

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIFERENTES NÍVEIS DE ABSTRAÇÃO NO PROCESSO DE  
TOMADA DE DECISÃO DE PSICOTERAPEUTAS: UM ESTUDO  
MISTO EXPLORATÓRIO DA RELAÇÃO ENTRE TÉCNICAS  
ESPECÍFICAS E ESTRATÉGIAS GERAIS**

**Catarina Lourenço da Conceição Luz**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIFERENTES NÍVEIS DE ABSTRAÇÃO NO PROCESSO DE  
TOMADA DE DECISÃO DE PSICOTERAPEUTAS: UM ESTUDO  
MISTO EXPLORATÓRIO DA RELAÇÃO ENTRE TÉCNICAS  
ESPECÍFICAS E ESTRATÉGIAS GERAIS**

**Catarina Lourenço da Conceição Luz**

**Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Miguel da Silva Conceição**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2014**

## AGRADECIMENTOS

Porque *cada um que passa em nossa vida leva um pouco de nós mesmos e deixa um pouco de si mesmo*, não poderia deixar de agradecer:

Ao professor Nuno Conceição, pela orientação, boa disposição e estimulação do gosto pela investigação em todas as sextas-feiras à tarde deste último ano,

A todos os psicólogos e/ou psicoterapeutas que dispensaram algum do seu tempo a contribuir para esta investigação e oferecendo feedback. Thank you so much!

À professora Ana Ferreira e ao professor Sérgio pela disponibilidade para esclarecer as mais variadas dúvidas de análise estatística com SPSS;

À Joana F. e à Patrícia, pelos momentos de neura e pânico partilhados, pelas dúvidas expostas e resoluções encontradas em conjunto,

À Caroline e à Angélica, por sermos as únicas no bar da faculdade em agosto, por transformarem a hora de almoço em duas ou três e claro, pela ajuda estatística

À D. São e à D. Ju, pelo sorriso sempre presente e pelas palavras motivadoras nas idas recorrentes à reprografia para colocar ordem ao trabalho,

A todas as GIRLS FP pelos cinco anos de amizade maravilhosos e a cada uma em específico, Claudia Pascoal, Inês Murteira, Inês Silva, Joana Teixeira, Mariana Fernandes, Miriam Nunes, Neuza Carolino, Sara Mourinha, Silvia d'Avó & Rita Ferreira, porque *NO MATTER HOW STUPID THE METHOD*.

Em especial à Joana e à Miriam, pela presença constante e por todos os momentos de trabalho, de diversão e de desporto em conjunto no último ano. À Sílvia, pela preocupação, ajuda e por estar presente desde o primeiro dia. À Mariana, pela doçura que trouxe às angústias deste percurso. À Inês, pelo caminho contínuo em conjunto desde há mais de 10 anos.

À minha mãe e irmãos, por conseguirem sempre distrair-me mais que eu própria da escrita deste trabalho. À minha cunhada pela compreensão e ajuda na tomada de decisão. Às minhas sobrinhas por me fazerem sempre sorrir e me darem motivação.

À Ondina, por me ver apenas de fuga todas as manhãs durante dois meses, e aguentar acima de toda a gente, todas as neuras mascaradas em estados emocionais de fúria dirigida;

Ao Guilherme, pela paciência, pelo apoio e segurança transmitidos, pelas tranquilizações e motivações. Pela segurança, compreensão e aceitação incondicionais. Pelas surpresas, e pelo amor,

Um grande, gigante, obrigada!

## **Resumo**

A intervenção psicoterapêutica é muitas vezes concetualizada em três níveis de abstração, com intervenções técnicas específicas, estratégias gerais e abordagens teóricas, que representam o caminho de níveis mais baixos para níveis mais elevados de abstração. As principais diferenças entre as abordagens psicoterapêuticas podem ser encontradas no extremo dessa hierarquia. Por sua vez, as semelhanças podem encontrar-se no nível intermédio de abstração (Goldfried, 1980). O objetivo deste estudo é explorar a relação entre as intervenções técnicas específicas e estratégias gerais. Ao tentar compreender o processo de tomada de decisão clínico em ambiente naturalista, estamos interessados na perspectiva dos terapeutas sobre os processos internos, o que lhes ocorre em mente, quando procuram ser sensíveis às necessidades do paciente. Este estudo utilizou uma metodologia mista.

Por um lado, 58 participantes preencheram dois instrumentos de autorrelato, de forma a avaliar as intervenções técnicas específicas e as estratégias gerais focadas numa sessão específica e recente. A análise quantitativa revelou uma forte relação entre as técnicas específicas, mais frequentemente associadas a oito abordagens teóricas diferentes, e sete estratégias gerais.

Por outro lado, 69 participantes, dos quais 58 pertencentes à amostra mencionada anteriormente, responderam a algumas questões focadas nos seus processos de tomada de decisão, subjacentes a uma decisão clínica específica, numa sessão recente. As análises qualitativas revelaram que as intervenções técnicas específicas, as estratégias gerais e as suas relações tendem a ser influenciadas por fatores associados ao paciente, à abordagem e ao problema. As implicações para a prática clínica e treino de psicoterapeutas são discutidas e são apresentadas sugestões para futuros estudos.

Palavras-chave: Tomada de decisão; integração; investigações sobre processo; técnicas específicas; estratégias gerais; metodologia mista

## SUMMARY

Different levels of abstraction in psychotherapists' decision-making process: a mixed methods study exploring the relationship between specific technical interventions and general strategies.

Psychotherapy intervention is sometimes conceptualized at three different levels of abstraction, with specific technical interventions, general strategies and theoretical approaches representing the pathway from lower to higher levels. The major differences between psychotherapeutic approaches can then be found at the extremes of this continuum. Commonalities instead are best found at the intermediate level of abstraction (Goldfried, 1980). This research project aims at exploring the relationship between specific technical interventions and general strategies. While trying to grasp the decision-making process of the clinician working in naturalistic settings, we are interested in the therapists' perspective about what goes on their minds when they try to be responsive to client's needs. This research use mixed methods.

On the one hand, 58 participants filled two self-report instruments assessing specific technical interventions and general strategies with a focus on a specific recent psychotherapy session. Quantitative analysis revealed a powerful relationship between specific techniques more commonly associated with eight different theoretical approaches and seven general strategies.

On the other hand, 69 participants, 58 of which are the same as the ones mentioned earlier, answered a few questions focusing on their decision-making processes underlying a recent specific clinical decision in that same session. Qualitative analyses showed that specific technical interventions, general strategies and their relationship tend to be influenced by patient, approach and problem factors. Implications for clinical practice and training are discussed and suggestions for future research also presented.

Key-Words: decision-making; integration; process research; specific techniques; general strategies; mixed-methods

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Enquadramento teórico</b> .....	3
Investigação e Prática em Psicoterapia .....	3
Fatores comuns, fatores específicos e movimento integrativo em psicoterapia .....	4
Processo de Mudança: Estratégias Gerais e Técnicas específicas .....	6
Intervenção em Psicoterapia: diferentes níveis de abstração .....	6
Princípios Gerais e Processo de Mudança .....	7
Papel do Terapeuta: Intenções e Tomada de decisão clínica .....	9
Tomada de decisão integrativa: níveis de intervenção no processo de mudança da terapia .....	11
Apresentação do Estudo .....	13
<b>II. Estudo 1</b> .....	<b>15</b>
Metodologia .....	15
Análise de Resultados .....	21
Discussão .....	26
<b>III. Estudo 2</b> .....	<b>29</b>
Metodologia .....	29
Análise de Resultados .....	34
Discussão .....	42
<b>IV. Conclusão Geral</b> .....	<b>45</b>
<b>V. Referências bibliográficas</b> .....	<b>47</b>

## **Índice de Anexos**

Anexo A. Multi

Anexo B. GSI

Anexo C. Questões qualitativas

Anexo D. Categorias de níveis de abstração

Anexo E. Categorias de tomada de decisão

Anexo F. Categorias de satisfação com a decisão

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Caracterização da amostra .....	16
Tabela 2. Consistência interna do MULTI .....	17
Tabela 3 Consistência interna do GSI .....	18
Tabela 4. Frequências descritivas das características das sessões e subescalas .....	21
Tabela 5. Correlações Multi .....	23
Tabela 6. Correlações GSI .....	23
Tabela 7. Correlações Multi x GSI .....	24
Tabela 8. Comparação de grupos .....	25
Tabela 9. Caracterização da amostra .....	31

## **Introdução**

Ao longo da história da psicoterapia, e dentro do treino clínico de psicólogos e psicoterapeutas, a disputa entre diferentes métodos - e subsequentemente diferentes orientações teóricas - tem sido extensa. No entanto, cada vez mais se tem sentido e verificado a procura de fatores transversais a diversos terapeutas e escolas de psicoterapia, que possam explicar a eficácia equiparável entre diversos processos psicoterapêuticos que recorrem a técnicas específicas divergentes.

Goldfried (1980) defende que a procura por semelhanças entre as diferentes orientações teóricas que guiam a psicoterapia se poderá tornar mais acessível se forem considerados diferentes níveis de abstração do que é diretamente observável do processo terapêutico. De acordo com esta ideia, encontram-se ao nível mais alto de abstração as bases teóricas que explicam a mudança e a natureza humana; a um nível intermédio de abstração consideram-se as estratégias clínicas, ou princípios de mudança ao obterem fundamentação empírica; e ao nível mais baixo de abstração então encontram-se as técnicas ou procedimentos clínicos específicos. O autor propõe que será ao nível intermédio, entre teoria e técnica, que existe maior probabilidade de encontrar pontos comuns significativos entre diversas abordagens terapêuticas. Este nível atua como um guia do processo terapêutico que pode ser visto como fruto da interação entre a teoria, a técnica e as características do paciente e do caso que apresenta. Seguindo a ideia de que um princípio pode ser implementado por diferentes técnicas específicas, o mesmo autor alerta para a necessidade de investigação acerca desta interação entre técnicas e princípios gerais. Para alcançar esse objetivo, é necessário começar por explorar de que forma é conduzida esta interação, através da análise do processo de tomada de decisão dos terapeutas no que diz respeito à escolha da sua intervenção em função da sua intenção ou objetivo.

Com este estudo pretende-se assim explorar as relações entre estratégias gerais e técnicas específicas utilizadas em sessão, relacionando-as com a tomada de decisão clínica que lhes está subjacente. Para atingir este objetivo utilizar-se-á uma metodologia híbrida de recolha e análise de dados. A análise quantitativa pretende demonstrar as relações existentes entre a promoção de objetivos em sessão com a utilização de técnicas específicas. Por sua vez, a análise qualitativa prende-se com o objetivo de explorar, através da análise temática, os padrões e processos subjacentes à tomada de decisão clínica. Alguns investigadores em psicoterapia têm recorrido a abordagens qualitativas como uma via através da qual podem desenvolver um

melhor entendimento dos processos de mudança decorrentes em sessão (Levitt, Butler, Hill, 2006).

Assim, pretende-se investigar na população de psicoterapeutas, a utilização de técnicas específicas e estratégias gerais em contexto real de psicoterapia. Para este fim são utilizados dois questionários de auto-relato, *a Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (McCarthy & Barber, 2009) que avalia a utilização de técnicas específicas e o *General Strategies Inventory* (Conceição, 2010), para avaliar a utilização de estratégias gerais. Para além destes, é utilizado um conjunto de questões de resposta aberta que pretende capturar o processo de tomada de decisão dos psicoterapeutas aquando desta integração entre diferentes níveis de abstração. Para tal foi avaliada uma amostra de psicoterapeutas de diversas nacionalidades, seguindo um critério de conveniência, e os dados obtidos foram analisados quantitativamente com recurso ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences 22* (SPSS Inc., Chicago, IL). Para os dados qualitativos recorreu-se ao procedimento de análise temática e ao *software* de análise qualitativa *QSR NVivo 10* ®.

## I. Enquadramento Teórico

### Investigação e Prática em Psicoterapia

A investigação em psicologia tem-se constituído como um forte alicerce no que diz respeito à procura de evidência nos mais variados sentidos. Em psicoterapia, a investigação é vista como mais uma fonte de informação a ser considerada no processo de tomada de decisão clínica, não necessariamente mais importante que as restantes (Safran, Abreu, Ogilvie & DeMaria, 2011; Stewart & Chambless, 2007). Até há pouco tempo, as pesquisas tiveram o seu foco principal na eficácia da psicoterapia, nas comparações entre diversos métodos/teorias e em especial na avaliação de resultados dos processos terapêuticos. Contudo, este tipo de investigação acerca dos resultados psicoterapêuticos parece não despertar interesse na população de clínicos, devido à escassa informação que fornece em relação ao processo, ao que ocorre, em terapia. Registam-se, inclusive, os terapeutas de orientação psicodinâmica como aqueles que menos importância conferem à investigação (Safran *et al.*, 2011). Neste sentido crítico, por exemplo, Pachankis e Goldfried (2007) compararam os estudos anteriores feitos nesta área com os realizados na área de farmacoterapia, evidenciando em comum o intuito final de conhecer os resultados obtidos ou alcançados. Esta divergência de interesses contribui assim para a lacuna existente entre investigação e prática clínica em psicologia. Para além disto, parecem existir ideias erradas (Beutler, 2009) nos investigadores em psicoterapia que se mostram como possíveis entraves ao avanço de descobertas científicas que permitem um maior entendimento dos efeitos da psicoterapia. Através de uma meta análise que compara diferentes estudos, Beutler (2009) procura mostrar a baixa evidência associada a três crenças: a) a psicoterapia seria mais eficaz com a prática total de tratamentos empiricamente validados, b) as terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais são mais eficazes do que outras formas de psicoterapia e c) a relação entre paciente e terapeuta determina os resultados terapêuticos. Deste modo, considera que os investigadores falham ao não ter em atenção a baixa evidência de certas crenças conhecidas sobre tratamentos empiricamente validados. É neste sentido, na procura de uma aproximação entre ciência e prática, que começaram a ser estimuladas as investigações acerca do processo de terapia que permitem aceder aos mecanismos subjacentes à mudança terapêutica. Os processos e mecanismos de mudança revelam-se temas mais relevantes para os terapeutas que os estudos acerca dos resultados em psicoterapia, pois estudos sobre o que ocorre em sessão têm mais significado clínico (Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Safran *et al.*, 2011). São estes que, mediante a investigação acerca dos processos de mudança e dos determinantes desta, se mostram mais importantes para guiar o trabalho dos psicoterapeutas pois é o conhecimento do processo de mudança que permite a promoção do mesmo. Não parece ser

possível construir conclusões sobre resultados em psicoterapia sem ter conhecimento daquilo que se passa entre terapeuta e paciente. Como sugere Doss (2004), a natureza dos processos de mudança permite responder à questão: “Enquanto clínicos, o que podemos fazer para criar mudança?”. A compreensão dos meios através dos quais se promove mudança terapêutica tornou-se ainda mais imperativa com o surgimento do movimento integrativo, da aproximação das diferentes abordagens teóricas. A integração de ideologias/práticas terapêuticas pressupõe a existência de factores comuns subjacentes ao processo terapêutico bem como de princípios ou estratégias gerais subjacentes a diferentes técnicas, contemplando também espaço para técnicas ou procedimentos específicos de cada abordagem. Assim, importa perceber de que forma estes diferentes tipos de ingredientes funcionam, permitindo mudar o foco das investigações e fomentar a investigação acerca do(s) processo(s) e mecanismo(s), para além do resultado final, em psicoterapia.

