

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



SUPERVISÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE JOVENS TERAPEUTAS:
Estudo do desenvolvimento de competências de ajuda
em psicoterapeutas em formação,
no primeiro ano de prática clínica supervisionada

Inês Bailote Lmares

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativo

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



SUPERVISÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE JOVENS TERAPEUTAS:
Estudo do desenvolvimento de competências de ajuda
em psicoterapeutas em formação,
no primeiro ano de prática clínica supervisionada

Inês Bailote Lmares

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso
e
pelo Professor Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativo

2012

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria João Afonso pelo apoio, disponibilidade, motivação e tempo despendido na realização deste trabalho; pelas palavras de encorajamento nos momentos mais difíceis;

Ao Professor Doutor Nuno Conceição, por me ter acompanhado ao longo de todo este ano, pelo tempo, disponibilidade, motivação despendida na realização deste trabalho. Pela abertura e humanidade demonstrada em todos os processos de realização deste e de outros trabalhos;

Aos meus colegas que contribuíram enquanto participantes para que fosse possível a concretização deste trabalho e aos respectivos pacientes;

Ao Cláudio Fernandes e à Andreia Santos pela compreensão, apoio, motivação, disponibilidade, presença, abertura, carinho e momentos de reflexão ao longo de todos os processos de construção deste trabalho, por me permitirem crescer;

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por tudo o que me proporcionaram ao longo destes anos;

À minha tia Lila, pela presença e disponibilidade;

Ao Ivo Rocha, que me traz à terra sempre que voo demais, que esteve presente em todos estes momentos importantes e sem o qual este percurso não teria sido o mesmo; por me ensinar a cuidar e por ter cuidado de mim, em todos os processos de construção do presente trabalho;

À Elia Dias, por me fazer sentir um extraterrestre e dar-me a conhecer as diversas peculiaridades do mundo, pelos momentos de diversão, de amizade, partilha, apoio, carinho, pela generosidade e disponibilidade, por me manter sã; principalmente pelo privilégio da sua presença;

À Andreia Simões, por enlouquecer comigo. Pelo companheirismo, amizade, partilha, carinho, horas de trabalho, de conversa, diversão. Pela ligação construída e nutrida ao longo destes 5 anos; essencialmente pela cumplicidade e compreensão;

À Rita Ferreira, por me deixar enlouquecê-la, pelos inúmeros telefonemas e por todas as partilhas realizadas ao longo de todo este ano; pela generosidade, pela abertura, humanidade. Por sempre ter estado de braços abertos e por me ter recebido com carinho;

À Joana Ferreira, por me ter permitido criar um espaço onde posso ser eu e onde todas as semanas aprendo mais um bocadinho sobre mim e onde, essencialmente, me construo, cresço e cuido de mim;

À Inês Cerdeira e a Pámela Rodrigues por todos estes anos de amizade, discussão, partilhas;

A todos os meus amigos e colegas de Faculdade que foram acompanhando ao longo destes anos.

Resumo

Com a presente investigação, pretendeu-se estudar o treino de terapeutas em formação na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O principal objectivo deste estudo foi aumentar a compreensão sobre a forma como os jovens terapeutas no primeiro ano de prática clínica supervisionada se desenvolvem, quer ao nível da percepção de auto-eficácia no desempenho de competências básicas de ajuda, quer ao nível da percepção da capacidade de promoção de estratégias gerais. Para avaliar estas duas dimensões foram utilizados dois questionários: o *CASES* (Lent, Hill & Roffman, 2003) e o *SROSES* (Lamares & Conceição, 2012). Adicionalmente, para a compreensão de áreas carentes de formação específica prévia do terapeuta em treino, procurou-se perceber como evoluíam nos pacientes as seguintes dimensões: o seu funcionamento estrutural, utilizando o questionário MCMI-II (Millon, 1987), a sintomatologia destes, utilizando os questionários CORE-5 (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010), CORE-OM (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010) e BSI (Derogatis, 1993) e a percepção de qualidade de sessão, recorrendo ao questionário *ERES(P)* (Hill & Kellems, 2002). Por fim, considerou-se importante compreender se existiam relações ou tendências entre a percepção de auto-eficácia do terapeuta e variáveis de processo e de resultado dos pacientes. Os resultados apontam para a existência de melhoria sintomatológica dos pacientes e ausência de melhoria estrutural. Adicionalmente, encontraram-se resultados que verificaram a evolução da percepção de auto-eficácia dos terapeutas, tanto ao nível do desempenho de competências básicas de ajuda, como ao nível de promoção de estratégias gerais. Por fim, verificou-se a existência de alguns resultados que apontam para a melhoria de resultados de processo e finais em três pacientes cujo terapeuta tem baixa percepção de auto-eficácia. No final, são discutidos os contributos deste estudo para a investigação na área, bem como limitações do estudo e considerações futuras.

Palavras-chave: Treino de jovens terapeutas; feedback e monitorização de resultados; supervisão; percepção de auto-eficácia; competências básicas de ajuda; estratégias gerais

Abstract

With the present investigation, we intended to study the training of novice therapists at the Faculty of Psychology, University of Lisbon. The main objective of this study was to increase the understanding of how novice therapists, in the first year of supervised clinical practice, developed, either in terms of perceived self-efficacy in performing helping skills, or in terms of perceived capacity to promotion of general strategies. To assess these two dimensions, we used two questionnaires: the CASES (Lent, Hill & Roffman, 2003) and the SROSES (Lamares & Conceição, 2012). Additionally, for the understanding of deprived areas of prior specific training at novice therapist, we tried to understand how patients progressed in the following dimensions: structural function, using the questionnaire MCMI-II (Millon, 1987), their symptomatology using the questionnaires CORE-5 (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010), CORE-OM (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010) and BSI (Derogatis, 1993) and the perception of quality of the session, using the questionnaire ERES (P) (Hill & Kellems, 2002). Finally, it was considered important to understand whether there were relationships or trends between the therapist perception of self-efficacy and process variables and patient outcomes. The results indicate the existence of symptomatic improvement of patients and lack of structural improvement. Additionally, we found results that verified the evolution of self-efficacy perception of therapists, both in terms of performance in helping skills, as in the level of general strategies promotion. Finally, it was found that some results indicate improvement in process and final results in three patients, whose therapist has a poor self-efficacy perception. In the end, we discuss the contributions of this study for research in the area, as well as study limitations and future considerations.

Keywords: Training young therapists; feedback and monitoring results; supervision, perception of self-efficacy; basic skills of help; general strategies

ÍNDICE

I.	Introdução	1
II.	Revisão da Literatura	
	2.1 Treino em Psicoterapia	3
	2.2 Treino de jovens terapeutas	4
	2.2 Treino de competências básicas de ajuda	6
	2.4 Supervisão clínica	12
	2.5 Feedback e monitorização de resultados	16
	2.6 Aliança terapêutica	18
	2.7 Treino integrativo	19
III.	Método	
	3.1 Participantes	24
	3.2 Instrumentos	25
	Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)	25
	Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measures (CORE-OM)	26
	Clinical Outcome in Routine Evaluation- continuing monitoring (CORE-5)	27
	Brief Symptom Inventory (BSI)	27
	Working Alliance Inventory-short form (WAI-S)	27
	Session Outcome Evaluation (ERES)	28
	Counselor Activity Self-efficacy Scales (CASES)	28
	Strategy-Related Operations Self-efficacy Scales (SROSES)	29
	3.3 Procedimento	29
	3.4 Perspectivas e técnicas de análise	30
IV.	Resultados	33

V.	Discussão e Conclusão	44
VI.	Referências	52

ANEXOS

ANEXO A: Consentimentos informado

ANEXO B: Instrumentos

ANEXO C: Tabelas dos Alfas de Cronbach

ANEXO D: Tabelas Estatística descritiva

ANEXO E: Gráficos dos Estudos de Caso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Mapa dos instrumentos e dimensão de sub-amostras	25
Tabela 2: Estudo da evolução do processo terapêutico sessão a sessão	35
Tabela 3 Estudo de consistência interna	37
Tabela 4 Estudo da relação entre competências do <i>SROSES</i> e do <i>CASES</i>	40
Tabela 5 Estudo da evolução de percepção de auto-eficácia	41

Capítulo I - Introdução

Sendo o início da carreira profissional um momento de transição caracterizado por muitas mudanças e pela necessidade de adaptação constante, principalmente no campo da psicoterapia, e sendo esta uma ciência complexa e, por vezes, algo subjectiva, é indispensável o estudo do jovem terapeuta no contexto de formação e supervisão. A literatura revista aponta para a importância do estudo de psicoterapeutas em início de carreira, em diversos níveis.

Num primeiro, podemos falar da importância das variáveis do terapeuta enquanto potencial contributo para a variância total de resultados do processo psicoterapêutico. Atendendo à falta de familiarização dos jovens terapeutas acerca das possíveis contribuições, tanto positivas como negativas, que podem ter ao longo do processo, e considerando esta fase como o primeiro contacto com a prática clínica, esta pode ser uma linha de investigação indispensável para a maximização dos factores envolvidos no treino. Por outro lado, muitos dos estudos que têm sido realizados internacionalmente, focam-se num nível de sistematização da formação em competências de ajuda específicas, mas formuladas de forma transteórica. Permitindo, assim, a abordagem integrativa, uma aproximação às necessidades do paciente, como, ao mesmo tempo, a flexibilidade ao nível do ajustamento das intervenções que mais são adequadas para determinado paciente.

Por outro lado, a própria linha de investigação ao nível do feedback e da monitorização de resultados tem sido considerada como fonte de informações valiosas para os clínicos, permitindo um acompanhamento constante dos pacientes, contribuindo, por sua vez, para uma tomada de decisão informada através da perspectiva do paciente. podendo, ao mesmo tempo, apoiar não só o plano clínico como o de supervisão.

Considerando a literatura revista sobre o treino de jovens terapeutas, pretende-se estudar as competências de ajuda de psicoterapeutas estagiários, tendo em vista identificar áreas mais carentes de formação específica prévia. Numa primeira linha, procura-se monitorizar longitudinalmente os resultados terapêuticos avaliados por pacientes seguidos por estagiários académicos do serviço de atendimento à comunidade da Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, a iniciar a sua experiência clínica. Numa segunda linha, procura-se avaliar algumas competências básicas identificadas na literatura como indispensáveis ao sucesso nas fases iniciais do processo de ajuda, nomeadamente aliança terapêutica (Constantino & Castonguay, 2002), competências de auto-eficácia terapêutica (por exemplo, de exploração, insight e acção) (Lent & Hill, 2003) e de implementação de

operações terapêuticas baseadas em estratégias gerais do meta-modelo de Complementaridade Paradigmática de sete fases (Conceição & Vasco, 2008). Isto num contexto em que a própria recolha de dados pode ser utilizada no sentido de otimizar tanto os processos terapêuticos, como o próprio contexto de supervisão.

Com a presente investigação, pretende-se, assim, contribuir para uma aprendizagem mais sustentada nas fases iniciais da prática clínica, independentemente da orientação teórica, para uma maior eficácia terapêutica

Assim, analisaram-se quantitativamente, diversos questionários, nomeadamente questionários de sintomas, de percepção do terapeuta de auto-eficácia e percepção da díade sobre a qualidade de sessão e qualidade da aliança terapêutica. O primeiro objectivo foi compreender como os pacientes evoluíam, em termos de sintomatologia sentida ao longo do processo e no final do processo terapêutico. Por outro lado, considerou-se pertinente perceber como a percepção de auto-eficácia do jovem terapeuta evoluía ao longo do primeiro ano de prática clínica supervisionada. Por fim, realizou-se uma pequena análise qualitativa com o objectivo de compreender se a percepção de auto-eficácia do terapeuta em formação influenciou, tanto o processo com o paciente, como os resultados finais da terapia.

Capítulo II: Revisão de Literatura

2.1 Treino em Psicoterapia

Sabe-se, hoje em dia, que o terapeuta tem um papel importante não só na estruturação de uma relação de ajuda com o paciente, como nos resultados obtidos no processo. Sabendo que o próprio terapeuta é o instrumento de trabalho (Hill, Sullivan, Knox & Schlosser, 2007), possuindo um papel fulcral em todo o processo [por vezes até mais importante do que os próprios métodos utilizados nas intervenções (Ronnestad & Skovholt, 2003)], torna-se fundamental o seu estudo. Ou seja, no estudo da psicoterapia, é importante compreender quando, onde e como se manifesta a importância do terapeuta, bem como saber quais as suas variáveis com maior impacto, positivo ou negativo, nos processos. Vários autores têm estudado e caracterizado as variáveis do terapeuta enquanto potenciais factores que impactam ou modificam os efeitos das intervenções. Essas variáveis podem ser consideradas como características pessoais do terapeuta: conhecimento de competências clínicas, traços de personalidade (Brown, 2007), idade, sexo, etnia, treino, experiência, estilos de coping, bem-estar emocional, valores, crenças, atitudes culturais (Bergin & Garfield, 2004) e abordagem teórica (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Taleb, Noble & Wong, 2004).

Nesse sentido, similarmente têm sido realizadas investigações com o objectivo de compreender qual a contribuição das variáveis enunciadas na variância total dos resultados do processo psicoterapêutico. Apesar de a variância ser diversa consoante as investigações concretizadas, pode afirmar-se que existe uma contribuição significativa do terapeuta para o processo, podendo esta ser de 8,6% (Crist-Cristoph e Mintz, 1991), 8% (Kim, Wampold & Bolt citado por Wampold & Brown, 2005) ou 5% Wampold e Brown (2005).

Além das variáveis do terapeuta, outros factores contribuem, igualmente, para os resultados finais, tais como as intervenções que são realizadas (1 a 2%) e a variabilidade da aliança (5%) (Wampold e Brown, 2005). Tendo em conta que a intervenção é potenciada pelo terapeuta e que as próprias flutuações da aliança terapêutica podem “sofrer” a sua influência, sendo que este tem um papel activo ao longo do processo e, ainda, atendendo a todas as variáveis do terapeuta que podem influenciar o processo, sendo uma delas o treino [tida por Beutler e colaboradores 2004) como uma das mais estudadas variáveis], não é estranha a ênfase dada na literatura ao estudo do treino de terapeutas (Beutler et al., 2004).

Dentro da literatura sobre treino, têm sido abordados diversos temas, tais como a utilização da supervisão enquanto recurso para lidar com impasses na prática clínica (DeStefano, Diuso, Blake, Firzpatrick, Drapeau & Chamodraka, 2007), os incidentes críticos na prática clínica (Howard, Innman & Altman., 2006), o desenvolvimento de conhecimento teórico (Folkes-Skinner, Elliot & Wheeler, 2011), a aprendizagem de competências básicas de ajuda (Hill et al., 2007; Lent, Hill & Hoffman, 2003), a aliança terapêutica (Castonguay, Constatino & Holthforth, 2006), a percepção de auto-eficácia (Larson & Daniel, 1998), a reparação de rupturas (Safran & Muran, 2000), a gestão de sessão (Hill et al., 2007; Williams, Judge, Hill & Hoffman, 1997), a ansiedade (Larson & Daniels, 1998), a regulação emocional e? a terapia pessoal (Ronnestad & Ladany, 2006), a abordagem teórica (Castonguay, 2000), os factores comuns (Castonguay, 2000), o treino e a monitorização de resultados (Boswell, Castonguay, Wasserman, 2010), entre outros.

Por outro lado, visando a importância que as variáveis supra mencionadas têm na condução e nos resultados dos processos terapêuticos e, de igual modo que todas as experiências, desde o primeiro momento, têm, ao influenciar ou impactar o percurso do futuro terapeuta (como ser profissional e como ser humano, simultaneamente), revela-se incontornável monitorizar, compreender e avaliar os primeiros contactos com a prática clínica. Torna-se, desse modo, mais evidente, a necessidade de investigar o treino de terapeutas, nomeadamente, de jovens terapeutas.

Assim, na presente investigação será abordado o treino dos jovens terapeutas, no que se refere à percepção de auto-eficácia no desempenho de competências básicas de ajuda e de promoção de estratégias gerais, bem como na monitorização de resultados do paciente a nível sintomático, de percepção de qualidade de sessão e de aliança terapêutica, num contexto privilegiado de supervisão.

2.1.1 Treino de jovens terapeutas

Muitos dos estudantes que escolhem cursos de psicologia, baseiam essa escolha no desejo ou motivação inata para ajudar os outros, eventualmente estimulada por experiências pessoais bem sucedidas, enquanto cuidadores da família e/ou amigos, (Bischoff, Barton & Hawley, 2002). Contudo, a transição para um papel de ajuda profissional é frequentemente caracterizada por momentos de grande ansiedade e muitas dúvidas centradas nessa mesma

competência (Scovholt & Ronnestad, 1992), dada a quantidade e diversidade de desafios com que o jovem se depara.

Tal como referido, no início da prática clínica, os jovens terapeutas enfrentam diversos desafios: a ansiedade e o medo do desempenho; o facto da própria prática clínica ser, *per si*, complexa, relacionando-se, por vezes, com problemas não específicos de resultados, frequentemente imprevisíveis; a aprendizagem da regulação emocional (por exemplo, ao nível do estabelecimento de fronteiras/limites com os pacientes); a insegurança; as expectativas, entre outros (Ronnestad & Scovholt 2001).

A passagem para o mundo profissional, com todos os desafios que acarreta, envolve necessariamente uma adaptação do jovem a nível intrapsíquico e a nível do meio envolvente. Todos os desafios com que o jovem se depara, e a exposição à diversidade de realidades inerentes à psicoterapia, podem ser pontos de viragem importantes do desenvolvimento profissional (Howard et al., 2006).

E, apesar de existirem diferenças ao longo do desenvolvimento do jovem, associadas a acontecimentos de vida específicos, existem também semelhanças ao longo do processo de desenvolvimento enquanto ser profissional (Orlinsky & Ronnestad, 2005), o que torna possível o estudo do treino de psicoterapeutas.

Nesse sentido, e ponderando que as variáveis relacionadas com o pré treino, como ansiedade, competências básicas, auto-eficácia e gestão de contratransferência podem ter um impacto significativo na capacidade de gestão do início da prática clínica (Williams et al, 1997), alguns autores consideram as tarefas iniciais muito pertinentes para o desenvolvimento do jovem terapeuta. Assim, Bischoff e colaboradores (2002) percebem que a primeira tarefa no desenvolvimento do jovem terapeuta é a promoção da auto-confiança; Hill, Charles e Reed (1981) consideram fulcrais nesta fase de desenvolvimento, para além da importância do desenvolvimento da auto-confiança, factores como a utilização de intervenções apropriadas e a compreensão da dinâmica do paciente, conjuntamente com competências comunicacionais básicas.

Sendo as experiências iniciais de treino a base para aprendizagens posteriores (Hill, Roffman, Sthal, Friedman, Humel & Wallace, 2008) e atentando na fase de desenvolvimento profissional focada na presente investigação - os jovens terapeutas - é importante ter em atenção todos os factores, todas as variáveis, todos os desafios que o jovem enfrenta, para que

possa haver uma maior compreensão e avaliação das necessidades subjacentes ao processo de treino.

Tendo em linha de conta tudo o que foi referido anteriormente, é essencial, de igual modo, atender ao facto de que, tanto o processo de envolvimento no treino, como o próprio processo de treino em si, podem facilitar um aumento da consciência do jovem perante o processo e, identicamente, facilitar o crescimento no desenvolvimento do jovem terapeuta (Howard et al.,2006). Torna-se, portanto, manifesta a importância do estudo de jovens terapeutas, bem como o seu processo de desenvolvimento face ao início da prática clínica.

É ainda relevante referir que, segundo Ronnestad e Orlisnky (2005), os jovens terapeutas são aqueles que têm à volta de dezoito meses de experiência clínica, com uma média de seis meses de prática. Contudo, na presente investigação serão considerados como jovens terapeutas aqueles que estão a iniciar a sua prática clínica em contexto de estágio académico – psicoterapeutas em formação – e que não têm, como tal, experiência alguma no início da investigação.

2.1.2 Treino de competências básicas de ajuda

Delineando as primeiras experiências em psicoterapia como factores importantes e intimamente relacionados com as experiências posteriores de percurso e desenvolvimento profissional, e tendo em atenção que essas primeiras experiências tendem a ocorrer em contexto de formação, é fulcral compreender o próprio processo de treino e de formação de jovens psicoterapeutas.

Sendo o treino em psicoterapia um processo complexo e multifacetado, centrado na aquisição de competências, em sentimentos de competência e no próprio desenvolvimento pessoal, envolve, de acordo com Rogers (1951), não só o desenvolvimento do próprio enquanto terapeuta, mas também enquanto pessoa (Pascual-Leone, Wolfe & O'Connor, 2012).

O treino de competências básicas de ajuda teve o seu início nas décadas de sessenta/setenta, tendo-se tornado, ao longo dos anos, a forma mais comum de treino. Definidas genericamente como competências verbais específicas, permitem o acesso e a operacionalização de acções terapêuticas específicas, num quadro de base relativamente

concreto. O pressuposto é que o desenvolvimento de competências a esse nível promova nos jovens terapeutas uma sensação de maior confiança, reduza a ansiedade e contribua para um maior à vontade no desenrolar do papel psicoterapêutico (Hill et al., 2007).

Nesse sentido, não surpreende o enfoque dado aos aludidos aspectos no desenvolvimento de programas de treino de jovens psicoterapeutas. Três dos principais programas que procuraram ir ao encontro das necessidades de formação a esse nível foram desenvolvidos por Crarhuff (1969), por Ivey (1971) e por Kagan (1984). Os programas tinham como base a Terapia Centrada na Pessoa e focavam a sua atenção em aspectos específicos que os diferenciavam entre si (Hill & Lent, 2006):

- (1) *Human Relations Training* (HRT) (Crakuff, 1969): a formação dos terapeutas passa por três estádios de trabalho com os seus pacientes: a) a exploração (comunicado pela empatia, reflexão de sentimentos, etc.); b) a compreensão (uso de competências como interpretação, auto-revelação, imediaticidade) e c) a acção (tomada de decisão, resolução de problemas, técnicas comportamentais).
- (2) *Microcounseling* (MC) (Ivey, 1971): foca a aquisição de competências orientadas segundo um vetor de desenvolvimento crescente, partindo de competências mais fundamentais e mais básicas (por exemplo, atenção ao comportamento do paciente), para competências mais complexas (por exemplo, reflexão de sentimentos). Principia pela realização de uma entrevista, seguida da instrução e da modelagem numa competência específica, da prática e do *feedback* sobre a qualidade de implementação da competência.
- (3) *Interpersonal Process Recall* (IPR) (Kagan, 1984): os terapeutas conduzem uma entrevista seguida de um questionário, no qual o terapeuta reflecte sobre os seus pensamentos e os seus sentimentos. Ou seja, sobre aqueles que, na sessão, possam ter interferido com a capacidade para ajudar o paciente, uma vez que se parte do princípio de que os terapeutas já possuem competências básicas de ajuda, mas que ficam “bloqueadas” com a ansiedade do desempenho.. Este modelo envolve a necessidade da utilização de instrumentos multimédia (microfones, câmaras, monitores de televisão, salas com espelho de uma visão, etc.) (Spivack, 1974), sendo a sessão gravada para posterior observação. Assim, é focado o reconhecimento e utilização de traços de personalidade do terapeuta já existentes [sentimentos, pensamentos, forma como se vê a si mesmo (aquilo de que gosta, de que não gosta, medos...), a forma como gostaria que os outros o vissem e a forma

como considera ser visto pelos outros], na conceptualização e gestão dos problemas do paciente e na construção da relação terapêutica (Crews, Smith, Smaby, Madduz, Torres-Rivera, Casey & Urbani, 2005).

