

1120

5

DM
SILV/E.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLINICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O desenvolvimento dos psicoterapeutas portugueses: uma contribuição para
o estudo da mudança ao longo da carreira**

Fernando Rodrigues da Silva

Orientador: Prof. Dr. António José dos Santos

2006/2007



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Doc. 17682

Registo: 17682

Data: 4/8/08

Tel: 21 501 57 50 - info@ispa.pt

I - Introdução	4
Modelo psicológico das perturbações relacionais	18
Perspectivas sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas.....	27
II - Método	54
1 - Participantes.....	54
2. Instrumento.....	55
2.1 - Medidas de desenvolvimento.....	58
III - Resultados.....	61
Características Demográficas.....	62
Identificação profissional.....	63
Identificação Profissional.....	64
Medicina.....	64
Psicologia	64
Assistente social.....	64
Outras profissões	64
Orientação Teórica	65
Experiência profissional.....	68
Anos de prática	69
Terapia pessoal.....	69
Características da prática terapêutica actual.....	71
O psicoterapeuta como pessoa	74
Desenvolvimento retrospectivo.....	76
Desenvolvimento actual	77
IV – Discussão	88
V – Referencias Bibliográficas	94
Anexos.....	102

Resumo

O estudo descreve as características dos psicoterapeutas portugueses e avalia as dimensões que contribuem para a mudança e o desenvolvimento ao longo da carreira. A par do estudo das características dos pacientes e dos modelos teóricos de intervenção para o resultado em psicoterapia, o estudo das características dos psicoterapeutas tem sido considerado como particularmente importante para o entendimento do processo psicoterapêutico. O desenvolvimento dos psicoterapeutas, é estudado e entendido como o conjunto de modificações percebidas ao longo da carreira e aquelas que estarão a acontecer no presente quanto a um conjunto de aspectos ligados à prática e às competências psicoterapêuticas desenvolvidas. Trata-se de um estudo por inquérito, que envolve psicólogos, psiquiatras e outros técnicos de saúde, membros de sociedades de psicoterapia em Portugal. Foi utilizado o questionário sobre o desenvolvimento pessoal e profissional de psicoterapeutas (Orlinsky, 1999). São descritas as características dos psicoterapeutas Portugueses e avaliadas algumas das dimensões que contribuem para a mudança e o desenvolvimento ao longo da carreira.

I - Introdução

Consta que Hipócrates, o pai da medicina, após o fracasso de todos os médicos da corte, foi um dia chamado para tratar Predicas II, que se encontrava profundamente melancólico por estar secretamente apaixonado por uma das concubinas do seu recém-falecido pai. Após conquistar a confiança do rei, continuou a sua intervenção interpretando-lhe os sonhos, ajudando-o a reconhecer e a aceitar as verdadeiras causas do seu sofrimento e, finalmente, incentivando-o a agir de acordo com os seus sentimentos.

(in Vasco, 2001) vol. 15.nº2*

A acreditar na veracidade do relato, temos que desde a antiguidade grega se reconhecia a importância da figura e características do clínico como elemento fundamental para o sucesso da intervenção. Embora não saibamos o que terá dito Hipócrates ao triste rei (até porque isso não interessaria para o resultado da intervenção), facilmente reconhecemos na descrição um conjunto de características que sabemos serem as de qualquer intervenção psicoterapêutica (*bona fide*)¹.

Ao longo dos tempos foram sendo dados maior ou menor importância às teorias e às técnicas que os psicoterapeutas usam no processo psicoterapêutico e um dos aspectos que, desde muito cedo, os preocupou foi a exigência que quer a

1) Aquelas que são oferecidas por psicoterapeutas credenciados, que são baseadas em princípios psicológicos e reconhecidas pela

comunidade, quer os serviços de saúde, fizeram das práticas psicoterapeutas.

A investigação clínica tem procurado dar o necessário suporte às práticas psicoterapeutas já que, como é do conhecimento geral, o psicoterapeuta não está, no seu trabalho clínico, envolvido numa relação pessoal mas sim, numa relação profissional que tem como propósito fornecer um serviço de saúde mental.

Os pacientes são, hoje, consumidores informados e exigentes que acedem aos saberes via Internet e esses saberes conduzem-nos para uma maior abertura na negociação daquilo que é a relação psicoterapêutica. É sabido que esses saberes veiculam, cada vez mais, posições teórico - financeiras que não levam em conta alguns dos aspectos que a investigação do último século nos têm trazido. Apontam para posições de consenso minimalista e são guiadas por critérios economicistas, pouco atentos ao processo e mais atentos ao resultado.

Com Freud a visão social das perturbações mentais alterou-se radicalmente e, com isso ofereceu-se àqueles que trabalham e investigam nos campos da saúde e da saúde mental um novo mundo de possibilidades de intervenção.

A teoria da mente de Freud, que no início do século XX era revolucionária, sofreu alterações como todas as teorias revolucionárias, que a tornaram mais útil a psicoterapeutas e pacientes. A teoria psicanalítica daquele tempo era dominada pela teoria das pulsões e a terapia psicanalítica estava essencialmente ligada à identificação dos impulsos infantis e à influência destes na mente. Nas últimas décadas a psicanálise e a teoria da técnica psicanalítica tornou-se cada vez mais relacional e a unidade básica do estudo deixou de ser o indivíduo como entidade separada cujos desejos colidem com a realidade exterior, para passar a ser um campo de interacções onde o sujeito procura relacionar-se e expressar-se. É neste

contexto que o desejo acontece e é o desejo de estar com o outro que é motor não só da mudança mas do próprio desenvolvimento.

As teorias cognitivas, as teorias humanistas e as teorias sistémicas ganharam corpo e expressão e, em todo este tempo, foi a investigação clínica que permitiu a credibilização das práticas, o desenvolvimento da psicoterapia e a confiança dos pacientes e da opinião pública em geral.

A investigação em psicoterapia tem, em qualquer momento, que servir objectivos múltiplos: permitir a avaliação das práticas disponíveis e procurar encontrar novas formas de fazer e novos campos de aplicação. No início, não procurava senão a legitimação dos seus procedimentos. Estávamos na primeira fase da investigação em psicoterapia e o objectivo era a sua própria legitimação, científica e social. Procurava-se provar que a psicoterapia era eficaz. Não é demais recordar o estudo de Hans Eysenk (1952), defensor da terapia comportamental (diferente da psicoterapia), que procurava mostrar que a psicoterapia não obtinha, na população adulta de pessoas com perturbações neuróticas, melhores resultados que aqueles que resultavam da remissão espontânea e, poderia mesmo provocar danos. O estudo de Eysenk fez uma revisão da literatura, de dezanove estudos, que envolviam 7000 pacientes e concluiu que a evidencia disponível não suportava a ideia de que os pacientes em psicoterapia melhoravam mais que os que estavam em grupos de não tratamento e de controlo. Estes dados baseavam-se, em grande parte, na asserção de que “cerca de dois terços dos pacientes com patologia neurótica severa mostravam uma recuperação ou melhoria considerável sem o benefício de psicoterapia sistemática, depois de um período de tempo de dois anos após a notificação da perturbação, ou da hospitalização”(Eysenk, 1952). Para que a psicoterapia mostrasse a sua eficiência, teria que apresentar rácios de melhoria significativa em mais que 67%

dos casos, algo que quase nenhum estudo parece ter sido capaz de mostrar.

A metodologia de Eysenk foi questionada por numerosos investigadores (Garfield, 1994). Kiesler (1966) foi particularmente eficaz na refutação das afirmações de Eysenk mostrando que os rácios de remissão estimados se baseavam apenas em dois estudos ambíguos. No entanto, Eysenk e o seu artigo de 1952 tem servido, ao longo dos anos, como um elemento de motivação para aqueles que se dedicam à investigação em psicoterapia, mostrarem que a psicoterapia é eficaz e eficiente.

Nos últimos 50 anos, os investigadores têm vindo a alterar a sua posição de que a metodologia ainda é insuficiente, para uma outra, mais geral e sustentada num grande numero de estudos (Luborsky, 1954; Rosenzweig, 1954) que passaram a utilizar a revisão da literatura e, mais recentemente, as meta-análises para mostrar que a psicoterapia é efectiva, que é superior à não intervenção, às intervenções informais, à remissão espontânea ou aos grupos de controlo placebo.

Num segundo tempo, uma vez estabelecida a eficácia da psicoterapia a investigação em psicoterapia procurou estudar qual seria o melhor modelo psicoterapêutico para as diferentes perturbações (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975). Foi um tempo de grande investimento na investigação sobre as eficácias diferenciais dos diferentes modelos teóricos ou mesmo sobre as questões da terapia breve versus terapia por tempo longo.

Quase tão central como a polémica posição de Eysenk foi a questão de se saber que formas de psicoterapia eram mais efectivas. Apesar dos esforços para mostrar essas diferenças, a maioria dos estudos não foi bem sucedida no mostrar diferenças estatisticamente significativas entre uma grande variedade de

psicoterapias, o que levou a que algumas das figuras de maior relevo tivessem concluído que essa eficácia diferencial pode mesmo não existir. Em 1936 Rozenwaig (1936) propôs que as diferentes formas de psicoterapia funcionariam de forma semelhante devido aos factores comuns, e repetiu o pássaro dodo da história de Lewis Carrol, Alice no País das Maravilhas, para sublinhar a ideia aí expressa “todos ganharam e todos devem ter prémio”. Em 1975 Luborsky fez uma revisão dos estudos comparativos dos últimos vinte e cinco anos e confirmou o veredicto do pássaro dodo. Meta-análises posteriores chegaram a conclusões semelhantes (Lambert & Hill, 1994; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold et al., 1997) e numa revisão mais recente, Luborsky (2001) reafirmou as suas posições sobre a inexistência de efeitos diferenciais dos diversos tratamentos.

A interpretação do veredicto do pássaro dodo como evidência de que as diferentes formas de intervenção psicoterapêutica têm igual eficácia está, no entanto, longe de ser consensual. Na meta-análise que Luborsky realizou em 1975, esclarece que a equivalência da “quantidade de melhoria” não é da mesma ordem da “qualidade da melhoria”, e no que respeita à avaliação da psicanálise havia notado que as meta-análises tinham incluído muito poucos estudos psicodinâmicos e, sobretudo, estudos de psicoterapias de longa duração (2001, 1975). Kiesler (1996) refere que os dados podem também resultar de problemas metodológicos e Beutler (1995) chama a esta má interpretação de um dado da investigação “mito da uniformidade do resultado”. Fonagy (2001) desvaloriza o veredicto do pássaro dodo e atribui, também, os resultados, mais a problemas metodológicos da investigação em psicoterapia, criticando o seu efeito como “não ajudativo e encorajador de uma certa complacência”. De forma mais convicta, refere os estudos de resultado em que o *veredicto do pássaro dodo* não é confirmado (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurz, 2002; Roth & Fonagy,

2004), e prediz que com a melhoria da metodologia, estes estudos tornar-se-ão mais comuns.

O insucesso destas tentativas de entendimento do processo psicoterapêutico levou os investigadores a querer saber como mudavam os pacientes, no próprio processo psicoterapêutico. Trata-se da investigação de processo, em que, o que se investiga são os processos de mudança, envolvidos na mudança do paciente e no processo em si mesmo.

Dado que a investigação de resultado mostrou, claramente, que os factores específicos não eram cruciais para a produção de resultados, os denominados “factores comuns” teriam que ser entendidos como os que mais concorriam para esse mesmo resultado. Procurou-se então saber quais, desses factores comuns, seriam necessários para a produção dos resultados que todas as formas de psicoterapia apresentavam. A aliança terapêutica é, pela ampla referência na literatura, um dos factores que, ente os factores comuns, mais contribui para o resultado. Sendo embora um factor necessário, não é suficiente para explicar a variação que os referidos factores comuns significam.

Em todo este processo há um conjunto de ideias chave que tem continuado a produzir efeitos na orientação e organização da investigação em psicoterapia e que está ligada àquilo que Kiesler, em 1966, designou como mito da uniformidade e que Bergin (1997) resumiu do seguinte modo: terapeutas de uma dada orientação teórica não diferem quanto ao nível de competência ou em eficiência com os seus pacientes.

Este dado, a juntar a um outro que refere o contexto relacional que é criado entre o paciente e o terapeuta, como um processo em que os participantes

influenciam e modelam os dois intervenientes recíprocamente, faz com tenha sido considerado pouco útil estudar as variáveis do psicoterapeuta de modo isolado. No seu artigo de 1966, Kiesler tentou descrever os aspectos mais relevantes no campo da investigação em psicoterapia e mostrar que algumas das assumpções comumente aceites, não passariam de mitos. Embora este artigo tenha muitos anos, continua actual e relevante. Kiesler começa por referir, aquilo que ele acredita ser uma assumpção errónea, que pacientes e psicoterapeutas são suficientemente uniformes nos seus comportamentos e na resposta à terapia, que permitem ser combinados, aleatoriamente em grupos, para estudos de larga escala. Haverá aqui um primeiro mito, o mito da uniformidade dos pacientes e dos psicoterapeutas. O problema da não uniformidade dos pacientes é exacerbado pela falta de rigor nos critérios de selecção na maioria dos estudos e é resolvido, na maior parte das vezes, pela estratificação ou pela combinação de pacientes em função de variáveis que se acredita estarem relacionados com o resultado.

A não uniformidade de psicoterapeutas e técnicas terapêuticas, mesmo numa suposta uniformidade de condições de tratamento, é igualmente prejudicial para as conclusões dos estudos de resultado (Kiesler, 1966). Kiesler sugere o desenvolvimento de metodologias que identifiquem e meçam as variáveis do psicoterapeuta, que são relevantes para o resultado (personalidade do psicoterapeuta, técnica, relação, papel das expectativas) e que permitam o desenhar de estudos que façam o emparelhamento e a estratificação que conduzam ao isolamento desses factores. O problema aqui é que as diferentes escolas psicoterapêuticas se têm vindo a desenvolver com populações muito diferentes.

Kiesler foi metódico no refutar da afirmação de Eysenk de que a psicopatologia sofreria uma remissão espontânea com taxas de 60 a 70% em dois anos. Citando Rozenwaig (1954), argumenta que os dois estudos que Eysenk usa

(Landis, 1937 and Dekker, 1947) para referenciar as altas taxas de remissão nos pacientes neuróticos, falham no cumprimento dos critérios para grupos de controlo de psicoterapia. As populações nestes estudos eram muito diferentes em termos de psicopatologia, os pacientes não estiveram na condição de não tratamento e eram mesmo observados regularmente e tratados pelos seus médicos “com sedativos, tónicos e suporte” (Eysenk, 1952), e o critério para melhoria nestes estudos não era directamente comparável com o que era usado nos estudos de psicoterapia.

Talvez o criticismo maior de Kiesler, face aos programas de investigação em psicoterapia, dissesse respeito à falta de formulações teóricas adequadas para a construção de modelos de como as variáveis medidas interagem e predizem o resultado no paciente. Estamos perante mais um mito, o mito da adequação das teorias actuais. Kiesler acusava o conjunto das teorias mais influentes (psicanalíticas, rogerianas e comportamentais) de serem ineficazes no fornecimento de predições sobre o como, a rede de variáveis independentes e dependentes se influenciam mutuamente.

Para além destas três fraquezas, Kiesler menciona ainda outras ideias erradas. A ideia de que os estudos de resultado e de processo podem ser tratados como sendo diferentes enquanto que, para o autor, deveriam acompanhar-se sempre um do outro. Questiona-se sobre a utilidade dos esquemas diagnósticos para a investigação em psicoterapia, nomeadamente da utilidade de relacionar tipos de psicopatologia com o resultado do tratamento. Propõe em alternativa que o comportamento do paciente, na sessão de psicoterapia, possa ser usado como a fonte de informação mais fiável para efeitos de predição de resultado. Por ultimo, critica os investigadores de psicoterapia por perpetuarem o planeamento e esperarem pelo “estudo definitivo” que virá demonstrar a eficácia e a sua relação

com as variáveis do paciente e do psicoterapeuta, em vez de fazerem pequenos estudos, menos ambiciosos, para responderem a algumas questões igualmente importantes.

Kiesler voltou a este seu artigo em 1995 e percebeu que muito havia sido feito desde então. Percebeu que o seu artigo tinha tornado claro aquilo que a investigação em psicoterapia deveria ser e a que se deveria dedicar: “que tratamento e por quem, é mais efectivo para este individuo com este problema específico e sob qual conjunto de circunstâncias” (Kiesler, 1995; Paul, 1967). Propõe um “modelo de grelha biopsicossocial” para planear estudos futuros, em que a matriz paciente / psicoterapeuta / intervenção, e variáveis de período de tempo possam ser constituídas como conjunto de medidas *standard* e critérios, em que cada estudo tenha, também, como objectivo “caber” nos campos dessa grelha. Os estudos individuais são livres de se concentrarem num pequeno número de células controlando cuidadosamente as variáveis, cobrir mais células introduzindo desenhos factoriais, ou mesmo colapsar em certas dimensões para fornecer informação mais geral acerca de uma coluna ou linha. Combinar investigação de processo com melhores modelos conceptuais é a ideia com que Kiesler esperaria trazer progresso a este campo.

É neste contexto que surge uma polémica que se tem insistido em comparar diferenças na eficiência dos diversos modelos teóricos (Lambert, 1994; Luborsky e col., 1986; INSERM, 2004) e diferentes pesos relativos das dimensões e variáveis envolvidas no processo psicoterapêutico. Nesta discussão é possível identificar posições distintas, defendidas por modelos de intervenção diferentes. O modelo médico, que entende a intervenção como ligada ao diagnóstico e faz uso

de manuais terapêuticos onde o que se privilegia é a técnica ou as técnicas que têm valor empírico relevante (Chambless & Hollon, 1989). O modelo psicológico, relacional, entende a perturbação e a intervenção, a partir de outras características como a relação terapêutica ou as características dos participantes: o psicoterapeuta (Wampold, 2000) e o paciente.

Estas posições aparecem transcritas nas “*task forces*” que se têm constituído, nos últimos anos, para sintetizar as principais conclusões relativas à eficácia da psicoterapia e clarificar as variáveis que contribuem para a mudança terapêutica.

De início a identificação de “tratamentos empiricamente suportados” (ESTs; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), surgiu o grupo liderado por Chambless. Como foi referido anteriormente, esta perspectiva acentua a importância de procedimentos e modelos específicos, que recorrem à utilização de manuais relativos a uma perturbação igualmente específica (caracterizada pela *DSM*), resultando na criação de uma lista de tratamentos que a investigação parece mostrar serem eficazes (Chambless & Hollon, 1998; Nathan & Gorman, 2002). O que está subjacente a esta perspectiva é a crença na importância dos factores específicos das diferentes orientações teóricas, numa lógica de tomada de decisão clínica baseada em características de carácter diagnóstico.

Mais tarde surgiu um outro grupo liderado por Norcross (2002), com a designação “relações terapêuticas empiricamente suportadas” acentua como contributo para a eficácia terapêutica, a importância da relação terapêutica e das características dos intervenientes no processo psicoterapêutico. De acordo com este grupo serão os factores comuns às diferentes orientações e, em particular a

qualidade da aliança terapêutica, os principais responsáveis pela mudança terapêutica (e.g., Lambert, 1992; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman, & Karause, 2001; Wampold, 2001). Este grupo de trabalho concluiu, após revisão exaustiva da literatura relevante, essencialmente que a qualidade da relação terapêutica tem um peso determinante nos resultados da intervenção em todas as orientações teóricas e que esta interage com intervenções específicas e características do paciente e do terapeuta na determinação dos resultados.

Estes trabalhos têm sido de enorme importância na acreditação da prática da psicoterapia mas tem sido, também, muito criticado pelo seu alinhamento com as posições dos psicoterapeutas cognitivo-comportamentais, a propósito da não valorização de aspectos mais relacionais ou mesmo da importância da aliança terapêutica e do papel dos factores do paciente e do terapeuta. É assim que a divisão 29, da American Psychological Association promove a criação de uma nova “task force”, focalizada nas “relações com suporte empírico” e que poderemos encontrar no livro de um dos participantes mais activos deste grupo de trabalho, Norcross, 2002, cujo título é “Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients”.

Há um outro trabalho, mais recente, “*Principles of therapeutic change that work*” (Castongauy, L e Beutler, L, 2006) que reporta dois tipos de esforços que estão a ser desenvolvidos. O primeiro aborda o que se sabe sobre a natureza dos participantes, das relações e dos procedimentos do tratamento que induzem efeitos positivos no processo psicoterapêutico nos diferentes modelos e métodos e, o segundo, como é que os factores dos participantes, das relações e dos tratamentos se coordenam para promover a mudança.

Convirá referir que as diferenças que nos interessam serão as que dizem respeito à efectividade e, não tanto, à eficácia. A eficácia diz respeito aos resultados obtidos em ensaios clínicos em que se controlam um grande número de variáveis e, com isso, privilegiam-se as questões da validade interna (aquelas que associam tratamento e resultado) em detrimento das questões que permitem a generalização e a sua aplicação fora dos contextos experimentais (validade externa).

Neste nosso estudo tentaremos levar em conta que os psicoterapeutas e os pacientes se influenciam mutuamente e que, em conjunto, vão procurando sentido para aquilo que ocorre no processo psicoterapêutico.

Numa revisão da literatura sobre a influência das variáveis do terapeuta no resultado da psicoterapia, Beutler, Machado & Neufeldt (1994) referem que alguns psicoterapeutas produzem consistentemente bons resultados e outros produzem consistentemente maus resultados. As tentativas para interpretar estes dados não têm permitido isolar as qualidades que os tornam tão diferentes assim. Essas tentativas têm incidido no estudo das variáveis discretas tais como a idade, a experiência, a etnicidade, o género e a formação.

Foram investigados aspectos ligados ao impacto que as características étnicas do psicoterapeuta podem ter no acerto/emparelhamento com o paciente no que respeita à satisfação, taxa de desistência, nível de mudança no funcionamento e atitudes face ao psicoterapeuta. Os dados sugerem que o acerto de etnicidade prediz os índices de desistência (Flaskerud & Liu, 1991; Sue e col., 1991; Yeh, Eastman, Cheung, 1997. in Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). O impacto do acerto psicoterapeuta-paciente na taxa de desistências é particularmente evidente nas primeiras sessões e é, como se, o que é dito nas primeiras sessões estivesse

assente na credibilidade que a sua etnicidade proporciona, ou seja, as características que o paciente espera encontrar no psicoterapeuta tais como a empatia ou a sensibilidade para as suas necessidades emocionais, à confiança ou às expectativas positivas estivessem intimamente ligadas a questões de identidade étnica.

Um dos problemas que estas investigações não esclarecem é a eventual confusão que resulta do facto de que identidade étnica pode não significar identidade cultural ou mesmo que identidade étnica pode ser moderada por factores de carácter sócio económico.

