

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTRATÉGIAS GERAIS E INTERVENÇÕES TÉCNICAS ESPECÍFICAS NO
PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM PSICOTERAPIA**

Ana Rita Frade Ferreira

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2013

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTRATÉGIAS GERAIS E INTERVENÇÕES TÉCNICAS ESPECÍFICAS NO
PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM PSICOTERAPIA**

Ana Rita Frade Ferreira

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Conceição

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2013

Agradecimentos

Ao longo deste ciclo académico de vários anos, muitas foram as pessoas que me acompanharam e com quem aprendi e cresci. Contudo, quero fazer um agradecimento especial às que não se cingiram a acompanhar-me, mas que fizeram questão de estar efectivamente ao meu lado, independentemente das circunstâncias.

Ao Professor Doutor Nuno Conceição,
Pela sua preciosa ajuda e orientação.

À Ana e à Maria,
Pela enorme ajuda com a análise estatística e por toda a motivação e paciência.

Aos meus pais,
Porque sem eles não seria quem sou e nunca chegaria até aqui.

À minha irmã,
Por ser a minha companheira mais antiga e fiel.

À Bárbara (novamente), mas também à Isa,
Por todas as pequenas-grandes ajudas em casa e por toda a boa disposição ao jantar.

À minha restante família,
Por todo o carinho, preocupação e apoio e pelos sempre animados almoços, serões e afins. Não posso deixar de fazer um agradecimento especial às primas Beatriz e Carlota, ao avô Frade, à tia Teresa e ao Tio Carlos.

Às minhas colegas Benedita, Soraia e Íris,
Pelas inúmeras chamadas telefónicas que revelavam que estávamos juntas nesta aventura.

Ao Tiago,
Por ser o meu maior cúmplice e companheiro.

Ao Wilson,

Porque tal como outros, me ajudou a não desistir em momentos críticos e porque teve sempre a certeza de que eu iria conseguir.

À Margarida,

Porque sempre acreditou em mim.

À Patrícia, à Sandra, à Rafaela, à Melissa e a todos os meus colegas,

Pelas palavras de força e por todos os (sor)risos durante o curso.

Ao Sérgio e ao João,

Com a sua forma peculiar de demonstrar que se preocupam.

À Rita, à Vanda e ao Lopes,

Porque mesmo estando longe, estão sempre a torcer por mim.

Ao melhor naipe do mundo (Sopranos!) e aos restantes elementos dos coros a que pertenço, bem como aos elementos do Rancho Folclórico,

Por me proporcionarem momentos de verdadeiro lazer, prazer, paixão, alegria e amizade.

Aos autores da MULTI e aos participantes do estudo,

Pela disponibilidade e pelo interesse revelado neste estudo.

Muito obrigada a todos!

Sem vocês não teria sido possível.

Resumo

O presente estudo partiu de uma revisão de literatura referente, entre outros, à representação que Goldfried (2005) apresentou dos níveis de abstracção para a conceptualização da psicoterapia: o nível de abstracção superior (relativo à orientação teórica), o nível de abstracção intermédia (relativo a princípios gerais) e o nível de abstracção inferior (relativo aos procedimentos clínicos). Estes dois últimos níveis representam as estratégias e as técnicas, respectivamente. A relação entre a utilização de intervenções técnicas específicas e de estratégias gerais foi explorada e estudada num contexto naturalístico de psicoterapia individual de adultos, no qual ocorrem tomadas de decisão. Para tal, a *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (McCarthy & Barber, 2009) e a *General Strategies Inventory* (Conceição, 2010) foram utilizadas, sendo que a primeira foi traduzida para português, neste estudo preliminar. Estas foram colocadas numa plataforma *on-line* e preenchidas por uma amostra de 50 terapeutas portugueses. Os resultados indicam que tanto as técnicas como as estratégias são mensuráveis separadamente e tendem a relacionar-se uma com a outra. A possibilidade de uma mesma técnica ser usada para implementar duas ou mais estratégias, foi suportada. A educação e o treino de psicoterapeutas são apresentados como duas possíveis contribuições deste estudo.

Palavras-chave: Níveis de abstracção; Técnicas específicas; Estratégias gerais; Tomada de decisão

Abstract

The present study was based on Goldfried's (2005) depiction of levels of abstraction for conceptualizing psychotherapy: the higher level of abstraction that concerns the theoretical orientation, the middle level of abstraction that concerns general strategies or principles and the lower level of abstraction that concerns clinical procedures. These two later levels frequently represent the strategies and the techniques, respectively. The relationship between the use of specific technical interventions and general strategies was explored and studied in a naturalistic setting of adult individual psychotherapy, where real-world clinical decision-making takes place. Therefore, the *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (McCarthy & Barber, 2009) and the *General Strategies Inventory* (Conceição, 2010) were used, with the first being translated into Portuguese in this preliminary study. They were hosted on an *on-line* platform and filled in by 50 Portuguese therapists. The results indicate that both techniques and strategies are measurable separately and tend to relate with each other. The possibility of one same technique being used to implement two or more strategies was supported. The education and training of psychotherapists are discussed as two of the possible contributions of this study.

Keywords: Levels of abstraction; Specific techniques, General strategies, Decision-making

Índice Geral

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	3
1. Origem e História da Integração e Investigação em Psicoterapia.....	3
2. Processos e Mecanismos de Mudança em Psicoterapia.....	4
3. Factores Comuns e Factores Específicos.....	7
4. Intervenções Técnicas Específicas e Intervenções Estratégicas Gerais....	10
4.1. Estratégias Gerais e Princípios Gerais de Mudança.....	12
4.2. Intenção.....	13
5. Tomada de Decisão.....	14
Metodologia.....	16
1. Natureza do Estudo e Objectivos.....	16
2. População.....	16
3. Instrumentos de Avaliação.....	19
4. Variáveis.....	20
5. Questões de Investigação.....	22
6. Etapas da Investigação.....	22
Resultados.....	24
1. Avaliação das qualidades psicométricas da <i>Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI)</i>	24
2. Avaliação das qualidades psicométricas da <i>Escala de Estratégias Gerais (GSI)</i>	25
3. Regressões Lineares Múltiplas <i>Standard</i>	26
4. Regressões Lineares Múltiplas <i>Stepwise</i>	30
Discussão e Conclusões.....	31
Referências.....	35

Índice de Quadros

Quadro 1.....	10
Quadro 2.....	18
Quadro 3.....	18
Quadro 4.....	20
Quadro 5.....	20
Quadro 6.....	24
Quadro 7.....	25
Quadro 8.....	26
Quadro 9.....	27
Quadro 10.....	27
Quadro 11.....	28
Quadro 12.....	29
Quadro 13.....	29

Anexos

Anexo A – Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas – MULTI (versão portuguesa)

Anexo B – Escala de Estratégias Gerais – GSI (versão portuguesa)

Anexo C – Consentimento Informado

Anexo D – Regressões Lineares Múltiplas *Stepwise*

Introdução

Há centenas de anos atrás, algures na Grécia, Aristóteles chegou à conclusão que “o começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”. Talvez tenha sido também esse espanto o responsável por milhares de investigadores em todo o Mundo dedicarem o seu empenho na investigação dessas ciências, em particular da Psicologia. Certo é que a Ciência tem vindo a evoluir alucinantemente nas últimas décadas, auxiliada não só pelo avanço das técnicas e tecnologias, mas também pela criatividade humana e por todo o conhecimento acumulado. O presente estudo pretende então ser mais uma gota nesse imenso oceano investigativo. Mais especificamente, este estudo insere-se na temática da tomada de decisão em psicoterapia.

Lambert (1992, citado por Asay & Lambert, 1999) referiu que se estima que as técnicas específicas contribuam apenas em 15% para a melhoria dos pacientes em psicoterapia, podendo contudo oferecer um impulso extra à mudança, dependendo da população clínica em causa (Asay e Lambert, 1999). Contudo, os mesmos autores acreditam que muito do que é eficaz em psicoterapia é atribuível aos factores comuns. Apesar disto, Frank (1973, citado por McCarthy e Barber, 2009) referiu que mesmo aqueles que não consideram as intervenções específicas na clínica como responsáveis pela eficácia da psicoterapia, reconhecem a importância de factores de intervenção comuns às várias terapias.

Assim, o presente estudo tem em consideração tanto os factores de intervenção específicos como os comuns, designadamente a sua relação com a tomada de decisão dos terapeutas. Todos estes conceitos podem ser entendidos sob o ponto de vista de Goldfried (2005), que definiu 3 níveis de abstracção na conceptualização da psicoterapia, a saber, um nível superior correspondente às orientações teóricas, um nível intermédio relativo aos princípios gerais de mudança (que incluem as tomadas de decisão) e um nível inferior referente aos procedimentos clínicos. A escolha da temática desta dissertação (que acaba por justificar a relevância da mesma) deveu-se então à necessidade de aprofundamento do conhecimento ao nível dos processos de tomada de decisão do terapeuta, relacionados com a utilização de intervenções técnicas específicas e estratégias gerais, em contextos naturalísticos. Além disto, importa salientar a importância do presente estudo para o treino de terapeutas em formação, bem como para o aproximar da ciência à clínica, ou por outras palavras, da teoria à prática.

Recorrendo a um estudo quantitativo transversal, tentou-se investigar de forma exploratória a relação entre a utilização de intervenções técnicas e de estratégias gerais, num contexto naturalístico de psicoterapia individual. A população é constituída por terapeutas de diversas orientações, que foram convidados a preencher dois questionários de auto-relato numa plataforma *on-line* criada para o efeito. Os instrumentos utilizados foram a *Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas* – MULTI (McCarthy & Barber, 2009), que avalia intervenções concretas a um nível de abstracção baixo, que ocorrem em diferentes abordagens e a *Escala de Estratégias Gerais* – GSI (Conceição, 2010), que avalia estratégias a um nível de abstracção intermédio (Goldfried, 1980), focando-se em sentimentos, pensamentos, comportamentos e atitudes gerais.

Apresenta-se de seguida uma revisão da literatura referente às temáticas supracitadas. Posteriormente passa-se à descrição da metodologia do presente estudo, seguida da análise dos resultados do mesmo. Por fim, faz-se uma discussão geral e sublinham-se as principais conclusões desta investigação.

Revisão de Literatura

1. Origem e História da Integração e Investigação em Psicoterapia

Segundo Norcross (2005), o domínio de tratamento de curto prazo focado no problema, o reconhecimento de que alguns factores terapêuticos comuns contribuem para o resultado da terapia, a identificação de efeitos terapêuticos específicos e de tratamentos baseados na evidência, entre outros, estiveram na origem da necessidade de integração. O mesmo autor referiu também que apesar dos psicoterapeutas reconhecerem que as suas orientações não se adequavam a todos os casos com que se deparavam na prática clínica, factores políticos, sociais e económicos, impediram-nos de aceitar contribuições de orientações alternativas. Contudo, hoje em dia, essa pressão já não existe (pelo menos não de forma tão extrema e limitante).

Como ocorreu então este processo de integração? Primeiramente importa dizer que a integração na psicoterapia se caracteriza então pela insatisfação com abordagens de escola única, bem como pelo desejo concomitante de olhar para além das fronteiras que separam diferentes escolas, com o intuito de compreender o que é passível de ser aprendido com outros modos de conduzir a psicoterapia (Norcross, 2005). Na verdade, a integração em psicoterapia é um assunto bastante debatido e estudado desde há largos anos pela comunidade científica. Contudo, a essência da discussão e conseqüentemente das pesquisas efectuadas, foi sofrendo alterações significativas ao longo do tempo.