Embora os referidos programas de treino de jovens psicoterapeutas representassem uma importante sistematização ao nível da formação de terapeutas, focando aspectos quer de acção concreta (ex. promoção do uso de questões abertas, reflexões de sentimentos ou interpretações), quer de reflexão sobre os eventos que marcam o processo terapêutico, notava-se que outros aspectos importantes ao nível da formação poderiam não estar a ser adequadamente contemplados.

Uma importante resposta a essa necessidade surgiu com o trabalho realizado por Clara Hill (Hill & Lent, 2006; Hill & O'Brien, 1999; Hill, 2004), ao desenvolver uma abordagem que envolve a aprendizagem de competências específicas de acordo com um modelo terapêutico de três fases:

(1) Competências de exploração: prestar atenção, escuta activa, reformulações, questões abertas e reflexão de sentimentos;

(2)- Competências de *insight*: auto-revelação para exploração, silêncio intencional, desafios, interpretações, auto-revelação para promover *insight* e imediaticidade;

(3) Competências de acção: informação, orientação directa, *role-playing*, ensaio comportamental e trabalhos de casa.

Os três estádios/fases baseiam-se nas abordagens humanista (exploração), psicodinâmica (*insight*) e comportamental (acção) (Hill, Sthal & Roffman, 2007). Este é um modelo integrativo que incorpora os princípios gerais de mudança. Ou seja, entre um nível de abstracção da teoria e um nível mais concreto da técnica ou procedimento utilizado, identificamos os princípios gerais de mudança, e que acabam partilhados por todas as orientações teóricas (Goldfried, 1980). Os princípios gerais de mudança incluem a promoção da motivação para a mudança e a crença de que a terapia pode ajudar, o estabelecimento da aliança terapêutica, a construção de uma nova visão do *self*, o testar a realidade do paciente e a facilitação da experiência correctiva (Goldfried, 1980). Ou seja, trata-se de um modelo que se situa num nível médio de abstracção, entre os modelos conceptuais e as técnicas.

Assim, além de se considerar um modelo, *per si*, integrativo, ainda se atendeu a outras questões igualmente importantes. Um dos aspectos mais relevantes que Clara Hill introduziu no desenvolvimento do seu modelo foi a atenção dada às experiências dos jovens psicoterapeutas, assumindo que estes seriam uma fonte privilegiada de informação no processo de treino. Uma vez sendo alvos e agentes activos do processo, ter em consideração aquilo que para eles é visto como mais ou menos importante, seria um elemento guia a considerar. Com o objectivo de compreender quais os desafios relacionados com o papel do psicoterapeuta (o processo de “tornar-se psicoterapeuta”), Hill e colaboradores (2007) chegaram mesmo a desenvolver um estudo que introduzia esta variável como elemento central, para proceder à recolha de informação sobre as experiências dos jovens psicoterapeutas ao longo de um semestre.

Nessa investigação, os resultados indicaram como principais desafios relacionados com a incorporação do papel do psicoterapeuta, os seguintes factores: a autocrítica (a preocupação com o que fazer na sessão; o excesso de consciência, a preocupação com as competências terapêuticas, a falta de competências clínicas...); as reacções aos pacientes (o excesso ou défice de identificação com o paciente); o processo de aprendizagem de competências de ajuda (a incerteza face à formulação de competências de exploração, a apreensão na adequada utilização das competências de *insight* e as dificuldades na aprendizagem da utilização das competências de acção ou na integração das competências, entre, ou ao longo, de diferentes estádios); a gestão da sessão (os sentimentos de desapontamento, a culpa, a frustração ou, por vezes, o alívio quando, os pacientes não aparecem nas sessões, cancelam ou terminam os processos) (Hill et al., 2007).

Por sua vez, os jovens terapeutas relataram que, como ganhos, adquirem a utilização das competências de ajuda (especificamente de exploração e *insight*), sentem-se melhor face ao seu *self* de terapeutas (ou seja, menos ansiosos, com uma maior autoeficácia e confiança nas suas capacidades enquanto terapeutas, conseqüentemente, mais competentes como terapeutas) e, por fim, mais hábeis no vínculo com o paciente, ou seja, sentem uma maior capacidade para se conectarem com os pacientes (Hill et al., 2007).

Num estudo anterior, Hill e Kellems (2002) haviam já demonstrado que após um semestre de treino com base nas competências de ajuda, os alunos utilizam mais as competências de exploração, de *insight* e de acção, promovem melhores relações terapêuticas

e conduzem melhor as sessões, mostrando-nos, portanto, a importância que a aprendizagem deste tipo de competências tem na fase inicial de desenvolvimento profissional.

Num ano de treino, no primeiro semestre, são adquiridas as competências de exploração e, no segundo, as competências de *insight* e de acção. Ou seja, os jovens terapeutas percebem-se, inicialmente, como mais eficazes no desempenho das competências de exploração, seguindo-se as de *insight* e de acção (Hill et al., 2007).

Contudo, as competências de *insight* e de acção são mais difíceis de ser aprendidas, levando, conseqüentemente, mais tempo. Tal como demonstrado anteriormente no estudo de Hill e colaboradores (2007), apesar das competências de acção serem as últimas a serem aprendidas, são as mais familiares para os jovens terapeutas, aumentando a confiança destes na sua utilização. Porém, são muitas vezes utilizadas prematuramente (Hill et al., 2008), o que reforça a necessidade de treino das mesmas, bem como uma diferenciação mais esclarecida de quando podem ser utilizadas de forma mais produtiva.

Tendo em especial atenção a importância que a aprendizagem de competências básicas de ajuda tem para os jovens terapeutas, não pode esquecer-se que a forma como aqueles percebem a existência de determinada competência influencia a sensação subjectiva da sua capacidade de a desempenhar.

Segundo Bandura (1982), o conceito de eficácia refere-se à capacidade geradora de acções, em que as componentes cognitivas, sociais e comportamentais têm de ser bem organizadas de forma a gerar acções integradas. Assim, as crenças de auto-eficácia regulam o funcionamento humano, tendo diversos processos associados, como por exemplo:

- processos motivacionais: caracterizados pela formação de crenças sobre aquilo que podem vir a fazer. Esses processos determinam o tipo de acção necessária para que possa ser atingido determinado objectivo;
- processos afectivos: caracterizados pela capacidade da pessoa para lidar com o *stress* e com as emoções presentes em situações, por exemplo, difíceis;
- processos de selecção: caracterizados pela capacidade dos indivíduos se colocarem em situações ou ambientes nos quais sentem ter controlo sobre o que vão enfrentar e onde possa existir uma “antecipação” dos resultados conseqüentes.

- Pelo exposto, pode dizer-se que estas crenças influenciam a sensação de competência e confiança que os terapeutas consideram ter para completar determinada actividade (Bandura, 1977).

Este conceito parece ser importante para o treino de jovens psicoterapeutas, dado que é esperado que os terapeutas sejam eficazes com os seus pacientes. Dentro da investigação sobre o treino em psicoterapia, a auto-eficácia terapêutica diz respeito às crenças dos terapeutas sobre a sua capacidade de exercer comportamentos relacionados com o processo terapêutico, ou com a capacidade de negociar situações clínicas particulares (Lente et al., 2003).

A auto-eficácia terapêutica é importante no treino, a dois níveis. A auto-eficácia afecta aspectos do funcionamento clínico, bem como a natureza de respostas afectivas, comportamentais e cognitivas do terapeuta e, por outro lado, a auto-eficácia pode explicar aspectos do desenvolvimento da carreira profissional. Apesar de a auto-eficácia não determinar o grau de eficácia do processo, por não ser um preditor de resultados positivos ou negativos, pode ser percebida como um mediador do processo terapêutico. Por exemplo, no estudo de Botella, Corbella, Belles, Pacheco, Cómez, Herrero, Ribas e Pedro(2008), os resultados indicam que, jovens que monitorizam resultados ao longo do processo, medeiam as suas percepções de auto-eficácia, o que, por sua vez, se reflecte nos resultados. Conclusões de vários estudos mostram que os factores que mais contribuem para a autoeficácia terapêutica são a supervisão (Daniels & Larson, 2001), a formação em terapia (Constatino, 2001) e as experiências anteriores ao processo terapêutico (Tang Addison, LaSure-Bryant, Norman, O'Connell, & Stewart-Sicking, 2004).

Ao mesmo tempo, há que considerar os terapeutas como agentes que constroem os seus ambientes de supervisão, de terapia e das suas acções clínicas, tendo de regular simultaneamente as suas acções, pensamentos e sentimentos concomitantemente com o *feedback* dessas mesmas acções, por parte dos seus supervisores e dos próprios pacientes, o que influencia a percepção de auto-eficácia. Por outro lado, a ansiedade inerente ao início da prática clínica prejudica, ou pelo menos influencia, a percepção de auto-eficácia.

Assim sendo, e tendo em consideração toda a fase de transição vivida pelo jovem, a percepção de auto-eficácia pode ser um moderador de processo importante, já que pode

influenciar a própria postura do jovem em terapia, aumentando, por exemplo, a sua confiança. E, concomitantemente, pode influenciar o contexto de supervisão e de formação.

Logo, dada a importância subjacente da fase de desenvolvimento em foco, pode verificar-se que a aprendizagem de competências básicas de ajuda é um passo fundamental no treino/formação de jovens terapeutas. Sabe-se que os métodos privilegiados na aprendizagem de competências básicas de ajuda (influenciados pela teoria socio-cognitiva de Bandura) são: a instrução (os livros e a estimulação da leitura são boas bases para a construção de um conhecimento sólido sobre este tipo de competências); a modelagem (permite a aprendizagem por observação); o *feedback* (reforço imediato acerca de uma resposta do terapeuta - inadequada ou adequada); e a prática (praticar com voluntários para compreender como os pacientes poderão responder a determinada intervenção) (Hill et al., 2007). Em paralelo, não só esses métodos são fulcrais na aprendizagem de competências inerentes ao processo de desenvolvimento dos jovens terapeutas, como são métodos privilegiadamente utilizados em contexto de supervisão.

2.1.3 Supervisão clínica

Tendo em especial atenção a fase inicial de formação de jovens terapeutas, à partida caracterizados como mais ansiosos e conseqüentemente mais orientados para a técnica, (comparativamente a terapeutas que se encontram em fases mais avançadas) (Ronnestad & Skovholt, 1993), não pode negligenciar-se a importância da supervisão - considerada como uma base importante na formação de psicoterapeutas, tanto para a aquisição de competências, como para o próprio desenvolvimento profissional (Binder, 1993).

A supervisão clínica é um processo em que um indivíduo, nomeadamente designado por supervisor, facilita o crescimento profissional dos supervisionados. O seu papel é a promoção da aquisição de conhecimentos, a evolução na consolidação e melhoria de competências e o fortalecimento de atitudes e valores profissionais (Tan, 2009). Assim, as actividades de supervisão, numa primeira instância, visam o desenvolvimento de um estilo terapêutico congruente com a individualidade de cada estudante (Ronnestad & Sckovholt, 1993).

O processo de supervisão em psicoterapia pode ser descrito de diversas formas. Por exemplo, pode considerar-se a supervisão de acordo com a orientação teórica subjacente, orientação psicodinâmica, cognitivo-comportamental e centrada na pessoa, existindo diversos

modelos consoante a orientação privilegiada (Smith, 2009). Ao mesmo tempo, a supervisão também pode ser caracterizada de acordo com um modelo integrativo como o modelo discriminativo (Bernard & Goodyear, 2009), em que existem três focos para a supervisão e três regras possíveis para o supervisor, respectivamente:

- 1) Intervenção;
- 2) Conceptualização;
- 3) Personalização.

- 1) Professor;
- 2) Terapeuta;
- 3) Consultor.

Outra abordagem da supervisão, de acordo com a perspectiva integrativa, é a abordagem de sistemas, em que a supervisão se baseia na relação entre o supervisor e o supervisionado (Smith, 2009).

Por outro lado, existem modelos desenvolvimentistas de supervisão, os quais definem estádios progressivos, desde os jovens terapeutas a terapeutas experientes, em que cada estágio consiste em características e competências específicas. Por exemplo, no caso de jovens terapeutas, amostra primordial da presente investigação, é esperado que as competências sejam limitadas e que haja uma sensação de menor confiança, a par de sentimentos de dependência/independência do supervisor. (Haynes, Coorey & Moulton, 2003).

Outro modelo desenvolvimentista é o de Ronnestad e Skovholt que, na última versão (Ronnestad e Skovholt, 2003), constitui o modelo em seis fases, sendo as primeiras três direccionadas para o ajudante leigo, as seguintes para os alunos principiantes e os alunos avançados e as últimas três para jovens profissionais, profissionais experientes e profissionais seniores.

Por fim, Grater (1985) descreve o processo de supervisão como tendo quatro estádios:

- 1) Expansão das competências que vão ao encontro de problemas dos pacientes;

- 2) Desenvolvimento da capacidade dos terapeutas em avaliar padrões de comportamento típicos e conflituosos, com vista à selecção de intervenções eficazes;
- 3) Ajudar o estudante a aprender a utilizar-se na própria avaliação e intervenção.

Com base na crença de que o processo é determinado pela interacção entre os problemas do paciente, a personalidade deste, as técnicas que são utilizadas pelos terapeutas e as interacções interpessoais em terapia, os quatro estádios e as interacções entre eles são considerados pela autora o objectivo da supervisão. Sempre numa perspectiva de progresso da terapia.

Também se sabe da literatura que a base para o treino profissional e terapêutico se centra na qualidade da relação que é construída e estabelecida entre o supervisor e o supervisionado (Worthen & McNeill, 1996). O principal foco da supervisão é o estabelecimento de uma relação de empatia e a construção de confiança entre a díade. Segundo Bordin (1983), uma aliança forte em supervisão é uma relação positiva em que o supervisor e o supervisionado confiam, gostam e se preocupam um com o outro, permitindo a discussão de expectativas e objectivos sobre as tarefas da própria supervisão.

Partindo da importância do estabelecimento da relação entre supervisor e supervisionado, é relevante o dilema subjacente à construção e estabelecimento desta mesma relação, principalmente nas fases iniciais de desenvolvimento profissional, visto que é solicitado que o estudante revele ansiedades, vulnerabilidades e fraquezas ao supervisor que, na grande maioria das vezes, tem o papel de avaliador (Zaro, Brach, Dreiblatt, 1982). Assim, e sendo a supervisão um contexto em que as experiências dos jovens podem ter implicações tanto no desenvolvimento do jovem terapeuta (por exemplo, a nível interpessoal, de aprendizagem de competências, de percepção de auto-eficácia, entre outros) (Bernardd & Goodyear, 2008; Bordin, 1983; Friedlander, Siegel, Brenock, 1989) como, terem consequências e, como tal, serem inerentes ao processo terapêutico, é importante perceber como as experiências de supervisão influenciam quer a relação dentro da supervisão, quer os processos e os resultados do processo psicoterapêutico (Ladany, Walker & Ancis, 2001).

A literatura revista mostra-se útil no esclarecimento deste ponto:

Primeiro, num estudo já referido anteriormente, em que Hill e colaboradores (2007) tentaram atender às experiências de jovens terapeutas, no que diz respeito ao contexto de

supervisão, os jovens julgam como experiências importantes o papel mais directivo e activo do supervisor, guiando, ensinando, fazendo *role-playings*. Ao mesmo tempo, assinalam como igualmente marcante o *feedback* positivo e a empatia por parte do supervisor, como também sentem que a facilitação de exploração de preocupações relacionadas com o papel de “tornar-se psicoterapeuta”, ou relacionadas com questões pessoais que podem influenciar o trabalho com os pacientes, é de extrema relevância para o seu desenvolvimento e aprendizagem.

Sabe-se, analogamente, que existem diferentes experiências de supervisão - negativas, positivas ou neutras. De acordo com a experiência que o jovem tem, existem diferentes variações na sua percepção de auto-eficácia no desempenho de determinadas competências, na gestão das sessões, na capacidade de construir e manter uma relação terapêutica adequada, entre outros. É, pois, necessário compreender o que os jovens terapeutas sentem como eventos positivos, negativos ou neutros, para que possa haver uma maior sistematização de carências inerentes ao processo de treino. Paralelamente, muitos jovens terapeutas percebem que a existência de eventos negativos em supervisão, tem um impacto negativo no trabalho que está a ser realizado com o paciente, podendo influenciar os resultados do processo (Ladany et al., 2001).

Então, os estudantes revelam que eventos positivos em supervisão são aqueles que fomentam uma relação facilitadora e aceitante, com tarefas orientadas para o comportamento, permitindo a redução da ansiedade e exploração das interações dos pacientes (Hutt, Scott & King, 1983); os estudantes também julgam ter boas supervisões quando partilham sentimentos inadequados/desadequados e sentem receber apoio, aceitação por parte do supervisor, o que permite o aumento da confiança (Worthen & McNeill, 1998).

Experiências de supervisão consideradas pelos jovens como neutras ou negativas são tidas como diferenças de opinião ou de estilos terapêuticos e dificuldades a nível da relação com o supervisor, respectivamente. (Hill et al., 2007).

Por fim, nas fases iniciais de treino, os jovens terapeutas apoiam-se na supervisão para lidar com questões de ansiedade e com as dificuldades que vão sendo encontradas no início e ao longo das suas experiências com a prática clínica (Hill et al., 2007). Ao mesmo tempo, a supervisão é um contexto de desenvolvimento profissional muito importante, tanto para a aprendizagem, desenvolvimento e consolidação de competências, como após a aprendizagem ou treino de competências básicas de ajuda (Hill et al., 2007).

No contexto desta investigação, e atendendo à multiplicidade de funções que a supervisão pode ter em terapeutas, não só experientes, mas principalmente naqueles que se encontram em formação, não só é indispensável compreender o seu contexto como, ao mesmo tempo, sabendo a complexidade de interacções existentes num processo psicoterapêutico, este contexto se torna insubstituível para “cuidar” ou ensinar o próprio jovem terapeuta “a cuidar de si”. Também é um local onde pode ser discutida a própria monitorização de avanços, os retrocessos, os resultados do processo, em questões sintomatológicas, de aliança terapêutica e de qualidade de sessões, focos da presente investigação.

2.1.4. *Feedback* e Monitorização de resultados

Ao longo dos anos, diversos estudos têm demonstrado a eficácia da psicoterapia, focalizando diversas abordagens terapêuticas, orientações teóricas e tipos de perturbações. Contudo, a psicoterapia pode não ter impacto nos pacientes e, ocasionalmente, pode até demonstrar ser prejudicial. Segundo Lambert e Ogles (2004), 5 a 10% dos pacientes não mostram resultados de qualquer tipo quantificável/significativo de melhoria. Encarando esses resultados, parece ser pertinente inclui-los no contexto do treino em psicoterapia, principalmente desde o seu início (terapeutas em formação) na tentativa de, por um lado, sensibilizar os jovens para a existência de processos que efectivamente não têm resultados observáveis e que podem até ter efeitos negativos e, por outro, para que o próprio treino possa ser “modelado” para ultrapassar tais questões.

Tendo em especial atenção a relevância dos princípios gerais de mudança, supra citados, e atentando nestes princípios como factores comuns a todas as orientações teóricas, é importante observar o papel que estes podem ter na prática clínica. Isso porque parte-se do princípio de que tanto variáveis representativas do paciente, como do terapeuta, do contexto e do modelo de intervenção, estão relacionadas com a melhoria em psicoterapia e de que estas mesmas variáveis isoladas não contribuem para a mudança terapêutica (Chambless, Crists-Christoph, Wampold, Norcross, Lambert, Bohart, Beutler, Johannsen, 2006). Assim, considerar princípios gerais de mudança comuns ou partilhados por diversas orientações teóricas (Goldfried, 1980) pode ser fulcral para ir ao encontro da satisfação de necessidades para melhoria do paciente.

Atendendo ao facto de que o paciente contribui em 25 a 30% para a variância total dos resultados finais (Chambless et al.,2006), a atenção dada a este e às suas características,

enquadrado nos princípios gerais de mudança [promoção da motivação para a mudança e crença de que a terapia pode ajudar, estabelecimento da aliança terapêutica, construção de uma nova visão do *self*, testar a realidade do paciente e facilitação da experiência correctiva (Goldfried, 1980)], podem contribuir para a eficácia do processo terapêutico.

Uma abordagem que considera os factores comuns ou princípios gerais de mudança na prática clínica, e que considera o paciente como tendo papel central na mudança em psicoterapia, é a “*Evidence Based Practice*” (*EBP*). Segundo a *Presidential Task Force* em *EBP* da APA (2006), a abordagem consiste na integração das investigações clínicas mais significativas realizadas no contexto das características, cultura e preferências do paciente - privilegia a monitorização regular de resultados (*outcomes*) dos pacientes, porque crê que essa mesma monitorização pode aumentar a possibilidade de ajustar as intervenções, quando não são observados progressos ao longo do processo terapêutico.

Surge, pois, a questão da necessidade ou não de construir e desenvolver medidas que permitam prever, por exemplo, resultados negativos, quando os clínicos podem concretizar este tipo de tarefas. Com o objectivo de responder à questão, foram concretizados alguns estudos. Por exemplo, no estudo de Hannan, Lambert, Harmon, Nielsen, & Smart (2005), foi pedido a quarenta terapeutas (vinte terapeutas em formação e vinte terapeutas experientes) que no final de cada sessão “avaliassem” se o paciente poderia abandonar o processo em estado de deterioração ou se achavam que os seus pacientes se encontravam piores do que quando tinham iniciado a terapia. A autora concluiu que os terapeutas mostravam uma incapacidade de anteciper, com precisão, resultados negativos. Por outro lado, Hatfield, McCulloch, Plucinski, & Krieger (2010), concluíram que mesmo em situações em que os pacientes se encontravam em agravamento a nível sintomatológico, em 70% dos casos os terapeutas não o notavam, e quando o notavam não o levavam à supervisão.

Assim, e reflectindo o facto de que as medidas de resultados permitem obter validação externa das tomadas de decisão na prática clínica levando, conseqüentemente, à melhoria dos serviços prestados aos pacientes, pode compreender-se a importância e o valor da sua utilização. Uma das formas mais benéficas da utilização desse tipo de medidas centra-se no *feedback* sobre o nível de funcionamento do paciente e sobre a forma como este progride, desde o momento inicial do processo psicoterapêutico (Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielson, Hawkins, 2001).

Sabe-se que os clínicos que utilizam medidas de *outcome* na sua prática clínica têm como objectivos o acompanhamento do progresso dos pacientes e a determinação da existência de necessidade de alterar as intervenções utilizadas (Hatfield & Ogles, 2004).

No tocante ao desenvolvimento profissional e terapêutico de jovens terapeutas, os dados provenientes das medidas de *outcome* podem ser um método privilegiado de aprendizagem. Podem, por exemplo, ser utilizados na prática supervisionada, permitindo aos supervisores providenciar *feedback* a nível de desempenho, transformando-o numa fonte de informação preciosa no pano do treino. Dada a fase de transição que o jovem terapeuta vive no primeiro contacto com os pacientes, e tendo em atenção a necessidade subjacente de saber se está a ser útil para o paciente e/ou qual a melhor forma de progredir no processo terapêutico, a utilização de medidas de *outcome* pode permitir encontrar resposta para essas questões.