### **Fatores comuns, fatores específicos e movimento integrativo em psicoterapia**

Ao longo da história da psicoterapia, tal como na investigação e especificamente dentro do treino clínico de psicólogos e psicoterapeutas, a disputa entre diferentes métodos - e subsequentemente diferentes orientações teóricas - tem sido extensa. Segundo Arkowitz (2009) a ideia de que as técnicas psicoterapêuticas são os determinantes mais importantes para o resultado terapêutico foi dominante, e conseqüentemente tem prevalecido a divergência entre orientações que sustentam metodologias diferentes. Os modelos de escola única baseiam-se numa teoria que vai delinear toda a abordagem terapêutica, de modo que a teoria e prática clínica seguem uma linha de pensamento que determina técnicas de intervenção terapêutica específicas. As divergências existentes dizem respeito não só à prática clínica, na qual os terapeutas de uma escola tendem a negligenciar os contributos de escolas diferentes sem procurarem credibilidade nos mesmos, mas também à aprendizagem e formação dos futuros psicólogos e psicoterapeutas que são influenciados a fazer essa mesma escolha.

Contudo, a verificação da eficácia equiparável dos vários modelos de psicoterapia (Rosenweig, 1936; Luborsky et al., 2002) e o crescente número de sistemas psicoterapêuticos facilmente levou a uma insatisfação para com estes e, conseqüentemente, a um interesse pela integração de modelos distintos. Neste sentido, a integração em psicoterapia tem feito progressos no que diz respeito a reconhecer a necessidade de ultrapassar os limites que separam as diferentes orientações teóricas (Eubanks-Carter, Buckel & Goldfried, 2005). Cada vez mais se tem sentido e verificado a procura de fatores transversais a diversos terapeutas e escolas de psicoterapia, que possam explicar a eficácia equiparável entre diversos processos psicoterapêuticos que recorrem a técnicas específicas divergentes (e.g. Lambert, 1992;

Rosenweig, 1936; Wampold, 2010). Os fatores comuns (Grencavage & Norcross, 1990) têm sido assim indicados como explicando uma boa parte da variância dos resultados da psicoterapia, comparativamente aos fatores técnicos específicos. Para além destes, a relação ou aliança terapêutica, conceptualizada de acordo com cada escola teórica (e.g. Gaston, Goldfried, Greenberg, Horvath, Raue & Watson, 1995), tem sido um dos fatores mais relevantes para as investigações, e considerada a que melhor prediz os resultados em psicoterapia. Norcross (2011) explorou os fatores associados aos resultados em psicoterapia, concluindo que 60% da variância é explicada por: variáveis do paciente (30%), relação terapêutica (12%), método de intervenção (8%), variáveis do terapeuta (7%) e outros fatores (3%). Desta forma, e de acordo com resultados da investigação em psicoterapia (Castonguay & Beutler, 2005; Norcross, 2011), o contributo das técnicas específicas parece ser menos importante para os resultados dos processos de psicoterapia em comparação com fatores comuns a todas as formas de psicoterapia. Ainda assim, já Garfield (1971; 1997) afirmava que, para uma terapia eficaz e para a explicação do processo de mudança, são necessários tanto os fatores terapêuticos comuns como técnicas específicas selecionadas para cada paciente em particular.

Desta forma, a criação de modelos “integrativos” foi crescendo gradualmente, com o seu foco principal nas variáveis do paciente, do terapeuta e do problema. Segundo O’Hara (2012), é o paciente e o terapeuta que devem ser centrais à terapia e não a sua modalidade. Estes modelos pretendem incorporar vertentes teóricas e práticas das diferentes abordagens já conhecidas de forma a otimizar o processo terapêutico e muitos têm sido os modelos adotados (Castonguay & Beutler, 2006; Schottenbauer, Glass & Arnkoff, 2005). Diferem entre si no modo como conceptualizam a integração, que se pode revelar a um nível mais teórico e na procura de semelhanças, ao que se dá o nome de integrativo, ou a um nível mais prático e empírico, a que se denomina de eclético. Representando estas formas de integrar teorias e métodos, surgem os *modelos de fatores comuns*, que se referem a “aspectos efetivos do tratamento partilhados por diversas formas de psicoterapia” (Weinberger, 1993). As ideologias, a formulação de eventos psicológicos, personalidade do terapeuta, as características do paciente e a relação terapêutica têm sido apontados como fatores comuns considerados mais significativos para o sucesso em terapia que os fatores únicos (Rosenweig, 1936). Os fatores mencionados consideram-se estar presentes em todas as formas de psicoterapia sendo grandes impulsionadores de mudança e assim, contribuirão maioritariamente ao sucesso da terapia. Os *modelos de integração teórica* (e.g. Prochaska & DiClemente, 2005; Wachtel, Kruck, & McKinney, 2005), resultam da combinação de duas ou mais abordagens teóricas de forma a construir uma estrutura mais abrangente, que alcance um melhor desempenho em psicoterapia

– já que é constituída pelas forças de cada abordagem teórica com que interage. Baseiam-se na ideia de que diferentes teorias contêm elementos específicos úteis para um mesmo caso e que a melhor solução em psicoterapia passaria pela sua integração. Por outro lado, os *modelos de ecletismo técnico* (e.g. Beutler, Consoli & Lane, 2005; Lazarus, 2005) defendem uma combinação paradigmática de técnicas com base em eficácia clínica observada ou presumida (Safran & Messer, 1998). De uma forma geral, o psicoterapeuta tem uma abordagem base mas utiliza várias intervenções de abordagens distintas. Numa forma mais específica de ecletismo técnico, seletivo ou guiado empiricamente, o terapeuta considera que diferentes técnicas são mais adequadas para diferentes pacientes e em diferentes fases do tratamento, com base em resultados empíricos. O ecletismo técnico favorece assim a intervenção, sem que seja estritamente necessário adotar o sistema teórico associado a esta.

Os modelos integrativos constituem assim um paradigma mais abrangente, que abarca uma maior e melhor informação, sendo compostos de diversas visões e fontes que permite dirigir-se a um maior número de situações, casos e indivíduos. Essa visão mais alargada do funcionamento humano vai permitir uma maior flexibilidade mental e moral que se reflete na prática clínica. Enquanto o modelo único dita uma forma de interagir e de agir com os pacientes, que até pode ser muito responsiva em casos particulares, a integração permite, à partida, ainda que não garanta, maior potencial de responsividade.

Como Gold (1993) e Garfield (1997) apontaram, um ecletismo prático tornou-se a norma entre os clínicos. Esta abordagem procura melhor responder às necessidades dos pacientes, dada a liberdade de utilização de diferentes teorias, técnicas e procedimentos. Neste sentido, e numa linha de pensamento semelhante à de Garfield, outros autores (e.g. Hofman & Barlow, 2014; Laska, Gurman, & Wampold, 2013; Weinberger, 2014) defendem a integração das abordagens de fatores comuns e de tratamentos empiricamente validados para a promoção de mudança. Hoje parece acreditar-se que um processo terapêutico completo, coerente e eficaz deve apoiar-se em dois pilares fundamentais: a integração de vários sistemas de psicoterapia por forma a incluir contributos teóricos e práticos para intervir ao nível de diversos problemas e, partindo daqui, o ajustamento da intervenção aos processos e etapas de mudança do paciente, bem como às suas dificuldades e problemas específicos.

## **Processo de Mudança: Estratégias Gerais e Técnicas específicas**

### **Intervenção em Psicoterapia: diferentes níveis de abstração**

É na tentativa da aproximação e integração em psicoterapia que Goldfried (1980) defende que a procura por semelhanças entre diferentes orientações teóricas se poderá tornar

mais acessível ao serem considerados diferentes níveis de abstração do que é diretamente observável do processo terapêutico. De acordo com esta ideia, encontram-se ao nível mais alto de abstração as bases teóricas que explicam a mudança e a natureza humana; a um nível intermédio de abstração consideram-se as estratégias clínicas, que se tornam princípios de mudança ao obterem fundamentação empírica; e ao nível mais baixo de abstração encontram-se as técnicas terapêuticas ou procedimentos clínicos específicos. É nos extremos desta hierarquia que se encontram as maiores diferenças entre diversas escolas de psicoterapia. É ao nível mais baixo de abstração que se verificava até então a disputa das diferentes abordagens dado que, como referiu Strupp (1978), os créditos pelo sucesso da terapia eram fornecidos, pelos diferentes sistemas, às suas operações específicas e de acordo com isto, o papel do terapeuta seria receber formação para trabalhar com essas técnicas recomendadas. Estes procedimentos clínicos ou técnicas são, de acordo com Pachankis e Goldfried (2007), o meio através do qual se promove a mudança de comportamentos habitualmente associados e/ou exclusivos a cada orientação teórica. Em 1980, Goldfried propõe então que será ao nível intermédio, entre teoria e técnica, que existe maior probabilidade de encontrar pontos comuns significativos entre diversas abordagens terapêuticas. Este nível atua como um guia do processo terapêutico que pode ser visto como fruto da interação entre a teoria, a técnica e as características do paciente e do caso que apresenta.

Assim como Goldfried (1980) o refere, a teoria acerca de psicoterapia no futuro não deveria ser uma listagem de diferentes escolas mas sim um agrupamento de vários princípios ou estratégias clínicas, acompanhados de uma especificação de várias técnicas específicas possíveis para promover cada princípio, e uma indicação da eficácia relativa de cada uma destas em interação com os problemas e diferenças individuais entre pacientes e terapeutas. Outros autores (e.g. Arkowitz, 2009; Levitt, Neimeyer & Williams, 2005) conferem também importância e vantagens a uma investigação baseada nos princípios de mudança, bem como uma prática clínica que se baseie em princípios que regulam a tomada de decisão ao invés de uma abordagem com base em tratamentos manualizados. Um princípio de mudança com base empírica define assim “as condições sob as quais um conceito se torna efetivo” e “reflete a importância das características do participante, da qualidade das relações ou das componentes do tratamento nos tratamentos identificados pelos relatórios das Task Force da divisão 12 ou 29” (Castonguay & Beutler, 2006).

### **Princípios Gerais e Processo de Mudança**

Estes princípios gerais de mudança, que se traduzem em estratégias clínicas promovidas pelos terapeutas em sessão, estão diretamente ligados com o processo de mudança do paciente.

Como Prochaska e DiClemente (2005) referem, um processo de mudança “representa diversos tipos de atividade iniciada ou experienciada por um indivíduo ao modificar o seu pensamento, comportamento ou afetos relacionados com um determinado problema”. Para este processo de mudança e diretamente associado aos mecanismos de mudança, Rice e Greenberg (1984) salientam também a existência de três níveis de abstração: o *processo* do paciente, que diz respeito ao seu desempenho em sessão através do diz e faz; as *operações*, referente às operações internas mentais do paciente como pensamentos ou diálogo interno; e as *operações de processamento de informação* elementares, componentes do sistema de processamento de informação que permitem as diversas ações cognitivas (Posner & McLeod, 1982). À semelhança do que acontece com a ideia de Goldfried, é ao nível intermédio que o processo de mudança parece poder ser explicado através de várias teorias diferentes. É portanto, a um nível intermédio de abstração que ambos, paciente e terapeuta, colaboram no sentido de promover mudança. Enquanto o paciente efetua o processamento de informação ou apresenta dificuldades ou bloqueios nesse processamento, o terapeuta faz uso de intervenções específicas para facilitar esse processamento, promovendo determinados objetivos ou estratégias gerais.

Rice e Greenberg (1986) sugeriram ainda a investigação de processo no contexto de interações estratégicas por forma a especificar que intervenções, em diferentes fases da terapia, promovem o desenvolvimento de determinadas estratégias no paciente. Para o estudo dos processos de mudança, foi então proposta uma abordagem baseada em eventos (Rice & Greenberg, 1984), isto é, em episódios terapêuticos constituídos por: um marcador do problema do paciente, a intervenção/operação do terapeuta, o desempenho do paciente e o resultado imediato em sessão. Como explica Greenberg (1986), o marcador indica ao terapeuta em que estado do problema está o paciente, o que vai influenciar a sua operação – o conjunto de intervenções que promovem a resolução desse problema. A resposta do paciente à intervenção representa o seu desempenho que irá culminar numa resolução que consiste no resultado obtido em sessão. Assim, podemos dizer que a intervenção do terapeuta, constituída pelos objetivos que pretende promover e pelas ações potencialmente reparadoras que adota, marca e potencia eventos significativos em terapia que promovem mudanças em sessão. Todos estes aspetos representam para Doss (2004) componentes do processo de mudança. O autor apresenta o processo de mudança geral como fruto da interação entre três componentes essenciais: processos, mecanismos e resultados finais. A diferenciação entre processos e mecanismos é feita de modo que estes últimos representam uma generalização de mudanças para a vida quotidiana do paciente, enquanto os processos de mudança são aspetos diretamente associados às sessões de terapia. Assim, estes podem ainda dividir-se em dois blocos de interação

recíproca: *processos de mudança da terapia*, que se conceitualizam como as intervenções ou características da terapia construídas pelo terapeuta, ingredientes ativos do tratamento, que promovem *processos de mudança no paciente*, experiências ou comportamentos que resultam diretamente do que ocorre em sessão terapêutica (Doss, 2004). Pode então considerar-se que a diversidade de técnicas utilizadas em sessões terapêuticas, um nível mais baixo de abstração, representam processos de mudança da terapia, pretendendo promover estratégias gerais que fomentam os processos de mudança em sessão e mecanismos de mudança, fora da sessão, por parte do paciente.