Orlinsky Rønnestad e Willutzki (2004) consideram que os primeiros estudos da psicoterapia surgiram entre os finais da década de 1920 e o início da década de 1950, marcando o final de um extenso período preparatório, considerado por Norcross (2005) uma guerra fria ideológica necessária às tentativas de aproximação de teorias. Nessa “guerra fria” as várias orientações teórico-práticas existentes tentaram demonstrar a sua superioridade comparativamente às restantes, naquele que Kuhn (1970, citado por Orlinsky Rønnestad & Willutzki, 2004) define como um período de crise pré-paradigmática, no qual reinava a intolerância face a ideologias distintas. Ultrapassada esta fase inicial, iniciou-se então uma nova fase, que primou pela busca do rigor científico. Esta segunda fase de estudo da psicoterapia ocorreu, segundo Orlinsky e Russell (1994), entre 1955 e 1970, e teve como principais acontecimentos o desenvolvimento das gravações electrónicas das sessões terapêuticas (Lasswell, 1935, 1936, 1937, cit. por Orlinsky Rønnestad & Willutzki, 2004) e a ênfase da importância da existência de uma perspectiva existencial dos acontecimentos da terapia

(Meyer, Borgatta, & Fanshel, 1964; Orlinsky & Howard, 1966, 1967; Snyder, 1961; Strupp, Fox, & Lessler, 1966, cit. por Orlinsky Rønnestad & Willutzki, 2004). Seguiu-se uma fase de expansão, diferenciação e organização, centrada nos estudos experimentais quantitativos (Orlinsky & Russell, 1994). Importa referir a descoberta, nesta terceira fase, da aplicação da meta-análise na demonstração da eficácia das psicoterapias (Smith, Glass, & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982, cit. por Orlinsky Rønnestad & Willutzki, 2004), bem como da importância da aliança terapêutica e da análise de sessões de terapia, recorrendo à utilização de marcadores de momentos significativos. Finalmente, Orlinsky, Rønnestad e Willutzki (2004) referem uma quarta fase de estudo da psicoterapia, citando Marsden (1971), que concluiu que era necessária a consolidação e integração dos estudos efectuados. É nesta quarta fase que nos encontramos actualmente, sendo que para além do muito trabalho efectuado de natureza transteórica, segundo Conceição (2010), estamos hoje em dia a assistir também a um interesse renovado nas abordagens transdiagnósticas de perturbações, mesmo dentro do paradigma dos Tratamentos Empiricamente Suportados. Neste sentido, Addis *et al.* (2006) referiram que a prática baseada em evidências deve servir de base ao trabalho clínico. Held (1995, citado por Levitt, Neymer & Williams, 2005) chegou mesmo a afirmar que a abordagem aos tratamentos empiricamente suportados pretende estabelecer regras explícitas no estabelecimento da prática terapêutica.

A título de exemplo de um dos resultados de muita investigação saliente-se o esforço de sistematizar em que consiste o processo terapêutico de uma forma genérica por Orlinsky, Rønnestad e Willutzki (2004), quando apresentaram o Modelo Genérico de Psicoterapia. Este define o processo terapêutico em termos de categorias de processo, a saber, o contrato terapêutico, as operações terapêuticas, a aliança terapêutica, a relação com o próprio, os impactos na sessão e os padrões temporais. Quanto aos aspectos do processo, os autores referiram as perspectivas observacionais (possibilidade de diferentes perspectivas dos vários intervenientes da terapia), os níveis múltiplos de descrição (desde momentâneo, passando pelo situacional até ao biográfico), entre outros.

2. Processos e Mecanismos de Mudança em Psicoterapia

Kazdin (2007) referiu que apesar de vários anos de investigação na área da psicoterapia, a comunidade científica ainda não se encontra capaz de apresentar uma explicação empiricamente suportada, que explique como e porque é que as intervenções

geram mudança. Por outras palavras, pouco se sabe empiricamente acerca do(s) mecanismo(s) através do(s) qual/quais os tratamentos actuam.

Por outro lado, no estudo da psicoterapia importa identificar, explicar e descrever os efeitos dos processos que viabilizam a mudança terapêutica, ou seja, deve ser efectuada uma investigação processo-resultado (Greenberg, 1986). Para tal importa esclarecer alguns conceitos, designadamente o de processos de mudança e o de mecanismos de mudança. Assim, tal como Doss (2004) os definiu, os processos de mudança são aspectos da terapia (tanto do ponto de vista do terapeuta como do ponto de vista do cliente). Estes processos de mudança ocorrem no decorrer da sessão e criam melhorias nos mecanismos de mudança. Mais especificamente, os processos de mudança do cliente são comportamentos ou experiências que ocorrem como resultado directo dos processos do terapeuta, que se espera que levem a melhorias nos seus mecanismos. A este propósito, Watson, Schein e McMullen (2010) afirmaram que pode dizer-se que a compreensão dos processos e das intervenções que contribuem para a mudança, vai possibilitar a melhoria dos modelos de tratamento, podendo vir a servir de base a um modelo de psicoterapia unificador.

Quanto aos mecanismos de mudança, são alterações nas características do cliente que estão fora do controlo do terapeuta, isto é, que se espera que sejam mantidos em ambientes extra sessões, conduzindo a melhorias no resultado do processo psicoterapêutico (Doss, 2004). Por outras palavras, os mecanismos de mudança compreendem as mudanças que ocorrem dentro da arquitectura experiencial do cliente. Neste âmbito, Conceição (2010) revelou que a flexibilidade cognitiva, a resolução de problemas, o aumento da consciência, a auto-discrepância, a criação de novos significados, as mudanças nas aptidões compensatórias, a regulação da responsabilidade e das necessidades e o auto-conceito, podem ser mecanismos comuns entre diferentes abordagens. Já Hill (1995) lembrou que apesar de diferentes factores comuns possuírem diferentes mecanismos de mudança, podem produzir os mesmos resultados, salientando desse modo a importância do estudo dos mecanismos de mudança nos factores comuns.

Existem vários modelos relativos ao modo segundo o qual a mudança terapêutica se processa, designadamente o modelo de mudança transteórico, citado por Norcross, Krebs e Prochaska (2011), que apresenta 5 etapas: a pré-contemplação, a contemplação, a preparação (implica a criação de um plano de acção e o comprometimento com o mesmo), a acção e a manutenção. Goldfried (2005) apresentou

também aquelas que vários autores (pois não é conhecido o autor que criou esta organização de fases) consideram ser as fases da mudança. São elas: a incompetência inconsciente (fase inicial), a incompetência consciente (quando os clientes se apercebem do seu problema), a competência consciente (quando os cliente mudam os seus padrões de auto-avaliação ou adquirem novas competências de comunicação) e a competência inconsciente (quando os clientes se comprometem de forma regular com experiências correctivas, surgindo então o novo comportamento de forma automática). Também o modelo de processo da mudança terapêutica orientado para o futuro, de Beitman (1987; Beitman, Soth & Good, 2006, citado por Conceição, 2010), aponta 4 fases de mudança: a identificação das respostas problemáticas, a activação do *Self* de observação, a identificação das não correspondências entre a expectativa e a experiência, e a mudança das expectativas ou da realidade, por forma a ficarem consonantes. Já Vasco (2001; 2006) apresentou o Modelo Sequencial de Fases da Complementaridade Paradigmática, que é subdividido em 7 fases, investindo numa articulação adequada dos modelos (integrativos) então existentes, e tendo por objectivo principal orientar os terapeutas nos processos de tomada de decisão em contexto clínico. Vasco (2006) indica que a “sequência temporal de objectivos estratégicos” (cada fase tem objectivos estratégicos específicos) deve ser vista como um princípio geral de mudança terapêutica.

Segundo Kazdin (2007), há diversas estratégias para compreender mecanismos, sendo algumas delas a convergência de linhas de trabalho investigativo, a descrição (ao invés da explicação do modo como a relação em psicoterapia conduz à mudança sintomática, por exemplo), os moderadores (a maior parte das pesquisas usam moderadores de conveniência) e a manipulação directa. Contudo, e como Kazdin (2007) destacou, existem alguns obstáculos à pesquisa de mecanismos de mudança, nomeadamente a influência de um agente único e a existência de múltiplos resultados, ou o oposto, ou seja, as múltiplas influências e a existência de resultados únicos.

Quanto ao futuro da psicoterapia, pode dizer-se que existem várias directrizes a quatro níveis (Eubanks-Carter, Burckell & Goldfried, 2005): ao nível prático (e.g. criação de grupos de supervisão com colegas de outras orientações); ao nível investigativo (e.g. *networks* de terapeutas); ao nível teórico (e.g. quebra da barreira linguística) e ao nível da educação e treino (e.g. educação em múltiplas orientações para que possa ocorrer uma mudança real no campo da psicoterapia). Todavia, existem ainda alguns obstáculos à integração, como o treino inadequado na terapia ecléctica/integrativa e o desafio constante de expandir as terapias integrativas, para estas

incorporarem novos elementos (Norcross, 2005). Vasco (2006) refere este último ponto, no sentido em que demonstrou que à semelhança da preocupação gerada em torno do aumento do número de escolas de modelo único, surge agora uma nova preocupação associada à proliferação de modelos integrativos. Assim, Vasco e Conceição (2003) sugerem que devem dirigir-se esforços para serem criados “metamodelos” de integração psicoterapêutica, que atentem em modelos integrativos existentes. Para além da criação destes “metamodelos”, existem outros meios de contornar os entraves à integração, como os encontros anuais da Sociedade para a Exploração da Integração em Psicoterapia (SEPI), que pretende elevar a consciência sobre a necessidade do campo ter um modelo de intervenção terapêutica mais compreensivo, bem como encorajar os esforços clínicos e investigativos nesta área (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005). Além disto, segundo Beutler (2009), a não elaboração de um modelo de trabalho clínico, relativo ao modo como os terapeutas devem integrar a ciência, bem como o facto de os cientistas não aceitarem a fraca evidência existente relativa às crenças acerca da natureza dos tratamentos empiricamente suportados, são responsáveis pela separação entre a ciência e a prática. Na realidade, o autor considera que seria importante existir uma alternativa ao movimento contemporâneo de tratamentos empiricamente suportados. Rosen e Davidson (2003) chegaram mesmo a referir a necessidade recente da criação de um suporte empírico de princípios ou mecanismos de mudança, ao invés de pacotes de tratamentos. A prática clínica baseada na pesquisa deve reunir estudos de todos os métodos científicos sistemáticos, relevantes e confiáveis, numa compreensão abrangente dos efeitos dos tratamentos (Beutler, 2009).

3. Factores Comuns e Factores Específicos

Tal como foi explanado atrás, tanto os factores comuns como os factores específicos contribuíram para o surgimento da integração em psicoterapia. Neste sentido, Norcross (2005) mencionou os factores comuns como sendo um dos quatro caminhos para a integração, a par com o eclectismo técnico, a integração teórica e integração assimilativa. Importa então explicar o que são os factores comuns, mas também os factores específicos. Ora, os factores específicos estão relacionados com as orientações teóricas, sendo que cada orientação teórica apresenta alguns factores característicos. Por sua vez, os factores comuns são transversais a todas as teorias, ou seja, são factores que se repetem na prática clínica, independentemente da orientação do terapeuta em causa. Existe ainda outro tipo de factores, os factores não específicos que

tal como Conceição (2005) afirmou, não são necessariamente sinónimo de factores comuns. Na verdade, a expressão “não específico” tende a referir-se a variáveis de natureza e/ou impacto não completamente conhecidos, sendo por isso os factores não específicos algo como factores “não especificados” (Castonguay, 1993, citado por Conceição, 2005).

Weineberger e Rasco (2007) defendem que cada escola enfatiza apenas um ou dois factores comuns, “negligenciando” os restantes, que surgem de forma accidental/espontânea no decorrer da terapia. Estes autores destacam assim cinco factores comuns empiricamente comprovados: a relação terapêutica, as expectativas relativamente à eficácia do tratamento, a exposição ao problema, a mestria ou as experiências de controlo e a atribuição do resultado terapêutico (a quem e ao quê se atribuiu o resultado terapêutico). Já Asay e Lambert (1999) consideram que os factores terapêuticos comuns podem ser divididos em quatro áreas, a saber, os factores dos pacientes e os acontecimentos extra-sessão; os factores de relação; a expectativa e os efeitos placebo e os factores relativos à técnica. Para Frank (1991, citado por Conceição, 2005), os factores comuns apresentam quatro características: um contexto curador; uma relação segura com o agente curador; um racional para os sintomas e um ritual curador. Também Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn e Wampold (2003) estudaram os factores comuns, tendo encontrado duas dimensões, a saber, a “actividade terapêutica” e o “sentimento vs. pensamento”. Como se pode constatar, apesar de diferentes autores assinalarem diferentes factores comuns, alguns desses factores acabam por ser os mesmos, surgindo apenas sob outra designação.