2.1.5 Aliança Terapêutica

Não só é importante ter em atenção o funcionamento e as características do paciente, monitorizando as melhorias ao nível sintomatológico, mas também é fulcral ter acesso a informações da aliança terapêutica estabelecida entre a díade terapêutica. Para além de ser o factor comum mais estudado em psicoterapia é, inevitavelmente, uma importante variável de processo a ser monitorizada, tal como é um importante factor de mudança (Castonguay et al., 2006), contribuindo, segundo Chambless e colaboradores (2006), para 10% da variância total dos resultados em psicoterapia.

A aliança terapêutica é definida, conforme Bordin (1979), como a concordância entre tarefas, objectivos e laço. O autor considera que a aliança terapêutica é um ingrediente que permite e facilita a aceitação e o envolvimento no trabalho terapêutico.

O conceito de aliança é importante dado que o compromisso, a receptividade e a abertura do paciente formam o factor central e determinante de resultados positivos no processo de psicoterapia (Castonguay, Constantino, Prezeworski, Newman, & Borkovec, 2008). Há, pois, características, tanto do paciente, como do terapeuta, que influenciam tanto o estabelecimento de uma relação de trabalho (aliança terapêutica), como a sua manutenção e reparação, quando necessárias, ao longo do processo (Constantino, Castonguay, Zack & DeGeorge, 2010).

Existem, além desses, estudos que referem que a aliança é preditiva de resultados em psicoterapia, correlacionando-se positivamente com a mudança ao longo do processo (Castonguay et al., 2006; Castonguay, Constantino, Boswell, & Kraus, 2010).

Sendo a aliança um factor com tanto peso no estudo da psicoterapia é, necessariamente, um elemento do “treino”, principalmente na fase inicial de ensaio de jovens terapeutas - sabendo que existem características pessoais do terapeuta que podem influenciar tanto o processo, como flutuações da aliança, e estando os jovens no início da sua prática clínica, ainda não têm experiência suficiente para “regular” a forma como características suas podem estar a influenciar o processo, não só no que respeita às características inerentes ao próprio terapeuta, como à própria postura do mesmo na relação terapêutica (a base para o início de qualquer processo).

A monitorização da aliança pode fornecer informação valiosa para o aprendiz, permitindo não exclusivamente a monitorização da aliança, mas do processo em si, fazendo com que o jovem terapeuta possa ajustar as intervenções, as técnicas específicas, o estar em relação, entre outros factores, e ser, similarmente, um elemento importante para a supervisão clínica.

2.1.6 Treino integrativo

Segundo Norcross e Newman (1992), um programa de treino integrativo deve ter como base a aquisição de variadas combinações de intervenção, para que seja possível o ajustamento da abordagem terapêutica que mais vai ao encontro das necessidades do paciente.

Os autores observam cinco passos, para que possa haver uma aprendizagem de vários modelos competentemente:

1º Centrar-se na aprendizagem de competências de comunicação (escuta activa, empatia, comunicação não verbal). A sequência de aprendizagem destas competências deverá ser, instrução, modelagem, prática e *feedback*;

2º Explorar vários modelos de comportamento humano, incluindo perspectivas teóricas como a psicanalítica, humanista, cognitivo comportamental e interpessoal do funcionamento e disfunção humana;

3º Envolver a aprendizagem de várias teorias psicoterapêuticas, ou seja, a aplicação de modelos na mudança comportamental. Aqui, o processo de mudança deve ser avaliado no contexto da compreensão dos valores humanos e normas culturais que são utilizadas para explicar a mudança.

4º Desenvolver a prática;

5º Referir-se ao próprio processo de integração, ou seja, a adaptação de uma perspectiva integrativa que ocorre após a aprendizagem de sistemas e técnicas específicas.

Outra perspectiva de treino é a de Boswell e Castonguay (2007), que argumentam que o treino deve ser conduzido dentro de um programa coeso e flexível, organizado numa sequência de estádios ou fases, pelo que propõem um modelo desenvolvimentista que inclui cinco fases:

- 1) Preparação (o jovem aprende competências básicas e interpessoais);
- 2) Exploração (oportunidade de aplicar protocolos de intervenção associadas às mais importantes orientações teóricas);
- 3) Identificação (os formandos são encorajados a dedicar-se a apenas uma orientação teórica, ganhando experiência nas intervenções desta mesma abordagem);
- 4) Consolidação (expansão do conhecimento adquirido na fase de identificação, para uma variedade de papéis e cenários clínicos);
- 5) Integração (na fase final, os formandos são encorajados a rever constructos e métodos de intervenção aprendidos anteriormente, integrando as contribuições de outras orientações teóricas).

Segundo Castonguay & Beutler (2006), e segundo Hill (2004), as aprendizagens de competências clínicas nos programas de treino são mais coesas se se focarem, primeiramente, nos princípios gerais de mudança. A focalização nos princípios de mudança de Goldfried (1980) já referidos previamente, permite que os jovens estejam mais conscientes nas fases iniciais de treino (exploração) e que vários tipos de técnicas associadas a abordagens teóricas divergentes possam servir funções terapêuticas semelhantes (identificação e consolidação), podendo ajudar os terapeutas a ganhar mestria numa variedade de intervenções desenvolvidas em orientações teóricas específicas, para que, posteriormente, possam fomentar funções terapêuticas globais. Por fim, na fase de integração, o foco nos processos de mudança pode permitir a incorporação de orientações teóricas que tenham as mesmas funções terapêuticas.

Será oportuno mencionar a este propósito, novamente, o modelo de três fases de Clara Hill:

- 1) Exploração;
- 2) *Insight*;
- 3) Acção.

Hill e colaboradores (2007) reconhecem que os jovens terapeutas que aprendem as competências básicas de ajuda dentro de um quadro teórico específico, em comparação com jovens terapeutas que aprendem estas competências sem um quadro de referência, mostram mais autoeficácia em terapia, têm um melhor racional sobre o que estão a fazer e conduzem sessões mais eficazes.

A presente investigação teve como base um outro modelo ainda, o meta modelo integrativo de Complementaridade Paradigmática (Conceição & Vasco, 2002). Este defende a importância da utilização sequencial e complementar de instrumentos de avaliação, de conceptualização e de intervenção, provenientes de diversas orientações teóricas, tendo como objectivo principal a compreensão da complexidade do processo de mudança e a eficácia do processo psicoterapêutico. São tidos em atenção critérios para a tomada de decisão clínica (princípios gerais de mudança - o “quê” da terapia -, conceptualização do paciente e do problema - o “como” da terapia-, aliança terapêutica - o “estar” em terapia - e sequência temporal de objectivos estratégicos - o “quando” da terapia), os quais, segundo Vasco (2007), aumentam a responsividade do paciente.

A investigação que foi realizada no quadro do presente meta modelo teve como objectivo traduzir o processo terapêutico em sete fases que, por sua vez, determinam a concretização de objectivos estratégicos sequenciais:

1. Confiança, Motivação e Estruturação da Relação;
2. Aumento de Consciência da Experiência e do Self;
3. Construção de Novos Significados Relativos à Experiência do Self;
4. Regulação da Responsabilidade;
5. Implementação de Acções Reparadoras;
6. Consolidação da Mudança;
7. Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída.

A sequência de fases supra mencionada reflecte, não só uma semelhança entre as diferentes escolas terapêuticas, integrativas ou não (Vasco, 2006), como o facto de todas as escolas recorrerem, de uma forma ou de outra, a mapas sequenciais do processo terapêutico, face a objectivos terapêuticos (o que acontece nas fases intermédias do processo terapêutico e como acontece), que contribuem para o processo de tomada de decisão.

Ponderando o primeiro contacto com a prática clínica como uma experiência que pode ter um impacto tão grande no jovem terapeuta, tanto a nível dos desafios inerentes à psicoterapia, como ao dos desafios subjacentes ao primeiro contacto com o paciente - as dúvidas sobre o que fazer, como fazer, se irão ser úteis ou se poderão prejudicar o paciente, a interferência que as suas próprias questões pessoais podem ter no processo, aquilo que o paciente pode activar no jovem, a sensação subjectiva de confiança no que respeita às competências básicas de ajuda e a estratégias gerais, a relação com o paciente - e com o supervisor, entre outros, e podendo o treino ser uma fonte privilegiada de respostas a estas necessidades, dúvidas ou medos, a presente investigação teve como objectivo compreender o processo de desenvolvimento de terapeutas em formação ao longo do seu primeiro ano de experiência clínica, contribuindo desse modo para a identificação das áreas de formação indispensáveis à aquisição de competências clínicas básicas.

Questão de investigação

Há evolução dos terapeutas em formação (estagiários académicos do 5º ano de Mestrado Integrado, núcleo de Psicologia Cognitivo Comportamental Integrativa da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa) e dos respectivos pacientes, do serviço de atendimento à comunidade da mesma instituição, ao longo do primeiro ano de prática clínica supervisionada?

Hipóteses

A presente investigação divide-se em três níveis distintos e contempla hipóteses interligadas:

- 1) Nível do paciente:

1^a) No fim do ano lectivo, existem melhoras sintomatológicas nos pacientes;

1^b) Ao longo do processo psicoterapêutico, existe uma evolução na percepção que os pacientes têm da qualidade das sessões;

2) Nível do terapeuta:

2^a) O nível de percepção de auto-eficácia dos terapeutas estagiários evolui ao longo do primeiro ano de prática clinica supervisionada, sendo maior no final do ano de estágio;

3) Nível das relações entre terapeuta e paciente:

3^a) Existe relação significativa entre variáveis do paciente (de processo e de resultado) e variáveis do terapeuta em formação (percepção de auto-eficácia).

Assim, a presente investigação divide-se em três níveis de análise, os quais serão apresentados seguidamente no capítulo da metodologia.

Capítulo III- Metodologia

Participantes

Nesta investigação, foi utilizada uma amostra composta por 19 pacientes acompanhados num serviço de atendimento à comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa por 10 terapeutas em formação, alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, núcleo de Psicologia Cognitivo-Comportamental Integrativa.

Dos 19 pacientes, 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino, tendo idades entre 19 e 57 anos, com uma média de 38 anos.

Destes, para avaliação pré e pós-intervenção, foram escolhidos os pacientes que preencheram os mesmos instrumentos no início e no final do processo psicoterapêutico (ver Tabela 1).

No que diz respeito ao *MCMII-II*, toda a amostra apresentava perturbação de personalidade, sendo que no *BSI*, apenas 2 pacientes apresentavam perturbação do eixo 1. No *CORE-OM*, onde foram avaliadas três dimensões (bem-estar subjectivo, problemas/sintomas, funcionamento social e risco) em função do nível de severidade (saudável, baixo, suave, moderado, moderado a severo e severo), verificou-se que no nível de bem-estar subjectivo, 5 pacientes apresentavam um nível severo, 5 nível moderado, 1 nível suave e 1 nível baixo. Na dimensão dos problemas/sintomas, 4 dos pacientes situavam-se no nível severo, 2 no nível moderado a severo, 3 no nível moderado, 1 no nível suave, 1 no nível baixo e 1 no nível saudável. Por fim, na dimensão do funcionamento social, 5 pacientes encontravam-se no nível severo, 1 no nível moderado, 3 no nível suave e 3 no nível baixo (3 pacientes).

Os 19 pacientes responderam em todas as sessões ao *CORE-5*, ao *ERES P* e, de cinco em cinco sessões, preencheram igualmente a *WAIS-P* (todos os instrumentos serão adiante caracterizados). Para que fosse possível concretizar a análise dos resultados destes mesmos questionários, a sub amostra dos pacientes foi escolhida através do maior número de pacientes, num número máximo de sessões (ver Tabela 1).

A maioria da amostra dos terapeutas era composta por terapeutas estagiárias do sexo feminino, sendo que apenas 1 terapeuta era do sexo masculino.

Os dez terapeutas preencheram em três momentos dois questionários, que avaliavam a percepção de auto-eficácia do desempenho de competências de ajuda (*CASES- Counselor*

Activity Self-efficacy Scales) e de promoção de estratégias gerais (*SROSES- Strategy-related operations self-efficacy scales* (ver Tabela 1).

Os dados deste estudo foram recolhidos ao longo do ano lectivo 2011/2012.

Na Tabela 1, apresenta-se o mapa dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Tabela 1: Mapa dos instrumentos e dimensão das sub-amostras

Instrumentos	Tipo de variável	Aplicações	População Alvo	N
<i>BSI</i>	V.Resultado	Pré- Pós	Paciente	13
<i>MCMII-II</i>	V.Resultado	Pré-Pós	Paciente	12
<i>CORE-OM</i>	V.Resultado	Pré-Pós	Paciente	12
<i>CORE-5</i>	V.Processo	Todas as sessões	Paciente	16
<i>WAI-S PT</i>	V.Processo	De 5 em 5 sessões	Paciente e Terapeuta	10
<i>ERES PT</i>	V.Processo	Todas as sessões	Paciente e Terapeuta	12
<i>CASES</i>		Três vezes (Outubro, Fevereiro, Junho)	Terapeuta	10
<i>SROSES</i>		Três vezes (Outubro, Fevereiro, Junho)	Terapeuta	10

Instrumentos

MCMII-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II): é um questionário de auto-relato estandardizado que avalia a personalidade do indivíduo, bem como o seu ajustamento emocional (MCMII-II, Millon,1987). O MCMII-II é composto por 175 itens que se organizam em 26 escalas, as quais se subdividem em Escalas de distorção de resposta (Validade, Revelação, Desejabilidade social, Desvalorização), Estilos básicos de Personalidade

(Esquizóide, Evitante, Dependente, Histriônico, Narcísico, Anti-social, Agressivo, Compulsivo, Passivo-agressivo, Auto-derrotista), Perturbações severas de personalidade (Esquizotípico, Borderline, Paranóide), Síndromes clínicas básicas (Ansiedade, Somatização, Distímia, Dependência de álcool, dependência de drogas) e Síndromes clínicas severas (Perturbação de pensamento, Depressão major, Delírio).

Os estudos de consistência interna obtidos em amostras clínicas têm fornecido resultados muito favoráveis, situando-se os coeficientes alfa de Cronbach, para os estilos de personalidade básicos, entre 0,86 (Esquizóide e Agressivo) e 0,93 (Evitante), para as perturbações de personalidade severas, entre 0,90 (Paranáide) e 0,93 (Esquizotípico), para as síndromes clínicas básicas, entre 0,84 (Bipolar e Dependência de Álcool) e 0,94 (Ansiedade) e para as síndromes clínicas, entre 0,81 (Delírio) e 0,90 (Depressão Major).

Nos estudos de validade do MCMI-II, entre muitas outras evidências de validação, obtiveram-se correlações com o MCMI-I entre 0,49 (na escala 6- anti-social) e 0,87 (na escala 2-evitante) (Millon;1987).

CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measures) é um questionário de auto-relato que avalia a presença de sintomatologia clínica. É composto por 34 itens distribuídos pelas seguintes dimensões: bem-estar subjectivo (4 itens), problemas e sintomas (12 itens) (depressão, ansiedade, trauma), funcionamento (12 itens) (funcionamento diário e nas relações sociais e relações íntimas) e risco (6 itens) (risco para o próprio e para os outros). Cada um dos itens é cotado através de uma escala de Likert de 5 pontos (0: nunca; 4: sempre ou quase todos os dias) (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010).

Os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) obtidos em amostras clínicas com o *CORE-OM* situaram-se, para as dimensões, entre 0,77 (bem-estar subjectivo-W) e 0,90 (problemas/ sintomas) e, para a totalidade dos itens, foi de 0,94 (Audin, Barkham, Benson, Connel, Evans, Leach, Lucock, Margison, & Mellor-Clark, 2001).

Nos estudos de validade convergente do *CORE-OM* obtiveram-se correlações com o BDI-Inventário de Depressão Beck, entre 0,59 e 0,78, com o BAI-Inventário de Ansiedade Beck, coeficientes entre 0,30 e 0,68, com o BSI-Inventário de Sintomas, entre 0,62 e 0,76 e com o IIP-Inventário de Problemas Interpessoais, coeficientes entre 0,48 e 0,65 (Audin et al., 2001). Este conjunto de resultados constitui bom indicador da qualidade metrológica do instrumento.

Na presente investigação foi utilizada a versão do *CORE-OM* adaptada para a população portuguesa (Sales, Moleiro, Evans, & Alves, 2012), a qual apresentou coeficientes

de consistência interna (alfa de Cronbach), nas dimensões, entre 0,46 (risco-R) e 0,88 (problemas/sintomas-P) e na totalidade dos itens 0,94.

CORE 5 (Clinical Outcome in Routine Evaluation): monitorização contínua, é um questionário composto por 5 itens, dois formulados positivamente e os restantes negativamente, sendo uma ferramenta de monitorização sessão a sessão que permite sinalizar questões clínicas. Abrange domínios do bem-estar subjectivo, problemas/sintomas (ansiedade, depressão) e funcionamento (relacionamentos íntimos e gerais). Cada um dos itens é cotado através de uma escala de Likert de 5 pontos (0: nunca; 4: sempre ou quase todos os dias) (Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010).

O coeficiente de consistência interna da forma original (alfa de Cronbach) é de 0,81. (Barkham et al., 2010).

BSI (Brief Symptom Inventory): é um questionário de auto-relato que avalia a intensidade do desconforto sintomatológico. É composto por 53 itens que dão origem a nove dimensões (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três índices (índice de gravidade global, total de sintomas positivos, índice de sintomas positivos de stress). Cada um dos itens é cotado numa escala de Likert de 5 pontos (0: nada; 4: extremamente) (Derogatis, 1993).

Os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) obtidos em amostras clínicas com o BSI situam-se, para as dimensões, entre 0,71 (psicoticismo) e 0,83 (obsessão compulsão) (Derogatis, 1993).

O questionário apresenta ainda uma estabilidade temporal que, para as dimensões, varia entre 0,68 (somatização) e 0,85 (sensibilidade interpessoal) e, para os índices, entre 0,80 (total de sintomas positivos) e 0,90 (índice global de sintomas).

No estudo da validade convergente obtiveram-se, nas correlações entre uma escala clínica do *MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* e as nove dimensões do BSI, coeficientes ≥ 0.30 (Derogatis , 1993).

WAI-S (Versão curta do questionário Working Alliance Inventory) (WAI; Horvarth & Greenberg, 1989): É um inventário constituído por 36 itens e baseia-se na conceptualização de aliança de Bordin (1979), de acordo com a qual, como antes referido, esta é composta por concordância face a tarefas e face a objectivos e laço. Estas três

dimensões permitem compreender o grau de acordo entre paciente e terapeuta. São avaliados os sentimentos e pensamentos sobre o outro elemento da díade terapêutica, numa escala de Likert de 7 pontos (0: nunca; 7: sempre).

Estudos da consistência interna (alfa de Cronbach) mostram que os índices variam entre 0,97 e 0,93 para a escala global e 0,89 (laço) e 0,92 (tarefas e objectivos) (Horvath & Greenberg, 1989).

A versão curta do inventário consiste em 12 itens, quatro para cada dimensão, com características psicométricas comparáveis às originais (Tracey & Kokotovic, 1989).

ERES (adaptação do SES- *Session Evaluation Scale*): foi inicialmente desenvolvido por Hill e Kellems (2002), com o objectivo de avaliar as percepções de terapeutas e pacientes acerca da sessão de psicoterapia. A versão original da medida é constituída por 4 itens, existindo duas versões, uma para o paciente e outra para o terapeuta. A sua cotação é feita numa escala de Likert de 5 pontos (1: discordo totalmente; 5: concordo totalmente).

No estudo de Hill e Kellems (2002), obteve-se uma consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,91.

O estudo da validade convergente (Hill & Kellems, 2002), através das correlações entre o *SES Session Evaluation Scale* (Hill & Kellems, 2002) e o *SEQ-Depth* (medida de avaliação da sessão) revela coeficientes de 0,51 ($p < 0.001$).

A versão utilizada na presente investigação (adaptada por Conceição, Vasco, Medina, Nave & Moleiro, 2004) contém mais dois itens do que a original, um para reforçar a tradução dos itens originais (Conceição, 2005) e um segundo para avaliar a presença de impasses relacionais (Safran & Muran, 2000). A consistência interna (alfa de Cronbach) é de 0,83 para a versão do terapeuta e de 0,85 para a versão do paciente

CASES (*Counsellor Activity Self-Efficacy Scales*): é um questionário de auto-relato que avalia a percepção de auto-eficácia relativa às competências básicas de ajuda, gestão da sessão e capacidade de lidar com desafios terapêuticos. A primeira parte do questionário - competências básicas de ajuda - inclui três competências: exploração (9 itens), acção (4 itens) e insight (5 itens). A segunda parte - gestão de sessão - é composta por 10 itens e a terceira parte - desafios terapêuticos - subdivide-se em duas “áreas”: conflitos relacionais (10 itens) e *distress* do paciente (6 itens). É assim composto por 44 itens. Os itens são cotados de acordo

com uma escala de Likert de 10 pontos (0 nenhuma confiança; 9 muita confiança). (Lente *et al.*, 2003; Hill & Hoffman, 2004).

Os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) variam entre 0,79 (competências de exploração) e 0,94 (gestão de sessão e distress do paciente). Obteve-se para a totalidade dos itens uma consistência interna de 0,75. (Hill & Hoffman, 2004)

Num estudo da validade convergente, as correlações entre as escalas do *CASES* e do *COSE* (*Counselor Self Estimate Inventory* (Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel & Toulouse, 1992), em que foram comparados pares de escalas que captavam conteúdos semelhantes, originaram os seguintes resultados: $r=0,67$ (variável processo do *COSE* e variável gestão de sessão do *CASES*) e $r=0,61$ (variável dificuldade dos comportamentos do paciente do *COSE* e *distress* do paciente do *CASES*). O total do *CASES* também se correlacionou fortemente com o total do *COSE*, $r=0,76$. (Lent, Hill & Hoffman, 2003; Hill & Hoffman, 2004)

Na presente investigação, foi utilizada uma tradução do *CASES* (tradução e adaptação Portuguesa: Lmares, I. & Conceicao, N., 2012) sendo os primeiros estudos metrológicos os efectuados na presente investigação (cap IV).

SROSES (Strategy-Related Operation Self-Efficacy Scales) (Conceição & Vasco, 2008; Adaptação: Lmares. & Conceicao, 2012): Este questionário aborda as crenças dos terapeutas acerca da sua capacidade para desempenhar várias operações terapêuticas, avaliando o quanto o terapeuta se sente capaz de promover estratégias gerais eficazes, com os seus pacientes, na semana seguinte. É uma adaptação da terceira versão do QOE (Questionário de Objectivos Estratégicos). É composto por 35 itens (itens do QOE) os quais são formulados em termos de pensamentos, sentimentos, comportamentos e atitudes gerais, ao invés de áreas de mudança específicas (Conceição, 2010).

É um instrumento que se apresenta ainda em forma experimental (tradução e adaptação portuguesa: Lmares, I. & Conceicao, N., 2012), sendo que os primeiros dados metrológicos são obtidos na presente investigação (Cap. IV).

