

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Questionar a intuição, sim e não!**  
**Um estudo experimental sobre Tomada de Decisão em**  
**Psicoterapia**

**Maria Sofia Duarte Silva de Sousa de Macedo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Questionar a intuição, sim e não!  
Um estudo experimental sobre Tomada de Decisão em  
Psicoterapia**

**Maria Sofia Duarte Silva de Sousa de Macedo**

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2018**

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Doutor Nuno Conceição pela orientação ao longo desta jornada. Pelo entusiasmo e conhecimento partilhados, mas também, por acreditar que tinha a capacidade para os receber.

À Sofia Jacinto e à Marina Ferreira que disponibilizaram o seu conhecimento, tempo e recursos, para me ajudarem na construção dos materiais, na análise de dados e ainda, por me apoiarem incondicionalmente nas etapas mais difíceis deste processo.

Ao professor Sérgio Moreira pelo apoio dado ao nível da estatística.

Aos meus pais, por terem investido na minha educação e aprendizagem. Agradeço o amor e apoio que me têm dado ao longo da vida, e em particular nesta jornada. Por acreditarem em mim, mesmo quando eu mesma não estou capaz de o fazer, e não me deixarem desistir nunca.

Aos meus irmãos, pela amizade, curiosidade e interesse nas escolhas que faço ou nos desafios que se apresentam na minha vida. Nos últimos tempos, pela tolerância a uma Sofia por vezes mais frustrada. Em particular, agradeço ao meu irmão João, pela força e ajudas dadas ao nível da estatística.

À minha família alargada, por me incentivar sempre a ser e conseguir melhor.

Aos meus colegas de faculdade, em particular à Inês D'Avó, à Beatriz Franco, à Beatriz Afonso, ao António Fernandes, à Inês Pereira, à Carolina Bernardes, e ao Filipe Lopes. Foi um privilégio crescer como futura psicóloga ao seu lado, e com estes poder partilhar todas as angústias e conquistas deste longo percurso académico. Agradeço a confiança que depositam em mim e a sensibilidade para a expressar.

À Inês Santos, por ter entrado corajosamente comigo neste projeto, e partilhado, para além de conquistas e aprendizagens, as dores e frustrações que por vezes, tal representou.

Aos meus amigos mais chegados, não só pelas conversas e partilhas que tanto me ajudam a crescer e a lidar com os inúmeros desafios da vida, como também, pela diversão e alegria que trazem constantemente à minha vida.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a minha formação e crescimento profissional e pessoal.

## Resumo

Tendo por base teorias e modelos de conceptualização específicos, o uso de um raciocínio automático e intuitivo na tomada de decisão clínica, é essencial para que o terapeuta responda de forma rápida e frugal às necessidades do paciente ao longo do processo de mudança. Todavia, ao estar associado a enviesamentos cognitivos, este tipo de raciocínio pode resultar, por vezes, em decisões precipitadas e menos responsivas por parte do terapeuta que necessitam de ser alvo de reconsideração. Devido às características de uma sessão clínica, dúvidas surgem relativamente ao “como” e “quando” o envolvimento em tal processo mais deliberado pode ocorrer. Com base no paradigma de Implementação de Intenções de Gollwitzer e Brandstatter (1997), um teste de natureza experimental é decorrido com o objetivo de promover uma estratégia automática e auto-regulatória (plano Se\_Então\_), que ajude o terapeuta no contexto da sessão a considerar hipóteses alternativas à sua primeira intuição. Adicionalmente, procura-se perceber se marcadores específicos de capacidade de processamento do paciente, tal como conceptualizada pelo Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2001; 2006), influenciam o processo de tomada de decisão intuitiva e a consideração de hipóteses alternativas.

Uma estratégia de Implementação de Intenções, tal como formulada, não se mostrou eficaz na promoção do objetivo designado. Todavia, a responsividade face a marcadores de capacidade de processamento num primeiro julgamento, mostrou estar marginalmente associada à consideração de hipóteses clínicas alternativas: respostas *menos responsivas* aumentaram a probabilidade do terapeuta considerar outra hipótese. O facto de grande parte da amostra ter sido responsiva num primeiro julgamento, sugere que a investigação que se dedica à abstração e definição destes marcadores e respetivos emparelhamentos responsivos, tende a promover decisões responsivas no momento-a-momento da sessão. Em suma, conclui-se que não é ainda claro que terapeutas beneficiem do teste de decisões intuitivas neste contexto específico, nomeadamente quando são experientes e/ou peritos.

**Palavras-chave:** decisão clínica; intuição; sessão clínica; marcadores; implementação de intenções; teste de hipóteses.

## Abstract

Based on theories and specific conceptualization models, the use of automatic and intuitive reasoning in clinical decision making is crucial for the therapist to respond quickly and frugally to patient's needs throughout the change process. Nevertheless, this type of reasoning is associated with cognitive biases which sometimes may lead to hasty and less responsive decisions that need to be reconsidered. Due to the characteristics of a clinical session, doubts arise about “how” and “when” the involvement in such deliberate process may occur. Based on Gollwitzer and Brandstatter (1997) Implementation Intentions paradigm, an experimental test is conducted to promote an automatic and self-regulatory strategy (If\_Then\_ plan) that helps the therapist throughout the clinical session to consider alternative hypotheses to his first intuition. In addition, this article wants to explore whether specific markers which demonstrate the patient’s processing capacity, as conceptualized by the Paradigmatic Complementarity Metamodel (Vasco, 2001; 2006), influence the intuitive decision-making process and the consideration of alternative hypotheses.

As formulated in the present study, an Implementation Intentions strategy was not effective in promoting the established goal. However, the responsiveness to the processing capacity markers in a first clinical judgment, was marginally associated with the consideration of alternative clinical hypotheses: *less responsive* answers increased the probability of the therapist considering another answer. The fact that a large part of the sample has been responsive during the first judgment, suggests that models which are focused on the selection and definition of markers and their responsive pairings, tend to promote moment-by-moment responsive decisions. We conclude that it is not clear yet, that therapists benefit from testing their intuitive decisions in this specific context, especially when they are experienced and/or experts.

**Key-words:** clinical decision; intuition; clinical session; markers; implementation intentions; hypothesis testing.

## Índice

<b>Enquadramento Teórico</b> .....	1
Tomada de decisão de psicoterapeutas .....	1
Responsividade em psicoterapia .....	1
Conceptualização de Caso .....	2
Conceptualização de Processo .....	3
Fase-a-Fase .....	4
Estado-a-Estado/Momento-a-Momento .....	4
<i>Evento Terapêutico e Marcadores</i> .....	5
Metamodelo de Complementaridade Paradigmática: Pirâmide de Sete Fases .....	5
Processo Dual na Tomada de Decisão .....	7
Heurísticas e Enviesamentos Cognitivos .....	8
Teste de hipóteses no contexto da sessão clínica .....	9
Experiência Metacognitiva: <i>Feelings of Rightness</i> (FOR) .....	10
Paradigma de Implementação de Intenções .....	11
<b>Presente Estudo</b> .....	12
<b>Método</b> .....	14
Participantes .....	14
Procedimento e Material .....	14
<b>Resultados</b> .....	18
<b>Discussão</b> .....	24
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	30
<b>Lista de Tabelas e Figuras</b> .....	38
<b>Anexos</b> .....	39
Anexo A - Pirâmide de sete Fases do MCP .....	40
Anexo B - Consentimento Informado .....	41
Anexo C - Excertos audiovisuais transcritos .....	42
Anexo D - Opções de Julgamento Clínico .....	43
Anexo E - Experiência .....	44

## **Enquadramento Teórico**

### **Tomada de decisão de psicoterapeutas**

O estudo sobre tomada de decisão ou julgamento tem crescido exponencialmente nos últimos anos. É precisamente neste cenário que têm surgido apelos ao estudo da mesma no contexto da psicoterapia, mais concretamente, no contexto da sessão clínica (e.g., Magnavita, 2016; Jacinto, Lewis, Braga, & Scott, 2016). De um modo geral, destaca-se a vontade de compreender, explicar e predizer a eficácia geral da psicoterapia (Lambert, 2013; Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2007; Garfield, 1994), assim como, a necessidade de perceber e evitar resultados indesejados ou desistências de pacientes, que embora subestimados pelos clínicos (Hannan et al., 2005; Walfish, McAlister, O'Donnell, & Lambert, 2012), são também realidades desta prática (e.g., Reese et al., 2014; Swift & Greenberg, 2012; Duncan & Reese, 2015).

Com o intuito de responder a estas necessidades, o presente estudo reflete numa primeira instância, sobre as teorias e modelos de conceptualização em que se baseiam as decisões do terapeuta fora e dentro do contexto de sessão, como também, sobre as “armadilhas” de raciocínio a que este está naturalmente vulnerável, e que podem contribuir para movimentos menos responsivos da sua parte. De seguida, partindo do pressuposto que um conjunto de decisões menos responsivas por parte do terapeuta em sessão, a par com outros fatores, pode contribuir para resultados indesejados em psicoterapia, a atual investigação procura perceber com a ajuda de estudos da cognição social, de que maneira o teste de hipóteses intuitivas pode ocorrer no contexto da sessão clínica, por forma a ajudar o terapeuta detetar e evitar tais decisões/respostas potencialmente enviesadas.

### **Responsividade em psicoterapia.**

Em psicoterapia é esperado que o psicoterapeuta tenha implícito na sua prática, o princípio de *responsividade* desenvolvido por Stiles, Honos-Webb e Surko (1998), isto é, que respeite e responda adequadamente à complexidade e idiosincrasia do paciente e do processo terapêutico. Por outras palavras, é esperado que o terapeuta permita que as suas formulações e comportamentos, sejam influenciados de forma sistemática pelo contexto emergente, nomeadamente, pelas perceções do paciente acerca de si e da sua experiência.

Apesar de ser difícil falar de relações lineares, entre os resultados obtidos em psicoterapia e os diferentes componentes do processo terapêutico (Eells, 2015), este princípio de *responsividade* (Stiles, Honnos-Webb, & Surko, 1998) veio salientar que há

articulações entre as características do paciente, do terapeuta e outras variáveis da terapia, mais favoráveis a determinadas situações (e.g., Beutler, Consoli, & Lane, 2005; Truscott, Evans, & Mansell, 1995). Esta ideia de que não há um método ou modelo, nem fator ou variável que se adequa de igual forma a todos os pacientes, e/ou às suas necessidades ao longo do processo (Conceição, 2010; Sousa, 2009; Magnavita, 2016; Eells, 2015), já havia sido salientada também nos primórdios do movimento de integração em psicoterapia (Norcross, 2005), e inspirado a investigação sobre o processo de mudança e a tomada de decisão de terapeutas.

Através do estudo dos resultados ou mudanças imediatas, intermediárias e finais de um processo terapêutico, este tipo de investigação procura identificar, explicar e prever os ingredientes e mecanismos que promovem mudança no processo contínuo e sequencial da terapia. Os seus contributos permitem posteriormente, que o terapeuta desenvolva modelos de conceptualização que facilitam e orientam a sua tomada de decisão, e contribuem para decisões mais informadas e responsivas ao paciente, que podem acontecer a vários níveis temporais e de abstração (e.g., Eells, 2007; 2015), na medida em que a constatação das necessidades emergentes do paciente, pode sugerir um adequado plano de intervenção geral (ao nível do todo/caso), estratégias (entre sessões) e táticas (em sessão) específicas, e ainda, a implementação de determinadas intervenções (dentro de uma intervenção) (Honos-Webb & Stiles, 2002).

### **Conceptualização de Caso.**

A maior parte dos terapeutas tende a desenvolver modelos de conceptualização para trabalhar com os seus casos. A conceptualização de caso em psicoterapia, corresponde ao processo de desenvolvimento de hipóteses, sobre as causas, fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção, que influenciam as dificuldades psicológicas, interpessoais e comportamentais do paciente. A estrutura organizadora proveniente deste tipo de processo, permite ao terapeuta ter pistas orientadoras da tomada de decisão ou um plano de intervenção, assim como, identificar dificuldades e antecipar possíveis obstáculos a este último (Eells, 2007; 2015; Ingram, 2012).

De um modo geral, a sua maior valia prende-se com a possibilidade do terapeuta ter consigo, uma perspetiva suficiente abrangente da intervenção, e por conseguinte, poder monitorizar não só o progresso do paciente face a movimentos específicos, como também, detetar indicadores que apontam para mudanças de direção (Eells, 2007; 2015). Por ser centrada no paciente e baseada em evidência empírica, resulta num mapa

personalizado, que conjuga as características e necessidades individuais deste último com intervenções específicas, e tende a promover a eficácia da intervenção terapêutica (e.g., Eells, 2007; 2015; Ingram, 2012).

