Reed, G. M. (2007). Clinical Expertise. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant, *Evidence-based practices in mental health Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*.(13-23). American Psychological Association.

Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. New York: Guilford Press.

Rucha, S., & Vasco, A. B. (2011). *Necessidade psicológica de produtividade/lazer: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado).

Rodrigues, C., & Vasco, A. B. (2010). *Necessidade psicológica de coerência/incoerência: Relação com bem-estar e distress psicológico* (Dissertação de mestrado).

Rodrigues, P. R. A., & Conceição, N. (2012). *Observação Clínica e Verificação Empírica: Um Estudo de Caso sobre Sequenciação do Processo Terapêutico* (Dissertação de Mestrado).

Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*, 1ª. Edição, Lisboa, Padrões Culturais Editora.

Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 1.

Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127.

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

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305-314.

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., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386.

Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um Modelo integrative de complementaridade paradigmática. *Psicologia*, 15, pp. 218-226.

Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: variedade e integração. *Psicológica*, nº40, pp. 11-36.

Vasco, A. B. (2006). Entre Nuvens e Relógios: Sequência Temporal de Objectivos Estratégicos e Integração em Psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.

Vasco, A. B. (2009a). *Regulation of Needs Satisfaction as the Touchstone of Happiness*. Comunicação apresentada na 16ª Conferência da European Association for Psychotherapy – Meanings of Happiness and Psychotherapy – Lisboa.

Vasco, A. B. (2009b). *Sinto, Logo Também Existo!* Comunicação apresentada no III Seminário Espaço S 2009 – Emoções e Juventude – Abordagem Psicológica das Emoções – Cascais.

Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 500.

# **Anexos**

## **Consentimento informado para o paciente**

Investigadora: Soraia de Castro Nunes Cristo

Orientador da Investigação: Professor Nuno Conceição

O presente estudo insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Psicologia – núcleo de Psicoterapia Cognitivo Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Na sequência do pedido de autorização para gravação das sessões de psicoterapia venho por este meio pedir o consentimento para usar as mesmas, no âmbito de uma investigação sobre a capacidade do paciente regular a satisfação das suas necessidades. Esta investigação basear-se-á no estudo da evolução da capacidade do paciente para regular a satisfação das suas necessidades ao longo de determinadas fases do processo.

Serão analisadas de forma sistemática algumas sessões (aproximadamente 2 meses de terapia), sendo tomadas todas as medidas necessárias para que as gravações permaneçam seguras e confidenciais. O material de vídeo será parcialmente transcrito e não sai do controlo do investigador que não o disponibiliza em formatos facilmente violáveis ou roubados. As transcrições são prontamente revistas de forma a omitir/alterar todos os dados identificativos do paciente, respeitando-se o anonimato. O resultado desta proteção será partilhado com o paciente sendo necessária a sua aprovação em como se sente protegido, e caso necessário, serão feitas alterações no sentido de ir ao encontro a algum pedido de alteração ou omissão específico não contemplado anteriormente.

Para além deste uso do material para fins académicos, a investigadora compromete-se a não fazer uso público (meio físico ou eletrónicos; e.g. internet) de qualquer excerto destas sessões nem a manipular e/ou descontextualizar imagens ou excertos em que terapeuta ou paciente intervêm, exceto se negociar com eles algum tipo de permissão escrita.

Qualquer questão que tenha relativamente à sua participação ou à investigação, a investigadora/terapeuta estará disponível para esclarecer ou fornecer informação adicional, se necessário.

Eu li, compreendi e concordo com este consentimento informado, pelo que aceito participar neste estudo se todos os requisitos acima referidos forem satisfeitos.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua colaboração!

**Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN)**  
(Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Conde, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues & Rucha, 2012)

**Instruções**

Seguidamente apresentam-se uma sequência de afirmações relativas a características e vivências pessoais. Por favor, leia com atenção cada uma delas e responda, assinalando o seu grau de acordo ou desacordo numa escala de 1 a 8. **O número “1” significa que “discorda totalmente” e o “8” que “concorda totalmente”.** A linha divisória entre o “4” e o “5” separa as zonas de desacordo e de acordo. Quanto mais elevado for o número selecionado, maior é o grau de acordo.