Procedimento

A recolha de dados decorreu entre Outubro de 2011 e Maio de 2012, após aprovação do projecto de investigação pela Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Foi solicitada autorização de colaboração a todos os participantes presentes no estudo. Foi também preenchido um consentimento informado pelos participantes que colaboraram voluntariamente e sem qualquer tipo de remuneração ou compensação.

O conjunto de instrumentos foi aplicado num regime de auto-administração. Na consulta de rastreio foi solicitado o preenchimento do *BSI- Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993), do *MCMI-II- Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (Millon, 1987) e do *CORE-OM Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure* (Barkham et al., 2010). O seu preenchimento teve uma duração média de uma hora e meia. Estes questionários complementam-se, dando acesso a informação sobre a sintomatologia apresentada, o bem-estar, o funcionamento/problemas apresentados, factores de risco e a intensidade do desconforto, e permitindo a caracterização do perfil funcional do paciente.

Após a sessão de rastreio, foi pedido aos pacientes que preenchessem todas as sessões o *CORE-5 (Clinical Outcome Routine Evaluation, Ongoing Monitoring)* e a cada uma das díades que preenchesse todas as sessões o *ERES (adaptação do Session Evaluation Scale)*. De cinco em cinco sessões, foi ainda solicitado que preenchessem a *WAI-S (versão curta do inventário Working Alliance Inventory)*.

Os instrumentos foram distribuídos pelos respectivos terapeutas, não havendo qualquer elemento identificativo dos participantes, de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade.

No final do processo terapêutico foi novamente pedido aos pacientes que preenchessem os questionários que haviam preenchido na fase de rastreio.

O conjunto de instrumentos para os terapeutas foi aplicado num regime de auto-administração. Os questionários foram preenchidos em três momentos, com três meses de intervalo entre aplicações, para que se pudesse avaliar a evolução na percepção de auto-eficácia dos terapeutas.

Foram atribuídos códigos aos terapeutas para assegurar a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Perspetivas e técnicas de análise

Para o procedimento de tratamento de dados recorreu-se ao *Software SPSS Statistics* (IBM; v. 19.0; *SPSS Inc., Chicago, IL*).

A presente investigação iniciou-se com uma análise ao nível da evolução sintomatológica dos pacientes.

Assim, tendo em conta as variáveis do *BSI*, *MCMI-II* e do *CORE-OM* não cumprirem critérios de aproximação à curva Normal, ao que acresce a pequena dimensão das amostras, optou-se pela utilização de estatísticas não paramétricas (Marôco, 2011). Além disso, para os resultados poderem ser coerentes e comparáveis entre si, optou-se por utilizar, em todas as análises concretizadas na presente investigação, estatísticas não paramétricas.

Para verificar a existência da “mudança clínica”, no sentido de perceber se os pacientes melhoravam ao longo da psicoterapia, procedeu-se a uma comparação de medianas. Recorreu-se, assim, ao teste não paramétrico Wilcoxon para uma mediana. Assim, foram examinadas as diferenças entre o GSI (índice de gravidade global do *BSI*, dado que é o índice mais sensível do inventário no que diz respeito à intensidade da sintomatologia sentida) num primeiro e segundo momentos. De seguida, foram analisadas as diferenças das dimensões do *CORE-OM* nos dois momentos.

Para a análise do *MCMI-II* transformaram-se as variáveis dos estilos de personalidade básicos e perturbações de personalidade severas em índices compósitos. Procedeu-se a uma análise dos maiores valores existentes para cada paciente, tendo-se escolhido os valores mais elevados. Os valores mais elevados foram somados, tendo-se criado uma variável perturbação de personalidade. Esta nova variável permitiu avaliar a existência de diferença estrutural do primeiro para o segundo momento. Utilizou-se, assim, o teste Wilcoxon para uma mediana, para avaliar a variável perturbação (teste unilateral à direita para verificação de efeitos de sinal positivo).

Foi efectuado um estudo de consistência interna para os questionários *CORE-5*, *ERES (P)*, *CASES* e *SROSES*, com o objectivo de perceber se os itens utilizados eram congruentes/consistentes entre si e mediam construtos unidimensionais em cada escala.

Por fim, para avaliar o efeito da psicoterapia ao longo do ano lectivo e a percepção do paciente da qualidade da sessão, ou seja, o processo de monitorização de resultados realizado com o *CORE-5* e o *ERES-P*, respectivamente, dado as amostras serem emparelhadas, utilizou-se o teste não paramétrico para amostras emparelhadas ANOVA de Friedman (teste utilizado em alternativa ao teste paramétrico ANOVA de Medições Repetidas), o qual permite compreender a evolução de cada uma das variáveis mencionadas.

Num segundo nível de análise, considerando a importância de compreender se os terapeutas em formação evoluíam face à percepção de auto-eficácia, ao longo do ano lectivo, procedeu-se, novamente, a uma ANOVA de Friedman, para o *CASES* e o *SROSES*. Para analisar a diferença entre o último momento do preenchimento dos questionários de percepção de auto-eficácia e o primeiro, criou-se uma variável mudança para o *CASES* (mudança na percepção de auto-eficácia no desempenho de competências básicas de ajuda) e *SROSES* (mudança na percepção de auto-eficácia na promoção de estratégias gerais), tendo-se procedido a uma análise de frequências para as respectivas novas variáveis. Aqui, o objectivo era ter uma compreensão mais alargada do número de terapeutas que sentiam ter evoluído, piorado ou mantido ao nível da percepção de auto-eficácia nos dois momentos.

Com o intuito de tentar apreender as possíveis relações entre os dois questionários que avaliavam a percepção de auto-eficácia concretizou-se um estudo de correlações. Considerando a pequena dimensão da amostra e os estudos de Normalidade supra mencionados, estimaram-se correlações não paramétricas (Correlação de Spearman). Assim, estudaram-se as correlações para cada um dos questionários em cada momento, separadamente (primeiro momento do *CASES* com primeiro momento do *SROSES*, segundo momento do *CASES* com segundo momento do *SROSES* e, por fim, terceiro momento do *CASES* com terceiro momento do *SROSES*).

Por último, num terceiro nível de análise, com o objectivo de perceber as possíveis relações entre a percepção de auto-eficácia dos terapeutas e os resultados finais alcançados (através do *CORE-OM* e *BSI*), bem como as relações entre a percepção de auto-eficácia dos jovens terapeutas e o processo de monitorização de resultados, através do *CORE-5*, *WAI-S(P)* e *ERES(P)* procedeu-se a uma análise qualitativa. De facto, atendendo à pequena dimensão da amostra, e considerando a impossibilidade de concretizar análises com significado estatístico, optou-se por realizar dois pequenos estudos de caso. Assim, através da variável mudança do *CASES* e do *SROSES*, e dos respectivos valores da mediana, escolheu-se o terapeuta com maior e o terapeuta com menor evolução na percepção de auto-eficácia, tendo-se procedido a duas análises de estudo de caso, para cada um dos pacientes dos respectivos terapeutas ao longo do processo.

Capítulo IV: Análise de Resultados

1º Nível de Análise: nível do paciente

1) Análise da consistência interna (alfa de Cronbach)

Os resultados de consistência interna para o *CORE-5*, em 17 momentos (17 sessões) para os 19 pacientes, variaram entre 0,90 e 0,82 (n entre 19 e 9) para a maiorias das sessões, entre 0,69 e 0,78 nas sessões 10, 11 e 16 sendo o único valor mais baixo o da quarta sessão (0,62, n=19). Desta análise podemos verificar que o instrumento é uma medida psicológica consistente com potencial para a avaliação da monitorização de sintomas dos pacientes ao longo do processo (ver Anexo D).

No que diz respeito aos resultados de consistência interna, para o *ERES (P)* ao longo de 17 momentos (17 sessões), para diferentes dimensões das amostras, podemos concluir que na grande maioria dos momentos o questionário é consistente, e como tal rigoroso, eventualmente, na avaliação da qualidade da sessão, variando entre 0,95 e 0,89 (n entre 19 e 14) para a maioria das sessões, com o valor mais baixo registado na quarta sessão (0,58, n=19). Contudo, para os momentos finais, nomeadamente o 15º (0,150, n=12) e 16º (0,37, n=9) momentos, os itens apresentam muito mais baixa consistência interna o que obriga a que sejamos mais prudentes nestas sessões. Esta diminuição da consistência dos itens pode dever-se à pequena dimensão da amostra (ver anexo D).

Estatística Descritiva e comparação de indicadores estruturais e de sintomatologia entre o pré e o pós teste.

No que se refere aos resultados da estatística descritiva do teste de sinais (Wilcoxon para uma mediana), para a variável perturbação do *MCMI-II*, podemos verificar que na análise descritiva, do total de 12 pacientes, 5 apresentam valores mais baixos no segundo momento de aplicação (indicando melhoria) e 7 apresentam valores superiores aos do primeiro momento (indicando pioras). Ainda assim, tal como pôde ser analisado, no total dos pacientes, não existe diferença significativa para esta variável do primeiro para o segundo momento, sendo a estatística de teste (-0,392) não significativa (<1,65, teste unilateral) (ver Anexo C).

Na análise de comparação entre os dois momentos separados para cada dimensão do *CORE-OM*, observou-se que na dimensão do Bem-estar subjectivo, nove pacientes diminuem

a sintomatologia, dois aumentam (pioram) e um paciente mantém-se igual nos dois momentos; na dimensão do Funcionamento, quatro melhoram, sete pioram e um mantém-se igual; na dimensão Problemas/sintomas, nove pacientes melhoram e três pioram; na dimensão Risco, seis pacientes melhoram, um piora e 5 mantêm-se; por fim, no total do questionário, nove pacientes melhoram e três pioram.

No entanto, no que diz respeito ao teste de sinais (Wilcoxon) apenas nas dimensões bem-estar subjectivo e risco parece haver diferença do primeiro para o segundo momento sendo as estatísticas de teste (-1,916 e -2,117, respectivamente) significativas teste unilateral, < -1.65 , $p < .05$) (ver Anexo C).

Face ao *GSI*, índice de gravidade global, outra das medidas sintomatológicas utilizadas na presente investigação, este diminui do primeiro para o segundo momento de aplicação do questionário em 11 pacientes e aumenta em apenas um, revelando o teste de Wilcoxon a existência de uma diferença estatisticamente significativa assinalando diminuição da intensidade de sintomatologia sentida pelos pacientes, do início para o final da intervenção ($Z = -2,118$) (ver Anexo C).

Avaliação da evolução da sintomatologia e da percepção de qualidade de sessão

Considerou-se pertinente averiguar a monitorização do processo psicoterapêutico, tendo-se avaliado a evolução da sintomatologia sentida pelos pacientes ao longo do processo, bem como a percepção de qualidade de sessão destes.

No que diz respeito a evolução da sintomatologia sentida, em 8 sessões com 16 pacientes, verificou-se um efeito de melhoria sintomatológica ao longo do processo terapêutico, sendo a estatística de teste muito significativa ($p < 0,001$) (ver Tabela 2). A percepção de qualidade de sessão (*ERES(P)*), revelou uma estatística de teste muito significativa ($p < 0,001$) (ver Tabela 2), mostrando-nos a evolução da percepção dos pacientes ao longo do processo.

Tabela 2

Core-5: Clinical Outcome Routine Evaluation; monitorização sessão a sessão; ERES(P): Session Evaluation Outcome

Estudo da evolução do processo terapêutico sessão a sessão
Anova de Friedman

Anova de Friedman					
Variáveis	n	Nº de sessões	Qui-quadrado	Graus de liberdade	Sig
<i>Core-5</i>	16	8	59,807	8	0,000
<i>ERES(P)</i>	12	15	46,687	11	0,000

2º Nível de Análise: nível do terapeuta

Análise da consistência interna (alfa de Cronbach)

Apresentam-se na Tabela 2 os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) do *CASES* e do *SROSES*, aplicados em três momentos ao longo do ano lectivo, os quais nos revelam que os instrumentos são consistentes nos resultados que proporcionam e medem em cada caso um construto unidimensional (ver Tabela 3).

Análise Descritiva: análise de frequências de mudança nas percepções de auto-eficácia dos terapeutas em estágio académico.

De forma geral, no que se refere ao índice geral do *CASES*, entre o terceiro momento e o primeiro momento de aplicação, podemos verificar que 7 terapeutas sentem que as suas percepções de auto-eficácia no desempenho de competências básicas de ajuda melhoraram, e 3 terapeutas sentem que as suas percepções se mantiveram ao longo do ano de estágio. Mais especificamente, no que diz respeito às competências de exploração, 1 terapeuta sente que a sua percepção de auto-eficácia piorou, 3 sentem permanecer igual e 6 sentem uma evolução; nas competências de *insight* 3 terapeutas percebem a sua auto-eficácia como tendo diminuído ao longo do ano e 7 sentem ter melhorado, por fim, nas competências de acção, 1 terapeuta sente a sua percepção como (salto de linha) menor em comparação com o início do estágio, 3 sentem permanecer iguais e 6 sentem as suas percepções como tendo evoluído (ver anexo C).

As percepções de auto-eficácia no desempenho de competências básicas do CASES, exploração *insight*, acção mantêm uma certa semelhança conceptual com a percepção de auto-eficácia na promoção de objectivos estratégicos.<

Assim, de forma semelhante com o que se verificou com as competências básicas do CASES, no que diz respeito à percepção de auto-eficácia na promoção de objectivos estratégicos tais como medidos pelo SROSES, de forma geral, no que se refere à diferença no índice geral do SROSES entre o terceiro momento e o primeiro momento de aplicação, em 8 terapeutas a percepção aumentou, num piorou e noutra manteve-se igual. Mais especificamente, na competência “confiança, motivação e estruturação da relação” 2 terapeutas diminuíram, 1 manteve-se e 7 melhoraram; na competência “ampliação da consciência da experiência e do *self*”, 2 terapeutas pioraram, 1 manteve-se e 7 melhoraram; na competência “construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*”, 1 terapeuta diminuiu a percepção de auto-eficácia, 1 manteve-se e 8 evoluíram as suas percepções; na competência “regulação da responsabilidade”, 9 terapeutas aumentaram as suas percepções e 1 manteve-se; na competência “implementação de acções reparadoras”, 1 terapeuta piorou, 1 manteve-se e 8 evoluíram, na dimensão “consolidação da mudança”, 2 terapeutas mantêm as suas

Tabela 3
CASES: Counselor Activity Self-Efficacy Scales e SROSES: Strategy-Related Operations Self-Efficacy Scales. N=10
 Estudo da Consistência Interna:
 Coeficiente Alfa de Croanbach

Coeficientes Alfa de Cronbach estandardizados									
Variáveis ^a	Nºitens	Momento1	Momento2	Momento3	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Nº itens	Variáveis
CAJ	15	0,96	0,93	0,85	0,96	0,79	0,45	5	C1
C.E	5	0,91	0,75	0,65	0,96	0,92	0,84	5	C2
C.I	6	0,87	0,95	0,72	0,94	0,93	0,90	5	C3
C.A	4	0,96	0,58	0,67	0,93	0,95	0,93	5	C4
AE.GS	10	0,98	0,97	0,96	0,97	0,92	0,95	5	C5
AE.DT	16	0,97	0,94	0,97	0,94	0,93	0,91	5	C6
CR	10	0,98	0,88	0,90	0,94	0,91	0,87	5	C7
DP	6	0,93	0,93	0,96					

Nota: CAJ (competências de ajuda: incluem competências de insight, de exploração e de ação); C.I (competências de insight); C.E (competências de exploração); C.A (competências de ação); AE.GS (auto-eficácia na gestão de sessão); AE.DT (auto-eficácia nos desafios terapêuticos); CR (conflitos relacionais); DP (mal estar do paciente); C1(competência 1: confiança, motivação e estruturação da relação); C2 (competência 2: ampliação da consciência da experiência e do *self*); C3 (competência 3: construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*); C4 (competência 4: regulação da responsabilidade); C5 (competência 5: implementação de ações reparadoras); C6 (competência 6: consolidação da mudança); C7 (competência 7: antecipação do futuro e prevenção da recaída); Competências do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática.

percepções e 8 evoluem, por fim, na competência “antecipação do futuro e prevenção de recaída”, 2 terapeutas diminuíram as suas percepções, 1 manteve-se e 7 evoluíram (ver Anexo C).

Estudo da relação entre variáveis que avaliam a percepção de auto-eficácia

Com o objectivo de analisar as correlações entre as variáveis em estudo (competências de ajuda do *CASES* e competências do *SROSES*) em dois momentos distintos, primeiro e último momento de preenchimento dos questionários por parte dos terapeutas, utilizou-se o coeficiente de correlação ordinal rho de Spearman.

A análise das correlações entre as variáveis nos diferentes momentos foi efectuada de acordo com a proposta de Cohen (1992).

Em qualquer um dos momentos as correlações estatisticamente significativas foram todas muito elevada situando-se entre 0,94 (competências de implementação de acções reparadoras e competências de acção) e 0,63 (competências de estruturação da relação e competências de exploração) para o primeiro momento, 0,92 (competências de implementação de acções reparadoras e competências de insight) e 0,66 (competências de estruturação da relação e competências de acção; competências de regulação da responsabilidade e competência de *insight*) no segundo e 0,88 (competências de prevenção de recaída e competências de exploração) e 0,64 (competências de ampliação da consciência da experiência e do *self* e competências de acção) no terceiro momento, ao nível de significância de 0,05 (ver Tabela 4).

Estudo da evolução da percepção de auto-eficácia entre momentos de aplicação

Na Tabela 5 podemos verificar a evolução das percepções de auto-eficácia dos terapeutas ao longo do ano lectivo.

Podemos concluir que, no que se refere à evolução de percepção de auto-eficácia relativa às competências de ajuda, temos valores estatisticamente significativos para competências de ajuda ($p < 0,01$), nomeadamente de exploração ($p < 0,05$), insight ($p < 0,01$) e acção ($p < 0,05$) e para as competências gerais de desafios terapeuticos ($p < 0,01$),

nomeadamente conflitos relacionais ($p < 0,01$). Podemos considerar que a percepção de auto-eficácia na gestão de sessão é marginalmente significativa, sendo a estatística de teste (0,09).

Na Tabela 5 podemos ainda verificar a evolução da percepção de auto-eficácia na promoção de objectivos estratégicos. Podemos concluir que todas as competências têm estatísticas significativas, excepto a competência de ampliação da consciência da experiência do *self* (dimensão 2), podendo esta ser considerada apenas marginalmente significativa (0,07) (ver Tabela 5).

Tabela 4*SROSES e CASES (N=10)*

Estudo da relação entre competências do *SROSES* e competências básicas do *CASES* em três momentos de aplicação
 Coeficientes de correlação ordinal (rho de Spearman)

Correlação ordinal de Spearman								
	Variáveis	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Momento1	C.E	0,63*	0,64*	0,77**	0,59	0,74*	0,67*	0,70*
	C.I	0,69*	0,69*	0,83**	0,60	0,88**	0,68*	0,82**
	C.A	0,57	0,76*	0,83**	0,66*	0,94**	0,83**	0,84**
Momento2	C.E	0,87*	0,73*	0,78**	0,89**	0,64*	0,70*	0,74*
	C.I	0,49	0,51	0,62	0,66*	0,92**	0,84**	0,82**
	C.A	0,66*	0,69*	0,68*	0,84**	0,78**	0,79**	0,88**
Momento3	C.E	0,85**	0,54	0,36	0,56	0,49	0,59	0,64*
	C.I	0,44	0,34	0,33	0,65*	0,43	0,47	0,51
	C.A	0,62	0,64*	0,58	0,69*	0,58	0,73*	0,66*

Nota: CAJ (competências de ajuda: incluem competências de insight, de exploração e de ação); C.I (competências de insight); C.E (competências de exploração); C.A (competências de ação); AE.GS (auto-eficácia na gestão de sessão); AE.DT (auto-eficácia nos desafios terapêuticos); CR (conflitos relacionais); DP (mal estar do paciente); C1 (competência 1: confiança, motivação e estruturação da relação); C2 (competência 2: ampliação da consciência da experiência e do *self*); C3 (competência 3: construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*); C4 (competência 4: regulação da responsabilidade); C5 (competência 5: implementação de ações reparadoras); C6 (competência 6: consolidação da mudança); C7 (competência 7: antecipação do futuro e prevenção da recaída); Competências do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática; C.I (competências de insight); C.E (competências de exploração); C.A (competências de ação). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (teste bilateral)

Tabela 5

CASES: Counselor activity self efficacy scales e SROSES: Strategy-Related Operations Self-Efficacy Scales, N=10

Estudo da evolução da percepção de auto-eficácia no desempenho de competências básicas de ajuda e na promoção de objectivos estratégicos ao longo de três momentos
Anova de Friedman

Anova de Friedman							
Variáveis	Qui-quadrado	Graus de liberdade	Sig	Sig	Graus de liberdade	Qui-Quadrado	Variáveis
CAJ	11,730	2	0,00**	0,027*	2	7,189	C1
C.E	6,171	2	0,05*	0,065 ^a	2	5,471	C 2
C.I	11,529	2	0,00**	0,013*	2	8,667	C 3
C.A	6,685	2	0,03*	0,007*	2	9,947	C 4
AE.GS	4,941	2	0,09 ^a	0,012*	2	8,769	C5
AE.DT	9,135	2	0,01**	0,002**	2	12,500	C 6
CR	12,000	2	0,00**	0,037*	2	6,615	C7
DP	5,389	2	0,07 ^a				

Nota: CAJ (competências de ajuda);C.I (competências de insight);C.E (competências de exploração);C.A (competências de acção);AE.GS (auto-eficácia na gestão de sessão);AE.DT (auto-eficácia nos desafios terapêuticos);CR (conflitos relacionais);DP (mau estar do paciente); C1(competência 1: confiança, motivação e estruturação da relação); C2 (competência 2: ampliação da consciência da experiência e do *self*); C3 (competência 3: construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*); C4 (competência 4: regulação da responsabilidade); C5 (competência 5: implementação de acções reparadoras);C6 (competência 6: consolidação da mudança); C7 (competência 7:antecipação do futuro e prevenção da recaída); Competências do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática. *Sig<0,05(*teste unilateral*), ** Sig<0,01 (*teste unilateral*), ^a Sig<0,10 (*teste unilateral*).

Nível três: estudos de casos (figuras: Anexo E)

Com o objectivo de tentar compreender as possíveis relações existentes entre a percepção de auto-eficácia dos terapeutas e a influência que esta poderia ter no processo psicoterapêutico, nomeadamente na percepção do paciente de qualidade de sessão, de

aliança terapêutica e de sintomatologia sentida, bem como nos resultados finais, procedeu-se a uma pequena análise qualitativa com o método de estudo de caso, tendo-se escolhido o terapeuta em que se verificava uma maior percepção de evolução ao nível da auto-eficácia (X) e o terapeuta que menos percepcionava essa evolução (Y). Cada um destes terapeutas acompanhou três casos (X1, X2, X3, Y1, Y2, Y3).

Desta análise retiraram-se as seguintes conclusões:

-Percepção de qualidade de sessão: a percepção de qualidade de percepção de sessão é maior para o paciente X1 em comparação com o paciente Y1, contudo, nos momentos finais de avaliação da qualidade da sessão, podemos verificar a existência de uma diminuição da percepção de qualidade da percepção de sessão por parte do paciente X1 e um aumento por parte do paciente Y1. Pelo contrário, nos segundos e terceiros casos acompanhados, as percepção de qualidade de sessão iniciais são maiores para os pacientes Y2 e Y3.