No entanto, apesar da literatura que tem emergido com o intuito de explicar, o que é, e como se constrói uma conceptualização de caso (e.g., Eells, 2007; 2015; Persons, 2008), na prática, muitos psicoterapeutas apresentam dificuldades em conjugar a diversidade e complexidade de fatores que a compõem, num só plano de intervenção individualizado e compreensivo (Ingram, 2012). Segundo Eells (2015), tal pode ser explicado pelo facto destas formulações serem muitas vezes baseadas em categorias diagnósticas específicas (e.g., Luborsky, 1996; American Psychiatric Association, 2013; Beck, 1976), mas também, por serem espelho de estruturas de conceptualização protótipos de abordagens teóricas e práticas específicas, incapazes de integrar todos os diferentes componentes do funcionamento humano (e.g., Persons, 2008; Lazarus, 2008) e/ou a dimensão sequencial do processo de mudança (Greenberg, 1986:1991; Safran, Greenberg, & Rice, 1988; Vasco, 2006).

A par com isto, a conceptualização de caso é naturalmente também influenciada, pelos valores, sentimentos, julgamentos, estereótipos, e história pessoal e cultural do terapeuta, podendo em parte resultar de um raciocínio enviesado (Kahneman, 2011; Eells, 2015; Magnavita, 2016). Assim, se este tipo de formulação não for alvo de análise sistemática ao longo do processo, tanto por principiantes como por terapeutas mais experientes, as decisões interventivas baseadas nestes últimas podem ser questionadas em termos da sua validade e precisão (Persons, Beckner & Tompkins, 2013; Eells, 2015).

### **Conceptualização de Processo.**

A investigação clínica faz distinção entre a conceptualização de caso e a conceptualização de processo, enfatizando simultaneamente, a importância de articular estes dois tipos de conceptualização aquando de uma tomada de decisão (Greenberg & Goldman, 2007; Luborsky, 1996; Eells, 2015; Vasco, 2006). Complementar à primeira, mais centrada na pessoa, problema e num plano de intervenção geral (e.g., Persons, 2008; Eells, 2015; Ingram, 2012), a conceptualização de processo foca-se na dimensão temporal sequencial do processo de mudança, e destaca-se por assentar em princípios de mudança terapêutica gerais (Goldfried, 1980), transversais a qualquer pessoa, diagnóstico e processo.

Neste contexto, os modelos e metamodelos integrativos, inspirados mas também inspiradores deste tipo de conceptualização, em parte mencionados posteriormente, oferecem estruturas que ajudam o terapeuta a delinear as necessidades de mudança do paciente ao longo do curso da terapia, e a ligar estas mesmas necessidades a intervenções de diversas abordagens teóricas. Mais precisamente, estes modelos contribuem para decisões clínicas que vão ao encontro das necessidades do paciente em cada fase, estado ou momento, e que o ajudam a prosseguir para outros mais avançados (Vasco, 2006).

### ***Fase-a-fase.***

A um nível de abstração mais genérico, a conceptualização de processo terapêutico global procura explicar a componente temporal sequencial do processo de mudança em termos das fases que o constituem, correspondentes a trabalhos terapêuticos específicos.

Os modelos integrativos, frutos e inspiradores de uma conceptualização fase-a-fase (e.g., Beitman, 1987; Howard, Lueger, Maling, & Lutz, 1993; Meier & Bovin, 1998; Vasco, 2001; 2006; Vasco & Conceição, 2008), procuram estabelecer sequências de fases, constituídas por objetivos terapêuticos específicos ou estratégias gerais que se conquistam no tempo da terapia. Consoante a fase do processo em que o paciente se encontra, o terapeuta promove objetivos concretos, que permitem ao paciente avançar para uma fase mais avançada do processo, e implicitamente, aproximar mais daquela que se crê ser uma mudança estrutural (e.g., Vasco & Conceição; 2008). Não fazendo estes referência ao “como” é que esses objetivos podem ser alcançados (abordagens e/ou técnicas), qualquer terapeuta pode e deve usufruir e beneficiar destes modelos para compreender o processo de mudança e tomar decisões (Vasco, 2006).

### ***Estado-a-estado /Momento-a-momento.***

A sequência temporal do processo terapêutico, pode ser também vista, respetivamente, à luz das características do paciente e/ou das pistas terapêuticas que emergem no contexto de uma sessão. Os modelos integrativos baseados neste tipo de conceptualização, partem do pressuposto que as decisões do terapeuta, as suas intervenções, devem respeitar a um nível mais macro, o estado psicológico em que o paciente se encontra (e.g., Stiles et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Norcross, 2002), e/ou a um nível de abstração mais concreto, os marcadores terapêuticos detetáveis nos eventos terapêuticos que acontecem no momento-a-momento da sessão (e.g., Greenberg, 1986; Elliott et al., 1993; Safran & Muran, 2000).

Numa tentativa de responder ao apelo do estudo da tomada de decisão no contexto da sessão de psicoterapia (Magnavita, 2016; Jacinto, Lewis, Braga, & Scott, 2016), optar-se-á por aprofundar de seguida, sobre os marcadores terapêuticos e como é que estes podem influenciar mais diretamente o processo de tomada de decisão intuitiva (raciocínio heurístico) do terapeuta no contexto da sessão.

#### *Evento Terapêutico e Marcadores.*

Um evento corresponde a um episódio terapêutico, compreendido pela investigação em psicoterapia, como uma unidade significativa de interação entre o terapeuta e paciente que, dependendo do modelo terapêutico, permite alcançar determinado objetivo. É constituído por quatro componentes: marcador do paciente, operação do terapeuta, desempenho do paciente, e resultado imediato que ocorre em sessão (Greenberg & Rice, 1984; Greenberg, 1986;1991).

Os marcadores, correspondem a afirmações ou comportamentos por parte do paciente, que alertam implícita ou explicitamente o terapeuta para vários aspetos do seu funcionamento, que poderão ser alvo de atenção e intervenção (Greenberg & Rice, 1984). A sua definição pressupõe que o terapeuta, ao identificá-lo no momento-a-momento da sessão, ative a heurística interna correspondente (e.g., abordagem, método, objetivo estratégico, procedimento ou técnica específica), que o ajuda a responder rápido e frugalmente ao paciente e à situação (Greenberg, 1986; 1991). Esta lógica de *Quando* marcador A, *Então* maior probabilidade do paciente beneficiar da intervenção B, tem inspirado a sistematização de inúmeras classes de marcadores, criando assim linhas mais concretas e orientadoras da tomada de decisão do terapeuta no contexto da sessão.

De acordo com o modelo que os abstrai e define, estes alertam o terapeuta para trabalhos específicos, que promovem determinadas mudanças no momento-a-momento da sessão. Referindo apenas dois destes vários modelos, estes podem estar a sinalizar, por exemplo, conquistas ou bloqueios no processamento emocional (Greenberg, 1986; Elliott, Greenberg, Watson, & Goldman, 1993; Safran, Greenberg, & Rice, 1988; Pascual-Leone & Kramer, 2016), ou o estado ou tensões na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990).

#### **Metamodelo de Complementaridade Paradigmática: Pirâmide de Sete Fases**

Tendo o presente estudo como objetivo, compreender a influência de marcadores, e da sua lógica “Quando\_Então\_”, na tomada de decisão do terapeuta no momento da sessão, escolheu-se de entre a multiplicidade de marcadores sistematizados na literatura

de conceptualização de processo e de investigação em psicoterapia, uma classe de marcadores associada a um modelo de fases, que reflete uma sequência temporal de acumulação gradual de capacidades de processamento dos pacientes em psicoterapia, tal como postulada pelo Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) (Vasco, 2001; 2006; Conceição 2005; 2010; Vasco & Conceição, 2008).

A tal sequência corresponde a uma pirâmide de sete fases (Anexo A), constituídas respetivamente, por trabalho terapêutico em termos de objetivos estratégicos/estratégias gerais, independentes de conteúdos e temáticas específicos (Vasco & Conceição, 2008), sendo que a acumulação gradual destas conquistas por parte do paciente, traduz-se em capacidades estruturais de processamento que ficam para além do espaço terapêutico, quando este enfrenta os desafios da vida quotidiana. Estes 7 tipos de trabalho terapêutico em termos de estratégias gerais, a que correspondem equivalentes capacidades de processamento são: 1. Confiança, motivação e estruturação do setting; 2. Ampliação da Consciência da experiência e do próprio; 3. Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; 4. Regulação da responsabilidade; 5. Implementação de ações reparadoras; 6. Consolidação da mudança e 7. Antecipação do futuro.

O seu carácter temporal sequencial, sugere que o desenvolvimento e conquista de capacidades de processamento relativas a fases avançadas, são possíveis e também mais fortes, quando capacidades inerentes a fases anteriores estão suficientemente estabelecidas, sendo que o contrário pode significar movimentos menos responsivos por parte do terapeuta. Desta maneira, é relevante que este último procure continuamente ao longo do processo, no momento-a-momento das sessões, marcadores correspondentes às capacidades e vulnerabilidades de processamento do paciente, assim como é esperado que conheça e aja, de acordo com os respetivos emparelhamentos responsivos, enquadrados numa fase específica da sequência (Conceição, 2005;2010; Ferreira, Conceição, & Vasco, 2011; Simões, 2012; Rodrigues, 2012). Por outras palavras, a intervenção momento-a-momento deve respeitar a capacidade de processamento do paciente, naquela fase do processo em que recebe essa proposta de trabalho.

Escolheu-se este modelo por ser particularmente integrativo e por não ser linear que terapeutas que não tenham formação específica neste ou naquele modelo que sistematiza toda uma linha de marcadores específicos, consigam ter acuidade perceptiva para os discernir. Da mesma forma, sem tal formação, mesmo que os discirnam, podem não ter ferramentas para lidar com eles. Como esta classe de marcadores propostos pelo MCP assenta em estratégias gerais (nível de abstração intermédio, entre os modelos

teóricos e as técnicas), existe a probabilidade de serem mais percebidas pelos terapeutas em geral (Goldfried, 1980) e ainda assim, ter influência na tomada de decisão, mesmo que não tendo tido formação específica no modelo.

No entanto, antes de se explicar precisamente como é que este tipo de marcadores irá ser objeto de estudo na presente investigação, é ainda relevante debruçar sobre os processos cognitivos subjacentes à tomada de decisão, nomeadamente, sobre aqueles que podem estar associados ao uso de marcadores terapêuticos no contexto de sessão clínica.

### **Processo Dual na Tomada de Decisão**

Os processos cognitivos subjacentes à tomada de decisão, têm sido essencialmente estudados pela área de cognição social (e.g., Evans, 2008; Evans & Stanovich, 2013; De Neys, 2006; Kahneman, 2011; Garcia-Marques, Ferreira, Sherman, & Sherman, 2006). Apesar de não haver ainda evidência empírica que demonstre como é que os seus contributos se adequam ao contexto da psicoterapia, parte-se do pressuposto, como afirma Eells (2015), que tais são características do funcionamento humano, e são inerentes a qualquer processo de tomada de decisão.

Os processos de tomada de decisão organizam-se em dois sistemas de raciocínio qualitativamente distintos (Tipo 1 e Tipo 2), que diferem quanto à sua velocidade e profundidade (Evans, 2008; Evans & Stanovich, 2013; Kahneman, 2011). Um processo de Tipo 1, é caracterizado como intuitivo, rápido, automático e não consciente, e traduz-se em pensamentos, impressões, associações, intenções e heurísticas. Por contraste, um processo de Tipo 2, caracteriza-se como deliberado, analítico, lento, consciente e cognitivamente sofisticado. São variadas as teorias e estudos empíricos que tentam explicar a interação entre estes dois sistemas de processamento (e.g., Evans, 2008; Kahneman, 2011; Thompson, 2009; Thompson, Turner, & Pennycook, 2011; Garcia-Marques, Ferreira, Sherman, & Sherman, 2006). Estes partilham da crença que processos de Tipo 1, dão origem a representações contextualizadas dos problemas e dos julgamentos, baseadas na recuperação automática de conteúdos e informações previamente aprendidas (e.g., impressões, associações, heurísticas, pensamentos, intenções), que podem ou não, ser analisadas extensivamente por processos descontextualizados de Tipo 2 (e.g., questionar tais representações; procurar mais informação).

### **Heurísticas e Enviesamentos Cognitivos.**

As ferramentas de reconhecimento de padrões do indivíduo, como são as heurísticas (Tipo 1) que correspondem às regras/corta-matos mentais, construídas a partir de esquemas, modelos e teorias aprendidas, são essenciais e plausíveis na medida em que ajudam o decisor a responder de forma rápida, frugal e pouco exigente a variadas situações (Kahneman, 2011; Gigerenzer & Gaissmaier, 2011; Gigerenzer, 2001), particularmente quando este é perito na matéria (e.g., Dane, Rockman, & Pratt, 2012; Kahneman & Klein, 2009; Hogarth, 2010). A sua imprescindibilidade no contexto clínico pode ser facilmente compreendida através do reconhecimento e integração de sintomas específicos numa categoria diagnóstica previamente sintetizada, assim como, à luz da lógica “Quando\_Então\_” dos marcadores terapêuticos, explicada anteriormente.