A variável género, na medida em que modela e organiza as visões do mundo, tem mantido um interesse crescente na investigação, nomeadamente, no que respeita à assumpção de estilos terapêuticos. Nelson (1993), numa revisão de literatura sobre a importância das diferenças de género no resultado da psicoterapia, reportou a existência de maiores benefícios nas mulheres que eram tratadas por mulheres, mas que, esses estudos não eram conclusivos. Num outro estudo, Bowman (1993) aponta alguns resultados interessantes: a) as psicoterapeutas do sexo feminino conseguem melhores resultados que os colegas do sexo masculino com pacientes dos dois sexos, b) o acerto de género paciente-terapeuta tem os melhores resultados c) o género do psicoterapeuta não prediz o resultado.

Quanto à variável idade os autores referem que os estudos sobre a semelhança entre terapeuta e paciente não apresentam resultados significativos. Há, no entanto, alguns estudos que apontam para uma influência positiva moderada quando não há uma grande diferença etária entre terapeuta e paciente.

Para Beutler et al (1995) o treino e a experiência são frequentemente estudados e também confundidos, já que são passíveis de confusão as questões da formação, da formação específica, da supervisão e mesmo do treino que tem vindo a ser introduzido com a manualização das intervenções. Este último aspecto, do uso de manuais de intervenções psicoterapêuticas, tem mesmo levantado questões que não se esperariam, como o facto de os terapeutas estarem a expressar, cada vez mais, sentimentos negativos e críticas, levando à situação, pouco esperada, de se poder dizer que “apesar do tratamento ter sido oferecido, a terapia não ter ocorrido” (Henry, Stupp, Butler, Shasht e Binder, 1993, p.438, in Beutler, Machado e Neufeldt, 1994). Este aspecto pode remeter para a questão de que, se o psicoterapeuta está, por via do uso de manuais, muito atento aos factores específicos, estará menos atento aos factores comuns. Esta menor atenção (diminuição da sua liberdade de pensar) aos factores que mais contribuem para o resultado da terapia (factores comuns), podem comprometer a atenção a factores mais relacionais, como os que estão ligados à construção e manutenção da aliança terapêutica e assim, comprometer os factores que mais contam para o resultado terapêutico.

Como havíamos dito, a investigação das variáveis formação e experiência não têm fornecido dados claros quanto à sua importância relativa no resultado das intervenções psicoterapêuticas.

Os aspectos relacionais são dos que mais influenciam a relação psicoterapeuta-paciente e são, também, aqueles que mais consistentemente contribuem para o sucesso da psicoterapia. Lambert (1989), numa revisão sobre este aspecto, concluiu que um dos factores que mais discrimina boas relações terapêuticas de más relações terapêuticas é a qualidade da relação terapêutica.

Podemos assim dizer que as qualidades interpessoais dos psicoterapeutas, que consigam boas relações terapêuticas com os pacientes, serão mais importantes que qualquer outra característica parcelar do psicoterapeuta.

É verdade que este é um exercício académico e que a relação terapêutica não se estabelece no vazio, nem a podemos tratar como de um qualquer procedimento cirúrgico já que, como havíamos dito, o paciente e o psicoterapeuta se influenciam mutuamente. Luborsky,(1994) ao referir-se ao processo psicoterapêutico, define-o como um processo em que a influência do psicoterapeuta é mediada através da relação que se forma com o paciente, que por sua vez estimula o envolvimento do paciente no tratamento e activa os seus recursos para a mudança.

O modelo psicológico de entendimento das perturbações dos pacientes passa pela formulação do problema que permita intervenções portadoras de ingredientes específicos que facilitarão a necessária mudança. Os factores específicos das intervenções psicoterapêuticas serão suportados por teorias da perturbação que atribuem a esses factores específicos a necessária capacidade reparadora e mutatória.

Modelo psicológico das perturbações relacionais

Atendendo a que todos os modelos de psicoterapia partilham um conjunto de factores (um paciente em sofrimento, um terapeuta, uma explicação aceitável para o problema e um ritual que promova a expectativa positiva e a inversão da desmoralização) e que a investigação de resultado não tem sido capaz de dar respostas satisfatórias para aquilo que são as eficácias diferenciais nas diferentes formas de intervenção, propomo-nos discutir o papel de um dos factores menos estudados na intervenção psicoterapêutica: o psicoterapeuta.

Sendo o psicoterapeuta um dos factores comuns a todas as formas de psicoterapia e sabendo que têm uma influencia considerável no processo psicoterapêutico e no resultado (Luborsky et al,1986; Lambert, 1989, Norcross, 2002) limitar-nos-emos, nesta investigação, ao estudo das características que contribuem para o desenvolvimento dos psicoterapeutas.

Sabemos, desde já, que todas as formas de intervenção psicoterapêutica envolvem a relação de um paciente e um psicoterapeuta e que cada um deles partilha a crença na eficácia da intervenção; que o psicoterapeuta fornece ao paciente um racional para a perturbação que é concordante com a intervenção. O paciente fornece ao psicoterapeuta o material que é proveniente da discussão dos aspectos da sua vida íntima, assumindo que há um clima de confidencialidade e que a relação estabelecida se mantém, enquanto for considerada necessária. Os ingredientes específicos que a relação terapêutica possuem não são, necessariamente, responsáveis pelos benefícios terapêuticos (Lambert, 1992).

As formas de intervenção que não sejam baseadas em princípios psicológicos são excluídas deste quadro de intervenções psicoterapêuticas.

Porque a psicoterapia é um fenómeno complexo, importa desde logo, considerar níveis de abstracção. Consideremos com Wampold (2001), quatro níveis de abstracção: técnicas terapêuticas, estratégias terapêuticas, abordagens teóricas e modelos meta-teóricos.

O primeiro nível de abstracção diz respeito às técnicas e acções usadas no contexto de uma psicoterapia. Abordam-se aqui aspectos prescritivos e a aplicação de “ingredientes específicos” que devem ser usados em situações para as quais há evidência empírica ou que podem ser investigados de modo empírico. Em termos

concretos os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais confrontam os pacientes com pensamentos desadaptativos e os psicodinâmicos fazem interpretações.

O nível intermediário, estratégias clínicas, existe na medida em que estas resultam da articulação teoria psicoterapêutica e técnica psicoterapêutica, ou seja, a estratégia decorre dessa articulação e funciona como guia para o psicoterapeuta nas sessões. Este nível de abstracção é discutido por Goldfried (in por Wampold, 2001) que apresenta como estratégias mais comuns em todas as abordagens psicoterapêuticas a experiência correctiva e o “*feedback*” directo.

Um terceiro nível de abstracção diz respeito à orientação teórica em que o que se pode avaliar é a eficácia e a eficiência das diferentes orientações teóricas que serão hoje da ordem das quatro centenas.

O último nível de maior abstracção diz respeito à forma como a psicoterapia e as diferentes orientações teóricas conceptualizam a natureza humana e em que se ensaiam meta-teorias, ou seja teorias sobre as teorias psicoterapêuticas.

A abordagem dos níveis de análise dos processos envolvidos na psicoterapia remete-nos para aquilo a que Frank & Frank (1991) descrevem como sendo comum a todos os psicoterapeutas: uma relação forte entre um paciente e um terapeuta; essa relação decorre num “*setting*” de ajuda em que o paciente apresenta os seus problemas a um profissional que, acredita, pode ajudá-lo e é confiável; há um racional ou esquema conceptual que fornece uma explicação plausível para o problema do paciente e prescreve um ritual para o resolver. A juntar a estes aspectos é necessário que paciente e psicoterapeuta aceitem a definição do problema assim como que a teoria da perturbação seja concordante

com a visão do mundo do paciente ou que o psicoterapeuta seja capaz de assistir o paciente a concordar com ela.

O ritual a que se alude acima é um outro aspecto fundamental já que, exige a participação activa do paciente na medida em que combate o seu isolamento social através do desenvolvimento de uma relação que se mantém depois deste ter referido o sofrimento e a desmoralização. O psicoterapeuta mantém no paciente, a expectativa de ser ajudado, quando liga a esperança de ser ajudado, ao processo psicoterapêutico. Oferece novas oportunidades de aprendizagem. As emoções do paciente são estimuladas pelo processo psicoterapêutico. O psicoterapeuta realça o sentido de controlo e auto-eficácia do paciente e oferece possibilidades para praticar.

Com este modelo de entendimento do processo psicoterapêutico não é difícil equacionar que o contributo do psicoterapeuta para o resultado será maior que o das técnicas psicoterapêuticas e que a competência do psicoterapeuta e a qualidade da relação, entre paciente e psicoterapeuta, seja crucial para que o paciente procure sentido para o seu modo de funcionamento e se sinta encorajado/motivado a procurar novos modos de funcionamento mais saudáveis.

Do mesmo modo que os psicoterapeutas procuram entender os seus pacientes e o processo psicoterapêutico para os ajudar a mudar, a nossa investigação procurará perceber as qualidades dos psicoterapeutas e o modo como estes contribuem para o processo psicoterapêutico.

O psicoterapeuta não pode ser considerado, no processo psicoterapêutico, como variável independente, num processo em que a técnica é neutra. Deve, pelo contrário, entender-se que a influência do psicoterapeuta é mediada pela relação

que se estabelece com o paciente. É a própria relação terapêutica que vai estimular o envolvimento do paciente na relação e que é esta que vai activar os recursos do paciente no sentido da mudança e de uma nova relação com o mundo.

Fica, assim, mais clara a asserção de que não há psicoterapias ou psicoterapeutas eficazes, mas sim relações psicoterapêuticas que funcionam.

A questão que se coloca é se o psicoterapeuta é, por si só, um factor importante para o resultado da psicoterapia, se é ou não parte daquilo que se descreve como factores incidentais ou ainda se é um factor específico a que corresponde um peso específico e, com isso, melhorar o entendimento da sua contribuição para o processo (que é de influencia mútua). A resposta que procuramos é, neste contexto, a de identificação de variáveis unidireccionais que clarifiquem a contribuição do psicoterapeuta para o resultado.

O estudo do psicoterapeuta, das suas características, das percepções que têm de si próprios e da sua actividade tem sido feito, ao longo dos anos, valorizando aspectos parcelares da actividade profissional ou procurando investigar procedimentos psicoterapêuticos, em detrimento do estudo das qualidades do psicoterapeuta, em si mesmo. Parte deste problema é, por certo, devido ao facto de os estudos/ensaios clínicos, que suportam esta ideia, serem feitos com psicoterapeutas em formação e em que a assumpção do mito da uniformidade da intervenção tem um efeito que não pode deixar de ser referido. A preocupação dos investigadores tem estado mais centrada na competência ou na capacidade dos psicoterapeutas para construir boas alianças terapêuticas com os pacientes.

Essa uniformidade das intervenções dos psicoterapeutas e a ideia de que,

com o aumento da experiência e saberes, aumentariam também, os níveis de competência não assenta nos postulados psicológicos, de que o indivíduo muda, que se desenvolve à medida que experimenta novas modalidades relacionais ou tem novas visões do mundo. É, por isso, natural que possamos aceitar que o psicoterapeuta possa desenvolver-se à medida que a sua experiência vai aumentando e que se vai apercebendo da complexidade das tarefas que constituem o seu trabalho.

A ideia de que há um desenvolvimento dos psicoterapeutas, ou seja de que os psicoterapeutas mudam de estado e sofrem um conjunto de transformações que vão muito para além do aumento de competências, pode ajudar-nos a clarificar o seu papel no processo psicoterapêutico.

Desenvolvimento é um processo de transformação temporal que, quando visto no contexto de um critério pode ser descrito nos seguintes termos: progresso versus regressão, evolução versus estagnação e melhoria versus declínio.

No conceito de desenvolvimento devem estar presentes três condições: desenvolvimento implica sempre alguma mudança, a mudança é organizada sistematicamente e a mudança envolve sucessão no tempo.

A questão do desenvolvimento do psicoterapeuta coloca-se tanto quanto o desenvolvimento de qualquer outro profissional, mas será que o movimento de júnior para sénior acontece por via da participação cognitivo-relacional a que o indivíduo vai acedendo?

É certo que a experiência num determinado domínio conduz a um melhor desempenho no electricista ou no taxista mas será que o processo é da mesma natureza no psicoterapeuta?

Quando pensamos no psicoterapeuta e na mudança, estamos mais a pensar em como o psicoterapeuta ajuda o paciente a mudar mas, o que parece acontecer é que é o psicoterapeuta, tal como o paciente, que muda (Goldfried, 2002).

Podemos assumir o desenvolvimento do psicoterapeuta como sendo o processo que conduz à aquisição de competências terapêuticas, à liberdade de funcionamento e ao aumento da aceitação da complexidade do processo psicoterapêutico.

Orlinsky (1999) refere que grande parte (79%) dos psicoterapeutas que participaram no estudo internacional sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas, consideraram que o seu trabalho clínico tinha melhorado muito desde que haviam iniciado a sua carreira como psicoterapeutas e, ainda, que tinham aprofundado imenso o seu entendimento do processo terapêutico, devido ao facto de irem integrando desenvolvimento profissional e pessoal.

Como vimos referindo, há um número cada vez maior de psicoterapeutas e de psicoterapias e temos ideia de que alguns vão mudando quanto às práticas e, eventualmente, também quanto à orientação teórica que guia a sua prática clínica, assim como a visão que têm do processo de mudança em psicoterapia (Vasco, A., Silva, F., & Chambel, J.;2001).

Mudam, primeiro porque o processo de formação é muito longo – pode durar dezenas de anos – e porque esses anos são, por si próprios, um período de intensa mudança pessoal e profissional. Mudam porque, em qualquer processo de aprendizagem ocorrem grandes mudanças no sujeito, nas suas práticas e nos ganhos de experiência e diferenciação que vão fazendo.

Fleming (1953, cit. Skovholt 1995) refere-se ao processo de aprendizagem

do modelo psicoterapêutico como sendo inicialmente de aprendizagem *imitativa*, depois de *aprendizagem correctiva* e finalmente de *aprendizagem criativa*. Este modelo que tem semelhanças com algumas correntes pedagógicas, como as que são influenciadas pelas teses de Vigotsky, nomeadamente Barbara Rogoff (1996), acentua a necessidade de uma atitude de suporte por parte do formador/supervisor que, progressivamente deverá facilitar o processo de aprendizagem, mais pelo assinalar as falhas do que pelo suporte, para que, na fase de aprendizagem criativa, possa vir a ser mais um parceiro de investigação.

A juntar a estes aspectos devemos ainda referir a grande importância que a psicoterapia vem assumindo nas sociedades ocidentais, no que respeita à resposta aos problemas de um cada vez maior número de problemas das populações. Para esse aumento de importância concorrem, seguramente, as opiniões dos utentes desses serviços e a própria imagem social do psicólogo e do psicoterapeuta; a este respeito vale dizer que não é estranha a mudança social e, sobretudo, cultural que ocorreu no nosso país depois do 25 de Abril.

A licenciatura de psicologia começou a ser leccionada em Portugal em 1964, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). O curso de psicologia foi depois introduzido, nas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa, Porto e Coimbra, em 1977. No ano de 1995, existiam em Portugal cinco instituições que tinham o curso de psicologia, no ISPA, nas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação (FPCE) de Lisboa, Porto e Coimbra, na Universidade do Minho e no ISMAG. Nesse ano, estimava-se que existiam cerca de 2000 a 2500 psicólogos em Portugal e 2500 a 3000 alunos de psicologia (Pereira, 1995).

Segundo um estudo realizado pela Associação Nacional de Estudantes de

Psicologia (ANEP), o número de cursos de psicologia tem vindo a aumentar consideravelmente nos últimos anos, em Portugal. Das quatro instituições de ensino universitário em psicologia, que existiam em 1990, passou-se para vinte e três em 2001. Destas, dezoito (69%) são particulares e cooperativas e oito (31%) são instituições públicas (Coelho & Ribeiro, 2002).

Considera-se que existam actualmente 11656 alunos, sendo 3220 (28%) do primeiro ano. Relativamente aos licenciados, estima-se que sejam 8171. O maior número de licenciados é das instituições mais antigas, 2750 do ISPA, 1554 da FPCE de Lisboa, 1274 da FPCE do Porto e 1234 da FPCE de Coimbra (Coelho & Ribeiro, 2002).

Actualmente não existem números exactos mas atendendo a que o número de cursos é de trinta e dois, poderemos extrapolar que os licenciados serão cerca de 13000 e o número de alunos rondará os 16000.

Segundo Pereira (1995), a maior parte dos psicólogos, em Portugal, estão empregados na área educacional, bem como em organizações do sector privado. A actividade clínica é também outra área preferencial. Outras áreas de emprego são as de reabilitação, instituições penais e actividades relacionadas com problemas sociais.

Todo o processo psicoterapêutico está enformado pelo que o psicoterapeuta é e faz. Se, como a revisão bibliográfica permite observar, o modelo terapêutico / orientação teórica não influencia o resultado e o efeito do terapeuta é considerável, senão mesmo a fonte de maior variabilidade dos resultados (Wampold, 2001), então podemos assumir que o estudo do psicoterapeuta tem todo o interesse e é um factor crucial para o sucesso da

psicoterapia.

Em 1989, após exaustiva revisão de literatura, Lambert concluiu que os factores pessoais do terapeuta tinham uma influência substancial nos resultados terapêuticos (cerca de oito vezes mais do que as técnicas terapêuticas). Estas estimativas foram recentemente confirmadas (Norcross, 2002), estimando-se que cerca de 30% da variância terapêutica pode ser atribuída às características do psicoterapeuta (responsividade, abertura à experiência, flexibilidade, tolerância à ambiguidade).

Perspectivas sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas

Os psicoterapeutas têm, desde o início da formação, um percurso algo diferente dos outros profissionais de saúde. Enquanto os estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia ou mesmo de farmácia começam por observar os seniores e vão, por incorporação e modelagem de competências, adquirindo a experiência e a mestria que lhes permitirá depois antecipar as soluções tipificadas, os estudantes de psicoterapia não têm esta facilidade. O estudo da psicoterapia é muito teórico e a prática acompanhada é escassa e, frequentemente,

desaconselhada por razões éticas e de falta de estruturas clínicas disponíveis.

Se para os estudantes das disciplinas de saúde em geral, este processo decorre num ambiente em que a tutoria é regra, permite ao aprendiz ir observando o reconhecimento que o tutor faz das pistas que levam à solução dos problemas e vão, progressivamente, assumindo tarefas que exigem menores níveis de competência e, progressivamente outras de maior exigência, o mesmo não acontece com os que estão a iniciar-se na psicoterapia.

Embora não seja este o problema que nos importa aqui tratar, não poderíamos ainda assim, deixar de o mencionar, já que, pode vir a ter importância na leitura de alguns dos dados que apresentaremos, nomeadamente porque sabemos da importância da contribuição do próprio psicoterapeuta para o resultado que, como vimos, contribuirá para o resultado da intervenção de forma significativa.

Recordemos que competência, no nosso modelo (relacional/psicológico), é distinta de competência no modelo médico, em que o êxito da intervenção depende quase só dos factores específicos (técnicas). De júnior a sénior e a “*expert*” vai, não só um espaço de tempo relativamente dilatado, mas também, a aquisição de um conjunto vasto de conhecimentos e competências num domínio específico. O caminho passa pelo domínio de um conjunto de princípios teórico-práticos acompanhados por um outro conjunto de pistas subjectivas que, guiam a tomada de decisão, face a determinados contextos clínicos.

Esta ideia de que há um percurso a fazer para ser psicoterapeuta pode ser conceptualizada como sendo desenvolvimental, isto é, como estando associado a processos de mudança, ordem e sucessão.

Skovholt e Ronnestad (1995) referindo que os modelos de desenvolvimento psicológico têm tido grande influência nos saberes psicológicos (Freud, Erickson, Perry, Kohlberg, Bowlby, Ainsworth), referem que há um conjunto de modelos de desenvolvimento dos psicoterapeutas.

O primeiro deles é o “modelo de aprendizagem psicanalítico” de Fleming (1953) que, não apresentando estádios de desenvolvimento, se refere a três formas de aprendizagem que caracterizam o processo de aprendizagem dos estudantes, nos diferentes níveis de experiência. Trata-se da aprendizagem imitativa, da aprendizagem correctiva e da aprendizagem criativa. Na primeira delas, a aprendizagem ocorre sobretudo por imitação do supervisor. O ensino focaliza-se na sugestão e na demonstração. A falta de auto confiança profissional exige que o supervisor tenha uma atitude de suporte. No nível de aprendizagem correctiva, o supervisor assume um papel pouco activo, é mais alguém que corrige e dá menos suporte na medida em que o psicoterapeuta ganha confiança. Na aprendizagem criativa, o supervisor é mais um “jardineiro” na medida em que prepara o chão para a cultura que o psicoterapeuta irá fazer. Neste nível é natural que o psicoterapeuta tenha já um bom domínio daquilo que são as competências básicas da psicoterapia.

O modelo de Hogan (1964), muito influente na área do aconselhamento, é um modelo quadripartido. No primeiro nível o psicoterapeuta é inseguro e dependente, tem pouca convicção sobre a sua motivação para ser psicoterapeuta, o trabalho pode ser muito motivador e aprende por imitação. O papel do supervisor é o de um professor que ensina, dá suporte, interpreta e dá confiança. No segundo nível o estudante debate-se com um conflito de dependência-autonomia e nesta luta pela adaptação pode tornar-se muito confiante ou invadido. A motivação, neste nível, vacila consideravelmente e é nesta altura que lhes é recomendada

terapia pessoal. O papel do supervisor passa pelo suporte, exemplificação e clarificação das ambivalências. No terceiro nível que o autor designa de nível de dependência condicional, em que há um aumento da auto confiança profissional e um maior conhecimento sobre as suas motivações para o trabalho psicoterapêutico. O papel do supervisor passa pela partilha e confrontação de estratégias terapêuticas. No último nível há autonomia pessoal e profissional e um maior conhecimento e estabilidade das suas motivações, assim como, segurança para abordar os problemas de ordem pessoal e profissional.

O modelo de Loganbill, Hardy e Delworth (1982) define três estádios de supervisão: estagnação, confusão e integração. No primeiro estágio, o estudante não está consciente das suas limitações profissionais ou dos riscos de estagnar. Há uma limitação das visões do mundo. O pensamento característico é o do «tudo ou nada», o estudante pode ter um baixo auto conceito e estar muito dependente do supervisor ou, pelo contrário, estar hiper confiante e pensar que não precisa de supervisão. No estágio seguinte, confusão, as principais características são a instabilidade, a desorganização, a flutuação errática, a disrupção, a confusão e o conflito. Há como que um descongelamento de atitudes e comportamentos, que fará com que haja uma enorme flutuação de sentimentos, entre o estar convencido que está a fazer tudo muito bem ou muito mal. Os sentimentos para com o supervisor são da mesma ordem e podem ocorrer mudanças entre sentimentos de grande satisfação ou de grande desapontamento. É também por esta altura, que se abandonam formas antigas de ver o mundo e a realidade e se prepara para assumir um papel novo. O último estágio que é caracterizado por movimentos de reorganização, integração e flexibilidade do psicoterapeuta, corresponde ao assumir de uma nova postura, que lhe permite avaliar de modo mais flexível o mundo e a si próprio, como tendo áreas a desenvolver. Aceita de modo mais realista os objectivos da supervisão.