### **Papel do Terapeuta: Intenções e Tomada de decisão clínica**

Beutler (2009) pretendeu redefinir o conceito de psicoterapia como “a gestão, controlo e adaptação terapêuticas aos fatores do paciente, aos fatores do terapeuta, aos fatores da relação e aos fatores técnicos que estão associados à mudança benéfica e adaptativa”. As variáveis associadas e inerentes ao terapeuta merecem assim tanta atenção por parte da investigação em psicoterapia quanto outros ingredientes que têm sido estudados como essenciais a tratamentos ou processos eficazes. Chegou a ser defendido inclusive, tal como o fez Rosenzweig (1936), que desde que um terapeuta com uma personalidade adequada acredite no tratamento que irá desenvolver, dentro de um sistema que domina, e que de alguma forma se adequa aos problemas registados pelo paciente, pouco decisiva parece ser a metodologia que este irá utilizar. O reconhecimento do papel do terapeuta como tendo um efeito considerável no processo e resultado terapêutico fomentou a investigação nas variáveis e desenvolvimento dos psicoterapeutas (e.g. Gonçalves & Ivey, 1987; Orlinsky et al., 1999, 2005; Vasco & Dryden, 1994). Das investigações desenvolvidas e conclusões retiradas das mesmas, pode considerar-se que existem características inerentes ao contexto de terapia e características não associadas a este, bem como subjetivas e objetivas (Beutler et al., 2004). Dentro dos seus traços para além da terapia, a idade, sexo, personalidade, bem-estar emocional, locus de controlo, valores e atitudes são algumas das variáveis consideradas na literatura (Beutler et al., 2004; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978). No que diz respeito a variáveis associadas ao contexto terapêutico, e por isso, associadas às sessões psicoterapêuticas, tem sido considerado o treino profissional, a experiência profissional e a orientação teórica, bem como características diretamente ligadas à prática clínica como as características dos casos acompanhados (e.g. Orlinsky et al., 2005). Contudo, as investigações têm mostrado que tanto estes traços observáveis como os estados não observáveis são fracos preditores ou contributos para o resultado do processo terapêutico (Beutler et al., 2004; Bowman et al., citado por Beutler et al., 2004). Miller, Hubble, Chow, e

Seidel (2013) propõem o estudo dos psicoterapeutas experientes como forma de sair do debate entre fatores específicos e fatores comuns.

Neste sentido, e seguindo a ideia de que o estudo do processo pode ser mais informativo e útil à prática clínica que o estudo de resultado terapêutico, os processos cobertos do processo terapêutico requerem atenção. Destes, as intenções e a tomada de decisão podem ser vistas como relevantes e influenciadoras do processo e resultados em terapia. Segundo Hill e O'Grady (1985) as intenções podem ser definidas como o racional do terapeuta para selecionar um comportamento específico, um modo de resposta, uma técnica ou intervenção a utilizar com um paciente em determinado momento da sessão. Mais especificamente, são a componente cognitiva que medeia a escolha da intervenção, isto é, são o *porquê* do *quê* que são as intervenções gerais ou técnicas específicas. Na medida em que as intenções representam aquilo que o terapeuta pretende alcançar através do seu comportamento em sessão, estas podem assemelhar-se aos objetivos estratégicos ou estratégias gerais anteriormente abordadas. A relação entre estas intenções ou objetivos e as intervenções técnicas específicas usadas em sessão é guiada através de um processo de tomada de decisão, que ambiciona produzir um determinado resultado em sessão. Segundo Stiles, Honos-Webb e Surko (1998), o terapeuta é responsável por escolher a terapia adequada aos problemas apresentados por cada paciente, seguir a estratégia mais apropriada às capacidades dos mesmos e intervir através de técnicas convenientes ao estado do paciente no momento.

A tomada de decisão em psicoterapia é assim um fator essencial ao processo de mudança, que no entanto tem sido um tema pouco explorado pelas investigações conduzidas em psicologia em comparação com outras temáticas e/ou variáveis. Podemos considerar que no decorrer do processo psicoterapêutico, as decisões a ser tomadas são constantes e múltiplas. Estas não são exclusivas do paciente mas também do terapeuta. O paciente terá, ao longo dos diversos estádios do processo de mudança (e.g. Prochaska & Diclemente, 1982), evocar diversas decisões a nível psicológico e a nível prático com o intuito de progredir para as fases subsequentes. Por outro lado cabe ao psicoterapeuta, mediante o seu conhecimento teórico, a sua experiência clínica e a formulação do caso com que se depara (e.g. Persons, 2013), tomar as decisões necessárias para produzir e conduzir no seu paciente o melhor e mais adequado processo e/ou resultado terapêutico possível. Ainda que os terapeutas possam ser influenciados por informações das quais não têm consciência (Gonçalves & Ivey, 1987), estas decisões dizem, em muito, respeito aos princípios de mudança ou objetivos estratégicos que se pretende promover (Vasco, 2006) bem como à forma como estes serão fomentados, através de técnicas clínicas específicas, tendo em conta a responsividade e imediaticidade necessária para tal. Ao

sugerir a responsividade inerente ao processo terapêutico, Stiles e colaboradores (1998) pretendem dizer que o conteúdo e o seu processo emergem no decorrer da terapia, ao invés de ser completamente planejado de início. Witteman & Koele (1999) referem que no campo da psicoterapia a maior corrente de investigação diz respeito às decisões referentes ao plano de tratamento ou intervenção a longo prazo. É muitas vezes em sessão que várias das decisões são formuladas pelos terapeutas, como forma de resposta às necessidades imediatas mas também, e ao mesmo tempo, a longo prazo dos seus pacientes. Estas são consideradas complexas, e talvez por isso possam não estar até hoje, a ser extensamente investigadas. Alguns autores (e.g. Witteman & Kunst, 1999), inclusive, consideraram que a tomada de decisão pelos psicoterapeutas era conduzida através de estratégias conservadoras e parciais, provavelmente com frequência induzida em erro, e que estes deveriam assim ser auxiliados na sua tarefa. A investigação nesta temática pode, não representando um sistema substituto à mente do próprio terapeuta, constituir um auxiliar na tomada de decisão em psicoterapia através da exploração do modo como esta é conduzida pelos terapeutas em relação com os resultados obtidos.

Sousa (2009) num estudo preliminar que pretendia ampliar o conhecimento acerca da tomada de decisão clínica em psicoterapia, relacionou a influência das variáveis do terapeuta, do paciente e da aliança de trabalho com características dos terapeutas como a orientação teórica, a experiência clínica e a idade dos mesmos. Ao comparar terapeutas integrativos e não integrativos, foram encontradas menores valores médios de influências no processo de tomada de decisão, dado interessante e contraintuitivo que poderá significar que são os integrativos os mais diferenciados na sua tomada de decisão, isto é, assentam o seu processo de tomada de decisão tanto numa dimensão em detrimento de outras, desde que a dimensão escolhida para influenciar a decisão seja relevante naquele momento concreto.

### **Tomada de decisão integrativa: níveis de intervenção no processo de mudança da terapia**

Como é referido por Doss (2004) o processo de mudança do paciente não é apenas uma consequência do comportamento do terapeuta mas também uma causa do mesmo, assumindo assim uma interação circular recíproca. O comportamento do terapeuta é então representado pelas técnicas escolhidas como apropriadas ao nível de funcionamento do paciente e esperadas como úteis para o problema do mesmo (Stiles & Shapiro, 1989; Stiles et al., 1998). Um terapeuta competente, como referem Ridley, Mollen e Kelly (2011), não age de forma aleatória, mas sim em função da sua intenção, dos seus objetivos para determinar, facilitar, avaliar ou manter resultados terapêuticos. Estas intenções parecem variar ao longo das sessões e da sequência das mesmas, no decorrer do processo terapêutico (Hill & O'Grady, 1985; Vasco,

2006). Para além das competências gerais que dizem respeito à produção de resultados em psicoterapia, Ridley et al. (2011) referem a utilização de técnicas terapêuticas adequadas, entre outras, como competências subordinadas às primeiras. Este modelo vai de encontro à ideia da necessidade de tomar decisões referentes ao modo como os objetivos em sessão serão alcançados ou promovidos. Esta temática ganha particular importância num contexto em que, tal como supra mencionado, a maior parte dos clínicos reporta exercer a sua prática através de uma abordagem eclética. A forma como os psicoterapeutas integram e implementam conhecimento, métodos e técnicas na sua prática clínica requer atenção.

Como tem sido possível notar, vários autores (e.g. Conceição, 2005, 2010; Hill & O'Grady, 1985; Ridley et al., 2011; Vasco, 2006) consideram a existência de mapas mentais que orientam as operações dos terapeutas ao longo do processo de mudança dos pacientes. Esses mapas facultam um guia de ação a ter em conta para todos os processos e para cada um em particular. Caspar (1997) referiu a necessidade de construir uma visão realista dos pacientes, em termos das suas competências e dificuldades para conduzir o procedimento terapêutico mais apropriado, sendo que o processo de mudança da terapia deve acompanhar o processo e os mecanismos de mudança do paciente. Para o alcance do procedimento mais adequado, o modo como o processo é guiado muitas vezes é influenciado pelos guias gerais e específicos de cada abordagem teórica. Contudo, psicoterapeutas de diversas nacionalidades têm mostrado cada vez maior tendência para fazer uso de intervenções psicoterapêuticas de modelos teóricos distintos na sua prática clínica (Cravo & Moleiro, 2011; Schottenbauer et al., 2005; Vasco, 2003). Do ponto de vista de uma abordagem integrativa ou eclética, este mapa de ação torna-se mais abrangente, com maior variedade de hipóteses, tornando assim a tomada de decisão um processo mais complexo.

Dada a diversidade de tipos de integração adotados por diferentes terapeutas, Schottenbauer et al. (2005) sugerem que se estudem e reúnam os princípios subjacentes à tomada de decisão de cada um na tentativa de integrar diferentes terapias, por forma a identificar aqueles que são seguidos pela maioria. De acordo com o modelo de Psicoterapia Multiteórica (Brooks-Harris, 2008), o processo psicoterapêutico deve ser intencional, multidimensional, multiteórico, estratégico e relacional. Assim, a tomada de decisão deve ser usada em prol da utilização de contributos de diferentes abordagens, com base na teoria, experiência e investigação, de forma intencional. De um vasto leque de opções, é esperado que os terapeutas saibam a razão subjacente à escolha de determinadas estratégias ou técnicas em detrimento de outras. Garb (2005), por exemplo, distingue os julgamentos e decisões dos clínicos de acordo com uma base romântica ou empírica, sendo que os primeiros estão mais suscetíveis às

informações clínicas enquanto os segundos baseiam-se primariamente nas descobertas científicas. Numa revisão acerca do tema, Schottenbauer, Glass e Arnkoff (2007) indicam que a tomada de decisão clínica pode ocorrer através de três processos, destacando a *racionalidade limitada*, uma “estratégia que controla as condições limitadas de tempo, conhecimento e capacidades computacionais”(Gigerenzer, 2000 citado por Schottenbauer et al., 2007, p.234). As ideias de Gigerenzer (2002) são então aplicadas à prática psicoterapêutica integrativa, que pode ser concebida como uma caixa de ferramentas mais flexível que permite a procura entre um maior número de alternativas. Para alcançar os objetivos ou estratégias clínicas (Goldfried, 1980; Vasco, 2006) transversais ou semelhantes a qualquer abordagem teórica, o terapeuta eclético discrimina em função de diversas variáveis, as técnicas que melhor se adequam aos seus objetivos. Por outro lado, também as suas intenções são mutáveis em função de outras variáveis. Tal como já referido por Stiles et al. (1998), o terapeuta responde a algumas características do paciente com alguma intervenção.

Desta forma, a tomada de decisão clínica, tal como para a vertente médica (Hajjaj, Salek, Basra, & Finlay, 2010), está relacionada com o processo de fazer um julgamento informado sobre o procedimento necessário para os pacientes, o qual é influenciado por aspetos clínicos e não clínicos. Em psicoterapia, este procedimento diz respeito não só ao curso de ação mas também aos procedimentos específicos, técnicas ou metodologias utilizadas para cada objetivo delineado para o paciente, portanto à articulação entre fatores comuns e fatores específicos na promoção de estratégias clínicas. No entanto, a informação acerca de como são integradas essas técnicas e modelos, na prática clínica e contexto real dos terapeutas, tem sido escassa. Em 2013, Ferreira iniciou a análise das relações entre técnicas específicas e estratégias gerais em sessões de psicoterapia. Esta procurou mostrar empiricamente, através de uma análise das repostas a medidas quantitativas de autorrelato, que para uma amostra da população portuguesa de psicoterapeutas, uma mesma estratégia parece estar relacionada com mais de que uma técnica bem como o seu inverso, isto é, uma mesma técnica parece estar associada a mais do que uma estratégia ou princípio geral de mudança. Para tal, um conjunto de 50 psicoterapeutas quantificou a utilização de determinadas técnicas específicas e a promoção de determinadas intenções ou objetivos, numa sessão de psicoterapia. Este estudo corroborou a ideia de que a utilização de uma técnica ou intervenção específica consegue prever a utilização de duas ou mais estratégias diferentes e nunca de apenas uma, já que todas as técnicas avaliadas apresentaram um contributo significativo para a explicação da variância das estratégias avaliadas.

## **Apresentação do estudo**

De acordo com a literatura referida e tendo por base esta ideia, de inter-relações entre dois diferentes níveis de intervenção terapêutica, pretende-se com este estudo ampliar o conhecimento sobre a tomada de decisão integrativa em psicoterapia. Para tal, será utilizada uma metodologia mista de investigação, no qual se irá inserir um modelo semelhante ao de Ferreira (2013) complementado por uma análise qualitativa do processo de tomada de decisão em contexto real. As investigações quantitativas e qualitativas têm sido sugeridas como abordagens complementares em vez de mutuamente exclusivas (e.g. Caspar, 1997; Kelle, 2006). A avaliação quantitativa permite mostrar evidência para um fenómeno, enquanto a análise qualitativa pode providenciar descobertas interessantes. Assim, foi utilizado um *design paralelo qualitativo-quantitativo* (Kelle, 2006), sendo que a vertente qualitativa poderá aumentar a compreensão das associações estatísticas, desenvolver explicações e identificar variáveis adicionais.

As duas vertentes do estudo serão apresentadas em separado, sendo primeiro descrita a investigação quantitativa e posteriormente a qualitativa. Embora esta não tenha sido a ordem em que a investigação foi apresentada aos participantes, é esta que se mostra mais explicativa e compreensiva do fenómeno em estudo, para além de representar a ordem de análise de dados. Assim, se em primeiro lugar se analisou quantitativamente a relação entre as variáveis em estudo: estratégias gerais e técnicas específicas, posteriormente essa relação é analisada através do discurso dos participantes, em conjunto com o processo de tomada de decisão.

O presente estudo parte então das seguintes questões de investigação:

- a) De que forma se relacionam técnicas específicas de diferentes orientações teóricas com estratégias gerais que pretendem ser transversais a qualquer processo terapêutico?
- b) De que forma guiam os terapeutas a sua tomada de decisão clínica relativa à utilização de técnicas e promoção de estratégias?
- c) Que alternativas técnicas e estratégicas são percebidas pelos terapeutas ao se depararem com um caso específico?