Todavia, tal como revisto por Magnavita (2016) e Eells (2015) algumas situações parecem não encaixar de imediato no conjunto de heurísticas internas do terapeuta, por outras palavras, parecem não beneficiar das decisões intuitivas e automáticas que este último tende a tomar perante situações semelhantes. Nestes casos, se o terapeuta não se permitir envolver em processos mais deliberados, capazes de detetar respostas pouco responsivas ao paciente e às suas necessidades, tal pode significar, a par com outros fatores, que os esforços e investimentos, ou a ausência dos mesmos por parte do terapeuta, contribuam ativa ou passivamente (erros por comissão ou por omissão), para a desistência de pacientes ou mesmo para a sua deterioração (e.g, Reese et al., 2014; Swift & Greenberg, 2012). Por exemplo, terapeutas podem tender a selecionar apenas a informação que confirma que determinada intervenção, já alvo de investimento, está a beneficiar o paciente, e ignorar simultaneamente quaisquer sinais que refutem esta mesma hipótese interventiva, ou mesmo, julgar desadequadamente seus consequentes resultados negativos (e.g., Chapman et al., 2012; Hannan et al., 2005; Lambert, 2010).

Kahneman (2011) salienta alguns dos enviesamentos cognitivos associados a um raciocínio Tipo 1 a que qualquer ser humano está naturalmente vulnerável, como o viés confirmatório, o viés atribucional, a heurística da representatividade, o viés de ancoragem, o efeito de custo-afundado e o viés de sobreconfiança, e que podem conduzir a erros de tomada de decisão, e possivelmente resultados terapêuticos não desejados. Embora não exista investigação empírica que demonstre como é que estas armadilhas de raciocínio se verificam no contexto de psicoterapia, Magnavita e Lilienfeld (2016), e Eells (2015) refletem já sobre a sua influência na tomada de decisão de psicoterapeutas, assim

como, sobre a necessidade de os conhecer e contornar, por forma a obter julgamentos clínicos mais responsivos, otimizar processos e resultados terapêuticos.

### **Teste de hipóteses no contexto da sessão clínica**

A par com outros estudos sobre conceptualização de caso (e.g., Persons, Beckner & Tompkins, 2013; Eells, 2007; 2015), a investigação sobre sistemas e instrumentos de medição de feedback relevantes, válidos e precisos, baseados em fatores do paciente e do processo clínico, demonstra como a verificação sistemática de hipóteses por parte do terapeuta, promove o contorno das armadilhas de raciocínio referidas anteriormente, o evitamento de resultados indesejados em psicoterapia, e consequentemente, intervenções mais eficazes em psicoterapia (Lambert, 2010; Lambert, 2013; Lambert et al., 2001; Sexton & Fisher, 2016). Todavia, tal exercício parece ser mais concretizável no contexto fora de sessão, por exemplo em supervisão, intervisão ou autovisão, onde é conveniente que o terapeuta se envolva em processos mais deliberados.

Segundo Magnavita (2016), é no contexto de uma sessão clínica que a maior parte das decisões interventivas são tomadas. Sendo este um contexto de interação social, caracterizado por tempo, espaço e informação limitada, assim como, pressão para a produtividade, é mais provável decisões serem tomadas através de processos automáticos e intuitivos (e.g., Bargh & Ferguson, 2000; Klein, 1993; Jacinto, Lewis, Braga, & Scott, 2016), não sendo por vezes oportuno ou prudente, o terapeuta envolver-se em esforços cognitivos superiores, subjacentes aos processos de deliberação e verificação de respostas tendencialmente rápidas e intuitivas.

Do lado da investigação em psicoterapia, não existe ainda resposta na literatura à questão de como é que o teste de hipóteses pode ocorrer durante uma sessão, onde o raciocínio heurístico frequentemente opera e erros cognitivos provenientes deste último ocorrem. Por sua vez, alguns estudos de cognição social, parecem oferecer pistas relacionadas com tal problema, podendo mesmo ajudar a responder a esta questão de investigação.

No sentido de enquadrar o presente estudo, duas dessas linhas de estudos experimentais serão revistos de seguida dando conta de fenómenos como, a) quando uma resposta intuitiva por parte do decisor está associada a um elevado nível de confiança, mais esforços cognitivos serão requeridos para que este questione a sua hipótese intuitiva e, b) uma estratégia específica, pode ajudar a promover de forma automática e auto-regulatória iniciação imediata de ações, conducentes a determinado objetivo.

### **Experiência Metacognitiva: *Feelings of Rightness* (FOR).**

Thompson, Turner e Pennycook (2011) postularam que processos metacognitivos responsáveis pela monitorização de resultados intuitivos e automáticos (Tipo 1), predizem o grau de envolvimento em processos mais deliberados e lentos (Tipo 2) capazes de detetar erros de julgamento. Estes autores sugerem que um processamento de Tipo 1, gera dois tipos de resposta: a primeira corresponde ao conteúdo da resposta (e.g., intervenção específica que surge de imediato na mente do terapeuta) e a segunda, trata-se da experiência metacognitiva que corresponde à sensação de confiança que acompanha a resposta produzida (e.g., sentir confiança em relação à intervenção específica emergente), conceptualizada por Thompson (2009) como *Feelings of Rightness* (FOR).

Partindo do pressuposto que os FOR podem variar quanto à sua força (e.g., o decisor pode experienciar mais ou menos confiança face à sua primeira hipótese), Thompson, Turner e Pennycook (2011) hipotetizaram que o nível de envolvimento em processos mais deliberados era determinado por esta metaexperiência. Para o testarem, os autores recorreram a um paradigma de duas respostas (inspirador da metodologia do presente estudo) em várias séries de problemas de raciocínio e lógica: num primeiro momento, os participantes eram convidados a dar uma primeira resposta intuitiva e rápida (Tipo 1) através de instruções específicas (e.g., a primeira resposta que lhe surgir na mente), e de seguida, a medir subjetivamente os seus FOR. Num segundo momento, era dado aos participantes um tempo para repensar a resposta final que desejariam dar em cada problema, associado à possibilidade de alterarem as suas respostas iniciais (Tipo 2). Em diferentes experiências, uma relação robusta entre FOR e as medidas de processamento Tipo 2 foi observada (e.g., mudança de resposta e tempo despendido a repensar), demonstrando assim que a experiência metacognitiva de *Feelings of Rightness*, sinaliza se respostas produzidas por um tipo de processamento de Tipo 1, são suficientes ou se precisam de uma análise adicional, de processos de Tipo 2 (Thompson, Turner, & Pennycook, 2011). Mais concretamente, demonstrou-se que baixos FOR estão associados a tempos maiores a repensar uma resposta inicial, e aumentam a probabilidade de mudança de resposta num segundo julgamento. Já FOR elevados, diminuem a probabilidade de envolvimento em processos de Tipo 2, o que, segundo o estudo, faz com que respostas, por vezes erradas, sejam rapidamente consideradas como corretas.

Estabelecendo o paralelo com o psicoterapeuta em contexto de sessão, entende-se que, se a sensação de confiança (FOR) que acompanha uma hipótese intuitiva, avaliativa ou interventiva for elevada, então, menor a probabilidade do terapeuta verificar e/ou

questionar a sua resposta (e.g., procurar mais informação; gerar hipóteses alternativas potencialmente mais adequadas), ficando então por perceber, como pode o terapeuta contornar este fenómeno cognitivo, de modo a que respostas menos adequadas não passem despercebidas.

Será que promover uma estratégia automática e auto-regulatória, através de um plano *Se\_Então\_* que tem em conta o fenómeno anterior (Gollwitzer, 1993; 1999; 2006), poderia ajudar o terapeuta a atender mais facilmente à necessidade/objetivo de testar as suas hipóteses intuitivas no contexto de uma sessão?

### **Paradigma de Implementação de Intenções.**

Segundo Gollwitzer e Sheeran (2006), o alcançar de determinado objetivo, está dependente da maneira como este é formulado, assim como, da capacidade do agente em regular as exigências motivacionais, emocionais e comportamentais, emergentes no caminho para a sua concretização. De acordo com o modelo de fases de ação (Gollwitzer, 1990), delinear um objetivo, é apenas o primeiro passo para a sua concretização. Nesta sequência, este modelo propõe quatro fases de ação organizadas cronologicamente, que privilegiam de ser concretizadas aquando da busca de determinado objetivo: pré-decisão, pré-ação, ação e pós-ação. De acordo com o autor, estas fases encontram-se ligadas por três pontos de transição cruciais, sendo na presente revisão, apenas importante salientar dois destes.

O primeiro ocorre entre as duas primeiras fases, e trata-se de transformar um determinado desejo, definido de forma concreta ou abstrata, num objetivo (X). O modelo descreve esta transição, como o formular da *intenção para o objetivo*, que assume a forma de “*Eu pretendo alcançar X*”. De acordo com Gollwitzer e Brandstatter (1997), este parece ser apenas um pré-requisito para a conquista do objetivo, sendo um segundo ponto de transição, que se encontra entre as fases pré-ação e ação, e implica a iniciação de comportamentos em direção ao objetivo, altamente necessário. Para quem está treinado a exhibir tais comportamentos, este não será tão indispensável, no entanto, se esse não for o caso, dificuldades por exemplo, motivacionais, emocionais e comportamentais, podem surgir e reduzem a probabilidade de concretização do objetivo (e.g., Gollwitzer & Sheeran, 2006; Gollwitzer, 1993; 1996).

Para lidar com esta última questão, Gollwitzer (1993;1999; 2006) sugere a formulação de um tipo de intenção, chamada *implementação de intenção*. Esta trata-se de uma estratégia auto-regulatória que antecipa situações críticas contextuais, e promove a

iniciação automática de ações direcionadas para o objetivo. Tais intenções aparecem no formato de “*Se a situação Y for encontrada, Então iniciarei o comportamento em direção ao objetivo X*”, e permitem que o indivíduo não esteja apenas vinculado com o objetivo no seu estado final. Para testar a eficácia deste plano “*Se\_Então\_*”, estudos experimentais foram decorridos por Gollwitzer e Brandstatter (1997). Nos dois primeiros estudos de campo, aleatoriamente, metade dos participantes era instruída a formular uma estratégia de *implementação de intenção*, enquanto que a outra metade, era apenas instruída a ter em mente a *intenção para o objetivo*. Os autores verificaram que objetivos pessoais considerados difíceis, eram mais prováveis de ser concretizados quando acompanhados por uma formulação de *implementação de intenções*, em comparação com a outra condição. Num terceiro estudo decorrido em laboratório, através de uma manipulação semelhante, verificou-se também que os participantes que receberam estratégias de *implementação de intenções*, detetaram mais facilmente as oportunidades adequadas (situações estímulo críticas - Y) para iniciar comportamentos, face ao objetivo designado (X) previamente pelos investigadores. Para o grupo que recebeu apenas a *intenção para o objetivo*, tal tarefa revelou-se ser mais difícil, desperdiçando por vezes estas boas oportunidades. De um modo geral, estes resultados apoiam a hipótese de que a formação de *implementação de intenções*, é uma estratégia auto-regulatória eficaz, que promove a iniciação de ações em direção a objetivos, quando boas oportunidades são apresentadas, mesmo que por pequenos momentos, de forma automática e pouco exigente do ponto de vista cognitivo.

### **Presente Estudo**

O presente estudo tem como objetivo promover uma estratégia auto-regulatória e automática, que facilite a verificação de decisões intuitivas e se necessário, a consideração de alternativas, no momento-a-momento de uma sessão de psicoterapia. Tal tem como fim último, favorecer o contorno de enviesamentos cognitivos e seus possíveis erros, assim como, contribuir para práticas clínicas mais reflexivas e flexíveis, capazes de atentar à variedade de caminhos terapêuticos válidos e potencialmente produtivos em determinado momento.

Tendo em conta as considerações teóricas e empíricas de de Thompson, Turner e Pennycook (2011), e Gollwitzer (1990; 1993; 1999; 1997; 2006), testa-se a eficácia de uma estratégia de Implementação de Intenção (II) (plano *Se\_Y, Então\_ X*) na promoção automática do teste de hipóteses no contexto de uma sessão clínica, sendo que esta

estabelece a sensação de estar confiante (elevados FOR) que acompanha uma primeira resposta intuitiva, como a pista/situação crítica (Y), à iniciação de comportamentos em prole do objetivo de considerar hipóteses clínicas alternativas (X). Dado o caráter auto-regulatório e automático desta estratégia, e a eficácia encontrada em inúmeros estudos (Gollwitzer & Brandstatter, 1997; Gollwitzer, 1999; 2006), espera-se que os terapeutas convidados a formular uma *Implementação de Intenção* (II) ("If I feel confident in my clinical judgment, Then I will consider alternative therapeutic strategies"), concretizem mais vezes o objetivo, em comparação com os que formulam apenas a *intenção para o objetivo* (IO) ("I intend to consider alternative therapeutic strategies").

Da mesma maneira, é também esperado que perante elevados níveis de confiança (FOR) relativamente à primeira hipótese clínica gerada, os terapeutas inicialmente convidados a formular a estratégia de *implementação de intenção*, atuem mais vezes em prole do objetivo designado pelos investigadores, comparativamente com os terapeutas que recebem apenas a *intenção para o objetivo*, contornando assim fenómeno cognitivo descrito por Thompson, Turner e Pennycook (2011).