-Percepção de qualidade de aliança terapêutica: No início dos processos para cada uma das díades com os seus primeiros pacientes, X1 e Y1, a percepção de qualidade de aliança é maior comparativamente com o último momento de avaliação. Nos segundos casos acompanhados a percepção de qualidade de aliança é maior para o paciente Y2. Apesar disto, o paciente X2 aumenta a sua percepção no último momento de avaliação, enquanto o paciente Y2 diminui. Nos terceiros casos acompanhados, podemos verificar que a percepção de qualidade de aliança é maior para o paciente Y3 do que par ao paciente X3.

- Core-5: Não foi possível analisar os primeiros casos acompanhados, dado que o paciente Y1 não preencheu algumas medidas ao longo do processo, por isto, apenas se analisaram os segundos e terceiros casos acompanhados. Desta pequena análise podemos verificar que o paciente Y2 apresenta no momento inicial mais sintomatologia, sofrendo diversas oscilações ao longo do tempo, existindo no momento final um aumento desta, contudo, um aumento menor, comparativamente à sintomatologia apresentada no início do processo. O paciente X2 também sofre diversas oscilações ao longo do processo, existindo, para os momentos finais, um pequeno aumento, também mais baixo comparativamente com o momento inicial. Nos terceiros casos acompanhados, o paciente X3 apresente um valor relativamente mais baixo no momento inicial em comparação com o paciente Y3, contudo, ao longo das primeiras seis sessões o paciente Y3 diminui a sintomatologia enquanto o paciente X3 aumenta.

-BSI: ambos os pacientes diminuem a sintomatologia significativamente, desde o momento inicial até ao fim do processo.

-CORE-OM: considerando que apenas os primeiros e segundos pacientes preencheram a medida no primeiro e último momentos, apenas vão ser referidas as conclusões destes. Assim, o paciente X1 apresenta menos sintomatologia inicial, aumentando a sintomatologia do primeiro para o segundo momento de avaliação. No que se refere ao paciente Y1, este apresenta mais sintomatologia inicial, diminuindo no segundo momento.

Capítulo V: Discussão e conclusões

Atendendo ao objectivo da presente investigação, sendo este aumentar a compreensão do processo de desenvolvimento de terapeutas em formação ao longo do seu primeiro ano de experiência clínica, de forma a contribuir para as áreas de formação indispensáveis à aquisição de competências clínicas básicas através da compreensão do processo de evolução dos terapeutas em formação e dos pacientes destes mesmos terapeutas, foram colocadas diversas hipóteses, as quais foram analisadas no capítulo anterior e que vão ser aqui discutidas.

A primeira hipótese “no fim do ano lectivo existem melhoras sintomatológicas nos pacientes” foi parcialmente corroborada.

Apesar de se esperar que não iria existir mudança estrutural nos pacientes, dado o pouco tempo de processo terapêutico, considerou-se pertinente averiguar esta evolução, tendo sido analisado através do pré e pós teste do *MCMI-II*. Tal como seria de esperar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. É aqui necessário sublinhar o facto de que a amostra do presente estudo apresenta 100 % de perturbação de personalidade, pois o facto de os participantes da amostra terem perturbação de personalidade pode reflectir-se em padrões mais rigidificados e necessidade de mais tempo para estabelecimento de aliança terapêutica. Por sua vez, neste tipo de população é evidente a necessidade de terapias mais longas, sendo, assim, natural que não sejam observados resultados “positivos”, sendo a observação de resultados, mais lenta (Bateman & Fonagy, 2000).

Sendo a experiência com os pacientes um dos factores que mais influencia a experiência do jovem terapeuta (Orlinsky & Ronnestad, 2005) é importante considerar que experiências precoces tanto podem potenciar a sensação de competência e confiança profissional, como podem também danificar esta mesma confiança e a própria identidade do jovem enquanto futuro terapeuta (Folkes-Skinner et al., 2011). Assim, não só as experiências de *dropouts* precoces, como o facto de o paciente não melhorar, e a vivência de experiências com pacientes difíceis, podem levar a que o jovem acumule dúvidas sobre o seu papel enquanto futuro terapeuta (Orlinsky e Ronnestad, 2005).

Por outro lado, nesta fase os jovens terapeutas enfrentam diversos desafios com o início da prática, estando presentes a insegurança e ansiedade, o que pode, por si só, ser um impedimento para uma prática mais eficaz (Friedlander, Keller, Peca-Baker, & Oik, 1986).

Para que fosse possível responder a esta mesma hipótese, também foram analisados os resultados do pré e pós teste do *CORE-OM*. Tal como referido no capítulo dos resultados,

apenas duas dimensões mostraram resultados estatisticamente significativos, a do bem-estar subjectivo e a do risco. Podemos hipotetizar que o facto do paciente se encontrar num ambiente aceitante e empático aumenta necessariamente o bem-estar subjectivo, diminuindo, por sua vez, o risco. Isto mostra-nos, implicitamente, que os jovens terapeutas evoluem ou são capazes de desempenhar competências clínicas básicas, conseguindo promover um ambiente adequado para o paciente. Apesar disto, podemos verificar a existência de uma tendência de melhora ao nível da dimensão dos problemas e sintomas. Sendo neste questionário avaliados, essencialmente, sintomas de ansiedade, depressão e trauma, e considerando que os sintomas ansiosos tendem a aumentar antes de diminuir (Hayes, Laurence, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007), que mudanças ao nível de esperança podem diminuir sintomatologia depressiva (Ilardi & Craighead's, citado por Hayes et al., 2007) e que em questões relacionadas com trauma são necessárias terapias mais longas, a heterogeneidade encontrada é sintónica com o que nos mostra a literatura. Por fim, o funcionamento (diário e nas relações íntimas e sociais) é a única dimensão na qual existe uma tendência ainda pouco uniforme, sendo que 7 pacientes pioram, enquanto 4 melhoram. Considerando que quanto mais rigidificado é o padrão de funcionamento, mais difícil se torna operar-se uma mudança, principalmente quando nos referimos a perturbações de personalidade, em que a estrutura dos pacientes não muda, é compreensível que a forma como este funciona, consigo e com os outros, não se modifique também.

Por fim, e ainda em ligação com a primeira hipótese, avaliou-se o *BSI* pré e pós teste. Os resultados obtidos mostram-nos que existe uma diminuição estatisticamente significativa ao nível da sintomatologia apresentada pelos pacientes no início e no fim dos respectivos processos terapêuticos. Segundo o modelo psicoterapêutico de dosagem de Kopta, Howard, Lowry e Beutler (1994), em que a dose é estabelecida de acordo com o número de sessões, e os efeitos das intervenções medido pela percentagem de melhorias nos pacientes ou a probabilidade normalizada de melhorias para um paciente. Os autores concluem, após investigação, que após oito sessões são visíveis melhoras em 53% dos pacientes, após vinte e seis sessões 74% dos pacientes melhoram e após 52 sessões são notórias melhorias em 83 % dos pacientes. Assim, esta pode ser uma possível explicação para o facto de os pacientes melhorarem a nível sintomático na presente investigação.

Em paralelo, realizou-se uma análise que tinha como objectivo perceber como os pacientes evoluíam, em termos de sintomas sentidos, ao longo do processo psicoterapêutico, através do *CORE-5*. Concluiu-se que ao longo do processo, especificamente, as primeiras

oito sessões, os pacientes se sentiam melhores, sendo a estatística de teste significativa ($p < 0,001$), o que vai ao encontro do modelo supra apresentado.

É importante referir que os processos tiveram número de sessões diferentes, o que pode, de alguma forma, influenciar os presentes resultados, podendo uma parte dever-se a verdadeiras melhorias e outra a efeito de remissão espontânea (Lambert & Barley, 2002).

Ao mesmo tempo, não nos podemos esquecer de que as presentes análises foram realizadas e analisadas com valores puramente estatísticos, o que por si só pode ser uma limitação. Isto porque, dada a pequena dimensão da amostra e consequentemente a não Normalidade desta, não foi possível aceder a valores clinicamente significativos. Esta questão é importante para futuras investigações, já que valores estatisticamente significativos não são necessariamente clinicamente significativos e vice-versa (Jacobson & Truax, 1991).

Por outro lado, considerando que a perspectiva do paciente acerca da qualidade das sessões e da aliança terapêutica pode ser preditiva de *outcomes*, podendo estar igualmente relacionada com características do terapeuta, nomeadamente a percepção de auto-eficácia deste, considerou-se pertinente averiguar no presente estudo se tais relações também existiam.

Assim, num primeiro nível, avaliou-se isoladamente a percepção de qualidade de sessões por parte do paciente, bem como a percepção de auto-eficácia do terapeuta e, num segundo nível, tentou compreender-se como estas mesmas variáveis poderiam estar relacionadas com resultados finais da terapia a par da utilização da medida de aliança terapêutica.

Sendo o paciente o receptor activo no processo psicoterapêutico, considerou-se pertinente averiguar se este percepcionava evolução da qualidade das sessões conduzidas pelo terapeuta em formação, colocando-se como hipótese “ao longo do processo psicoterapêutico, existe uma evolução na percepção dos pacientes relativa à qualidade das sessões”. Foi assim analisada esta evolução no capítulo anterior, mostrando-nos que esta hipótese foi corroborada, sendo a estatística de teste significativa ($p < 0,001$). Esta verificação permite-nos concluir que ao longo de 15 sessões, 12 pacientes percepcionam que a qualidade das sessões aumenta. Segundo Hill e colaboradores (Hill-et al., 2008; Hill e Kellems, 2002) ao longo do treino e após treino, os jovens terapeutas são capazes de conduzir melhores sessões. Os presentes resultados vão, assim, ao encontro daquilo que a literatura nos indica face à condução das sessões.

Considerando que o número de sessões escolhidas, tanto para a análise do *CORE-5* como do *ERES (P)*, e o número de pacientes que preencheram medidas em regime de pré e

pós teste, para que se pudesse proceder a análises em que existisse a mesma dimensão da amostra, diminuiu drasticamente o número de sessões analisadas, isto, por si só, pode ser considerado como uma importante limitação da presente investigação.

O facto de os pacientes da presente amostra poderem ser pacientes “complicados”, apresentando perturbações de personalidade diversas, pode ter implicações não só ao nível da construção do jovem terapeuta, enquanto ser profissional, como podem também ter implicações a nível do treino. Sabe-se da literatura que podem existir implicações ao nível da confiança, auto-eficácia, identidade, sabendo-se também que a prática com pacientes relativamente “fáceis” pode permitir a construção de confiança nas competências do próprio jovem terapeuta, sendo mais importante do que a dinâmica com o paciente. Isto é importante porque o foco inicial na dinâmica com o paciente, e ainda mais com pacientes difíceis, implementa a preocupação de ajuda desesperada, não permitindo a construção de auto-consciência sobre assuntos pessoais que podem ter implicações na construção de um bom profissional de ajuda (Hill *et al.*, 2007).

Posto isto, num segundo nível de análise considerou-se pertinente averiguar como evoluía a percepção de auto-eficácia dos terapeutas, tendo-se colocado como hipótese “o nível de percepção de auto-eficácia dos terapeutas estagiários evolui ao longo do primeiro ano de prática clínica supervisionada, sendo maior no final do ano de estágio”, a qual foi corroborada. Os resultados obtidos na presente investigação vão ao encontro do que Lent, Hoffman, Hill e Treistman (2006) e Lent e colaboradores (2003) afirmam, ou seja, jovens terapeutas vão ganhando mais auto-eficácia ao longo do tempo, com treino mais focado. Existindo também um aumento da auto-eficácia à medida que os jovens estão mais familiarizados e utilizam mais as competências de ajuda (Hill *et al.*, 2003).

Apesar de se ter avaliado a percepção de auto-eficácia “isoladamente” para o desempenho de competências básicas de ajuda e para a promoção de estratégias gerais, com os pacientes em geral, realizou-se também um estudo de correlações com o objectivo de tentar perceber as possíveis relações existentes entre as competências de cada um dos questionários em cada um dos momentos de aplicação, já que existem semelhanças conceptuais entre cada um dos modelos subjacentes aos questionários. Assim, num primeiro momento verificou-se a existência de diversas relações entre as competências básicas de ajuda (exploração, insight e acção) e as competências relacionadas com a promoção de estratégias gerais do componente sequencial de sete fases do meta-modelo integrativo de Complementaridade Paradigmática, as quais, como podemos verificar no capítulo dos

resultados, foram diminuindo ao longo dos momentos de aplicação, tendo-se encontrado, no último momento, relações entre competências de exploração e competências de estruturação da relação e ampliação de consciência, competências de *insight* e competências de regulação da responsabilidade e, por fim, maiores relações entre as competências de acção e competências de regulação da responsabilidade, consolidação da mudança e antecipação do futuro, e prevenção de recaída. O facto do número de relações encontradas ter diminuído ao longo do tempo pode ser justificado com base na hipótese de que tanto a expectativa como a percepção de auto-eficácia se vão ajustando, no decorrer do ano, cada vez mais à “realidade” actual. Ao mesmo tempo, podemos hipotetizar que o aumento da sensibilização a nível teórico e prático com as diversas competências de cada um dos modelos vai aumentando, o que por sua vez se reflecte nos resultados encontrados. Contudo, considerando a pequena dimensão da amostra, mais estudos deverão ser realizados neste sentido.

Considerando que os questionários que avaliam a percepção de auto-eficácia utilizados anteriormente são a primeira vez que estão a ser utilizados em Portugal, no caso do *CASES* e no caso do *SROSES* que consistem uma adaptação de um questionário já existente (Questionário de Objectivos Estratégicos), sendo igualmente a primeira vez que ambos estão a ser utilizados no âmbito do estudo da evolução de percepção de auto-eficácia em jovens terapeutas, foram analisadas as consistências internas respectivas, tendo-se verificado que, em qualquer um dos momentos de aplicação, os questionários são boas medidas do ponto de vista da precisão ou rigor dos resultados que proporcionam.. Contudo, é necessário em futuras investigações realizar mais estudos com cada um deles. É pertinente averiguar a correlação item-escala ou poder discriminativo dos itens de cada um deles, bem como a validade destes numa amostra mais representativa da população clínica. Ao mesmo tempo, considerando que qualquer um dos questionários remete para cenários livres de contexto, ou seja, para a generalidade dos pacientes de determinado terapeuta, será também importante avaliar a percepção de auto-eficácia relacionada com pacientes específicos, no sentido de aumentar a própria variabilidade das avaliações dos terapeutas enquanto auto-eficazes no papel de terapeutas (Lent et al., 2003). Ao mesmo tempo, também pode ser uma mais valia, avaliar a auto-eficácia com medidas objectivas de adequação de competências, como por exemplo utilização de medidas de avaliação por parte dos supervisores, bem como avaliar a auto-eficácia em diferentes níveis da carreira profissional, sendo que algumas competências continuam a ser mais difíceis (como por exemplo as de *insight*), mesmo para terapeutas mais experientes (Lent et al., 2003)

Por outro lado, e tendo em especial atenção a literatura revista, sabe-se que quanto maior a percepção de auto-eficácia, maior a congruência entre a percepção de qualidade de sessão do terapeuta e do paciente, bem como melhor a visão de como a terapia está a progredir (Lent, Hoffman, Treistman, Mount, & Singley, 2006).

Posto isto, considerou-se pertinente averiguar a influência que a percepção de auto-eficácia tem ao nível da condução do processo psicoterapêutico, com o objectivo de tentar compreender se esta influência tanto a sintomatologia sentida, como a percepção de qualidade de sessão por parte do paciente, a percepção do paciente acerca da qualidade de aliança estabelecida entre a díade e ainda, se existe alguma influência ou alguma relação entre a percepção de auto-eficácia do terapeuta com os resultados finais do processo. Assim, levantou-se a seguinte hipótese “existe relação significativa entre variáveis do paciente (de processo e de resultado) e variáveis do terapeuta em formação (percepção de auto-eficácia)”.

Tal como já foi referido anteriormente, não foi possível proceder a uma análise estatística com o objectivo de aferir a presente hipótese, assim, e dada a pertinência que esta pode ter para o estudo dos jovens terapeutas, procedeu-se à realização de pequenos estudos de caso. De uma forma global, não ficou clara a possível existência de relação ou de influência da percepção de auto-eficácia nas variáveis de processo e de resultado, sendo necessária uma análise mais aprofundada. Contudo, podemos verificar uma pequena tendência para que a baixa percepção de auto-eficácia conduza a melhores percepções de qualidade de sessão, de qualidade da aliança terapêutica, bem como ao nível da sintomatologia sentida, no decorrer e no final do processo psicoterapêutico.

Podemos hipotetizar que o facto de o terapeuta estar menos confiante e seguro de si pode influenciar a forma como este se dedica e se entrega ao processo, notando-se, conseqüentemente, resultados positivos, ou pelo menos favoráveis, por parte do paciente. Em paralelo, as respectivas percepções de auto-eficácia também se poderão dever a características pessoais dos terapeutas, o que pode igualmente ter influenciado a forma como os terapeutas conduziram os processos. A par disto, podem ter existido características dos pacientes que podem ter levantado diversas reacções nos terapeutas, influenciando não só a percepção destes de auto-eficácia, como a sua presença e trabalho enquanto profissionais; um exemplo disto pode ser o facto de a presente amostra apresentar perturbação de personalidade.

Por outro lado, podendo ser uma limitação ou uma mais valia da presente investigação, os terapeutas pertenciam a diferentes grupos de supervisão com diferentes supervisores. Considerando que o terapeuta com maior de evolução da percepção de auto-eficácia e o terapeuta com menor de evolução da percepção de auto-eficácia eram de grupos de supervisão diferentes, podemos hipotetizar que a própria relação estabelecida em supervisão pode ter influenciado a percepção de auto-eficácia dos terapeutas, podendo ter tido impacto na forma como estes conduziram os seus processos.

Por outro lado, estes resultados são apenas uma pequena amostra daquilo que poderemos encontrar, se forem realizados estudos com dimensões maiores. Hipotetiza-se que com uma amostra de maior dimensão poderá estudar-se mais aprofundadamente a influência que a percepção de auto-eficácia pode ter, não só na construção do jovem enquanto futuro psicoterapeuta profissional, como a influência que esta pode ter no primeiro contacto com a prática clínica, bem como com o processo de escolha de continuação futura nesta profissão. Será importante atender, em estudos futuros, às características pessoais do terapeuta que possam influenciar não só a percepção de auto-eficácia, como a adaptação ao próprio processo de “tornar-se psicoterapeuta”, nomeadamente ao nível de características de personalidade. Podendo ser importante, além da do recurso a técnicas quantitativas, a criação de instrumentos qualitativos para avaliação da percepção de auto-eficácia, bem como perceber quais as experiências mais impactantes no percurso do primeiro ano do jovem terapeuta. Isto, com o objectivo de maximizar o treino de jovens terapeutas da presente instituição.

Ao mesmo tempo, seria pertinente estudar, com mais atenção a própria aliança estabelecida em supervisão, considerando que esta influencia a forma como o jovem se desenvolve e se sensibiliza na prática clínica.

Poderá também ser importante proceder a análises de qualidade do serviço de atendimento à comunidade, em que os jovens terapeutas são uma população privilegiada, com o objectivo de maximizar não só o treino, como também o atendimento proporcionado aos pacientes.

Em paralelo, seria uma mais valia para o serviço a criação de programas de treino em competências de ajuda e competências de promoção de estratégias gerais, enquanto processo de pré-treino, investindo-se mais na sensibilização e aproximação ao papel do psicoterapeuta, ao mesmo tempo apostando na monitorização da população atendida por jovens terapeutas,

dado o impacto que estas primeiras experiências podem ter a nível emocional e de desenvolvimento de carreira.

As presentes propostas para futuras investigações podem ser consideradas como limitações do presente estudo. A acrescentar às supra mencionadas, temos não só a pequena dimensão da amostra estudada, como a diversidade de tempo dos processos, que impossibilitou uma análise longitudinal mais consistente, como as análises realizadas, podendo estas não ser as mais adequadas para aquilo que se pretendia estudar. Teria sido de grande importância a utilização de análises como, por exemplo, análises de mediação (com o objectivo de perceber se a percepção de auto-eficácia do terapeuta poderia ser um mediador que influencia os processos e resultados terapêuticos), a utilização de um modelo de equações estruturais, na tentativa de compreender como as variáveis da presente investigação de relacionam mais especificamente.

Por fim, e considerando que a presente investigação pode ser considerada como um “modelo” experimental das necessidades subjacentes ao treino de jovens terapeutas, mais investigações deverão ser concretizadas neste sentido.

Podemos concluir o presente trabalho com algumas considerações mais genéricas, como a vantagem da própria criação de grupos de treino integrativo, com o objectivo de aumentar a possibilidade do jovem contactar com diversas orientações teóricas como, ao mesmo tempo, podendo escolher ou ajustar abordagens terapêuticas que mais vão ao encontro das necessidades do paciente. Ao mesmo tempo, seria interessante podermos olhar com mais atenção para as próprias necessidades do jovem enquanto profissional principiante, sendo que muitos de nós (terapeutas em formação), quando iniciamos a nossa prática clínica nos sentimos desamparados, ansiosos, incapazes, entre outros, sentindo igualmente que não há uma suficiente preparação para estar em relação. Apesar desta questão se poder reportar para as dúvidas inerentes ao início da prática clínica, pode, também, reportar-se para o facto de que ao longo da formação, o contacto com vídeos, com a prática entre colegas, é pouco extenso. Assim, estas poderão ser algumas propostas para que possamos investir cada vez mais numa boa formação, respondendo mais de perto às próprias necessidades do jovem enquanto futuro terapeuta.

Referências Bibliográficas

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barkham, M., Hardy, G. & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., Evans, R., Evans, C., & Margison, F. (2010). The CORE measures & CORE system: Measuring, monitoring, and managing quality evaluation in the psychological therapies. In Barkham, M., Hardy, G.E. & Mellor-Clark, J. (Ed.) *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. (pp. 175-219). Chichester: Wiley.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2000) Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 117, 138-143.
- Bernard, J. M. & Goodyear, R. (2009). *Fundamentals of clinical supervision (4th Ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Beutler, L., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In Lambert M. J. (5th Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 227–306). New York: John Wiley & Sons.
- Binder, J. (1993). Observations on the training of therapists in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 30, 592-598.

- 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), 371-82.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 262-260.
- Bordin, E. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35-41.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 717-23.
- Boswell, J. F., & Castonguay, L. G. (2007). Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy*, 44(4), 378-83.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., María Gómez, A., Herrero, O. & Ribas, E., (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(5), 535-42.
- Brown, G. S. (2007). Implications of therapist effects for employments and health plans. *American Psychological Association Convention*. San Francisco.
- Chambless, D. L., Crits-christoph, P., Norcross, B. E., Lambert, J. C., Bohart, M. J., Beutler, A. C., Johannsen, L. E. & Brynne, E. (2002). What should be validated? In Norcross J.C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Ed.). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (191-256). Washington, DC: American Psychology Association.