Tal como a literatura sugere, os factores comuns e específicos também estiveram na origem de um controverso debate no seio da comunidade psicoterapêutica, na medida em que se discutiu acesamente sobre quais deles seriam os responsáveis pelos resultados terapêuticos (Conceição, 2005). Garfield (1992, citado por Norcross, 2005) apontou que o uso adequado de factores específicos e comuns na terapia seria provavelmente mais eficaz para os pacientes. Mais recentemente, Watchel e Golfried (2005) referiram que o número de clínicos que pedem conselhos aos seus colegas, designadamente acerca da forma como podem integrar técnicas de outras orientações na sua prática clínica, tem vindo a aumentar. Também Wolfe (2001, citado por Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2005) mencionou que os clínicos mais experientes acreditam que a integração psicoterapêutica melhora a eficácia da psicoterapia. Todavia, a este propósito Conceição (2010), citando Wampold (2010), lembrou que o que faz a

psicoterapia resultar depende a quem se fizer essa pergunta, uma vez que existe quem acredite que tratamentos particulares para várias perturbações são eficazes devido aos componentes específicos dos tratamentos, mas também há os que acreditam que os componentes terapêuticos comuns a todos (ou quase todos) os tratamentos são responsáveis pelos benefícios da psicoterapia. Independentemente das várias opiniões que possam surgir a este respeito, é certo que a publicação detalhada de manuais de tratamento e o elevado número de gravações de psicoterapia actual permitiu comparações e contrastes mais precisos entre as terapias, bem como contribuiu para um pluralismo informado (Norcross, 2005).

Segundo a literatura, apesar de alguns estudos assinalarem a superioridade de alguns resultados das abordagens cognitiva e comportamental, existe pouca evidência a indicar diferenças significativas na eficácia entre as várias escolas de psicoterapia (Asay & Lambert, 1999). Daqui surge o famoso veredicto de Dodo, pensado originalmente por Luborsky *et al.* (1975), que a este propósito adaptaram uma frase do conto “Alice no País das Maravilhas”: “todos ganharam e todos têm de receber prémios”. Esta inexistência de diferenças nos resultados de diferentes terapias pode dever-se, por exemplo, ao facto de as diferentes terapias poderem atingir resultados idênticos através de diferentes processos, ou ainda a algumas razões metodológicas, sendo que a que tem implicações mais claras na prática, são os factores comuns presentes nas diferentes terapias (Asay & Lambert, 1999).

No fundo, tal como Weineberger e Rasco (2007) afirmaram, a abordagem dos factores comuns assinala que todas as terapias funcionam devido ao que todas têm em comum, e não ao que as diferencia entre si. Assim, a tarefa conceptual passa por determinar o que é que todos os tratamentos psicoterapêuticos têm em comum, enquanto a tarefa empírica passa por testar esses mesmos factores. Pretende-se desse modo determinar se os factores comuns contribuem para um resultado positivo e se tal se verifica numa variedade de contextos de tratamento e abordagens.

Para além dos factores comuns poderem guiar o processo de tomada de decisão ao nível da intervenção momento-a-momento, note-se que num nível fase-a-fase, também têm imenso potencial orientador. Aliás, uma das formas mais úteis de utilizar os factores comuns de forma mais eficaz em psicoterapia, passa por sequenciá-los num mapa que revele como a terapia se desenrola, servindo como um guia para a acção terapêutica (Vasco, 2006; Conceição 2010).

Na verdade, regressando ao futuro da psicoterapia tal como especulado por Eubanks-Carter, Burckell e Goldfried (2005), quebrar a barreira linguística no sentido de permitir o diálogo e a aprendizagem em múltiplas orientações, abordagens, modelos ou na integração beneficia claramente de um conhecimento aprofundado e diferenciado dos dois tipos de factores, comuns e específicos, ou seja, daqueles mais transversais a duas ou mais abordagens e daqueles mais distintivos desta ou daquela abordagem.

4. Intervenções Técnicas Específicas e Intervenções Estratégicas Gerais

É no contexto deste diálogo e destes esforços de diferenciação e definição de factores comuns e específicos que o trabalho de Goldfried (1980) se revelou revolucionário, na medida em que defendeu que se os clínicos de diferentes orientações conseguissem chegar de forma consensual a um conjunto de estratégias comuns, então esse conjunto deveria constituir um fenómeno robusto, na medida em que superava distorções impostas por terapeutas de tendências teóricas distintas.

Quadro 1 – Representação dos Níveis de Abstracção para a Conceptualização da Psicoterapia (Goldfried, 2005)

Orientação Teórica (e.g., psicodinâmica, experiencial, cognitiva-comportamental)

Princípio Geral (e.g., aumentar a consciência)

Procedimento Clínico (e.g., interpretação, reflexão, auto-monitorização)

Tal como já foi explanado atrás, os processos de mudança do terapeuta são responsáveis pelos processos de mudança do cliente, na medida em que os despoletam. Na realidade, à semelhança do que Stiles e Shapiro (1989, 1994, citado por Doss, 2004) apontaram, os terapeutas utilizam técnicas apropriadas ao nível de funcionamento do cliente, esperando que tal o ajude. Conquanto, é de salientar que os processos de mudança do cliente também influenciam os processos de mudança do terapeuta (Doss, 2004), gerando dessa forma um efeito recíproco.

Segundo Orlinsky, Rønnestad, e Willutzki (2004), as operações/técnicas terapêuticas, ao serem acções deliberadas, podem ser vistas de duas formas. Numa perspectiva mais genérica, como estratégias terapêuticas, ou seja, como objectivos e passos necessários para alcançar a mudança, e numa perspectiva mais específica, como

táticas terapêuticas, ou seja, como mudanças necessárias para a implementação de passos estratégicos.

Marmar, Wilner e Horowitz (1984) mencionaram que a análise do potencial de estados específicos para promover ou não o processo de trabalho na psicoterapia e a sua relação com sistemas de significado (que expliquem o porquê de determinado estado ter ocorrido), pode conduzir a estratégias terapêuticas que alterem o padrão do estado prevalecente e a sua transição para outro estado, com o intuito de acelerar a mudança. Na realidade, mudanças momentâneas nos estados do cliente, ocorridas nos habitualmente designados eventos significativos da sessão (mais associados a um nível técnico), reflectem mudanças na sua concepção acerca do *Self* (Marmar, Wilner, & Horowitz, 1984).

Tal como Greenberg (1984) mencionou, os padrões de desempenho do cliente podem ser considerados indicadores (também designados por marcadores) das tarefas terapêuticas específicas com as quais o cliente está comprometido, sendo que a aparência desses mesmos marcadores, indica o nível de preparação do cliente para trabalhar uma tarefa (ou técnica) específica. Assim, segundo Greenberg, Rice e Elliott (1993), nesses marcadores que indicam a preparação do cliente em se comprometer com a busca experiencial, o terapeuta deve verificar a presença de três elementos: o cliente deve recontar um exemplo particular de uma reacção numa situação específica; essa reacção deve ser sentida como problemática pelo cliente (e não por terceiros) e o cliente não deve ver a sua reacção como sendo problemática apenas devido a uma consequência do comportamento de outro. Só deste modo, ou seja, se estes critérios estiverem presentes, é possível trabalhar de forma efectiva com o cliente, que deve estar motivado para o auto-conhecimento (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993). Se quisermos pensar em termos de terapia cognitiva, se um cliente apresente um viés interpretativo, podemos ver isso como um marcador a pedir a técnica específica de reestruturação cognitiva.

Resumindo, as técnicas ou intervenções técnicas específicas são típicas do nível de abstracção mais baixo (ver Quadro 1), no qual os pontos de semelhança (entre orientações) encontrados são triviais (Goldfried, 1980) e mais difíceis de encontrar ou de articular. Para ser mais fácil encontrar ou articular pontos de semelhança é necessário subir para um nível de abstracção intermédio.

4.1. Estratégias Gerais e Princípios Gerais de Mudança

Goldfried (1980) tinha sugerido que as semelhanças significativas existem a esse nível de abstracção estratégico (ver Quadro 1), sendo que as designou de estratégias gerais clínicas (que no fundo constituem os princípios de mudança). Mais, disse que essas estratégias guiam implicitamente os esforços do terapeuta. Mais especificamente, Goldfried (2005) mencionou que o consenso existente entre as várias teorias é obtido com maior facilidade através da análise dos princípios no supra-referido nível de abstracção (nível estratégico). De acordo com este autor, estes princípios são os já referidos papel das expectativas positivas e a motivação do cliente, o aumento da consciência do cliente, a presença de uma aliança terapêutica adequada, e as experiências correctivas.

Não raras vezes, os factores comuns são utilizados indistintamente do constructo de princípios de mudança (Conceição, 2010). A este propósito, Goldfried e Padawer (1982, citado por Beutler & Castonguay, 2006) afirmaram que os princípios das intervenções são encontrados, de uma maneira geral, num nível médio de abstracção, ou seja, algures entre as técnicas e os modelos teóricos que servem para explicar a eficácia dos tratamentos. Uma determinada estratégia geral que obtenha apoio empírico passa a poder ser designada por princípio geral.

Os princípios gerais de mudança são assim como que enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão da mudança em psicoterapia, na sua aplicação e integração. Castonguay e Beutler (2006b) alertaram mesmo para o facto de que designar um factor de princípio comum (de mudança) não implica que este tenha uma função decisiva em todas as perturbações/problemas. Os mesmos autores referiram a distinção entre princípios realizada por Beutler, juntamente com alguns colaboradores, em princípios de prognóstico (relativo à probabilidade de mudança do cliente, independentemente do tipo de tratamento a utilizar) e princípios correspondentes (relativo à adaptação de um tratamento particular às características específicas do cliente).

Se quisermos perceber a utilidade deste nível de análise que se situa ao nível de abstracção intermédio, tomemos o exemplo de Goldfried (1980; 2005) quando este considera que as *experiências correctivas*, são então um fenómeno complexo que inclui emoções, cognições e comportamentos, e enquanto tal, representam um princípio geral de mudança). No fundo, é pedido aos pacientes que aquando da mudança terapêutica, estejam continuamente conscientes, se permitam ter experiências correctivas que

suportem essa nova consciência e usem essas experiências com o intuito de atribuir um significado adicional à sua consciência (Goldfried, 2006). Conquanto apesar de haver um consenso entre as várias orientações teóricas, no que concerne à importância das mesmas, importa reconhecer que o modo segundo o qual este princípio geral de mudança é implementado na clínica varia de acordo com a orientação (citar a bíblia das experiencias correctivas, 2011).