1 a 4 Discordo				5 a 8 Concordo			
1	2	3	4	5	6	7	8

**Dados Pessoais**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M  | F

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Data de Realização:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Discordo				Concordo			
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Tenho prazer em colaborar com outros.								
2. Gosto de fazer coisas não planeadas ou não ensaiadas previamente.								
3. Sou capaz de me proporcionar mimos.								
4. Sinto que errar possa ser uma oportunidade de aprendizagem.								
5. Sou tolerante comigo mesmo face a distâncias entre o que sou e o que desejo ser.								
6. Tomo conta do hoje e deixo o ontem e o amanhã tomarem conta deles próprios.								
7. Gosto de pensar muito sobre uma nova ideia.								
8. Não me sinto capaz de alcançar os meus objectivos.								
9. Relembro-me a mim próprio(a) a necessidade de apreciar as coisas à minha volta.								
10. Existe consistência entre o que sinto, o que penso e o modo como ajo.								
11. No geral, sinto-me satisfeito(a) quando penso nas minhas características.								
12. Estou satisfeito(a) com o que tenho na minha vida neste momento.								
13. Não consigo relaxar no meu tempo de lazer.								
14. Ajo para retirar o máximo prazer possível das coisas.								
15. Não sigo os meus impulsos de prazer.								
16. Sinto que posso influenciar o meu futuro.								
17. Sinto mal-estar quando tenho de discordar de alguém.								
18. Consigo alcançar os objectivos a que me proponho.								
19. Faço frequentemente coisas para sair da rotina.								
20. Quando sinto incoerências ou conflitos entre o que penso, sinto e faço, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.								
21. Sinto que a minha vida não é feita de sucessos.								

	Discordo				Concordo			
	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Sou capaz de estabelecer objectivos.								
23. Sinto-me sozinho(a), mesmo quando estou acompanhado(a).								
24. Existem pessoas que se preocupam comigo.								
25. Sou capaz de alcançar os meus objectivos.								
26. Acredito que sou a pessoa que desejei ser.								
27. Sinto-me constrangido(a) quando tenho de colaborar com outros.								
28. Envolve-me totalmente nas minhas actividades de lazer.								
29. De uma forma geral, sinto que consigo ter controlo sobre a minha vida.								
30. Quando paro e reparo nas coisas à minha volta, sinto-me bem e satisfeito(a).								
31. É-me difícil aproximar a pessoa que sou e a pessoa que desejo ser.								
32. Sinto que tenho controlo sobre as minhas acções.								
33. No geral, aprecio quando as pessoas me chamam à atenção em relação às minhas atitudes menos adequadas.								
34. Acredito que tenho de controlar tudo o que me rodeia.								
35. Durante o meu tempo de lazer sinto-me livre.								
36. Sinto-me constrangido e inibido em mostrar as minhas opiniões aos outros.								
37. Tenho conhecimentos e experiências importantes, para mim e para os outros.								
38. Entendo que, por vezes, o sofrimento é produtivo.								
39. Sinto-me muito desconfortável quando não tenho controlo sobre tudo em meu redor.								
40. Todas as experiências novas me assustam.								
41. Sinto-me perto de ser a pessoa que desejo ser.								



