

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Aplicação de um Modelo de Fases em Contexto de Treino
de Jovens Terapeutas em Integração em Psicoterapia: Um
Estudo Quantitativo Longitudinal**

Afonso Gaio Marques Pereira

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental
Integrativa**

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Aplicação de um Modelo de Fases em Contexto de Treino
de Jovens Terapeutas em Integração em Psicoterapia: Um
Estudo Quantitativo Longitudinal**

Afonso Gaio Marques Pereira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Nuno Conceição

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental
Integrativa**

2022

Agradecimentos

À professora Ana Catarina, pelo apoio e motivação ao longo do ano e nos momentos mais importantes.

Ao professor Nuno Conceição pela paciência e por nunca ter desistido de mim.

À Andreia que, sem ela, nunca teria conseguido chegar aqui.

Ao Ricardo, por estar lá sempre nos momentos cruciais.

Ao Samuel, meu parceiro de *daily missions* que mantêm a sanidade, mesmo que o resto à volta pareça um turbilhão.

Ao Miguel e ao João, pela companhia na vida e no estudo e por não me deixarem tomar decisões menos acertadas. Aprendam com os meus erros!

Ao Gonçalo e ao Miguel, pelas amizades que duram há mais tempo do que aquilo que eu me consigo lembrar e por todos os momentos que partilhámos e iremos partilhar.

À Susana, por me aturar todos os dias e sempre me ter dado o seu apoio incondicional.

À bestie Leonor, pela validação e segurança que tão facilmente me consegue transmitir. Uma incrível futura psicóloga, sem dúvida.

Ao Geronimo, à Mafalda e ao Rafa pelas conversas intermináveis pela noite dentro e pelo apoio incondicional. Um verdadeiro grupo de amigos que ocupa um lugar especial no meu coração e que levo comigo para a vida.

A todos os meus amigos que, mesmo não tendo aqui o nome, foram da maior importância para o meu percurso. Sem eles, não estaria aqui.

E por fim à Marta que, sem ela, nada disto alguma vez teria sido possível. Desde a ajuda nos trabalhos às conversas mais profundas no carro às 2 da manhã com os 4 piscas ligados.

A mais dias e noites passadas a beber e a *spilling* chá ou a comer gelados do Mc.

Digo isto com toda a intenção possível e do fundo do meu coração:

Obrigado.

Resumo

Ao começar a sua prática clínica, é com alguma frequência que os jovens terapeutas sentem variados medos e formas de ansiedade, seja pela entrada para o complicado mundo do trabalho, como pela prática clínica em si. Estas dificuldades requerem, muitas vezes, treino e aprendizagem de novos conceitos e teorias psicológicas, por vezes em forma de modelo, em que possam basear a sua prática clínica inicial e diminuir os níveis de ansiedade. Este estudo pretende então explorar como é que os jovens terapeutas se movimentam perante o modelo de sete fases e a sua sequencialidade de duas formas: nas capacidades adquiridas por parte dos pacientes e na promoção de objetivos estratégicos por parte do próprio terapeuta. Utilizando uma metodologia quantitativa longitudinal, foi partilhado o mesmo questionário semanalmente a todos os participantes para que estes preenchessem para cada um dos seus pacientes. Os resultados do presente estudo mostram padrões onde os jovens terapeutas seguem a sequencialidade do modelo tanto face às capacidades obtidas pelos seus pacientes quanto aos objetivos estratégicos que promovem em sessão. Contudo, mostraram quase não parar de promover objetivos, sendo então algo quase cumulativo. Estes resultados acrescentam então literatura em volta do modelo de sete fases e de jovens terapeutas, deixando também a ideia de que pode ser interessante e importante explorar quanto ao treino de jovens terapeutas face à promoção de objetivos estratégicos ao longo do acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: Jovens terapeutas; Modelo de sete fases; Objectivos Estratégicos; Capacidades dos pacietnes

Abstract

When starting their clinical practice for the first time, it is with some frequency that young therapists experience various fears and different forms of anxiety, both about entering the complicated world of work, and about the clinical practice itself. These difficulties often require training and learning of new psychological concepts and theories, sometimes in model form, on which to base their initial clinical practice on and decrease anxiety levels. This study aims to explore how young therapists move regarding the seven-phase model and its sequentiality in two ways: The skills acquired by the patients and in the therapist's own promotion of strategic goals every session. Using a longitudinal and quantitative methodology, the same questionnaire was shared weekly to all participants to be completed for each one of their patients. The results of the current study show patterns where the young therapists follow the sequentiality of the model in terms of both the skills gained by their patients and the strategic goals they promote in session. However, they showed almost no stoppage of promotion of goals, so it is something almost cumulative. These results add to the literature surrounding the seven-phase model and young therapists, and also raise the idea that it may be interesting and important to explore how to train young therapists to promote strategic goals throughout the psychological counseling process.

Keywords: Young therapists; Modelo de sete fases; Promotion of strategic goals; Skills.

Índice

Revisão de literatura	1
Jovens terapeutas e a entrada para o mundo do trabalho	1
Modelos Científicos e Psicológicos	3
O Metamodelo de Complementaridade Paradigmática e o Modelo de Sete Fases.....	4
Método.....	7
Design de Estudo	7
Descrição da Amostra.....	7
Medidas e Escalas	7
Procedimentos.....	8
Análise de Dados	8
Resultados e análise de dados.....	8
Discussão	19
Interpretação dos dados	20
Promoção.....	20
Capacidade	20
Implicações dos dados	21
Limitações.....	22
Estudos Futuros.....	23
Conclusão.....	23
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos	28

Índice dos Gráficos

Gráfico 1.....	14
Gráfico 2.....	16
Gráfico 3.....	17
Gráfico 4.....	18
Gráfico 5.....	19

Índice das Tabelas

Tabela 1.....	28
Tabela 2.....	29

Índice de Anexos

Anexo A. Modelo de sete fases do metamodelo de complementariedade paradigmática...	
.....	28

Revisão de literatura

Jovens terapeutas e a entrada para o mundo do trabalho

O começo da carreira profissional e a entrada para o mercado de trabalho são alturas de grandes mudanças, apelando a uma necessidade de constante adaptação à rápida e regular exposição a novos estímulos e desafios apresentados pelo mundo do trabalho. É visto quase como parte do processo que os jovens, ao começar esta nova fase da sua vida, sintam variadas dificuldades na entrada para este mundo para o qual costumam ter poucos planos e pouca preparação para enfrentar (Lipset, Bendix & Malm, 1955).

Juntamente com estes obstáculos, o mundo de trabalho tem vindo, no geral, a mudar cada vez mais e cada vez mais depressa, aumentando assim, de forma progressiva, a diferença entre as competências e capacidades que são pedidas e requeridas dos jovens, e as que eles possuem na realidade (Chochran et al., 2010; Levy & Murnane, 2006). Seguindo esta ideia da dificuldade dos jovens perante a entrada para o mundo de trabalho, na área de psicologia em particular, a literatura aponta para que a transição para o papel de profissional seja, e frequentemente é, repleta de momentos de ansiedade elevada e de dúvidas face à própria competência para desempenhar o papel de psicólogo (Rønnestad & Skovholt, 1993).

Sendo a psicoterapia um trabalho com um carácter de ajuda, muita da motivação para os jovens escolherem esta área de emprego costuma ter por base um desejo interno de ajudar os outros (Bischoff, Barton & Hawley, 2002). É também provável que tenham ouvido de amigos e conhecidos que são bons ouvintes ou observadores, o que lhes dá certas “*self-attributions*” de características positivas para o trabalho enquanto psicoterapeuta (Halgin, 2000). Contudo, as primeiras experiências de prática clínica podem causar um certo choque, pois é aí que os jovens terapeutas se inteiram realmente de que o trabalho clínico está repleto de incertezas (Pica 1998), raramente havendo perguntas e respostas que sejam claras e óbvias (Halgin, 2000). No seu artigo de 1998, Pica sugere mesmo que os jovens terapeutas devem estar prontos para lidar com ambiguidade regular e para tentarem estar o mais confortáveis que consigam com o facto de não ter as respostas todas. Jovens terapeutas vêm-se, assim, regularmente obrigados a lidar com emoções intensas com as quais podem não saber lidar, juntamente com fortes sentimentos de ansiedade no início da sua experiência clínica (Cartwright & Gardner, 2016).