Havendo já algum apoio empírico que sugere que os marcadores de capacidade de processamento, podem influenciar o processo de tomada de decisão do terapeuta (Conceição, 2010; Simões, 2012; Conceição & Vasco, 2008), através de um teste de natureza experimental, o presente estudo explora também, se a presença de marcadores de uma fase específica do MCP, nomeadamente a lógica “Quando\_Então\_” inerente à sua definição, influencia a responsividade da resposta do terapeuta num primeiro momento de tomada de decisão. Posteriormente, visa-se perceber se o nível de responsividade atendido, por sua vez, modera a concretização do objetivo designado pelos investigadores.

Tendo em conta as considerações da revisão anterior, postula-se que perante uma primeira decisão (intuitiva), correspondente a um emparelhamento menos responsivo face aos marcadores de capacidade de processamento do paciente, maior será a probabilidade do terapeuta considerar hipóteses alternativas, assim como, mais forte será o efeito da estratégia de *Implementação de Intenção* anterior.

Por fim, procura-se perceber se a presença de marcadores de capacidade ou vulnerabilidade respetivamente, influencia a consideração de hipóteses alternativas no contexto de uma sessão clínica, quando o terapeuta é convidado a repensar/testar a sua decisão. Sendo esta uma hipótese exploratória, não se antecipa qualquer tipo de resultado.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra do presente estudo foi recolhida *online*, através de uma base de contactos nacionais e internacionais. A sua participação foi voluntária e sem remuneração. Dos 120 terapeutas que constituem a amostra, 80 são do sexo feminino e 38 do sexo masculino, sendo que dois participantes optaram por não dar este dado. A média de idades da amostra é de 56,5 anos, com desvio padrão de 12,53. Do total de participantes 55% são americanos, 22,5% ingleses e 2,5 % portugueses, estando outras nacionalidades também representadas, ainda que em minoria (austríaca, brasileira, russa, canadiana, italiana, checa, dinamarquesa, holandesa, alemã, grega, israelita, norueguesa, polaca, suíça e irlandesa) .

Para garantir experiência clínica profissional, foram recrutados apenas psicoterapeutas e psicólogos clínicos com mais de três anos de experiência clínica. No geral, considera-se a amostra experiente, tendo em conta que a maioria dos participantes já exerce há mais de 15 anos (68,4%). Numa escala de 1 a 7, em que 1 significa nada integrativo e 7 significa totalmente integrativo, 72,7% da amostra classifica o grau de integração ou ecletismo da sua prática clínica, entre 5 e 7.

### **Procedimento e Material**

Para a realização do presente estudo, foi criada uma plataforma *online* através do Qualtrics Survey Software, disponível aos participantes entre Agosto e Setembro de 2017, distribuída via e-mail. Dado a diversidade de nacionalidades dos participantes alvo, todo o material do estudo foi construído em inglês.

Num primeiro bloco, constava o objetivo geral e a metodologia do estudo, a par com o Consentimento Informado (Anexo B). Ao prosseguir, os participantes eram informados de forma mais detalhada, que iriam participar numa breve experiência, que pressupunha a visualização de um excerto audiovisual de uma paciente (Rachel), retirado do meio de uma sessão clínica *online*, e com aproximadamente dois minutos de duração, sendo que posteriormente, teriam de responder de imediato a um conjunto de questões. Com o objetivo de estandardizar a situação em que a experiência decorria, neste mesmo passo, algumas instruções relativas às condições que deveriam ser encontradas antes de prosseguir com a experiência eram explicitadas (Anexo E).

O design experimental do estudo consistia num plano de 2 instruções de intenção (*implementação da intenção vs intenção para o objetivo*) x 2 tipos de marcadores de

capacidade de processamento (*capacidade vs vulnerabilidade*), resultando assim em quatro condições experimentais distintas, discriminadas na Tabela 1.

**Instrução de Intenção: *Implementação de Intenção vs Intenção para o objetivo.***

Com vista a testar as duas primeiras hipóteses do estudo, a todos os participantes era primeiramente salientado a relevância de considerar estratégias terapêuticas alternativas no contexto de psicoterapia, sendo pedido simultaneamente, que mantivessem ao longo da experiência, tal como objetivo. Tendo por base o paradigma de Gollwitzer e Brandstatter (1997), de forma aleatória, a instrução de intenção (variável independente) variava entre dois grupos de participantes. Numa primeira fase da experiência, metade dos participantes (n=60) eram convidados a formar uma estratégia de *Implementação de Intenção* (II) (plano Se\_Então\_), aparecendo esta no formato de "*If I feel confident in my clinical judgement, Then I will consider alternative therapeutic strategies*". Este plano especificava a sensação de estar confiante (FOR), como a metacognição estímulo (pista) à iniciação de comportamentos em direção ao objetivo anteriormente designado. Em paralelo, a outra metade (n=60) teria apenas de formular a *intenção para o objetivo* (IO), que aparecia no formato de "*I intend to consider alternative therapeutic strategies*".

**Marcadores de capacidade de processamento: *Capacidade vs Vulnerabilidade.***

Para testar se a presença de marcadores de capacidade estrutural de processamento da paciente, influencia a responsividade de um julgamento clínico e/ou a consideração de uma hipótese clínica alternativa, dois excertos audiovisuais qualitativamente diferentes foram construídos, e aleatoriamente distribuídos por cada uma das instruções de intenção (Tabela 1). Tais variavam de acordo com a capacidade de processamento que os marcadores pretendiam sinalizar, tal como conceptualizada pelo Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (e.g., Conceição, 2010; Vasco & Conceição, 2008; Simões, 2012).

Previamente à visualização do excerto, a todos os participantes era dada uma breve introdução do caso clínico, por forma a garantir circunstâncias semelhantes às do contexto de psicoterapia real (e.g., conhecimento do processo terapêutico). Tal começava de forma idêntica, e terminava de acordo com o tipo de capacidade de processamento que se desejava explicitar, respetiva ao tipo de excerto prestes a ser recebido (Anexo E).

“Rachel is 32 years old. She looked out for psychological help due to her difficulty in making certain types of decisions, difficulty holding to certain existential lifestyle choices, self-criticism, cut-off from her feelings, high tendency to intellectualize or generate successive alternative hypothesis, and being in a profession far away from her more creative aspirations and potential. She has been motivated and cooperative throughout the process, despite some occasional strains on the alliance that end up being repaired.”

Em ambos os excertos, a paciente apresentava o mesmo tipo de dificuldades, contudo, a maneira como esta última se relacionava com a experiência problemática diferia consoante o excerto recebido (Anexo C). No primeiro excerto, categorizado como *capacidade* (C), a paciente demonstrava, através de marcadores terapêuticos, ter adquirido capacidades até à fase 3 da pirâmide de sete fases do MCP (Anexo A). Mais concretamente, a paciente estava capaz de discriminar e explorar a sua experiência problemática, procurando em simultâneo construir novas ligações e significados para esta última; no segundo excerto, categorizado como *vulnerabilidade* (V), a paciente mostrava explicitamente pela presença de marcadores específicos, não ter ainda adquirido capacidades de fase 3, apresentando-se apenas capaz de fase 1 e 2, mais precisamente, de explorar e traduzir a sua experiência problemática, embora de forma auto-crítica e sem tentativas de formular novas ligações e significados.

### Tabela 1

*Design experimental 2x2.*

	Capacidade até fase 3 (n=60)	Vulnerabilidade de fase 3 (n=60)
<i>"If I feel confident in my first answer, Then I will consider alternative therapeutic strategies"</i> (n=60)	Implementação de Intenção (II) + Capacidade (C) (n=30)	Implementação de Intenção (II) + Vulnerabilidade (V) (n=30)
<i>"I intend to consider alternative therapeutic strategies"</i> (n=60)	Intenção para o objetivo (GI) + Capacidade (C) (n=30)	Intenção para o objetivo (GI) + Vulnerabilidade (V) (n=30)

### **Responsividade, FOR e Consideração de hipóteses alternativa.**

Imediatamente a seguir à visualização do excerto, era pedido que escolhessem de um conjunto de opções interventivas (objetivos estratégicos), aquela com que desejarium

ajudar a paciente. Com o intuito de testar a influência dos marcadores de fase na tomada de decisão intuitiva<sup>1</sup> de terapeutas, assim como, explorar a relação entre a responsividade de um primeiro julgamento e a posterior consideração de estratégias terapêuticas alternativas, as seis opções de julgamento apresentadas aos participantes, variavam quanto ao seu nível de responsividade (2 opções *mais responsivas*, 2 *neutras* e 2 *menos responsivas*). A sua formulação teve por base os objetivos estratégicos (Oe) da pirâmide de sete fases do MCP (Conceição, 2010; Vasco & Conceição, 2008), nomeadamente os correspondentes às fases 1, 2, 3 e 4 (Anexo A e D).

No caso de receber *capacidade*, as duas hipóteses *mais responsivas* tinham em conta as conquistas e capacidades já alcançadas pela paciente e assim, promoviam capacidades da fase imediatamente posterior (Oe fase 4). Inversamente, as duas hipóteses *menos responsivas*, não aproveitavam tal oportunidade para promover novas capacidades, investindo apenas em trabalho terapêutico já conquistado (Oe fase 3). No caso de receber *vulnerabilidade*, as duas hipóteses *mais responsivas*, correspondiam à promoção de capacidades correspondentes à fase explicitamente vulnerável, ainda não conquistada (Oe fase 3), já as duas hipóteses *menos responsivas*, não atentavam à conquista de capacidades da fase ainda vulnerável (3), promovendo precipitadamente capacidades de fases mais avançadas (Oe fase 4). As opções *neutras* eram semelhantes para os dois excertos, e focavam-se na promoção da confiança e motivação, ou no fortalecimento da aliança terapêutica.

À semelhança do paradigma de duas respostas de Thompson, Turner e Pennycook (2011), logo após o primeiro momento de tomada de decisão, os participantes eram convidados a medir a metaexperiência de FOR, através de uma escala de Likert de 1 a 7, em que 1 correspondia a nada confiante e 7 extremamente confiante. De seguida, eram informados que poderiam repensar a resposta dada anteriormente, sendo apresentadas aos participantes, as mesmas seis opções de resposta (Oe) dadas no primeiro momento de julgamento, das quais novamente, só poderiam selecionar uma. Para avaliar se o objetivo designado (considerar hipóteses clínicas alternativas) tinha sido cumprido, avaliar-se-ia num segundo julgamento, se o participante tinha mantido ou mudado a resposta inicial.

---

<sup>1</sup> Ao simular uma sessão *online* e dar instruções como “Pay attention to the video because, immediately after the video is finished, you will be asked to answer some questions about the case” ou “Consider yourself as Rachel’s Therapist”, tentou-se promover respostas rápidas e intuitivas num primeiro momento de tomada de decisão. Pelo raciocínio heurístico subjacente à sua definição, a presença de marcadores poderia facilitar também este objetivo.

## Resultados

### Consideração de uma hipótese terapêutica alternativa

#### Instrução de Intenção e Marcadores de capacidade de processamento.

Ao observar os dois momentos de tomada de decisão clínica dados aos participantes, verificou-se que 67 terapeutas mantiveram a sua resposta num segundo momento de julgamento clínico, e 53 consideraram uma hipótese alternativa.

No presente estudo, era esperado que a formulação de *implementação de intenção* (II) promovesse a consideração de uma hipótese alternativa (mudança de resposta) num segundo momento de tomada de decisão, diferenciando-se positivamente do grupo que receberia apenas a *intenção para o objetivo* (IO). Tendo em conta o caráter dicotômico da variável dependente (muda; não muda) e categorial da variável instrução de intenção (II vs. IO), realizou-se um teste qui-quadrado para amostras independentes ( $\alpha = .05$ ), com intuito de perceber se há uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Os resultados desta análise demonstraram independência entre a variável instrução de intenção e a consideração de uma hipótese alternativa,  $X^2(1) = 0,304, p > .05$ . Conclui-se que não há uma diferença significativa na distribuição de frequências da variável dependente, entre as condições II e IO (Tabela 2), rejeitando-se assim a primeira hipótese do presente estudo.

Uma vez que se pretendia comparar as duas categorias de marcadores de capacidade de processamento (*Capacidade* (C) vs. *Vulnerabilidade* (V)) relativamente à consideração de uma hipótese terapêutica alternativa, optou-se, à semelhança da variável independente anterior, por se realizar um teste qui-quadrado para amostras independentes. Dado que  $X^2(1) = .034$ , e o valor- $p$  é superior ao nível de significância estabelecido ( $\alpha = .05$ ), pode-se afirmar que não há uma diferença estatisticamente significativa entre a frequência de mudança de resposta, do grupo de terapeutas que esteve perante *capacidade* e do que esteve perante *vulnerabilidade* (Tabela 2). Sendo esta uma hipótese exploratória, conclui-se que a capacidade de processamento, expressa através de marcadores, e a variável dependente do presente estudo são estatisticamente independentes.