	Discordo				Concordo			
	1	2	3	4	5	6	7	8
62. Expresso as minhas ideias e opiniões, independentemente das reacções dos outros.								
63. Experiencio paz de espírito.								
64. Sinto que consigo tirar prazer da vida.								
65. O que realizo tem um impacto significativo nos outros ou na sociedade.								
66. Sinto que tenho controlo sobre a minha realidade interior.								
67. Não me sinto confortável em ambientes novos.								
68. Quando sinto distância entre quem sou e quem desejo ser, aceito essas incoerências e procuro tornar os dois o mais próximos possível.								
69. De forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).								
70. É natural que por vezes não tenha controlo sobre o que me rodeia.								
71. Sinto-me sempre culpado(a) quando me entrego a uma actividade de lazer.								
72. Estou sempre a pensar que poderia ser melhor do que sou.								
73. Experiencio uma calma interior que não depende de acontecimentos externos.								
74. Sinto-me confortável quando tenho de colaborar com outros.								
75. Tenho prazer em estar com os outros.								
76. Sinto que tenho de controlar tudo o que está à minha volta.								
77. Tento lidar com o que é em vez de lidar com o que foi ou o que irá ser.								
78. Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre o que penso, sinto e faço.								
79. Sinto-me muito angustiado(a) quando não consigo ter as coisas que quero.								
80. Em função dos meus erros posso aperfeiçoar o meu comportamento.								
81. Considero-me uma pessoa com sentido de humor.								

	Discordo				Concordo			
	1	2	3	4	5	6	7	8
82. Sinto que consigo escolher como agir de acordo com a situação.								
83. Por vezes sinto-me tão relaxado(a) durante o meu tempo de lazer que sinto que tenho uma experiência quase espiritual.								
84. Consigo sentir-me eu próprio durante a maior parte do tempo.								
85. Ajo em função do prazer que posso retirar das coisas a curto prazo.								
86. Escuto as minhas próprias necessidades quando decido como usar o meu tempo de lazer.								
87. É-me difícil aceitar que tenha de partilhar o meu controlo em determinadas tarefas.								
88. Sinto-me confortável partilhando tarefas e responsabilidade.								
89. Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre emoções contraditórias.								
90. O meu desenvolvimento pessoal também depende das nossas falhas enquanto seres humanos.								
91. Sinto que sou uma pessoa com quem os outros gostam de estar.								
92. Consigo cooperar com os outros para atingir objectivos comuns.								
93. Valorizo os meus produtos e realizações.								
94. Sinto-me satisfeito com a minha competência produtiva.								
95. Sinto-me livre para escolher a maneira como vivo a minha vida.								
96. Estou satisfeito com a qualidade daquilo que produzo.								
97. Sinto orgulho na pessoa que sou.								
98. Tento agir de forma a mudar as coisas que podem ser mudadas.								
99. Quando sinto que tenho de ceder o meu controlo a um colectivo, aceito-o, cooperando com ele.								
100. Sinto que o meu tempo de lazer é útil e valioso.								
101. Não sou capaz de suportar dor, mesmo que considere ser útil senti-la.								

	Discordo				Concordo			
	1	2	3	4	5	6	7	8
102. Consigo terminar as tarefas que são da minha responsabilidade.								
103. Sinto que tenho uma certa calma interior.								
104. É-me difícil suportar conflitos entre emoções contraditórias.								
105. Sou capaz de distinguir críticas construtivas de destrutivas.								
106. É natural que em alguns aspectos eu não seja como desejo ser.								
107. Por vezes a melhor forma de resolver os problemas é colaborar com os outros.								
108. As minhas actividades de lazer contribuem para o meu sentimento de bem-estar.								
109. Sinto-me satisfeito com a minha capacidade de usar o meu tempo de lazer.								
110. Sinto-me amado(a) e acarinhado (a) por uma ou mais pessoas.								
111. Consigo suportar situações desagradáveis se vejo benefícios futuros nisso.								
112. Sinto que nunca realizei algo suficientemente valioso.								
113. Sou capaz de reconhecer que há coisas que estão fora do meu controlo.								
114. De uma forma geral, gosto de experienciar coisas novas.								
115. É-me difícil suportar conflitos entre o que sinto, o que penso e o que faço.								
116. Julgo compreender a justiça das críticas que me proferem.								
117. Sinto que consigo ter controlo sobre as coisas que são significativas na vida.								
118. Sinto orgulho naquilo que produzo e realizo.								
119. Ajo em função do prazer que posso retirar das coisas, a longo prazo.								
120. Vejo-me como uma pessoa aberta a novas experiências.								
121. Estou constantemente a pôr-me em causa.								
122. É-me difícil suportar a distância entre o que sou e o que desejo ser.								