- Carhuff, R. R. (1969). *Human and helping relations* (Vols. 1&2) New York: Holt, Rineheart & Winston.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 263–282.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Constantino, M. J. Boswell, J. F. & Kraus, D. R. (2010). The therapeutic alliance: Research and Theory. In Horowitz, L. M. & Strack, S. (Ed.) *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 509-518). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy Theory Research, Practice, Training, 43*(3), 271-9.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., Przeworski, A., Newman, M.G. & Borkovec, T. D. (2008). Alliance, therapist adherence, therapist competence, and client receptivity: New analyses on change processes in CBT for generalized anxiety disorder. In, Constantino, M. J. (Ed.). *The Nature and Influence of Participant and Relationship Factors in CBT for Generalized Anxiety Disorder*. Society for Psychotherapy Research.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In Tryon G. S. (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81–131). Boston: Allyn & Bacon.

Crews, J., Smith, M. R., Smaby, M. H., Maddux, C. D., Torres-Rivera, E., Casey, J. A., & Urbani, S. (2005). Self-Monitoring and counseling skills: Skills-Based versus interpersonal process recall training. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 78-85.

Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.

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

Conceição, N. & Vasco, A.B., (2002). Sequencing model of paradigmatic complementarity: Progress on the empirical validation of process conceptualization. *18^a Annual Conference: Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, San Francisco, California, USA.

Conceição, N., & Vasco, A. (2008). Paradigmatic complementarity strategic objectives manual, Version 4.0 (Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal).

Conceição, N. & Vasco, A. B. (2008). Meta-modelo de complementaridade paradigmática.

Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20–26.

Daniels, J. A. & Larson, L. M. (2001). The impact of performance feedback on counseling self-efficacy and counselor anxiety. *Counselor Education & Supervision*, vol. 41, 120-130.

- Derogatis, L. R. (1993). BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- De Stefano, J., D'iuso, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M. & Chamodraka, M. (2007). Trainees' experiences of impasses in counselling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7 (1), 42-47.
- Folkes-Skinner, J., Elliott, R., & Wheeler, S. (2010). "A baptism of fire": A qualitative investigation of a trainee counselor's experience at the start of training. *Counseling and Psychotherapy Research*, 10(2), 83-92.
- Friedlandr, M. L., Keller, K. E. Peca-Baker, T. A. & Olk, M. E. (1986). Effects of rule conflict on counselor trainees' self-statement, anxiety level and performance. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 71-77.
- Friedlander, M. L., Siegel, S. M. & Brenock, K. (1989). Parallel processes in counseling and supervision: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 149-157.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*. Vol. 35 (11) 991-999.
- Goldfried, M. R., & Burum, B. A. (2006). Principles of Change in Psychotherapy Integration: A theme that can unite us all. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A. & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 371-383.

- Grater, H. A. (1985). Stages in psychotherapy supervision: From therapy skills to skilled therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(5), 605-610.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L. & Smart, D. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying patients at risk for treatment failure. *J. Clin. Psychol.* 61:155–63
- Hayes, R., Corey, G. & Moulton, P. (2003). *Clinical supervision in the helping professions: A practical guide*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hayes, A., Laurenceau, J., Feldman, G., Strauss, J. L. & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always Linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin. Psychol. Rev.*, 19, pp. 715-723.
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485-491.
- Hatfield, D., McCullough, L., Plucinski, A. & Krieger, K. (2010). Do we know when our patients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative patient change. *Clin. Psychol. Psychother*, 17, 25–32.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association
- Hill, C. E., Charles, D., & Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 428-436.
- Hill, C. E. & Hoffman, M. A. (2004). Development and validation of the counselor activity self-efficacy scales. *Journal of Counseling Psychology* Vol. 50, No. 1, 97–108.

- Hill, C. E. & Kellems, I. S. (2002) Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 264–272.
- Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy, 43*(2), 154-72.
- Hill, C. E. & Lent, R. W., (2006). Training for novice therapists: Skills plus. *Psychotherapy Bulletin, 41*, 11–16.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. (1999). Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action.
- Hill, C. E., Roffman, M., Stahl, J., Friedman, S., Hummel, A., & Wallace, C. (2008). Helping skills training for undergraduates: Outcomes and prediction of outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 55*(3), 359-370.
- Hill, C. E., Stahl, J., & Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy, 44*(4), 364-70.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy, 44*(4), 434-49.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In Norcross J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Howard, E. E., Inman, A. G., & Altman, A. N. (2006). Innovative Methods. *Supervision, 46*, 88-103.

- Hutt, C. H., Scott, J. & King, M. (1983). A phenomenological study of supervisee's positive and negative experiences in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 118-123.
- Ivey, A. E. (1971). *Microcounseling: Innovations in interviewing training*. Springfield IL: Charles C. Thomas.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful changes in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 59 (1), 12-19.
- Kagan, N. (1984). Interpersonal process recall: Basic methods and recent research. In Larson D. (Ed.). *Teaching psychological skills: Models for giving psychology away* (pp. 229–244). Monterey, CA: BrooksCole.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62(5), 1009-1016.
- Lambert, M. J. (2005). Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: An introduction. *Journal of Clinical. Psychology*, 61(2), 141-144.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In Norcross J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–36). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert M. J. (5th Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139–193). New York: Wiley.

- 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.
- Larson, L. M. & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist, Vol., 26*, 179-218.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A. Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A. & Toulouse, A. (1992). Development and validation of the counseling self-estimate inventory. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 105-120.
- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the counselor activity self-efficacy scales. *Journal of Counseling Psychology, 50(1)*, 97-108.
- Lent, R. W., Hoffman, M. A., Hill, C. E., Treistman, D., Mount, M., & Singley, D. (2006). Client-specific counselor self-efficacy in novice counselors: Relation to perceptions of session quality. *Journal of Counseling Psychology, 53(4)*, 453-463.
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. Lisboa. ReportNumber.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press: New York.
- Norcross, J. C. & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: setting the context. In Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Ed.). *Handbook of psychotherapy integration* (3-45). New York: Basic Books.

- Orlinsky, D.E., & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J., & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *11*(2), 152-168.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rønnestad, M., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, *16*(3), 261-267
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development. Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32*, 181–187.
- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, *71*, pp-396-404.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the counselor and therapist : Research findings and perspectives on professional development, *30*(1), 555-567.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C. & Alves, P. (2012). Versão portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista Psiquiatria Clínica*, Vol. 39.

- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist, *30*(1), 45-59.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. N. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. New York: Wiley & Sons.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. N. (1992b). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling and Development*, *70*, 505-515.
- Spivack, J. D. (1974). Interpersonal process recall: Implications for psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *11*(3), 235-238.
- Smith, K. L. (2009). A brief summary of supervision models. Recuperado em Maio de 2012, http://www.gallaudet.edu/documents/academic/cou_supervisionmodels%5b1%5d.pdf.
- Tan, S. (2009). Developing integration skills: The role of clinical supervision. *Journal of Psychology and Theology*, *37* (1), 54-61.
- Tang, M., Addison, K. D., LaSure-Bryant, D., Norman, R., O'Connell, W. & Stewart-Sicking, J. A. (2004). Factors that influence self-efficacy of counseling students: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision*, *44*, 70-80.
- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 207-210.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, *39*, 9-31.
- Conceição, N. & Vasco, A.B., (2002). Sequencing model of paradigmatic complementarity: Progress on the empirical validation of process conceptualization. *18ª Annual*

Conference: Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, San Francisco, California, USA.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914-23.

Whipple, J. L., & Lambert, M. J. (2011). Outcome measures for practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 87-111.

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.

Worthen, V. & McNeill, B.W. (1996). A phenomenological investigation of “good” supervision events. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 25-34.

Zaro, J., Brach, R., Nedelman, D.J. & Dreiblatt, I.S. (1982). *A guide for beginning psychotherapists*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS A

CONSENTIMENTOS INFORMADOS

Consentimento informado para o paciente

“Supervisão, formação e desenvolvimento de psicoterapeutas: contributo para a identificação das necessidades de formação indispensáveis à aquisição das competências clínicas básicas”

Investigadores: Inês Lamares

Orientador da Investigação: Professora Maria João Afonso

Co-orientador: Professor Nuno Conceição

Esta investigação tem como objectivo monitorizar o processo e os resultados dos processos terapêuticos, comparando a percepção dos pacientes e do terapeuta, em diferentes momentos do processo terapêutico. Tendo como objectivos finais, saber como decorre este mesmo processo, de acordo com a perspectiva do paciente e, quais as modificações que poderão vir a ser necessárias (no terapeuta) para que se consiga atingir um nível “óptimo” de atendimento dos pacientes. Assim, serão aplicados os seguintes questionários:

- BSI (questionário de sintomas, permite que o terapeuta perceba a forma como se tem sentido nos últimos dias).
- Millon (questionário de personalidade, permite aceder a pensamentos, tendências de acção).
- CORE-Om (questionário de sintomas)
- Core-5 (versão mais curta do CORE-Om, que é passado todas as sessões para o terapeuta perceber como se está a sentir)
- WAI-S (permite perceber qual o vínculo entre o si e o seu terapeuta e se concorda ou não com os objectivos e tarefas realizados ou propostos em sessão).
- Eres (para todas as sessões, o terapeuta perceber qual a qualidade da sessão)

Os instrumentos como o BSI e Millon levam aproximadamente 30 minutos a serem preenchidos., sendo aplicados no início e no fim do processo terapêutico. O CORE-Om e a WAI-S levam aproximadamente 15 minutos a serem completados e serão aplicados três vezes ao longo do ano lectivo. O Eres t e o CORE-5 demoram cerca de 2 minutos a ser preenchidos e destinam-se a ser aplicados no final de todas as sessões.

Venho, desta forma, solicitar a sua participação neste estudo, através do preenchimento dos questionários acima referidos. A sua participação será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, no entanto esta é muito importante podendo ter potenciais benefícios nesta área de investigação. A confidencialidade será mantida e não existem quaisquer riscos na sua participação.

Para qualquer questão que tenha relativa à sua participação, deverá sentir-se à vontade para se dirigir à investigadora, bem como aos orientadores da investigação.

Eu expliquei totalmente a natureza e o propósito deste exercício de avaliação. Certifiquei-me de que perguntei se havia dúvidas acerca dos procedimentos e respondi a essas questões de acordo com as minhas melhores capacidades.

Data _____

Assinatura do Aplicador do Teste _____

Eu li o formulário acima apresentado, pelo que considero-me suficientemente informado e aceito participar.

Data _____

Assinatura do examinado _____

Consentimento Informado para o terapeuta

“Supervisão, formação e desenvolvimento de terapeutas: contributo para a identificação das necessidades de formação indispensáveis à aquisição das competências clínicas básicas.”

Investigadores: Inês Lamares

Orientador da Investigação: Professora Maria João Afonso

Co-orientador: Professor Nuno Conceição

Este estudo pretende estudar competências de ajuda em terapeutas estagiários, com o objectivo de identificar áreas mais carentes de formação específica prévia.

Neste sentido, venho convidar-vos a preencher, em diferentes momentos, alguns questionários, os quais passo a caracterizar:

- SROSES, este instrumento pretende capturar processos gerais formulados em termos de sentimentos, pensamentos, comportamentos e atitudes intrapsíquicas e interpessoais. Reflecte, assim, o tipo de processamento que o terapeuta tenta promover durante uma sessão ou grupo de sessões, independentemente da técnica que escolhe utilizar.
- CASES-G, tem como objectivo avaliar a percepção que o terapeuta tem da capacidade de domínio de competências de ajuda básicas (*exploração, insight e acção*), gestão de tarefas em sessão e perceber como se sente perante situações terapêuticas desafiantes.
- ERes t propõe-se efectuar uma breve avaliação das percepções que o terapeuta tem da qualidade da sessão.
- WAI-S, pretende capturar a concordância entre terapeuta e paciente face a objectivos e tarefas terapêuticas e o vínculo entre ambos.

Os instrumentos como o CASES-G e o SROSES levam aproximadamente trinta minutos a serem preenchidos e serão aplicados três vezes ao longo do ano lectivo WAI-S t à volta de quinze minutos. Estes três serão aplicados três vezes ao longo do ano lectivo. O ERes t demora cerca de dois minutos e destina-se a ser aplicado no final de todas as sessões.

A confidencialidade será mantida, sendo pedido que apenas coloque um símbolo ou um número no respectivo questionário que preencher, sempre o mesmo, para efeitos de emparelhamento de respostas.

Não existem quaisquer riscos na sua participação.

A sua participação é muito importante podendo ter potenciais benefícios nesta área de investigação, é voluntária e poderá interrompê-la em qualquer momento.

Para qualquer questão que tenha relativa à sua participação, deverá sentir-se à vontade para se dirigir à investigadora, bem como aos orientadores da investigação.

Eu expliquei totalmente a natureza e o propósito deste exercício de avaliação. Perguntei se havia dúvidas acerca dos procedimentos e respondi a essas questões de acordo com as minhas melhores capacidades.

Data _____

Assinatura do Aplicador do Teste _____

Eu li o formulário acima apresentado, o investigador explicou completamente os meus direitos e responsabilidades, assim como respondeu às minhas questões na totalidade, pelo que considero-me suficientemente informado e aceito participar.

Data _____

Assinatura do participante _____

ANEXOS B
INSTRUMENTOS

B.S.I.¹

Instruções

As páginas seguintes contêm uma lista de problemas que, às vezes, as pessoas apresentam.

Por favor leia com atenção cada uma das frases e **destaque a vermelho** o número que melhor descreva em que medida esse problema o(a) perturbou ou aborreceu durante os últimos 7 dias incluindo hoje.

Destaque somente um número para cada problema e não salte nenhum item.

Se mudar de ideia, anule o destaque efectuado e destaque o novo número.

Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os resultados ajudarão o seu terapeuta a compreender os seus problemas e a planear a intervenção.

Leia, por favor, com atenção o exemplo que se segue, antes de começar.

<i>Exemplo</i>					
Em que medida ficou perturbado(a) por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Dores no corpo	0	1	2	3	4

Nome: _____
Idade: _____ Curso e Ano: _____ Sexo: F__ M__
Estado Civil: _____ Profissão: _____

¹ Copyright © 1975 by Leonard R. Derogatis, Ph. D.

<u>Em que medida ficou perturbado(a) por:</u>	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
2. Sensações de tonturas ou desmaios	0	1	2	3	4
3. Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se das coisas	0	1	2	3	4
6. Sentir-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)	0	1	2	3	4
7. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Sentir medo em espaços abertos	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas	0	1	2	3	4
11. Pouco apetite	0	1	2	3	4
12. Assustar-se subitamente sem razão	0	1	2	3	4
13. Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas	0	1	2	3	4
15. Sentir-se bloqueado(a) ao tentar fazer coisas	0	1	2	3	4
16. Sentir-se só	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste/melancólico	0	1	2	3	4
18. Não sentir interesse nas coisas	0	1	2	3	4
19. Sentir-se amedrontado(a)	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ferido(a) nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si	0	1	2	3	4

22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Náuseas ou indisposição de estômago	0	1	2	3	4
24. Sentir que está a ser observado(a) ou sentir que os outros falam de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
26. Ter de verificar e tornar a verificar o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
29. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
30. Arrepios frios ou quentes	0	1	2	3	4
<u>Em que medida ficou perturbado(a) por:</u>	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque elas o(a) assustam	0	1	2	3	4
32. Fazer-se um vazio no seu estômago	0	1	2	3	4
33. Entorpecimento ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
34. A ideia de que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança acerca do futuro	0	1	2	3	4
36. Dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
37. Sentir fraqueza em várias partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se tenso(a) ou excitado(a)	0	1	2	3	4
39. Pensamentos de morte ou de morrer	0	1	2	3	4
40. Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém	0	1	2	3	4
41. Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas	0	1	2	3	4

42. Sentir-se muito consciente de si próprio(a) na presença de outros	0	1	2	3	4
43. Sentir-se pouco à vontade no meio de multidões ou muita gente	0	1	2	3	4
44. Nunca se sentir próximo de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Acessos de terror e pânico	0	1	2	3	4
46. Envolver-se em discussões frequentes	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso(a) quando o(a) deixam sozinho(a)	0	1	2	3	4
48. Os outros não darem o apreço devido àquilo que faz	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão inquieto(a) que não consegue ficar parado(a)	0	1	2	3	4
50. Sentir-se sem valor	0	1	2	3	4
51. Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si se você permitir	0	1	2	3	4
52. Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ideia de que algo está mal no seu espírito	0	1	2	3	4

MCMI-II

Inventário Clínico Multiaxial de Millon

Instruções

1. As páginas seguintes contém uma série de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem, utilize-as para caracterizar os seus sentimentos e atitudes. Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os resultados ajudarão a compreender **como é** como pessoa.
2. Não se preocupe se algumas frases lhe parecerem pouco usuais. Elas estão incluídas no questionário para descreverem pessoas com problemas muito variados. Quando concordar com a afirmação ou decidir que esta o descreve, **destaque a vermelho** o V (de Verdade). Se discordar da afirmação ou decidir que ela não o descreve, **destaque a vermelho** o F (de Falso).

Tente responder a todas as afirmações mesmo que não esteja seguro da sua escolha.

Se pensou suficientemente bem e mesmo assim não consegue decidir-se, marque o F.

3. Não há limite de tempo para preencher este questionário, mas é preferível que responda o mais rapidamente que lhe seja possível e confortável.
4. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais.

Dados Pessoais:

Nome:

(pode não ser o nome real, não se esqueça no caso de indicar outro nome/código especificar qual o seu sexo; se ainda for responder a outro questionário o nome/código terá de ser o mesmo)

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Data:

- V F 1 Sigo sempre as minhas ideias em vez de fazer aquilo que os outros esperam de mim.
- V F 2 Sempre me senti melhor a fazer as coisas, sozinho, calmamente, do com outras pessoas.
- V F 3 Falar com as outras pessoas tem sido quase sempre difícil e penoso para mim.
- V F 4 Acredito que é importante ter força de vontade e determinação em tudo aquilo que faça.
- V F 5 Nas últimas semanas começo a chorar quando a mais pequena coisa corre mal.
- V F 6 Algumas pessoas acham-me presunçoso e centrado em mim próprio.
- V F 7 Quando era adolescente tinha muitos problemas por causa do meu mau comportamento na escola.
- V F 8 Sinto sempre que não sou desejado num grupo.
- V F 9 Critico frequentemente com veemência quem me aborrece.
- V F 10 Sinto-me satisfeito por ser um seguidor de outros.
- V F 11 Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir o que fazer primeiro.
- V F 12 Por vezes posso ser bastante duro e malvado nas relações com a minha família.
- V F 13 Tenho pouco interesse em fazer amigos.
- V F 14 Penso que sou uma pessoa muito sociável e que gosta muito de se dar com os outros.
- V F 15 Sei que sou uma pessoa superior, por isso não me preocupo com o que as outras pessoas pensam.

- V F 16 As pessoas nunca me deram o valor suficiente pelas coisas que eu tenho feito.
- V F 17 Tenho um problema com a bebida que tenho tentado resolver sem sucesso.
- V F 18 Ultimamente, sinto "um aperto no estômago" e tenho suores frios.
- V F 19 Tentei sempre expor-me pouco durante as actividades sociais.
- V F 20 Farei sempre coisas pelo simples facto de poderem ser divertidas.
- V F 21 Fico muito aborrecido com as pessoas que nunca são capazes de fazer nada bem.
- V F 22 Se os membros da minha família me pressionarem, é provável que me sinta irritado e resista a fazer o que eles querem.
- V F 23 Sinto, frequentemente, que devo ser punido por coisas que fiz.
- V F 24 As pessoas fazem troça de mim nas minhas costas, comentando a forma como me comporto ou a minha aparência.
- V F 25 As outras pessoas parecem mais seguras, do que eu, sobre quem são e o que querem.
- V F 26 Tenho tendência por desatar a chorar ou ter ataques de fúria por razões que desconheço.
- V F 27 Comecei a sentir-me solitário e vazio há cerca de um ano ou dois atrás.
- V F 28 Tenho tendência para ser dramático.
- V F 29 Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando.
- V F 30 Dá-me prazer uma forte competição.
- V F 31 Quando entro em crise procuro rapidamente alguém que me ajude.
- V F 32 Protejo-me de problemas, nunca deixando as outras pessoas saberem muito a meu respeito.
- V F 33 Sinto-me fraco e cansado a maior parte do tempo.

- V F 34 As outras pessoas ficam mais zangadas com coisas incómodas do que eu.
- V F 35 O vício da droga sempre me criou uma série de problemas no passado.
- V F 36 Ultimamente, dou comigo a chorar sem qualquer razão.
- V F 37 Acho que sou uma pessoas especial que merece uma atenção especial dos outros.
- V F 38 De forma alguma me deixo enganar por pessoas que dizem que precisam de ajuda.
- V F 39 Um caminho seguro para tornar o mundo pacífico é o de melhorar a moral das pessoas.
- V F 40 Envolvi-me, no passado, sexualmente com muitas pessoas que não significavam muito para mim.
- V F 41 Acho difícil simpatizar com pessoas que estão sempre inseguras acerca das coisas.
- V F 42 Sou uma pessoas muito simpática e submissa.
- V F 43 O meu mau génio sempre foi a causa principal dos meus problemas.
- V F 44 Não me importo de intimidar os outros para conseguir que eles fazem o que eu quero.
- V F 45 Nos últimos anos, até a mais pequenas das coisas parecia deprimir-me.
- V F 46 O meu desejo de fazer as coisas perfeitas acaba por, quase sempre, as atrasar.
- V F 47 Sou tão sossegado e reservado que a maioria das pessoas nem repara que eu existo.
- V F 48 Gosto de namoriscar com membros do sexo oposto.
- V F 49 Sou uma pessoa sossegada e medrosa.
- V F 50 Sou uma pessoa instável, que muda, constantemente, de ideias e de sentimentos.

- V F 51 Sinto-me muito tenso quando penso nos acontecimentos do dia.
- V F 52 Beber álcool nunca me causou problemas sérios no trabalho.
- V F 53 Ultimamente sinto não ter forças, logo de manhã.
- V F 54 Comecei a sentir-me um falhado há alguns anos atrás.
- V F 55 Fico ressentido com pessoas "convencidas" que têm a mania que conseguem sempre
fazer as coisas melhor do que eu.
- V F 56 Sempre tive um medo terrível de perder o amor das pessoas de quem mais preciso.
- V F 57 Deixo com excessiva facilidade que as pessoas se aproveitem de mim.
- V F 58 Ultimamente, começou a apetecer-me partir coisas.
- V F 59 Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo.
- V F 60 Estou sempre a procurar fazer novos amigos e conhecer pessoas novas.
- V F 61 Controlo bastante bem as minha finanças para estar preparado para qualquer
eventualidade.
- V F 62 Estive na primeira página de várias revistas do ano passado.
- V F 63 Há poucas pessoas que gostem de mim.
- V F 64 Se alguém me criticasse por ter cometido um erro, rapidamente apontaria alguns dos
erros dessa pessoa.
- V F 65 Algumas pessoas dizem que eu gosto de sofrer.
- V F 66 Frequentemente, expesso os meus sentimentos de raiva, acabando por sentir-me
terrivelmente culpado por isso.
- V F 67 Ultimamente, sinto-me agitado e sob grande tensão, mas não sei porquê.
- V F 68 Perco frequentemente a faculdade de sentir quaisquer sensações em partes do meu

- corpo.
- V F 69 Acredito que há pessoas que usam a telepatia para influenciar a minha vida.
- V F 70 Tomar as chamadas drogas ilegais pode ser insensato, mas no passado eu achei que precisava delas.
- V F 71 Sinto-me sempre cansado.
- V F 72 Parece que não consigo dormir e acordo tão cansado como quando fui para a cama.
- V F 73 Tenho feito uma série de coisas estúpidas, impulsivamente, que acabaram por me causar grandes problemas.
- V F 74 Nunca perdoo um insulto nem esqueço um embaraço que alguém me causou.
- V F 75 Devemos respeitar as gerações anteriores e não pensarmos que sabemos mais do que elas.
- V F 76 Presentemente, sinto-me terrivelmente deprimido e triste durante a maior parte do tempo.
- V F 77 Sou do tipo de pessoas de quem os outros se aproveitam.
- V F 78 Esforço-me sempre muito por agradar aos outros, mesmo quando não gosto deles.
- V F 79 Há vários anos que tenho sérios pensamentos de suicídio.
- V F 80 Descubro com facilidade a forma como as pessoas estão a tentar causar-me problemas.
- V F 81 Sempre tive menos interesse pelo sexo do que a maioria das pessoas.
- V F 82 Não consigo compreender porquê, mas pareço gostar de magoar as pessoas que amo.
- V F 83 Há muito tempo que decidi que é melhor ter pouco a ver com as pessoas.