De forma exploratória, procurou-se também testar um efeito de interação entre a instrução de intenção e a capacidade de processamento na consideração de uma hipótese alternativa, através de uma regressão logística binária. De acordo com o teste de Omnibus, proveniente desta última análise, e que insere o preditor em estudo (interação) no modelo de regressão logística, constata-se que não há um efeito de interação na variável

dependente estatisticamente significativo,  $X^2(1) = 1,356$   $p = .244$ . Em concordância com este resultado, o critério de Wald demonstrou que a interação entre estas variáveis não tem qualquer valor preditivo na consideração de uma resposta alternativa ( $p = .245$ ).

## Tabela 2

*Tabela de frequências e Teste qui-quadrado para amostras independentes. Instrução de intenção (II vs. IO) e Marcadores de capacidade de processamento (C vs. V) na Consideração de uma hipótese alternativa (mudar ou manter a resposta inicial)*

	Não mudou		Mudou		$\chi^2(1)$	$p$
	n	%	n	%		
Instrução de Intenção						
II	35	58,3%	25	41,7%	.304	.581
IO	32	53,3%	28	46,7%		
Capacidade de Processamento						
C	34	56,7%	26	43,3%	.034	.854
V	33	55%	27	45%		

Nota. Nível de Significância = 0.05

### Efeitos de Mediação e Moderação.

Tendo em conta a rejeição da primeira hipótese do estudo, não foi possível testar as hipóteses referentes a um efeito de mediação (FOR) ou moderação (Responsividade) na variável dependente do presente estudo. Mais concretamente, não foi possível testar se uma experiência metacognitiva de FOR elevada, funciona como pista à iniciação de comportamentos em direção ao objetivo designado de considerar uma hipótese alternativa, tal como definido numa estratégia de II, assim como não foi possível verificar, se um menor nível de responsividade num primeiro julgamento clínico, fortalece o efeito de uma estratégia de II. No entanto, com o intuito de explicar a proporção de terapeutas que optaram por mudar a sua resposta num segundo julgamento (44, 2%), outras análises estatísticas foram realizadas.

### Responsividade.

No presente estudo, levantou-se ainda a hipótese de que um primeiro julgamento clínico *menos responsivo* aos marcadores de capacidade de processamento da paciente, aumentaria por si, a probabilidade do terapeuta considerar uma hipótese alternativa num segundo momento de tomada de decisão. Para testar esta hipótese, as opções de

juízo que apareciam no formato de objetivos estratégicos, correspondiam a níveis de responsividade distintos, já discriminados na secção do método.

Com o intuito de perceber se a responsividade e a variável dependente do presente estudo estão estatisticamente associadas, decorreu-se um teste qui-quadrado para amostras independentes. Segundo esta análise, parece haver uma associação marginal entre estas duas variáveis,  $X^2(2) = 5,725$ ,  $p = .057$ . Embora não se conheça o sentido da relação através desta última, ao observar a distribuição de frequências, contemplada na Figura 1, poder-se-á assumir que a proporção de participantes que considerou uma hipótese alternativa, difere de acordo com o nível de responsividade atendido num primeiro juízo clínico. Os resultados sugerem que perante uma resposta emergente *menos responsiva*, maior a probabilidade do terapeuta considerar uma resposta alternativa num segundo momento de juízo, comparativamente à escolha por opções *mais responsivas* ou *neutras*. Em suma, constata-se que uma das hipóteses do presente estudo foi parcialmente verificada.

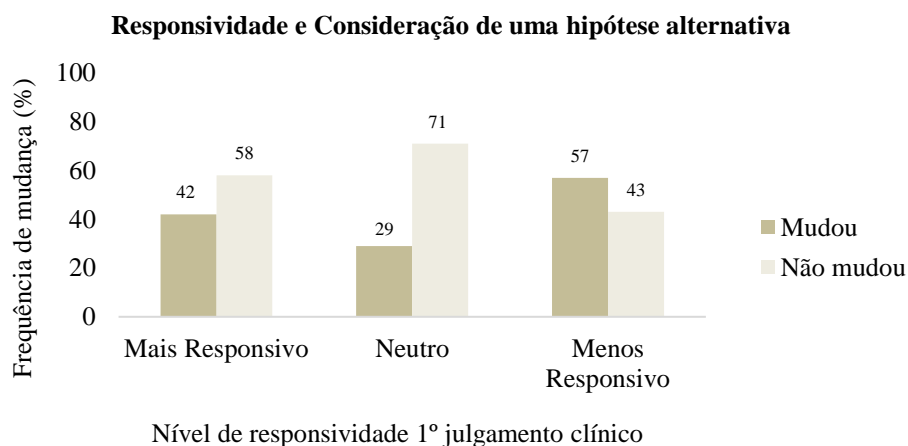


Figura 1. Frequência de mudança de resposta nos diferentes níveis de responsividade de um primeiro juízo clínico.

### **Feelings of Rightness (FOR).**

A média de FOR foi de 5,02, com desvio padrão de 1,118. Apesar de terem sido encontrados 7 *outliers* tendo como regra 1,5 *Interquartile Range* (IQs), estes casos não foram eliminados, uma vez que a investigação aponta que 50% dos *outliers* identificados com esta regra não são realmente *outliers* (Hoaglin & Iglewicz, 1987), sendo usada a regra 3 IQs.

Visando perceber se há uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de FOR dos terapeutas que mudaram de resposta (M) e dos que não mudaram

(NM), realizou-se um teste-t para amostras independentes ( $M_M = 4.83$ ,  $DP_M = 1.14$ ;  $M_{NM} = 5.16$ ;  $DP_{NM} = 1.10$ ). De acordo com esta análise, a diferença não é estatisticamente significativa,  $t(118) = 1.63$ ,  $p = .106$ . Todavia, a validade deste teste poderá ser questionada visto que, segundo o teste Shapiro Wilk para a normalidade, os dados não seguem uma distribuição normal em cada um dos grupos de participantes ( $W_M = .900$ ,  $p < .05$ ;  $W_{NM} = .853$ ,  $p < .05$ ).

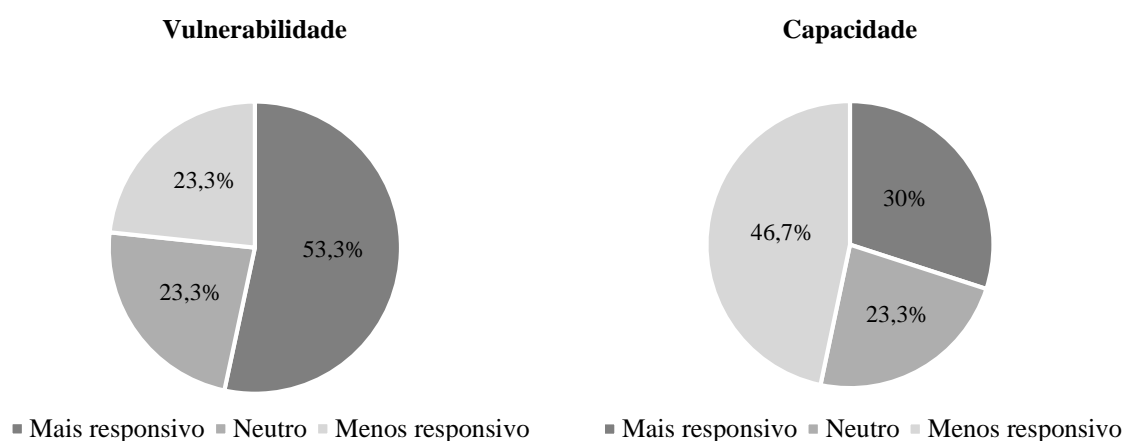
Decorreu-se ainda uma regressão logística, com o objetivo de perceber se a sensação de confiança que acompanha um primeiro julgamento (FOR), tem valor preditivo na consideração de uma hipótese alternativa. Ao comparar o modelo de regressão completo que inclui a variável preditora a ser testada, com o modelo que inclui apenas a constante, esta análise indica se há ou não um efeito desta variável na variável dependente em questão. O qui-quadrado resultante desta análise é igual a 2,652 com um 1 grau de liberdade, sendo o  $p = .103$ . Dado que o valor-p é superior a .05, assume-se que não há uma diferença estatisticamente significativa entre estes dois modelos. Em concordância com este resultado, o critério de Wald (2,576) demonstrou que a variável de FOR deste estudo não tem por si, um efeito estatisticamente significativo ( $p = .109$ ) na consideração de uma hipótese alternativa.

### **Responsividade**

Ao explorar os dados, verificou-se que grande parte da amostra (41,7%) optou, num primeiro momento de tomada de decisão, por um objetivo estratégico *mais responsivo* aos marcadores de capacidade de processamento apresentados pela paciente (C e V), sendo que os restantes participantes optaram respetivamente, por um objetivo estratégico *menos responsivo* (35%) ou por um *neutro* (23,3%). Para compreender melhor estes dados, outras análises estatísticas foram realizadas. Mais precisamente, explorou-se se as manipulações do estudo (Instrução de Intenção e Marcadores de capacidade de processamento), influenciaram a responsividade atendida num primeiro julgamento clínico intuitivo.

Segundo o teste de qui-quadrado para amostras independentes ( $\alpha = .05$ ), não há uma associação estatisticamente significativa entre a variável responsividade e o tipo de instrução de intenção recebida (II vs. IO),  $X^2 = 2,661$ ,  $p = .264$ . No entanto, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis responsividade e capacidade de processamento,  $X^2 = 8,587$ ,  $p = .014$ . Perante marcadores de *vulnerabilidade*, mais participantes optaram por respostas *mais responsivas* ( $n = 32$ ),

sendo que os restantes selecionaram uma opção *menos responsiva* (n= 14) ou uma opção *neutra* (n= 14). Pelo contrário, os terapeutas que receberam o excerto de *capacidade*, optaram mais frequentemente por uma resposta *menos responsiva* (n= 28), e menos por uma opção *mais responsiva* (n= 18) ou *neutra* (n =14). Como referido anteriormente, não é possível inferir causalidade com base neste teste porém, é observável uma diferença significativa no nível de responsividade de um primeiro julgamento, entre os dois tipos de marcadores de capacidade de processamento (C vs. V) (Figura 2 e 3).



*Figura 2.* Frequência de participantes nos três níveis de responsividade (Mais, Neutro ou Menos responsivo), perante o excerto de *Vulnerabilidade*.

*Figura 3.* Frequência de participantes nos três níveis de responsividade (Mais, Neutro ou Menos responsivo), perante o excerto de *Capacidade*.

### **Feelings of Rightness (FOR)**

Para comparar a sensação de confiança num primeiro julgamento clínico (FOR) entre as duas condições de cada uma das variáveis independentes do presente estudo (II vs. IO; C vs. V), decorreram-se testes-t para amostras independentes. Segundo este tipo de análise estatística, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de FOR de quem recebeu a instrução II ( $M_{II}=5.05$ ,  $DP_{II}= 1.08$ ) e de quem recebeu apenas a IO ( $M_{IO}= 4.98$ ,  $DP_{IO}= 1.17$ ),  $t(118) = -.324$ ,  $p > .05$ . Contudo, salientou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de FOR do grupo de participantes que visualizara o excerto de *capacidade* ( $M_C= 5.23$ ,  $DP_C= 1$ ) e do grupo que visualizara o de *vulnerabilidade* ( $M_V= 4.80$ ,  $DP_V= 1.21$ ),  $t(118)= -2.146$ ,  $p < .05$  (Tabela 3). Os resultados sugerem que a capacidade de processamento apresentada pelo paciente através de marcadores específicos, tem efeito na sensação de confiança que

acompanha a resposta terapêutica imediatamente emergente. Mais especificamente, estes indicam que perante marcadores de vulnerabilidade de processamento de fase 3, menor é a sensação de confiança (FOR) na decisão clínica tomada, em comparação com marcadores de capacidade da mesma fase.

O mesmo tipo de análise foi realizada com o intuito de comparar a sensação de confiança (FOR) do grupo de participantes que respondeu de forma menos responsiva, e do grupo que respondeu de forma mais responsiva, no primeiro momento de tomada de decisão. Sendo que este teste pode apenas comparar a média de duas categorias numa só vez, optou-se por excluir desta análise os participantes que responderam neutralmente, recodificando respostas menos responsivas com 0 e mais responsivas com 1. Tal só pode ser possível, devido ao número reduzido de participantes que intuitivamente optou por uma resposta *neutra*. Segundo os resultados, contemplados na tabela 3 a média de FOR não difere de forma significativa entre as duas categorias de responsividade ( $M_0 = 5.02$ ,  $DP_0 = 1.239$ ;  $M_1 = 5.02$ ,  $DP_1 = .979$ ;  $p > .05$ ).