Resumindo, a natureza algo ambígua do acompanhamento psicológico pode precipitar alguns medos e sentimentos de ansiedade variados (Halgin, 2000; Hill et al., 2007; Pica, 1998; Skovholt, 2012). Estes medos podem demonstrar-se como medos de falhar e de incompetência enquanto *ajudador* (Thériault, Gazzola, & Richardson, 2009), medo de ser avaliado tanto pelo paciente como por supervisores (Hale and Stoltenberg, 1988), sentimentos de ansiedade face à pressão percebida e sentida para tomar as decisões corretas (Hill et al., 2007), medo do impacto de diferenças culturais entre si e o paciente (Eagle, Haynes & Long, 2007) e ainda medo de insuficiência face à sua performance na consulta, capacidade de conectar com os clientes e de não conseguir encontrar o seu lugar ou papel enquanto terapeuta (Williams et al., 1997).

De acordo com Skovholt e Rønnestad (2003), muitas destas dificuldades advêm de uma falta de capacidades cruciais por parte do terapeuta. Estas capacidades, que os jovens terapeutas tanto necessitam para conseguir aceder, sintetizar, integrar e adaptar toda a informação à sua volta, são exaustivas e demoram o seu tempo a aprender e a dominar.

Skovholt e Rønnestad, em 1992, integraram várias teorias e dados qualitativos de entrevistas com psicoterapeutas para criar uma teoria que retrata oito fases do desenvolvimento do terapeuta, onde as duas primeiras se focam nos jovens terapeutas. A primeira fase envolve então jovens ainda sem treino, que utilizam métodos simples e não testados para ajudar os outros, muitas vezes dando as suas opiniões pessoais e dizendo como resolver certos problemas ou assuntos. Nesta fase encaixa a literatura de Halgin (2000) anteriormente referida, onde este refere que jovens terapeutas muitas vezes já ouviram dizer que são bons observadores e ouvintes e que isto lhes dá motivação para seguir psicologia.

Na segunda fase, já tendo treino profissional, os jovens mostram entusiasmo mas também muita insegurança, pois já não podem depender das “técnicas” que sempre utilizaram. Ficando então sem técnicas de ajuda, tentam desesperadamente preencher este vazio recém-criado com novas técnicas. Este novo “vazio”, causa alguma ansiedade aos jovens terapeutas, o que faz com que estes estejam muito motivados para adotar técnicas para aliviarem esta sensação (Grater 1985). Ao mesmo tempo, Hogan, em 1964, viu que apesar da grande motivação por parte dos jovens terapeutas, estes costumam depender de uma só técnica ou método ao início para se fundamentarem bem, aprendendo muito através da imitação.

Modelos Científicos e Psicológicos

De forma a compensar e preencher o vazio que leva a tamanha ansiedade, os jovens terapeutas ganham alguma urgência acrescida em aprender novos conceitos e técnicas que possam substituir as antigas que foram descartadas (Skovholt & Rønnestad, 1992). Esta necessidade de aprendizagem pode então ser auxiliada por modelos, sendo estes definidos como uma representação de um conceito ou de processos. Podem então servir propósitos demonstrativos, ajudando a facilitar e a melhorar a compreensão de certos conceitos e processos. (APA Dictionary of Psychology, n.d.-a). Quando aplicados à psicologia, os modelos (neste caso agora chamados de modelos psicológicos) servem também, normalmente, para ajudar a prever certos *outcomes* psicológicos, ajudando a explicar processos psicológicos específicos (APA Dictionary of Psychology, n.d.-b).

Resumindo, os modelos científicos são, por definição, representações de conceitos científicos utilizados de forma a tornar as ideias dentro dos mesmos mais compreensivas para quem as aprende (Rogers, Huddle & White, 2002). A utilização destes mesmos modelos é inevitável na área da ciência, pois não só podem ser utilizados como métodos, produtos e linhas guia para a prática e aprendizagem (Harrison & Treagust, 2000), como facilitam a replicação e consequente verificação e corroboração de resultados (Sutton, 1992).

Um exemplo de um modelo científico associado à psicologia é o modelo de fases dos *outcomes* da psicoterapia de Howard et al. (1993). Este modelo tem por base a nomeação de 3 fases diferentes da terapia, por onde passam os resultados (ou utilizando o termo original, os *outcomes*) sentidos pelo paciente ao longo do seu acompanhamento psicoterapêutico individual. Uma meta-análise feita por Stevens, Hynan & Allen (2000) resume estas três fases em: (1) *enhanced subjective well-being*, (2) *reduction of pathological symptoms* e (3) *enhanced life function*. Em 1993, Howard e seus colaboradores organizaram sequencialmente as fases dos *outcomes* do processo terapêutico, representando assim a teoria associada ao modelo de forma mais organizada, compreensível e de aprendizagem mais acessível, tal como descrito anteriormente.

Ivins, no seu estudo de 1953, hipotetiza que a revolução industrial foi facilitada ou mesmo possibilitada devido à invenção da impressão gráfica. Reflete que a informação acerca das partes de máquinas e de como funcionam entre si eram muito mais facilmente transmitidas através de imagens ao invés de apenas texto. Um outro exemplo de uma teoria científica ligada à psicologia é então a hierarquia de necessidades de Maslow

(1943). Este modelo utiliza então esta vantagem de uma representação gráfica para melhor explicar o conceito original (Anexo A). Tendo um formato de pirâmide, os patamares mais abaixo na pirâmide correspondem a necessidades que têm de ser satisfeitas antes do indivíduo poder passar ao patamar seguinte e tentar satisfazer essas necessidades seguintes. Ao organizar então assim o que Maslow via como as 5 necessidades humanas em forma de pirâmide, este conseguiu facilitar a percepção e conseqüentemente compreensão da teoria original.

O Metamodelo de Complementaridade Paradigmática e o Modelo de Sete Fases

Na criação de modelos referentes a conceitos do movimento integrativo na psicoterapia, surge a capacidade de criar modelos que reconhecem e incorporam a importância de adequar as intervenções psicoterapêuticas aos pacientes, mais do que tentar encaixar os pacientes em abordagens de escolas de modelo único (Ferreira, Conceição & Vasco, 2011). O movimento integrativo aumenta assim a atenção que se dá às características dos próprios pacientes (Lambert & Bergin, 1994). Leva também a uma regular avaliação e sequentes reavaliações do paciente ao longo de todo o processo terapêutico, pois reconhece que as referidas características idiossincráticas podem não ser estáticas, levando a uma possível necessidade de mudança de objetivos estratégicos à medida que o processo avança (Prochaska & DiClemente, 2005). Assim, esta abordagem integrativa demonstra a importância de ter sempre em conta os melhores objetivos terapêuticos a serem focados em cada sessão face às mudanças nas necessidades dos pacientes ao longo do processo terapêutico (Ferreira, Conceição, Vasco, 2011).

Dado este contexto do movimento integrativo, foi então criado o Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), juntando e articulando partes de modelos já existentes, com o objetivo de servir enquanto ferramenta de forma a que possa prestar auxílio aos terapeutas, ajudando-os a perceberem melhor as situações clínicas que têm em mãos de forma integrativa, compreensiva e multifacetada (Vasco et al., 2018)..

Este metamodelo é constituído por quatro componentes principais: (a) “princípios gerais de mudança terapêutica” (o “quê” da terapia); (b) “a aliança terapêutica (o “estar” em terapia)”; (c) “conceptualização do paciente e do problema” (o “quê” mais o “como” da terapia)”; (d) “sequência temporal de fases relativas a objetivos” (o “quando” da terapia).” (Vasco, 2006, p. 15). O presente estudo foca-se primordialmente nesta última parte, a qual integra o Modelo de sete fases, referente ao “quando” da terapia, o qual

organiza e sequencializa os principais objetivos estratégicos a serem promovidos ao longo do processo terapêutico.

Estes objetivos servem como forma de identificação de que trabalho terapêutico promover e não promover, de forma a capacitar e aumentar as competências dos pacientes e tentar diminuir as suas vulnerabilidades (Ferreira, Conceição & Vasco, 2011).

Estas fases podem depois também ser utilizadas de forma a avaliar as capacidades do paciente, funcionando, por norma, de forma cumulativa (Vasco et al., 2018), traçando a seguinte sequência: (1) Confiança, motivação e estruturação da relação; (2) Aumento da consciência da experiência e do Self; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao Self; (4) Regulação da responsabilidade; (5) Implementação de ações reparadoras; (6) Consolidação da mudança; (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída.

O modelo postula também que as fases dos objetivos impostos pelos terapeutas, mesmo que seguindo uma sequência temporal geral, têm alguma hipótese de se sobreporem parcialmente umas às outras, sendo por vezes necessário trabalhar em simultâneo com fases adjacentes (da Silva et al., 2022). Estas fases podem também variar em termos de duração, ou chegar a funcionar em breves movimentos cíclicos, avançando e recuando ao longo das fases caso se veja que tal seja preciso para o paciente em questão (Vasco, 2006).