O modelo de supervisão focal de Grater (1985), define quatro níveis de desenvolvimento, dando particular relevo à supervisão. O primeiro estágio, desenvolvimento de competências básicas e adoção do papel de psicoterapeuta, foca-se na assumpção de um modo diferente de interagir com as respostas terapêuticas. Os níveis de ansiedade são elevados e são objecto do trabalho do supervisor. As competências específicas a aprender estão ligadas as nuances dos relatos dos pacientes, à linguagem corporal e ao ritmo da entrevista clínica.

No segundo estágio, expansão do conjunto de competências terapêuticas e papéis, a avaliação do paciente assume uma maior relevância. O formando deve aprender a avaliar dois aspectos: que áreas problema e que expectativas tem o paciente face ao processo terapêutico. Nesta fase, a flexibilidade de funcionamento deve aumentar grandemente. No terceiro estágio, uso da aliança terapêutica para entendimento dos padrões habituais, o processo de aprendizagem está muito ligado ao reconhecimento de como o paciente traz os padrões desadaptativos habituais para a terapia. É ensinado a reconhecer esses padrões e a responder de modo a produzir crescimento em vez da estagnação em que se encontrará. O formando deve aprender o como as interações paciente, problema e técnicas são importantes. No quarto estágio, uso do self na avaliação e intervenção, o psicoterapeuta aprende a usar o self como uma ferramenta, quer para a avaliação quer para a terapia.

O modelo de supervisão focal de Hess (1987) apresenta, também, um conjunto de quatro estádios em que o psicoterapeuta vai ascendendo como numa espiral. O primeiro desses estádios designa-se estágio de iniciação e as suas principais tarefas estão ligadas à indução do papel, desmistificação da psicoterapia, definição de competências e à definição de fronteiras. O segundo estágio, desenvolvimento de competências, corresponde ao momento em que o terapeuta se adapta aos materiais didácticos e experimentais que lhe permitiram

interagir com os pacientes. Ao mesmo tempo estará a assumir um papel de aprendiz e a identificar-se com o sistema psicoterapêutico e a filosofia da natureza humana. O terceiro estágio, consolidação, está ligado ao momento em que se faz a integração dos saberes adquiridos anteriormente e que a sua identidade profissional é, em parte, definida pelas suas competências. Há um refinamento das competências e o papel de psicoterapeuta é-lhe reconhecido. No último estágio, mutualidade, o psicoterapeuta emerge como profissional autónomo que partilha, num registo de par, os seus saberes e competências.

Stoltenberg e Delworth apresentaram em 1987 o modelo integrado de Stoltenberg e Delworth que resulta da integração dos modelos de Hogan (1964), Stoltenberg (1981), Loganbill, Hardy e Delworth (1982) e é conceptualizado como um conjunto de três níveis de desenvolvimento e um último, de terapeuta integrado. Este modelo descreve um conjunto de aspectos para cada um dos estádios que permitem uma boa visão dos aspectos de desenvolvimento em cada um desses estádios.

Em cada estágio há competências de intervenção, técnicas de avaliação, avaliação interpessoal, conceptualização de caso, diferenças individuais, orientação teórica, objectivos e plano de tratamento e ainda questões éticas.

Estes modelos de desenvolvimento têm, maioritariamente, uma função organizadora da formação.

Skovholt e Ronnestad (1995) apresentaram um modelo que procura integrar as questões da influência dos aspectos pessoais e profissionais, no desenvolvimento dos psicoterapeutas e integrar aspectos de investigação que cubra o conjunto da carreira dos psicoterapeutas e não só as primeiras fases desse

desenvolvimento. Trata-se de um modelo que resulta de uma longa investigação sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas e dá origem a um modelo de estádios que descreveremos brevemente.

O primeiro estágio, designado de convencional, corresponde aos primeiros tempos de formação e é caracterizado pelo facto de as fontes de influência serem a sua própria experiência de vida. O estilo de trabalho assemelha-se ao de um amigo simpático, que quer ajudar e se esforça muito por isso. Porque se trata de um leigo, as ideias acerca do como funciona a terapia estão ligadas ao senso comum, às suas próprias visões do mundo e o que podem ajudar depende das suas características de personalidade e pode, por isso, ser benigna ou causar danos. A forma como aprende está ligada ao seu próprio desenvolvimento e à forma como pode usar a sua experiência de vida para ajudar terceiros.

O estágio que se segue, transição para o treino pessoal, corresponde ao do primeiro ano da pós-graduação e é um tempo essencial para o futuro terapeuta, na medida em que, é nesta altura que toma a decisão de iniciar a carreira. Se bem que a motivação central seja “ajudar os outros” há um grande número de pessoas que não têm clara a motivação e, não raro, não têm clara a importância de assuntos não resolvidos na história pessoal como motivadores para a escolha profissional. A tarefa central é a assimilação da informação das muitas fontes e a sua aplicação à prática, os afectos predominantes são o entusiasmo e a insegurança, as fontes de influência são a grande quantidade de informação que lhe chega e que é preciso compagnar com a anterior e que se traduz, também, na assumpção do papel de terapeuta, na medida em que, luta por pôr na prática as questões da teoria. Há um sentido de urgência na aprendizagem de ideias e técnicas terapêuticas e a aprendizagem faz-se pelo processamento cognitivo e a introspecção. As medidas de eficiência e satisfação estão ligadas às melhorias do paciente e às reacções do

supervisor. Neste estágio há um grande entusiasmo que se prende com o como se ajudam os outros e que procedimentos ou técnicas se usam para ser bem sucedido.

O terceiro estágio, imitação dos especialistas, é a altura em que o sujeito está pelo segundo ano da formação, há um reconhecimento da complexidade do ser humano e começa a ser capaz de entender as diferenças individuais e de se diferenciar a si próprio dos outros num grande número de coisas. A tarefa central neste estágio é o ser capaz de manter uma atitude de grande abertura para a informação e a teoria que ao mesmo tempo que lhe permite ir seleccionando as teorias e as técnicas de intervenção permita, também, estar disponível para tomar conhecimento de outras formas de entender os pacientes e o processo psicoterapêutico.

A este nível o terapeuta possui já um conjunto de saberes e “saberes fazer”, que lhe permite conduzir intervenções com sucesso e é por esta altura que se começa a desenhar a escolha do modelo que vai permitir a internalização de atitudes e comportamentos que observa em supervisores ou outros especialistas. Os afectos predominantes são múltiplos e ainda que o processo de imitação proporcione alguma acalmia e tranquilização, os problemas que agora lhe são colocados pelos pacientes, que requerem mais que suporte emocional continuado, são fontes de grande stress. Uma das formas de lidar com estas situações está ligada à aplicação estandardizada de modelos de intervenção, que serão, naturalmente, abandonados em fases ulteriores do desenvolvimento da carreira em favor de uma maior flexibilidade de funcionamento.

As fontes de influência são, também, múltiplas: as teorias e investigação que são ministradas nos seminários, o feedback dado pelos pacientes, o feedback e a modelagem dos colegas mais velhos, a vida pessoal e a eventual terapia pessoal

e o meio sócio cultural. Este processo de aquisição, aplicação e validação faz com que o sujeito aprenda de um modo mais produtivo que o que resulta de leituras e da sua aplicação posterior.

Os supervisores são muito importantes, já que ao trabalharem de perto nos casos com o terapeuta, são modelos facilmente imitáveis, ao mesmo tempo que, validam os esforços que o estudante está a fazer para levar a cabo a tarefa. O impacto dos supervisores é, nesta altura, muito grande podendo as avaliações negativas ser geradoras de períodos de crise importantes. O feedback acerca do trabalho clínico de colegas, supervisores e pacientes é importante para o processo de desenvolvimento do psicoterapeuta. É o tempo em que se volta a colocar a questão das motivações para a profissão e o altruísmo. Pode o interesse pelas ciências sociais já não ser suficiente para justificar o longo período de formação, ou para tolerar as frustrações que resultam das expectativas criadas no início da formação, ou ainda, pode haver um sentimento de não estar suficientemente preparado para a tarefa complexa que é ser psicoterapeuta. Nesta fase em que a procura de um sistema de ideias e metodologias, que lhe sirva para o trabalho terapêutico, o psicoterapeuta é, também, colocado face à necessidade de ter que assumir um modelo de desenvolvimento, que seja em simultâneo um mapa para avaliar o que é normal, e do que ajuda a reduzir o sofrimento nos pacientes. Em suma, o psicoterapeuta deve organizar-se em torno da teoria da perturbação e da teoria da intervenção que seja consistente como o seu próprio conjunto de valores e visões do mundo. Esta (re)organização dar-lhe-á uma renovada autoconfiança que lhe permitirá acreditar no seu método, que pode ser simples, mas que lhe oferece a possibilidade de ser competente e treinar o aperfeiçoamento do seu estilo de fazer.

O quarto estágio, autonomia condicional, corresponde ao período de

tempo que decorre pelo terceiro ano de formação, a tarefa central é o funcionar como profissional; há já uma confiança básica e as fontes de influência são múltiplas e vão dos supervisores aos pacientes, à investigação, aos pares, à vida pessoal e ao meio sócio cultural. É por esta altura que há um aumento da rigidez de funcionamento profissional e no estilo de trabalho. O afecto predominante é a confiança. O terapeuta pode sentir-se muito competente e satisfeito com as suas novas aquisições e domínio das tarefas terapêuticas mas, também, pode acontecer o contrário.

O nível de exigência é, agora, maior que havia sido antes e isso passa por assumir um estilo terapêutico mais rígido, acompanhado por um refinamento dos conceitos organizadores da sua prática. O processo de aprendizagem caracteriza-se, ainda, pela modelagem que lhe vai permitir aceso a modos de funcionamento que “desmistifiquem” a psicoterapia e tornem mais claras as questões que tornavam quase irreais os supervisores/formadores. A forma como se avaliam os pacientes deixa, progressivamente, de se basear apenas no que trazem os pacientes, para ficar mais ligado à forma como as pessoas mudam na relação, deixando assim, mais espaço de liberdade ao psicoterapeuta para assistir a essa mudança.

O quinto estadio de desenvolvimento do psicoterapeuta, exploração, corresponde aos primeiros anos em que o terapeuta tem uma verdadeira autonomia. Tem já uma experiência considerável e a tarefa central desta fase é a descoberta de si próprio, como director de cena. Já não é cópia do supervisor e tem que fazer novas aprendizagens que estão, naturalmente, associadas ao sucesso dos pacientes e que conduzirá à assumpção de um estilo próprio.

Os afectos predominantes são a confiança e a ansiedade. A confiança que

resulta do trabalho anterior (em que a segurança da supervisão lhe permitia ir-se sentindo confiante e competente) e a insegurança que resulta da constatação de que, por vezes, não consegue lidar com a complexidade das situações. As fontes de influência estão ligadas às novas condições de trabalho, aos colegas, pacientes, vida pessoal, investigação e ao ambiente sócio-cultural.

O estilo terapêutico está agora mais ligado à relação terapêutica e à observação de si e do paciente na interacção. A experiência e a reflexão sobre a experiência permitem um certo grau de mestria. Essa mestria do modelo terapêutico permite-lhe, agora, questionar a filiação a ideias que tinha como fundamentais e uma abertura crítica, mas construtiva, a outras ideias e modelos. Permite-lhe, sobretudo, saber que as diferentes formas de intervenção só fazem sentido e produzem efeito no contexto de um modelo teórico. Aprende, sobretudo, por reflexão e é o grau de auto reflexão que determina a progressão ou o pseudo desenvolvimento. Os critérios de sucesso ou os níveis de satisfação mudam de forma significativa e passa a ser capaz de explicitar e articular factores de eficiência das intervenções para o resultado.

O sexto estágio de integração é o estágio da autenticidade profissional. O psicoterapeuta desenvolveu um sistema conceptual e de estilo de trabalho que é genuíno e individualizado e lhe permite construir uma identidade profissional. Esta verdadeira identidade profissional permite-lhe ir abandonando o modo pouco autêntico, escolar, que também lhe permitiu ir ensaiando formas próprias de fazer o que a teoria da técnica lhe prescrevia. Esta autenticidade estende-se aos diferentes aspectos daquilo que suporta a sua intervenção psicoterapêutica, a saber, a sua visão do mundo e da natureza humana, o processo de mudança e o que é o conjunto destas ideias, a orientação teórica.

O afecto predominante neste estágio é a satisfação. Satisfação que é suportada na experiência, no reconhecimento e no retorno financeiro. Satisfação que permite uma menor preocupação com o profissionalismo e a ideia de que se é responsável pelas melhorias dos pacientes. É, normalmente, o tempo em que mestria lhe permite aceder a posições de supervisor ou de professor que têm por si só, na maior parte das vezes, um papel clarificador do seu próprio pensamento sobre as grandes questões da psicoterapia.

Ao nível do sistema de ideias que o psicoterapeuta usa neste estágio há como que uma nova esperança. Essa nova esperança resulta da grande variedade de pacientes observados e dos “settings” terapêuticos, das experiências feitas com os saberes teóricos, do que aprendeu com os vários supervisores, da maturação que resulta da grande experiência, da avaliação dos sistemas usados no passado e da crescente emergência de um sistema próprio de terapia. O processo de aprendizagem reflecte a menor rigidez que a escola lhe prescrevia e há um método de escolha que facilita as aprendizagens: prática clínica, leituras sobre as práticas, e teoria da prática e, ainda a reflexão sobre incidentes críticos e um conjunto de outros meios que lhe são disponibilizados no âmbito da supervisão e da discussão entre pares que as próprias escolas de psicoterapia oferecem aos seus membros.

O sétimo estágio, individuação, reporta-se a um processo que é em simultâneo de separação e de ficar em relação. A tarefa central é muito idiossincrática. Há uma grande personalização e o psicoterapeuta deve ter uma visão de futuro para que possa ser bem sucedido nesta tarefa. É exigida uma grande satisfação com o trabalho e é essa satisfação com a autenticidade que lhe permitirá continuar a desenvolver-se e que a individualidade ocorra – é suposto que o psicoterapeuta tenha desenvolvido um estilo consistente e confortável que possa usar de forma rotineira.

Como referimos acima, a avaliação do desenvolvimento pode fazer-se de modo objectivo numa perspectiva longitudinal, diacrónica ou numa perspectiva transversal, sincrónica. Fazendo-o deste modo, podemos comparar sujeitos objectivamente, i.e. o investigador observa, avalia o modo como o sujeito se desenvolve de acordo com os critérios definidos.

Podemos, como é o caso do presente estudo, perguntar aos sujeitos quanto, como, em que direcções sentem que se estão a desenvolver desde o início da sua carreira até ao momento actual. Esta metodologia introduz uma grande subjectividade, na medida em que as respostas/medidas são dadas pelos sujeitos sobre eles próprios, mas traz-nos um maior acesso a assuntos sobre os quais não há certezas e não poderiam ser avaliados de outro modo.

Esta perspectiva do desenvolvimento dos psicoterapeutas dá-nos acesso a medidas objectivas de desenvolvimento que envolvem quadros longitudinais de desenvolvimento (diacrónico) e transversais (sincrónicos). As medidas subjectivas, aquelas que envolvem auto avaliação, reflectivas, de comparações internas face a quadros reconhecíveis, permitem identificar o desenvolvimento actualmente experimentado e o desenvolvimento percebido da carreira.

O desenvolvimento actualmente experimentado resulta do conjunto das questões sobre se sente que está actualmente a crescer na sua capacidade para fazer o seu trabalho como terapeuta; se sente que está a adquirir novas competências ou a tornar-se mais sensível; se está a ser mais capaz de ultrapassar antigas limitações ou se sente que está ter maior capacidade para entender os problemas que os pacientes lhe colocam; se se está a sentir cansado, esgotado ou a perder capacidade para entender as situações ou para ser útil?

O desenvolvimento percebido da carreira resulta da reflexão sobre o quanto o sujeito mudou desde o momento em que começou a fazer psicoterapia. Pede-se ao sujeito que faça um exercício de comparação entre as suas competências e visões de si no momento actual quando comparadas com aquelas que tinha no passado. Este desenvolvimento decorre de um conjunto de factores que ensaiaremos descrever de forma breve.

A prática clínica e a experiência acumulada vão, em conjunto com a experiência das situações clínicas observadas, desenvolvendo no psicoterapeuta um sentimento de saber fazer, de estar a ultrapassar as limitações passadas como terapeuta e a caminhar no sentido positivo para ser melhor terapeuta. Este sentimento de se estar a desenvolver fá-lo-á sentir-se mais seguro e mais eficaz, que por sua vez potencia e motiva o psicoterapeuta para as tarefas terapêuticas e o leva a novas aprendizagens. Ao mesmo tempo, concorrendo com este sentimento de que estará a ser bem sucedido, o psicoterapeuta tem um sentimento de satisfação com o trabalho terapêutico que conduz, naturalmente, a uma atitude remoralizadora e de desejo de continuar a desenvolver e a questionar as suas práticas.

Em todo este processo há um aspecto central a que Orlinsky (2003) chamou envolvimento terapêutico. Este conceito é como que o motor do desenvolvimento do psicoterapeuta e é um conceito que descreve o como os psicoterapeutas se percebem como eficazes, pessoalmente investidos na relação com os pacientes e que pode contribuir para o sucesso da terapia. Este aspecto é, como já dissemos, influente no processo terapêutico e influenciado por um conjunto de factores que estão interligados. A formação inicial e a orientação teórica, o suporte institucional, o sentimento da necessidade de continuar a desenvolver-se, a motivação para continuara a usar os recursos de

desenvolvimento profissional, são alguns dos factores relevantes para este envolvimento terapêutico.

É nesta ideia de que o desenvolvimento decorre de forma que o psicoterapeuta influencia os seus pacientes e é influenciado por eles e pelo processo psicoterapêutico, que está o interesse do estudo do desenvolvimento dos psicoterapeutas.

O estudo dos processos psicoterapêuticos não pode ignorar os processos que decorrem do psicoterapeuta estar, ou não, a desenvolver-se, de sentir ou não que está em envolvimento terapêutico. O risco é de que os estudos incorram em erros de tipo I, ou seja, o psicoterapeuta está a fazer tudo bem mas isso não ajuda o paciente, não muda nada. Tanto mais que, como referimos acima, no modelo psicológico o psicoterapeuta não é neutro e as técnicas terapêuticas contribuem com um valor modesto para o resultado das intervenções.

Numa investigação sobre como mudam os psicoterapeutas, Skovohlt e Ronnestad (1995) refere-se que as fontes de influência para essa mudança são os profissionais mais velhos, os colegas e o ensino da psicoterapia a outros. Referem ainda haver, influencias que decorrem da experiência de vida, tal como ser casado ou divorciado, ter experiência parental e mesmo a experiência vivida de crises. Assim, com o decorrer do processo de desenvolvimento enquanto psicoterapeuta as fontes de influência seriam cada vez menos externas e mais internas.

Um dessas fontes de influência relaciona-se com as possíveis relações entre a orientação teórica, a prática e a experiência clínica. Vasco e Dryden (1997) referem a influência da experiência clínica e o desenvolvimento epistemológico como tendo uma grande importância na forma como os terapeutas se vão

desenvolvendo ao longo da carreira.

Os autores salientam que a escolha da orientação teórica inicial é multideterminada e complexa mas que há duas variáveis que são essenciais para o entendimento das mudanças que vão ocorrer ao longo da carreira. Trata-se da dissonância e do desenvolvimento epistemológico. A dissonância entendida como estado de discrepância entre as crenças pessoais do terapeuta e os aspectos centrais da orientação teórica. O desenvolvimento epistemológico como elemento que descreve a complexidade do pensamento do terapeuta, nomeadamente o que é a realidade e o que conta como conhecimento válido para as suas tomadas de decisão terapêutica.

É pois natural que a escolha de uma qualquer orientação teórica no início da carreira leve em conta os valores e filosofia pessoal dos terapeutas e que estes vão dando pesos diferentes a aspectos centrais da teoria que suporta o modelo terapêutico que escolhem. Neste estudo os autores puderam constatar que os psicodinâmicos e humanistas adoptavam, com maior frequência, a orientação dos seus próprios terapeutas e que davam pouca importância aos dados da investigação e que com os cognitivistas se passaria o contrário. Os terapeutas sistémicos davam maior importância, na escolha da sua orientação teórica às experiências da família, enquanto que os terapeutas comportamentais enfatizavam os dados da investigação.

⁵ Esta conceptualização de Vasco e Dryden (1997^{''}) é extremamente interessante porque permite entender o que faz com que os terapeutas mudem de orientação teórica ou o que farão quando se vêm em situação de grande pressão ou, como havíamos dito anteriormente, em dissonância com o modelo teórico adoptado. A avaliação das situações de dissonância e a flexibilidade das crenças é

vista como o elemento que permite perceber como os terapeutas ultrapassam, ou não, as situações de impasse. A este propósito, refere-se que os terapeutas juniores, que em situação de impasse, optam, em função da experiência clínica e do desenvolvimento epistemológico, por se culpabilizar a si próprios mais que às limitações do modelo, enquanto que os terapeutas mais experientes procuram identificar falhas no modelo, como razões para adaptar ao seu próprio modo de pensar ou agir terapêutico. Este modo de desenvolvimento dos terapeutas leva-nos a poder dizer que um excesso de consonância com o modelo pode ser considerado como pouco desejável ou mesmo como uma forma rígida de encarar o fazer terapia e, por isso mesmo, indesejável.

Goldfreid (2001) num trabalho recente pediu a um conjunto de psicoterapeutas seniores que reflectissem sobre o seu próprio processo de mudança e o que os levou a mudar. Pedia-lhes que se referissem a factores como a experiência, e acontecimentos de vida, leituras ou influências de colegas ou outros profissionais. Neste trabalho, realizado com psicoterapeutas seniores fica-se com a ideia de que os terapeutas começam a sua carreira sem que haja uma orientação teórica pura e que a psicanálise e a terapia centrada no cliente eram predominantes até aos anos setenta e que as fontes de influencia foram a sua interacção com outras pessoas, especialmente pacientes e colegas. É também clara a mudança que se verifica na adopção de modelos e práticas de tipo integrativo pelos terapeutas deste estudo.

Vasco e Dryden (1997) mostraram que a orientação teórica é mais decisiva que a experiência clínica na determinação das actividades e atitudes dos terapeutas e que a experiência clínica só é mais determinante que a orientação teórica em questões terapêuticas menos controversas (Sunderland e Barker, 1962, cit por Vasco e Dryden, 1997).

Na sua revisão da literatura de investigação, Vasco e Dryden (1997), sugerem que quando surgem diferenças entre os terapeutas, a experiência clínica reforça as capacidades de comunicação e os terapeutas que atribuem maior importância à auto compreensão e tornam-se menos previsíveis no seu comportamento terapêutico.