**Tabela 3**

*Resultados do teste Shapiro-Wilk para a normalidade, teste de Levene e teste-t para amostras independentes*

	Shapiro-Wilk	<i>p</i>	F	<i>P</i>	t	<i>p</i>
Instrução de Intenção						
II	.887	.000	.176	.676	-.324	.746
IO	.887	.000				
Capacidade de Processamento						
C	.868	.000	2.287	.133	<b>- 2.146</b>	<b>.034</b>
V	.899	.000				
Responsividade						
Menos responsivo (0)	.911	.003	1.830	.179	-.016	.987
Mais Responsivo (1)	.839	.000				

*Nota.* Nível de significância = .05

Através do teste de *Levene*, verificou-se homogeneidade de variâncias entre as duas categorias de cada variável independente e entre os dois níveis da variável responsividade, assunção básica para validar esta análise estatística. Todavia, a validade dos anteriores resultados poderá ser questionada visto que, segundo o teste de Shapiro-Wilk para normalidade, os FOR não seguem uma distribuição normal em cada grupo das variáveis independentes ( $p < .05$ ) (Tabela 3).

## Discussão

Uma estratégia de Implementação de Intenções, tal como formulada no presente estudo, não se demonstrou eficaz para promover a consideração de uma estratégia terapêutica alternativa no contexto da sessão clínica. De acordo com as análises estatísticas, não houve uma diferença significativa na mudança de resposta, entre o grupo de participantes que foi convidado a formular a *Implementação de Intenção*, e o grupo que tinha apenas de formar a *Intenção para o Objetivo*. Embora este resultado surja de forma inesperada tendo em conta a robustez das provas empíricas que inspiraram o atual paradigma (Gollwitzer, 1993; 1999; 2006; Gollwitzer & Brandstatter, 1997), é provável que tal possa ser explicado pela pista definida no plano “Se\_Então\_” dado aos participantes (elevada sensação de confiança - FOR) (Thompson, Turner, & Pennycook, 2011). Esta última diferia das pistas essencialmente contextuais/situacionais usadas nos estudos experimentais de Gollwitzer e Brandstatter (1997), e por sua vez, pressupunha uma tarefa de metacognição por parte do terapeuta. Tendo em conta o tempo e recursos cognitivos exigidos no acesso a esta experiência metacognitiva de FOR, associados a um raciocínio lento e deliberado (Mata, Ferreira, & Sherman, 2013), hipotetiza-se que tal tenha constituído um obstáculo à concretização do objetivo designado, nomeadamente, por poder ter comprometido o automatismo pretendido inicialmente, assim como, o caráter auto-regulatório visado neste tipo de estratégia.

Sabendo que questões motivacionais influenciam diretamente a iniciação e manutenção de comportamentos em prole de um objetivo (Maehr & Meyer, 1997; Urdan & Maehr, 1995), postula-se ainda que esta população em específico, não tenha reconhecido o porquê e/ou a importância de considerar uma estratégia terapêutica alternativa. Embora não tenha havido diferença na concretização do objetivo nas experiências de Gollwitzer e Brandstatter (1997), quando este havia sido definido pelos próprios participantes ou designado pelos investigadores, neste estudo tais questões não devem deixar de ser equacionadas, uma vez que o objetivo delineado pressupunha que o terapeuta questionasse a sua intuição, e implicitamente, as teorias e aprendizagens anteriores que a fundamentam (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011; Gigerenzer, 2001; Kahneman & Klein, 2009). Tais questões motivacionais poderiam também explicar, porque é que mais do que metade dos participantes não considerou uma resposta alternativa. Juntamente com a discriminação de pistas, que permitem que uma estratégia de Implementação de Intenções seja eficaz, seria igualmente interessante averiguar em

investigações futuras, se questões motivacionais podem também contribuir para o seu sucesso.

Dado que a primeira hipótese do estudo foi refutada, não foi possível testar se a variável FOR teve um efeito mediador, entre a instrução de intenção (II) e a concretização do objetivo, assim como, se o nível de responsividade de um primeiro julgamento, moderou a relação entre estas mesmas variáveis independente e dependente do presente estudo.

À semelhança do resultado anterior, também não se verificaram diferenças significativas entre o conjunto de participantes que recebeu o excerto com marcadores de capacidade e o que recebeu o excerto com marcadores de vulnerabilidade de processamento, na variável dependente do presente estudo. Sendo esta uma hipótese exploratória, conclui-se então que o paciente, estar mais ou menos capaz de processar informação relativamente a si e à sua experiência, é independente da consideração de uma estratégia alternativa, não havendo ainda estudos que ajudem a interpretar este resultado.

Não obstante, o nível de responsividade de um primeiro julgamento, face à capacidade de processamento apresentada pela paciente através de marcadores, demonstrou estar marginalmente associado à consideração de uma hipótese alternativa, tal como postulado inicialmente no presente estudo. Mais concretamente, constatou-se que ao optar por uma primeira resposta *menos responsiva* num primeiro momento de tomada de decisão, maior era a probabilidade do terapeuta mudar de resposta num segundo momento de julgamento, em comparação com escolhas intuitivas *mais responsivas* ou *neutras*. Nestes casos, parte-se do pressuposto que o exercício de considerar outra hipótese foi já relevante, no sentido em que a primeira hipótese, possivelmente menos adequada, passou a não ser exclusiva, e o terapeuta não persistiu (de forma enviesada) na mesma opção.

A impossibilidade de analisar se a resposta alternativa considerada, aumentou, manteve ou diminuiu o nível de responsividade do terapeuta, constituiu uma das grandes limitações deste estudo. Tal deveu-se à redução amostral que o respetivo teste estatístico implicaria, e logo, à possibilidade de obter resultados pouco representativos. Ainda assim, estes resultados sugerem que o nível de responsividade demonstrado num primeiro julgamento potencialmente mais intuitivo, parece ser tido em conta pelo terapeuta, quando está diante da possibilidade de repensar as suas hipóteses e/ou escolher outra alternativa, fazendo estes ainda crer que há situações que podem beneficiar mais do teste de hipóteses do que outras.

A ideia de que não é linear os terapeutas beneficiarem do teste de hipóteses intuitivas, já havia sido salientada pela investigação que aponta que peritos, tendem a beneficiar mais do uso de processos intuitivos e automáticos, do que do uso de abordagens mais deliberadas e analíticas (e.g., Dane, Rockman, & Pratt, 2012; Kahneman & Klein, 2009; Hogarth, 2010). O facto da amostra contar com uma vasta experiência clínica (a maioria apresentava mais do que 15 anos de experiência profissional), e grande parte desta, ter sido imediatamente *mais responsiva* aos marcadores específicos de capacidade de processamento da paciente, ou seja, ter escolhido num primeiro julgamento um objetivo estratégico, tido pela teoria e investigação como um trabalho adequado a oferecer ao paciente, reforça este tipo de estudos. Por sua vez, o facto de opções *menos responsivas* que correspondiam, respetivamente de acordo com o tipo de capacidade de processamento recebida, a objetivos estratégicos de fases bem mais avançadas ou de fases já estabelecidas, terem sido de um modo geral menos vezes selecionadas também está a favor desta.

Tais dados sugerem que, para além de um raciocínio intuitivo e automático permitir responder de forma rápida e frugal a inúmeras situações, nomeadamente àquelas cujo envolvimento em processos mais deliberados não é tão conveniente (Evans & Stanovich, 2013; Kahneman, 2011; Gigerenzer & Gaissmaier, 2011), este podem conduzir muitas vezes o terapeuta a respostas responsivas às necessidades do paciente em determinado momento e numa determinada fase.

Tendo em conta a maneira como a responsividade foi conceptualizada no presente estudo, estes resultados apoiam, ainda que de forma modesta, a componente temporal sequencial fases do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco & Conceição, 2008; Conceição, 2010). Mais concretamente, estes propõem que o terapeuta tem em consideração a fase de capacidade de processamento do paciente, e tende a promover intuitivamente, perante pistas específicas do paciente no momento da sessão, objetivos terapêuticos que respeitam o carácter gradual e sequencial do processo de mudança estrutural do paciente. Este tipo de responsividade enfatiza simultaneamente, a relevância de uma prática reflexiva, capaz de integrar os princípios orientadores dos momentos-a-momentos e de fase-a-fase deste modelo (Conceição, 2010; Ferreira, Vasco, & Basseches, 2016; Ferreira, Conceição, & Vasco, 2011).

De um modo geral, estes resultados estão a favor da teoria e investigação que se dedica à abstração e definição de marcadores e seus respetivos emparelhamentos, com intuito de informar e orientar a tomada de decisão de terapeutas (e.g., Elliott, Rice, &

Greenberg, 1993; Safran & Muran, 2000; Pascual-Leone & Kramer, 2016; Vasco & Conceição, 2008; Conceição, 2005; Simões, 2012). Assim, é relevante que a investigação clínica, continue a dedicar-se à elaboração destes mapas momento-a-momento, que dão uma perspectiva mais clara dos componentes que contribuem para o processo de mudança (quem, o quê, como e quando) e, aumentam a responsividade do terapeuta, à fase em que o paciente se encontra, assim como, às necessidades deste último, em cada momento (Basseches & Mascolo, 2010; Vasco, 2006; Safran, Greenberg, & Rice, 1988). Da mesma maneira, é esperado que o terapeuta conheça e usufrua na sua prática clínica destes últimos, por forma a tomar decisões mais informadas e responsivas e por conseguinte, a evitar erros de decisão.

Com o intuito de explorar e conhecer melhor os dados, de forma exploratória procurou-se ainda saber, se as manipulações da experiência decorrida, tinham influenciado o nível de responsividade atendido num primeiro julgamento clínico. Não houve uma diferença significativa entre as duas instruções de intenção, no que diz respeito à frequência de respostas nas três categorias de responsividade. No entanto, verificou-se que perante o excerto de *vulnerabilidade*, mais participantes optaram por respostas *mais responsivas*, e perante um excerto de *capacidade* da mesma fase, os participantes optaram mais por respostas *menos responsivas*. Sendo as distribuições de frequências de responsividade, significativamente diferentes consoante o tipo de capacidade de processamento apresentada pela paciente, conclui-se que esta última variável influenciou o nível de responsividade de uma primeira resposta potencialmente intuitiva.

Apesar de inesperado, este resultado pode ser explicado pelas opções *menos responsivas* de cada tipo de excerto, poderem estar a diferir quanto ao seu nível de desadequação (menos responsividade). No caso de *vulnerabilidade*, as opções *menos responsivas* correspondiam à promoção de capacidades de uma fase mais avançada sem outras anteriores estarem suficientemente estabelecidas, enquanto que, no caso de *capacidade*, estas mesmas opções correspondiam à promoção de capacidades de uma fase anterior, cujas conquistas terapêuticas já tinham sido alcançadas. Posto isto, hipotetiza-se que perante *capacidade*, a escolha destas opções, pode ter significado apenas a consolidação de trabalho terapêutico anterior, não sendo este trabalho tão desadequado como no caso anterior.

Esta diferença nas opções menos responsivas, pode colocar em causa os anteriores resultados, como também a sua interpretação. Em futuras investigações, é essencial contornar este aspecto, por exemplo, através de um pré-teste que assegure a validade e

precisão das suas manipulações, mais concretamente, que assegure que o nível de responsividade das opções de julgamento, é recebido da maneira como o experimentador deseja que seja percebido e interpretado.

Por fim, análises adicionais foram realizadas com o intuito de compreender o comportamento da variável FOR. Ao contrário do que seria de esperar de acordo com o estudo de Thompson, Turner e Pennycook (2011), não foi encontrada uma diferença significativa entre o grupo de participantes que considerou outra resposta e o que escolheu manter a mesma, no que diz respeito à sensação de confiança numa resposta intuitiva. Tendo em conta que de um modo geral a amostra se mostrou confiante na sua primeira resposta, e os FOR não variaram de acordo com o nível de responsividade atendida, o anterior resultado é possivelmente reflexo de um enviesamento de sobreconfiança a que o decisor está naturalmente vulnerável, que consiste na sobrestimação dos próprios conhecimentos e capacidades, particularmente perante tarefas difíceis (Walfish, McAlister, O'Donnell, & Lambert, 2012; Kahneman, 2011; Stanovich, 2009), assim como, da vasta experiência da amostra (Hogarth, 2010). Adicionalmente, também não foi encontrada uma diferença significativa ao nível de FOR entre as duas instruções de intenção, pelo que o plano “Se\_Então\_” de uma estratégia II, não primou a sensação de confiança. Pelo contrário, esta variável variou significativamente de acordo com o tipo de marcadores de capacidade de processamento recebido. Mais precisamente, os resultados sugerem que perante *vulnerabilidade* de processamento do paciente, os terapeutas sentem menos confiança na sua resposta intuitiva, comparativamente a quando o paciente está mais capaz. Embora estes resultados merecessem por si, ser alvo de interpretação, tal não fará sentido tendo em conta que estes últimos testes estatísticos foram decorridos sem todas as assunções básicas para tal estarem reunidas, podendo assim a sua validade ser questionada.

A par com algumas limitações já referidas ao longo da presente discussão, o carácter dicotómico da variável independente deste estudo (considera alternativas ou não), não se revelou ser a melhor medida para avaliar um processo de teste de hipóteses. Apesar da mudança de resposta ilustrar um processo de verificação e consideração de hipóteses alternativas, a manutenção da resposta não significa per se, que a opção intuitiva não tenha sido alvo de reflexão.