Ao ser organizado de forma faseada e sequencial, utilizando também um modelo gráfico em forma de pirâmide, o modelo de sete fases segue os princípios que a literatura revista aponta como importantes para auxiliar na aprendizagem. O facto de estar formado em volta de uma teoria algo complexa, mas conseguir organizar e dividir as suas partes em fases simples, claras e concisas, sugere que pode ser um forte auxílio de aprendizagem para jovens terapeutas. Se tomarmos também em conta o que Hogan (1964) diz relativamente ao facto de jovens terapeutas se focarem apenas numa só ideia, o modelo de sete fases apresenta ser um bom candidato a preencher tal vaga ao trazer muita profundidade e riqueza ao apresentar todas as fases de um processo terapêutico para que o jovem terapeuta se consiga situar, mas mesmo assim mantendo a organização e clareza que vem com o modelo faseado e com auxílio gráfico.

Neste sentido, tirando algumas conclusões a partir da literatura, pode-se considerar que o Modelo de sete fases se apresenta como tendo uma grande utilidade para jovens terapeutas, ajudando-os a ganhar uma maior e mais profunda compreensão acerca dos seus casos clínicos e podendo ajudar a diminuir a tão esperada ansiedade inicial.

Posto isto, o presente estudo pretende investigar e explorar melhor o uso que jovens terapeutas fazem do modelo de sete fases na sua prática psicoterapêutica. Como principais objetivos deste estudo, pretende-se então explorar quais os objetivos estratégicos que os jovens terapeutas relatam predominantemente promover nas suas sessões, e quais as capacidades de processamento de objetivos estratégicos que relatam observar nos seus pacientes, sessão a sessão.

Pretende-se verificar se os dados recolhidos permitem obter algum tipo de evidência que ora corrobore ora desafie o argumento principal do componente sequencial do modelo de sete fases, nomeadamente da sequencialidade incremental ao nível da acumulação de conquistas por parte do paciente em termos das capacidades de processamento, e da sequencialidade diferencial traduzida por responsividade às capacidades observadas, com um foco de trabalho estratégico predominante.

Ou seja, se há alguma evidência em como os terapeutas poderão orientar-se pelo argumento de sequencialidade do modelo de sete fases nos objetivos estratégicos que se propõem promover em cada sessão e se as capacidades dos pacientes dos mesmos aumentam também movimentando-se, sequencialmente, ao longo das sete fases.

Desta forma, não só tentamos contribuir para aumentar os estudos em volta do MCP, mas também para ser possível perceber em que aspetos os jovens terapeutas poderão necessitar de ajuda face à sua prática clínica perante a utilização do modelo de sete fases

Método

Design de Estudo

Este estudo, através de uma abordagem quantitativa, procura investigar como é que jovens terapeutas estruturam o trabalho terapêutico, em termos de objetivos estratégicos que promovem com os seus pacientes, e se tal estruturação está alinhada com a componente sequencial do modelo de sete fases do Meta-Modelo de Complementaridade Paradigmática. Isto é testado verificando os objetivos que estratégicos que os jovens terapeutas seguem em cada sessão e que capacidades de processamento relatam nos seus pacientes também em cada sessão e se o princípio geral da sequencialidade se reflete nos dados obtidos de alguma forma. Uma vez que este estudo é meramente exploratório, não são incluídas condições de controlo.

Descrição da Amostra

A amostra do estudo envolve seis participantes dentro da categoria de jovens terapeutas, cada um encarregado com o preenchimento semanal de um questionário relativo a cada sessão que dão a um paciente que acompanham. A amostra é constituída por dois participantes do género masculino (33.3% da amostra) e quatro do género feminino (66.7% da amostra). A idade média dos participantes é de 23.5 com um desvio padrão de 1.87.

Os participantes são recrutados através de uma amostra de conveniência, sendo alunos do segundo ano de mestrado de psicologia clínica e da saúde, do núcleo cognitivo-comportamental e integrativo na faculdade de psicologia da universidade Lisboa, estagiando no serviço à comunidade da mesma. Os participantes recrutados foram recrutados pelo professor orientador do presente estudo, sendo o estágio dos participantes supervisionado por este mesmo orientador.

Devido ao estágio de formação em que se encontram, sendo o início da sua prática clínica, o presente grupo de participantes enquadra-se no conceito de jovem terapeuta.

Medidas e Escalas

Para a recolha de dados do presente estudo, é utilizada a escala de Avaliação de Trabalho Terapêutico Promovido Pelo Terapeuta e das Capacidades de Processamento do Paciente retirada do estudo de Conceição e Vasco (2019).

As medidas são compostas por um questionário dividido em três partes: Dados do paciente e da sessão; Capacidades do paciente; Promoção de objetivos estratégicos da sessão. A parte dos dados tem cinco itens para preencher, enquanto as duas seguintes partes têm, cada uma, 35 itens por preencher.

Procedimentos

O presente estudo é desenvolvido sobre o formato de um questionário *online* através da partilha semanal de ficheiros idênticos de *Google sheets*. Todas as semanas entra-se em contacto direto com os participantes (mensagem privada *online*) enviando e assegurando o preenchimento dos questionários semanais. Os questionários são preenchidos para todas as sessões desde a primeira até à décima-quarta, sendo cessado devido ao término do estágio académico dos participantes.

No preenchimento dos questionários, são primeiramente apresentadas aos participantes as instruções de participação no presente estudo. Seguidamente, é solicitado o preenchimento de dados relativos à sessão e ao paciente. Para a recolha dos restantes dados, é solicitado que preencham as duas partes seguintes relativas às capacidades dos pacientes e à promoção dos objetivos estratégicos de cada sessão. Por fim têm também acesso a um resumo dos dados preenchidos, auxiliado por complementos visuais em forma de gráficos.

Análise de Dados

Os dados obtidos em todas as escalas utilizadas no presente estudo foram analisados estatisticamente de forma descritiva com recurso ao software IBM SPSS *Statistics* (versão 27.0).

Foram também criados gráficos para fácil visualização dos dados utilizando o software Microsoft *Excel* 2021.

Resultados e análise de dados

Primeiramente, foi feita uma análise de estatística descritiva, onde se obtiveram as médias, e desvios-padrão de cada fase relativamente a cada sessão. Estas médias foram feitas adicionando os totais de cada fase (ou seja, os valores de 0 a 2 das cinco subfases dentro de cada fase principal do modelo). Estes cálculos foram feitos tanto para as respostas relativas à promoção de objetivos por parte do terapeuta (Tabela 1), como para

as respostas face à capacidade dos pacientes (Tabela 2) consoante as sete fases. É também importante realçar que, apesar dos dados mostrarem a existência de alguns padrões, dado o baixo número de participantes e de alguns dados incompletos para certos pacientes devido ao não-preenchimento de alguns questionários, não foi possível fazer comparações para testar a significância estatística.

Devido à reconhecida limitação da existência de amostras desiguais ao longo das várias sessões, todas as comparações que se seguem remetem-se a comparações descritivas dos dados observados.

Promoção

Os valores das médias nesta categoria reportam, de 0 a 10, quanto é que os terapeutas promovem objetivos estratégicos de cada fase ao longo do acompanhamento psicológico. Através de uma observação e reporte descritivo, estas médias foram observadas, criando possíveis sugestões de padrões na mudança dos valores de cada fase ao longo do processo terapêutico.

Os resultados encontrados estão descritos na tabela 1.

Fase 1

Na primeira sessão, observou-se uma média de 7.55 (num máximo total de 10.00) da promoção de objetivos estratégicos da primeira fase do modelo de sete fases. Este foi também o valor mais elevado para a primeira fase, observando-se que a Fase 1 foi, em média, promovida com maior predominância na primeira sessão. A média da última sessão registada (sessão 14) foi de 7.00, observando-se uma diminuição da promoção dos objetivos desta fase desde o início.

Fase 2

Na primeira sessão, observou-se uma média de 1.34 (num máximo total de 10.00) da promoção de objetivos estratégicos da segunda fase do modelo de sete fases. O valor mais elevado para a promoção desta mesma fase foi encontrado na 10ª sessão, sendo este de 7.81. A média da última sessão registada (14ª sessão) foi de 7.56, mostrando assim um aumento da promoção desta fase desde o início do acompanhamento até à 10ª sessão, e depois um certo manter/ligeiro decréscimo a partir da 11ª sessão.