4.2. Intenção

Um conceito próximo do conceito de estratégia é o da intenção subjacente a uma determinada intervenção ou modo de resposta. Segundo o paradigma de Hill (Hill & O'Grady, 1985) uma intenção corresponde ao componente cognitivo que medeia o tipo de intervenção seleccionado pelo terapeuta. Os mesmos autores definiram então uma lista de 19 intenções, a saber, definir limites, obter informações, fornecer informações, apoiar, focar, clarificar, dar esperança, incentivar a catarse, identificar cognições mal-adaptativas, identificar comportamentos desajustados, encorajar o auto-controlo, identificar e intensificar sentimentos, promover o *insight*, promover a mudança, reforçar a mudança, lidar com a resistência, desafiar, lidar com a relação terapêutica e aliviar as necessidades do ajudante. Estas intenções (de resposta) providenciam não só a base dos modos de resposta, como são um meio de descrever o comportamento do terapeuta (Goodman & Dooley, 1976; Stiles, 1986, citado por Greenberg, Rice, & Elliott, 1993), sendo que podem subdividir-se, segundo Greenberg, Rice e Elliott (1993) em 3 grupos: intenções essenciais (e.g. compreensão empática), intenções adicionais (e.g. revelação do *self* ao cliente) e intenções “out-of-mode” (e.g. fornecer soluções). Cada um deste tipo de intenções tem um objectivo, sendo que as primeiras viabilizam a construção de tarefas terapêuticas, as intenções adicionais recuperam dificuldades no processo ou na relação terapêutica, e as últimas devem ser evitadas pelo terapeuta, na medida em que são, sob o ponto de vista psicoterapêutico, desadequadas (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady e Perry (1988, cit. por Conceição, 2010), chegaram à conclusão de que as intenções são responsáveis por uma parte maior da variância do resultado imediato do que os modos de resposta verbal (intervenções técnicas específicas). Nesse sentido, Levitt, Neimeyer e Williams (2005) defenderam a criação de princípios de mudança, através da análise de processos intencionais, enquanto estes se desenrolam dentro de um processo de mudança.

É de referir que dependendo da sua orientação teórica, os terapeutas podem recorrer a intervenções várias no exercício da mesma intenção, sendo que ao fazê-lo podem prosseguir o mesmo objectivo principal, o que permite uma maior sensibilidade à necessidade de mudança dos intervenientes da terapia (Conceição, 2010). Mais, Hill (2005) mencionou que as técnicas dos terapeutas podem funcionar segundo os mesmos padrões entre as orientações, mesmo não sendo utilizados com a mesma frequência e intensidade. Assim, segundo Conceição (2010), os terapeutas tem a possibilidade de superar os limites da orientação terapêutica e concentrar-se em intenções subjacentes comuns, que podem então ser colocadas em prática de formas diferentes, isto porque alguns estudos (e.g. Safran & Muran, 2001; Muran, Safran, Gorman, Samstag, Eubanks-Carter, & Winston, 2009; Pascual Leone & Greenberg, 2007, cit. por Conceição, 2010) revelam mesmo que as intervenções técnicas ou as instâncias de responsividade momento-a-momento transcendem a teoria.

5. Tomada de Decisão

Segundo Sousa (2009), o julgamento clínico é influenciado pelos processos cognitivos, o que justifica que alguns autores prefiram a predição estatística, por ser mais objectiva. Todavia, existem alguns momentos em psicoterapia, nos quais os terapeutas devem optar pelo julgamento clínico, o que implica que tanto o julgamento clínico como a predição estatística se podem complementar e revelar-se úteis para a tomada de decisão clínica (Sousa, 2009). Beutler e colaboradores (e.g. Beutler & Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Beutler & Harwood, 2000, citado por Sousa, 2009) apontaram alguns factores que os terapeutas têm em consideração quando tomam decisões clínicas, a saber, as dimensões do cliente (cronicidade, complexidade do problema, défice funcional, estilo de *coping*, nível de sofrimento subjectivo e nível de resistência), o contexto da intervenção, a melhoria das variáveis e o ajuste do tipo de intervenção às dimensões do cliente. Noutros estudos, os terapeutas referiram basear as suas decisões num objectivo mais geral, designadamente no estabelecimento e manutenção de uma relação capacitante e segura (Kessler & Goff, 2006; Kessler *et al.*, 2004, citado por Shilling, 2012); num raciocínio implícito que não conseguiram explicar (O'Donohue, Fisher, Plaud, & Curtis, 1990, cit. por Shilling, 2012); na evidência empírica (Vervaeke & Emmelkamp, 1998, cit. por Shilling, 2012) e em teorias e instâncias terapêuticas relativas às características da relação terapêutica (Shilling, 2012). Já Sousa (2009) deu como exemplo os componentes considerados pelo Modelo de

Complementaridade Paradigmática (já referido anteriormente), como factores influenciadores da tomada de decisão. Esses componentes são a aliança terapêutica, a conceptualização do paciente e do problema, os princípios gerais da mudança terapêutica, bem como a sequência temporal do processo em termos de fases, relativas a objectivos estratégicos. Além destes factores, Hajjaj (2010) salientou a importância das influências não clínicas na tomada de decisão clínica, nomeadamente a influência do estatuto socioeconómico do cliente e a sua qualidade de vida, tal como as políticas de gestão interna, quer se trate de uma prática clínica pública ou privada.

Mais, Sousa (2009) dividiu as tomadas de decisão clínica em 3 componentes: decisões clínicas relacionadas com o processo terapêutico, com a relação terapêutica e com os objectivos terapêuticos. As primeiras revelam ser influenciadas por variáveis de momento-a-momento, de fase e de diagnóstico. Já as decisões relacionadas com a relação terapêutica são influenciadas tanto por variáveis do paciente como por variáveis pessoais e profissionais do terapeuta, sendo o seu foco no aqui-e-agora da interacção entre ambos. Por fim, as decisões relacionadas com os objectivos terapêuticos têm igualmente em consideração variáveis do terapeuta e variáveis do paciente (desta feita, não apenas variáveis de momento-a-momento, mas também relativas a capacidades estruturais). Mais, a tomada de decisão sobre trabalhar o funcionamento interpessoal ou interno do cliente, passa por considerar características de momento-a-momento, de capacidades estruturais e de diagnóstico do paciente, bem como de características do próprio processo terapêutico.

Resumindo, seja qual for a decisão terapêutica e as suas influências, após esta revisão, parece evidente a necessidade de estudar melhor a relação entre o nível concreto da intervenção propriamente dita e o nível estratégico da intenção ou do objectivo estratégico que lhe está subjacente.

Metodologia

1. Natureza do Estudo e Objectivos

Este é um estudo quantitativo transversal relacionado com os processos de tomada de decisão do terapeuta. O objectivo passa por investigar de forma exploratória a relação entre a utilização de intervenções técnicas específicas e de estratégias gerais, num contexto naturalístico de psicoterapia individual. Inicialmente pretende-se traduzir uma medida de técnicas específicas e depois, tal como com a medida de estratégias gerais, avaliar as suas qualidades psicométricas.

Posto isto, pretende-se averiguar e compreender as relações entre as técnicas específicas e as estratégias gerais.

2. População

A amostra é constituída por 50 terapeutas nacionais de diferentes abordagens teóricas, sendo que 30% são do sexo masculino e os restantes 70% do sexo feminino (ver Quadro 2). A idade média é de 37.88 anos. Relativamente à experiência profissional, 16% dos terapeutas revelam estar no activo desde há 1 a 5 anos, 28% desde há 5 a 10 anos, 52% (que representa a maior percentagem) desde há 10 a 25 anos e 4% desde há 25 anos ou mais.

Quanto à orientação teórica, importa referir que os terapeutas não disseram de forma directa qual consideram ser a sua orientação teórica, mas avaliaram, numa escala de 6 pontos (1 – nada a 6 – muito fortemente), cada uma das orientações teóricas apresentadas (ver Quadro 2), como sendo ou não influenciadoras da sua prática terapêutica actual. Assim, as percentagens apresentadas são percentagens estimativas. Mais especificamente, e exemplificando, considerou-se que um terapeuta é influenciado pela orientação cognitiva se avaliar essa orientação com um valor igual ou superior a 4, na escala supramencionada. Assim, 54% dos terapeutas revelaram que a orientação Psicodinâmica-analítica influencia a sua prática clínica, 36% consideram que são influenciados pela orientação comportamental, 58% pela orientação cognitiva, 62% pela orientação existencial-humanista, 44% pela orientação interpessoal, 26% pela orientação sistémica, 80% pela orientação ecléctica-integrativa e 22% referiram outras orientações como influenciadores do seu trabalho enquanto terapeutas. É de mencionar que apesar de 80% dos participantes ter assumido a influência da orientação ecléctica-integrativa, houve alguns terapeutas que não o fizeram. Contudo, todos eles podem ser

considerados integrativos, na medida em que estes últimos (os que não se consideraram integrativos à partida) avaliaram pelo menos 2 das outras orientações apresentadas (que não a ecléctica-integrativa, nem a cognitiva e a comportamental em simultâneo – pois podem ser consideradas a mesma orientação) com um valor superior ou igual a 2 na escala já referida, o que indica que são influenciados por pelo menos 2 orientações, sendo por isso integrativos. Relativamente aos 12 terapeutas que indicaram que são influenciados por outras orientações para além das apresentadas (ver Quadro 3), pode dizer-se, a título de curiosidade, que 25% deles assumem ser influenciados pela terapia narrativa, 16.7% pela terapia construtivista, 8.3% pela orientação transpessoal, 8.3% por uma orientação mais corporal, 8.3% pela orientação psicodramática, 25% pela orientação EMDR e 8.3% pela terapia focada nas emoções.

Os participantes foram convidados via *e-mail* a participarem no estudo, tendo que aceder a uma plataforma *on-line Qualtrics* criada para o efeito. Os participantes deveriam ser terapeutas (psicoterapeutas ou psicólogos/as clínicos/as) que exercessem acompanhamento psicológico individual a indivíduos com mais de 18 anos. É de referir que foram garantidos todos os critérios de confidencialidade por forma a garantir o anonimato dos participantes. Além disso, antes de procederem ao preenchimento dos questionários, todos os participantes deram o seu consentimento informado relativo à sua participação no estudo (ver Quadro 3).

Quadro 2 – *Dados demográficos dos participantes*

N = 50	Participantes
Idade	
M	37.88
DP	7.591
Mínima	24.0
Máxima	55.0
Sexo	
Masculino	30.0%
Feminino	70.0%
Experiência Profissional	
1 a 5 anos	16.0%
5 a 10 anos	28.0%
10 a 25 anos	52.0%
25 anos ou mais	4.0%
Influência teórica (estimativa)	
Psicodinâmica-analítica	54.0%
Comportamental	36.0%
Cognitiva	58.0%
Existencial-humanista	62.0%
Interpessoal	44.0%
Sistêmica	26.0%
Outra orientação	22.0%
Eclética-integrativa (assumidos)	80.0%
Eclética-integrativa (não assumidos)	100%

Quadro 3 – *Frequência das outras influências teóricas específicas indicadas pelos terapeutas*

N = 12	Participantes
Influência teórica	
Narrativa	25.0%
Construtivista	16.7%
Transpessoal	8.3%
Corporal	8.3%
Psicodramática	8.3%
EMDR	25%
Terapia Focada nas Emoções	8.3%

3. Instrumentos de Avaliação

Foram utilizados para esta investigação dois instrumentos. A *Lista Multitéórica de Intervenções Terapêuticas* – MULTI (McCarthy & Barber, 2009) e a *Escala de Estratégias Gerais* - GSI (Conceição, 2010). Foram estes os instrumentos escolhidos, uma vez que já lhes foi atribuída alguma validade psicométrica (ver Quadros 4 e 5) e porque medem as variáveis do presente estudo, viabilizando portanto uma análise da relação entre as mesmas.

A *Lista Multitéórica de Intervenções Terapêuticas* é a versão portuguesa da *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI). Este instrumento foi originalmente criado por McCarthy e Barber (2009) e avalia intervenções de 8 orientações terapêuticas diferentes (comportamental, cognitiva, comportamental-dialéctica, interpessoal, centrada no indivíduo, psicodinâmica, experiencial de processo, e factores comuns) através de 60 itens. Esta investigação original foi subdividida em 3 estudos, cada um correspondente a cada uma das diferentes formas que o instrumento assume, ou seja, um estudo sobre a forma para terapeutas, outro para clientes e outro ainda para observadores externos. Importa referir que este instrumento utiliza uma escala de 5 pontos de *Likert* (1 – nada típico da sessão a 5 – muito típico da sessão), tendo os terapeutas que responder a questões como: “6. Foquei-me frequentemente nas experiências recentes do/a meu/minha cliente”. Mais recentemente, Shilling (2012) utilizou a MULTI para averiguar a validade convergente com a *Multitheoretical Strategies Rating Questionnaire*, contudo tal não foi possível devido ao número reduzido de participantes.