Em suma, não é ainda claro que verificar e duvidar de decisões automáticas e intuitivas, permite ao terapeuta responder mais adequadamente às necessidades do

paciente, ainda para mais quando estas parecem assentar em teorias e modelos de conceptualização que visam orientar a tomada de decisão de terapeutas, e conduzem muitas vezes a respostas responsivas às necessidades do paciente. Por sua vez, apostar no desenvolvimento deste tipo de modelos, nomeadamente na abstração de marcadores e emparelhamentos responsivos, que fundamentam um raciocínio heurístico na tomada de decisão no momento-a-momento da sessão, poderá ser uma boa maneira para promover decisões intuitivas informadas, evitar erros na tomada de decisão e consequentemente, resultados indesejados em psicoterapia.

Após este humilde contributo que demonstra a dificuldade e o potencial de cruzar o rigor do método experimental da ciência da decisão, com a relevância das decisões clínicas em contexto de sessão de psicoterapia, fica evidente que a unidade do processo de tomada de decisão num momento específico da sessão, associado a marcadores e à influência de enviesamentos, beneficiará de ser muito melhor compreendida em futuras investigações.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Victor B. J. (1993). Empirical Research on integrative and eclectic psychotherapies. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 9-16). New York: Plenum Press.
- Bargh, J. A., & Ferguson, M.J. (2000). Beyond behaviorism: On the automaticity of higher mental processes. *Psychological Bulletin*, *126*, 925-945.
- Basseches, M., & Mascolo, M. F. (2010). *Psychotherapy as a developmental process*. New York, NY: Routledge.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.
- Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2ª Ed.) (pp. 121-143). New York: Basic Books.
- Chapman, C. L., Burlingame, G. M., Gleave, R. M., Rees, F., Beecher, M., & Porter, G. S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *22*, 673–681. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.702512>
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objetivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Conceição, N. M. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: Integrative decision making in real-world psychotherapy*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Dane, E., Rockmann, K., & Pratt, M. G. (2012). When should I trust my gut? Linking domain expertise to intuitive decision making effectiveness. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *119*, 187-194.
- De Neys, W. (2006). Dual processing in reasoning: Two systems but one reasoner. *Psychological science*, *17*, 428-433.

- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy, 52*, 391-401.
- Eells, T. D. (2007). History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy formulation* (3-32). New York: Guildford Press.
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy Case Formulation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Rice, L. N. & (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: The Guildford Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., & Goldman, R. N. (2004). *Learning Emotion Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC, US: American Psychological Association.
- Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V., & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive–experiential and analytical–rational thinking styles. *Journal of personality and social psychology, 71*(2), 390.
- Evans, J. S. B. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annual Review of Psychology, 59*, 255-278.
- Evans, J. S. B., & Curtis-Holmes, J. (2005). Rapid responding increases belief bias: Evidence for the dual-process theory of reasoning. *Thinking & Reasoning, 11*, 382-389.
- Evans, J. S. B., & Stanovich, K. E. (2013). Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate. *Perspectives on psychological science, 8*, 223-241.
- Ferreira, J. F., Basseches, M., & Vasco, A. B. (2016). Guidelines of reflective practice in psychotherapy: reflection on the benefits of combining moment-by-moment and phase-by-phase mapping in clinical decision making. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Ferreira, J. F., Conceição, N., & Vasco, A. B. (2011). Movimentação e diferenciação narrativa ao longo do processo terapêutico: Um estudo de caso longitudinal à luz do modelo de complementaridade paradigmática. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia, 25*, 173-201.

- Garcia-Marques, L., Ferreira, M., Sherman, J. W., & Sherman, S. J. (2006). Automatic and controlled components of judgment and decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 797-813.
- Garfield, S. L. (1994). Eclecticism and integration in psychotherapy: Developments and issues. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 123-137.
- Gigerenzer, G. (2001). The adaptive toolbox. In G. Gigerenzer & R. Selten (Eds.), *Bounded Rationality: The adaptive toolbox* (pp. 37-50). London: The MIT Press.
- Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual Review of Psychology, 62*, 451-482.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*, 991-999.
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind-sets. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, pp. 53-92). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). Chichester, England: Wiley.
- Gollwitzer, P. M. (1996). The volitional benefits of planning. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 287-312). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *The American Psychologist, 54*, 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Brandstatter, V. (1997). Implementation Intentions and Effective Goal Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 186-199.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effect and processes. *Advances in Experimental Social Psychology, 38*, 69-119.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of consulting and clinical psychology, 54*, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy research, 1*, 3-16.

- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. In T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2<sup>a</sup> Ed.) (pp. 379–411). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1984). Future research directions. In L. N. Rice, & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 289-308). New York: Guilford Press.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W, Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *61*, 155–163. doi:10.1002/jclp.20108
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987). Fine-tuning some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, *82*, 1147-1149.
- Hogarth, R. M. (2010). Intuition: A challenge for psychological research on decision making. *Psychological Inquiry*, *21*, 338-353.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, *12*(4), 406-420. <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.12.4.406>
- Howard, K. I., Lueger, R., Maling, M., & Lutz, W. (1993). A phase model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 678-685.
- Ingram, B. L. (2012). A framework for clinical case formulation. In B. L. Ingram (Ed.), *Clinical Case Formulation: Matching the integrative treatment plan to the client* (pp. 3-18). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Jacinto, S. B., Lewis, C. C., Braga, J. N., & Scott, K. (2016). A conceptual model for generating and validating in-session clinical judgments. *Psychotherapy Research*, publicado online. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1169329>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus & Giroux.
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist*, *64*, 515–526.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, *185*, 1124-1131.
- Kahneman, D., Lovallo, D., & Sibony, O. (2011). Before you make that big decision. *Harvard business review*, *89*, 50-60.

- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Eds.). (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, MA: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511809477>
- Klein, G. A. (1993). A recognition-primed decision (RPD) model of rapid decision making. *Decision Making in Action: Models and Methods*, 5, 138–147.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12141-000>
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50, 42-51.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy research*, 11, 49-68.
- Lazarus, A. A. (2008). Multimodal Therapy. In R.J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (8<sup>a</sup> ed.) (pp. 368-401). Belmont, CA: Thompson.
- Luborsky, L. (1996). *The symptom-context method: Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lutz, W., Saunders, S. M., Leon, S. C., Martinovich, Z., Kosfelder, J., Schulte, D., . . . Tholen, S. (2006). Empirically and clinically useful decision making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychological Assessment*, 18, 133-141.
- Maehr, M. L., & Meyer H. (1997). Understanding Motivation and Schooling: Where We've Been, Where We Are, and Where We Need to Go. *Educational Psychology Review*, 9, 371-409.
- Magnavita, J. J. (2016). Overview and challenges of clinical decision making in mental health practice. In J. J. Magnavita (Ed.), *Clinical decision making in mental health practice* (pp. 3-21). Washington DC: American Psychology Association.
- Magnavita, J. J., & Lilienfeld, S. O. (2016). Clinical expertise and decision making: An overview of bias in clinical practice. In J. J. Magnavita (Ed.), *Clinical Decision Making in Mental Health Practice* (pp. 23-60). Washington, DC: American Psychology Association.

- Mata, A., B. Ferreira, M., & Sherman, S. J. (2013). The Metacognitive Advantage of Deliberative Thinkers: A Dual-Process Perspective on Overconfidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. Publicação avançada online. doi: 10.1037/a0033640
- Meier, A., & Bovin, M. (1998). *The seven phase model of the change process: Theoretical foundation, definition, coding guidelines, training procedures, and research data*. St. Paul University, Ottawa, Ontario, Canada.
- Norcross, J. C. (2005). A primer in psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3-23). New York: Oxford.
- Pascual-Leone, A., & Kramer, U. (2016). Developing Emotion-Based Case Formulations: A Research-Informed Method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, publicado online. doi: 10.1002/cpp.1998
- Persons, J. B. (2008). What is the case formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy? In J. B. Persons (Ed.), *The case formulation approach to cognitive behavior therapy* (pp.1-17). New York: The Guildford Press.
- Persons, J. B., Beckner, V. L., & Tompkins, M. A. (2013). Testing case formulation hypotheses in psychotherapy: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 399-409.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (169-193). New York: Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 303-313). Oxford: Oxford University Press.
- Reese, R. J., Duncan, B. L., Bohanske, R. T., Owen, J. J., & Minami, T. (2014). Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: Feedback as a quality improvement strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 731–742. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036915>
- Rodrigues, P. (2012). *Observação clínica e verificação empírica: Um estudo de caso sobre a sequenciação de processos de mudança do paciente* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.

- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance *rupture* as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25, 1-17.
- Safran, J., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2007). Decision making and psychotherapy integration: Theoretical considerations, preliminary data, and implications for future research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 225–250.
- Sexton, T. L., & Fisher, A. R. (2016). Integrating ongoing measurement into the clinical decision-making process with measurement feedback systems. In J. J. Magnavita (Ed.), *Clinical Decision Making in Mental Health Practice* (pp. 223-244). Washington, DC: American Psychology Association.
- Simões, A. (2012). *Identificação de marcadores de capacidade estrutural de processamento em processos psicoterapêuticos de médio/longo curso: uma análise qualitativa consensual* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Sousa, A. P. (2009). “*Da Obra à Matéria Prima*”: *Estudo Naturalístico de factores que influenciam a tomada de decisão clínica*” (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Stanovich, K. E. (2009). The thinking that IQ tests miss. *Scientific American Mind*, 20, 34-39.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547–559.

- Thomas, R. P., Dougherty, M. R., Sprenger, A.M., & Harbison, J. (2008). Diagnostic hypothesis generation and human judgement. *Psychological Review*, *115*, 155-185.
- Thompson, V. A. (2009). Dual-process theories: A metacognitive perspective. In J. Evans & K. Frankish (Eds.), *In two minds: Dual Processes and beyond* (pp. 171-196). Oxford: Oxford University Press.
- Thompson, V. A., Turner, J. A. P., & Pennycook, G. (2011). Intuition, metacognition, and reason. *Cognitive Psychology*, *63*, 107–140.
- Truscott, D., Evans, J., & Mansell, S. (1995). Outpatient psychotherapy with dangerous clients: A model for clinical decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 484-490.
- Urduan, T. C. and Maehr, M. L. (1995) Beyond a two-goal theory of motivation and achievement: A case for social goals. *Review of Educational Research*, *65*, 213-243.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, *15*, 219-226.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, *39*, 9-31.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (2008). *Paradigmatic complementarity strategic objectives manual, Version 4.0*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Walfish, S., McAlister, B., O’Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*, 639–644.

## Lista de Tabelas e Figuras

**Tabela 1** – *Design experimental 2x2.*

**Tabela 2** - *Tabela de frequências e Teste qui-quadrado para amostras independentes. Instrução de intenção (II vs. IO) e Marcadores de capacidade de processamento (C vs. V) na Consideração de uma hipótese alternativa (mudar ou manter a resposta inicial)*

**Tabela 3** - *Resultados do teste Shapiro-Wilk para a normalidade, teste de Levene e teste-t para amostras independentes*

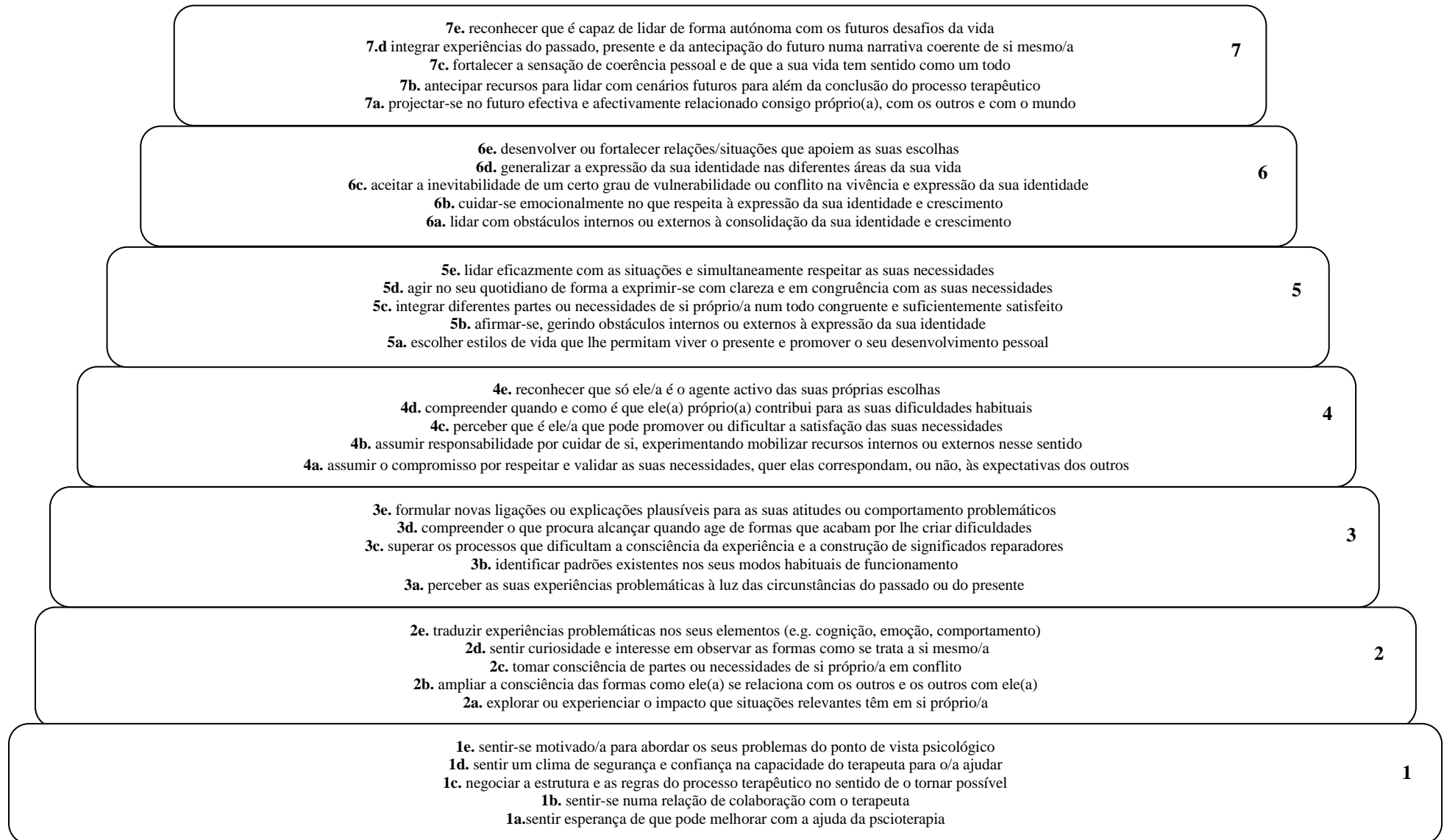
**Figura 1.** *Frequência de mudança de resposta nos diferentes níveis de responsividade de um primeiro julgamento clínico.*