Tabela 1

Sessão (N)	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6	Fase 7
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Sessão 1 (11)	7.55 (1.93)	1.34 (1.74)	.66 (1.13)	.30(.60)	.14(0.30)	.00(.00)	.00(.00)
Sessão 2 (11)	6.48(1.58)	4.00(2.60)	.55(.68)	.20(.46)	.30(0.77)	.09(0.30)	.00(.00)
Sessão 3 (10)	6.83(1.91)	4.13(2.46)	1.68(1.99)	.18(.41)	.00(.00)	.05(.16)	.13(.40)
Sessão 4 (11)	6.82(1.99)	4.57(2.76)	1.77(1.87)	.20(.42)	.02(.08)	.00(.00)	.00(.00)
Sessão 5 (9)	6.58(2.08)	5.28(3.11)	2.92(2.15)	.42(.63)	.06(.17)	.03(.08)	.00(.00)
Sessão 6 (9)	6.17(1.96)	4.81(2.81)	2.44(2.36)	.47(.58)	.47(.58)	.03(.08)	.03(.08)
Sessão 7 (9)	5.39(2.71)	4.44(2.89)	2.64(2.06)	1.75(1.84)	.97(1.68)	.64(1.82)	.36(1.08)
Sessão 8 (8)	5.66(2.94)	5.41(2.39)	2.94(2.08)	1.34(1.01)	.69(.96)	.31(.61)	0.03(0.88)
Sessão 9 (5)	6.80(2.97)	6.30(2.25)	3.85(2.80)	2.00(2.14)	.85(1.27)	.45(.76)	.05(.11)
Sessão 10 (6)	6.13(2.38)	6.33(7.63)	4.25(2.33)	2.46(2.00)	1.08(1.95)	.79(1.48)	.21(.51)
Sessão 11 (4)	6.56(2.55)	7.81(.55)	3.06(1.30)	3.06(2.35)	.94(1.55)	.25(.29)	.00(.00)
Sessão 12 (5)	5.75(2.22)	5.30(2.12)	5.15(1.93)	2.70(2.35)	1.20(1.64)	.90(1.24)	.20(.45)
Sessão 13 (4)	6.44(3.04)	7.56(2.72)	5.25(3.13)	2.88(3.10)	1.31(1.55)	.25(.50)	.00(.00)
Sessão 14 (5)	7.00(3.29)	7.56(2.72)	7.00(2.94)	3.90(2.15)	1.75(2.56)	1.00(1.63)	.90(1.63)

Nota: DP = Desvio Padrão; M = Média; N = Número de questionários preenchidos para aquela sessão

Fase 3

Na primeira sessão, observou-se uma média de 0.66 (num máximo total de 10.00) da promoção de objetivos estratégicos da terceira fase do modelo de sete fases. O valor mais elevado para a promoção desta mesma fase foi depois encontrado na última sessão registada (14^a sessão), sendo este valor de 7.00. Estes valores demonstram que houve então um aumento relativamente à 1^a sessão.

Fase 4

Na primeira sessão, observou-se uma média de 0.30 (num máximo total de 10.00) da promoção de objetivos estratégicos da quarta fase do modelo de sete fases. O valor mais elevado para a promoção desta mesma fase foi depois encontrado, tal como a fase anterior, na última sessão registada (14^a sessão), sendo este valor de 3.90. Estes valores demonstram que houve então um aumento da 1^a à 14^a sessão.

Fase 5

Na primeira sessão, observou-se uma média de 0.14 (num máximo total de 10.00) da promoção de objetivos estratégicos da quinta fase do modelo de sete fases. O valor mais elevado para a promoção desta mesma fase foi encontrado, tal como as duas fases anteriores, na última sessão registada (14ª sessão), sendo este valor de 1.75. Estes dados demonstram assim que houve então um aumento desde a 1ª até à 14ª sessão.

Fase 6

Na primeira sessão, observou-se que nenhum dos participantes optou por promover objetivos da sexta fase do modelo, tendo esta uma média de 0.00 (num máximo total de 10.00) para a 1ª sessão. O valor mais elevado para a promoção desta fase foi de 1.00, encontrando-se na última sessão (14ª sessão), partilhando este padrão com as três fases anteriores.

Fase 7

Tal como foi visto na fase 6, nenhum dos participantes promoveu objetivos da sétima fase em qualquer uma das suas primeiras consultas. A média mais alta para a promoção desta fase foi novamente encontrada na última sessão (14ª sessão), mostrando um valor de 0.90 em 10.00. Estes dados demonstram então o mesmo padrão que as 4 fases anteriores (fase 3 a fase 6), tendo havido um aumento da promoção da mesma relativamente à média da primeira sessão.

Capacidade

Os valores das médias nesta categoria mostram, em média, de 0 a 10, quanto é que os terapeutas percecionavam que fossem as capacidades dos seus pacientes relativamente ao modelo de sete fases do MCP. Através de uma observação e reporte descritivo, estas médias foram observadas, criando possíveis sugestões de padrões na mudança dos valores de cada fase ao longo do processo terapêutico.

Os resultados encontrados estão descritos na tabela 2.

Fase 1

Na primeira sessão, observou-se uma média de 5.38 (num máximo total de 10.00) da perceção das capacidades do paciente face aos objetivos da primeira fase por parte dos seus terapeutas. O valor mais alto foi depois encontrado na penúltima sessão (13ª sessão), sendo este de 9.75. A última sessão (14ª sessão) teve um valor médio de 9.65, demonstrando então um aumento relativamente à primeira sessão.

Tabela 2

Sessão (N)	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6	Fase 7
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Sessão 1 (11)	5.38(2.82)	.73(.80)	.18(.28)	.11(.21)	.00(.00)	.00(.00)	.00(.00)
Sessão 2 (11)	6.30(2.48)	3.03(2.26)	.91(.67)	.07(.16)	.00(.00)	.02(.08)	.11(.38)
Sessão 3 (10)	6.68(2.22)	3.35(2.38)	1.50(1.59)	.85(1.50)	.40(.71)	.18(.47)	.13(.40)
Sessão 4 (11)	7.02(1.84)	3.59(2.57)	1.70(1.62)	.32(.68)	.16(.39)	.05(.15)	.07(.23)
Sessão 5 (9)	8.00(1.75)	5.06(2.15)	2.92(2.15)	.42(.52)	.03(.08)	.00(.00)	.08(.25)
Sessão 6 (9)	8.14(1.54)	4.50(2.44)	1.86(1.30)	.69(1.27)	.25(.57)	.08(.25)	.28(.61)
Sessão 7 (9)	8.00(1.69)	5.25(2.05)	3.03(1.50)	1.72(1.75)	1.14(1.56)	1.00(2.47)	.86(1.62)
Sessão 8 (8)	8.16(1.88)	5.88(2.03)	3.53(1.90)	1.16(.65)	.44(.56)	.03(.09)	.16(.35)
Sessão 9 (5)	8.60(1.26)	5.65(2.58)	3.65(2.14)	1.60(1.76)	.40(.49)	.10(.14)	.25(.43)
Sessão 10 (6)	9.25(1.04)	6.96(1.65)	4.25(2.33)	3.08(2.28)	1.00(1.46)	.38(.63)	.29(.40)
Sessão 11 (4)	9.38(.66)	7.81(.55)	5.00(1.88)	3.06(.94)	.63(.72)	.25(.50)	.19(.24)
Sessão 12 (5)	8.60(2.10)	7.40(2.28)	5.05(2.29)	3.10(2.59)	.75(1.19)	.30(.67)	.05(.11)
Sessão 13 (4)	9.75(.35)	8.81(.66)	6.88(1.76)	2.94(2.38)	.81(1.07)	.25(.50)	.05(.13)
Sessão 14 (5)	9.65(.65)	8.30(1.29)	7.55(1.81)	4.95(1.76)	2.00(2.57)	1.00(1.63)	.55(1.10)

Nota: DP = Desvio Padrão; M = Média; N = Número de questionários preenchidos para aquela sessão

Fase 2

Na primeira sessão, observou-se uma média de 0.73 (num máximo total de 10.00) face à percepção dos terapeutas relativamente às capacidades do paciente face aos objetivos da segunda fase. O valor mais alto foi novamente encontrado na penúltima sessão (13ª sessão), sendo este de 8.81. A última sessão (14ª sessão) teve um valor médio de 8.30, demonstrando um aumento relativamente à primeira sessão.

Fase 3

Na primeira sessão, a média da percepção dos terapeutas quanto às capacidades dos seus pacientes relativamente à terceira fase do modelo, foi de 0.18 (num máximo total de 10.00). O valor mais elevado foi da última sessão (14ª sessão), sendo este de 7.55. Estes valores demonstram novamente um aumento relativamente à primeira sessão.

Fase 4

Na primeira sessão, a média da percepção dos terapeutas quanto às capacidades dos seus pacientes relativamente à quarta fase do modelo, foi de 0.11 (num máximo total de 10.00). O valor mais elevado foi, tal como na fase anterior, na última sessão (14^a sessão), sendo este de 4.95. Estes valores continuam a seguir o mesmo padrão, demonstrando um aumento relativamente à primeira sessão.