## II. ESTUDO 1: DIFERENTES NÍVEIS DE ABSTRAÇÃO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

### Metodologia

#### Objetivos e natureza do estudo

Este estudo, que nasce na sequência de uma primeira abordagem ao tema (Ferreira, 2013), pretende explorar a relação entre estratégias gerais (Goldfried, 1980) e técnicas específicas, ingredientes da terapia já descritos anteriormente, no processo de tomada de decisão clínica numa amostra de população internacional de psicoterapeutas ou psicólogos clínicos. A investigação sobre esta relação diz respeito à utilização de cada uma destas variáveis numa sessão de psicoterapia. Este estudo parte assim da seguinte questão de investigação: *De que forma se relacionam técnicas específicas de diferentes orientações teóricas com estratégias gerais que pretendem ser transversais a qualquer processo terapêutico?*

Os objetivos deste estudo passam então por, num contexto naturalístico de psicoterapia:

- a) Analisar a relação entre diferentes técnicas específicas
- b) Analisar a relação entre diferentes estratégias gerais
- c) Analisar a relação entre técnicas específicas e estratégias gerais

#### Obtenção, seleção e caracterização da amostra

O procedimento de obtenção e seleção da amostra seguiu um processo de amostragem não probabilístico, do qual emergiu uma amostragem de conveniência, disponibilizando a recolha de dados através das redes sociais, bem como através de um convite via *e-mail* para a participação no estudo. Para a participação no estudo, os participantes deveriam preencher apenas duas condições: a) Ter profissão de psicoterapeuta ou psicólogo clínico, b) Exercer atualmente, aquando da participação, a prática clínica em terapia individual. Os dados foram tratados de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes.

A amostra populacional em análise neste estudo é composta por 58 participantes, psicoterapeutas ou psicólogos clínicos, estando a exercer a sua prática clínica aquando da realização do estudo. As idades cronológicas dos participantes oscilam entre os 22 e os 85 anos ( $M=55,71$ ;  $DP=14,786$ ), sendo 53,4% ( $n=31$ ) do sexo masculino e 46,6% ( $n=27$ ) do sexo feminino. Sendo uma amostra internacional, a título de curiosidade, refere-se que 70,7% ( $n=41$ ) indicam nacionalidade Americana, sendo os restantes distribuídos por nacionalidades Canadiana (6,9%;  $n=4$ ), Portuguesa (5,2%;  $n=3$ ), Britânica (3,5%;  $n=2$ ), entre outros. Relativamente à experiência clínica reportada pelos participantes, a amostra é constituída

essencialmente por terapeutas com mais de 25 anos de experiência (56,9%; n=33), 22,4% (n=13) enquadram-se entre os 15 e os 25 anos de experiência, outros 5,2% (n=3) referem experiência prática entre 7 a 15 anos e o mesmo número para 3,5 a 7 anos de experiência, 6,9% (n=4) exercem a profissão há, pelo menos, 1 ano e meio a 3 anos e meio, e, por fim, apenas 3,4% (n=2) referem uma experiência clínica inferior a 18 meses.

Tabela 1.

*Caraterização da amostra*

		Frequências Descritivas	
Sexo			
	Feminino	46.6%	(n = 27)
	Masculino	53.4%	(n = 31)
Idade (anos)			
		<i>M</i> = 55,71	
		<i>DP</i> = 14,79	
		Min. = 22	
		Max. = 85	
Anos de experiência			
	<18 meses	3.4%	(n = 2)
	1.5-3.5 anos	6.9%	(n = 4)
	3.5-7 anos	5.2%	(n = 3)
	7-15 anos	5.2%	(n = 3)
	15-25 anos	22.4%	(n = 13)
	>25 anos	56.9%	(n = 33)
Orientação eclética ou integrativa			
	1. Nada	1.7%	(n = 1)
	2	5.2%	(n = 3)
	3	10.3%	(n = 6)
	4	6.9%	(n = 4)
	5	22.4%	(n = 13)
	6. Totalmente	53.4%	(n = 31)

### **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados neste estudo, para além do questionário demográfico, consistem em dois questionários de resposta múltipla, que pretendem medir a utilização das variáveis a estudar, nomeadamente, técnicas terapêuticas específicas e estratégias clínicas

gerais ou princípios gerais de mudança. Uma vez que a amostra selecionada provém de diferentes nacionalidades, a apresentação destes instrumentos foi feita na sua versão em língua inglesa.

### **Questionário SocioDemográfico.**

Para o objetivo de caracterizar a amostra do estudo, utilizou-se um questionário demográfico que permitiu recolher os seguintes dados: sexo, idade, nacionalidade, local de exercício profissional, influências teóricas na prática clínica e anos de experiência prática profissional.

### ***Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI; McCarthy & Barber, 2009).***

Esta lista de intervenções terapêuticas foi originalmente criada por McCarthy e Barber (2009) com o objetivo de avaliar as intervenções de 8 diferentes abordagens teóricas utilizadas numa sessão de psicoterapia, a referir comportamental, fatores comuns, cognitiva, comportamental-dialética, interpessoal, centrada na pessoa, experiencial, psicodinâmica. Os 60 itens que constituem este instrumento organizam-se na sua maioria para a formulação de 8 subescalas associadas às referidas orientações teóricas. A avaliação é feita através de uma escala Likert de 5 pontos, que permite classificar cada item entre nada típico da sessão a totalmente típico da sessão. A MULTI, versão para terapeutas, foi o instrumento utilizado para medir a utilização de intervenções terapêuticas que se consideram específicas de determinadas orientações teóricas (ex: “abordei frequentemente as experiências de infância do/a meu/minha cliente”), em oposição às estratégias gerais. A consistência interna da escala foi avaliada através do *Alfa de Cronbach* para as suas 8 subescalas (Tabela 2), apresentando um valor de .86, .81, .87, .76, .85, .67, .79, .69, respetivamente a cada uma das escalas apresentadas anteriormente. Desta forma, indiciam uma consistência moderada a elevada (Pallant, 2005), tal como em estudos anteriores (Ferreira, 2013; McCarthy & Barber, 2009).

Tabela 2.

*Consistência Interna Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)*

SubEscalas	Alfa de Cronbach		
	McCarthy & Barber (2009)	Ferreira (2013)	Presente Estudo
COMP	.89	.87	.86
FC	.75	.74	.81
COG	.88	.90	.87
CD	.76	.78	.76
INT	.80	.74	.85
CP	.68	.62	.67
PSIC	.88	.83	.79
EXP	.75	.65	.69

***General Strategies Inventory (GSI; Conceição, 2010; Conceição & Vasco, 2008).***

Com o intuito de avaliar a promoção de estratégias clínicas, de nível de abstração intermédio (Goldfried, 1980), numa sessão de psicoterapia, foi utilizada a 3ª versão da escala *General Strategies Inventory* para terapeutas (Anexo B). Esta versão é fruto de uma revisão realizada em 2008 por Vasco e Conceição. Consiste em 35 itens formulados em linguagem neutra referentes a objetivos estratégicos (Vasco, 2006), classificados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (ex: 1 – “Not at all descriptive; 2 – “Totally descriptive). Os itens organizam-se em 7 subescalas que representam a componente de fases do *Modelo de Complementaridade Paradigmática* (Vasco, 2006), a designar *Confiança, Motivação e Estruturação da Relação* (CMER), *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* (ACES), *Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao Self* (CNSRES), *Regulação da Responsabilidade* (RR), *Implementação de Ações Reparadoras* (IAR), *Consolidação da Mudança* (CM), e *Antecipação do Futuro e Prevenção de Recaída* (AFPR). Na aplicação do inventário, não foram apresentados itens invertidos, como havia sido feito anteriormente (Conceição, 2010).

A consistência interna da escala foi avaliada através do indicador mais comum (Pallant, 2005), alfa de Cronbach. De acordo com Conceição (2010), as subescalas da GSI apresentam um boa consistência interna, com um coeficiente de Cronbach de .80, .57, .70, .67, .75, .70, .70. Neste estudo, as respetivas escalas apresentam os valores de .74, .63, .79, .80, .84, .86, .79 (Tabela 3). Mais uma vez, a subescala *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* (ACES), revela-se com uma consistência interna moderada, em contraste com as restantes elevadas.

Tabela 3.

*Consistência Interna das Subescalas da General Strategies Inventory*

SubEscalas	Alfa de Cronbach	
	Conceição (2010)	Presente Estudo
CMER	.80	.74
ACES	.57	.63
CNSRES	.70	.79
RR	.67	.80
IAR	.75	.84
CM	.70	.86
AFPR	.70	.79

## **Procedimento de Recolha de Dados**

O procedimento de recolha de dados decorreu através de uma plataforma *online* (Qualtrics Survey Software®), elaborada para o efeito, disponibilizadas nos meses de Agosto e Setembro de 2014. Nenhuma informação pessoal ou identificativa dos participantes foi recolhida. Esta plataforma continha a apresentação do estudo e consentimento informado, um questionário sociodemográfico já referido, um conjunto de questões qualitativas (estudo 2), a *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* e o *General Strategies Inventory*. Estes dois instrumentos, que constituem este estudo específico, apresentaram-se num formato opcional, ainda assim apelativo à participação. Para além dos instrumentos de avaliação, foram também disponibilizados, no início e no final da participação no estudo através da plataforma, os contatos de correio eletrónico dos investigadores associados a este projeto.

No consentimento informado, era apresentado o âmbito e objetivos gerais do estudo, as condições de participação e a duração aproximada (15 a 35 minutos, consoante a escolha de participação na primeira ou nas duas partes do estudo). A participação era descrita como voluntária e passível de desistência a qualquer momento que o participante desejasse. De seguida as informações sociodemográficas: sexo, idade, nacionalidade, local de exercício profissional, influências teóricas na prática clínica e anos de experiência prática profissional, foram recolhidas. Em primeiro lugar, após as questões de carácter demográfico, era solicitada uma simples caracterização da sessão sobre a qual o participante pretendia responder às seguintes questões. Essas variáveis diziam respeito à população em que se inseria o paciente da sessão bem como um número aproximado da sessão desse processo terapêutico. Logo de seguida apresentaram-se quatro questões qualitativas, que pretendiam recolher informação relativa a uma tomada de decisão inerente ao contexto de sessão terapêutica ocorrida recentemente, bem como a perceção da existência de alternativas técnicas e estratégias à sua decisão. A bifurcação entre as duas fases do estudo foi feita após estas questões, tendo sido opcional para os participantes prolongar a sua contribuição por mais duas medidas quantitativas sobre a mesma sessão ou terminar após as questões qualitativas. Uma vez que, ao prosseguir na plataforma após esta bifurcação não seria possível voltar a alterar questões anteriores, este facto foi alertado na própria plataforma. No que diz respeito às medidas quantitativas, apresentou-se então a MULTI em primeiro lugar. Foi solicitado aos terapeutas que, remetendo-se à mesma sessão sobre a qual haviam respondido às questões anteriores, indicassem de acordo com a escala apresentada, a utilização de cada uma das técnicas representadas pelos itens. Posteriormente, apresentava-se a GSI, a qual avaliou as intenções ou objetivos que os participantes procuraram promover ou alcançar no seu paciente nessa mesma sessão.

Para terminar o processo de participação, apresentava-se no final uma questão referente à experiência de participação neste estudo, apelando às motivações para a participação e experiências subjetivas da mesma. Esta teve como objetivo receber feedback qualitativo dos participantes do estudo, já que estes constituem um elemento fulcral na investigação.

Para este estudo, optou-se por um método de recolha de dados *online* pelas diversas vantagens que apresenta como, por exemplo, tornar-se acessível a um maior numero de pessoas que podem constituir a amostra da população que se pretende estudar, permitir o anonimato dos participantes na recolha dos dados, a investigação ir ao encontro do participantes ao invés do inverso (Reips, 2000), ou mesmo a redução de tempo e custos. Por outro lado, podem ser apresentadas algumas desvantagens como a incontrolabilidade de diversas componentes como contextuais, motivacionais ou respostas nulas/omissas. Um questionário *online* não permite o esclarecimento imediato de dúvidas referentes ao preenchimento do mesmo, ainda que uma solução alternativa seja a disponibilização do contato eletrónico, ou outros, para esse tipo de situações, como sucedeu.

## Análise de Resultados

### Análise Descritiva

Em primeiro lugar, pretende-se caracterizar as sessões terapêuticas sobre as quais o conteúdo deste estudo se debruça. Como pode ser verificado na tabela 4, o número aproximado de sessão e o tipo de população em que se insere o paciente respetivo (adulto, adolescente ou criança). Dos 58 participantes, e consequentemente 58 sessões de psicoterapia individual, 81% (n=47) diria respeito a trabalho terapêutico com adultos, 10% (n=6) com crianças e 8,6% (n=5) com adolescentes. O número aproximado das sessões varia entre a 1ª e a 800ª (M=39,72; DP=109,838), verificando-se que mais de 50% dos participantes fez referência a sessões terapêuticas que se situam entre a 1ª e a 15ª. Na tabela X, encontram-se também discriminadas as estatísticas descritivas das subescalas e variáveis avaliadas. Pode verificar-se que o maior valor médio apresenta-se ao nível da subescala de *Fatores Comuns*, com a diferença mínima de um valor para os restantes. No que diz respeito à utilização de *Estratégias Gerais*, observa-se que os valores médios mais elevados encontram-se ao nível das primeiras três subescalas, *Confiança*, *Motivação e Estruturação da Relação*, *Aumentar a Consciência da Experiência e do Self* e *Construção de Novos Significados à Experiência e ao Self*.

Tabela 4.  
*Frequências Descritivas das Características das Sessões, das Subescalas da MULTI e da GSI*

	Estatística Descritiva	Frequência %
População do Paciente		
Adulto		81 % (n=47)
Adolescente		8,6 % (n=5)
Criança		10,3% (n=6)
Número aproximado da Sessão		
	M = 39.72	
	DP = 109.84	
	Min. = 1	
	Máx. = 800	
<i>Multitheoretical List of Therapeutic Interventions</i>		
Comportamental	M= 2.9 DP = .80	
Fatores Comuns	M = 4.06 DP = .73	
Cognitiva	M = 3.00 DP = .78	
Comportamental-Dialética	M = 3.04 DP = .85	
Interpessoal	M = 2.85 DP = .999	
Centrada na Pessoa	M = 3.32 DP = .69	
Psicodinâmica	M = 2.79 DP = .71	

Tabela 4. (Continuação)

Experiencial	$M = 2.96$ $DP = .67$
<i>General Strategies Inventory</i>	
Confiança, Motivação e Estruturação da Relação	$M = 4.69$ $DP = 1.34$
Aumentar a Consciência da Experiência e do Self	$M = 4.63$ $DP = 1.22$
Construção de Novos Significados relativos à Experiência e ao Self	$M = 4.76$ $DP = 1.37$
Regulação da Responsabilidade	$M = 4.09$ $DP = 1.4$
Implementação de Ações Reparadoras	$M = 3.79$ $DP = 1.6$
Consolidação da Mudança	$M = 3.98$ $DP = 1.64$
Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída	$M = 4.09$ $DP = 1.56$

\*\* $p \leq 0.01$  (2 extremidades), \* $p \leq 0.05$  (2 extremidades).