Relativamente à *Escala de Estratégias Gerais* é a versão portuguesa do *General Strategies Inventory* (GSI). A 1.^a versão desta teve uma consistência interna razoável a boa. Em 2005 surgiu a 2.^a versão da escala, que sofreu algumas alterações, designadamente a remoção e a edição de alguns itens. Por fim, e mais uma vez com a revisão e edição da escala por parte de Conceição e Vasco, a 3.^a versão surgiu em 2008, ficando com 35 itens distribuídos em 7 subescalas, com 5 itens cada. Desta 3.^a versão, Conceição (2010) construiu uma versão reduzida apoiada por uma estrutura factorial clara de 5 factores, incluindo apenas 15 itens, com cada três a pertencer a uma das 5 dimensões (motivação, segurança e construção de esperança; aumento da consciência e novos significados; regulação da responsabilidade; regulação das necessidades; consolidação e projecção do *Self*), tendo cada uma delas uma consistência interna forte (ver Quadro 4), segundo Cohen (1988, citado por Pallant, 2005). Esta escala versa sobre

estratégias a um nível de abstracção intermédio (Goldfried, 1980). É ainda de referir que esta escala utiliza uma escala ordinal de 7 pontos (1 - nada descritivo a 7 - totalmente descritivo), e contém questões como “3. Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente, procurei ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio/a em conflito”.

4. Variáveis

As variáveis consideradas pelo presente estudo são no fundo as temáticas que o mesmo abarca, a saber a orientação dos terapeutas, as estratégias gerais e as técnicas específicas – a partir daqui, cada vez que se fala de técnicas estão a referir-se intervenções terapêuticas específicas às abordagens, mais próximas do nível da técnica do que da estratégia, que tende a ser mais transversal a várias abordagens.

Quadro 4 – *Comparação da consistência interna da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) entre o estudo de McCarthy e Barber (2009) e o presente estudo*

Subescalas	McCarthy e Barber (2009)	Presente estudo
Comportamental	.89	.886
Factores Comuns	.75	.740
Cognitiva	.88	.895
Comportamental-Dialéctica	.76	.783
Interpessoal	.80	.740
Centrada no Indivíduo	.68	.622
Psicodinâmica	.88	.827
Processo Experiencial	.75	.653
Geral		.944

Quadro 5 – *Comparação da consistência interna da Escala de Estratégias Gerais (GSI) entre o estudo de Conceição (2010) e o presente estudo*

Subescalas/Dimensões	Conceição (2010)	Presente estudo
Motivação, Segurança e Construção da Esperança	.78	.833
Aumento da Consciência e Novos Significados	.60	.503
Regulação da Responsabilidade	.78	.736
Regulação das Necessidades	.72	.838
Consolidação e Projecção do <i>Self</i>	.71	.801
Geral		.894

Relativamente à consistência interna da MULTI (ver Quadro 4), pode verificar-se que no estudo original de McCarthy e Barber (2009), a consistência interna das subescalas se revelou forte, segundo Cohen (1988, cit. por Pallant, 2005), a saber, $\alpha = .68$ (terapia centrada no indivíduo), $\alpha = .89$ (terapia comportamental), $\alpha = .75$ (factores comuns), $\alpha = .88$ (terapia cognitiva), $\alpha = .76$ (terapia dialéctico-comportamental), $\alpha = .80$ (terapia interpessoal), $\alpha = .88$ (terapia psicodinâmica) e $\alpha = .75$ (terapia de processo experiencial). Já a consistência interna da MULTI, no presente estudo, foi igualmente forte ($\alpha = .944$). Apesar disso, a subescala relativa à terapia centrada no indivíduo voltou a ter (tal como no estudo original) uma consistência interna menos forte ($\alpha = .622$), sendo que contrariamente ao que tinha ocorrido no estudo de McCarthy e Barber (2009), a subescala relativa à terapia de processo experiencial também apresentou uma consistência interna menos forte ($\alpha = .653$). Contudo, é de salientar que já no estudo inicial, a consistência interna desta subescala (relativa à terapia de processo experiencial) tinha sido uma das mais fracas. Relativamente às restantes subescalas, as consistências internas foram as seguintes: $\alpha = .886$ (terapia comportamental), $\alpha = .740$ (factores comuns), $\alpha = .895$ (terapia cognitiva), $\alpha = .783$ (terapia comportamental-dialéctica), $\alpha = .740$ (terapia interpessoal) e $\alpha = .827$ (terapia psicodinâmica).

Já na *GSI*, Conceição (2010) verificou que a consistência interna das subescalas (ver Quadro 5) que a constituem é forte, segundo Cohen (1988, cit. por Pallant): $\alpha = .78$ (subescala da motivação, segurança e construção da esperança), $\alpha = .60$ (subescala do aumento da consciência e novos significados), $\alpha = .78$ (subescala da regulação da responsabilidade), $\alpha = .72$ (subescala da regulação das necessidades) e $\alpha = .71$ (subescala da consolidação e projecção do *Self*). Comparativamente com o presente estudo, tornou-se a verificar uma consistência interna forte ($\alpha = .894$). Também as consistências internas das várias subescalas foram semelhantes às obtidas no estudo de Conceição (2010), a saber, $\alpha = .833$ (subescala da motivação, segurança e construção da esperança), $\alpha = .503$ (subescala do aumento da consciência e novos significados), $\alpha = .736$ (subescala da regulação da responsabilidade), $\alpha = .838$ (subescala da regulação das necessidades) e $\alpha = .801$ (subescala da consolidação e projecção do *Self*). Como se pode verificar, voltou a obter-se uma consistência interna menos forte na subescala do aumento da consciência e novos significados, sendo que as consistências internas das restantes subescalas (com excepção da subescala da regulação da responsabilidade) foram ligeiramente mais fortes do que as obtidas por Conceição (2010).

5. Questões de Investigação

Foram elaboradas seis questões investigativas que pretendem explorar as relações entre as variáveis do presente estudos. São elas:

1 – As intervenções técnicas específicas são susceptíveis de serem medidas com boa precisão com recurso à versão portuguesa da MULTI.

2 – As intervenções de estratégias gerais são susceptíveis de serem medidas com boa precisão com recurso à versão portuguesa da GSI.

3 – Existe uma correlação positiva entre as técnicas ou intervenções específicas.

4 – Existe uma correlação positiva entre as estratégias gerais.

5 – Existe uma correlação positiva entre as técnicas ou intervenções específicas e as estratégias gerais, sendo que no caso da técnica ou intervenção específica “factores comuns” será maior.

6 – Espera-se que a utilização de uma técnica ou intervenção específica consiga prever a utilização de duas ou mais estratégias diferentes e nunca apenas de uma.

6. Etapas da Investigação

O presente estudo iniciou-se com a escolha do tema, que se prendeu essencialmente com a necessidade de um maior aprofundamento no campo da psicoterapia, do conhecimento ao nível dos processos de tomada de decisão do terapeuta, relacionados com a utilização de intervenções técnicas específicas e estratégias gerais, em contextos naturalísticos. Mais, o facto de que estudos deste carisma auxiliam no treino de terapeutas em formação contribuiu igualmente para a escolha deste tema.

Posteriormente seguiu-se o delineamento geral do projecto, bem como a escolha dos instrumentos (ver Anexos A e B) a utilizar. Nesta fase, e porque foi decidido que a população alvo seriam terapeutas nacionais, houve a necessidade de traduzir os instrumentos (cuja versão original é inglesa) mencionados na secção anterior para português. Foi depois criada uma plataforma *on-line* com os mesmos, aos quais foi

acrescentado um consentimento informado (ver Anexo C), que deveria ser aceite pelos participantes. Após a criação da referida plataforma, foram enviados *e-mails* a terapeutas portuguesas a solicitar a participação dos mesmos no estudo, sendo que durante um mês (Setembro-Outubro - período de tempo durante o qual a plataforma esteve acessível *on-line*) os terapeutas receberam 2 “*e-mails* lembrete” do mesmo.

Por fim, procedeu-se à análise dos dados recolhidos e à elaboração de conclusões, que se apresentam nas próximas secções.

Resultados

1. Avaliação das qualidades psicométricas da *Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI)*

Correlações entre Subescalas

Foram analisadas, através do coeficiente de *Pearson*, as correlações entre as oito subescalas da MULTI. No Quadro 6 apresentam-se então as correlações entre essas subescalas.

Pode verificar-se que muitas das correlações tem valores superiores a .5, o que de acordo com Cohen (1988, cit. por Pallant, 2005), significa que essas correlações têm um nível de força elevado. Contudo, a subescala da Terapia Comportamental (COMP) tem correlações fracas a médias com a subescala da Terapia Centrada no Indivíduo (6) e com a subescala da Terapia Psicodinâmica (7), respectivamente. Também a subescala dos Factores Comuns (FC) apresenta correlações médias com as subescalas da Terapia Centrada no Indivíduo (6) e da Terapia do Processo Experiencial (8). São ainda de salientar as correlações de força média entre as subescalas da Terapia Comportamental-Dialéctica (CD) e da Terapia Interpessoal (INT), com as subescalas da Terapia Centrada no Indivíduo (6) e da Terapia Psicodinâmica (7).

Quadro 6 – *Correlações entre as subescalas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI)*

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) COMP		.763**	.888**	.914**	.716**	.461**	.283*	.613**
(2) FC			.704**	.805**	.656**	.391**	.216	.470**
(3) COG				.847**	.755**	.576**	.515**	.730**
(4) CD					.812**	.474**	.307*	.575**
(5) INT						.441**	.466**	.558**
(6) CI							.654**	.806**
(7) PD								.738**
(8) PE								

N=50. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial. ** $p < .001$; * $p < .005$

2. Avaliação das qualidades psicométricas da *Escala de Estratégias Gerais (GSI)*

Correlações entre Subescalas

Foram igualmente analisadas, através do coeficiente de *Pearson*, as correlações entre as cinco dimensões (subescalas) da GSI. No Quadro 7 apresentam-se então as correlações entre essas subescalas. No Quadro 6 apresentam-se então as correlações entre essas subescalas.

Tal como se pode verificar, a maioria das correlações apresentam valores superiores a .5, o que segundo Cohen (1988, cit. por Pallant, 2005) significa que essas correlações têm um nível de força médio a elevado. É de referir que a correlação entre a subescala da Consolidação e Projecção do *Self* (CPS) com a subescala do Aumento de Consciência e Novos Significados (ACNS) tem um nível de força fraco.

Quadro 7 – *Correlações entre as subescalas da Escala de Estratégias Gerais (GSI)*

Subescalas	1	2	3	4	5
(1) MSCE					
(2) ACNS	.304*				
(3) RR	.510**	.576**			
(4) RN	.456**	.458**	.625**		
(5) CPS	.539**	.281*	.589**	.589**	

N=50. MSCE = Subescala da Motivação, Segurança e Construção de Esperança; ACNS = Subescala do Aumento de Consciência e Novos Significados; RR = Subescala da Regulação da Responsabilidade; RN = Subescala da Regulação das Necessidades; CPS = Subescala da Consolidação e Projecção do *Self*. * $p < .005$; ** $p < .001$

Correlações entre as Subescalas da MULTI com as Subescalas da GSI

Analisou-se, através do coeficiente de *Pearson*, as correlações entre as oito subescalas da MULTI e as cinco dimensões (subescalas) da GSI. No Quadro 7 apresentam-se então as correlações entre essas subescalas.

Pode verificar-se que metade das correlações apresentam valores iguais ou superiores a .5, o que segundo Cohen (1988, cit. por Pallant, 2005) significa que essas correlações têm um nível de força médio a elevado. Quanto às outras correlações, designadamente as correlações entre as subescalas da Terapia Centrada no Indivíduo (CI) e da Terapia Psicodinâmica (PD) com as outras subescalas, apresentam um nível de força médio, porque apresentam valores entre .3 e .5.