Fase 5

Relativamente à fase 5, não houve terapeutas que sentissem que qualquer um dos seus pacientes tivesse capacidades desta fase na primeira sessão, sendo a média de 0.00. A média mais alta foi, mais uma vez, a média da última sessão (14^a sessão), sendo este de 2.00. Estes valores seguem o mesmo padrão que as fases anteriores, demonstrando um aumento relativamente à primeira sessão.

Fase 6

Relativamente à fase 6, a média para a capacidade percecionada na primeira sessão foi novamente de 0.00. Contudo, a média mais alta foi encontrada tanto na 7^a sessão como na última (14^a sessão), sendo esta de 1.00. Esta fase mostra também seguir o padrão de um aumento comparando a primeira e a última sessão.

Fase 7

Mais uma vez, repetindo o que se encontrou nas duas fases anteriores, a média para a capacidade percecionada na primeira sessão foi de 0.00. A média mais elevada foi de 0.86 na 7^a sessão, terminando a 14^a com uma média de 0.55, e igualando o padrão achado anteriormente de aumento na última sessão (14^a sessão) face à 1^a sessão.

Visualização dos Dados

Para ser possível visualizar os resultados de uma forma mais global e facilmente comparativa, os dados relativos às médias de cada fase foram transformados em formato de gráfico. Este é o caso tanto para as médias de cada fase ao longo do acompanhamento terapêutico relativas tanto à promoção dos objetivos estratégicos por parte do terapeuta (Gráficos 1 e 2) como para os resultados face à percepção de capacidades do paciente por parte do terapeuta (Gráficos 3 a 5).

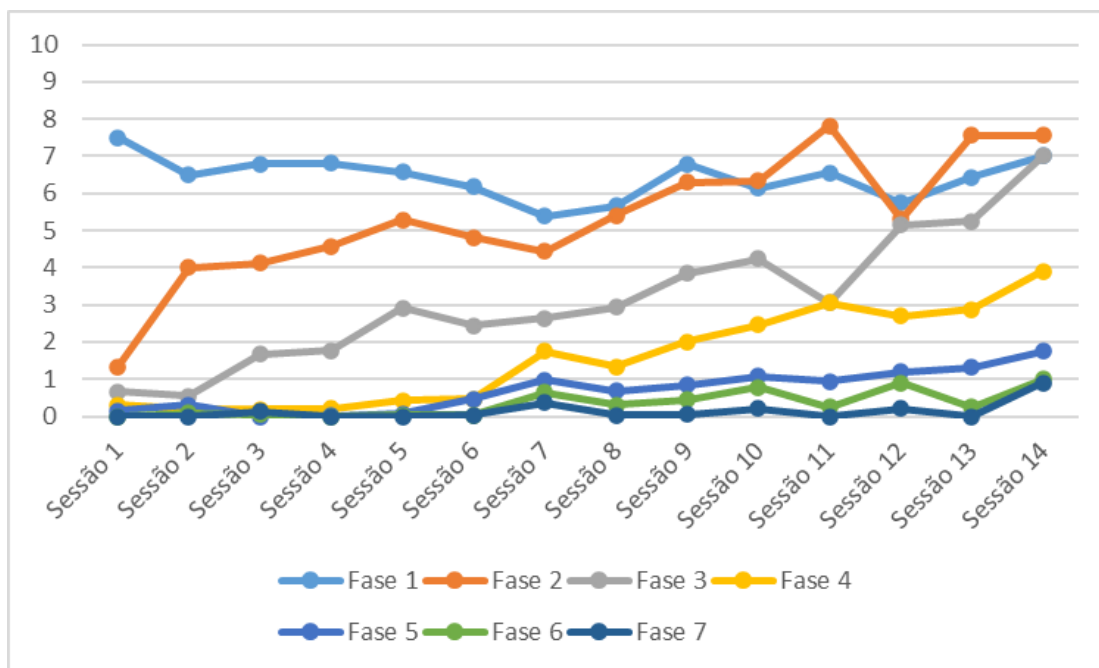
Promoção

No Gráfico 1, estão ilustradas as médias de cada uma das sete fases em todas as sessões relativamente aos dados acerca da promoção de objetivos estratégicos por parte

do terapeuta face ao modelo de sete fases. Ficam assim mais evidenciados alguns padrões nos dados referidos na interpretação da Tabela 1.

Gráfico 1

Objetivos promovidos por fase ao longo das sessões



Fase 1

No gráfico 1, é possível vermos que a primeira fase foi mais alta na primeira sessão e que depois baixou. Mesmo assim, parece manter um nível algo estável ao longo do acompanhamento, mesmo tendo alguns altos e baixos, subindo até depois novamente na 14ª sessão.

Fase 2

A segunda fase, apesar de começar com uma média relativamente baixa na 1ª sessão, mostra um rápido aumento para a 2ª e depois um padrão de aumento regular, apesar de alguns altos e baixos, até à 11ª sessão, onde mostra descer um pouco.

Fase 3

Este gráfico mostra que a promoção de objetivos estratégicos da terceira fase começa num valor algo baixo, mas vai aumentando de forma consistente ao longo das sessões, chegando ao seu ponto mais alto na última sessão registada (14ª sessão)

Fase 4

A promoção de objetivos da fase 4 mostra um padrão muito parecido com a fase 3, mas demorando mais tempo a começar a aumentar. Mesmo assim, de acordo com a visualização do gráfico, o nível a que aumenta aparenta ser algo parecido, apenas umas sessões depois.

Fase 5

A fase 5 aparenta também um aumento regular a partir da 6ª sessão, mesmo que mais baixo que as fases anteriores.

Fase 6 e 7

Os resultados das duas últimas fases são parecidos, sendo que ambas começam a primeira sessão com média de 0.00 e atingem o seu pico (nas sessões registadas) na última sessão (14ª sessão). Mostram, mesmo assim, um aumento muito baixo.

Linhas de Tendência Linear

O Gráfico 2 apresenta novamente as médias das fases 2, 3 e 4 ao longo das 14 sessões registadas, mas desta vez também com uma linha de tendência linear para cada uma das fases apresentadas. É importante lembrar que diferentes sessões tinham números diferentes de respostas com um número total de amostra diferente em algumas, portanto esta linha de tendência linear é apenas sugestiva e para apoiar a visualização e interpretação do gráfico.

Dito isto, as linhas de tendência sugerem uma trajetória de aumento para a fase 2, fase 3 e fase 4 ao longo das 14 sessões registadas para a promoção de objetivos estratégicos por parte do terapeuta relativamente a cada uma das fases.

Resultados gerais para a promoção

As mudanças nas médias dos objetivos estratégicos promovidos pelos terapeutas em cada fase ao longo das sessões mostra uma tendência apenas ascendente em quase todas as fases, sendo apenas diferente na fase 1.

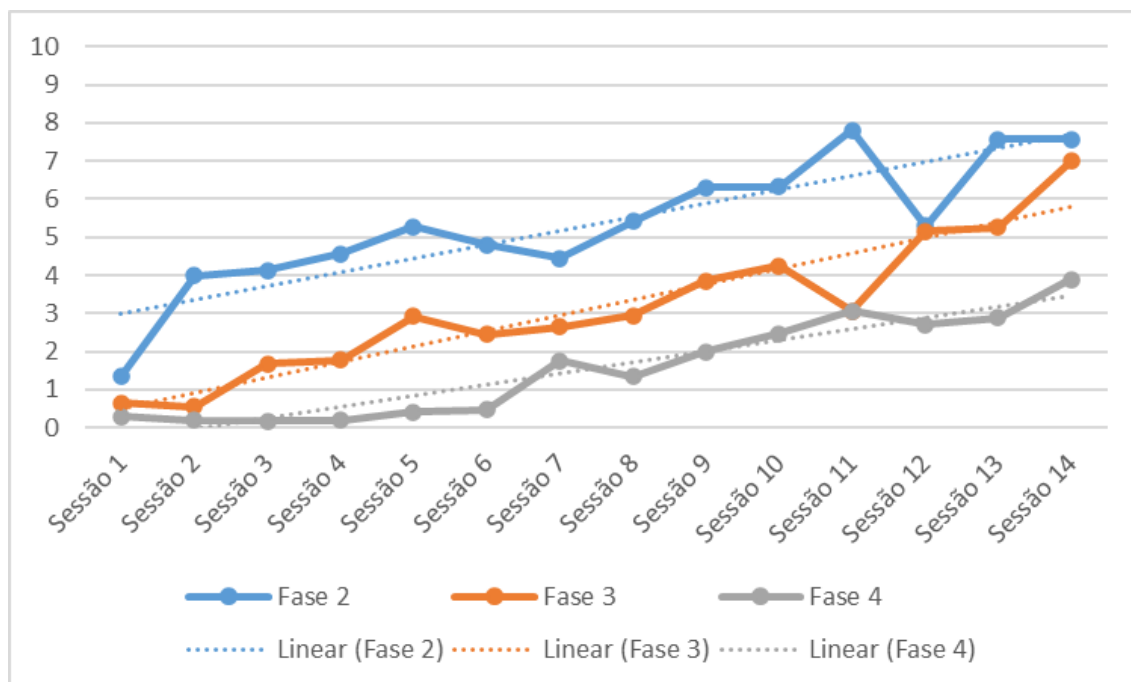
A fase 1 tem de facto o valor mais elevado na primeira sessão e parece ter uma trajetória decrescente nas primeiras sessões, mas depois volta a subir a partir da 7ª sessão, acabando a 14ª sessão quase com a mesma média do que a primeira (1ª Sessão: 7.50, 14ª Sessão: 7.00).