Código do Processo:

Código da sessão:

Avaliador:

Data da cotação:

**COLUNA ESQUERDA** - O presente questionário destina-se a identificar o tipo de trabalho **predominante** realizado durante **esta última sessão**. Avalie, numa escala de 1 a 7, até que ponto cada uma das afirmações descreve aquilo em que **tentou predominantemente ajudar o seu (a sua) paciente**.

Note que, numa única sessão, não é realizado todo o tipo de trabalho descrito nas afirmações seguintes. Os(as) terapeutas fazem escolhas diferenciadas para responder às necessidades do(a) paciente em cada sessão, incidindo o foco mais predominantemente num ou noutro tipo de trabalho.

**“Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente, tentei ajudar o meu/minha paciente a ...”**

**COLUNA DIREITA** – À medida em que o processo terapêutico vai avançando, é possível que o/a seu/sua paciente vá acumulando conquistas ou desenvolvendo capacidades e recursos pessoais. Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 7, a opção que melhor descreve a forma como entende o(a) seu(sua) paciente **na fase actual da psicoterapia**.

**“Nesta fase da psicoterapia, considero que o(a) meu(minha) paciente está capaz de ... ”**

Promoção do Terapeuta							Capacidade do Paciente						
<i>Nada descritivo</i>	<i>Muito pouco descritivo</i>	<i>Pouco descritivo</i>	<i>Moderadamente descritivo</i>	<i>Bastante descritivo</i>	<i>Muito descritivo</i>	<i>Totalmente descritivo</i>	<b>GOE</b>						
<i>Nada descritivo</i>	<i>Muito pouco descritivo</i>	<i>Pouco descritivo</i>	<i>Moderadamente descritivo</i>	<i>Bastante descritivo</i>	<i>Muito descritivo</i>	<i>Totalmente descritivo</i>	<i>Nada descritivo</i>	<i>Muito pouco descritivo</i>	<i>Pouco descritivo</i>	<i>Moderadamente descritivo</i>	<i>Bastante descritivo</i>	<i>Muito descritivo</i>	<i>Totalmente descritivo</i>

1	2	3	4	5	6	7	1. Negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	2. Sentir-se numa relação de colaboração com o terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	3. Sentir um clima de segurança e confiança na capacidade do terapeuta para o/a ajudar	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	4. Sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	5. Sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	6. Sentir curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo/a	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	7. Explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si próprio/a	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	8. Ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a)	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	9. Traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. cognição, emoção, comportamento)	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	10. Tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	11. Identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	12. Superar os processos que dificultam a consciência da experiência e a construção de significados reparadores	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	13. Formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamento problemáticos	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	14. Compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	15. Perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	16. Assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	17. Assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	18. Reconhecer que só ele/a é o agente activo das suas próprias escolhas	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	19. Compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	20. Perceber que é ele/a que pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7	21. Escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	22. Afirmar-se, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da sua identidade	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	23. Lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	24. Agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	25. Integrar diferentes partes ou necessidades de si próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	26. Lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	27. Desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	28. Aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da sua identidade	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	29. Cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	30. Generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	31. Fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a sua vida tem sentido como um todo	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	32. Integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo/a	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	33. Projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	34. Antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	35. Reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida	1	2	3	4	5	6	7