Mahoney e Craine (1991), igualmente citados por Vasco e Dryden (1997), num estudo sobre o desenvolvimento psicológico e práticas terapêuticas “ótimas”, não obtiveram aspectos diferenciadores num estudo com terapeutas de seis orientações teóricas diferentes, com excepção da conceptualização da “dificuldade de mudança” e na associação entre a experiência clínica e qualquer das elaborações estudadas.

A comparação entre respostas dadas sobre as mesmas questões no início da carreira profissional e respostas dadas à altura dos estudos revelou diferenças significativas (80% dos itens) demonstrando que a prática clínica é o melhor factor preditor de mudança quando comparada com a orientação teórica e o tempo de terapia pessoal.

Para Vasco e Dryden (1997), os resultados existentes mostram uma situação equívoca face à influência relativa da orientação teórica e experiência clínica dos psicoterapeutas. Segundo os autores, dois factores são responsáveis pela diferença nos resultados. O primeiro, é a confusão entre os conceitos experiência/perícia e o segundo, a existência de outros factores, nomeadamente a variável desenvolvimento epistemológico do psicoterapeuta.

Os mesmos autores referem, com base nos resultados do estudo apresentado, que a orientação teórica é uma variável mais importante que a

experiência clínica na diferença de estilos psicoterapêuticos e que as diferenças entre psicoterapeutas, mais e menos experientes, só se verifica quando existem simultaneamente níveis elevados de experiência e de desenvolvimento epistemológico.

Neste estudo o grupo de psicoterapeutas cognitivos e psicodinâmicos mais desenvolvidos apresentam um estilo psicoterapêutico mais homogêneo do que o observado nos restantes psicoterapeutas de outras orientações, concluindo que o nível de desenvolvimento epistemológico deve ser uma variável a considerar na pesquisa futura.

Vasco (1996) refere-se ainda à influência de variáveis que são específicas ou se desenvolvem dentro da relação terapêutica, particularmente as interações de algumas delas (e.g., características do terapeuta, do paciente, contexto e tipo de terapia), como mais importantes que as variáveis do terapeuta de carácter mais geral.

Para Vasco (1996, p.176) a conclusão geral que se pode retirar relativamente ao papel das técnicas no processo e resultados terapêuticos é a de que, apesar de nenhuma técnica ser efectiva *per se* e em todas as condições, algumas são eficazes, nalgumas condições (Goldfried,1991; Greenberg, 1991; Orlinsky, 1989) e, com base no estudo de Luborsky e al. (1985), a importância das técnicas psicoterapêuticas, as características pessoais do psicoterapeuta (grau de ajustamento pessoal e o seu “interesse em auxiliar”) e a qualidade da relação terapêutica são inseparáveis.

Ao referirem-se ao estudo das características dos psicoterapeutas, Beutler, Machado e Neufeldt (1994), questionam-se sobre a capacidade de chegarem a

conclusões afirmativas pelo facto da análise da literatura abranger um período de tempo marcado por mudanças importantes, tanto em termos teóricos como em relação ao papel do psicoterapeuta.

Numa revisão da literatura incidindo especificamente sobre as características dos psicoterapeutas, a partir de 1985, Machado e Neufeldt (1994) referem que a maioria dos estudos incide sobre duas dimensões, a primeira representa a dicotomia entre o externamente observável e as qualidades inferidas, a segunda representa a relação entre qualidades gerais e as qualidades que são específicas da situação em que decorre o processo terapêutico. Os autores dividem as variáveis abordadas em quatro categorias.

A primeira, envolve traços objectivos, transversais, de características demográficas (idade, sexo, etnia). A revisão dos estudos levou os autores à conclusão de que nenhuma destas variáveis desempenha um factor decisivo nos efeitos terapêuticos observados

A segunda categoria foi denominada de traços subjectivos, transversais, inclui a personalidade, estratégias de confronto (coping), bem-estar emocional, valores, crenças e atitudes culturais.

A terceira categoria refere-se aos estados subjectivos específicos da terapia focando especialmente a relação terapêutica, os atributos de influência social, expectativas e orientação teórica.

Por fim, a quarta categoria de variáveis incidia sobre aspectos específicos da terapia, incluindo o passado profissional no que respeita ao estilo terapêutico (estilo interpessoal, estilo verbal ou não verbal, atributos verbais e não verbais conjugados), às intervenções dos psicoterapeutas (uso de manuais, perícia e

procedimentos terapêuticos particulares).

Da análise dos resultados, Beutler, Machado e Neufeldt (1994), referentes às três últimas categorias, concluíram que o quarto grupo exerce, no resultado terapêutico, um efeito mais importante, mas que este depende da natureza da variável específica estudada e da interação desta com a terapia e as qualidades do cliente.

O estudo foi feito com base em dados retrospectivos e de estudos prospectivos comparados.

Os dados metodologicamente mais fidedignos são os dados longitudinais obtidos prospectivamente para um dado conjunto de indivíduos em pontos sucessivos no tempo ou de dados obtidos a partir de cortes em diferentes pontos da carreira profissional.

As observações devem, também, ser feitas em fenómenos essenciais no domínio dos funcionamentos estudados a serem especificados pelos investigadores. Podem ser recolhidos perguntando directamente aos sujeitos se, quanto e em qual direcção estão presentemente a sentir que se estão a desenvolver - aprendendo, crescendo, melhorando (ou o oposto) e ainda perguntando, quanto e em que direcções eles sentem que se desenvolveram do início da carreira até ao momento presente.

As abordagens subjectivas (no sentido que as comparações são feitas implícita ou explicitamente pelos próprios sujeitos e não pelos investigadores) podem adicionar a profundidade a dados objectivos por examinarem as correlações objectivas do julgamento dos sujeitos acerca do seu desenvolvimento.

Para avaliar o desenvolvimento psicoterapêutico, os autores do QCDP, através de uma abordagem empírica, elaboraram quatro perspectivas observacionais:

a) Desenvolvimento actualmente experimentado – questões directas sobre se se sentem a experimentar crescimento (e/ou declínio) na sua capacidade ou aptidão para realizarem trabalho terapêutico. Se sentem que estão a adquirir novas aptidões, a aprender novas técnicas, se estão a tornar-se mais sensíveis, a responder de forma mais eficaz, a atingir novos insights, a ultrapassar limitações antigas e a aprofundarem o conhecimento dos clientes e de como os ajudar ou pelo contrário.

b) Desenvolvimentos retrospectivos da carreira – os psicoterapeutas reflectem sobre quanto mudaram as suas capacidades e em que direcções desde que começaram a fazer psicoterapia. Requer uma comparação implícita de capacidades presentes, limitações e incapacidades com estimativas do passado e sujeitas a distorções retrospectivas. A avaliação retrospectiva é um determinante importante da moral e motivação actual para o trabalho terapêutico.

Nas perspectivas longitudinais as observações devem ser específicas quanto aos atributos na qual a mudança vai ser avaliada e a distinção é feita entre aspectos instrumentais e interpessoais do funcionamento, porque as teorias clínicas diferem largamente acerca de aspectos do trabalho terapêutico.

Orlinsky e Howard (1995) salientaram que, no início, a investigação em psicoterapia era essencialmente efectuada por clínicos como meio de defesa contra o ataque de críticos (e.g. Eysenck, 1952) ou para provar a eficácia ou superioridade de determinado sistema terapêutico. Assim, o que inicialmente

começou como um movimento de credibilização da psicoterapia, por um lado, e tentativa de dar resposta aos seus críticos, por outro, foi a pouco e pouco tornando-se num campo fértil de estudo, cujos objectivos gerais actualmente (Ekazdin, 1994), visam compreender e avaliar os múltiplos factores que contribuem para o resultado psicoterapêutico.

As diferentes formas de intervenção psicoterapêutica foram estudadas pelos investigadores quanto à sua eficácia. Apesar de, aparentemente, as técnicas e formas como essa eficácia foi alcançada terem sido diversas, “*os resultados globais da investigação (recorrendo a diversos tipos de metodologia) não mostram eficácias diferenciais convincentes nos tipos de intervenções baseados em diferentes orientações teórica*”s. (Vasco, 1996, p. 175).

No mesmo sentido, Garfield e Bergin (1994) referiram que as revisões da investigação revelaram, poucas diferenças importantes quanto aos efeitos nas diferentes formas de psicoterapia avaliadas (Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986; Smith et al., 1980), e que tem existido consenso de que a psicoterapia produz efeitos positivos (Elkin et al., 1989; Garfield, 1983b; Lambert, 1991; Lambert et al., 1986; McNeilly & Howard, 1991; Smith et al., 1989).

Esta situação de equivalência, quanto aos efeitos dos diferentes modelos de psicoterapia, podia ter como principais razões explicativas, de acordo com Vasco (1992; 1996): “(a) a globalidade do diagnóstico psiquiátrico com base no qual se estabelecem os grupos de pacientes que integram as investigações comparativas, negligenciam características psicológicas mais subtis que poderiam proporcionar resultados diferenciais (e.g., *locus* de controlo externo *versus* interno) e (b) os factores comuns a todas as formas de intervenção psicoterapêutica (e.g., Bergin, 1980; Cornsweet, 1983; Cross, Sheehan & Khan,

deterioração» em psicoterapia (e.g., o agravamento de sintomas ou o surgimento de novos sintomas) são as variáveis do terapeuta.

Em 1985 Luborsky e *col*, num estudo que tinha como objectivo a avaliação dos factores determinantes do sucesso de terapeutas individuais, chegaram à conclusão que a personalidade do psicoterapeuta era o principal veículo de mudança terapêutica, com especial relevo para a capacidade de estabelecer alianças terapêuticas positivas. Para este mesmo autor, o terapeuta é um agente importante e independente de mudança, com a capacidade para amplificar ou reduzir os efeitos da terapia.

Crits-Christoph *et al* (1991), chamam a atenção para o facto de um nível elevado de experiência dos psicoterapeutas ser um dos factores que atenuava os efeitos que lhes podiam ser atribuíveis.

Segundo Vasco e Dryden (1997), a conclusão de Sundland e Barker (1962) manteve-se verdadeira, ou seja *'we only get results similar to Fiedler's when therapists are compared regarding less controversial therapeutic issues (variables at an intermediate level of abstraction - strategic variables); when the issues in question are more controversial (variables at a high or low level of abstraction - metatheoretical orientation becomes more important than clinical experience.'* (página???)

Além do uso de manuais de intervenção e do nível elevado de experiência dos psicoterapeutas, Vasco (1992; 1996) realçou a importância de algumas variáveis, que são específicas ou que se desenvolvem adentro da relação terapêutica, particularmente as interações de algumas delas (e.g., características do terapeuta, do paciente, contexto e tipo de terapia), pois estas variáveis parecem

ser mais importantes para os resultados de processo, do que as variáveis do terapeuta de carácter mais geral e que existam independentemente deste. As variações entre tratamentos não contam mais que dez por cento para as variações na mudança (Luborsky, Rosental, e tal., 2002; Wampold, 2001).

Há, hoje, a convicção de que os processos interpessoais são os factores que, realmente, facilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica e que são os que mais contam para que o trabalho terapêutico seja efectivo. Podemos mesmo dizer que a melhoria dos pacientes é mais facilmente conceptualizada como resultado daquilo que o terapeuta e o paciente trazem para o processo terapêutico e a relação que se estabelece entre eles, que com base nas intervenções terapêuticas (técnicas).

O facto das variáveis do terapeuta terem assumido uma importância relevante não significa que se negligencie totalmente os efeitos das técnicas terapêuticas. Após proceder à revisão de literatura, Lambert (1986), atribuiu aos efeitos das técnicas terapêuticas um peso de 15% na variância dos resultados terapêuticos.

Com base no estudo de Luborsky *et al* (1985), Vasco (1992; 1996) concluiu que a importância das técnicas terapêuticas, as características pessoais do terapeuta (nomeadamente, o seu grau de ajustamento pessoal e o seu «interesse em auxiliar») e a qualidade da relação terapêutica são inseparáveis. Dada a importância que resulta do estudo dos psicoterapeutas para o processo psicoterapêutico parece-nos interessante considerar que a dimensão desenvolvimento dos psicoterapeutas permite uma melhor compreensão desse mesmo processo psicoterapêutico e para a discussão sobre o mito da uniformidade dos psicoterapeutas.

Considerar-se-ão as variáveis demográficas, treino e experiência profissionais, terapia pessoal, e a orientação teórica, de modo a estudar o desenvolvimento dos psicoterapeutas quanto à experiência de desenvolvimento actual e o desenvolvimento percebido da carreira.

Para além dos dados objectivos sobre as características dos psicoterapeutas e das suas práticas estudaremos alguns dos aspectos do desenvolvimento dos psicoterapeutas

As questões de investigação que se colocam são, por ordem de importância, saber se existe desenvolvimento dos psicoterapeutas, que factores facilitam ou inibem esse desenvolvimento e, por ultimo se o desenvolvimento profissional difere em função da profissão e da orientação teórica.

II – Método

1 – Participantes

Os participantes deste estudo são 190 sujeitos que fazem parte do conjunto de psicoterapeutas membros de nove associações de psicoterapia de carácter nacional: Sociedade Portuguesa de Antropoanálise, Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva, Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Sociedade Portuguesa de Grupanálise, Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa, Sociedade Portuguesa de Psicodrama, Associação Portuguesa de Psicologia Clínica e dezanove psicoterapeutas independentes, de um universo de oitocentos e setenta e oito.

A todos os 878 psicoterapeutas inscritos nas associações acima referidas, foi enviado o QCDT, com envelope selado de retorno, para ser tratado estatisticamente; 43 foram devolvidos pelo correio por impossibilidade de entrega

e 649 psicoterapeutas preferiram não responder, resultando num $n= 190$, correspondendo a uma taxa de resposta de 21.6%.

2. Instrumento

O Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (QCDT), de Orlinsky et al. (1991), traduzido e adaptado para português por Vasco, é um questionário de auto relato sobre a figura do psicoterapeuta.

Como já havia demonstrado Skohvolt e Ronnestad (1995) este tipo de questionário aos psicoterapeutas, já mostrou ter validade em relação ao desenvolvimento profissional retrospectivo e desenvolvimento profissional actual, já que os psicoterapeutas têm uma tendência natural a avaliar-se, tanto a si próprios como às suas práticas.

O QCDT foi de início construído em inglês e traduzido para múltiplos idiomas, com perguntas estruturadas e abertas, recolhe dados descritivos e avaliativos essenciais para o estudo do desenvolvimento dos psicoterapeutas, as características básicas para descrever os participantes e as possíveis fontes de influência que facilitam ou dificultam o desenvolvimento ou a estagnação. O QCDT recolhe também informação sobre as características pessoais e sociais do psicoterapeuta. Trata-se de um questionário compreensivo sobre o desenvolvimento pessoal e profissional dos psicoterapeutas.

O QCDP tem um conjunto de ferramentas que foi reunido a partir das várias medidas de avaliação das características, funcionamento e experiências dos terapeutas. A tabela 1 resume o conteúdo e organização do instrumento. A maior

parte do 370 itens, são apresentados em escalas de respostas estruturadas ou de chek-list, de modo a facilitar as respostas, e foram também incluídas oito perguntas abertas. Várias perguntas do conjunto QCDT são questionários multi-itens separados por temas relacionados, reunidos num conjunto simples para ter uma apresentação mais compreensiva.

A extensão do QCDT foi ditada em parte, pela complexidade da problemática em si, e em parte, pela necessidade de recolha extensiva de informação descritiva sobre diferentes psicoterapeutas. Devido à sua extensão, o QCDT requer aos terapeutas uma a duas horas do seu tempo e pode dissuadir alguns potenciais colaboradores. No entanto, também fornece algumas vantagens que os questionários mais breves, a maior das quais é que, aqueles que o completam e devolvem podem ser vistos como colaboradores seriamente motivados. Outra grande vantagem é que, enquanto cada item representa um segmento de informação em si, esta também pode ser analisada em conjugação com uma grande quantidade de informação acerca do psicoterapeuta.

O conteúdo do QCDT está organizado de modo a fornecer elementos que permitam o estudo do desenvolvimento dos psicoterapeutas. Fornece elementos que permitem estudos transversais dos terapeutas nas suas diversas fases de carreira através de informações sobre competências terapêuticas actuais (QCDT, secções III e VI) orientações teóricas iniciais e actuais (QCDT, secções III e V), estilos ideais e típicos de se relacionar com os pacientes (QCDT, secções V e VIII), dificuldades no trabalho terapêutico (QCDT, secção VIII), estratégias de confronto (QCDT, secção VIII).

Tabela 1: Componentes QCDT (Orlinsky e al, 1999)

<p><i>0. Dados de identificação (5 itens)</i> Código pessoal ; data de nascimento; sexo; País de residência; data.</p> <p><i>I. Quantidade e tipos de formação profissional (23 itens)</i> Questionário sobre identificação profissional, bagagem académica, certificado profissional, afiliação organizacional, anos de formação didáctica, anos de supervisão, formação em tipos especiais de terapia no presente e passado, e supervisão actual.</p> <p><i>II. Experiência profissional até à data (21 itens)</i> Questionário sobre os anos de prática terapêutica, anos de prática em enquadramentos específicos, número de casos em diferentes tipos modalidades de tratamento, número de pacientes em diferentes faixas etárias, número de outros terapeutas acompanhados, e número de outros terapeutas supervisionados.</p> <p><i>III. Desenvolvimento global como terapeuta (51 itens)</i> Questionário sobre mudança global , melhoramento ou declínio , ultrapassagem das limitações pessoais , compromisso com maior desenvolvimento , e sentido sobre a capacidade de guiar o desenvolvimento de outros terapeutas , questionário sobre os níveis de capacidade no início como terapeuta e os níveis de capacidade actuais como terapeuta (para avaliar mudança) ; Questionário sobre a orientação teórica inicial (e no passado presente) (para avaliar mudança) ; questionário sobre as influências positivas e negativas no desenvolvimento global.</p> <p><i>IV. Experiência em terapia pessoal (7 itens)</i> Questionário sobre a atitude em relação à terapia pessoal para terapeutas, sobre experiências actuais e passadas em terapia pessoal, e sobre razões e benefícios de episódios específicos de terapia pessoal.</p> <p><i>V. Orientação do trabalho terapêutico (52 itens)</i> Questionário sobre orientações teóricas actuais , questionário sobre os objectivos típicos do trabalho terapêutico , questionário sobre o auto-conceito ideal como terapeuta .</p> <p><i>VI. Desenvolvimento actual como terapeuta (35 itens)</i> Questionário sobre mudança actual , melhoramento e declínio , ultrapassagem de limitações pessoais , aspectos motivacionais e capacidade para o trabalho terapêutico , questionário sobre sentimentos recentes em terapia com pacientes , questionário sobre influências negativas e positivas no desenvolvimento actual.</p> <p><i>VII. Enquadramentos, modalidades de tratamento e clientela na prática terapêutica actual (43 itens)</i> Questionário sobre as horas de terapia dadas em enquadramentos diferentes , satisfação com o enquadramento (orientação) principal utilizado na prática , número de casos actuais em modalidades terapêuticas variadas , número de pacientes de vários grupos etários , qual o tipo de diagnóstico mais frequente dos pacientes acompanhados (actualmente e no início da carreira) , qual o grau de confiança dos diagnósticos na prática actualmente , e níveis de satisfação e de insatisfação no trabalho terapêutico ; questionário sobre o grau de distúrbio dos pacientes recentemente acompanhados (actualmente e no início de carreira (baseado na escala de funcionamento da avaliação global) (Ass. Psiquiátrica Americana, 1987).</p> <p><i>VIII. Qualidade experimentada do trabalho terapêutico (96 itens)</i> Questionário sobre o tipo de dificuldades actualmente encontradas na prática terapêutica, questionário sobre as estratégias de coping utilizadas para lidar com as dificuldades, questionário sobre o auto-conceito actual de terapeuta , questionário sobre o tipo de gestão das relações terapêuticas , questionário aberto sobre a maior força (faculdade) como terapeuta e a sua mais problemática limitação como terapeuta .</p> <p><i>IX. Vida pessoal e experiência própria como terapeuta (46 itens)</i> Questionário sobre nacionalidade , em minoria no país de residência , estado civil , nível actual de satisfação na vida e stress , e qualidades da experiência emocional actual , questionário sobre auto-conceito nas relações pessoais mais próximas .</p>

2.1 - Medidas de desenvolvimento

O QCDT foi construído para obter medidas directas de desenvolvimento, nomeadamente do desenvolvimento percebido da carreira, de experiência de crescimento psicoterapêutico actual e de motivação para o desenvolvimento profissional.

O desenvolvimento percebido da carreira obtém-se através de um conjunto de itens sobre o desenvolvimento retrospectivo da carreira e de domínio terapêutico alegado. O desenvolvimento actualmente experimentado, obtém-se através de um conjunto de itens relativos à experiência actual de crescimento ou de perda e ainda a experiência de estar muito entusiasmado, estimulado ou inspirado com a sua actividade (flow). A motivação para o desenvolvimento profissional obtém-se a partir de um item em que se pergunta o quão é importante é, para o próprio, continuar a desenvolver-se como psicoterapeuta. Permite ainda outras formas de medida indirecta como um “índice de mudança” em que se calcula a diferença dos níveis de competência iniciais e actuais dos psicoterapeutas num conjunto de competências psicoterapêuticas. A diferença das médias de cada sujeito foi usada para a obtenção de um índice de mudança de competências ($\alpha=.88$)

As medidas usadas neste estudo derivam do estudo original apresentado por Orlinsky e tal. (1999) em que foi reportado um conjunto de escalas/dimensões de avaliação dos psicoterapeutas.. Globalmente, a estrutura factorial obtida para a amostra portuguesa assim como a subsequente análise da fiabilidade das escalas foram muito semelhantes aos resultados originais (ver detalhes em anexo). Sucintamente, as dimensões em questão são as seguintes:

a) O desenvolvimento actualmente percebido é avaliado pelo quanto os psicoterapeutas dizem ter mudado em termos globais desde o início da carreira.

b) O domínio psicoterapêutico alegado é avaliado de acordo com um conjunto de itens que se reporta ao domínio da técnica para lidar com a complexidade da tarefa e ao sentimento de capacidade para ultrapassar dificuldades da prática terapêutica.

c) A experiência de crescimento psicoterapêutico actual é avaliada através de um conjunto de itens que estão associados à satisfação com o trabalho terapêutico, com o aumento da capacidade para estabelecer relações terapêuticas eficazes e ao sentimento de que está a mudar como terapeuta.

d) A experiência de perda actualmente experimentada é avaliada através de itens que reportam uma pequena mudança nas competências como psicoterapeuta, perda do sentido de influência ou mesmo declínio geral nas suas capacidades.

e) O fluxo experimentado é estudado através de itens ligados ao entusiasmo e envolvimento com as tarefas terapêuticas.

f) O entendimento que os psicoterapeutas têm acerca do seu próprio desenvolvimento como resultado da sua reflexão acerca da sua prática pode ser inferida das suas respostas a grupos de questões que o QCDT apresenta.