A fase 2, por sua vez, apresenta uma trajetória ascendente, baixando abruptamente na 12ª sessão, mas voltando ao nível em que estava na sessão logo a seguir, parecendo

indicar um certo tipo de *plateau*, com valores idênticos (11ª Sessão: 7.81, 13ª Sessão: 7.56, 14ª Sessão: 7.56).

Gráfico 2

Linha de tendência linear de objetivos promovidos de fases 2 a 4 ao longo das sessões



Capacidade

No Gráfico 3, estão ilustradas as médias de cada uma das sete fases ao longo das sessões relativamente aos dados preenchidos da perceção dos jovens terapeutas acerca das capacidades dos seus pacientes consoante o modelo de sete fases. Ficam assim mais evidenciados alguns padrões nos dados referidos na interpretação da Tabela 1.

Fase 1

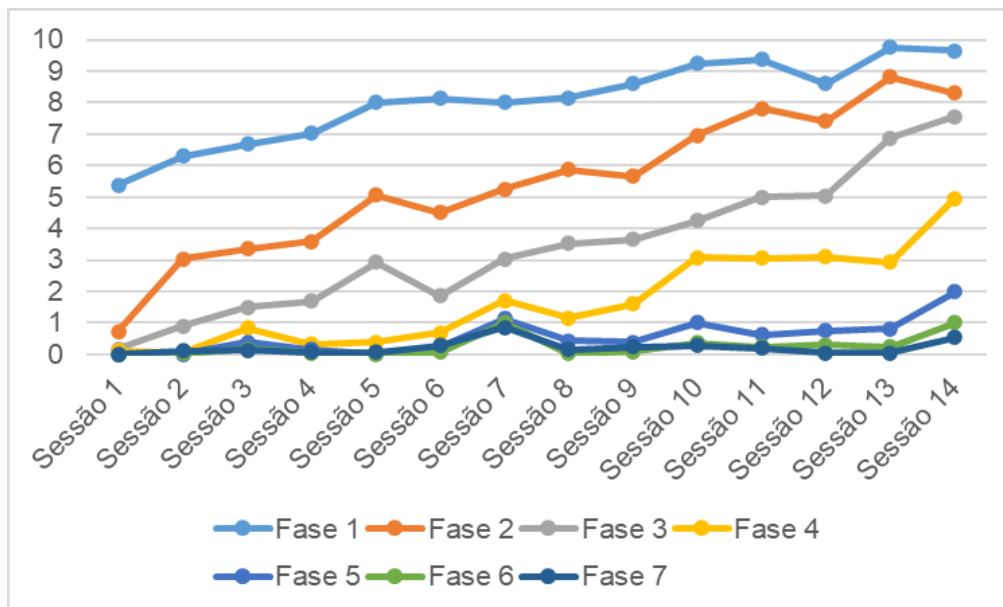
No gráfico 3, é possível vermos que a fase 1 teve o valor mais baixo na 1ª sessão e que foi mostrando um aumento algo regular ao longo das 14 sessões registadas, chegando ao seu pico na 13ª sessão, chegando quase ao máximo possível de 10 pontos.

Fase 2

A segunda fase, apesar de começar com uma média relativamente baixa na 1ª sessão, mostra um rápido aumento para a 2ª e depois continua a aumentar de forma algo regular, chegando ao seu valor mais elevado na 13ª sessão e baixando um pouco na 14ª sessão.

Gráfico 3

Capacidades de pacientes por fase ao longo das sessões



Fase 3

Tal como visto na fase 2, a fase 3 começa com uma média baixa na primeira sessão e vai aumentando gradualmente ao longo das sessões, chegando ao seu valor mais elevado na última sessão (14ª sessão)

Fase 4

A fase 4, mais uma vez começa com uma média baixa, mas desta vez demora mais algum tempo a aumentar de valores, estagnado um pouco entre a 10ª e a 13ª sessão, aumentando depois 2 valores na 14ª sessão.

Fases 5, 6 e 7

Estas três fases têm um percurso parecido, nunca chegando a ter valores muito elevados. Todas apresentam um pequeno pico na 7ª sessão, voltando depois a valores mais baixos. Acabam, contudo, todas com um súbito aumento da 13ª sessão para a 14ª, estando também por ordem de fases (ie. Fase 5 acaba com valores mais elevados que a fase 6 e 7 e a fase 6 com uma média mais elevada que a fase 6).

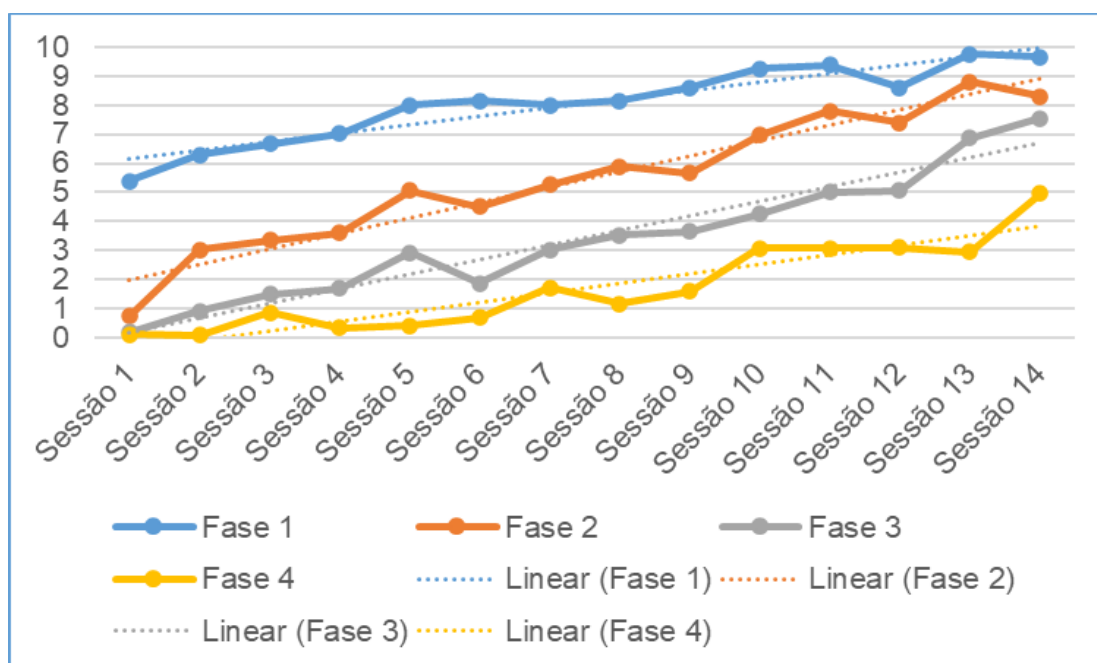
O Gráfico 4 apresenta novamente as médias das fases 1, 2, 3 e 4 ao longo das 14 sessões registadas face à capacidade dos pacientes percecionada pelos seus respetivos terapeutas. Contudo, desta vez contém também um uma linha de tendência linear para cada uma das fases apresentadas. É importante voltar a lembrar que diferentes sessões

tiveram quantidades diferentes de respostas, levando a um número total de amostra diferente em algumas. Dito isto, esta linha de tendência linear é apenas sugestiva e para apoiar a visualização e interpretação do gráfico.

As linhas de tendência deste gráfico, sugerem uma trajetória de aumento algo regular para a fase 1, fase 2, fase 3 e fase 4 ao longo das 14 sessões registradas quanto à capacidade percebida dos pacientes pelos seus terapeutas.