### **Análise de associação entre variáveis**

A análise de correlações descreve a força e a direção da relação linear entre duas variáveis (Pallant, 2007). A análise das relações entre as intervenções técnicas específicas e as estratégias gerais, bem como a análise entre os diferentes grupos de intervenções específicas e estratégias gerais, foi efetuada através da utilização do coeficiente de correlação de Pearson. A utilização deste coeficiente parte da confirmação do pressuposto de distribuição normal para a amostra e variáveis em estudo, mediante o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Com base nos critérios de Cohen (1988, cit. por Pallant, 2007), a direção das correlações entre as variáveis pode ser positiva ( $r$ ) ou negativa ( $-r$ ) e a sua força pode ser fraca ( $r < |.30|$ ), moderada ( $|.3| \leq r < |.50|$ ) ou forte ( $r > |.50|$ ).

#### **Análise de correlação entre as subescalas da *Multitheoretical List of Therapeutic Interventions*.**

A relação entre as subescalas do instrumento MULTI, que representam as variáveis *Técnicas Específicas*, vão de fracas a fortes. Destaca-se a correlação entre as escalas comportamental, dialética e cognitiva com associações fortes e significativas ( $r > .800$ ;  $p > 0.01$ ), bem como entre a subescala centrada na pessoa e psicodinâmica ( $r = .861$ ;  $p > 0.01$ ) (Tabela 5). Todas as restantes associações se mostraram estatisticamente significativas para  $p < 0.01$ , à exceção da associação entre a subescala comportamental e as escalas centrada na pessoa e psicodinâmica de nível fraco.

Tabela 5

*Coefficiente de correlação entre subescalas da MULTI*

	COMP	FC	COG	CD	INT	CP	PSIC	EXP
COMP		.581**	.843**	.836**	.520**	.191	.246	.390**
FC			.640**	.653**	.409**	.387**	.341**	.517**
COG				.892**	.628**	.379**	.418**	.552**
CD					.663**	.448**	.458**	.579**
INT						.473**	.606**	.556**
CP							.816**	.861**
PSIC								.799**
EXP								

\*\* $p \leq 0.01$  (2 extremidades), \* $p \leq 0.05$  (2 extremidades).

### **Análise de correlação entre as subescalas de *Estratégias Gerais***

A associação entre as subescalas do instrumento GSI foram também analisadas. Entre estas verificam-se correlações fortes com uma direção positiva, estatisticamente significativas a  $p \leq 0.01$ . Pode destacar-se a correlação entre a subescala *Implementação de Ações Reparadoras e Consolidação da Mudança* que evidencia maior nível de força ( $r=.857$ ).

Tabela 6.

*Coefficientes de correlação entre subescalas da GSI*

Subescalas	CMER	ACES	CNSRES	RR	IAR	CM	AFPR
CMER		.644**	.701**	.711**	.425**	.510**	.522**
ACES			.708**	.731**	.726**	.667**	.578**
CNSRES				.646**	.510**	.468**	.465**
RR					.651**	.634**	.545**
IAR						.857**	.780**
CM							.754**
AFPR							

\*\* $p \leq 0.01$  (2 extremidades), \* $p \leq 0.05$  (2 extremidades).

### **Análise de correlações entre *Técnicas Específicas* e *Estratégias Gerais*.**

Procurou-se, ainda através do teste de correlação de *Pearson*, explorar a relação entre as diferentes subescalas técnicas com as subescalas de estratégias gerais. Começou por se analisar a correlação entre as duas escalas, MULTI e GSI, que se apresentou forte e positiva ( $r=.773$ ), com significância estatística ( $p \leq 0.01$ ). No que diz respeito às subescalas, para todas as associações estabelecidas reconheceu-se uma correlação positiva com um nível de força moderado a forte (Tabela 7). Destaca-se a escala *Comportamental* como a que apresenta

correlações de menor intensidade com a maioria das escalas de *Estratégias Gerais*. As restantes escalas técnicas apresentam um nível de intensidade de correlação semelhante com, pelo menos, duas subescalas estratégicas. De modo idêntico, cada subescala de Estratégias Gerais mostra correlacionar-se a um nível semelhante com duas ou mais das subescalas técnicas apresentadas. A subescala *Regulação da Responsabilidade* é aquela que apresenta maior correlação com diferentes técnicas específicas.

**Tabela 7.**  
**Correlações entre subescalas da MULTI e subescalas GSI**

	COMP	FC	COG	CD	INT	CP	PSIC	EXP
CMER	.308*	.574**	.563**	.558**	.434**	.579**	.535**	.597**
ACES	.386**	.364**	.592**	.582**	.665**	.521**	.556**	.588**
CNSRES	.390**	.390**	.647**	.585**	.466**	.513**	.483**	.554**
RR	.441**	.490**	.683**	.640**	.659**	.512**	.501**	.626**
IAR	.356**	.378**	.493**	.494**	.508**	.463**	.503**	.525**
CM	.333*	.413**	.477**	.460**	.481**	.494**	.574**	.579**
AFPR	.368**	.562**	.509**	.492**	.447**	.329*	.418**	.416**

\*\* $p \leq 0.01$  (2 extremidades), \* $p \leq 0.05$  (2 extremidades).

### Comparação entre Grupos

Tendo em conta a fraca correlação encontrada entre a subescala *Comportamental* e a subescala *Psicodinâmica* e a relação entre os conceitos teóricos que lhes estão associados, procurou-se comparar os resultados médios obtidos nas subescalas de estratégias entre estes grupos. Recorreu-se a um *test-t* para amostras independentes para comparar os valores obtidos nas diferentes escalas de estratégias entre grupos com valor alto na escala técnica Comportamental e com valores baixos. Para esta comparação organizaram-se as subescalas comportamental e dinâmica de forma a formar grupos com uma média superior a 3, tendo em conta a escala tipo *Likert* de 5 pontos de resposta. O mesmo procedimento foi utilizado para a escala Psicodinâmica. Para os subgrupos da escala Comportamental, encontraram-se diferenças significativas ( $p \leq 0.05$ ) no que diz respeito aos valores obtidos nas quatro primeiras escalas de estratégias gerais. Para os subgrupos da escala comportamental, as diferenças são significativas para todas as escalas estratégicas. As diferenças encontradas vão ambas no mesmo sentido, de que um valor mais elevado na escala da MULTI, associa-se a um maior valor para todas as escalas da GSI (Tabela 8). Por outro lado, as diferenças entre os valores médios obtidos nas

subescalas de *Estratégias Gerais*, para os grupos de valor alto das duas escalas, *Comportamental* e *Psicodinâmica*, não apresentam diferenças significativas. Para todas as subescalas de *Estratégias Gerais*, verifica-se que nos dois grupos, um valor médio mais baixo para as técnicas associa-se a um valor mais baixo para as estratégias bem como o inverso.

Tabela 8.

*Comparação entre grupos Comportamentais e Psicodinâmicos*

	Escala Comportamental				Escala Psicodinâmica			
	Baixo (<3)		Alto ( $\geq 3$ )		Baixo (<3)		Alto ( $\geq 3$ )	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
CMER	4,26	1,33	5,14	1,22	4,18	1,34	5,46	0,93
ACES	4,27	1,09	5,01	1,25	4,15	1,10	5,35	1,06
CNSRES	4,41	1,23	5,13	1,44	4,38	1,43	5,34	1,06
RR	3,74	1,33	4,46	1,39	3,61	1,35	4,82	1,15
IAR	3,59	1,45	3,99	1,75	3,26	1,42	4,58	1,56
CM	3,73	1,44	4,24	1,81	3,39	1,50	4,86	1,45
AFPR	3,77	1,48	4,43	1,58	3,59	1,53	4,84	1,29
N	30		28		35		23	

## Discussão dos Resultados

O presente estudo de natureza quantitativa e exploratória, dentro de um método de investigação misto, pretendeu contribuir para o aumento do conhecimento acerca da relação entre dois níveis de abstração decorrentes do processo terapêutico relacionados com as operações do terapeuta. Estes, como já referidos, foram os objetivos/intenções/estratégias gerais dos terapeutas (Goldfried, 1986; Hill & O'Grady, 1985; Vasco, 2006) e as intervenções técnicas específicas. De acordo com a ideia de Goldfried, é ao nível intermédio de abstração, das estratégias ou objetivos promovidos pelo terapeuta, que se encontram maiores pontos comuns entre diferentes terapeutas, de diferentes orientações teóricas. Assim, avaliou-se a relação entre a utilização de diferentes *técnicas específicas* e a promoção de diferentes *estratégias gerais*. Para avaliar estas variáveis, foram utilizados os instrumentos *Multitheoretical List of Therapeutic Intervention*, a representar o nível técnico da intervenção, e a *General Strategies Inventory*, a representar o nível estratégico.

Em relação às variáveis medidas pelas respetivas escalas, pode dizer-se que se verificou uma boa consistência interna para ambas, sendo que parecem instrumentos válidos para medir os constructos que pretendem. Para além disto, as subescalas que as compõem revelam correlações que vão ao encontro do esperado. Em primeiro lugar, a MULTI apresenta correlações positivas mais fortes entre subescalas que partilham determinados itens, o que parece fazer sentido tanto a nível estatístico como teórico, já que as correlações evidenciadas vão ao encontro do conhecimento teórico acerca de abordagens técnicas diferentes. Especificamente, as correlações mais baixas encontraram-se entre subescalas que representam as abordagens teóricas tradicionalmente mais divergentes (ex: comportamental e psicodinâmica). As correlações mais elevadas podem ser explicadas pelo número de itens partilhados, que parecem representar os aspetos comuns entre as abordagens que lhes estão subjacentes (ex: comportamental, cognitiva e comportamental dialética). Por seu lado, as subescalas da GSI apresentam correlações maioritariamente moderadas a fortes, indo de encontro à ideia de Vasco (2006) de que a maioria do trabalho terapêutico se sobrepõe parcialmente. Seguindo esta linha de pensamento, esperar-se-ia que as várias subescalas apresentassem correlações positivas entre moderadas a forte, demonstrando este trabalho comum.

A análise dos valores médios obtidos por esta amostra para cada uma das subescalas, constatou-se que uma predominância de técnicas de *Fatores Comuns*. Este resultado vai ao encontro da ideia de que os fatores comuns parecem explicar uma boa parte da variância da psicoterapia (Castonguay & Beutler, 2005; Greencavage & Norcross, 1990; Norcross, 2011).

Sendo aqueles que se evidenciaram como os mais utilizados pela amostra em estudo, mostraram-se mais uma vez como transversais ao processo terapêutico, independentemente do tipo de paciente, terapeuta e orientação teórica. Para além disto, encontraram-se ainda valores médios, no que respeita às subescalas de *Estratégias Gerais*, superiores para as primeiras subescalas. Tendo em conta que: a) as subescalas representam a componente fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), b) metade da amostra forneceu dados relativos a sessões que podem ser consideradas iniciais (<15), podemos propor que esta componente de sequencialidade do trabalho terapêutico se reflita neste estudo. De forma semelhante, num estudo de Vasco (2006), as primeiras 15 sessões estão associadas essencialmente às 4 primeiras fases do seu modelo. Assim, se o trabalho terapêutico surge de um guia sequencial de ação que guia a tomada de decisão, como postula Vasco (2006), será evidente que perante uma predominância de sessões iniciais, sejam também as fases iniciais do processo a evidenciarem-se.

No que diz respeito às relações analisadas entre as duas escalas, entre as variáveis do estudo portanto, encontrou-se uma correlação positiva e forte ( $r=.773$ ) a um nível de significância de  $p\leq 0.01$ . Assim, quanto maior for a utilização de técnicas específicas, maior será a de estratégias gerais, em psicoterapia. Foram ainda reveladas correlações positivas de força moderada, e estatisticamente significativas ( $p\leq 0.05$  e  $p\leq 0.01$ ) entre todas as subescalas. Estes resultados parecem indicar que cada uma das subescalas de *Estratégias Gerais* se correlaciona de forma moderada e significativa com cada uma das subescalas de *Técnicas Específicas*, não apresentando uma maior associação a subescalas específicas. Assim, uma maior utilização de diferentes técnicas específicas, parece estar associado a um aumento na promoção de todas as estratégias gerais bem como o seu inverso. As correlações encontradas entre estas subescalas, no sentido em que nenhuma das subescalas de estratégias gerais parece estar associada apenas a uma subescala técnica, parece ir no sentido do veredicto do pássaro *Dodo*, uma vez que diferentes intervenções técnicas, com paradigmas teóricos divergentes, parecem poder produzir os mesmos objetivos.

Neste sentido, e de forma a explorar esta ideia e contrastar dois grupos díspares, procurou comparar-se os resultados entre grupos de participantes que reportaram utilizar maior número de técnicas comportamentais com grupos de participantes que evidenciaram uma maior utilização de técnicas psicodinâmicas, para cada uma das subescalas de *Estratégias Gerais*. Os grupos escolhidos tiveram por base a distinção que caracteriza as abordagens associadas a estes conjuntos de técnicas. Como diz Wachtel (2014) “as hostilidades entre cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos estão mais fortes que nunca” (p. 98). As diferenças

encontradas entre os dois grupos que se pretendiam estudar não se revelaram significativas, pelo que nos permite propor que a utilização de técnicas comportamentais e/ou psicodinâmicas podem prever a utilização ou promoção do mesmo tipo de estratégias gerais.

Os dados recolhidos deste estudo, permitem apontar para a ideia de que diferentes técnicas específicas, oriundas de abordagens teóricas distintas, estão associadas a mais do que uma estratégia geral. Por outro lado, uma estratégia geral está associada à utilização de mais do que uma técnica específica. Estes resultados surgem de acordo com a análise realizada, que deve, posteriormente ou em estudo futuros, ser aprofundada no sentido de investigar outros aspetos como, por exemplo, a direção destas relações. No entanto, desta análise, a indiferenciação de técnicas específicas para a utilização de estratégias gerais particulares mostra-se evidente, não se tendo revelado qualquer correlação significativamente mais forte que as restantes.

### III. ESTUDO 2: ANÁLISE QUALITATIVA DA TOMADA DE DECISÃO INTEGRATIVA

#### **Metodologia**

##### **Objetivos e natureza do estudo**

O presente estudo pretende reforçar e aumentar a compreensão da relação entre intervenções técnicas específicas e estratégias clínicas gerais ou princípios gerais de mudança, através de uma análise qualitativa da tomada de decisão clínica em sessões individuais de psicoterapia.