- V F 84 Estou disposto a lutar com unhas e dentes para não deixar que ninguém me roube a liberdade pessoal.
- V F 85 Desde criança sempre tive de estar alerta face a pessoas que tentavam enganar-me.
- V F 86 Quando as coisas começam a tornar-se aborrecidas gosto de fazer algo excitante.
- V F 87 Tenho um problema com o álcool que tem criado complicações a mim e à minha família.
- V F 88 Quando se trata de algo que exige muita paciência, eu sou a pessoa indicada.
- V F 89 Sou provavelmente o pensador mais criativo de entre as pessoas que conheço.
- V F 90 Não vi um único carro nos últimos 10 anos.
- V F 91 Não vejo nada de errado em usar as pessoas para obter aquilo que quero.
- V F 92 A punição nunca me impediu de fazer aquilo que quis.
- V F 93 Há muitas ocasiões em que, sem razão aparente, me sinto muito alegre e cheio de entusiasmo.
- V F 94 Quando era adolescente fugi de casa, pelo menos uma vez.
- V F 95 Digo muitas vezes coisas da boca para fora, que me arrependo de ter dito.
- V F 96 Nas últimas semanas sinto-me exausto, sem razão especial.
- V F 97 Desde há algum tempo que me tenho sentido culpado por já não conseguir fazer bem as coisas.
- V F 98 Há ideias que persistem no meu pensamento, continuamente, sem se irem embora.
- V F 99 Tornei-me bastante desanimado e triste acerca da vida, nos últimos um ou dois anos.

- V F 100 Há já alguns anos, que muitas pessoas têm vindo a espiar a minha vida privada.
- V F 101 Não sei porquê, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros infelizes.
- V F 102 Detesto ou tenho medo da maioria das pessoas.
- V F 103 Expresso abertamente a minha opinião sobre as coisas, sem me importar com o que os outros possam pensar.
- V F 104 Quando alguma figura de autoridade insiste para que eu faça algo, é provável que o não faça, ou que o faça mal de propósito.
- V F 105 O meu hábito de abuso de drogas levou-me, no passado, a faltar ao trabalho.
- V F 106 Estou sempre disposto a ceder aos outros para evitar desacordos.
- V F 107 Estou frequentemente irritado e rabugento.
- V F 108 Já não tenho forças para ripostar.
- V F 109 Ultimamente, tenho que repensar as coisas vezes sem conta, sem razão aparente.
- V F 110 Penso frequentemente que não mereço as coisas boas que me acontecem.
- V F 111 Uso o meu charme para conseguir a atenção das outras pessoas.
- V F 112 Quando estou sozinho, sinto frequentemente a presença de alguém que não pode ser vista.
- V F 113 Sinto-me á deriva, sem saber para onde vai a minha vida.
- V F 114 Ultimamente, tenho suado muito e tenho-me sentido muito tenso.
- V F 115 Às vezes sinto que devo fazer algo para me magoar a mim ou a outras pessoas.
- V F 116 Já fui injustamente punido pela lei, por crimes que nunca cometi.
- V F 117 Estive muito agitado nas últimas semanas.

- V F 118 Continuo a ter pensamentos estranhos, dos quais gostava de me ver livre.
- V F 119 Tenho muita dificuldade em controlar o impulso para beber em excesso.
- V F 120 A maioria das pessoas pensa que eu não presto para nada.
- V F 121 Consigo ficar muito excitado sexualmente quando luto ou discuto com uma pessoa que ame.
- V F 122 Tenho sido capaz, ao longo dos anos, de manter o meu consumo de álcool no mínimo.
- V F 123 Sempre “testei” os outros para saber até que ponto é que eles são de confiança.
- V F 124 Mesmo quando estou acordado, pareço não notar as pessoas que me rodeiam.
- V F 125 Tenho muita facilidade em fazer amigos.
- V F 126 Certifico-me sempre de que meu trabalho está bem planeado e organizado.
- V F 127 Frequentemente oiço as coisas tão bem que isso me incomoda.
- V F 128 O meu humor parece mudar muito de dia para dia.
- V F 129 Não culpo quem se aproveite de pessoas que não se importam que se aproveitem delas.
- V F 130 Mudei de emprego mais de três vezes nos últimos anos.
- V F 131 Tenho muitas ideias que estão avançadas no tempo.
- V F 132 Há já algum tempo que me venho sentindo triste e melancólico e não consigo sair deste estado.
- V F 133 Penso que é sempre melhor procurar ajuda para tudo aquilo que faço.
- V F 134 Zango-me frequentemente com as pessoas que fazem as coisas devagar.

- V F 135 Fico realmente chateado com as pessoas que esperam que eu faça aquilo que não quero fazer.
- V F 136 Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado que poderei fazer algo terrível a mim próprio.
- V F 137 Nunca me isolo quando estou numa festa.
- V F 138 Dizem-me que eu sou uma pessoa correcta e com sentido de moral.
- V F 139 Por vezes fico confuso e sinto-me incomodado quando as pessoas são simpáticas comigo.
- V F 140 O meu consumo das chamadas drogas ilegais tem levado a discussões familiares.
- V F 141 Fico muito pouco à vontade nos contactos com o sexo oposto.
- V F 142 Há membros na minha família que dizem que eu sou egoísta e que só penso em mim.
- V F 143 Não me importo que as pessoas não se interessem por mim.
- V F 144 Francamente, minto com frequência para não ter chatices.
- V F 145 As pessoas podem mudar facilmente as minha ideias mesmo que já considere que estou decidido.
- V F 146 Há pessoas que me tentaram "tramar", mas eu tenho força de vontade suficiente para as neutralizar.
- V F 147 Os meus pais diziam-me frequentemente que eu não prestava.
- V F 148 Faço frequentemente as pessoas zangarem-se, mandando nelas.
- V F 149 Tenho um grande respeito pelos que me são hierarquicamente superiores.
- V F 150 Não tenho laços pessoais fortes com praticamente nenhuma pessoa.

- V F 151 Disseram-me no passado que ficava demasiadamente interessado e entusiasmado com demasiadas coisas.
- V F 152 Voei sobre o Atlântico trinta vezes no ano passado.
- V F 153 Acredito no ditado "deitar cedo e cedo erguer..."
- V F 154 Mereço o sofrimento que tenho experimentado na minha vida.
- V F 155 Os meus sentimentos em relação às pessoas importantes da minha vida passam frequentemente do amor ao ódio.
- V F 156 Os meus pais estavam sempre em desacordo um com o outro.
- V F 157 Já me aconteceu beber dez ou mais bebidas sem ficar bêbado.
- V F 158 Nos grupos sociais fico quase sempre excessivamente consciente de mim próprio e muito tenso.
- V F 159 Tenho em grande conta as regras, porque elas são um bom guia de acção.
- V F 160 Desde criança que tenho vindo a perder o contacto com a realidade.
- V F 161 Raramente sinto algo com intensidade.
- V F 162 Costumava ser muito inquieto, viajando de lugar para lugar sem saber aonde iria parar.
- V F 163 Não suporto as pessoas que chegam atrasadas aos encontros.
- V F 164 Há pessoas manhosas que frequentemente tentam ficar com os louros das coisas que fiz ou pensei.
- V F 165 Fico muito irritado se as pessoas exigem que eu faça as coisas à maneira delas e não à minha.
- V F 166 Tenho capacidade para ter sucesso em quase tudo o que faça.

- V F 167 Ultimamente, tenho-me sentido a desfazer em pedaços.
- V F 168 Pareço encorajar as pessoas que amo a magoar-me.
- V F 169 Nunca tive nenhum pelo nem na cabeça nem no corpo.
- V F 170 Quando estou com outras pessoas gosto de ser o centro das atenções.
- V F 171 Pessoas pelas quais, inicialmente tive uma grande admiração, acabaram por me
desapontar muito.
- V F 172 Sou do tipo de pessoas capaz de se dirigir a alguém e dar-lhe uma
descompostura.
- V F 173 Prefiro estar com pessoas que me protejam.
- V F 174 Houve muitos períodos na minha vida em que estava tão contente e gastei
tanta
energia que me fui abaixo.
- V F 175 No passado, tive dificuldades em evitar o abuso de drogas ou álcool.

ERes (p) - Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 5, a opção que melhor descreve a sua opinião sobre esta sessão

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Concordo Um Pouco</i>	<i>Concordo</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Concordo Muito</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1. Sinto que valeu a pena ter vindo a esta sessão	1	2	3	4	5	
2. NÃO fiquei satisfeito com aquilo que recebi desta sessão	1	2	3	4	5	
3. Penso que esta sessão foi produtiva	1	2	3	4	5	
4. NÃO creio que esta sessão tenha sido importante	1	2	3	4	5	
5. Penso que estivemos num impasse na nossa relação	1	2	3	4	5	
6. Sinto que esta sessão foi útil	1	2	3	4	5	

ERES (t') - Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 5, a opção que melhor descreve a sua opinião sobre esta sessão

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Concordo Um Pouco</i>	<i>Concordo Moderadamente</i>	<i>Concordo Muito</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1. NÃO creio que esta sessão tenha sido importante	1	2	3	4	5
2. Penso que estivemos num impasse na nossa relação	1	2	3	4	5
3. Sinto que esta sessão foi útil	1	2	3	4	5
4. Sinto que esta sessão valeu a pena	1	2	3	4	5
5. NÃO fiquei satisfeito(a) com o resultado desta sessão	1	2	3	4	5
6. Penso que esta sessão foi produtiva	1	2	3	4	5

WAI-S-ad (p)ⁱⁱ - Os itens seguintes reflectem a sua relação de trabalho com o(a) seu (sua) terapeuta baseada na sessão mais recente, isto é, o modo como pode pensar ou sentir acerca do(a) seu (sua) terapeuta. Avalie cada item assinalando o número apropriado, numa escala de 1 a 7, em termos da forma como se sentiu relativamente a **esta sessão**.

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Muito Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. O(a) meu (minha) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que eu preciso de fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação	1	2	3	4	5	6	7
2. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas	1	2	3	4	5	6	7
3. Acho que o(a) meu (minha) terapeuta gosta de mim	1	2	3	4	5	6	7
4. O(a) meu (minha) terapeuta não compreende aquilo que eu tento conseguir com a terapia	1	2	3	4	5	6	7
5. Tenho confiança na capacidade do(a) meu (minha) terapeuta para me ajudar	1	2	3	4	5	6	7
6. O(a) meu (minha) terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto que o(a) meu (minha) terapeuta me aprecia	1	2	3	4	5	6	7
8. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
9. O(a) meu (minha) terapeuta e eu confiamos um no outro	1	2	3	4	5	6	7
10. O(a) meu (minha) terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas	1	2	3	4	5	6	7
11. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim	1	2	3	4	5	6	7
12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto	1	2	3	4	5	6	7

WAIS-s (t)ⁱⁱⁱ - Os itens seguintes reflectem a sua relação de trabalho com o(a) seu (sua) paciente baseada na sessão mais recente, isto é, o modo como pode pensar ou sentir acerca do(a) seu (sua) paciente. Avalie cada item assinalando o número apropriado, numa escala de 1 a 7, em termos **da forma como se sentiu relativamente a esta sessão.**

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Por vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Muito Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. O(a) meu (minha) paciente e eu estamos de acordo acerca das coisas que ele(a) precisa de fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação	1	2	3	4	5	6	7
2. O que o meu(minha) paciente faz na terapia permite-lhe ver o seu problema de novas formas	1	2	3	4	5	6	7
3. Acho que o(a) meu(minha) paciente gosta de mim	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu não compreendo aquilo que o(a) meu(minha) paciente tenta conseguir com a terapia	1	2	3	4	5	6	7
5. Tenho confiança na minha capacidade para ajudar o(a) meu(minha) paciente	1	2	3	4	5	6	7
6. O(a) meu(minha) paciente e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados	1	2	3	4	5	6	7
7. Aprecio o(a) meu(minha) paciente enquanto pessoa	1	2	3	4	5	6	7
8. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante ele(a) trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
9. O(a) meu(minha) paciente e eu confiamos um no outro	1	2	3	4	5	6	7
10. O(a) meu(minha) paciente e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os seus problemas	1	2	3	4	5	6	7
11. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(minha) paciente	1	2	3	4	5	6	7
12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o seu problema é correcto	1	2	3	4	5	6	7

Strategy-Related Operations Self-Efficacy Scales (SROSES)

O seguinte questionário aborda as suas crenças acerca da sua capacidade de desempenhar várias operações terapêuticas. Agradecemos que seja honesto/a e franco/a nas respostas para que estas melhor retratem as suas crenças acerca das suas capacidades actuais, em vez de como gostaria de ser visto/a agora, ou no futuro. Não existem respostas certas ou erradas às questões apresentadas. Coloque um círculo em volta do número que melhor reflecte a sua resposta a cada questão.

Quão confiante se sente na sua capacidade de promover as seguintes estratégias gerais, de forma eficaz, com a maioria dos seus pacientes durante a próxima semana?

	Nenhuma confiança									Extrema confiança
1.Reconhecer que é capaz de lidar de forma autónoma com os futuros desafios da vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.Perceber as suas experiências problemáticas à luz das circunstâncias do passado ou do presente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.Tomar consciência de diferentes partes os necessidades de si próprio/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.Perceber que ele/a pode promover ou dificultar a satisfação das suas necessidades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.Antecipar recursos para lidar com cenários futuros para além da conclusão do processo terapêutico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.Generalizar a expressão da sua identidade nas diferentes áreas da sua vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.Motivar-se para abordar os seus problemas do ponto de vista psicológico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.Projectar-se no futuro efectiva e afectivamente relacionando-se consigo próprio(a), com os outros e com o mundo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.Aperceber-se de como se sente, como pensa ou como age em situações relevantes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.Integrar diferentes partes ou necessidades num todo congruente e suficientemente satisfeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.Compreender o que procura alcançar quando age de formas que acabam por lhe criar dificuldades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.Agir no seu 12.Agir no seu quotidiano de forma a exprimir-se com clareza em congruência com as suas necessidades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.Compreender quando e como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades habituais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Nenhuma confiança										Extrema confiança
14.Sentir esperança de que pode melhorar com a ajuda da psicoterapia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
15.Cuidar-se emocionalmente no que respeita à expressão da sua identidade e crescimento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
16.Sentir um clima de segurança e confiança na minha capacidade para o/a ajudar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
17.Ampliar a consciência das formas como ele(a) se relaciona com os outros e os outros com ele(a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
18.Explorar ou experienciar o impacto que situações relevantes têm em si.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
19.Formular novas ligações ou explicações plausíveis para as suas atitudes ou comportamentos problemáticos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
20.Manifestar curiosidade e interesse em observar as formas como se trata a si mesmo/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
21.Superar os processos que dificultam a consciência da experiência.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
22.Identificar padrões existentes nos seus modos habituais de funcionamento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
23.Reconhecer que ele/a poder ser o agente activo das suas próprias escolhas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
24.Aceitar momentos de vulnerabilidade ou conflito na vivência da sua identidade.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
25.Lidar eficazmente com as situações e simultaneamente respeitar as suas necessidades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
26.Integrar experiências do passado, presente e da antecipação do futuro numa narrativa coerente de si mesmo/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
27.Gerir obstáculos internos ou externos à afirmação da sua identidade.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
28.Escolher estilos de vida que lhe permitam viver o presente e promover o seu desenvolvimento pessoal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
29.Sentir-se numa relação de colaboração comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
	Nenhuma confiança										Extrema confiança

30. Assumir o compromisso por respeitar as suas necessidades, quer elas correspondam, ou não, às expectativas dos outros.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Negociar a estrutura e as regras do processo terapêutico no sentido de o tornar possível.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Desenvolver ou fortalecer relações/situações que apoiem as suas escolhas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Assumir responsabilidade por cuidar de si, experimentando mobilizar recursos internos ou externos nesse sentido.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Lidar com obstáculos internos ou externos à consolidação da sua identidade e crescimento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Fortalecer a sensação de coerência e de sentido na sua vida como um todo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CASES-G (Counselor Activity Self-efficacy Scales)

Instruções gerais: O seguinte questionário subdivide-se em três partes. Cada uma das partes aborda as suas crenças acerca da sua capacidade de desempenhar vários comportamentos terapêuticos ou, lidar com questões terapêuticas particulares. Agradecemos que seja honesto e franco nas respostas para que estas melhor retratem as suas crenças acerca das suas capacidades actuais, em vez de como gostaria de ser visto agora, ou no futuro. Não existem respostas certas ou erradas às questões apresentadas. Coloque um círculo em volta do número que melhor reflecte a sua resposta a cada questão.

Parte I. Instruções: Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências de ajuda, de forma eficaz, com a **maioria** dos seus clientes, durante a próxima semana?

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências gerais, de forma eficaz, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
1. **Prestar atenção** (orientar-se fisicamente para o/a cliente).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. **Escuta activa** (captar e compreender as mensagens que os clientes comunicam).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. **Reformular** (repetir ou parafrasear o que o/a cliente disse, de forma sucinta, concreta e clara).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. **Questões abertas** (levantar questões que ajudem os clientes a clarificar ou explorar os seus pensamentos ou sentimentos).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. **Reflexão de sentimentos** (repetir ou parafrasear

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

afirmações do cliente com uma ênfase nos sentimentos dele/a).

6. **Auto-revelação para explorar** (revelar informação pessoal, acerca da sua história, credenciais ou sentimentos).

7. **Silêncio intencional** (utilizar o silêncio de forma a permitir que o cliente entre em contacto com os seus pensamentos ou sentimentos).

8. **Desafios** (apontar discrepâncias, contradições, defesas ou crenças irracionais das quais o cliente não tem consciência ou que ele/ela não quer ou não consegue mudar).

9. **Interpretar** (fazer afirmações que vão além do que o cliente disse explicitamente e que devolvem ao cliente uma nova forma de ver o seu comportamento, pensamentos ou sentimentos).

10. **Auto-revelação para promover insight** (revelar experiências passadas suas em que ganhou algum insight pessoal).

11. **Imediaticidade** (revelar sentimentos *imediatos* que tem acerca do cliente, da relação terapêutica ou de si em relação com o/a cliente).

12. **Dar informação** (ensinar ou fornecer ao/à cliente dados opiniões, factos, recursos, ou respostas a questões).

Parte I (cont.)

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes competências gerais, de forma eficaz, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <p>13. Orientação directa(dar sugestões, directrizes ou conselhos ao/à cliente sobre o curso de acção a tomar)</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <p>14. Role Play e ensaio comportamental (auxiliar o/ a cliente a interpretar papéis ou a ensaiar comportamentos em sessão).</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <p>15. Trabalho de casa (desenvolver e prescrever tarefas terapêuticas para os/as clientes experimentarem entre as sessões).</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Parte II. Instruções: Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes tarefas específicas, de forma eficaz, com a **maioria** dos seus clientes, durante a próxima semana?

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quão confiante se sente na sua capacidade de utilizar as seguintes tarefas específicas, de forma eficaz, com a maioria dos seus clientes, durante a próxima semana?

1. Manter as sessões orientadas e focadas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Responder com a melhor competência de ajuda, em função do que o seu/ a sua cliente necessita em determinado momento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Ajudar o seu/ a sua cliente a explorar os seus pensamentos, sentimentos e acções.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Ajudar o seu/ a sua cliente a falar das suas preocupações a um nível profundo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Saber o que dizer ou fazer a seguir ao seu/à sua cliente falar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Ajudar o seu/ a sua cliente a estabelecer objectivos terapêuticos realistas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Ajudar o seu/ a sua cliente a compreender os seus pensamentos, sentimentos e acções.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Construir uma conceptualização clara do seu/ da sua cliente e das suas dificuldades.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

9. Manter-se consciente das suas intenções (i. e, os propósitos das suas intervenções) durante as sessões.

10. Ajudar o seu/ a sua cliente a decidir que acções empreender relativamente aos seus problemas.

Parte III. Instruções: Quão confiante se sente na sua capacidade de trabalhar de forma eficaz, durante a próxima semana, com um cliente que...

	Nenhuma confiança			Alguma confiança				Muita confiança		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Quão confiante se sente na sua capacidade de trabalhar de forma eficaz, durante a próxima semana, com um cliente que...

1. Está clinicamente deprimido/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Foi abusado/a sexualmente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Está suicida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Experienciou recentemente um acontecimento de vida traumático (e.g., dano ou abuso físico ou psicológico).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Está extremamente ansioso/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Mostra sinais de pensamento severamente perturbado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Considera sexualmente atraente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Está a lidar com assuntos que você pessoalmente considera difíceis de lidar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Tem um conjunto de valores ou crenças que entram em	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

conflito com os seus (e.g., relativamente a religião, papéis e género).

10. Difere de si de forma ou formas significativas

(e.g., raça, etnia, género, idade, classe social).

11. Não tem gramática psicológica nem é introspectivo.

12. Está sexualmente atraído/a por si.

13. Perante o qual tem reacções negativas

(e.g., aborrecimento, irritação).

14. Está num impasse em terapia.

15. Quer mais de si do que aquilo que você está disposto/ a

dar (e.g., em termos de frequência de contactos ou prescrições de resolução de problemas).