Gráfico 4

Tendência linear de capacidades dos pacientes de fases 1 a 4 ao longo das sessões



Resultados gerais para a Capacidade

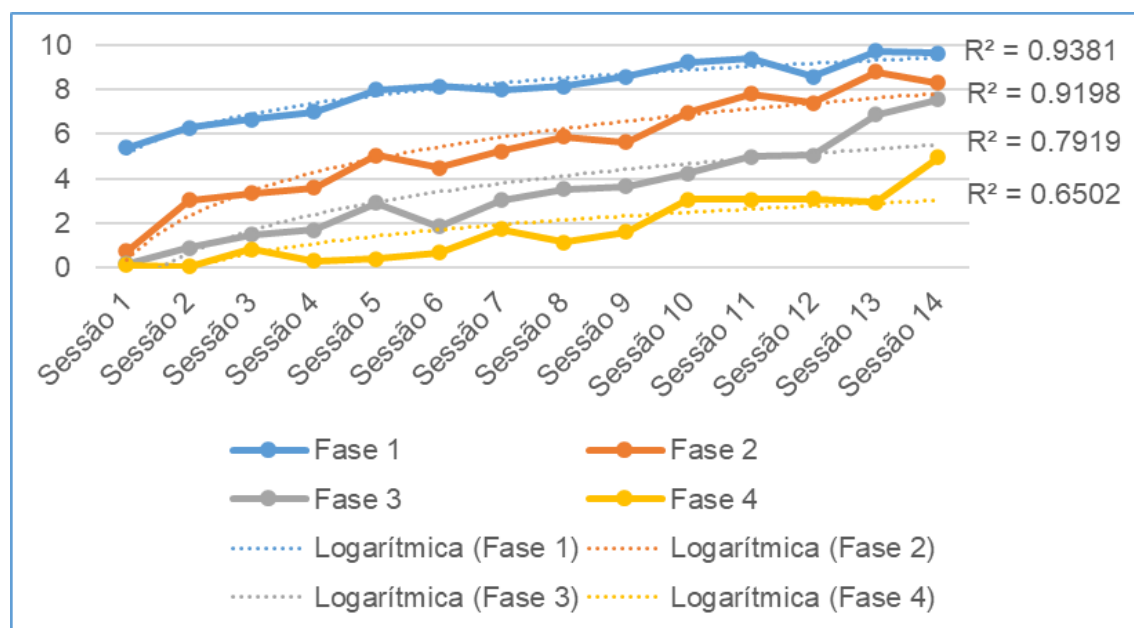
As mudanças nas médias das capacidades dos pacientes percebidas pelos jovens terapeutas em cada fase ao longo das sessões mostra uma tendência ascendente em todas as fases, tendo médias que vão aumentando ao longo das sessões. Contudo, tanto a fase 1 como a fase 2 apresentam estar a chegar a um certo *plateau*, tendo valores mais baixos na 14ª sessão comparativamente à 13ª (Fase 1 - 13ª sessão: 9.75, 14ª sessão: 9.60; Fase 2 - 13ª sessão: 8.81, 14ª sessão: 8.30).

Ao aplicar uma linha de tendência linear logarítmica (gráfico 5) (lembrando também novamente que, dada a fraca estabilidade da amostra face a cada sessão, estes

resultados são apenas sugestivos com intenções demonstrativas), estas mostram ter um valor de R ao quadrado maior do que as linhas de tendências linear para ambas estas fases (Fase 1 - Linha de Tendência Linear: $R^2 = 0.9376$, Linha de Tendência Logarítmica: $R^2 = 0.9381$; Fase 2 - Linha de Tendência Linear: $R^2 = 0.8941$, Linha de Tendência Logarítmica: $R^2 = 0.9198$).

Gráfico 5

Tendência logarítmica de capacidades dos pacientes de fases 2 a 4 ao longo das sessões



Discussão

O presente estudo pretendeu explorar se os dados recolhidos permitiam obter algum tipo de evidência que ora corroborasse ora desafiava a sequencialidade do modelo de sete fases em jovens terapeutas. Nomeadamente a nível dos objetivos estratégicos implementados predominantemente em cada sessão por parte dos jovens terapeutas e a nível das capacidades que percecionavam nos seus pacientes de acordo com as sete fases descritas no modelo.

Os resultados quanto às capacidades dos pacientes indicam haver de facto uma sequencialidade de ganhos progressivos e cumulativos ao longo das sessões, sendo que praticamente todas as fases mostraram uma trajetória ascendente nas médias.

Os resultados relativamente aos objetivos estratégicos implementados pelos jovens terapeutas indicam, por seu lado que estes seguem também a sequencialidade do modelo nas fases 2 a 7. Porém, estes parecem não ter grande capacidade ou conhecimento de quando deixar de promover certas fases, mantendo a promoção da primeira fase relativamente estável ao longo de todas as sessões registadas e também nunca chegando a baixar a promoção das fases seguintes de forma visível.

Interpretação dos dados

Promoção

A tendência predominantemente ascendente das médias de todas as fases (com exceção da fase 1), sugere que os jovens terapeutas seguem, de facto, a sequencialidade do modelo de sete fases. Contudo, a literatura sugere que os objetivos estratégicos predominantemente aplicados de cada fase tendem a aumentar, cheguem a um pico e depois decrescem, dando espaço à promoção de objetivos das fases seguintes (Conceição, 2010). Há sempre espaço para alguma variância nos valores de algumas sessões (Vasco, 2006), mas não se espera que o padrão visível seja de não haver grandes decréscimos na implementação de objetivos de cada fase.

Estes resultados sugerem que há alguma falta de capacidade ou de conhecimento acerca da promoção de objetivos, não permitindo ou não avisando os jovens terapeutas quando devem parar de tentar implementar certos objetivos estratégicos de fases particulares para dar espaço a dar predominância à promoção de objetivos e estratégias de outras fases.

Capacidade

A tendência ascendente de todas as fases até chegar a um pico/*plateau* sugere que os jovens terapeutas aumentam de facto as capacidades dos seus pacientes, movimentando-se ao longo do modelo de sete fases. Esta progressão cumulativa onde as diferentes fases apresentam tendências ascendentes parecidas mas com uma certa distância temporal (ie têm a mesma tendência mas mostra-se apenas algumas sessões depois da fase anterior, mas algumas sessões antes da fase seguinte).

Desta forma, os dados parecem sugerir que os jovens terapeutas aumentam as capacidades dos seus pacientes na sequencialidade indicada e prevista pelo modelo de sete fases.

Implicações dos dados

Os resultados do presente estudo apontam para que os jovens terapeutas e seus pacientes encaixem na sequencialidade proposta pelo modelo de sete fases, concordando quanto à evolução progressiva e cumulativa das capacidades dos pacientes revisto em estudos passados (e.g. Conceição, 2010; Vasco et al., 2018). Esta progressão mostra-se também ser faseada, começando a aumentar primeiro a fase 1, algumas sessões depois a fase 2, depois a fase 3, e por assim em diante. Este faseamento concorda novamente com a literatura de terapeutas mais experientes, onde a progressão ao longo das sete fases é faseada, sendo que começa a aumentar a fase 1, algumas sessões depois a fase 2, depois a fase 3, e por assim em diante (Conceição, 2010)

Os resultados sugerem também que jovens terapeutas se movimentam novamente ao longo das sete fases de forma progressiva quanto à promoção de objetivos estratégicos. Mostram também conseguir atrasar a promoção de objetivos estratégicos de fases mais avançadas, parecendo fasear os objetivos que promovem, da mesma forma que a capacidade é faseada. Isto mostra grandes capacidades da parte dos jovens terapeutas, pois é importante que tal aconteça dado que fases mais avançadas começam a pôr a agência do lado do paciente (e.g. fase 4 subfase 1: “assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido”). Ao pôr a agência do lado do paciente, pode-se inferir que existe a possibilidade de que a promoção de fases avançadas de forma precoce arrisca possíveis ruturas na relação terapêutica.

Os jovens terapeutas parecem ter, contudo, algumas dificuldades em saber quando parar de promover objetivos de fases iniciais para dar espaço à promoção de objetivos de fases seguintes, algo que é visto que terapeutas mais experientes fazem (Conceição, 2010). Esta falta de diminuição de promoção de certos objetivos levanta a questão de se há demasiados objetivos a serem predominantemente trabalhados em cada sessão, correndo o risco de diluir o foco nas necessidades e capacidades que os pacientes mais precisam naquela altura, que tanto é a base de modelos integrativos.

Estes resultados podem-nos dar informação muito relevante para se ter em conta, pois como foi deduzido na revisão de literatura, o modelo de sete fases mostra-se promissor enquanto modelo de base para ensinar e auxiliar jovens terapeutas nas suas fases iniciais de primeiro contacto com o mundo profissional ao ajudar a diminuir a ansiedade que estes muitas vezes sentem nesta altura inicial devido ao vazio deixado pela remoção técnicas pouco eficazes que utilizavam antes do treino terapêutico.