Esta investigação será conduzida de forma exploratória já que o método experimental pode ser considerado inapropriado (Levitt, Neimeyer & Williams, 2005) para investigações na qual se pretende explorar e descobrir processos intencionais complexos. Seguindo a ideia de que a terapia é melhor compreendida analisando momentos-chave ou sessões críticas (DeRubeis et al., 2014; Greenberg, 1986), que deem conta da mudança em psicoterapia, o presente estudo pretende focar-se em decisões percebidas pelos terapeutas como significativas, tomadas numa sessão de psicoterapia. Tendo em conta as dimensões de medida do processo terapêutico enunciadas por Hill e Lambert (2004), o presente estudo irá focar-se no terapeuta, no tipo de processo e em comportamentos cobertos. Sem uma base teórica definida, as unidades estudadas estarão a um nível macro, já que serão considerados determinados eventos ou tópicos: a decisão e implementação da mesma.

Pretende-se assim explorar as relações entre estratégias gerais e técnicas específicas utilizadas em sessão, relacionando-as com a tomada de decisão clínica que lhes está subjacente. Para atingir este objetivo utilizar-se-á uma metodologia de recolha e análise de dados qualitativa que se prende com o objetivo de explorar, através da análise temática, os padrões e processos subjacentes à tomada de decisão clínica. Levitt, Butler e Hill (2006) referem que os investigadores em psicoterapia têm recorrido a abordagens qualitativas como uma via através da qual podem desenvolver um melhor entendimento dos processos de mudança decorrentes em sessão. De acordo com a APA (2006) uma investigação qualitativa pode fortalecer a relação entre prática e investigação através da descrição subjetiva da experiência dos participantes, para além de ser importante identificar condições que podem maximizar as competências clínicas (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009).

Os objetivos deste estudo qualitativo são:

- a) Explorar a relação entre técnicas específicas e estratégias gerais percebida pelos psicoterapeutas;

- a. Explorar a percepção de alternativas técnicas para um mesmo objetivo estratégico;
  - b. Explorar a percepção de objetivos adicionais promovidos pela mesma intervenção técnica específica;
- b) Explorar o processo de tomada de decisão respeitante à intervenção psicoterapêutica em contexto real, encontrando temas subjacentes ao mesmo;

### **Procedimento de Recolha de Dados e Caraterização da amostra**

O procedimento de recolha de dados decorreu através de uma plataforma *online* (Qualtrics Survey Software®), elaborada para o efeito, disponibilizadas nos meses de Agosto a Outubro de 2014. Nenhuma informação pessoal ou identificativa dos participantes foi recolhida. Esta plataforma continha a apresentação do estudo e consentimento informado, um questionário sociodemográfico, o conjunto de questões qualitativas que representam o guião deste estudo, e duas medidas quantitativas em formato opcional (estudo 1). Para além dos instrumentos de avaliação, foram também disponibilizados, no início e no final da participação no estudo através da plataforma, os contatos de correio eletrónico dos investigadores associados a este projeto. É importante que foram criadas duas plataformas, uma em língua inglesa e outra em língua portuguesa, com o intuito de distribuir o estudo pelas populações respetivas. O restante procedimento decorreu de acordo com o explicitado no estudo 1.

### **Caraterização da Amostra**

O procedimento de obtenção e seleção da amostra seguiu um processo de amostragem não probabilístico, do qual emergiu uma amostragem de conveniência, disponibilizando a recolha de dados através das redes sociais, bem como através de um convite via *e-mail* para a participação no estudo. Para a participação no estudo, os participantes deveriam preencher apenas duas condições: a) Ter profissão de psicoterapeuta ou psicólogo clínico, b) Exercer atualmente, aquando da participação, a prática clínica em terapia individual. Os dados foram tratados de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes.

A amostra populacional em análise neste estudo é composta por 69 participantes, psicoterapeutas ou psicólogos clínicos, estando a exercer a sua prática clínica aquando da realização da investigação. As idades cronológicas dos participantes oscilam entre os 22 e os 85 anos ( $M=54,77$ ;  $DP=15,467$ ), sendo 47,8% ( $n=33$ ) do sexo masculino e 52,2% ( $n=36$ ) do sexo feminino. Relativamente à experiência clínica reportada pelos participantes, a amostra é constituída essencialmente por terapeutas com mais de 25 anos de experiência (52,2%;  $n=36$ ), 21,7% ( $n=15$ ) enquadram-se entre os 15 e os 25 anos de experiência, outros 7,2% ( $n=5$ ) referem

experiência prática entre 7 a 15 anos e o mesmo número para 3,5 a 7 anos de experiência e 1 ano e meio a 3 anos e meio de experiência. Por fim, apenas 4,3% (n=3) referem uma experiência clínica inferior a 18 meses. No que diz respeito à percepção da sua prática clínica como integrativa ou eclética, 17,4% (n=12) considera-se pouco eclético, enquanto 82,6% (n=57) considera-se moderadamente a totalmente eclético e/ou integrativo.

No que diz respeito à caracterização das sessões sobre as quais os participantes escolheram focar-se para colaborar neste estudo, foram recolhidas duas informações: o número aproximado de sessão e o tipo de população em que se insere o paciente respetivo (adulto, adolescente ou criança). Assim, dos 69 participantes, e conseqüentemente 69 sessões de psicoterapia individual, 82,6% (n=57) diria respeito a trabalho terapêutico com adultos, 10,1% (n=7) com crianças e 7,2% (n=5) com adolescentes. O número aproximado das sessões varia entre a 1ª e a 800ª (M=38,93; DP=102,845).

Tabela 9.

*Caraterização da amostra*

		Frequências Descritivas	
Sexo			
	Feminino	52.2%	N = 36
	Masculino	47.8%	N = 33
Idade (anos)			
		M=54,77	
		DP=15,467	
		Min: 22	
		Max: 85	
Anos de experiência			
	<18 meses	4.3%	N = 3
	1.5-3.5 anos	7.2%	N = 5
	3.5-7 anos	7.2%	N = 5
	7-15 anos	7.2%	N = 5
	15-25 anos	21.7%	N = 15
	>25 anos	52.2%	N = 36
Orientação eclética ou integrativa			
	1. Nada	1.4%	N = 1
	2	5.8%	N = 4
	3	10.1%	N = 7

Tabela 9. (Continuação)			
	4	5.8%	N = 4
	5	21.7%	N = 15
	6. Totalmente	55.1%	N = 38

## **Instrumentos**

### **Questionário Sociodemográfico**

Para o objetivo de caracterizar a amostra do estudo, utilizou-se um questionário demográfico que permitiu recolher os seguintes dados: sexo, idade, nacionalidade, local de exercício profissional, influências teóricas na prática clínica e anos de experiência prática profissional.

### **Questões de Resposta Aberta sobre Tomada de Decisão**

Um conjunto de questões qualitativas (Anexo C) elaboradas para o efeito, foram utilizadas com o intuito de explorar tomadas de decisão em sessão e a relação percebida entre técnicas específicas e estratégias gerais em psicoterapia. Para além das questões de caracterização da sessão terapêutica em questão, o questionário qualitativo incluía questões acerca da decisão, das quais se espera extrair padrões associados ao processo de tomada de decisão em relação aos níveis de intervenção terapêutica. Pedem-se que o participante descreva uma decisão, explore os objetivos que pretendia promover e de que forma técnica os implementou bem como a percepção de alternativas técnicas e objetivos estratégicos

Tal como o uso de um diário de reflexão (La Torre, 2005) pode aumentar a consciência e aprendizagem o terapeuta acerca dos seus processos terapêuticos, também a descrição e a lembrança pormenorizadas das decisões tomadas em sessão podem fornecer um melhor entendimento do momento e ainda alguma supervisão e avaliação por parte do profissional.

### **Procedimentos de Análise de dados**

Para alcançar os objetivos deste estudo, os dados recolhidos através do procedimento anteriormente descrito foram analisados de forma qualitativa, mediante o método de Análise Temática, que permite identificar, analisar e reportar padrões ou temas num conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006). A análise temática pode ser considerada uma ferramenta de análise qualitativa, um processo que se inclui dentro de outros maiores (eg. *Grounded theory*) ou como um método por si só, como o defendem Braun e Clarke (2006). Pode dizer-se que será utilizado um método de análise temática que fornece informações acerca de um tema específico, ou grupo de temas, associados a uma questão específica ou área de interesse. Segundo Braun e Clarke, um tema não necessita de estar dependente de medidas quantificáveis mas pode ser sim

considerado como tal por capturar algo importante para a questão de investigação. Ainda assim, podem ser utilizados o número de referências ao mesmo ou número de participantes, fontes, que fazem referência.

O procedimento consiste em encontrar, no discurso dos participantes, temas potencialmente relevantes, e codificá-los. Este processo decorre em 6 fases: 1) familiarização com os dados, 2) criar as primeiras unidades de significado através de dados interessantes encontrados com respeito ao que se pretende estudar, 3) reunir as unidades de significado idêntico em temas ou categorias superiores, 4) rever as categorias criadas e as referências codificadas, 5) definir e nomear os temas que poderão constituir um mapa temático dos dados e, por fim, 6) reportar a história que os dados contaram. Todo este processo de análise de dados foi elaborado com recurso ao *software* de análise de dados qualitativos *QSR NVivo 10*®. Este programa suporta a análise de dados qualitativos, através da gestão de dados e ideias, da colocação de questões aos dados, da criação de modelos gráficos e a criação de um relatório dos dados (Bazeley, 2007).

## Análise de Resultados

Este estudo de natureza qualitativa e exploratória pretendeu extrair das respostas dos participantes às questões abertas acerca das questões de investigação e temas de interesse, temas ou padrões subjacentes. Procurou-se assim explorar a tomada de decisão clínica através de três temas principais: a perceção dos clínicos acerca da relação entre os diferentes níveis de intervenção para a sua decisão descrita, os fatores influentes à sua tomada de decisão clínica e os fatores associados à satisfação com a mesma.

Remetendo novamente à ideia de Braun e Clark (2006) referente à relevância dos temas ou categorias extraídas, estes serão considerados em função do seu valor para o estudo e questões de investigação e não somente um resultado da sua frequência na amostra de participantes. Ainda assim, são apresentadas o número de fontes que referenciou uma categoria, sinalizando-o logo após o nome da categoria (ex: *Satisfação (22)*). Para a representação das referências das categorias encontradas, estas serão caracterizadas através de: número de participante atribuído, idade, orientação teórica dominante, dado demográfico do paciente (adulto, adolescente ou criança) e número de sessão. Para a característica associada à orientação teórica, considerar-se-á uma orientação teórica integrativa/eclética quando não é indicada uma influência teórica predominante, e é indicada uma prática integrativa. Os participantes ao estudo em português e os participantes do estudo em versão inglesa serão diferenciados através da sigla, PTn ou Pn, respetivamente.

### 1. Níveis de intervenção terapêutica

Com o intuito de analisar a relação entre dois níveis de intervenção terapêutica, técnico e estratégico, à semelhança do que foi objetivo do estudo quantitativo, as respostas dos participantes foram codificadas de acordo com a perceção destes sobre as mesmas (Anexo D). Para este objetivo não se pretendeu encontrar padrões ou temas mas sim analisar quantitativamente a perceção dos participantes expressa através das suas respostas.

Assim, para a questão “*Neste caso, imagina-se a promover a(s) mesma(s) intenção(ões) ou estratégia(s) geral(is) de outra(s) forma(s) técnica(s)? Qual(is)?*” procurou-se quantificar a perceção dos participante relativamente às alternativas técnicas para promover uma determinada estratégia.

#### a) *Uma estratégia geral é promovida por duas ou mais técnicas específicas (48)*

Verificou-se que 48 participantes referenciaram outras técnicas para a promoção da mesma estratégia. Nesta categoria foram incluídas as respostas que se mostravam claramente

afirmativas, independentemente da nomeação de diferentes alternativas técnicas. Para além destas, outras respostas que evidenciavam a utilização de várias técnicas utilizadas foram também incluídas. Exemplos de referências neste sentido:

“There are always many ways to implement a strategy; but this one felt organic to the work.” (P19, 85, psicodinâmica, adulto, 800)

“Yes. With some children I use a published workbook to address these issues” (P43, 63, cognitiva, criança, 2)

“I think I could use other technical means; I could have done a self-disclosure too; I could have used a more CBT oriented approach (e.g. cognitive restructuring); there would be a lot of possible ways to do this.” (P50, 24, eclética/integrativa, adulto, 14)

b) *Uma estratégia geral é promovida apenas por um tipo de técnica específica* (13)

Observaram-se 13 respostas, de participantes diferentes, que afirmam a utilização apenas de um tipo de técnica para promover os objetivos que tinham em mente aquando da decisão reportada. Exemplos que caem nesta categoria:

“no. inner focus skill building is key.” (P1, 52, eclética/integrativa, adulto, 15)

“I don't think so. I am a strong advocate for the use of play therapy for this age-group (young child) as an important way to therapeutically connect with a child.” (P45, 22, humanista/experiencial, criança, 4)

É importante ter em conta que a inclusão nesta categoria depende da expressão do participante. Assim, uma resposta como “No – other techniques would not be consistent with my comfort level for an approach” (P10, 67, eclética/integrativa, adulto, 4) é codificada do mesmo modo que um simples não. Importa aqui extrair a perceção dos participantes. Contudo, acreditamos que um simples “no.” possa, por vezes, representar o mesmo que um “yes, but...”, dependendo assim da disponibilidade de cada participante para partilhar as suas experiências e processos internos.

Para as categorias associadas ao nível de intervenção estratégica, o mesmo procedimento foi utilizado. A partir das respostas relacionadas com a questão *Para além do que possa ter imaginado inicialmente, que outra(s) intenção(ões) ou estratégia(s) geral(is) considera poder ter promovido no/a seu/sua paciente ao tomar esta decisão?* formularam-se duas categorias que

descrevem a percepção da interação entre a utilização de uma intervenção técnica e a promoção de estratégias gerais.

*a) Uma técnica promove duas ou mais estratégias gerais (34)*

Esta categoria inclui referências a mais do que uma estratégia clínica, promovidas através da técnica específica utilizada. Respostas afirmativas no sentido de promoção de mais objetivos do que aqueles planeados inicialmente, são incluída. Respostas no sentido negativo, ainda que o discurso possa sugerir um outro objetivo de forma ténue, não são incluídos. De entre as várias referências a esta categoria, são escolhidos como exemplo os seguintes:

“Yes. By encouraging him to consider other options, he was able to come up with his own decision, which helped him feel independent and successful, key issues for this fellow.” (P18, 59, eclética/integrativa, adulto, 23)

“It ended up being more strengths-based than I had originally expected, but it seemed beneficial to increasing the patient's willingness to change” (P23, 59, eclética/integrativa, criança, 25)

*b) Uma técnica específica promove uma estratégia geral (22)*

Esta categoria é definida pela inclusão de respostas no sentido negativo à promoção de mais do que uma estratégia, através da(s) técnica(s) utilizadas na sessão em questão. Tomemos como exemplos:

“No, not this early in the therapy. I think I established rapport and a modicum of hope that the client had the means inside herself to recover some sense of joy.” (P24, 56, Humanista, adulto, 1)

“No, as an existential psychologist I acted in the moment toward insight and I remain interested in what unfolds from that moment” (P57, 63, existencial, adulto, 12)

Revelou-se um maior número de participantes com respostas *ambíguas* (7) ou de *desconhecimento* (5) para esta categoria.