16. Demonstra comportamentos manipuladores em sessão.

(Lent, Hill & Hoffman, 2003); (Tradução Portuguesa: Lamares, I. & Conceicao, N., 2012)

ANEXOS C

ALFAS DE CRONBACH

Tabela 2
CORE-5: Clinical Outcome in Routine Evaluation
 Estudo da Consistência Interna:
 Coeficientes Alfa de Cronbach

Coeficientes Alfa de Cronbach estandardizados																		
Variáveis	Nº Itens	M1 N=19	M2 N=19	M3 N=19	M4 N=19	M5 N=17	M6 N=17	M7 N=16	M8 N=16	M9 N=14	M10 N=15	M11 N=15	M12 N=13	M13 N=13	M14 N=12	M15 N=11	M16 N=9	M17 N=8
CORE- 5	5	0,62	0,86	0,87	0,61	0,86	0,90	0,82	0,85	0,83	0,77	0,78	0,83	0,84	0,82	0,89	0,87	0,69

Tabela 3
ERES-P, Session evaluation Outcome, patient form
 Estudo da Consistência Interna:
 Coeficiente Alfa de Croanbach

Coeficientes Alfa de Croanbach estandardizados																		
Variáveis	Nº Itens	M1 N=19	M2 N=19	M3 N=19	M4 N=19	M5 N=19	M6 N=19	M7 N=19	M8 N=19	M9 N=19	M10 N=19	M11 N=19	M12 N=19	M13 N=14	M14 N=12	M15 N=12	M16 N=9	M17 N=8
ERES(P)	6	0,625	0,930	0,558	0,580	0,928	0,954	0,953	0,893	0,948	0,901	0,946	0,938	0,891	0,613	0,150	0,379	0,614

ANEXOS D

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Tabela 1

Variável Perturbação (VP) do *MCMI-II* (N=12)

Estudo Pré e Pós intervenção: diferença entre primeiro e último momento de aplicação (início e final do processo terapêutico) da variável perturbação do *MCMI-II*
(Teste de Sinais)

		Análise descritiva de Ordens				
		N	Média das ordens	Somatório	Z	Sig,
		das ordens				
VP2-VP1	1.Ordens negativos	5	6,80	34,00	-0,392	0,695
	2.Ordens positivos	7	6,29	44,00		
	3.Sem diferença	0				

Notas: Ordens negativas: variável no segundo momento inferior a variável no primeiro momento;
Ordens positivas: variável no segundo momento superior a variável no primeiro momento;

Tabela 2

Análise descritiva primeiro momento, segundo momento e variável mudança do *CORE-OM*
(*Clinical Oucomet Routine Evaluation*)

Estatística Descritiva

		Estatística Descritiva				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1º Momento	W1	12	,75	3,25	2,0167	,77056
	P1	12	,42	2,92	1,8958	,86476
	F1	12	,75	2,17	1,4025	,47566
	R1	12	,00	1,92	,4383	,62367
	TI1	12	,50	2,21	1,5008	,56995
	TMENR1	12	,17	2,57	1,5983	,78381
2º Momento	W2	12	,25	2,75	1,5275	,78060
	P2	12	,17	2,82	1,4925	,82849
	F2	12	,67	2,25	1,4258	,51553
	R2	12	,00	,33	,0833	,13221
	TI2	12	,32	1,85	1,2283	,52758
	TMENR2	12	,39	2,25	1,4783	,63293
	Mud_w1	12	-1,50	1,16	-,4892	,86065
	Mud_p	12	-2,09	1,25	-,4033	1,06647
	Mud_f	12	-1,00	1,00	,0233	,63056
	Mud_r	12	-1,59	,17	-,3550	,53412
	Mud_ti	12	-1,27	,97	-,2725	,71582
	Mud_tir	12	-1,43	1,51	-,1200	,97233

Nota: W: bem-estar subjectivo, F:funcionamento; P:problemas; R:risco; TI:total de itens; TI-R: Total de itens menos risco; Mud_: variável mudança (diferença entre o segundo e o primeiro momentos de aplicação dos questionários)

Tabela 3*CORE-OM: Clinical Outcome Routine Evaluation, N=12*

Estudo Pré e Pós: diferença entre primeiro e último momento de aplicação (início e fim do processo terapêutico) do CORE-OM

Teste de Sinais

Análise descritiva de Ordens: Teste de sinais						
		N	Média das ordens	Somatório das ordens	Z	Sig.
W2-W1	1.Ordens negativos	9	6,06	54,50	0,1916	0,055
	2.Ordens positivos	2	5,75	11,50		
	3.Sem diferença	1				
	4.Total	12				
P2-P1	1.Ordens negativos	9	6,11	55,00	1,255	0,209
	2.Ordens positivos	3	7,67	23,00		
	3.Sem diferença	0				
	4.Total	12				
F2-F1	1.Ordens negativos	4	7,13	28,50	0,401	0,689
	2.Ordens positivos	7	5,36	37,50		
	3.Sem diferença	1				
	4.Total	12				
R2-R1	1.Ordens negativos	6	4,42	36,50	2,117	0,043
	2.Ordens positivos	1	1,50	1,50		
	3.Sem diferença	5				
	4.Total	12				
TI2-TI1	1.Ordens negativos	9	6,22	56,00	1,334	0,182
	2.Ordens positivos	3	7,33	22,00		
	3.Sem diferença	0				
	4.Total	12				
(TI-R)2 – (TI-R)1	1.Ordens negativos	8	5,75	46,00	0,549	0,583
	2.Ordens positivos	4	8,00	32,00		
	3.Sem diferença	0				
	4.Total	12				

Notas: Ordens negativas: variável no segundo momento inferior a variável no primeiro momento; Ordens positivas: variável no segundo momento superior a variável no primeiro momento; W: bem-estar subjectivo, F:funcionamento; P:problemas; R:risco; TI:total de itens: TI-R: Total de itens menos risco;

Tabela 4
Análise descritiva do BSI (*Brief Symptom Inventory*)

Estatística Descritiva					
Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
GSI1	13	,38	2,87	1,3662	,69328
GSI2	13	,08	3,08	,9985	,89816
Mud_gsi	13	-1,43	2,29	-,3677	,91420

Nota: GSI (índice de gravidade global); mud_ (variável mudança, diferença entre segundo e primeiro momento de aplicação do questionário).

Tabela 5

GSI: Índice de Gravidade Global do BSI (*Brief Symptom Inventory*), N=13

Estudo Pré e Pós: diferença entre primeiro e último momento de aplicação (início e fim do processo terapêutico) do GSI
Teste de Sinais

Análise descritiva de Ordens						
		N	Média das ordens	Somatório das ordens	Z	Sig.
GSI2-GSI1	1.Ordens negativos	11	6	66,00	-2,118	0,034
	2.Ordens positivos	1	12	12,00		
	3.Sem diferença	1				
	4.Total	13				

Nota: GSI2 (índice de gravidade global no segundo momento de aplicação); GSI1 (índice de gravidade global no primeiro momento de aplicação); Ordens negativos: GSI no segundo momento de aplicação inferior a GSI no primeiro momento de aplicação; Ordens positivos: GSI no segundo momento de aplicação superior a GSI no primeiro momento de aplicação.

Tabela 6
CORE-5: Clinical Outcome Routine Evaluation
 Estatística descritiva

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
CORE1	19	,600	3,800	1,67368	,786583
CORE2	19	,400	3,200	1,54737	,741896
CORE3	19	,000	3,200	1,32632	,921859
CORE4	19	,000	2,400	1,20000	,596285
CORE5	17	,000	2,800	1,04706	,810954
CORE6	17	,000	4,000	1,18824	,996169
CORE7	16	,000	2,600	1,11250	,765833
CORE8	16	,000	2,400	1,20000	,842219
CORE9	14	,000	2,000	1,00000	,656330
CORE10	15	,000	2,200	1,13333	,715808
CORE11	15	,000	1,800	,95000	,544124
CORE12	13	,000	2,400	1,06154	,689853
CORE13	13	,200	2,800	1,16923	,799359
CORE14	12	,000	2,200	1,03333	,625712
CORE15	11	,000	2,600	,90909	,801816
CORE16	9	,000	2,400	1,11111	,895048
CORE17	8	,200	2,200	1,30000	,701020

Tabela 7
ERES(P): Session Evaluation Outcome, patient form
 Estatística descritiva

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EP1	19	2,67	4,33	3,8351	,49820
EP2	19	,00	5,00	3,9053	1,01782
EP3	19	2,83	4,67	3,8772	,49016
EP4	19	2,67	4,83	3,9211	,51928
EP5	19	1,00	5,00	3,8456	1,07015
EP6	19	,00	4,83	3,1667	1,76296
EP7	19	,00	4,33	2,9123	1,82690
EP8	19	,00	4,33	3,3333	1,53759
EP9	19	,00	5,00	2,8246	2,03403
EP10	19	,00	4,83	2,9825	1,86496
EP11	19	,00	5,00	2,8070	2,01174
EP12	19	,00	5,00	3,7684	1,27335
EP13	14	,00	6,00	3,6310	1,39164
EP14	12	3,67	4,33	4,1528	,21856
EP15	12	3,00	3,67	3,5556	,20515
EP16	9	2,83	4,67	3,9630	,51893
EP17	8	2,83	4,50	4,0708	,53197

Tabela 8
CASES: Counselor Activity Self-Efficacy Scales
 Estatística descritiva

		Estatística Descritiva				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1º Momento	C.aj	10	1,93	7,00	4,9200	1,90095
	C.insight1	10	1,00	6,50	4,0167	2,19349
	C.exploração1	10	4,00	7,80	6,2400	1,56006
	C.acção1	10	,50	8,50	4,6250	2,42169
	A.e.gest sess1	10	1,70	7,90	4,8589	2,15993
	A.e.desafios ter 1	10	,56	6,94	4,3563	2,11293
	Conf relac1	10	,70	7,30	4,5600	2,03426
	Distress pac1	10	,33	7,33	4,0167	2,44122
2º Momento	C.ajuda2	10	2,67	7,07	5,1333	1,42326
	C.insight2	10	1,50	6,50	4,0167	1,51423
	C.exploração 2	10	3,80	8,40	6,5400	1,62768
	C.acção 2	10	2,75	6,50	5,0500	1,36321
	A.e.gest sess2	10	2,40	7,80	5,3800	1,76182
	A.e.desafios ter2	10	1,25	6,25	4,3750	1,58717
	Conf relac 2	10	,70	7,30	4,5600	2,03426
	Distress pac2	10	1,17	7,33	4,4667	1,81693
3º Momento	C.ajuda 3	10	5,07	7,73	6,7071	,82707
	C.insight 3	10	4,00	7,33	6,0000	1,19412
	C.exploração 3	10	6,60	9,00	7,7150	,67415
	C.acção 3	10	4,25	7,25	6,5250	,91629
	A.e.gest sess3	10	4,10	7,50	6,5200	1,23270
	A.e.desafios ter 3	10	2,31	6,94	5,7438	1,48003
	Conf relac 3	10	2,40	7,60	6,0000	1,57762
	Distress pac 3	10	2,17	6,50	5,3167	1,47709

Nota: CAJ (competências de ajuda: incluem competências de insight, de exploração e de acção);C.I (competências de insight);C.E (competências de exploração);C.A (competências de acção);AE.GS (auto-eficácia na gestão de sessão);AE.DT (auto-eficácia nos desafios terapêuticos);CR (conflitos relacionais);DP (mal estar do paciente);

Tabela 9
SROSES: Strategy-related Operations Self-Efficacy Scales
 Estatística descritiva

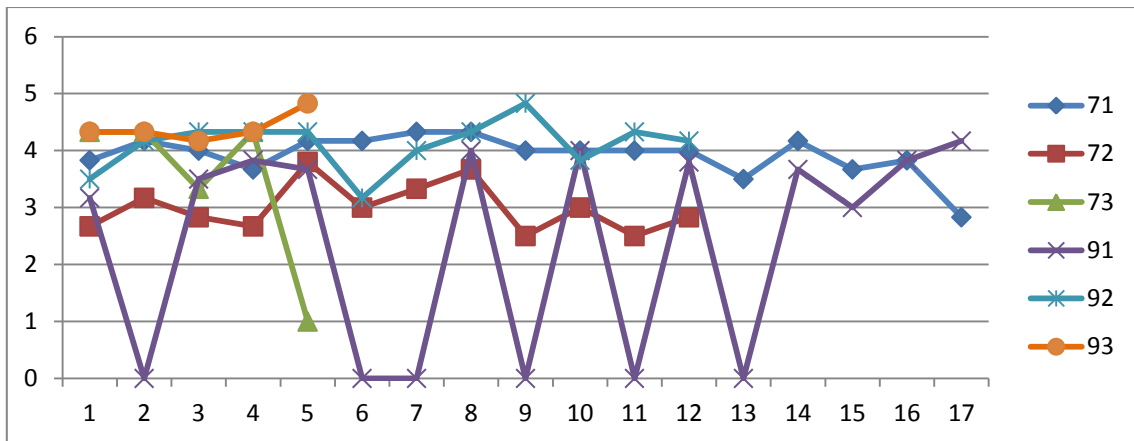
		Estatística Descritiva				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1º MOMENTO APLICAÇÃO	C1	10	1,40	8,00	5,2750	2,17374
	C2	10	1,00	8,00	5,2400	2,14745
	C3	10	,60	7,20	4,6200	1,89138
	C4	10	,40	7,00	4,2000	1,95050
	C5	10	,00	7,60	3,7800	2,20595
	C6	10	,20	7,20	3,9000	1,97146
	C7	10	,00	8,40	4,0550	2,45973
2º MOMENTO APLICAÇÃO	C1	10	3,60	7,60	6,0800	1,07166
	C2	10	3,40	8,00	6,3200	1,40855
	C3	10	2,00	7,80	5,5600	1,51379
	C4	10	2,20	7,60	5,7200	1,50022
	C5	10	1,60	7,40	4,8400	1,53710
	C6	10	2,00	7,40	4,9200	1,36366
	C7	10	1,40	7,60	4,5750	1,62605
3º MOMENTO APLICAÇÃO	C1	10	5,80	8,20	7,1800	,64256
	C2	10	5,20	7,80	6,6000	,83267
	C3	10	4,60	7,40	6,3200	,96701
	C4	10	4,40	7,40	6,2200	1,10935
	C5	10	3,80	8,20	5,8000	1,36626
	C6	10	4,00	8,20	5,9000	1,29701
	C7	10	3,40	8,20	5,9550	1,39452
TOTAL PARA CADA MOMENTO DE APLICAÇÃO	t1	10	,51	7,46	4,4386	2,05321
	t2	10	5,12	5,69	5,4039	,17823
	t3	10	5,95	6,77	6,2421	,25347

Nota: C1(competência 1: confiança, motivação e estruturação da relação); C2 (competência 2: ampliação da consciência da experiência e do *self*); C3 (competência 3: construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*); C4 (competência 4: regulação da responsabilidade); C5 (competência 5: implementação de ações reparadoras);C6 (competência 6: consolidação da mudança); C7 (competência 7:antecipação do futuro e prevenção da recaída); Competências do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática.

ANEXOS E

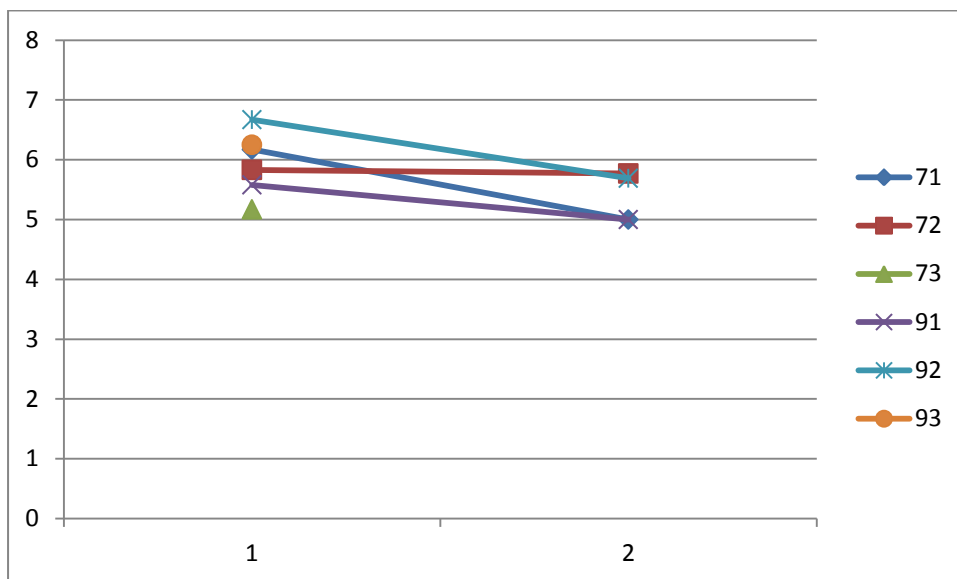
GRÁFICOS DOS ESTUDOS DE CASO

Figura 1: Avaliação do *ERES(P (Session Evaluation Outcome, patient form)* para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



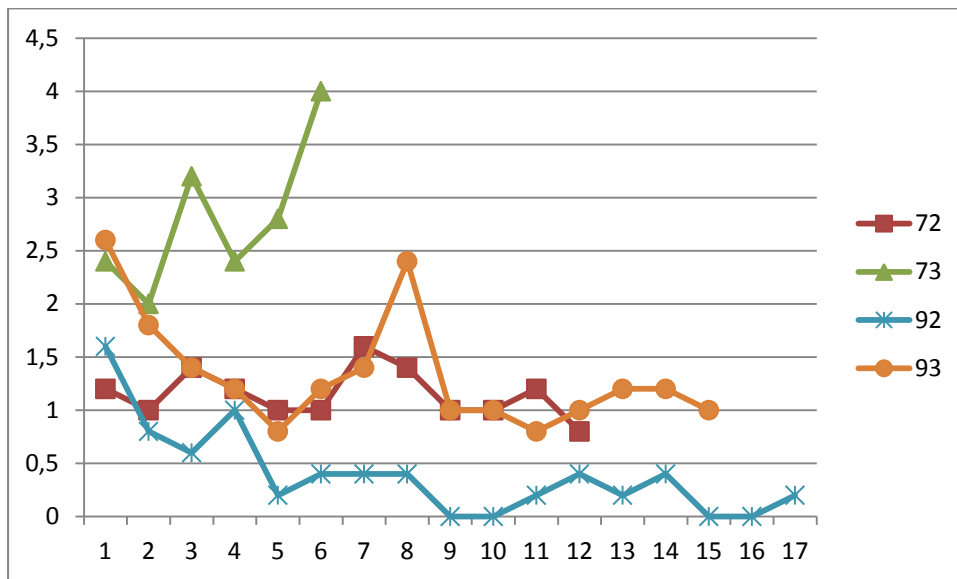
Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia; 71e 91 (17 sessões), 72 e 92 (12 sessões), 73 e 93 (6 sessões)

Figura 2: Avaliação da WAIS(P)(Working Alliance Inventory Short Form, patient form) para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



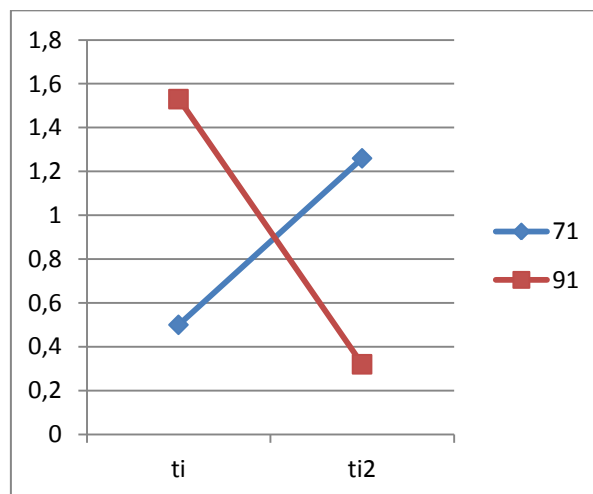
Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia; 71e 91 preencheram a medida em três sessões (5ª, 10ª, 15ª), 72 e 92 preencheram a medida em duas sessões (5ª e 10ª), 73 e 93 preencheram a medida uma vez (5ª sessão)

Figura 3: Avaliação do *CORE-5*(*Clinical Outcome in Routine Evaluation*) para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



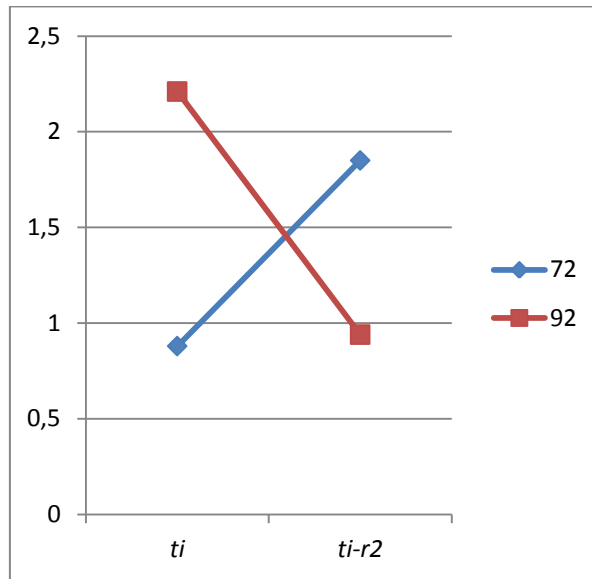
Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia;72 e 92 acompanhados ao longo de 12 sessões, 73 e 93 acompanhados ao longo de 6 sessões

Figura 4: Avaliação do *CORE-OM*(*Clinical Outcome in Routine Evaluation-Ongoing Monitoring*) para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



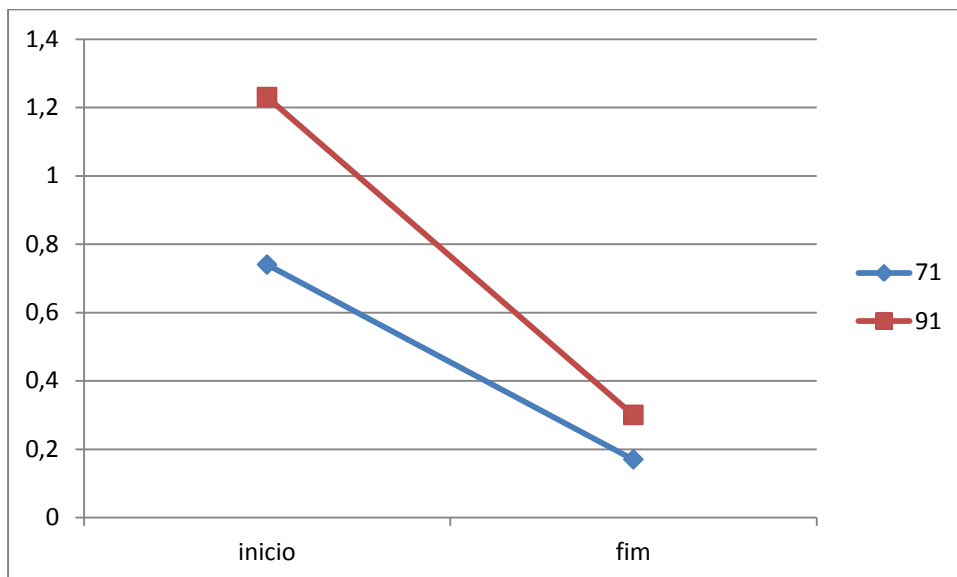
Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia; 71 e 91 início e fim do processo psicoterapêutico, ti: total de itens do questionário.

Figura 4: Avaliação do *CORE-OM* (*Clinical Outcome in Routine Evaluation-Ongoing Monitoring*) para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia; 72 e 92 início e fim do processo psicoterapêutico; t_i .total de itens do questionário.

Figura 4: Avaliação do *GSI* (*índice de gravidade global do Brief Symptom Inventory*) para os casos acompanhados por dois terapeutas em formação



Nota: Terapeuta 7: terapeuta com maior percepção de evolução de auto-eficácia; terapeuta 9: terapeuta com menor percepção de evolução de auto-eficácia; início e fim do processo psicoterapêutico;.