O presente estudo procura caracterizar os psicoterapeutas Portugueses, examinar as respostas a algumas destas questões no sentido da clarificação do

significado que tem o desenvolvimento profissional para os psicoterapeutas.

III – Resultados

Os psicoterapeutas são geralmente descritos em termos da sua formação e treino, assim como, da sua orientação teórica e do seu grau de experiência. A formação é, no nosso país, feita sobretudo em sociedades psicoterapêuticas e podem aceder-lhes profissionais da área da saúde (psicólogos, médicos, assistentes sociais ou enfermeiros).

Do conjunto de psicoterapeutas inscritos nas sociedades de psicoterapia em Portugal e num universo potencial de respondentes de 878 psicoterapeutas, cento e noventa aceitaram o convite para responder ao conjunto de questões que formam o questionário comum sobre o desenvolvimento dos psicoterapeutas. Destes 49 foram devolvidos pelos correios e 649 psicoterapeutas optaram por não responder, resultando numa taxa de resposta de 22,8% (N=190). Estes números não são muito diferentes de outros estudos deste tipo e, podem ficar a dever-se ao facto de muitos dos membros das referidas sociedades de psicoterapia não manter uma prática clínica continuada.

Características *Demográficas*

Cento e vinte e dois são mulheres (64%), e sessenta e oito são homens (36%), as mulheres são, em média, mais velhas (44.02; d.p=7.73) que os homens (38.94; dp=9.63). Cento e trinta e dois (69.4%) são casados, trinta e três são solteiros e vinte e quatro (12,6%) são separados. Dois terços dos terapeutas afirmam estar actualmente casados ou a viver maritalmente.

Tabela 2 - Características Demográficas dos Psicoterapeutas

		Estado civil				
		Solteiro	Casado	Separado	Viúvo	Total
Género	Feminino	23	78	20	1	122
	Masculino	10	52	5	0	67
Total		33	130	25	1	189

As idades dos participantes deste estudo (n=190) variam entre os 23 e os 72 anos, sendo a média de 39.7 anos (Dp=9.2). Uma parte significativa dos psicoterapeutas da nossa amostra (n=77; 40,5%) situa-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos, seguida da faixa etária dos 41 aos 50 anos (n= 53; 27,9%). 122 (64%), (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição por grupos etários e género

Grupo etário	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
20 a 30	32	26.2	2	2.9	34	17.9
31 a 40	50	41.0	27	39.7	77	40.5
41 a 50	26	21.3	27	39.7	53	27.9
51 a 60	8	6.6	11	16.2	19	10.0
61 a 70	5	4.1	1	1.5	6	3.2
≥ 71	1	0.8	0	-	1	0.5

É clara a distanciação entre mulheres e homens psicoterapeutas. As mulheres terapeutas são em muito maior número e representam sessenta e quatro por cento da nossa amostra.

Identificação profissional.

Esta questão é importante na medida em que a acreditação como psicoterapeuta passa pelo tirocínio de uma prática supervisionada. Ainda que não exista, em Portugal, uma central de certificação das formações, ela é, por via das normas éticas, exigida e respeitada como forma de reconhecimento por todas as associações de psicoterapeutas.

A identificação com profissões particulares foi estabelecida a partir de respostas (autorização para respostas múltiplas) à pergunta: “ *Qual é a sua identificação profissional? isto é, como é que se refere a si próprio no contexto profissional?* “ a tabela 4 (?) mostra que o grupo mais vasto de sujeitos (cerca de

65%) se identificava como psicólogo, 23 % identificavam-se como médicos (psiquiatra), 3% identificavam-se como assistentes sociais. Interessante é, ainda, que 23 terapeutas (12%) se identificaram com outras disciplinas (p.e. enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicanalistas).

No presente estudo cento e vinte e seis terapeutas(66.3%) eram psicólogos, vinte e cinco(15.5%) eram psiquiatras, cinco eram assistentes sociais (5%) e noventa e nove tinham outras profissões (52.1%) como se pode observar na Tabela 4. Quando procuramos saber quantos estão em formação, verificamos que há dois médicos (4.6%) e 32 psicólogos (25.3%). Cento e cinquenta e três (80.5%) tem uma cédula profissional e quase todos (98.4%) os psicoterapeutas da nossa amostra pertencem a uma sociedade terapêutica. Este dado é, no entanto, natural já que a amostra foi recolhida com base nos dados fornecidos pelas associações de psicoterapeutas.

Tabela 4 – Características profissionais dos psicoterapeutas

Identificação Profissional	N	(n)	%
Medicina	44		23,1
Psiquiatra		42	95,4
Psiquiatra em formação		2	4,6
Psicologia	126		66,3
Psicólogo		94	74,6
Psicólogo em formação		32	25,3
Assistente social	5		2,63
Outras profissões	99		52.1
Psicoterapeuta	73		38,4
Psicoterapeuta em formação		46	24,2
Psicanalista	14		7,4
Psicanalista em formação		4	2,1
Conselheiro	12		6,3
		190	

Orientação Teórica

Foi pedido aos psicoterapeutas que identificassem as influências das orientações teóricas na prática clínica a partir da pergunta "*Até que ponto orienta a sua prática terapêutica actual por cada uma das perspectivas teóricas seguintes?*". Foi pedido aos psicoterapeutas que organizassem a resposta utilizando uma escala de seis pontos (0 = nada; 5 = muito) para cada uma das seguintes orientações: psicanalítica/psicodinâmica, comportamental, cognitiva, humanista, teoria dos sistemas e outra.

As orientações teóricas mais seleccionadas (em termos de frequência e independentemente da valoração atribuída) pelos psicoterapeutas foram a psicodinâmica (n=128; 67.3%) seguida pela cognitiva (n=122; 64.2%), humanista (n=120; 63.1%), sistémica (n=117; 61.5%) e comportamental (n=111; 58.4%). A percentagem relativamente elevada com que cada psicoterapeuta seleccionou cada uma das orientações teóricas revela que os psicoterapeutas utilizam/recorrem a uma grande diversidade de referenciais teóricos na sua prática quotidiana (ver Tabela 5). As restantes orientações foram mencionadas por 42 terapeutas (22.1%).

Dada a possibilidade de resposta múltipla que se ofereceu aos respondentes a orientação teórica dos psicoterapeutas, estes apontaram como influencias mais fortes no seu trabalho psicoterapêutico (Tabela 6), as abordagens psicanalítica e psicodinâmicas (38,4%), a abordagem cognitiva (33,7%), a abordagem comportamental (27,4%), a abordagem humanista (25,3%), a abordagem sistémica (25,3%) e outras abordagens (18,9%).

Tabela 5

Orientação Teórica	N*	%	M	Dp
Analítica/psicodinâmica	128	67.3	3.4	1.4
Comportamental	111	58.4	3.1	1.3
Cognitiva	122	64.2	3.4	1.2
Humanista	120	63.1	3.0	1.3
Sistémica	117	61.5	3.1	1.2
Outra	42	22.1	4.2	0.8
Psicodrama	18	9.5		
Centrada no cliente	9	4.7		
Bioenergia (Reich)	2	1.1		
Ecléctica	2	1.1		
Análise Infantil	2	1.1		
Existencialista	1	0.5		
Análise transaccional	1	0.5		
Psicodinâmica	1	0.5		
Terapia narrativa	1	0.5		
Terapia desenvolvimental	1	0.5		
Psiquiatria médica	1	0.5		
Grupanálise	1	0.5		

*A soma de percentagens por orientação teórica pode ultrapassar os 100 porque foi aceite pontuação múltipla.

Estes valores, porque não correspondem exactamente à denominação que as sociedades de psicoterapia adoptaram em Portugal podem ter, de algum modo, enviesado os dados. Tratá-los-emos aqui como se o não tivessem sido e, por isso tentaremos reflectir e diferenciar influências relativas de cada uma destas citações na prática terapêutica destes psicoterapeutas, nomeadamente entender quais são as orientações principais dos psicoterapeutas, i.e. aquelas que são pontuadas como

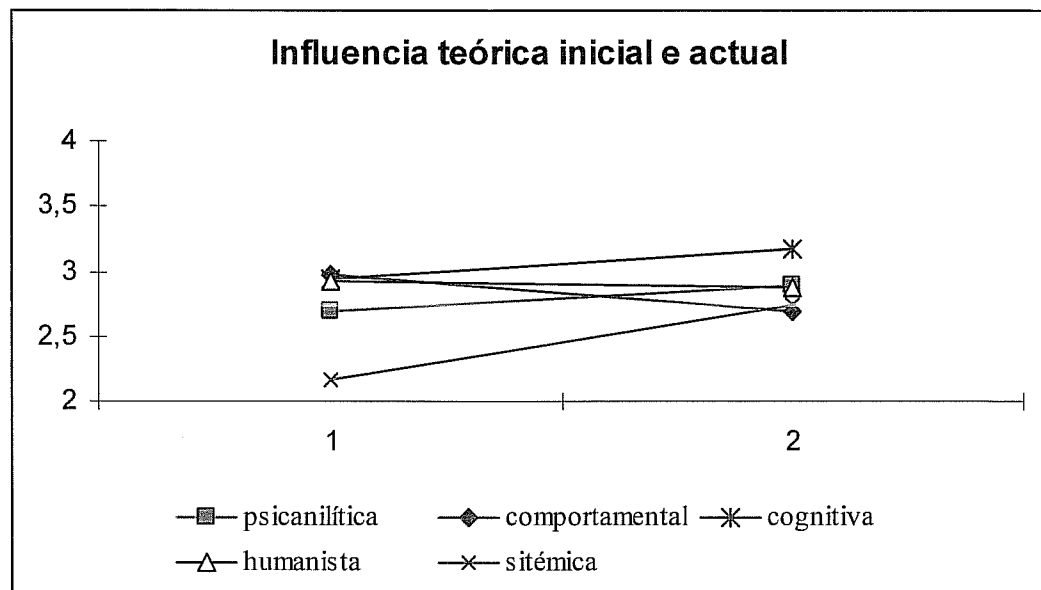
sendo muito importantes para a sua prática actual como psicoterapeuta (nota = ou superior a 4). O que se observa é que se mantém a influência da orientação psicanalítica como a mais apontada pelos psicoterapeutas portugueses que é referenciada por 38.4%, seguida pela abordagem cognitiva com 33.7% (tabela 6).

Tabela 6-

Orientação teórica predominante (pontuado com ≥ 4 em escala 0-5)		
	N	%
Analítica / Psicodinâmica	73	38,4
Cognitiva	64	33,7
Comportamental	52	27,4
Humanista	48	25,3
Sistémica	48	25,3

*A soma de percentagens por profissão e orientação teórica pode ultrapassar os 100 porque foi aceite a pontuação múltipla.

Como foi dada a possibilidade aos psicoterapeutas de se referirem ao quanto as diferentes orientações teóricas influenciariam a prática clínica “quando começou a exercer como terapeuta”, pudemos fazer uma análise de diferença de médias (T de Student) que mostrasse se as diferenças que verificámos eram, ou não, significativas. Os resultados, que estão representados na figura 1, mostram que, à excepção da teoria humanista, houve em todas as outras orientações mudanças significativas. Os terapeutas que dizem ser influenciados pela teoria sistémica são os que maior variação apresentam ($t=-5,055$, $p <,000$), a que se seguem comportamentalistas ($t=3,279$, $p <,001$), psicanalistas ($t=-2,442$, $p <,0,16$), cognitivistas ($t= -2,357$; $p <,05$). Como é possível observar na figura 1, a variação das influências teóricas apresenta padrões diversos.



Como havia sido dito, a teoria humanista não se modificou ao longo do tempo, a terapia comportamental diminuiu significativamente a sua importância e as restantes aumentaram e sua influência relativa na prática terapêutica dos psicoterapeutas

Experiência profissional

Ao conjunto dos psicoterapeutas da nossa amostra, foi pedido que indicassem “*No todo, há quanto tempo se dedica à prática da psicoterapia?*”. A média de anos de prática é de nove anos e meio, e verifica-se uma grande amplitude na experiência dos psicoterapeutas da nossa amostra. Há mais de cinquenta anos de diferença entre os psicoterapeutas mais e menos experientes.

Tabela 7 - Experiência Profissional

Anos de prática	M	Med	dp	Amp
	9.5	8	7.7	0-52

Dos cento e noventa psicoterapeutas, 37,4% estão a receber supervisão para os casos que atendem. A média de casos supervisionados é de cinco (4,9 ampl.1-19). Têm um tempo médio de treino didáctico formal em teoria e técnica psicoterapêutica de cinco anos ($M=5.17$, $dp= 3.42$) e receberam, em média 3.3 anos de supervisão clínica.

Terapia pessoal

Cento e oitenta e seis psicoterapeutas (94.6%) haviam-se submetido a treino específico de terapia e referem, por ordem decrescente, a terapia comportamental, a grupanálise e a psicanálise como as experiências de treino mais importantes. A experiência de treino foi classificada como muito importante, ($M=4.16$ numa escala de 0 a 5, $d.p=1.07$) para a prática actual.

Cento e quarenta e nove (77.7%) receberam terapia pessoal por um tempo médio de 3.86 anos ($dp=2.56$) que se distribuem (tabela 8) de modo inversamente proporcional ao tempo de terapia, isto é há mais psicoterapeutas que receberam terapia menos tempo e menos terapeutas que receberam mais terapia.

Tabela 8 - Anos de terapia pessoal

	N	%
0 - 4	96	50,51
5 - 8	42	22.09
9 - 12	10	5,25

Quanto à importância que os terapeutas da nossa amostra, dão à terapia pessoal, 47.9 % consideram-na como essencial para todos e deveria ser obrigatória, 26.8% qualificam-na inteiramente desejável mas não obrigatória, ainda que 20.5% afirmem que é aconselhável em alguns casos e 1.6% considere que é irrelevante. Nenhum dos inquiridos a considerou indesejável.

Setenta psicoterapeutas (36.84%) já haviam feito psicoterapia a outros psicoterapeutas com uma média de um psicoterapeuta ($M = 1.46$; $dp = 1.14$) e setenta e quatro (38.94%) haviam feito supervisão a outros psicoterapeutas a uma média de um psicoterapeuta ($M=1,02$; $dp 1,52$). Estão, no momento actual, em terapia 16% dos inquiridos e estiveram no passado 60%. Se a este conjunto de dados juntar-mos a ideia de que um grande número de indivíduos da nossa amostra recebeu (60%) ou está a receber (16%) terapia pessoal, facilmente se percebe a importância que os terapeutas atribuem ao facto de receber terapia para a sua prática clínica.

Características da prática terapêutica actual

No que respeita à experiência profissional os psicoterapeutas portugueses têm um tempo médio de experiência profissional de dez anos ($M=9,93$; $dp=6,40$) com uma amplitude de um a trinta e cinco anos. Foi-lhes pedido que caracterizassem os seus locais de trabalho e que indicassem o número de horas que dedicavam, semanalmente, à prática da psicoterapia. Como se pode ver na tabela 9, uma grande parte dos psicoterapeutas da nossa amostra trabalha em contexto privado na modalidade individual (74,2%) dedicando cerca de onze horas por semana a essa actividade. Um número igualmente grande (44,7%) trabalha em contexto de instituição pública com consulta externa e dedica à actividade psicoterapêutica um número semelhante ao anterior, isto é, onze horas por semana.

Oitenta e sete por cento faz psicoterapia individual e o grupo etário a que os psicoterapeutas da nossa amostra se dedicam é à faixa que vai da adolescência aos cinquenta anos (tabela 9). Cento e oitenta e um psicoterapeutas (95,3%) tem, em média, vinte e dois ($M=22,5$) casos em terapia individual, cento e vinte e três psicoterapeutas (56,3%) tem dez ($M=10,4$) casos de terapia de casal, cento e dez psicoterapeutas (42,1%) tem sete ($M=7,2$) casos de psicoterapia familiar, oitenta e três psicoterapeutas tem dois ($M=2,8$) grupos de psicoterapia e dezassete psicoterapeutas (8,9%) tem quinze ($M=15,2$) casos em outra modalidade terapêutica. O nível de perturbação dos pacientes atendidos é, maioritariamente, de sintomatologia ligeira mas persistente ou grave (tabela 9). Só poucos atendem pacientes com sintomatologia mínima ou muito grave (psicótica).

Tabela 9 Prática profissional dos psicoterapeutas

	N	%	M	dp	Amplitude(horas)
Setting terapêutico:					
Internamento público	38	20.0	11.2	12.9	1 – 40
Consulta externa pública	85	44.7	11.4	10.7	1 – 42
Internamento privado	9	4.7	12.2	7.6	1 – 30
Consulta externa privado	33	17.4	8.2	7.6	1 – 30
Prática privada de grupo	35	18.4	4.6	3.8	1 – 20
Prática privada individual	141	74.2	11.0	3.8	1 – 56
Modalidades terapêuticas					
Individual	161	84.7	13.9	12.9	1 – 100
Casal	57	30.0	3.4	3.7	1 – 20
Família	53	27.8	5.5	8.8	1 – 50
Grupo	58	30.5	3.1	4.3	1 – 30
Grupo etário					
12 anos e menos	78	41	5.6	5.32	1 – 30
13 a 19 anos	111	58.4	6.4	11.18	1 – 80
20 a 29 anos	131	68.9	8.4	8.93	1 – 50
30 a 49 anos	129	67.8	9.7	10.44	1 – 50
50 a 65 anos	72	37.8	4.4	7.44	1 – 50
65 anos e mais	19	10.0	7.4	12.21	1 – 50
Nível perturbação					
Mínimo	72	37.8	4.1	8.9	1 – 50
Transitório (reações ao stress)	103	54.2	5.9	10.2	1 – 70
Sintomas ligeiros mas persistentes	134	70.5	6.8	10.3	1 – 100
Sintomas moderados	125	65.7	6.1	5.6	1 – 30
Sintomas graves	113	59.4	4.6	5.8	1 – 28
Graves (borderline)	93	48.4	2.6	4.9	1 – 30
Muito graves (psicóticos)	72	37.8	1.0	1.8	1 – 10
Extremo (perigo para si e outro)	71	37.3	1.5	2.8	1 – 13

Como podemos observar, há um grande número de psicoterapeutas a trabalhar em instituições públicas, sobretudo naquelas que têm consulta externa mas é, sobretudo, na prática privada individual que se concentra o maior número

de profissionais. Quanto à satisfação com o local de trabalho principal verificamos que há uma pequena percentagem (6,8%) de sujeitos que está muito insatisfeito e que depois há uma grande percentagem de sujeitos que está satisfeita (22,6%) ou muito satisfeito (52,5%) com o local de prática profissional. Quanto ao apoio pessoal que recebem no local principal de prática terapêutica, verificamos uma tendência quase oposta, com quase metade dos respondentes (46,8%) a responderem que se sentem muito pouco apoiados e só 18,8% a considerarem ser muito apoiados.

À questão sobre o quanto controlo têm, na sua prática terapêutica, sobre a escolha dos pacientes que aceita para psicoterapia, verificamos que há um pequeno grupo (12,1%) responde não ter nenhum controle e um grande grupo (60,9%) que responde ter muito controle. O controle sobre a quantidade de pacientes que os psicoterapeutas da nossa amostra recebe é avaliado, em média, como grande ($M=3,6$; $dp=1.55$), sendo que há um pequeno número de sujeitos (13,1%) que responde ter pouco ou nenhum controle sobre a quantidade de pacientes que aceita, enquanto os que respondem ter muito controle (4 ou mais em cinco) sobre quem recebem é maioritário (64,1%).

O controle sobre a orientação teórica é julgado como muito grande ($M=4,6$; $dp=.77$) pela maioria dos psicoterapeutas (88,3%), tendo apenas um muito pequeno grupo (1,0%) que refere ter pouco ou nenhum (0 ou 1 em cinco) controle sobre a orientação teórica das suas intervenções.

O controle sobre o horário terapêutico é julgado como grande ($M=3.98$, $dp=1.24$) pela maioria dos psicoterapeutas (82,6%) havendo um muito pequeno grupo (4,7%) que refere ter pouco ou nenhum (0 ou 1 em cinco) controle sobre o seu horário terapêutico.

Um cenário muito semelhante nos surge quando observamos os dados referentes ao controle da duração das intervenções psicoterapêuticas com a maioria dos psicoterapeutas (81,6%) a responder ter um muito grande controle ($M=4.3, dp=.93$) do tempo de duração das intervenções e só um pequeno grupo (2,1%) refere ter pouco ou nenhum (0 ou 1 em cinco) controle sobre esta dimensão da sua intervenção. Existe uma maior distribuição de respostas ($M=2,9; dp=1.38$) e onde se percebe que um grande grupo (57,4%) refere ter controle sobre as suas condições de trabalho.

Actualmente os psicoterapeutas a nossa amostra têm, em média, em seguimento psicoterapêutico três crianças com idades compreendidas entre os zero e os doze anos, cinco adolescentes entre os treze e os dezanove anos de idade, dezoito indivíduos entre os vinte e os sessenta e quatro anos e um com sessenta e cinco anos ou mais de idade.

Perguntados sobre “até que ponto se baseiam, de facto, em diagnósticos ou classificações na sua prática psicoterapêutica actual”, numa escala de zero a cinco pontos de nada a muito, os psicoterapeutas deram resposta que indicam que se orientam um pouco por este tipo de classificações ($M=2,71; dp=1,04$).

O psicoterapeuta como pessoa

Os psicoterapeutas portugueses da nossa amostra nasceram, na sua grande maioria (92,1%), em Portugal. Não se consideram (96%) parte de nenhuma minoria social cultural ou étnica, embora existam cinco sujeitos que se referem como tal. Quanto á satisfação com a sua vida pessoal, os sujeitos da nossa amostra dizem-se satisfeitos ($M=3,67, dp=.79$) e referem que a sua vida é bastante stressante ($M=3,18; dp=1,08$). Expressam, na vida pessoal, os seus pensamentos e sentimentos privados ($M=3,75; dp=.90$), assim como experimentam

momentos de satisfação sem reserva ($M=3,84;dp=,94$) ou o sentimento de ser apoiado e acarinhado sem reservas ($M=3,84;dp=,94$). Poucas vezes ($M=2,40;dp=1,17$) experimentam sentimentos de conflito pessoal, mas bastantes vezes ($M=3,55;dp=1,04$) se sentem sobrecarregados; os sentimentos gratificantes de intimidade são frequentes ($M=3,86;dp=1,00$).

Quando instados a indicar quatro dos objectivos que consideram serem importantes para a maioria dos seus pacientes, os psicoterapeutas da nossa amostra consideram como mais importante para os seus pacientes, que estes venham a “*possuir um sentimento forte de auto estima e identidade*”, que venham a “*melhorar a qualidade das suas relações*”, que possam vir a “*compreender os seus sentimentos, motivos e/ou comportamentos*” e, ainda, que possam vir a “*identificar e tentar alcançar os seus próprios objectivos*”.