Quadro 8 – Correlações entre as subescalas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) e as subescalas da Escala de Estratégias Gerais (GSI)

	COMP	FC	COG	CD	INT	CI	PD	PE
MSCE	.548**	.532**	.459**	.592**	.478**	.224	.225	.368**
ACNS	.140	.246	.204	.301*	.424**	.215	.367**	.243
RR	.599**	.507**	.673**	.614**	.518**	.431**	.417**	.526**
RN	.500**	.597**	.546**	.526**	.505**	.377**	.228	.483**
CPS	.400**	.445**	.526**	.450**	.545**	.357**	.418**	.494**

$N=50$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial; MSCE = Subescala da Motivação, Segurança e Construção de Esperança; ACNS = Subescala do Aumento de Consciência e Novos Significados; RR = Subescala da Regulação da Responsabilidade; RN = Subescala da Regulação das Necessidades; CPS = Subescala da Consolidação e Projecção do *Self*. ** $p < .001$; * $p < .005$

3. Regressões Lineares Múltiplas *Standard*

Com o intuito de analisar o contributo das técnicas da MULTI para a explicação da variância relativa à *Motivação, Segurança e Construção de Esperança*, recorreu-se a uma Regressão Linear Múltipla *Standard*. Os resultados desta regressão podem ser observados no Quadro 9.

Verifica-se então que o conjunto das técnicas contribui em 29.9% [$R_a^2 = .299$, $F(8,41) = 3.614$, $p = .003$] para a explicação da variância relativa à *Motivação, Segurança e Construção de Esperança*. Contudo, numa análise discriminada do contributo individual de cada uma das técnicas, verifica-se que este não é significativo em nenhum dos casos.

Quadro 9 – *Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Standard das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Motivação, Segurança e Construção de Esperança*

	β	t	Sig.
COMP	.260	.670	.507
FC	.189	.928	.359
COG	-.476	-1.421	.163
CD	.577	1.503	.144
INT	-.045	-.197	.845
CI	-.262	-1.256	.216
PD	.212	.991	.328
PE	.217	.783	.438

$R_a^2 = .299$, $F(8,41) = 3.614$, $p = .003$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

Por seu lado, verifica-se que o conjunto das técnicas contribui em 20.6% [$R_a^2 = .206$, $F(8,41) = 2.593$, $p = .022$] para a explicação da variância relativa ao *Aumento da Consciência e Novos Significados*. Todavia, numa análise discriminada do contributo individual de cada uma das técnicas, verifica-se que este não é significativo em nenhum dos casos (ver Quadro 10).

Quadro 10 – *Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Standard das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Aumento da Consciência e Novos Significados*

	β	t	Sig.
COMP	.558	-.350	.180
FC	.108	.496	.623
COG	-.326	-.913	.367
CD	.654	1.601	.117
INT	.329	1.345	.186
CI	-.088	-.394	.695
PD	.360	1.584	.121
PE	.018	.060	.953

$R_a^2 = .206$, $F(8,41) = 2.593$, $p = .022$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

Mais, verifica-se que o conjunto das técnicas contribui em 37.9% [$R_a^2 = .379$, $F(8,41) = 4.735$, $p < .001$] para a explicação da variância relativa à *Regulação da Responsabilidade*. Porém, numa análise discriminada do contributo individual de cada uma das técnicas, verifica-se que este não é significativo em nenhum dos casos (ver Quadro 11).

Quadro 11 – *Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Standard das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Regulação da Responsabilidade*

	β	t	Sig.
COMP	-.143	-.391	.698
FC	.036	.165	.870
COG	.504	1.597	.118
CD	.382	1.057	.297
INT	-.155	-.715	.479
CI	.019	.097	.923
PD	.165	.822	.416
PE	-.009	-.034	.973

$R_a^2 = .379$, $F(8,41) = 4.735$, $p < .001$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

Verifica-se também que o conjunto das técnicas contribui em 35.3% [$R_a^2 = .353$, $F(8,41) = 4.348$, $p = .001$] para a explicação da variância relativa à *Regulação das Necessidades* (Ver Quadro 12). Contudo, numa análise discriminada do contributo individual de cada uma das técnicas, verifica-se que este é apenas significativo ao nível da subescala dos factores comuns: $\beta = .463$, $t(41) = 2.361$, $p = .023$.

Quadro 12 – *Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Standard das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Regulação das Necessidades*

	β	t	Sig.
COMP	-.403	-1.079	.287
FC	.463	2.361	.023
COG	.349	1.085	.284
CD	-.100	-.271	.788
INT	.218	.985	.330
CI	-.012	-.058	.954
PD	-.331	-1.611	.115
PE	.446	1.679	.101

$R_a^2 = .353$, $F(8,41) = 4.348$, $p = .001$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

Observa-se ainda que o conjunto das técnicas contribui em 28.7% [$R_a^2 = .287$, $F(8,41) = 3.464$, $p = .004$] para a explicação da variância relativa à *Consolidação e Projecção do Self*. Todavia, numa análise discriminada do contributo individual de cada uma das técnicas, verifica-se que este não é significativo em nenhum dos casos (ver Quadro 13).

Quadro 13 – *Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Standard das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Consolidação e Projecção do Self*

	β	t	Sig.
COMP	-.492	-1.256	.216
FC	.238	1.157	.254
COG	.418	1.238	.223
CD	-.049	-.127	.899
INT	.346	1.490	.144
CI	-.117	-.554	.583
PD	-.013	-.062	.951
PE	.318	1.338	.262

$R_a^2 = .287$, $F(8,41) = 3.464$, $p = .004$. COMP = Subescala da Terapia Comportamental; FC = Subescala de Factores Comuns; COG = Subescala da Terapia Cognitiva; CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica; INT = Subescala da Terapia Interpessoal; CI = Subescala da Terapia Centrada no Indivíduo; PD = Subescala da Terapia Psicodinâmica; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

4. Regressões Lineares Múltiplas *Stepwise*

Face aos resultados obtidos pelas regressões lineares múltiplas *standard*, procedeu-se à elaboração de regressões lineares múltiplas *stepwise*, com o intuito de analisar quais seriam as técnicas que melhor prediziam cada estratégia. Os resultados obtidos podem ser consultados em anexo (Anexo D).

Discussão e Conclusões

Tal como referido anteriormente, o objectivo do presente estudo foi investigar de forma exploratória a relação entre a utilização de intervenções técnicas específicas (tendo-se recorrido para tal à *Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas – MULTI*) e de estratégias gerais (tendo-se recorrido para tal à *Escala de Estratégias Gerais – GSI*), num contexto naturalístico de psicoterapia individual. Inicialmente pretendeu-se traduzir uma medida de técnicas específicas (MULTI) e depois, uma medida de estratégias gerais (GSI), com o intuito de avaliar as suas qualidades psicométricas. Posto isto, pretendeu-se averiguar e compreender a relação entre as técnicas específicas e as estratégias gerais utilizadas pelos terapeutas.

Verificou-se então que de uma maneira geral, tanto no estudo inicial (McCarthy & Barber, 2009) como no presente estudo as consistências internas das subescalas foram fortes, segundo Cohen (1988, cit. por Pallant, 2005), tendo-se obtido um valor de alfa de Cronbach de .944 neste estudo. Assim, a primeira questão de investigação (“*As intervenções técnicas específicas são susceptíveis de serem medidas com boa precisão com recurso à versão portuguesa da MULTI*”) deste estudo foi corroborada, na medida em que se verificou que a versão traduzida da MULTI mede com boa precisão as técnicas específicas que a escala pretende medir, bem como as subescalas que a compõem.

Quanto à segunda questão de investigação do presente estudo (“*As estratégias gerais são susceptíveis de serem medidas com boa precisão com recurso à versão portuguesa da GSI*”), foi igualmente corroborada, uma vez que à semelhança do valor forte das consistências internas das subescalas encontradas por Conceição (2010), neste estudo, obteve-se um valor de alfa de Cronbach de .894. Assim, pode afirmar-se que a versão traduzida da GSI mede com boa precisão as estratégias gerais que a escala pretende medir, bem como as subescalas que a compõem, exceptuando-se a estratégia *Aumento da Consciência e Novos Significados*, que já no estudo de Conceição (2010) apresentava um valor de consistência interna mais baixo. É ainda de referir que cada subescala da GSI é composta por apenas 3 itens, o que a torna uma escala mais sensível e simultaneamente mais prática para fins de investigação.

Relativamente à terceira questão de investigação (“*Existe uma correlação positiva entre as técnicas ou intervenções específicas*”) foi igualmente corroborada, uma vez que se verificaram relações significativas entre as técnicas, em que o aumento

do resultado de cada uma delas está relacionado com o aumento do resultado das demais. Importa destacar a Técnica Cognitiva, uma vez que foi aquela em que se constatou que o aumento dos seus resultados se relaciona mais fortemente com o aumento dos resultados das restantes técnicas. Estas relações significativas observadas entre as subescalas relativas às técnicas poderão dever-se ao facto de os itens que constituem a MULTI não permitirem uma adequada diferenciação entre as diferentes técnicas. Isto porque, tal como se pode verificar nas análises factoriais da versão original da escala (McCarthy & Barber, 2009), alguns itens surgem simultaneamente em várias subescalas, que avaliam as técnicas. Outra hipótese é que a MULTI não meça técnicas de forma tão concreta e específica mas mais abordagens terapêuticas, algumas delas integrativas por definição, como por exemplo a Terapia Comportamental-Dialéctica e a Terapia Focada nas Emoções. Ainda assim uma boa parte dos seus itens parecem situar-se a um nível de abstracção mais baixo, associado ao nível técnico (Goldfried, 2005).

Já em relação à quarta questão de investigação, (*“Existe uma correlação positiva entre as estratégias gerais”*) foi corroborada, pois que se verificaram relações significativas entre as estratégias, em que o aumento do resultado de cada uma delas está relacionado com o aumento do resultados das demais. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Conceição (2005; 2010). Importa salientar que no presente estudo, a estratégia *Consolidação e Projecção do Self*, foi aquela em que se observou uma correlação positiva mais forte com as restantes estratégias, à excepção da *Aumento de Consciência e Novos Significados*. Assim, esta correlação era expectável, uma vez que se está a focar um nível de abstracção mais intermédio, sendo por isso natural que os terapeutas tendam a relatar que prosseguem várias estratégias ao mesmo tempo, não as diferenciando.

Quanto à quinta questão de investigação (*“Existe uma correlação positiva entre as técnicas ou intervenções específicas e as estratégias gerais, sendo que no caso da técnica ou intervenção específica “factores comuns” será maior”*) não foi corroborada, uma vez que o aumento do resultado ao nível dos factores comuns não foi a subescala cujos resultados se relacionaram mais fortemente com o aumento dos resultados das estratégias. Neste sentido, constatou-se que a técnica cujo aumento dos resultados se relacionou de forma superior com as estratégias, foi a comportamental-dialéctica, seguida da comportamental e da cognitiva, o que poderá estar relacionado com uma orientação mais influenciada pelas abordagens comportamental-dialéctica,

comportamental e cognitiva por parte da amostra do presente estudo. Apesar de Goldfried (2005) postular que no nível intermédio de abstracção (nível estratégico) é menos provável que se manifestem diferenças entre orientações teóricas, e portanto que os factores comuns sejam mais prevalentes a esse nível, verificou-se que a técnica comportamental-dialéctica é aquela cujos resultados se relacionam mais fortemente com os resultados das estratégias. Contudo, uma vez que a técnica comportamental-dialéctica tem um cariz integrativo, o resultado obtido poderá ficar a dever-se ao facto de as orientações integrativas darem mais relevância a factores comuns, que tal como já foi mencionado, estão relacionados com o nível estratégico. Por outro lado, foi solicitado aos terapeutas participantes deste estudo que se focassem em apenas uma sessão. Ora, a predominância da técnica comportamental-dialéctica e a não prevalência dos factores comuns podem dever-se ao facto de que as estratégias utilizadas na prática clínica são mais transversais a todo o processo terapêutico do que as técnicas específicas, que podem variar de sessão a sessão.