Data da cotação: <b>Código do Processo:</b>	Capacidade do Paciente						
	<i>Nada descritivo</i>	<i>Muito pouco descritivo</i>	<i>Pouco descritivo</i>	<i>Moderadamente descritivo</i>	<i>Bastante descritivo</i>	<i>Muito descritivo</i>	<i>Totalmente descritivo</i>
<p><b>QCPEG (p)<sup>1</sup></b> – À medida em que o processo terapêutico vai avançando, é natural que vá acumulando conquistas ou desenvolvendo capacidades e recursos pessoais. Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 7, a opção que melhor descreve a forma como se vê a si próprio(a) <b>na fase actual da psicoterapia</b>.</p> <p><b><u>Neste momento da psicoterapia sinto que estou capaz de...</u></b></p>							
1. Estou capaz de negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível	1	2	3	4	5	6	7
2. Estou capaz de sentir numa relação de colaboração com o/a terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou capaz de sentir um clima de segurança e confiança na capacidade do/a terapeuta para me ajudar	1	2	3	4	5	6	7
4. Estou capaz de sentir esperança de que posso melhorar com a ajuda da psicoterapia	1	2	3	4	5	6	7
5. Estou capaz de me sentir motivado/a para abordar os meus problemas do ponto de vista psicológico	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou capaz de sentir curiosidade e interesse em observar as formas como me trato a mim mesmo/a	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou capaz de reconhecer e sentir o impacto que situações relevantes têm em mim	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou capaz de descrever as formas como me relaciono com os outros e os outros se relacionam comigo	1	2	3	4	5	6	7
9. Estou capaz de traduzir experiências problemáticas nos seus elementos (e.g. pensamentos, emoções, acções)	1	2	3	4	5	6	7
10. Estou capaz de me aperceber de partes ou necessidades de mim próprio/a em conflito	1	2	3	4	5	6	7
11. Estou capaz de identificar padrões existentes nos meus modos habituais de funcionamento	1	2	3	4	5	6	7
12. Estou capaz de aceder às minhas emoções e construir novas formas de entender os meus problemas	1	2	3	4	5	6	7
13. Estou capaz de formular novas ligações ou explicações plausíveis para as minhas atitudes ou comportamento problemáticos	1	2	3	4	5	6	7
14. Estou capaz de compreender o que procuro alcançar quando ajo de formas que acabam por me criar dificuldades	1	2	3	4	5	6	7
15. Estou capaz de perceber as minhas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente	1	2	3	4	5	6	7
16. Estou capaz de assumir responsabilidade por cuidar de mim, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido	1	2	3	4	5	6	7
17. Estou capaz de assumir o compromisso por respeitar e validar as minhas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros	1	2	3	4	5	6	7
18. Estou capaz de reconhecer que só eu sou o agente activo das minhas próprias escolhas	1	2	3	4	5	6	7
19. Estou capaz de compreender quando e como é que eu próprio(a) contribuo para as minhas dificuldades habituais	1	2	3	4	5	6	7
20. Estou capaz de perceber que sou eu que posso promover ou dificultar a satisfação das minhas necessidades	1	2	3	4	5	6	7

Data da cotação: <b>Código do Processo:</b>	Capacidade do Paciente						
	<i>Nada descritivo</i>	<i>Muito pouco descritivo</i>	<i>Pouco descritivo</i>	<i>Moderadamente descritivo</i>	<i>Bastante descritivo</i>	<i>Muito descritivo</i>	<i>Totalmente descritivo</i>
<p><b>QCPEG (p)</b> – À medida em que o processo terapêutico vai avançando, é natural que vá acumulando conquistas ou desenvolvendo capacidades e recursos pessoais. Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 7, a opção que melhor descreve a forma como se vê a si próprio(a) <b>na fase actual da psicoterapia</b>.</p> <p><b><u>Neste momento da psicoterapia sinto que estou capaz de...</u></b></p>							
21. Estou capaz de escolher estilos de vida que me permitem viver o presente e promover o meu desenvolvimento pessoal	1	2	3	4	5	6	7
22. Estou capaz de me afirmar, gerindo obstáculos internos ou externos à expressão da minha identidade	1	2	3	4	5	6	7
23. Estou capaz de lidar eficazmente com as situações respeitando simultaneamente as minhas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
24. Estou capaz de agir no meu quotidiano de forma a exprimir-me com clareza e em congruência com as minhas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
25. Estou capaz de integrar diferentes partes ou necessidades de mim próprio/a num todo congruente e suficientemente satisfeito	1	2	3	4	5	6	7
26. Estou capaz de lidar com obstáculos internos ou externos à progressão da minha identidade e crescimento	1	2	3	4	5	6	7
27. Estou capaz de desenvolver relações ou situações que apoiem as minhas escolhas	1	2	3	4	5	6	7
28. Estou capaz de aceitar a inevitabilidade de um certo grau de vulnerabilidade ou conflito na vivência e expressão da minha identidade	1	2	3	4	5	6	7
29. Estou capaz de cuidar de mim emocionalmente no que respeita à expressão da minha identidade e crescimento	1	2	3	4	5	6	7
30. Estou capaz de generalizar a expressão da minha identidade nas diferentes áreas da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
31. Estou capaz de fortalecer a sensação de coerência pessoal e de que a minha vida tem sentido como um todo	1	2	3	4	5	6	7
32. Estou capaz de integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de mim mesmo/a	1	2	3	4	5	6	7
33. Estou capaz de me projectar no futuro efectiva e afectivamente relacionado comigo próprio(a), com os outros	1	2	3	4	5	6	7
34. Estou capaz de antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico	1	2	3	4	5	6	7
35. Estou capaz de reconhecer que consigo lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida	1	2	3	4	5	6	7