Questionados sobre como é que “desejam, acima de tudo, ser como psicoterapeutas”, face a um conjunto de adjectivos (ver anexo 2, pagina.XX.) os psicoterapeutas da nossa amostra apontam por ordem decrescente desejar ser eficazes, empenhados, receptivos, hábeis, aceitantes e tolerantes.

Como havíamos referido o nosso objectivo é estudar o desenvolvimento dos psicoterapeutas nomeadamente a avaliação do “desenvolvimento retrospectivo da carreira” e o “desenvolvimento actual”. O QCDDT foi construído com o objectivo específico de estudar os diferentes aspectos do desenvolvimento dos psicoterapeutas e, neste trabalho, usaremos as escalas que foram descritas pelos autores (Orlinsky e al., 1999) para estudar os psicoterapeutas Portugueses.

O primeiro conjunto destas medidas (tabela 10) refere-se a aspectos retrospectivos da carreira e o quanto terá mudado como terapeuta, quanto terá

evoluído ou mudado como psicoterapeuta desde o início da actividade. O segundo conjunto de dados permite avaliar aspectos que têm que ver com o sentimento actual de estar em crescimento ou em perda (estagnação) e como os sujeitos se sentem quando estão envolvidos na situação terapêutica que, deverá ser, entendida como estimuladora de competências específicas.

Desenvolvimento retrospectivo

Os psicoterapeutas da nossa amostra quando perguntados sobre o quanto se haviam modificado, enquanto terapeutas, desde o início da carreira responderam que se haviam mudado muito (3,86, em escala de 0 a 5) e que consideram essa mudança uma melhoria, um progresso (4.16, numa escala de 0 a 5).

Os psicoterapeutas mudaram muito ($M=3,89; dp=,82$) desde o início da carreira e esta mudança, significativa, aconteceu mais no início da carreira que na fase actual do trabalho psicoterapêutico [(3,89 vs 3,34) $t=7,02; p<,000$]. Sentem que estão a melhorar menos que no início da carreira [(4,17 vs 3,36) $t=6,97; p<,000$]. Afirmam que estão a ultrapassar as dificuldades passadas [(3,53 vs 3,32) $t=2,56; p<,01$]. Há, ainda, um ligeiro aumento dos valores no que diz respeito à deterioração causada pela mudança (,37 vs ,43) que não é significativo.

Uma grande parte dos psicoterapeutas (88,4%; $M=4,4; dp=,8$) expressa um grande cometimento para com o continuar a desenvolver-se.

Tabela 10 - Dimensões do desenvolvimento dos psicoterapeutas

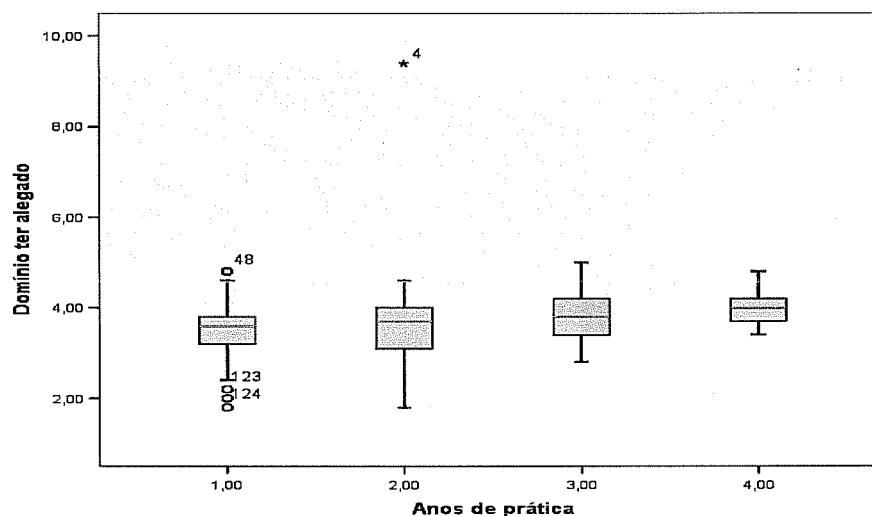
	M	Dp	%Elevados
Desenvolvimento Percebido Carreira (em escala 0-5; Alpha = .73/.73)			
<i>A-1. Mudança global</i>	3.89	0.82	68,8
<i>A-2. Progresso global</i>	4.16	0.74	82.1
Domínio terapêutico alegado (em escala 0-5; alpha =,52/74)			
<i>B-1. Domínio da técnica</i>	3.78	0.70	68.9
<i>B-2. Compreensão cada momento</i>	3.82	0.69	70.9
<i>B-3. Precisão, subtil., apuramento</i>	3.63	0.72	61.5
<i>B-4. Capaz de orientar outros terapeutas</i>	3.22	2.46	36.4
<i>(A-4. Limitações ultrapassadas)</i>	3.53	0.78	54.4
Crescimento actualmente experimentado (escala0-5;alpha=,88/,88)			
<i>C-2. Melhoramento</i>	3.65	1.07	60.1
<i>C-5. Tornar-se mais capaz/hábil</i>	3.67	0.94	65.3
<i>C-1. Mudando como terapeuta</i>	3.34	1.02	47,0
<i>C-6. Aprofundar compreensão</i>	3.79	1.04	68.8
<i>C-4. Ultrapassar de limitações</i>	3.32	1.08	49.2
<i>C-7. Entusiasmo crescente</i>	3.73	1.20	66.2
<i>(E-1. Motivação p/ desenvolvimento)</i>	4.39	0.82	86.2
Perda actualmente experimentada (em escala0-5;alpha=,75/,75)			
<i>C-9. Perda de empatia</i>	0.61	1.08	8.7
<i>C-8. Tornando-se desiludido</i>	0.78	1.14	3.8
<i>C-3. Declínio de capacidades</i>	0.44	0.89	6.1
<i>C-10 Desempenho tornando-se rotina</i>	1.02	1.23	5.3
<i>(A-3. Declínio global nas capacidades)</i>	0.36	0.82	1.2
Fluxo actualmente experimentado (em escala 0-3;alpha=,57/,59)			
<i>D-3. Sentindo-se inspirado</i>	1.96	0.66	79.4
<i>D-2. Sentindo-se estimulado</i>	2.35	0.62	93.3
<i>D-1. Sentindo-se envolvido</i>	1.57	0.91	58.3
<i>D-4. Sentindo-se absorto</i>	2.17	0.78	85.2

Desenvolvimento actual

Para além dos itens já referidos sobre o denominado Desenvolvimento Percebido da Carreira (retrospectivo), há um outro conjunto de itens que se refere ao desenvolvimento actualmente experimentado, que corresponde ao conjunto de

mudanças positivas, de ultrapassagem das dificuldades e mesmo, a um certo sentido de mestria na actividade como psicoterapeuta, ou seja, se está a sentir que está a melhorar, a tornar-se mais competente, a aprofundar o conhecimento que tem do processo psicoterapêutico e se está entusiasmado e motivado com as tarefas terapêuticas. O desenvolvimento actualmente experimentado é composto pelo conjunto de aspectos ligadas ao domínio terapêutico alegado, à experiência actual de crescimento, pela experiência actual de perda e pelo sentimento de fluxo.

O conjunto de itens que compõem o designado domínio terapêutico estão ligados ao domínio da técnica, à compreensão a cada momento do se está a passar na terapia, o quão rigoroso ou subtil é no seu trabalho psicoterapêutico ou ainda se se sente capaz de orientar o desenvolvimento de outros psicoterapeutas ou foi capaz de ultrapassar dificuldades anteriores. Apresentam valores altos em itens como a compreensão e o entendimento que têm, momento a momento durante as sessões ($M=3,8$) ou o domínio da técnica e estratégia envolvidas na prática da terapia ($M=3,78$). O único valor que está abaixo da média dos valores desta dimensão é, naturalmente, aquele que se refere à capacidade para orientar o desenvolvimento de outros terapeutas, que apresenta ainda assim um valor médio relativamente alto de três pontos. Este aspecto será explorado mais adiante, na discussão dos resultados, mas o seu valor relativamente baixo deve entender-se como resultado de a maioria dos psicoterapeutas da nossa amostra se situarem mais nas fases iniciais da carreira.

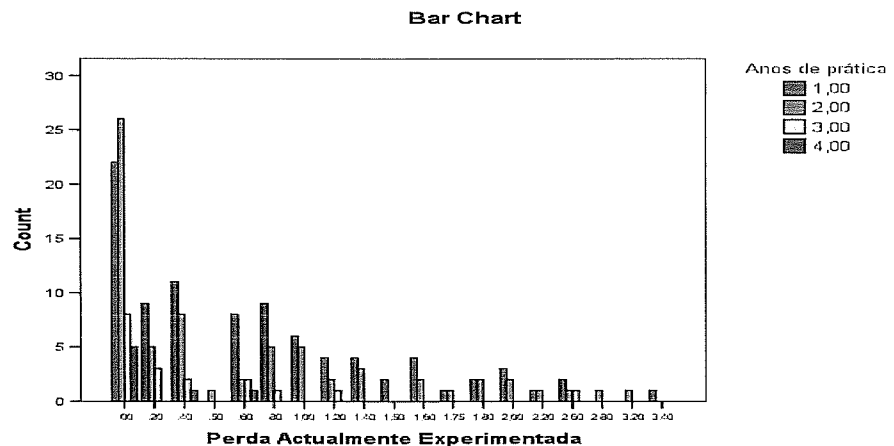


O crescimento actualmente experimentado, corresponde ao conjunto de mudanças positivas, de ultrapassagem das dificuldades e mesmo a certo sentido de mestria na actividade como psicoterapeuta, ou seja, se está a sentir que está a melhorar, a tornar-se mais competente, a aprofundar o conhecimento que tem do processo psicoterapêutico e se está entusiasmado e motivado com as tarefas terapêuticas. Uma parte importante dos psicoterapeutas portugueses (63 %), refere estar a experimentar actualmente níveis altos de mudança e progresso, a melhorar o seu entendimento da psicoterapia, a tornar-se mais competente na prática psicoterapêutica, a ultrapassar as suas limitações anteriores e a sentirem-se entusiasmados com a prática psicoterapêutica.

Os resultados médios de crescimento actualmente experimentado são elevados em todos os itens, com valores médios um pouco acima dos três e meio pontos, numa escala de zero a cinco.

Na escala de motivação, os psicoterapeutas da nossa amostra apresentam mesmo um valor médio muito alto, ($M=4,39; dp= .82$) e é respondida por uma grande parte dos psicoterapeutas como elevada (86,2%).

Quanto à perda actualmente experimentada, que se refere aos aspectos da percepção que o sujeito tem de estar a entrar em rotinas, de sentir que há um declínio global nas suas capacidades ou mesmo a ficar desiludido com o trabalho terapêutico e não conseguir empatizar com os seus pacientes, ou mesmo a perder o interesse pela actividade psicoterapêutica, os psicoterapeutas da nossa amostra reportam valores bastante baixos. É, ainda assim, respondida por um número importante de indivíduos (20%). Os valores são muito próximos do “nada” ($M=,64; dp=,8$) numa escala de zero a cinco. O item que, na nossa amostra, mais contribui para este valor é o que está relacionado com o facto da de a terapia se estar a tornar rotina ($M=1,03$).



Um outro componente da dimensão desenvolvimento actualmente

experimentado refere-se ao fluxo. O conceito de fluxo está ligado à ideia de que uma actividade pode ser compensadora, levar à experimentação de níveis de mudança e progresso, a entender melhor o seu papel no processo terapêutico e levar a um estado de envolvimento e de desafios que pode ser recompensador e propiciador desenvolvimento e novas aprendizagens. Este fluxo actualmente experimentado é um índice de desenvolvimento positivo em que os psicoterapeutas reportam, ou não, que durante as sessões se sentem estimulados, envolvidos ou mesmo inspirados. Os valores da nossa amostra são aqui mais heterogéneos. Esta dimensão é avaliada com base na apresentação dum conjunto de adjectivos face aos quais os psicoterapeutas respondem indicando a frequência com que recentemente, se têm sentido, nas sessões com os pacientes. Numa escala de zero a três, os psicoterapeutas disseram sentir-se estimulados ($M=2,35$; $dp=,62$), inspirados ($M=1,96$) e pouco absorvidos ($M=1,70$; $dp=,78$). O valor médio desta dimensão ($M=2,14$; $dp=,49$) é bastante alto e é reportado por um grande número de psicoterapeutas.

Foi ainda criado um índice de avaliação indirecta de desenvolvimento da carreira através do cálculo de diferenças de médias de onze itens de competências psicoterapêuticas, que eram respondidas de modo separado pelos psicoterapeutas acerca de como se sentiam no início da carreira e no momento actual. Este índice de mudança permite medir o quão diferentes os sujeitos pensam estar desde o início da carreira. Este índice de mudança nos níveis iniciais e actuais de competência reportada apresenta valores bastante interessantes. Como se pode ver na tabela 11, há um aumento em todos os itens que ronda, em média, quase um ponto numa escala de zero a cinco e em que os valores iniciais eram já elevados ($M=3,04$).

Tabela 11-“ Mudança” nos níveis iniciais e actuais de competência dos terapeutas		
	\neq	Dp
Quão eficaz é a detectar e lidar com as reacções emocionais dos pacientes face a si próprio?	1.08	.30
Quão adequado é o seu entendimento do que se passa, momento a momento, durante as sessões de terapia ?	1.06	.18
Quão adequado é o seu entendimento teórico geral da terapia ?	1.05	2.4
Quão eficaz é a fazer uso construtivo das suas reacções pessoais face ao paciente ?	1.00	.27
Qual o seu grau de domínio das técnicas e estratégias envolvidas na prática da terapia?	.96	.26
Quão eficaz é no aperceber-se rapidamente da essência dos problemas dos pacientes?	.92	.29
Quão eficaz é no estabelecimento da aliança terapêutica com os pacientes?	.90	.21
Quão “natural” (autentico como pessoa) se sente a trabalhar com os pacientes ?	.81	.26
Quão eficaz é em levar os pacientes a desempenhar o seu papel na terapia ?	.75	.07
Quão eficaz é em comunicar compreensão e estima aos seus pacientes ?	.41	.06
Quão empático é na relação com os pacientes com os quais tem pouco em comum?	,58	,10
Índice do total da “mudança” das capacidades (Cronbach’s alpha = ,89)		
(*Pontuação de 0 = absolutamente nada a 5 = muito)		

Como se pode observar no conjunto das competências que mais mudam, aparecem sobretudo aquelas que estão relacionadas com a conceptualização de caso (o quê da perturbação) e dos aspectos relacionais (aliança terapêutica) em detrimento dos aspectos técnicos ou pragmáticos. Este aspecto reforça a ideia deixada clara na introdução, da importância da variável psicoterapeuta para o resultado do processo psicoterapêutico.

É nosso entendimento que o desenvolvimento da carreira e a duração da prática clínica devem estar relacionados e que a duração da prática clínica desempenhará, neste processo, um papel relevante. Mesmo que saibamos que não há linearidade neste processo, podemos dizer que os psicoterapeutas com menos prática devem sentir que estão a desenvolver-se mais que aqueles outros que têm bastante mais anos de prática, que sentirão uma menor intensidade de desenvolvimento.

Com o intuito de avaliar as dimensões do desenvolvimento fizemos uma divisão do tempo de prática que leva em consideração o facto da variável tempo de prática, considerar o tempo de formação em psicoterapia para o tempo total de prática clínica. Assim, num exercício que leva em conta a revisão bibliográfica e algumas das considerações que fizemos sobre os modelos de desenvolvimento dos psicoterapeutas revistos, consideraremos um primeiro período, de quatro anos, a que corresponde, grosso modo, o período de formação propriamente dito, um segundo período, de quatro anos, que corresponde ao período de tempo em que decorre a prática clínica supervisionada, um terceiro período, de quatro anos, a que corresponde a aquisição da autonomia profissional e um último período que corresponde aos psicoterapeutas seniores.

Analisaremos como variam as medidas das dimensões de desenvolvimento em função dos grupos constituídos em função da duração da prática clínica.

Numa primeira leitura, vemos que a nossa amostra é maioritariamente composta por terapeutas no primeiro (N=87;45,7%) e segundo (N=66;35,2%) períodos de desenvolvimento.

Como se pode observar os resultados mostram que as medidas de

desenvolvimento da carreira são sensíveis ao aumento da duração da prática clínica dos psicoterapeutas. No conjunto das dimensões do desenvolvimento retrospectivo da carreira observa-se um aumento gradual em função do aumento da duração da prática clínica, o mesmo se passando na dimensão domínio terapêutico alegado. No conjunto das dimensões do desenvolvimento actualmente experimentado o padrão é um pouco diferente. O crescimento actualmente experimentado tem valores médios pouco elevados ($M=3,69;dp=,74$), a perda actualmente experimentada tem valores bastante baixos ($M=,66;dp=,74$), o fluxo actualmente experimentado tem valores médios muito elevados ($M=2,14;dp=,49$), o índice de mudança de competências tem valores médios de mudança muito baixos ($M=,89;dp=,58$).

Como se pode observar na tabela 12, os resultados mostram que as medidas de desenvolvimento da carreira são sensíveis ao aumento da duração da prática clínica dos psicoterapeutas sem que, no entanto, essas diferenças tenham significado estatístico. No conjunto das dimensões do desenvolvimento retrospectivo da carreira observa-se um aumento gradual em função do aumento da duração da prática clínica, o mesmo se passando na dimensão domínio terapêutico alegado. No conjunto das dimensões do desenvolvimento actualmente experimentado o padrão é um pouco diferente. O crescimento actualmente experimentado tem valores médios pouco elevados ($M=3,69;dp=,74$), a perda actualmente experimentada tem valores bastante baixos ($M=,66;dp=,74$), o fluxo actualmente experimentado tem valores médios muito elevados ($M=2,14;dp=,49$), o índice de mudança de competências tem valores médios de mudança muito baixos ($M=,89;dp=,58$).

Tabela 12 - Comparações Múltiplas

Variável Dependente	(I) Anos prática	(J) Anos prática	Dif Média (I-J)	Dp	Sig.	Intervalo Confiança 95%	
						Lower Bound	Upper Bound
Desev percebido	1,00	2,00	-,2011	,1123	,364	-,5182	,1161
		3,00	-,4598	,1789	,090	-,9650	,0454
		4,00	-,4836	,2715	,369	-1,250	,2829
	2,00	1,00	,2011	,1123	,364	-,1161	,5182
		3,00	-,2587	,1834	,576	-,7767	,2593
		4,00	-,2825	,2745	,787	-1,057	,4925
	3,00	1,00	,4598	,1789	,090	-,0454	,9650
		2,00	,2587	,1834	,576	-,2593	,7767
		4,00	-,0238	,3078	1,000	-,8929	,8452
	4,00	1,00	,4836	,2715	,369	-,2829	1,2501
		2,00	,2825	,2745	,787	-,4925	1,0575
		3,00	,0238	,3078	1,000	-,8452	,8929
Domínio Ter alegado	1,00	2,00	-,1853	,1217	,511	-,5290	,1583
		3,00	-,2972	,1939	,505	-,8447	,2502
		4,00	-,5167	,2942	,382	-1,347	,3140
	2,00	1,00	,1853	,1217	,511	-,1583	,5290
		3,00	-,1119	,1988	,957	-,6732	,4494
		4,00	-,3313	,2975	,744	-1,171	,5085
	3,00	1,00	,2972	,1939	,505	-,2502	,8447
		2,00	,1119	,1988	,957	-,4494	,6732
		4,00	-,2194	,3336	,933	-1,161	,7223
	4,00	1,00	,5167	,2942	,382	-,3140	1,3473
		2,00	,3313	,2975	,744	-,5085	1,1712
		3,00	,2194	,3336	,933	-,7223	1,1612
Cresciment Experiment	1,00	2,00	-,1487	,1333	,743	-,5253	,2278
		3,00	-,2270	,2124	,767	-,8268	,3729
		4,00	-,1040	,3224	,991	-1,014	,8061
	2,00	1,00	,1487	,1333	,743	-,2278	,5253
		3,00	-,0782	,2178	,988	-,6932	,5368
		4,00	,0448	,3259	,999	-,8754	,9649
	3,00	1,00	,2270	,2124	,767	-,3729	,8268
		2,00	,0782	,2178	,988	-,5368	,6932
		4,00	,1230	,3655	,990	-,9088	1,1549
	4,00	1,00	,1040	,3224	,991	-,8061	1,0141
		2,00	-,0448	,3259	,999	-,9649	,8754
		3,00	-,1230	,3655	,990	-1,154	,9088
Perda Actualment Experiment	1,00	2,00	,0886	,1202	,909	-,2508	,4281
		3,00	,3580	,1915	,325	-,1827	,8987
		4,00	,6152	,2906	,218	-,2052	1,4356
	2,00	1,00	-,0886	,1202	,909	-,4281	,2508
		3,00	,2694	,1963	,598	-,2850	,8238

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

		4,00	,5265	,2938	,363	-,3029	1,3560
	3,00	1,00	-,3580	,1915	,325	-,8987	,1827
		2,00	-,2694	,1963	,598	-,8238	,2850
		4,00	,2571	,3295	,894	-,6730	1,1873
	4,00	1,00	-,6152	,2906	,218	-1,435	,2052
		2,00	-,5265	,2938	,363	-1,356	,3029
		3,00	-,2571	,3295	,894	-1,187	,6730
Fluxo actual/ experiment	1,00	2,00	,0663	,0804	,878	-,1608	,2934
		3,00	-,1007	,1281	,892	-,4625	,2610
		4,00	-,2958	,1944	,511	-,8447	,2531
	2,00	1,00	-,0663	,0804	,878	-,2934	,1608
		3,00	-,1670	,1314	,657	-,5379	,2039
		4,00	-,3621	,1966	,338	-,9171	,1929
	3,00	1,00	,1007	,1281	,892	-,2610	,4625
		2,00	,1670	,1314	,657	-,2039	,5379
		4,00	-,1951	,2204	,853	-,8174	,4272
	4,00	1,00	,2958	,1944	,511	-,2531	,8447
		2,00	,3621	,1966	,338	-,1929	,9171
		3,00	,1951	,2204	,853	-,4272	,8174
Índice de Mudança	1,00	2,00	-,1373	,0931	,539	-,4001	,1256
		3,00	-,3169	,1483	,211	-,7357	,1018
		4,00	-,4125	,2250	,343	-1,047	,2229
	2,00	1,00	,1373	,0931	,539	-,1256	,4001
		3,00	-,1797	,1521	,707	-,6091	,2497
		4,00	-,2752	,2275	,691	-,9177	,3672
	3,00	1,00	,3169	,1483	,211	-,1018	,7357
		2,00	,1797	,1521	,707	-,2497	,6091
		4,00	-,0955	,2552	,987	-,8160	,6249
	4,00	1,00	,4125	,2250	,343	-,2229	1,0479
		2,00	,2752	,2275	,691	-,3672	,9177
		3,00	,0955	,2552	,987	-,6249	,8160
Futdev	1,00	2,00	-,1558	,1333	,714	-,5323	,2208
		3,00	-,1226	,2125	,954	-,7225	,4773
		4,00	-,2496	,3224	,896	-1,159	,6606
	2,00	1,00	,1558	,1333	,714	-,2208	,5323
		3,00	,0332	,2178	,999	-,5819	,6482
		4,00	-,0938	,3259	,994	-1,014	,8264
	3,00	1,00	,1226	,2125	,954	-,4773	,7225
		2,00	-,0332	,2178	,999	-,6482	,5819
		4,00	-,1270	,3655	,989	-1,158	,9049
	4,00	1,00	,2496	,3224	,896	-,6606	1,1598
		2,00	,0938	,3259	,994	-,8264	1,0140
		3,00	,1270	,3655	,989	-,9049	1,1589

Os valores de desenvolvimento retrospectivo, composto pelas escalas de desenvolvimento percebido da carreira e de domínio terapêutico alegado apresentam valores bastante altos e valores significativos em função da duração da

prática, nomeadamente no desenvolvimento retrospectivo ($F=3,22;sig=.024$) e uma tendência ($F=1,90;sig=.131$) para o domínio terapêutico alegado.