Assim, pode-se levar esta aparente lacuna nas capacidades ou conhecimento dos jovens terapeutas de não parar de promover objetivos estratégicos de fases iniciais como algo para ter em conta e ter cuidado acrescido no treino de jovens terapeutas.

Uma forma simples de se ajudar os jovens a saber quando é uma boa altura para parar de promover certos objetivos, é olhando para as capacidades que veem que os pacientes já têm. Ou seja, quando veem, por exemplo, que determinado paciente já tem um total de cerca de 7 pontos ou mais nas capacidades relativas a determinada fase, a não ser que haja certas subcategorias que estão muito aquém das outras, isto pode servir como sinal para começar a promover predominantemente estratégias de outras fases.

Ao mesmo tempo, parecendo conseguir seguir a sequencialidade de promoção de objetivos (mesmo que depois não os deixem de promover) e conseguirem que os seus pacientes ganhem capacidades próprias de forma cumulativa e progressiva perante as sete fases, o modelo parece ser algo relativamente intuitivo para esta população de jovens terapeutas, ajudando a sustentar a ideia exposta na revisão de literatura de que o modelo de sete fases pode ser um bom modelo para ensinar os jovens terapeutas a seguir no início da sua prática clínica para se conseguirem organizar de forma mais clara e eficiente.

Estes resultados são importantes para a literatura atual revolvendo em volta do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática, nomeadamente face ao modelo sequencial de sete fases, pois acrescentam dados iniciais para o estudo de possível utilização deste mesmo modelo para o treino de jovens terapeutas, dando uma base rica e bem organizada onde estes possam depender no início da sua carreira.

Ao mesmo tempo, acrescenta algumas possíveis ideias à literatura relativa a jovens terapeutas, pondo a possibilidade do treino destes precisar de algum foco acrescido em como e quando promover certos objetivos estratégicos.

Limitações

Neste estudo, dado o número baixo de participantes, alguma variância face a quantos questionários foram preenchidos para cada sessão e a falta de grupo de controlo para comparação, torna-se algo difícil generalizar os resultados do presente estudo para uma população maior com certezas dada a impossibilidade de fazer certos testes estatísticos.

Dito isto, os pontos fortes deste estudo estão no facto de ter havido uma recolha de dados de forma longitudinal que correlaciona um modelo já existente com uma nova

população, acrescentando possíveis ideias a explorar no futuro tanto para áreas de treino de jovens terapeutas em si quanto para literatura acerca do funcionamento do próprio modelo de sete fases com diferentes populações.

Estudos Futuros

Dados os resultados do presente estudo e sequente discussão dos mesmos, seria interessante, se não mesmo importante, fazer mais estudos que utilizem uma amostra mais robusta para a recolha de dados, permitindo assim serem feitos mais testes estatísticos e haver também alguma validade estatística mais sólida que nos deixe avaliar a significância dos testes utilizados.

Seria também boa ideia integrar alguns dados qualitativos, deixando-nos perceber um pouco melhor o raciocínio por detrás do pensamento dos jovens terapeutas, nomeadamente face ao padrão visto quanto à não remoção de promoção de determinados objetivos estratégicos após o aumento das suas capacidades.

Seria também interessante ver se algum treino na área de promoção de objetivos estratégicos ajudaria os jovens terapeutas e controlar melhor esse aspeto da sua prática clínica.

Conclusão

O presente estudo tinha como objetivo explorar como é que os jovens terapeutas se movimentavam ao longo do modelo de sete fases e se seguiam a sequencialidade proposta pelo mesmo face tanto aos objetivos estratégicos promovidos em cada sessão como às capacidades dos seus pacientes. Com base nos resultados da metodologia quantitativa longitudinal, propõe-se a possibilidade de que os jovens terapeutas conseguem seguir a sequencialidade faseada tanto nos objetivos promovidos como nas capacidades dos seus pacientes, mas mostram alguma dificuldade ou falta de conhecimento relativamente a quando ou mesmo se devem parar de promover certos objetivos. Assim, este estudo contribui tanto para aumentar a literatura do modelo de sete fases em si, como para a literatura focada no treino de jovens terapeutas, indicando para a possibilidade de que seja importante investigar e explorar mais a fundo como é que os jovens terapeutas se relacionam perante a promoção de objetivos estratégicos e como é que este tema pode ser abordado no treino dos mesmos.

Referências Bibliográficas

- APA Dictionary of Psychology. (n.d.). Psychological Model. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved November 10, 2022, from <https://dictionary.apa.org/psychological-model>
- APA Dictionary of Psychology. (n.d.). Model. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved November 10, 2022, from <https://dictionary.apa.org/model>
- Bischoff, R. J., Barton, M., Thober, J., & Hawley, R. (2002). Events and experiences impacting the development of clinical self confidence: a study of the first year of client contact. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 371-382. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01193.x>
- Cartwright, D., & Gardner, M. (2016). Trainee difficulties with therapeutic engagement: A qualitative study of in-session critical incidents. *South African Journal of Psychology*, 46(2), 254-265. <https://doi.org/10.1177/0081246315605679>
- Cochran, G. R., Catchpole, K., Arnett, N., & Ferrari, T. M. (2010). Extension's role in preparing youth for the workforce: A challenge to Extension professionals. *Journal of Extension*, 48(4), 1-6.
- Conceicao, N. (2010). If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy adaptação [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2751>
- Conceição, N., & Vasco, A. (2019). Paradigmatic Complementarity Strategic Objectives Scale - Therapists' Promotion and Clients' Processing Capacity as Reported via Therapist Perspective. Version 5.0 (*Excel File*, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa e Laboratório de Complementaridade Paradigmática, Lisboa, Portugal)
- da Silva, A. N., Ferreira, J. F., Conceição, N., Vaz Velho, C., & Vasco, A. B. (2022). Termination in psychotherapy: Contributions of an integrative metamodel. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32, 175–189. <https://doi.org/10.1037/int0000235>
- Eagle, G. T., Haynes, H., & Long, C. (2007). Eyes wide open: Facilitating student therapists' experiences with the unfamiliar. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(2), 133-146. <https://doi.org/10.1080/13642530701363270>

- 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. *Psicologia*, 25(1), 173-201.
<https://doi.org/10.17575/rpsicol.v25i1.284>
- Grater, H. A. (1985). Stages in psychotherapy supervision: From therapy skills to skilled therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(5), 605-610. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.5.605>
- Hale, K. K., & Stoltenberg, C. D. (1988). The effects of self-awareness and evaluation apprehension on counselor trainee anxiety. *The Clinical Supervisor*, 6(1), 49-70.
https://doi.org/10.1300/J001v06n01_05
- Halgin, R. P. (2000). Unexpected challenges faced by psychotherapy trainees: Introduction and overview. *The clinical supervisor*, 19(1), 177-181.
https://doi.org/10.1300/J001v19n01_11
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434-449.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.434>
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(3), 139-141. <https://doi.org/10.1037/h0088589>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 678-685.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Ivins Jr., W. M. (1969). *Prints and visual communication*. MIT Press.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360-390). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10110-010>
- Levy, F., & Murnane, R. J. (2006). Why the changing American economy calls for twenty-first century learning: answers to educators' questions. *New Directions for Youth Development*, 110, 53-62. <https://doi.org/10.1002/yd.167>

- Lipset, S. M., Bendix, R., & Malm, F. T. (1955). Job plans and entry into the labor market. *Social Forces*, 33(3), 224-232. <https://doi.org/10.2307/2572885>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1(1-18).
- Pica, M. (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 361-365. <https://doi.org/10.1037/h0087840>
- Rogers, F., Huddle, P. A., & White, M. D. (2000). Using a teaching model to correct known misconceptions in electrochemistry. *Journal of Chemical Education*, 77(1), 104-110. <https://doi.org/10.1021/ed077p104>
- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71(4), 396-405. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02655.x>
- Skovholt, T. M. (2012). *Becoming a therapist: On the path to mastery*. John Wiley & Sons.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of career development*, 30(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis of Common Factor and Specific Treatment Effects Across the Outcome Domains of the Phase Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7(3), 273-290. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.3.273>
- Sutton, C. (1992). *Words, science and learning*. McGraw-Hill Education (UK).
- Thériault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping, and correctives. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 43(2), 105-119.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.

- Vasco, A. B., Conceição, N., Silva, A. N., Ferreira, J. F., & Vaz-Velho, C. (2018). O (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) [The Paradigmatic Complementarity (Meta)model]. In Isabel Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 339–361). Pactor
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390-399. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.4.390>

ANEXOS

Anexo A

Modelo de sete fases do metamodelo de complementariedade paradigmática