## **2. Fatores influentes à tomada de decisão clínica integrativa**

Tendo em conta que a existência de diferentes alternativas técnicas, ou estratégicas, como já foi mostrado que os participantes reconhecem, requer a tomada de decisão em relação às mesmas, este processo foi analisado. Para tal, da análise do discurso dos participantes, extraíram-se temas subjacentes à tomada de decisão, categoria à qual se denominou de *Fatores*

*Influentes*. Foram extraídas 10 categorias referentes a estes fatores, sendo que uma delas diz respeito à percepção de inexistência de alternativas, assumida como um fator que leva à tomada de decisão pelas opções encaradas como únicas. As categorias encontradas podem ser observadas através da árvore de categorias (Anexo E).

Relativamente à categoria *Características da Abordagem Escolhida* (27), esta pode ser definida como fatores associados à abordagem, como a adequabilidade específica aos objetivos, a crença do terapeuta nas técnicas escolhidas, o nível de diretividade ou o domínio do terapeuta sobre essa abordagem específica. Assim, como critério de inclusão nesta categoria, foi definido que as referências deveriam mencionar a aspetos relacionados com as técnicas ou estratégias utilizadas como as preferenciais pelos aspetos supra mencionados.

“I try and use the strategies and interventions that I know well and do well. I am sure other's skilled in alternative interventions would be able to create similar outcomes.” (P56, 60, eclética/integrativa, adult, 4)

“Making specific plans as done in CBT might have worked. Concrete step-by-step, prescribed interventions. It is a bit more directive and systematic. It doesn't encourage spontaneous action yet they provide concrete steps.” (P9, 46, humanista, adulto, 50)

“Other techniques would not be consistent with my comfort level for an approach” (P10, 67, eclética/integrative, adulto, 4)

No que diz respeito à categoria *Características do Paciente* (14), a tomada de decisão é influenciada por fatores diretamente associados aos pacientes da sessão à qual os terapeutas se referem, incluindo características pessoais, culturais, comportamentais. Assim, revelaram-se duas subcategorias que parecem poder ser interessantes: *caraterísticas específicas do paciente* (ex:idade) e *reação esperada à intervenção*.

“This woman is religious and that would be less likely to integrate with her religious experience” (P20, 64, eclética/integrativa, adulto, 18)

“This patient was very shy and reticent when I first met her so I felt I needed to take a different approach” (P43, 50, cognitiva, criança, 2)

“This client's OCD is very tenacious, and he is likely to object to suggestions. So, I'm sure there are other ways to present the idea, and I'm always glad when I find a presentation that brings up minimal objection” (P60, 60, EMDR, adulto, 23)

A categoria *Ausência de Alternativas* (11) foi, como já referido, formada através dos dados dos participantes que mostravam não conhecer, não apoiar ou não colocar a hipótese de existirem outras alternativas, técnicas ou estratégicas, e assim justificando a sua tomada de decisão. Nesta categoria encontram-se referências à inexistência de alternativas percebidas:

“I do not know any other strategy I could have made and had I agreed then I would have been colluding with his avoidance of his anger.”(P13, 54, eclética/integrativa, criança, 35)

“I do not know of other psychotherapy for prisoners that are not superficial and focused on "just stopping" bad behavior, i.e. drug abuse, violence, self-harm.” (P57, 63, existencial, adulto, 12)

Dos dados recolhidos, formou-se ainda uma categoria que parece ser relevante para o tema, à qual se deu o nome *Sequencialidade* (10). Esta categoria diz respeito às tomadas de decisão referidas que tiveram em conta fatores sequenciais, isto é, a utilização de uma técnica ou promoção de uma estratégia basearam-se na ideia de que seria essa a sequencia correta ou conhecida, tendo em conta o trabalho terapêutico já realizado ou aquele que se pretende realizar posteriormente. Esta sequencialidade é manifestada para o processo de terapia geral (ex: estabelecimento de relação, recolha de informação...) e também especificamente relacionado com as estratégias ou técnicas delineadas para o processo específico do paciente.

“The client's primary problem is conceptualized as GAD, with the proximal treatment goal being to promote greater distress tolerance and greater tolerance of uncertainty.” (P15, 52, comportamental, adulto, 12).

“As far as I am aware, the primary method for cognitive distortions is to explain the concept and identify how that concept influences the client's life.” (P37, 39, humanista, adulto, 8)

Importa ainda referir as categorias *Caraterísticas das Dificuldades* (9) e *Responsividade* (9). Embora referidas por um número menor de fontes, estas parecem ainda assim poder ser alvo de referência. Assim, a categoria *Caraterísticas das Dificuldades* foi formada através de referências que diziam respeito a uma tomada de decisão em função da severidade das dificuldades, do conhecimento que se detém sobre as mesmas, ou a importância percebida pelos terapeutas. Pode ser dado como exemplo a seguinte referência “(...) and I, with his consense, decided to focus on his self -contempt in order to decrease the intensity of shame; it seemed shame was the most difficult internal state to cope with.” (P30, 50, cognitiva, adulto, 2). A

categoria denominada *Responsividade* resultou dos dados referentes a tomada de decisão influenciada e/ou motivada por fatores específicos que ocorrem na sessão, como reação a uma frase do paciente, ao seu estado de humor, um pedido específico que surge na sessão ou mesmo decisões em função de uma ação imediata, sem tempo portanto para explorar várias opções. Este fator parece ocorrer tanto para estratégias gerais como para técnicas específicas. Exemplificando, “(...) Following his request to focus more on his current depression (...)” (P39, 64, eclética/integrativa, adolescente, 40).

### **3. Satisfação com a tomada de decisão**

A satisfação com a decisão tem implicações na procura de técnicas ou estratégias alternativas e foi, por esse motivo, um dos temas que se pretendeu que os participantes explorassem (Anexo F).

#### *a) Satisfação com a decisão (42)*

A partir dos dados fornecidos pelos participantes, foram extraídas 8 categorias de fatores que promovem a satisfação com as decisões tomadas em sessão de psicoterapia. Destas, 5 serão apresentadas. As restantes poderão ser consultadas na tabela em anexo.

A categoria que se mostrou mais relevante para conduzir à satisfação da decisão tomada em sessão, denominou-se *Resultado da decisão em sessão* (22). Dentro desta categoria, foram incluídas referências dos participantes a fatores diretamente relacionados com os resultados, no paciente ou em sessão, alcançados com a intervenção (ex: o alívio sintomático, o aumento de sentimentos positivos, a construção de novos significados ou um simples “resultou”). Para exemplificar esta categoria

“I was very satisfied because it seemed to work. It seemed to produce the result I was wanting.” (P35, 67, dinâmica/sistémica, adult, 175)

“I was very satisfied because it seemed to work. It seemed to produce the result I was wanting.” (P63, 65, eclética/integrativa, adulto, 10)

“The client is relieved each time we home in on his expectations of disaster and he is soothed by the positive experience.” (P21, 39, dinâmica/cognitiva, adulto, 25)

Uma segunda categoria que se evidenciou como relevante para a satisfação com a decisão relativa à intervenção terapêutica denominou-se *Envolvimento do paciente na tarefa* (14), já que diz respeito não ao resultado da intervenção mas ao seu processo. São incluídas

nesta categoria, referências à adesão ou comportamento do paciente durante a tarefa terapêutica escolhida.

“My patient was really engaged during the session - wanted to read the book twice and was very interactive when we created the 'anger ladder'.” (P43, 50, cognitiva, criança, 2)

“Muito. O paciente aderiu bem à reflexão e atividades propostas (...).” (PT2, 24, eclética/integrativa, adulto, 15)

A categoria *Resposta do paciente* (11), refere-se a unidades de significado que indicam uma determinada expressão do paciente, a nível verbal ou emocional. Assemelha-se ao resultado da sessão, contudo está mais associado ao paciente do que à intervenção realizada.

“I was satisfied because he responded that he had never been able truly to separate from a parent and was unable to mourn when that person died.” (P19, 85, psicodinâmica, adulto, 800)

“Person expressed feelings of relief and hopefulness at end of session.” (P56, 60, eclética/integrativa, adult, 4)

“(...) She was able to recognize her helpless/all powerful stance, laugh, and then do the hard work of noticing where she actually could make a difference that day.” (P42, 63, eclético/integrative, adulto, 232)

A categoria *Aumento da consciência do paciente acerca da sua experiência e padrão de funcionamento* (9) foi constituída pela relevância que parece ter para os participantes. Nesta, incluem-se referências ao aumento da compreensão, por parte do paciente, dos seus processos internos como ligações entre componentes cognitivas, emocionais e comportamentais, compreensão dos problemas e do modo de funcionamento que os mantem ou influencia.

“Client was able to gain better understanding of herself and how her self-judgment process results in negative feelings about herself which further reinforce her negative self-view.” (P51, 29, eclética/integrativa, adulto, 3)

“I was quite satisfied because after having pointed at her problem with authority, which was also a reaction to her violent father, (...), she had shown me practically that she had grasped the concept.” (P7, 69, cognitiva, adulto, 60)

b) *Insatisfação com a decisão* (10)

Foram extraídas algumas categorias associadas a referências relativas a uma insatisfação com a decisão descrita ou com a intervenção realizada. Ainda que não se tenham mostrado como relevantes para a amostra, penso que seja importante referir algumas, como fatores que produzem insatisfação com o trabalho terapêutico. Estas estão então relacionados com fatores temporais (ex: tempo reduzido), fatores contextuais (ex: influência do contexto), ou percepção errada das dificuldades do paciente. Exemplificando a categoria mãe:

“The intervention was only partially successful and in retrospect I may have made a "mountain out of a molehill”” (P44, 67, eclética/integrativa, adulto, 3)

“She was still out the door 8 minutes past the end time so another approach is needed!” (P47, 44, psicodinâmica, adulto, 2)

“Necessidade de mais tempo para realizar técnica e paciente poder integrar os conteúdos antes de tomar a decisão” (PT4, 43, construtivista, adulto, 40)

## Discussão

Este estudo, de natureza qualitativa, pretendeu explorar a tomada de decisão num contexto naturalístico de psicoterapia, extraindo fatores associados à mesma. Ao contrário de outros estudos que procuraram explorar processos semelhantes (e.g. Gonçalves & Ivey, 1987), foram utilizadas sessões e pacientes reais, para os quais se pediu aos participantes que recordassem os processos neles desenvolvidos.

Em primeiro lugar, procurou-se perceber o modo como os psicoterapeutas percecionam a relação entre diferentes níveis de abstração no processo de intervenção na prática clínica. De acordo com os resultados obtidos, observa-se a existência de um maior número de terapeutas a percecionarem diferentes intervenções técnicas específicas para alcançar determinadas intenções ou estratégias gerais, do que aqueles que percecionam apenas uma. Daqui, é implicado que o processo de tomada de decisão seja necessário para a escolha mais apropriada. A seleção de diferentes técnicas específicas para adequação aos objetivos do processo terapêutico vai ao encontro da ideia dos modelos ecléticos (e.g. Beutler, Consoli & Lane, 2005; Lazarus, 2005). Por outro lado, a um nível de abstração intermédio, revelou-se uma maior equivalência de terapeutas a considerar a promoção de diferentes estratégias gerais através da utilização de uma técnica específica. O número de terapeutas a considerar alcançar apenas uma estratégia com a(s) técnica(s) utilizadas foi semelhante àqueles que consideraram ter promovido vários objetivos. Uma vez que várias respostas ambíguas foram encontradas a este nível de abstração, deve considerar-se que estes dados possam ser influenciados por alguns fatores como uma menor familiaridade com os termos utilizados, ou mesmo com este nível de abstração, uma incompreensão da questão associada a estes dados, confusão entre nível técnico e estratégico.

No que diz respeito especificamente ao processo de tomada de decisão dos terapeutas extraído dos dados, foram encontrados alguns fatores que parecem mediar este processo. A ideia de Hill (2009), de que os terapeutas devem combinar as diferentes estratégias e técnicas para formar uma abordagem que lhes faça sentido, de acordo com a sua visão do mundo e personalidade, é aqui complementada pelos dados que surgem a favor de uma combinação em prol de diversos outros fatores. No momento de decidir a abordagem a utilizar, técnica e estrategicamente, os terapeutas parecem basear principalmente a sua decisão nos fatores específicos da mesma, tendo em conta as características dos pacientes. As características da abordagem como fator associado à tomada de decisão dá força à especificidade técnica como potencial promotora de estratégias gerais pretendidas. As *características do paciente*, que constituem a influência mais referida na literatura, foram encontradas neste estudo como as segundas mais relevantes. À semelhança do que disse Caspar (1997), uma visão realista do

paciente, tendo em conta capacidades e limitações, é necessária para um julgamento clínico preciso e adequação do procedimento terapêutico apropriado. Estas características parecem ter um impacto na tomada de decisão na medida em que vão determinar a resposta do paciente à intervenção. Características demográficas, culturais e de personalidade são fatores influenciadores encontrados. A tomada de decisão por uma técnica está, logicamente, também associada à inexistência de alternativas percebidas pelos terapeutas. Contudo, é importante relembrar que neste estudo, esta categoria contém referências que revelam apenas esta percepção e não elaboram sobre o seu processo subjacente. O fator *sequencialidade* foi um resultado que ainda se considerou relevante para os objetivos do estudo. Tal como no estudo 1, assenta aqui a ideia de que existe um processo sequencial subjacente ao processo de mudança e ao processo de terapia. Este resultado vai ao encontro da ideia de que os terapeutas utilizam um guia de ação que determina estratégias e técnicas mediante uma sequência temporal a favor do paciente e do processo de mudança, como já tem sido estudado (Conceição 2005, 2010; Vasco, 2006). Assim, no processo de tomada de decisão relativo à intervenção psicoterapêutica, é importante para os terapeutas seguir uma linha orientadora, que pode estar associada a uma determinada abordagem teórica, a um tratamento delineado para os problemas associados, com o estabelecimento de relação, ou mesmo com objetivos já assimilados, ou não, pelos pacientes.