Os valores do desenvolvimento actualmente experimentado, composto pelas dimensões crescimento actualmente experimentado, perda actualmente experimentada, fluxo actualmente experimentado, motivação para o desenvolvimento e, ainda, o índice de mudança de competências terapêuticas apresentam valores que são genericamente altos. A excepção é, pelas razões já apontadas, a perda actualmente experimentada.

IV – Discussão

O objectivo deste estudo é a caracterização das principais características dos psicoterapeutas Portugueses e estudar as dimensões da mudança e do seu desenvolvimento. Pretendemos caracterizar e mostrar como mudam, como se desenvolve a comunidade de psicoterapeutas em Portugal e ensaiar identificar as dimensões desse desenvolvimento.

Começámos por descrever os psicoterapeutas em termos das características demográficas, da orientação teórica, da experiência profissional, da terapia pessoal, do tipo de prática clínica e dos aspectos pessoais para depois ensaiar entendimentos dos processos de mudança e desenvolvimento que ocorrem nesta profissão que tem cada vez mais reconhecimento social na nossa comunidade.

Os psicoterapeutas desenvolvem-se, isto é, vão mudando de forma organizada à medida que vão ganhando experiência e integrando novos saberes e competências terapêuticas. O nosso estudo apresenta dados claros quanto a essa mudança, mostra que os psicoterapeutas, efectivamente mudam e, também, o quanto isso é crucial para ultrapassarem as dificuldades que, dizem, ter tido no início da carreira e para a evolução do entendimento do seu papel no processo terapêutico.

Os psicoterapeutas Portugueses são na maioria mulheres, casadas, com cerca de quarenta anos. A maioria dos psicoterapeutas tem formação académica na área da psicologia ou da medicina mas há, também, um pequeno

número de outros profissionais que aparecem aqui representados. Têm como orientação teórica principal a corrente psicanalítica/ psicodinâmica ou cognitivo-comportamental, e há ainda outras correntes teóricas com influência na prática quotidiana destes profissionais como as teorias terapêuticas humanistas e sistémicas.

Têm em média nove anos e meio de prática profissional, têm treino didáctico formal e estão ou estiveram em supervisão clínica. Quase todos se submeteram a treino específico de terapia, considerando-a como muito importante para a prática terapêutica actual. A maioria deles fez terapia pessoal, considerando-a também muito importante para a sua prática terapêutica actual, embora se dividam quanto ao facto desta dever ser ou não obrigatória.

Enquanto psicoterapeutas desejam ser eficazes, empenhados, receptivos, hábeis, aceitantes e tolerantes, e desejam que os seus pacientes possuam uma forte auto-estima e identidade, que melhorem a qualidade das relações, que compreendam os seus sentimentos e comportamentos e alcancem os seus próprios objectivos.

Têm em média dez anos de prática profissional, a prática clínica é sobretudo individual, quer no âmbito da clínica privada, quer no contexto das instituições públicas.

A maioria dos seus clientes são indivíduos que se situam na faixa etária entre a adolescência e os cinquenta e dois anos, apresentando sintomatologia ligeira.

Sentem-se satisfeitos com a sua vida profissional mas, pouco apoiados. Consideram a sua vida pessoal satisfatória mas stressante.

De acordo com o que foi apresentado nos resultados e com base no tratamento estatístico que foi apresentado por Orlinsky e col. (1999), podemos dizer que os terapeutas apresentam diferenças em todas as categorias de desenvolvimento que estudámos. Assim, os terapeutas apresentam diferenças nos domínios do desenvolvimento percebido, no domínio terapêutico alegado, no crescimento actualmente experimentado, no fluxo actualmente experimentado e no índice de mudança, que são esperáveis, i.e. quanto maior é a experiência/ anos de prática maiores são os valores das respectivas categorias. Já quanto à perda actualmente experimentada os valores são inversos, i.e. quanto maior é a experiência profissional menor é o sentimento de perda.

As diferenças estatísticas, com base na análise de variância, não são significativas. Apresentam, ainda assim, algumas tendências que são sugestivas, que são encorajantes para a validade do instrumento. É ainda um incentivo para a continuação do estudo de algumas questões levantadas na introdução.

Estes resultados sugerem que apesar das semelhanças que habitualmente se atribuem a terapeutas mais e menos experientes (mito da uniformidade), há diferenças quantitativas demonstráveis no processo de medida desenhadas para captar o desenvolvimento dos psicoterapeutas.

A maior fraqueza dos resultados deste estudo deve-se ao facto de os dados terem uma só fonte, o psicoterapeuta, que não é “cega” quanto ao tipo de informação que veiculam. Ainda assim há evidência de que os psicoterapeutas não enviam, habitualmente, os dados que fornecem para este tipo de estudos (Weiss e col., 1996).

As escalas do QCDP parecem captar as diferenças entre terapeutas mais e menos

desenvolvidos dentro de cada um dos níveis de experiência que criamos, ou seja, podemos identificar dentro de cada um dos momentos da carreira profissional dos psicoterapeutas alterações que são mensuráveis apesar de, neste nosso estudo, não apresentarem diferenças estatisticamente significativas.

Em termos do seu próprio desenvolvimento consideram que mudaram muito e para melhor, considerando como importante para essa mudança a compreensão e o domínio da técnica na sua prática de psicoterapeutas. Consideram-se em desenvolvimento, a tornarem-se mais competentes e entusiasmados com a sua prática assim como com níveis elevados de motivação para o seu próprio desenvolvimento.

Com base no entendimento, já expresso aquando da apresentação dos modelos de desenvolvimento dos psicoterapeutas, de que o desenvolvimento da carreira e a duração da prática clínica devem estar relacionados e que a duração da prática clínica desempenhará, no processo de desenvolvimento, um papel relevante, podemos dizer que os psicoterapeutas com menos prática devem sentir que estão a desenvolver-se mais que aqueles outros que têm bastante mais anos de prática, que sentirão um menor de desenvolvimento. Os dados do nosso estudo apontam nessa direcção e este aspecto é de grande importância, já que sustenta uma outra ideia expressa em todo o trabalho: os efeitos do psicoterapeuta são relevantes para o resultado do trabalho clínico. Sustentam, também, uma outra noção que é a de que os ingredientes específicos de uma dada orientação teórica não são activos por si próprios e é a competência relacional dos psicoterapeutas que os potencia ou não. Os psicoterapeutas devem entender que ingredientes específicos são necessários e só ganham importância no contexto relacional em que decorre o processo psicoterapêutico.

As limitações do estudo estão ligadas ao aspecto que referimos no início da revisão bibliográfica. Trata-se de um trabalho em que se pretende estudar um grupo de profissionais em que a fonte de informação lhes é pedida a eles próprios. Como é que estariam no início da carreira, como é que estão agora e quanto mudaram num conjunto largo de aspectos de si e do seu funcionamento profissional. Podemos dizer que a tendência natural seria a de pensar sempre que já se terá mudado muito e que já se é muito experiente. É verdade que o questionário que usamos neste estudo combina dados objectivos, como é o caso da idade e experiência, com outros reflexivos / subjectivos que permitem uma organização de dados que torna possível uma caracterização destes profissionais e, um futuro próximo, voltar a estudá-los e perceber como evoluem.

Um dos dados que tem implicações teóricas relevantes é aquele que nos aponta para o facto dos psicoterapeutas se dizerem influenciados por várias orientações teóricas. Poderíamos facilmente ser levados a pensar que os psicoterapeutas que fazem formação numa dada escola de psicoterapia se diriam influenciados só pelos ensinamentos dessa corrente teórica e, os dados apresentados neste trabalho, dizem-nos exactamente o contrário, todos são influenciados por mais que uma corrente teórica. Este facto pode apontar para a necessidade de fazer um estudo sobre as formações e sobre as necessidades de formação dos psicoterapeutas ou ainda sobre os níveis de integração/ecletismo dos psicoterapeutas Portugueses.

Os resultados deste estudo estão em linha com o que vem sendo dito sobre as diferenças de resultado em estudos de resultado em que a orientação teórica dos psicoterapeutas é a mesma e os resultados são distintos (Wampold, 2001). “The psychotherapist matters” (Luborsky et al, 1997). Apesar das atitudes dos psicoterapeutas poderem não ter uma relação directa com a natureza do processo psicoterapêutico, influenciarão certamente o resultado na medida em que interagem com as atitudes e expectativas que o paciente tem dele. Os nossos resultados terão que ser reapreciados naquilo que é a dimensão relacional, nomeadamente na identificação dos mecanismos através dos quais as atitudes terapêuticas podem influenciar o processo psicoterapêutico.

V – Referencias Bibliográficas

- Barahona Fernandes, H.J. (1984). A Psiquiatria em Portugal. In P. Pichot & H.J. Barahona Fernandes (Eds), *Um século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal* (pp. 237-355). Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Bergin A. E., Lambert M. J. (1994)The effectiveness of psychotherapy., In S. L. Garfield & A. E.Bergin(Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wyley. 4ª Edição
- Beutler, L.. Machado, P. e Allstetter, S. (1994). Therapist variables. In Bergin and Garfield's, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p.p 229-269).New York: Wyley. 4ª Edição
- Beutler, L. E. (1995). The germ theory myth and the myth of outcome homogeneity. *Psychotherapy*, 32(3), 489-494.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebo, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Fifth ed., pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Bowman, D.G.(1993). Effects of therapist sex on the outcome of therapy. *Psychotherapy*, 30,678-684.

- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? in L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). Oxford, Mass.: Oxford University Press.
- Cesa-Bianchi, M. *et al* (s.d.). Psychoterapies in Europe. *Biomedical and Health Research (General Development XII Biomed Programme)* II (4) 517-518
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). An update on Empirically Validated Therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported psychological interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What Works for Whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3^a ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- INSERM (2004). *Psychotherapie, trois approches évaluées*. Paris :Editions
- Fonagy, P. (2001a). The justification of effectiveness studies in psychoanalysis, *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (Second ed., pp. 32-35). London: International Psychoanalytic Association.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Fourth ed., pp. 190-228). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Goldfreid, M.R. (Ed.)(2000), *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washigton, D.C. American Psychological Association.
- Hogan, R.A.(1964).Issues and approaches in supervison. *Psychotherapy:Theory, research and pratice*, 1,139-141.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110-136.
- Kiesler, D. J. (1995). Research classic: "Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm": revisited. *Psychotherapy Research*, 5(2), 91-101.
- Lambert, M.(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.
- Lambert, M. J., & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Fourth ed., pp. 72-113). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Lambert M. J., Bergin A. (1994) E. The effectiveness of psychotherapy., In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Popp, C., & Barber, J. P. (1994). Common and special factors in different transference-related measures. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 277-286.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., DIGMER, L., Woody, G., & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patients samples. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 4, 53-65.
- Luborsky, L. (1998). Alternative measures of the central relationship pattern. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (Second ed., pp. 289-303). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L. (2001). The meaning of Empirically Supported Treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(4), 583-604.
- Luborsky, L., & Barber, J. P. (1994). Perspectives on seven transference-related measures applied to the interview with Ms. Smithfield. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 152-154.

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Mellon, J. (1986). Advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 54*(1), 39-47.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Karause, E. D. (2001). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2-12.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford, Mass.: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. in J. C. Norcross, L. E., Beutler, & R. F., Levant, (Eds.), *Evidence-based practices in mental health* (pp. 208-218). Washington D.C: APA.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1967). The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluations of therapy sessions. *Archives of General Psychiatry, 16*, 621-632.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Reports. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 477-501). New York: Guilford.
- Orlinsky, D.E., Geller, J. D., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 596-610.
- Orlinsky, D. E., & Geller, J. D. (1993). Patients' representations of their therapists and

therapy: New measures. In N. E. Miller & L. Luborsky & J. P. Barber & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (pp. 423-466). New York: Basic Books.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Orlinsky, D., M. H., Rønnestad, Gerin, P., Wilutzki, U., Dazord, A., Ambühl, H., Davis, J., A., Davis, M., Botermans, J-F., Cierpka, M., Aapro, N., Buchheim, P., Bae, , S., Davidson, C., Friis-Jorgensen. E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., Parks, B., Rosander, M., Scherb, E., Schröder, T.A., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A.B., & H., Wiseman. (1999). «Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative International study». *Psychotherapy Research*, 9, 127-153.

Orlinsky, D.E., & Ronnestad; M.H. (2002). *How Psychotherapists Develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.

Pereira, F.(1995). Psychology in Portugal. In A. Schorr& S. Saari(Orgs) *Psychology in Europe(pp.97-102)*. Hogrefe & Huber Publishers.

Poch, J. & Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia: La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: A reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (Second. ed.). New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1995). «The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*», 50, 965-974.
- Strupp, H. H., & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 76-82.
- Smith, M., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Skovholt, Thomas M., Ronnestad, Michael Helge. (1995). *The Evolving Professional Self Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. John Wiley & Sons; New Ed edition.
- Vasco, A. B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1992). Eclectic trends among Portuguese psychotherapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 321-331.
- Vasco, A.B. (1994). Psicoterapeutas portugueses: características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira. *Psicologia*, IX, 3: 403-426.

- Vasco, A. B. (1996). Papel e Importância da Pessoa do Psicoterapeuta à luz da História da Psicoterapia. *Psicologia*, XI, 1, 169 - 182.
- Vasco, A. B., Silva, F., & Chambel, J.(2001).Visões do Mundo de Terapeuta e Cliente: Impactos na aliança terapêutica. *Psicologia*,_XV(2),pp.299-308.
- Vasco,A., Dryden, W. The development of psychotherapists' theoretical orientation and clinical practice. *British Journal of guidance and counseling*, 22,3,1994 327-340.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapues: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, mehtods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. Em J. C. Norcross, L. E., Beutler, & R. F. Levant, (Eds.), *Evidence-based practices in mental health* (pp. 200-208). Washington D.C: APA.

Anexos

Anexo 1

Comparações Múltiplas							
Variável Dependente	(I) Anos de prática	(J) Anos prática	Dif Média (I-J)	Dp	Sig.	Intervalo Confiança 95%	
						Lower Bound	Upper Bound
Desev percebido	1,00	2,00	-,2011	,1123	,364	-,5182	,1161
		3,00	-,4598	,1789	,090	-,9650	,0454
		4,00	-,4836	,2715	,369	-1,250	,2829
	2,00	1,00	,2011	,1123	,364	-,1161	,5182
		3,00	-,2587	,1834	,576	-,7767	,2593
		4,00	-,2825	,2745	,787	-1,057	,4925
	3,00	1,00	,4598	,1789	,090	-,0454	,9650
		2,00	,2587	,1834	,576	-,2593	,7767
		4,00	-,0238	,3078	1,000	-,8929	,8452
	4,00	1,00	,4836	,2715	,369	-,2829	1,2501
		2,00	,2825	,2745	,787	-,4925	1,0575
		3,00	,0238	,3078	1,000	-,8452	,8929
Domínio ter alegado	1,00	2,00	-,1853	,1217	,511	-,5290	,1583
		3,00	-,2972	,1939	,505	-,8447	,2502
		4,00	-,5167	,2942	,382	-1,347	,3140
	2,00	1,00	,1853	,1217	,511	-,1583	,5290
		3,00	-,1119	,1988	,957	-,6732	,4494
		4,00	-,3313	,2975	,744	-1,171	,5085
	3,00	1,00	,2972	,1939	,505	-,2502	,8447
		2,00	,1119	,1988	,957	-,4494	,6732
		4,00	-,2194	,3336	,933	-1,161	,7223
	4,00	1,00	,5167	,2942	,382	-,3140	1,3473
		2,00	,3313	,2975	,744	-,5085	1,1712
		3,00	,2194	,3336	,933	-,7223	1,1612
Cresciment experiment	1,00	2,00	-,1487	,1333	,743	-,5253	,2278
		3,00	-,2270	,2124	,767	-,8268	,3729
		4,00	-,1040	,3224	,991	-1,014	,8061
	2,00	1,00	,1487	,1333	,743	-,2278	,5253
		3,00	-,0782	,2178	,988	-,6932	,5368
		4,00	,0448	,3259	,999	-,8754	,9649
	3,00	1,00	,2270	,2124	,767	-,3729	,8268
		2,00	,0782	,2178	,988	-,5368	,6932
		4,00	,1230	,3655	,990	-,9088	1,1549
	4,00	1,00	,1040	,3224	,991	-,8061	1,0141
		2,00	-,0448	,3259	,999	-,9649	,8754
		3,00	-,1230	,3655	,990	-	1,1549
Perda Actualment Experiment	1,00	2,00	,0886	,1202	,909	-,2508	,4281

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

		3,00	,3580	,1915	,325	-,1827	,8987
		4,00	,6152	,2906	,218	-,2052	1,4356
	2,00	1,00	-,0886	,1202	,909	-,4281	,2508
		3,00	,2694	,1963	,598	-,2850	,8238
		4,00	,5265	,2938	,363	-,3029	1,3560
	3,00	1,00	-,3580	,1915	,325	-,8987	,1827
		2,00	-,2694	,1963	,598	-,8238	,2850
		4,00	,2571	,3295	,894	-,6730	1,1873
	4,00	1,00	-,6152	,2906	,218	-,1435	,2052
		2,00	-,5265	,2938	,363	-,1356	,3029
		3,00	-,2571	,3295	,894	-,1187	,6730
Fluxo actual/ experiment	1,00	2,00	,0663	,0804	,878	-,1608	,2934
		3,00	-,1007	,1281	,892	-,4625	,2610
		4,00	-,2958	,1944	,511	-,8447	,2531
	2,00	1,00	-,0663	,0804	,878	-,2934	,1608
		3,00	-,1670	,1314	,657	-,5379	,2039
		4,00	-,3621	,1966	,338	-,9171	,1929
	3,00	1,00	,1007	,1281	,892	-,2610	,4625
		2,00	,1670	,1314	,657	-,2039	,5379
		4,00	-,1951	,2204	,853	-,8174	,4272
	4,00	1,00	,2958	,1944	,511	-,2531	,8447
		2,00	,3621	,1966	,338	-,1929	,9171
		3,00	,1951	,2204	,853	-,4272	,8174
Índice de Mudança	1,00	2,00	-,1373	,0931	,539	-,4001	,1256
		3,00	-,3169	,1483	,211	-,7357	,1018
		4,00	-,4125	,2250	,343	-,1047	,2229
	2,00	1,00	,1373	,0931	,539	-,1256	,4001
		3,00	-,1797	,1521	,707	-,6091	,2497
		4,00	-,2752	,2275	,691	-,9177	,3672
	3,00	1,00	,3169	,1483	,211	-,1018	,7357
		2,00	,1797	,1521	,707	-,2497	,6091
		4,00	-,0955	,2552	,987	-,8160	,6249
	4,00	1,00	,4125	,2250	,343	-,2229	1,0479
		2,00	,2752	,2275	,691	-,3672	,9177
		3,00	,0955	,2552	,987	-,6249	,8160
Futdev	1,00	2,00	-,1558	,1333	,714	-,5323	,2208
		3,00	-,1226	,2125	,954	-,7225	,4773
		4,00	-,2496	,3224	,896	-,1159	,6606
	2,00	1,00	,1558	,1333	,714	-,2208	,5323
		3,00	,0332	,2178	,999	-,5819	,6482
		4,00	-,0938	,3259	,994	-,1014	,8264
	3,00	1,00	,1226	,2125	,954	-,4773	,7225
		2,00	-,0332	,2178	,999	-,6482	,5819
		4,00	-,1270	,3655	,989	-,1158	,9049
	4,00	1,00	,2496	,3224	,896	-,6606	1,1598
		2,00	,0938	,3259	,994	-,8264	1,0140
		3,00	,1270	,3655	,989	-,9049	1,1589

Anexo 2

COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK

**ESTUDO INTERNACIONAL SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DOS PSICOTERAPEUTAS**

QUESTIONÁRIO COMUM
3/93 [P]

Estamos cientes de que este questionário é longo e que pode parecer pesado na sua mão, contudo, pensamos que lhe interessará enquanto terapeuta. Foi elaborado por colegas igualmente clínicos, destinando-se a um estudo internacional relativo ao desenvolvimento profissional de terapeutas, analistas e conselheiros. (Por uma questão de simplicidade, utilizamos a palavra 'terapeuta' para abranger todos os clínicos, e a palavra 'paciente' para nos referirmos a todo o tipo de clientes). Dado ser impossível entrevistar pessoalmente muitos colegas em muitos países diferentes, optou-se por recorrer a este "Questionário Comum", em vez de a uma entrevista.

Tal como numa entrevista inicial, é necessário cerca de uma hora para o preencher. A quantidade de questões que o integram deve-se à crença, que esperamos seja partilhada por si, de que uma compreensão adequada relativamente às pessoas e às suas situações concretas, requer um conhecimento aprofundado. As informações que vier a partilhar relativas a si próprio e à sua prática profissional serão mantidas em estrita confidencialidade. Por favor, tente responder a todas as questões. A maioria delas pode ser respondida meramente assinalando ou fazendo um círculo na melhor alternativa. Contudo, dado que o estudo é internacional, intercultural e multilingue, algumas das questões podem não se aplicar com exactidão a todas as pessoas. Se determinada questão não se aplicar à sua situação, ou se não souber a resposta, ou ainda se a questão lhe levantar objecções, indique-o, escrevendo depois da questão:

"NA" = Não Se Aplica; "?" = Não Sei; "R" = Não Desejo Responder.