Os textos que se seguem definem brevemente cada uma das necessidades que se pretende analisar:

**Prazer:** enquanto capacidade de experienciar situações prazerosas, quer psicológicas quer físicos.

**Dor:** enquanto capacidade de vivenciar situações dolorosas, de lhes atribuir significado e aprender com elas.

**Estima:** enquanto a forma como a pessoa se vê a si própria e valoriza os seus atributos.

**Crítica:** enquanto forma como a pessoa vê e avalia os seus fracassos e perdas, submetendo-se muitas vezes aos seus próprios ataques internos.

Aquilo que se pede, é que avalie numa escala de 1 a 5 (sendo um o valor de menor correspondência e cinco o de maior correspondência), quanto é que cada um dos momentos que serão apresentados, representa trabalho terapêutico referente a cada uma das necessidades, anteriormente definida. Assim, a cada necessidade deverá corresponder um valor.

Cada momento será anexado em documentos word individuais, com nomes de diferentes cidades do mundo, distribuídos aleatoriamente no tempo.

Estarão disponíveis duas pastas, *momentos a avaliar* e *momentos avaliados*. O que se sugere, é que após avaliação de cada momento, que se vai encontrar na pasta *momentos a avaliar*, o mesmo seja transferido para a pasta *momentos avaliados*.

Cada momento é também acompanhado de uma grelha que poderão completar.

A tarefa principal é avaliar quanto é que cada momento se refere a cada necessidade. Sendo a segunda tabela uma eventual ajuda no enriquecimento do presente trabalho.

Muito obrigada!

**Momento a Avaliar** (por motivos de confidencialidade não aparece neste anexo)

De seguida, peço que avalie em que medida este momento se refere a cada uma das necessidades. Preencha a encarnado a sua opção.

	Nenhuma	Pouca	Moderadamente	Muita	Total
Prazer	1	2	3	4	5
Dor	1	2	3	4	5
Estima	1	2	3	4	5
Critica	1	2	3	4	5

Avaliação de Fases do Processo Terapêutico Terapeuta - Paciente (primeiro momento)

Sessão	Avaliação Terapeuta	Sessão	Avaliação Paciente
130306Fase1	6.6	130306Fase1	7.0
130306Fase2	5.2	130306Fase2	5.2
130306Fase3	4.8	130306Fase3	5.6
130306Fase4	3.6	130306Fase4	5.2
130306Fase5	1.8	130306Fase5	4.4
130306Fase6	2.0	130306Fase6	4.6
130306Fase7	2.0	130306Fase7	4.8

Avaliação de Fases do Processo Terapêutico Terapeuta - Paciente (ultimo momento)

Sessão	Avaliação Terapeuta	Sessão	Avaliação Paciente
130618Fase1	7.0	130618Fase1	6.2
130618Fase2	6.4	130618Fase2	6.0
130618Fase3	5.6	130618Fase3	6.4
130618Fase4	5.2	130618Fase4	6.2
130618Fase5	4.0	130618Fase5	5.2
130618Fase6	4.2	130618Fase6	5.8
130618Fase7	4.0	130618Fase7	6.6