**Figura 2.** *Frequência de participantes nos três níveis de responsividade (Mais, Neutro ou Menos responsivo), perante o excerto de Vulnerabilidade.*

**Figura 3.** *Frequência de participantes nos três níveis de responsividade (Mais, Neutro ou Menos responsivo), perante o excerto Capacidade.*

# **Anexos**

**Anexo A – Pirâmide de sete Fases do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática, para informar a tomada de decisão integrativa (adaptado de Vasco & Conceição, 2008)**



**1) Confiança, motivação e estruturação da relação; 2) Ampliação da consciência da experiência e do próprio; 3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio; 4) Regulação da responsabilidade; 5) Implementação de ações reparadoras; 6) Consolidação da mudança; 7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída**

## **Anexo B – Consentimento Informado**

### ***Welcome!***

Our research team at Faculty of Psychology, University of Lisbon, invites you to participate in a research study, on the interface between psychotherapy and social cognition, about how psychotherapists and clinical psychologists perceive and work with their clients.

The participants of this study are clinicians of any theoretical approach.

We designed an experiment of 10 minutes or less.

We welcome and appreciate your interest and invite you to read the Informed Consent information below before taking part in the survey, which has been through the Ethics Committee.

Your collaboration in this research involves the participation on a brief experiment. You will watch a small video excerpt from a patient, taken from an online session and then, answer a few questions. In the end of the experiment, we will ask you to briefly answer some demographic questions.

This research is being conducted by Sofia Sousa de Macedo, a master level student, supervised by Nuno Conceição, Ph.D. Guest Assistant Professor on Clinical Psychology and Psychotherapy, together with Sofia Jacinto, a Ph.D. student on Social Cognition.

The responses to this questionnaire will constitute some of the data for the 1st researcher's dissertation requirements. The results could potentially be used at conferences and in relevant publications. Your participation is voluntary and your answers will be anonymous and confidential. We do not know or anticipate risks to your physical or mental health.

If you move on by - pressing the "forward" button-, we assume that you have read, understood the previous information and have agreed to participate in this research. If you have further questions or want to be later informed about the results of the study, please feel free to contact us through the following email: [msmacedo@gmail.pt](mailto:msmacedo@gmail.pt)

Thank you for your willingness to collaborate!

Sofia Sousa de Macedo, Nuno Conceição & Sofia Jacinto

## Anexo C – Excertos audiovisuais transcritos

**Conteúdo comum aos dois excertos:** “Part of the deal is obviously that in moments that I often get well, different kinds of moments I get into a whole other thing, which is self-attack, actually actively being hard on myself not just getting carried along by...by thoughts confusion of thoughts, but I actually very, you know sort of mean to myself... that particularly seems to apply when I’m trying to focus to do something creative or something a little bit riskier or definitive, you know? Like, choosing what do with my stuff, buying plane tickets...hmm...whatever, something, you know, writing in a public forum will probably have something of the same things.”

**Excerto *Capacidade*:** “I think of it probably as...I feel pretty confident, actually I was telling Sofia about yesterday when I already had some of that wine, that I’m...it seems almost like it’s not, it’s not too hard to see where, where it comes from, at least part of it...which is having, being a...kind of a weak...member of the...kid...community, like having a hard having my schoolmates sort of take advantage of my sensitivity and not having...and having my mom who was caught up in feeling about herself...and who wasn’t good at, and who was good at offering compassion to others but not so good to offer it to herself. And so, you know, having a model who was a person who was very sensitive and vulnerable and sensitive to other people who were sensitive and vulnerable but who didn’t have a lot of ...hmm...resources to, for herself or to pass them or to me of...how to be confident, how to stay on my own...and how to be kind to myself for something...if I feel that I’ve done something badly”.

**Excerto *Vulnerabilidade*:** “It’s a sense of impotence.... just a sense of being socially quite weak, can even lose my composure, I can’t interact normally with people, it is just this overwhelming thing. I have no language to describe these momentary emotional states, it seems hard, it’s...frustration...it’s like, I can even bang myself in the head a couple of times, it’s just like...., I mean, it’s just really intense frustration, anger, directed at myself, it is not like, it does not have an external object.... it is actually me. A big whole lot of what my life is about not doing projects, not making plans, not focusing nor following through a specific idea, or having difficulty playing games or even buying tickets... and I have no idea why!! There is this overall blockage, and I just think I should be able to do it, ... I get so upset when something goes wrong I feel that I failed or lost or whatever, I get so upset that I am terrified.”

## **Anexo D – Opções de Julgamento Clínico**

**After this moment with Rachel, what you would like to responsively help her with**

1. Help her understand what she is trying to attain when behaving in hindering way
2. Help her understand when and how she contributes to her usual difficulties
3. Help her become aware of parts or needs of herself which are in conflict
4. Help her form new plausible links or explanations for her problematic attitudes and behaviors
5. Help her experience the therapeutic setting as safe
6. Help her feel in a collaborative relationship with me

### **Nota:**

No caso do participante receber o excerto de *Capacidade*:

- 1 e 2 - opções *mais* responsivas.
- 3 e 4 – opções *menos* responsivas
- 5 e 6 – opções neutras

No caso de receber o excerto de *Vulnerabilidade*:

- 3 e 4 - opções *mais* responsivas.
- 1 e 2 – opções *menos* responsivas
- 5 e 6 – opções neutras

## Anexo E – Experiência

### *Bloco 1)*

Apresentação e Consentimento Informado<sup>2</sup>

---

### *Bloco 2)*

As mentioned earlier, your collaboration in this research involves the participation on a brief experiment.

We require you to be in a quiet, comfortable place; mostly free from interruptions and distractions.

**Headphones are advised** as helpful but not compulsory. You will be reminded when you can use them. Make sure **the sound of your computer or device is turned on** and balanced to your hearing needs.

**Pay attention to the video because, immediately after the video is finished, you will be asked to answer some questions about the case.**

---

### *Bloco 3)*

In psychotherapy, it is important to be open to suitable alternatives and generate different perspectives.

In the following experiment, we ask you to keep a **specific goal**:

- **Consider alternative therapeutic strategies**
- 

### *Bloco 4)<sup>3</sup>*

To achieve the outlined specific goal, we ask you to keep in mind:

*"If I feel confident in my clinical judgment, Then I will consider alternative therapeutic strategies"*

OU

*"I intend to consider alternative therapeutic strategies"*

---

### *Bloco 5)*

Next, you will be presented with brief information about Rachel's case.

After that, you will watch a video excerpt taken from an online session, with about 2 minutes. It is natural that you feel you need more information. It is important that you:

- **Consider yourself as Rachel's Therapist**
- 

<sup>2</sup> Ver Anexo B

<sup>3</sup> Ver secção do Método

- **After this moment with her, answer according to what you would like to responsibly help Rachel with.**

---

***Bloco 6)***

**Meet Rachel's Case**

Rachel is 32 years old. She looked out for psychological help due to her difficulty in making certain types of decisions, difficulty holding to certain existential lifestyle choices, self-criticism, cut-off from her feelings, high tendency to intellectualize or generate successive alternative hypothesis, and being in a profession far away from her more creative aspirations and potential. She has been motivated and cooperative throughout the process, despite some occasional strains on the alliance that end up being repaired.

**Continuação de acordo com o excerto recebido:**

***Capacidade fase 3:*** Currently in the process, of six months of weekly sessions, she complains about a self-attacking part that renders her compromised in succeeding in their daily life challenges. She takes a current situation from the week and uses it to show how she is aware of a self-attacking part. She is able to make links from this to other different albeit similar circumstances, and reflects with curiosity and some self-compassion and self-understanding about how natural it is to have developed such a pattern during her learning history. She presents herself emotionally regulated and able to co-create new meanings, yet yawns for a more definitive breaking of that pattern.

OU

***Vulnerabilidade fase 3:*** Currently in the process, of six months of weekly sessions, she complains about a self-attacking part that renders her unable to succeed in their daily life challenges. She takes a current situation from the week and uses it to show how she mistreats herself and how she behaves in different albeit similar circumstances where it is difficult for herself to regulate. She presents herself with substantial emotional distress as well as considerable difficulty in new meaning making.

---

***Bloco 7)***

The video will be presented in the following page.

The video will start automatically and you will not be able to move backwards to watch the video again. We ask you to pay attention.

You are now advised to put the Headphones, or make sure not to get distracted nor to interrupt the experiment.

---

***Bloco 8<sup>4</sup>)***

Excerto Audiovisual *de Capacidade* OU Excerto Audiovisual de *Vulnerabilidade*

---

***Bloco 9)***

**After this moment with Rachel, what you would like to responsively help her with:<sup>5</sup>**

- 1- Help her understand what she is trying to attain when behaving in hindering way
  - 2- Help her understand when and how she contributes to her usual difficulties
  - 3- Help her become aware of parts or needs of herself which are in conflict
  - 4- Help her form new plausible links or explanations for her problematic attitudes and behaviors
  - 5- Help her experience the therapeutic setting as safe
  - 6- Help her feel in a collaborative relationship with me
- 

***Bloco 10)***

**At the time I provide my answer I felt:**

Escala de Likert: 1 (Not at all confident) – 7 (Extremely confident)<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Ver secção do Método

<sup>5</sup> Apresentadas de forma aleatória

<sup>6</sup> Inspirada no estudo de Thompson, Pennycook & Turner (2011)

---

*Bloco 11*

**Now, you have the chance to reconsider the answer you gave earlier.**

**What you would like to responsively help her with?<sup>7</sup>**

- 1- Help her understand what she is trying to attain when behaving in hindering way
- 2- Help her understand when and how she contributes to her usual difficulties
- 3- Help her become aware of parts or needs of herself which are in conflict
- 4- Help her form new plausible links or explanations for her problematic attitudes and behaviors
- 5- Help her experience the therapeutic setting as safe
- 6- Help her feel in a collaborative relationship with me

---

*Bloco 12*

**Please fill out the information about yourself.**

**Gender**

Male

Female

Transgender

Prefer not to define my gender

-----  
**Age**

\_\_\_\_\_

-----  
**Nationality**

\_\_\_\_\_

-----  
**Which of the following categories best describes your professional practice experience (years)?**

3 to 7 years

7 to 15 years

15 to 25 years

More than 25 years of experience

---

<sup>7</sup> Apresentadas de forma aleatória

---

**In your clinical practice, how much do you think you are influenced by each one of the following theoretical perspectives? (Please rate all the scales below)**

Likert Scale from 1 (nothing) to 7 (totally)

Psychoanalysis/Psychodynamic

Behavior Therapy

Cognitive Therapy

Humanistic/Existential Therapy

Interpersonal Therapy

Systemic Therapy

Other (specify approach or model) \_\_\_\_\_

To what extent do you regard your orientation as eclectic or integrative?

---

***Bloco 13***

Lastly, we are interested to know about your experience of participating in our study. What was your motivation when you decided to participate? What was it like for you to answer all these questions? How is it like for you now that you have participated?

---

***Bloco 14***

See?! It was quick. It's all over!

We hope you have enjoyed!

**Thank you for your participation!**

**Please press the » next page button so your data can be recorded.**