Porque consideramos que a satisfação com a decisão é um fator incluído no processo de tomada de decisão dos psicoterapeutas, procurou-se explorar que tipo de fenómenos poderiam contribuir para a satisfação com decisões tomadas em sessões de psicoterapia. O dado mais intuitivo foi o resultado principal: o *resultado* terapêutico de decisão tomada, e consequentemente da intervenção realizada, foi o mais referido como promotor de satisfação. Tal como a importância dos resultados finais para a psicoterapia, estes resultados em sessão mostram-se relevantes para os psicoterapeutas. Mais no sentido do processo da terapia do que do resultado, sobressaem o *envolvimento do paciente* e o seu *aumento de consciência acerca da experiência e padrão de funcionamento* como aspetos relevantes para a satisfação com a decisão. Ao mesmo tempo que este último é considerado um objetivo estratégico (Vasco, 2006) parece ser um processo que aumenta a satisfação com a intervenção terapêutica, merecendo assim um destaque como dando informação sobre o que ocorre em terapia. O envolvimento do paciente na tarefa terapêutica foi um fator interessante, já que se diferencia do resultado terapêutico obtido mas está diretamente associado ao processo da terapia em sessão, que pode ser relacionado com o estabelecimento da relação terapêutica bem como com a promoção de motivação para a mudança. A resistência é uma preocupação recorrente entre psicoterapeutas, e determinadas experiências em psicoterapia têm mostrado uma redução da mesma (e.g.

Holthforth, Grawe & Castonguay, 2006). Por fim, gostaria de referir a *Resposta do Paciente* como um dado relevante para o estudo do processo da psicoterapia. A resposta do paciente pode ser vista como o fornecimento de feedback em relação não só à técnica específica ou estratégia geral conduzida na sessão mas em relação a todo o processo terapêutico. Este fator pode ser essencial ao terapeuta para compreender e acompanhar o processo de mudança do paciente, já que as verbalizações dos pacientes formam bons indicadores do seu processo de mudança, de aspetos positivos ou negativos (e.g. Hatfield, McCullough, Frantz & Krieger, 2010).

De uma forma geral, todos os fatores extraídos do processo de tomada de decisão representado pelos terapeutas neste estudo para poder ser aspetos que podem contribuir para um maior nível de responsividade no processo de terapia. De acordo com a ideia original de responsividade de Stiles et al. (1998), estes indicadores permitem que um terapeuta mais flexível modifique e adapte as suas estratégias e mesmo abordagem teórica ao tratamento. A satisfação, ou insatisfação, com a abordagem escolhida leva à necessidade de mudança para uma abordagem diferente, tal como um dos participantes o refere “ (...) so another approach is needed!” (P47, 44, psicodinâmica, adulto, 2).

## IV. Conclusão geral

Nesta secção serão discutidos de forma sintética os principais resultados alcançados na combinação dos dois estudos já descritos, assim como as suas potenciais implicações no domínio da investigação, prática clínica e treino em psicoterapia. Serão ainda apresentadas as limitações da presente investigação e feitas sugestões para estudos futuros.

Este estudo pretendeu ampliar o conhecimento sobre o processo de tomada de decisão de psicoterapeutas, no contexto naturalístico da prática clínica, no que diz respeito à utilização de técnicas específicas e estratégias gerais. Para tal, foi escolhido um método híbrido que pretendeu conjugar as vantagens da investigação qualitativa e quantitativa, tendo em conta os objetivos do estudo.

Desta forma, podemos dizer que a análise quantitativa dos dados revelou, à semelhança do que ocorreu no estudo de Ferreira (2013), uma correlação positiva significativa entre técnicas específicas e estratégias gerais. Este dado sugere-nos que, dada a ausência de relações específicas fortes e diferenciadas entre técnicas específicas e determinadas estratégias gerais, diferentes técnicas específicas a abordagens teóricas diferentes podem ser utilizadas para as mesmas estratégias gerais, que como Goldfried (1980) referiu representam um nível de abstração intermédio, onde se encontram maiores semelhanças entre as práticas terapêuticas de diferentes abordagens teóricas. Hill (2009) refere que o impacto das técnicas pode ser semelhante em diferentes tipos de terapia mas alguns terapeutas têm maior probabilidade de utilizar umas em detrimento de outras. Assim, perante o maior leque de opções técnicas possíveis para implementar uma mesma estratégia, o terapeuta depara-se com um processo de tomada de decisão referente a esses dois níveis de abstração.

A análise qualitativa deste estudo permitiu uma primeira compreensão da forma como é conduzido este processo de tomada de decisão integrativo. Os resultados indicam que os terapeutas são influenciados por fatores como características das abordagens, características dos pacientes, necessidade de sequencialidade, características das dificuldades e responsividade aos pedidos do paciente ou eventos em sessão. Para mais, este processo parece ser avaliado pelos clínicos em função dos resultados obtidos com a intervenção (ex: sentimentos positivos), do envolvimento do paciente na tarefa terapêutica, da resposta ou feedback do paciente ou da sua capacidade para compreender a sua experiência e os seus padrões de funcionamento. Os processos ou fatores encontrados como associados ao processo de tomada de decisão do terapeuta, apontam no sentido de uma abordagem integrativa, no sentido em que tem em conta um leque de opções técnicas e estratégicas, poder tornar mais responsiva a atitude do terapeuta.

Como mostraram Levitt, Butler e Hill (2006) as intervenções específicas são vistas pelos pacientes como úteis mas raramente são a estas atribuídas mudanças ou insights. Contudo, do ponto de vista do terapeuta, as técnicas específicas têm um papel importante na mudança, já que permitem alcançar determinados objetivos ou estratégias reguladoras desse processo. Como se pode concluir deste estudo, a força de uma técnica específica não determina o resultado ou objetivos que se pretendem alcançar, coexistindo diferentes formas de o fazer. Sendo assim, parece ser em função de alguns determinantes que o processo de decisão é necessário para a integração entre estes dois níveis de abstração no processo de psicoterapia.

A dificuldade em seguir uma orientação teórica específica tem-se revelado na prática e treino de psicoterapia. Parece existir uma constante adaptação, assimilação e acomodação, de diferentes abordagens teóricas ou aspetos das mesmas (Wolff & Auckenthaler, 2014). Neste sentido, pode considerar-se que este estudo tem implicações para a prática clínica e treino de psicólogos e psicoterapeutas, podendo potenciar o trabalho e aprendizagens ao nível dos princípios gerais ao invés de manter o foco quase exclusivo nas técnicas específicas. Estes princípios poderão guiar a tomada de decisão clínica, tornando-a mais consciente aquando da prática terapêutica. Esta investigação permite ainda promover a aproximação entre a prática e a investigação, podendo tornar-se um elemento útil à comunidade de psicoterapeutas. Através do feedback recebido, pode constatar-se que este estudo foi ao encontro do interesse de profissionais em psicoterapia, fornecendo uma ferramenta de reflexão e auto-supervisão.

Ainda que o presente estudo tenha procurado colmatar vulnerabilidades de estudos interiores, por exemplo acedendo a um contexto naturalístico ao invés da utilização de situações fictícias, também ele apresenta diversas limitações. Questões metodológicas e de recolha de dados são apontadas como as mais significativas. Em primeiro lugar, a amostra foi recolhida mediante um critério de conveniência e não aleatoriamente. Em segundo lugar, os instrumentos de autorrelato utilizados não controlam a resposta ao acaso, tal como o procedimento de recolha *online* ao qual se recorreu.

Para estudos futuros, parece importante explorar com maior nível de profundidade este processo de tomada de decisão, com recurso a métodos que o facilitem como, por exemplo, a entrevista. Esta permitirá uma recolha de informação mais rica, sendo que o entrevistador pode ser responsivo ao conteúdo do discurso dos participantes. Assim evitar-se-ia perder dados por ambiguidade da resposta, que possivelmente é fruto de ambiguidade percebida nas questões. Seria interessante investigar, numa amostra mais heterogénea, a influência de características como a idade, anos de experiência ou a orientação teórica do terapeuta neste processo de tomada de decisão.

## V. Referências Bibliográficas

- Arkowitz, H. (2009). Principles of change vs. therapy techniques or principles of change and therapy techniques: A commentary on Goldfried's 1980 paper. *Applied and Preventive Psychology, 13*, 5–7.
- Bazeley, P. (2010). *Qualitative Data Analysis with NVivo*. London: SAGE Publications.
- Beutler, L. E. (2009). Progress in delineating change principles: A comment on Goldfried (1980). *Applied and Preventive Psychology, 13*, 10–11.
- Beutler, L. E., Consoli, A., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2ª Ed.). New York: Basic Books.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ª Ed.). USA: John Wiley & Sons
- Binder, P., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2010): What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research, 20*(3), 285-294. doi:10.1080/10503300903376338
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. In H. Joffe, *Thematic analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Brooks-Harris, J. E. (2008). Five principles for psychotherapy integration. In *Integrative multitheoretical psychotherapy* (Cap. 2). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research, 7*(2), 105-125. Doi: 10.1080/10503309712331331913
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2005). *Principles of therapeutic change that work* (Eds.). New York: Oxford Press.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 631-638. doi:10.1002/jclp.20256
- Cravo, A., & Moleiro, C. (2011). Que integração em psicoterapia: Um estudo descritivo das práticas de psicoterapeutas Portugueses. *Análise Psicológica, 2* (XXIX), pp 215-229.

- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Conceição, N. M. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: Integrative decision making in real-world psychotherapy*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., German, R. E., Fournier, J. C., & Forand, N. R. (2014). Understanding processes of change: How some patients reveal more than others—and some groups of therapists less—about what matters in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 24(3), 419-428, doi: 10.1080/10503307.2013.838654.
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094
- Eubanks-Carter, C., Burckell, L., & Goldfried, M. (2005) Future directions in psychotherapy integration. In Norcross, J. & Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>nd</sup> Ed. – pp 503-521) New York: Oxford University Press.
- Ferreira, A. (2013). Estratégias gerais e intervenções técnicas específicas no processo de tomada de decisão em psicoterapia. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Lisboa.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67–89. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810.
- Garfield, S. (1997). Brief psychotherapy: The role of common and specific factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 217-225.
- Gigerenzer, G. (2002). The adaptative toolbox. In G. Gigerenzer & R. Selten (Eds.), *Bounded Rationality: The Adaptative Toolbox* (MIT Press Ed.).Massachussets: MIT Press.
- Gold, J. R. (1993). The sociohistorical context of psychotherapy integration. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

- Gonçalves, O. F. & Ivey, A. E. (1987). The effects of unconscious presentation of information on therapist conceptualizations, intentions, and responses. *Journal of Clinical Psychology, 43* (2), 237-245.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (1), 4-9
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors ?, *21*(5), 372–378.
- Hajjaj, F. M., Salek, M. S., Basra, M. K. a, & Finlay, a Y. (2010). Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *Journal of the Royal Society of Medicine, 103*(5), 178–87. doi:10.1258/jrsm.2010.100104.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. & Krieger (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 25-32.
- Hill, C. E. (2009). Reaction to Goldfried (1980): What about therapist techniques? *Applied and Preventive Psychology, 13*, 16–18.
- Hill, C. E., & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology, 32* (1), 3-22.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014, August 11). Evidence-Based Psychological Interventions and the Common Factors Approach: The Beginnings of a Rapprochement? *Psychotherapy*. Advance online publication. doi:10.1037/a0037045.
- Holtforth, M. G., Grawe, K. & Cantonguay, L. G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research, 16* (5), 639 – 644.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp.94–129). New York: Basic Books.

- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2013). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. doi:10.1037/a0034332.
- Lazarus, A. A. (2005) Multimodal therapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Basic Books.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. doi:10.1037/0022-0167.53.3.314
- Levitt, H., Neimeyer, R. A., & Williams, D. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 117-129.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A., & Krause, E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Miller, S. D., Hubble, M. a, Chow, D. L., & Seidel, J. a. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 88–97. doi:10.1037/a0031097.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188–197.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (Ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005) *Handbook of psychotherapy integration* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011) *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- O'Hara, D. (2012). Common factors of therapeutic change in counselling psychology. *Counselling Psychology Review*, 27 (4), 3-6.

- Orlinsky, D., Ambuhl, H., Ronnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9 (2), 127 – 153.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Aapro, N., Ambuhl, H., Espada, A. A., Bae, S. H. et al. (2005). The Psychotherapists. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change*. Washington DC: APA.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27, 760-768. doi:[10.1016/j.cpr.2007.01.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.009)
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978) Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. USA: John Wiley and Sons.
- Persons, J. (2013). Who needs a case formulation and why: Clinicians use the case formulation to guide decision-making. *PSCP: Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 448-456.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.) *Treating Addictive Behaviors*.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005) The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>a</sup> Ed.). New York: Oxford.
- Posner, M. I. & McLeod, P. (1982). Information processing models – in search of elementary operations. *Annual Review Psychology*, 33, 477 – 514.
- Reips, U. (2000). The web experiment method: Advantages, disadvantages, and solutions. In M. H. Birnbaum (ed.) *Psychological Experiment on the Internet* (Cap.4). Academic Press.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984) The New Research Paradigm. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (eds.). *Patterns of Change*. New York: The Guilford Press.

- Ridley, C. R., Mollen, D., & Kelly, S. M. (2011). Beyond Microskills: Toward a Model of Counseling Competence. *The Counseling Psychologist*, 39(6), 825–864. doi:10.1177/0011000010378440
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians?. *Clinical Psychology: science and practice*, 18(4), 357-371. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x
- Safran, J. D., & Messer, S. B. (1998) Psychotherapy integration: a post-modern critique. In J. D. Safran, *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 459-493). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Schottenbauer, M. a., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2007). Decision making and psychotherapy integration: Theoretical considerations, preliminary data, and implications for future research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 225–250. doi:10.1037/1053-0479.17.3.225
- Sousa, A. (2009). “*Da obra à matéria-prima*”: *Estudo Naturalístico de factores que influenciem a tomada de decisão clinica*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63 (3), 267-281. doi: 10.1002/jclp.20347.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521 – 543.

- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. USA: John Wiley and Sons.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, 15, 219-226.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A.B., & Dryden, W. (1994). The development of psychotherapists’ theoretical orientation and clinical practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 22(3), 327-341. doi: 10.1080/03069889408253678
- Vasco, A. B., Santos, O., & Silva, F. (2003) Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10174/2061>
- Wachtel, P. L., Kruck, J. C., & McKinney, M. K. (2005). Cyclical psychodynamics and integrative relational therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2ª Ed.). New York: Oxford.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In B. M. Duncan, S. D. Miller, M. A. Hubble, and B. E. Wampold, (Eds.), *The Heart and Soul of Therapy*. (2nd ed., 49-82). Washington, DC: American Psychological Association
- Weinberger, J. (1993) Common Factors in Psychotherapy. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- Weinberger, J. (2014, August 11). Common Factors Are Not So Common and Specific Factors Are Not So Specified: Toward an Inclusive Integration of Psychotherapy Research. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0037092.
- Witteman, C. L. M., & Koele, P. (1999). Explaining Treatment Decisions. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 100-114.
- Witteman, C.L.M. & Kunst, H. (1999). SelectCare - in aid of psychotherapists' treatment decisions. *Computers in Human Behavior*, 15 (2), 143-159.
- Wolff, S. & Auckenthaler, A. (2014). Processes of theoretical orientation development in CBT Trainees: What internal processes do psychotherapists in training undergo as they

“integrate”?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (3), 223 – 237. doi:  
10.1037/a0037514.