Relativamente à sexta e última questão de investigação, (*“Espera-se que a utilização de uma técnica ou intervenção específica consiga prever a utilização de duas ou mais estratégias diferentes e nunca apenas de uma”*) foi corroborada pela primeira vez ao nível da investigação, na medida em que se verificou que as técnicas apresentam um contributo significativo para a explicação da variância relativa a todas as estratégias. Contudo, ao realizar-se uma análise técnica a técnica, constatou-se que nenhuma, por si só, tem um potencial preditor significativo para as estratégias. Como tal tentou analisar-se que técnicas melhor prediziam cada estratégia, tendo-se verificado que a técnica interpessoal surgiu como melhor preditora de duas estratégias - Aumento da Consciência e Novos Significados e a Consolidação e Projecção do *Self*, dimensões de trabalho terapêutico estratégico 2 e 7 do Modelo de Complementaridade Paradigmática, respectivamente - o que vai ao encontro desta última questão investigativas. Isto pode ficar a dever-se ao facto de a terapia interpessoal se focar no aqui e no agora, contribuindo por isso e por exemplo, para uma maior capacidade de distanciamento dos problemas (objectivo da dimensão de trabalho terapêutico estratégico 2) e para a ampliação da consciência relativa aos recursos para lidar com as dificuldades futuras (objectivo da dimensão de trabalho terapêutico estratégico 7).

Importa ainda mencionar que este estudo apresenta algumas limitações, designadamente o tamanho reduzido da amostra (N = 50). O número reduzido de participantes condiciona as conclusões atrás explanadas, que devem ser analisadas com

especial cuidado, na medida em que não se podem generalizar. Além disto, o facto de neste estudo terem sido utilizados apenas dois instrumentos poderá ter reduzido a probabilidade de se obterem resultados mais diversificados, e conseqüentemente uma compreensão mais aprofundada. Poderia valer a pena ter sido utilizada uma medida de qualidade da aliança e qualidade ou resultados de sessão.

Além disto, é de referir que as conclusões apresentadas por este estudo são relevantes para o campo da educação e treino de psicoterapeutas, na medida em que ao relacionar técnicas e estratégias utilizadas na prática clínica, se aliam dois níveis de abstracção referidos por Goldfried (2005): o nível intermédio (nível estratégico de tomadas de decisão) e o nível mais baixo (nível de procedimentos clínicos). Assim, ao saber que mais do que uma técnica pode servir para implementar uma mesma estratégia, os terapeutas terão uma maior margem de manobra para escolher os estilos terapêuticos que melhor lhes assentam, bem como tomar decisões clínicas tendo esta medida em consideração, e planear a sua intervenção terapêutica de forma mais diversificada e livre. Ter esta medida em português pode assim ajudar a (re)pensar o treino de jovens terapeutas.

Tal como Watson, Schein e McMullen (2010) afirmaram, a compreensão dos processos e das intervenções que contribuem para a mudança, possibilita a melhoria dos modelos de tratamento, podendo vir a servir de base para uma psicoterapia de natureza integrativa eficaz. Será que esta pode ser treinada desde cedo aos jovens terapeutas, desde que estes aprendam a diferenciar estes dois níveis de abstracção e a brincar com eles?

Referências

- Addis, M., Cardemil, E., Duncan, B., & Miller, S. (2006). Does Manualization Improve Therapy Outcomes? In J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131-160). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Asay, T., & Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In B. L. Duncan, S. D. Miller, , B. E. Wampold, M. A. Hubble (Eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. G. (2006). The Task Force On Empirically Based Principles of Therapeutic Change. In Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Ed.) *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-10). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16 (3), 301-317.
- Busch, A., Kanter, J., Callaghan, G., Baruch, D., Weeks, C., & Berlin, K. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40 (3), 280-290.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006b). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-370). New York, NY: Oxford University Press.
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objetivos estratégicos: marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de 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 de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Elliott, R. (1984). A Discovery-Oriented Approach to Significant Change Events in Psychotherapy: Interpersonal Process Recall and Comprehensive Process Analysis. In Rice, L. N., & Greenberg, L. S., (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 249-286). New York, NY: The Guildford Press.
- Eubanks-Carter, C., Burckell, L. A. & Goldfried, M. R. (2005). Future Directions in Psychotherapy Integration. In Norcross, J. & Goldfried, M. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 503-521). New York, NY: Oxford University Press.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R. (2005). The corrective experience: A core principle for therapeutic change. In Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (Eds.), *Transformation in Psychotherapy: Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic, and Psychodynamic Approaches* (pp. 13-29). American Psychology Association.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J. E. & Bell, A. C. (2005). A History of Psychotherapy Integration. In Norcross, J. & Goldfried, M. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 24-60). New York, NY: Oxford University Press.
- Goldfried, M. (2006). Cognitive-Affective-Relational-Behavior Therapy. In G. Stricker, & J. Gold, (Eds) *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 153- 164). Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S. (1984). Task Analysis: The General Approach. In Rice, L. N., & Greenberg, L. S., (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 124-148). New York, NY: The Guildford Press.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1).
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). What the Therapist Does: Experiential Response Intentions and Modes. In *Facilitating Emotional Change, The Moment-By-Moment Process* (pp. 118-136). New York, NY: The Guildford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Systematic Evocative Unfolding at a Marker of a Problematic Reaction Point. In *Facilitating Emotional Change, The Moment-By-Moment Process* (pp. 141-164). New York, NY: The Guildford Press.
- Hajjaj, F. M., et al. (2010). Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *Journal of the Royal Society of Medicine, 103*(5), 178-187.
- Hill, C. (1995). What are the mechanisms of change in the common factors? A reaction to Weinberger. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2* (1), 87-89.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42* (4), 431-442.
- Hill, C. E., & O'Grady, K.E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 1, 3-22.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual review of clinical psychology, 3*, 1-27.
- Levitt, H. M., Neimeyer, R. A., & Williams, D. C. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for

empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 117-129.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 96-113.

Marmar, C. R., Wilner, N., & Horowitz, M. J. (1984). Recurrent Client States in Psychotherapy: Segmentation and Quantification. In Rice, L. N., & Greenberg, L. S., (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 194-212). New York, NY: The Guildford Press.

Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. In Norcross, J. & Goldfried, M. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (3-23). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.

Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In Russell, R. L. (Ed.). *Reassessing psychotherapy research*. (pp. 185-214). New York, NY, US: Guilford Press.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). (pp. 307-390). New York: Wiley.

Pallant, J. (2005). *Spss survival manual: A step by step guide to data analysis using spss for windows* (version 12). Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.

- Rosen, G. M., & Davidson, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R. & Arnkoff, D. B (2005). Outcome Research on Psychotherapy Integration. In Norcross, J. & Goldfried, M. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 459-493). New York, NY: Oxford University Press.
- Shilling, H. N. (2012). *How Integrative and Eclectic Therapists Make Treatment Selection Decisions: A Qualitative Study*. Dissertação de Doutorado apresentada à Universidade de Wisconsin-Madison.
- Sousa, A. P. V. (2009). “Da obra à matéria-prima”: Estudo naturalístico de factores que influenciam a tomada de decisão clínica. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401-413.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Watchel, P. L., & Goldfried, M. R. (2005). A critical dialogue on psychotherapy integration. In Norcross, J. & Goldfried, M. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 496-504). New York, NY: Oxford University Press.
- Watson, J. C., Schein, J., & McMullen, E. (2010). An examination of clients' in-session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 224-33.

Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. In K.N. Levy, L.N. Scott. (Eds.) *The art and science of psychotherapy* (pp. 103-129). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

ANEXOS

Anexo A

Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas – MULTI (versão portuguesa)

Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI)

Versão do terapeuta

Instruções: Os itens seguintes representam ações que podem ou não ter ocorrido na sessão em que acabou de participar. Por favor, avalie cada item utilizando a escala fornecida. Não há respostas certas ou erradas.

1	2	3	4	5
Nada Típico da Sessão	Ligeiramente Típico da Sessão	Moderadamente Típico da Sessão	Típico da Sessão	Muito Típico da Sessão
1.	Defini uma agenda ou estabeleci objectivos específicos para a sessão de terapia.			1 2 3 4 5
2.	Fiz ligações entre a situação actual do/a meu/minha cliente e o seu passado.			1 2 3 4 5
3.	Foquei-me na identificação de partes da personalidade do/a meu/minha cliente que estavam em conflito, como: <ul style="list-style-type: none">• uma parte que queria ser mais próxima dos outros e outra parte que não o queria.			1 2 3 4 5
4.	Pedi ao/à meu/minha cliente que visualizasse cenas ou situações específicas em detalhe.			1 2 3 4 5
5.	Encorajei o/a meu/minha cliente a identificar situações ou eventos específicos que tendiam a preceder o seu comportamento problemático.			1 2 3 4 5
6.	Foquei-me frequentemente nas experiências recentes do/a meu/minha cliente.			1 2 3 4 5
7.	Trabalhei para dar ao/à meu/minha cliente esperança ou encorajamento.			1 2 3 4 5
8.	Transmiti a minha crença na eficácia dos métodos que estou a utilizar para ajudar o/a meu/minha cliente.			1 2 3 4 5
9.	O/a meu/minha cliente e eu discutimos um plano para ele/ela tentar controlar (aumentar ou diminuir) comportamentos específicos, como: <ul style="list-style-type: none">• fumar;• comer;• fazer exercício;• verificar algo repetidamente;• dizer ou pensar certas coisas;• magoar-se a si próprio/a.			1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nada Típico da Sessão	Ligeiramente Típico da Sessão	Moderadamente Típico da Sessão	Típico da Sessão	Muito Típico da Sessão
10.	Devolvi ao/à meu/minha cliente (parafraseado) o significado do que ele/ela estava a dizer.				1 2 3 4 5
11.	Encorajei o/a meu/minha cliente a reconhecer ou nomear sentimentos que teve dentro ou fora da sessão.				1 2 3 4 5
12.	Encorajei o/a meu/minha cliente a falar sobre sentimentos que anteriormente evitou ou que nunca expressou.				1 2 3 4 5
13.	Assinalei situações nas quais o comportamento do/a meu/minha cliente pareceu inconsistente com o que estava a dizer, como quando: <ul style="list-style-type: none"> • de repente mudou de humor ou assunto; • permaneceu em silêncio por um longo período de tempo; • riu, sorriu, desviou o olhar, ou estava desconfortável; • evitou falar acerca de assuntos ou pessoas específicos. 				1 2 3 4 5
14.	Encorajei o/a meu/minha cliente a falar sobre o que lhe surgisse na mente.				1 2 3 4 5
15.	Ensinei ao/à meu/minha cliente novas aptidões ou comportamentos específicos, como: <ul style="list-style-type: none"> • relaxar os seus músculos; • controlar as suas emoções; • ser assertivo/a com outros; • agir em situações sociais. 				1 2 3 4 5
16.	Encorajei o/a meu/minha cliente a pensar sobre, olhar para ou tocar em coisas de que tem medo.				1 2 3 4 5
17.	Revi ou atribuí exercícios para trabalho de casa, como: <ul style="list-style-type: none"> • registar certos pensamentos ou sentimentos fora da sessão; • praticar certos comportamentos. 				1 2 3 4 5
18.	Fui caloroso/a, compreensivo/a, e aceitante.				1 2 3 4 5
19.	Assinalei temas ou problemas recorrentes nas relações do/a meu/minha cliente.				1 2 3 4 5
20.	Falei sobre a função ou o propósito que o problema do/a meu/minha cliente pode ter, como: <ul style="list-style-type: none"> • permite-lhe que evite responsabilidade; • mantém os outros afastados dele/dela. 				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nada Típico da Sessão	Ligeiramente Típico da Sessão	Moderadamente Típico da Sessão	Típico da Sessão	Muito Típico da Sessão
21.	Encorajei o/a meu/minha cliente a explorar outras explicações para acontecimentos ou comportamentos, para além das que lhe vieram à mente em primeiro lugar.				1 2 3 4 5
22.	Estabeleci ligações entre a forma como o/a meu/minha cliente age ou sente relativamente a mim e a forma como age ou sente nas suas outras relações.				1 2 3 4 5
23.	Encorajei o/a meu/minha cliente a aperceber-se das escolhas que tem na sua vida.				1 2 3 4 5
24.	O/a meu/minha cliente e eu falámos acerca dos seus sonhos, fantasias, ou desejos.				1 2 3 4 5
25.	Encorajei o/a meu/minha cliente a ponderar as consequências positivas e negativas de agir de uma nova forma.				1 2 3 4 5
26.	Fiz da sessão um espaço no qual o/a meu/minha cliente pudesse melhorar ou resolver os seus problemas.				1 2 3 4 5
27.	Tentei ajudar o/a meu/minha cliente a identificar as consequências (positivas ou negativas) do seu comportamento.				1 2 3 4 5
28.	O/a meu/minha cliente e eu trabalhámos juntos como uma equipa.				1 2 3 4 5
29.	Dei ao/à meu/minha cliente conselhos ou sugeri-lhe soluções práticas para o seu problema.				1 2 3 4 5
30.	Partilhei informação pessoal com o/a meu/minha cliente.				1 2 3 4 5
31.	Ouvi atentamente o que o/a meu/meu cliente estava a dizer.				1 2 3 4 5
32.	Expliquei frequentemente o que eu estava a tentar fazer.				1 2 3 4 5
33.	Guiei a conversa a maior parte do tempo.				1 2 3 4 5
34.	Salientei como os conflitos entre certas partes da personalidade do/a meu/minha cliente estiveram na base dos seus problemas.				1 2 3 4 5
35.	Encorajei o/a meu/minha cliente a mudar comportamentos específicos.				1 2 3 4 5
36.	Foquei a atenção nas formas como o/a meu/minha cliente lida com os seus problemas.				1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Nada Típico da Sessão	Ligeiramente Típico da Sessão	Moderadamente Típico da Sessão	Típico da Sessão	Muito Típico da Sessão
37.	Encorajei o/a meu/minha cliente a procurar evidência a favor ou contra uma das suas crenças ou suposições.				1 2 3 4 5
38.	Explorei os sentimentos do/a meu/minha cliente em relação à terapia.				1 2 3 4 5
39.	Encorajei o/a meu/minha cliente a ver o seu problema de uma perspectiva diferente.				1 2 3 4 5
40.	Encorajei o/a meu/minha cliente a explorar o significado pessoal de uma situação ou de um sentimento.				1 2 3 4 5
41.	Abordei frequentemente nas experiências de infância do/a meu/minha cliente.				1 2 3 4 5
42.	Concentrei-me em melhorar a capacidade do/a meu/minha cliente em resolver os seus próprios problemas.				1 2 3 4 5
43.	Encorajei o/a meu/minha cliente a listar as vantagens e desvantagens de uma crença ou regra geral que costuma seguir.				1 2 3 4 5
44.	Coloquei o/a meu/minha cliente a fazer <i>role-plays</i> (actuar ou treinar) de determinadas cenas ou situações.				1 2 3 4 5
45.	Tentei ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como se relaciona com outros, como é que este estilo de relacionamento se desenvolveu, e como está na base dos seus problemas.				1 2 3 4 5
46.	Transmiti o meu interesse em tentar compreender o que é que o/a meu/minha cliente estava a experienciar.				1 2 3 4 5
47.	Encorajei o/a meu/minha cliente a focar-se na sua experiência momento-a-momento.				1 2 3 4 5
48.	Tentei ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como o seu problema derivava de certas crenças ou regras que segue.				1 2 3 4 5
49.	Encorajei o/a meu/minha cliente a questionar as suas crenças ou a descobrir falhas no seu raciocínio.				1 2 3 4 5
50.	Foquei a atenção numa preocupação específica nas relações do/a meu/minha cliente, como:				
	<ul style="list-style-type: none"> • desentendimentos ou conflitos; • mudanças significativas; • perda de um ente querido; • solidão. 				1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Nada Típico da Sessão	Ligeiramente Típico da Sessão	Moderadamente Típico da Sessão	Típico da Sessão	Muito Típico da Sessão
51.	Encorajei o/a meu/minha cliente a explorar de que maneiras pode fazer mudanças nas suas relações, como formas de:			
	<ul style="list-style-type: none"> • resolver um conflito numa relação; • satisfazer uma necessidade; • estabelecer novas relações ou contactar velhos amigos; • evitar problemas que experienciou em relações anteriores. 			1 2 3 4 5
52.	Avaliei os ganhos que o/a meu/minha cliente fez durante a terapia.			1 2 3 4 5
53.	Avaliei as dificuldades que o/a meu/minha cliente estava a experienciar no momento.			1 2 3 4 5
54.	Encorajei o/a meu/minha cliente a examinar as suas relações com os outros, como:			
	<ul style="list-style-type: none"> • aspectos positivos e negativos das suas relações; • o que é que quer e o que é que os outros querem dele/dela; • a forma como age nas relações. 			1 2 3 4 5
55.	Encorajei o/a meu/minha cliente a pensar de que formas se pode preparar para futuras mudanças significativas nas suas relações, como:			
	<ul style="list-style-type: none"> • aprender novas aptidões; • arranjar novos amigos. 			1 2 3 4 5
56.	Tanto aceitei o/a meu/minha cliente por aquilo que é, como o/a encorajei a mudar.			1 2 3 4 5
57.	Encorajei o/a meu/minha cliente a identificar situações nas quais os seus sentimentos foram invalidados			
	<ul style="list-style-type: none"> • momentos em que uma pessoa significativa disse ao/à meu/minha cliente que os seus sentimentos estavam errados; • situações nas quais o/a meu/minha cliente teve sentimentos fortes que pareciam inapropriados. 			1 2 3 4 5
58.	Encorajei o/a meu/minha cliente a pensar em, ou a estar consciente de coisas na sua vida sem as julgar.			1 2 3 4 5
59.	Deixei claro que o problema do/a meu/minha cliente era uma condição médica tratável.			1 2 3 4 5
60.	Tentei ajudar o/a meu/minha cliente a compreender melhor como os seus problemas se deveram a dificuldades nas suas relações sociais.			1 2 3 4 5

Anexo B

Escala de Estratégias Gerais – GSI (versão portuguesa)

Escala de Estratégias Gerais (GSI)

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/a seu/sua paciente.

Note que, numa única sessão, não é realizado todo o tipo de trabalho descrito nas informações seguintes.

Os/as terapeutas fazem escolhas diferenciadas para responder às necessidades do/a paciente em cada sessão, incidindo o foco mais predominantemente num ou noutra tipo de trabalho.

“Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente...”

	Nada Descritivo 1	Muito Pouco Descritivo 2	Pouco Descritivo 3	Moderadamente Descritivo 4	Bastante Descritivo 5	Muito Descritivo 6	Totalmente Descritivo 7
1. Procurei ajudá-lo(a) a reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida.							
2. Procurei ajudá-lo(a) a perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente.							

“Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente...”

	Nada Descritivo 1	Muito Pouco Descritivo 2	Pouco Descritivo 3	Moderadamente Descritivo 4	Bastante Descritivo 5	Muito Descritivo 6	Totalmente Descritivo 7
3. Procurei ajudá-lo(a) a tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio(a) em conflito.							
4. Procurei ajudá-lo(a) a generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida.							
5. Procurei ajudá-lo(a) a sentir-se motivado/a para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico.							
6. Procurei ajudá-lo(a) a projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a), com os outros e com o mundo.							

“Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente...”

	Nada Descritivo 1	Muito Pouco Descritivo 2	Pouco Descritivo 3	Moderadamente Descritivo 4	Bastante Descritivo 5	Muito Descritivo 6	Totalmente Descritivo 7
7. Procurei ajudá-lo(a) a compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades.							
8. Procurei ajudá-lo(a) a agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza e em congruência com as suas necessidades.							
9. Procurei ajudá-lo(a) a compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais.							
10. Procurei ajudá-lo(a) a sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia.							

“Ao pensar nesta última sessão, reparo agora que, predominantemente...”

	Nada Descritivo 1	Muito Pouco Descritivo 2	Pouco Descritivo 3	Moderadamente Descritivo 4	Bastante Descritivo 5	Muito Descritivo 6	Totalmente Descritivo 7
11. Procurei ajudá-lo(a) a sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o(a) ajudar.							
12. Procurei ajudá-lo(a) a ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a).							
13. Procurei ajudá-lo(a) a identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento.							
14. Procurei ajudá-lo(a) a lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades.							

“Ao pensar nesta última sessão, repara agora que, predominantemente...”

	Nada Descritivo 1	Muito Pouco Descritivo 2	Pouco Descritivo 3	Moderadamente Descritivo 4	Bastante Descritivo 5	Muito Descritivo 6	Totalmente Descritivo 7
15. Procurei ajudá-lo(a) a assumir o compromisso por respeitar e validar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros.							

Anexo C

Consentimento Informado

Tomada de Decisão em Psicoterapia: Relação entre Intervenções Técnicas Específicas e Estratégias Gerais

Está perante um pequeno estudo do processo psicoterapêutico no âmbito de um Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Prof. Doutor Nuno Conceição.

Dentro da Complementaridade Paradigmática, continuamos a estudar o processo de tomada de decisão dos terapeutas em sessão, nomeadamente as suas intervenções terapêuticas ao nível de estratégias ou princípios gerais, mas agora também ao nível técnico. Queremos perceber melhor como ambos os níveis se relacionam numa sessão. A população-alvo desta investigação é constituída por terapeutas (psicoterapeutas ou psicólogos/as clínicos/as) que exerçam acompanhamento psicológico individual a pessoas com mais de 18 anos.

As questões são relativas ao trabalho terapêutico de uma sessão de psicoterapia realizada recentemente por si, enquanto terapeuta, **IDEALMENTE NO PRÓPRIO DIA**. Entendemos o seu tempo como valioso, pelo que desenhamos o estudo de forma a que a participação demore por volta de 15 minutos. Não conhecemos nem antecipamos riscos para a sua saúde física ou mental, relacionados com a sua participação. A sua participação é voluntária. As respostas serão anónimas e confidenciais. Ao seguir em frente, declara que leu, compreendeu e concordou com as indicações referidas anteriormente, e que aceita colaborar nesta investigação.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração!

Ana Rita Ferreira

Estudante de Mestrado da Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa

anariferreira@gmail.com

Anexo D

Regressões Lineares Múltiplas *Stepwise*

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Motivação, Segurança e Construção de Esperança

Subescalas	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
CD	.592	5.089	.000

$R_a^2 = .337$ [F(1,48) = 25.902; P<.001]. CD = Subescala da Terapia Comportamental-Dialéctica

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Aumento da Consciência e Novos Significados

Subescalas	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
INT	.424	3.243	.002

$R_a^2 = .163$ [F(1,48) = 10.513; P<.005]. INT = Subescala da Terapia Interpessoal

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Regulação da Responsabilidade

Subescalas	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
COG	.673	6.310	.000

$R_a^2 = .442$ [F(1,48) = 39.815; P<.001]. COG = Subescala da Terapia Cognitiva

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Regulação das Necessidades

Subescalas	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
FC	.475	3.742	.000
PE	.259	2.042	.047

$R_a^2 = .384$ [F(2,47) = 16.265; P<.001]. FC = Subescala dos Factores Comuns; PE = Subescala da Terapia do Processo Experiencial

Sumário da Análise de Regressão Linear Múltipla Stepwise das técnicas da Lista Multiteórica de Intervenções Terapêuticas (MULTI) para a variável Consolidação e Projecção do Self

Subescalas	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
INT	.545	4.501	.000

$R_a^2 = .282$ [F(1,48) = 20.258; P<.001]. INT = Subescala da Terapia Interpessoal