PARA COMEÇAR, é essencial que crie um código privado que assegure o anonimato: nos espaços que se seguem ao item 0-1, escreva as três primeiras letras do apelido de solteira da sua mãe seguidas pelas três primeiras letras do nome próprio do seu pai. (Por exemplo, se o apelido de solteira da sua mãe for 'Freud' e o nome próprio do seu pai for 'Carlos', então o código será: |F|R|E| |C|A|R|. Caso não seja possível utilizar os nomes da mãe e do pai, utilize quaisquer outros, mas assegure-se que se lembrará deles no futuro). Prossiga, então, seguindo as instruções.

0-1. CÓDIGO DO TERAPEUTA: |__|__|__| |__|__|__|

0-2. Data de Nascimento: mês |__|__| ano |__|__|

0-3. Sexo: Feminino _____ Masculino _____

0-4. Data de Hoje: mês |__|__| ano |__|__|

0-5. País onde reside: _____

Reservado aos Centros do CRN: Ctr de entrada |__|__| Série ID |__|__|__|__| Ctr de recolha |__|__| Amostra |__|__|__|

[1]

RELATIVO AO SEU TREINO PROFISSIONAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?' = Não sei; 'R' = Não desejo responder.]

Qual é a sua identidade profissional? Ou seja, como se refere a si próprio em contextos profissionais?

[a. Assinale tantas alternativas quantas as que se lhe aplicarem. b. Se apropriado, especifique uma especialidade ou subcategoria a seguir ao item que assinalou. c. Por favor, indique se ainda se encontra em treino].

<u>Profissão</u>	<u>Especialidade</u>	<u>Em treino?</u>
1-1. ___ a. Psiquiatra	b. _____	c. _____ Sim
1-2. ___ a. Psicólogo(a)	b. _____	c. _____ Sim
1-3. ___ a. Assistente Social	b. _____	c. _____ Sim
1-4. ___ a. Psicanalista	b. _____	c. _____ Sim
1-5. ___ a. Psicoterapeuta	b. _____	c. _____ Sim
1-6. ___ a. Conselheiro(a)	b. _____	c. _____ Sim
1-7. ___ a. Médico(a)	b. _____	c. _____ Sim
1-8. ___ a. Enfermeira(o)	b. _____	c. _____ Sim
1-9. ___ a. Outro [especifique]: _____	b. _____	c. _____ Sim

1-10a. **Possui algum diploma ou qualificação académica?**

___ 1. Não.

___ 2. Sim. [b. Por favor, descreva tão especificamente quanto possível].

1-11a. **Possui algum certificado, licença ou qualificação profissional?**

___ 1. Não.

___ 2. Sim. [b. Por favor, descreva tão especificamente quanto possível].

1-12a. **Pertence a sociedades ou associações profissionais?**

___ 1. Não.

___ 2. Sim [b. Por favor, indique os nomes daquelas a que pertence].

1-13. **No todo, durante quanto tempo recebeu treino didáctico formal em técnicas e teorias terapêuticas (aulas, seminários e outros)?**

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

[Tanto durante como após o seu treino terapêutico inicial, mas excluindo os períodos de tempo nos quais não recebeu qualquer treino formal. Escreva '0' se nenhum].

_____ anos _____ meses

1-14. No todo, durante quanto tempo recebeu supervisão de casos formal relativa ao seu trabalho terapêutico (sessões regulares individuais ou de grupo)?

[Tanto durante como após o seu treino terapêutico inicial, mas excluindo os períodos de tempo nos quais não recebeu qualquer supervisão formal. Escreva '0' se nenhum].

_____ anos _____ meses

1-15. No passado, submeteu-se a treino em qualquer tipo específico de terapia?

[E.g., psicanálise, terapia comportamental, terapia familiar, terapia breve].

_____ 1. Não. [Passe para a questão 1-20].

_____ 2. Sim. [Descreva, seguidamente, as suas experiências de treino mais importantes].

		<u>Importância na Sua Prática Actual</u>					
<u>Tipo de Terapia</u>	<u>Duração do Treino</u>	<u>[0 = Nenhuma 5 = Muita]</u>					
1- 16.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5
1-17.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5
1- 18.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5
1-19.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5

1-20. Encontra-se, de momento, a fazer treino em qualquer tipo específico de terapia?

_____ 1. Não. [Passe para a questão 1-23].

_____ 2. Sim. [Descreva, seguidamente, as suas experiências de treino mais importantes].

		<u>Importância na Sua Prática Actual</u>					
<u>Tipo de Terapia</u>	<u>Duração do Treino</u>	<u>[0= Nenhuma 5= Muita]</u>					
1-21.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5
1-22.a. _____	b. _____	c.0	1	2	3	4	5

1-23. Encontra-se, de momento, a receber regularmente supervisão para qualquer um dos seus casos de terapia [terapia individual, terapia de grupo, etc.]?

_____ 1. Não.

_____ 2. Sim. [b. Para quantos casos? _____]

[c. Em que tipo(s) de tratamento? _____]

[d. Que forma(s) de supervisão? _____]

[2]

RELATIVO À SUA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?' = Não sei; 'R' = Não desejo responder].

2-1. No todo, há quanto tempo se dedica à prática da psicoterapia?

[Inclua o tempo de prática durante o treino, mas exclua os períodos de tempo em que não praticou].

_____ anos _____ meses

Quanto tempo praticou psicoterapia em cada um dos locais de trabalho seguintes?

[Inclua o tempo durante e após o treino. Escreva '0' se nenhum; use uma fracção se menos de um ano].

2-2. Instituição pública com internamentos _____ anos

2-3. Instituição pública de consulta externa _____ anos

2-4. Instituição privada com internamentos _____ anos

2-5. Instituição privada de consulta externa _____ anos

2-6. Prática privada em grupo _____ anos

2-7. Prática privada individual _____ anos

2-8. Outro [especifique]: _____ anos

Estime o número de casos que seguiu em cada uma das**seguintes modalidades ou quadros terapêuticos.**

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
2-9. Terapia individual (número de pacientes)	0	1	2	3	4	5
2-10. Terapia conjugal (número de casais)	0	1	2	3	4	5
2-11. Terapia familiar (número de famílias)	0	1	2	3	4	5
2-13. Outro [especifique]: _____		1	2	3	4	5

Estime o número de pacientes que seguiu em cada um**dos seguintes grupos etários?**

	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
2-14. Doze anos e menos	0	1	2	3	4	5
2-15. Treze a dezanove anos	0	1	2	3	4	5
2-16. Vinte a vinte e nove anos	0	1	2	3	4	5
2-17. Trinta a quarenta e nove anos	0	1	2	3	4	5
2-18. Cinquenta a sessenta e quatro anos	0	1	2	3	4	5
2-19. Sessenta e cinco anos e mais	0	1	2	3	4	5
2-20. Quantos terapeutas o procuraram para seu terapeuta pessoal?	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
	0	1	2	3	4	5
2-21. Quantos terapeutas supervisionou?	<u>0</u>	<u>1-3</u>	<u>4-9</u>	<u>10-15</u>	<u>16-24</u>	<u>25+</u>
	0	1	2	3	4	5

[3]

RELATIVO AO SEU DESENVOLVIMENTO GLOBAL COMO TERAPEUTA

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA'= Não se aplica, '?'= Não sei; 'R'= Não desejo responder].

Desde que começou a prática como terapeuta,

até que ponto...	[0 = Nada					5 = Muito]
3-1. Se modificou, na globalidade, como terapeuta?	0	1	2	3	4	5
3-2. Considera esta mudança global como um progresso ou melhoria?	0	1	2	3	4	5
3-3. Considera esta mudança global como um declínio ou limitação?	0	1	2	3	4	5
3-4. Foi capaz de ultrapassar as suas limitações anteriores como terapeuta?	0	1	2	3	4	5

Quando começou a trabalhar como

terapeuta...	[0 = Nada					5 = Muito]
3-5. Quão eficaz era no estabelecimento da aliança terapêutica com os pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-6. Quão 'natural' (autêntico como pessoa) se sentia ao trabalhar com os pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-7. Quão adequado era o seu entendimento teórico geral da terapia?	0	1	2	3	4	5
3-8. Quão empático era na relação com pacientes com os quais tinha pouco em comum?	0	1	2	3	4	5
3-9. Quão eficaz em no aperceber-se rapidamente da essência dos problemas dos pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-10. Qual o seu grau de domínio das técnicas e estratégias envolvidas na prática da terapia?	0	1	2	3	4	5
3-11. Quão adequado era o, seu entendimento do que se passava nas sessões, momento-a-momento?	0	1	2	3	4	5
3-12. Quão eficaz era a comunicar compreensão e estima aos seus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-13. Quão eficaz era em levar os pacientes a desempenhar o seu papel na terapia?	0	1	2	3	4	5
3-14. Quão eficaz era a detectar e lidar com as reacções emocionais dos seus pacientes, face a si próprio?	0	1	2	3	4	5

3-15. Quão eficaz era ao fazer uso construtivo das suas reacções pessoais face ao paciente?	0	1	2	3	4	5
3-16. Quão confiante se sentia no seu papel de psicoterapeuta?	0	1	2	3	4	5

Quando começou a trabalhar como terapeuta até que ponto a sua prática terapêutica se guiava por cada

uma das perspectivas teóricas seguintes?

[0 = Nada 5 = Muito]

3-17. Psicanalítica/Psicodinâmica	0	1	2	3	4	5
3-18. Comportamental	0	1	2	3	4	5
3-19. Cognitiva	0	1	2	3	4	5
3-20. Humanista	0	1	2	3	4	5
3-21. Teoria dos Sistemas	0	1	2	3	4	5
3-22. Outra [especifique]: _____	0	1	2	3	4	5

Presentemente

[0 = Nada 5 = Muito]

3-23. Quão eficaz é no estabelecimento da aliança terapêutica com os pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-24. Quão 'natural' (autêntico como pessoa) se sente ao trabalhar com os pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-25. Quão adequado é o seu entendimento teórico geral da terapia?	0	1	2	3	4	5
3-26. Quão empático é na relação com pacientes com os quais tem pouco em comum?	0	1	2	3	4	5
3-27. Quão eficaz é no aperceber-se rapidamente da essência dos problemas dos pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-28. Qual o seu grau de domínio das técnicas e estratégias envolvidas na prática da terapia?	0	1	2	3	4	5
3-29. Quão adequado é o seu entendimento do que se passa nas sessões, momento-a-momento?	0	1	2	3	4	5
3-30. Quão eficaz é a comunicar compreensão e estima aos seus pacientes?	0	1	2	3	4	5
3-31. Quão eficaz é em levar os pacientes a desempenhar o seu papel na terapia?	0	1	2	3	4	5
3-32. Quão eficaz é a detectar e lidar com as						

[4]

RELATIVO A TERAPIA PESSOAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA'= Não se aplica; '?'= Não sei; 'ND'= Não desejo responder.]

4-1. Em sua opinião, até que ponto pensa ser importante que os terapeutas se submetam a experiência de psicoterapia, análise ou aconselhamento (individual, grupal, etc.)?

- ____ 1. É indesejável porque poderia indicar que o terapeuta não é completamente normal.
 ____ 2. É irrelevante que os terapeutas se submetam a terapia pessoal.
 ____ 3. Pode ser desejável para alguns terapeutas, mas não necessariamente para todos.
 ____ 4. É inteiramente desejável para a maioria dos terapeutas, mas não devia ser obrigatório.
 ____ 5. É essencial e deveria ser exigido a todos os terapeutas.

4-2. Encontra-se, de momento a fazer terapia, análise ou aconselhamento pessoal?

- ____ 1. Não.
 ____ 2. Sim.

4-3. Já se submeteu, no passado, a terapia, análise ou aconselhamento pessoal?

- ____ 1. Não.
 ____ 2. Sim.

Por favor, descreva no máximo quatro experiências de psicoterapia pessoal que tenha tido [Itens 4-4 a 4-7].

SE NUNCA fez terapia, análise ou aconselhamento, PASSE PARA A QUESTÃO 5-1.

Tipo de Terapia	Sessões por Semana	Duração	Importância para Si como Pessoa [0 = Nenhuma...5 = Muita]
4-4. a. _____	b. _____	c. ____anos ____meses	d. 0 1 2 3 4 5

Razões para ter recorrido à terapia [assinale tantas quantas forem necessárias]: e. __Treino; f. __Crescimento pessoal; g. __Problemas.

Tipo de Terapia	Sessões por Semana	Duração	Importância para Si como Pessoa [0 = Nenhuma...5 = Muita]
4-5. a. _____	b. _____	c. ____anos ____meses	d. 0 1 2 3 4 5

Razões para ter recorrido à terapia [assinale tantas quantas forem necessárias]: e. __Treino; f. __Crescimento pessoal; g. __Problemas.

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

Tipo de Terapia	Sessões por Semana	Duração	Importância para Si como Pessoa [0 = Nenhuma...5 = Muita]
4-6. a. _____	b. _____	c. ____anos ____meses	d. 0 1 2 3 4 5

Razões para ter recorrido à terapia [assinale tantas quantas forem necessárias]: e. __Treino; f. __Crescimento pessoal;
g. __Problemas.

Tipo de Terapia	Sessões por Semana	Duração	Importância para Si como Pessoa [0 = Nenhuma...5 = Muita]
4-7. a. _____	b. _____	c. ____anos ____meses	d. 0 1 2 3 4 5

Razões para ter recorrido à terapia [assinale tantas quantas forem necessárias]: e. __Treino; f. __Crescimento pessoal;
g. __Problemas.

[5]

RELATIVO À SUA ORIENTAÇÃO TEÓRICA

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?' = Não sei; 'ND' = Não desejo responder.]

Até que ponto orienta a sua prática terapêutica actual por cada

uma das perspectivas teóricas seguintes?	[0 = Nada					5 = Muito]
5-1. Psicanalítica/Psicodinâmica	0	1	2	3	4	5
5-2. Comportamental	0	1	2	3	4	5
5-3. Cognitiva	0	1	2	3	4	5
5-4. Humanista	0	1	2	3	4	5
5-5. Teoria dos Sistemas	0	1	2	3	4	5
5-6. Outra [especifique]: _____	0	1	2	3	4	5

No seu trabalho terapêutico actual até que ponto considera importante para a maioria dos pacientes alcançar os seguintes objectivos?[Assinale os quatro objectivos que pensa serem, em termos globais, mais importantes].

_____ 5-7. Possuir um sentimento forte de auto-estima e de identidade.

_____ 5-8. Pensar realisticamente sobre o significado dos acontecimentos nas suas vidas.

_____ 5-9. Permitirem-se experimentar mais plenamente os sentimentos.

_____ 5-10. Aprender a funcionar eficazmente em situações problemáticas.

_____ 5-11. Resolver os conflitos emocionais em relação a si enquanto terapeuta.

_____ 5-12. Compreender os seus sentimentos, motivos e/ou comportamentos.

_____ 5-13. Moderar as suas reacções emocionais excessivas, inapropriadas ou irracionais.

_____ 5-14. Ganhar coragem para abordar situações novas ou previamente evitadas.

_____ 5-15. Integrar aspectos excluídos ou segregados da experiência.

_____ 5-16. Experimentar uma diminuição dos sintomas.

_____ 5-17. Raciocinar com mais fundamento sobre as consequências prováveis das suas acções.

_____ 5-18. Melhorar a qualidade das suas relações.

_____ 5-19. Modificar ou controlar padrões de comportamento problemáticos.

_____ 5-20. Avaliar-se de forma realista.

_____ 5-21. Identificar e tentar alcançar os seus próprios objectivos.

_____ 5-22 Outro [especifique]: _____

Como é que deseja, acima de tudo, ser no seu trabalho como terapeuta?

	[0 Nada3 = Muito]					[0 Nada3 = Muito]			
5-23. Aceitante.	0	1	2	3	5-38. Envolvido.	0	1	2	3
5-24. Autoritário.	0	1	2	3	5-39. Neutro.	0	1	2	3
5-25. Desafiante.	0	1	2	3	5-40. Apoiante.	0	1	2	3
5-26. Frio.	0	1	2	3	5-41. Organizado.	0	1	2	3
5-27. Empenhado.	0	1	2	3	5-42. Permissivo.	0	1	2	3
5-28. Confundido.	0	1	2	3	5-43. Pragmático.	0	1	2	3
5-29. Crítico.	0	1	2	3	5-44. Protector.	0	1	2	3
5-30. Exigente.	0	1	2	3	5-45. Receptivo.	0	1	2	3
5-31. Desligado.	0	1	2	3	5-46. Reservado.	0	1	2	3
5-32. Determinado.	0	1	2	3	5-47. Hábil.	0	1	2	3
5-33. Directivo.	0	1	2	3	5-48. Subtil.	0	1	2	3
5-34. Eficaz.	0	1	2	3	5-49. Tolerante.	0	1	2	3
5-35. Amigável.	0	1	2	3	5-50. Imprestável.	0	1	2	3
5-36. Cauteloso.	0	1	2	3	5-51. Caloroso.	0	1	2	3
5-37. Intuitivo.	0	1	2	3	5-52. Outro:	0	1	2	3

[6]

RELATIVO AO SEU DESENVOLVIMENTO ACTUAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?' = Não sei; 'ND' = Não desejo responder.]

Na fase actual do seu trabalho psicoterapêutico , até que ponto...	[0 = Nada					5 = Muito]
6-1. Sente que se está a modificar como terapeuta?	0	1	2	3	4	5
6-2. Sente esta mudança como progresso ou melhoria?	0	1	2	3	4	5
6-3. Sente esta mudança como declínio ou deterioração?	0	1	2	3	4	5
6-4. Se sente a ultrapassar limitações passadas enquanto terapeuta?	0	1	2	3		4
5 6-5. Sente que se está a tomar mais hábil na prática terapêutica?	0	1	2	3	4	5
4	5					
6-6. Sente que está a aprofundar a sua compreensão da terapia?	0	1	2	3	4	5
6-7. Sente um entusiasmo crescente relativo a fazer terapia?	0	1	2	3	4	5
5						
6-8. Está a ficar desiludido relativamente à terapia?	0	1	2	3	4	5
5						
6-9. Sente que está a perder a capacidade para responder de forma empática?	0	1	2	3	4	5
6-10. Sente que o seu desempenho se está a tornar essencialmente rotineiro?	0	1	2	3	4	5

Recentemente, com que frequência se tem sentido nas sessões com os pacientes...

	[0 = Nunca.....3 = Frequentemente]					[0 = Nunca.....3 = Frequentemente]			
6-11. Ausente.	0	1	2	3	6-17. Desatento.	0	1	2	3
6-12. Ansioso.	0	1	2	3	6-18. Inspirado.	0	1	2	3
6-13. Entediado.	0	1	2	3	6-19. Oprimido.	0	1	2	3
6-14. Desafiado.	0	1	2	3	6-20. Pressionado.	0	1	2	3
6-15. Sonolento.	0	1	2	3	6-21. Estimulado.	0	1	2	3
6-16. Absorvido.	0	1	2	3	6-22. Encurralado.	0	1	2	3

Que tipo de influência (positiva e/ou negativa) sente que cada um dos factores seguintes está a ter no seu desenvolvimento actual como terapeuta?

	[a]						[b]			
	[Pode assinalar simultaneamente uma resposta positiva e outra negativa.]						[-3= Muito Negativa...+3= Muito Positiva]			
6-23. Experiência com os pacientes em terapia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3			
6-24. Trabalho com co-terapeutas	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3			
6-25. Frequência de cursos ou seminários	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3			

6-28. Condições institucionais da prática	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-29. Leitura de livros ou revistas relevantes para a prática	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-30. Observar o trabalho de terapeutas em seminários, filmes ou gravações.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-31. Receber terapia, análise ou aconselhamento	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-32. Fornecer supervisão ou consulta formal a outros	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-33. Lecionar em cursos ou seminários	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-34. Conduzir investigação	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-35. Experiências da vida pessoal fora da terapia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-36. Outro [especifique]: _____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

[7]

RELATIVO À SUA PRÁTICA TERAPÊUTICA ACTUAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?' = Não sei; 'ND' = Não desejo responder.]

Actualmente quantas horas por semana exerce psicoterapia**em cada um dos locais de trabalho seguintes?**

[Escreva '0' se nenhuma].

- 7-1. Instituição pública com internamentos..... ____ horas
 7-2. Instituição pública de consulta externa..... ____ horas
 7-3. Instituição privada com internamentos..... ____ horas
 7-4. Instituição privada de consulta externa..... ____ horas
 7-5. Prática privada em grupo..... ____ horas
 7-6. Prática privada individual..... ____ horas
 7-7. Outro [especifique]: _____ ____ horas

7-8. Em geral, até que ponto se sente satisfeito ou insatisfeito**com o seu local principal de prática terapêutica?**

[-3 = Muito insatisfeito. +3 = Muito satisfeito]

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

7-9. Até que ponto se sente pessoalmente apoiado no seu local**principal de prática terapêutica?**

[0 = Nada ... 5 = Completamente]

0 1 2 3 4 5

No seu local principal de prática terapêutica,**até que ponto tem controle sobre... ?**

[0 = Nada5 = Muito]

- 7-10. A escolha dos pacientes que trata 0 1 2 3 4 5
 7-11. O número de pacientes que trata 0 1 2 3 4 5
 7-12. A orientação teórica que utiliza 0 1 2 3 4 5
 7-13. O seu horário terapêutico 0 1 2 3 4 5
 7-14. A duração das intervenções 0 1 2 3 4 5
 7-15. As outras condições de trabalho 0 1 2 3 4 5

Actualmente, quantos paciente segue em cada uma das modalidades ou quadros terapêuticos seguintes?

[Escreva '0' se nenhum].

- 7-16. Terapia individual (número de pacientes) _____
- 7-17. Terapia conjugal (número de casais) _____
- 7-18. Terapia familiar (número de famílias) _____
- 7-19. Terapia de grupo (número de grupos) _____
- 7-20. Outro [especifique]: _____

Actualmente, quantos pacientes segue em cada um dos seguintes grupos etários?

[Escreva '0' se nenhum].

- 7-21. Doze anos e menos _____
- 7-22. Treze a dezanove _____
- 7-23. Vinte a vinte e nove _____
- 7-24. Trinta a quarenta e nove anos _____
- 7-25. Cinquenta a sessenta e quatro anos _____
- 7-26. Mais de sessenta e cinco anos _____

Por favor, descreva o tipo de pacientes que mais frequentemente segue na sua prática terapêutica actual.

[Descreva no máximo quatro tipos, utilizando o sistema descritivo ou diagnóstico que preferir].

- 7-27. _____
- 7-28. _____
- 7-29. _____
- 7-30. _____

7-31. Estes tipos de pacientes diferem daqueles que seguiu com maior frequência, anteriormente na sua carreira?

____ 1. Não.

____ 2. Sim.[por favor, especifique os tipos de pacientes que seguiu com maior frequência, anteriormente na sua carreira; descreva no máximo quatro tipos]:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

7-32. Até que ponto se baseia de facto em diagnósticos ou classificações na sua prática psicoterapêutica actual?

[0 = Nada.....5 = Muito]

0 1 2 3 4 5

Quão perturbados ou debilitados estão os pacientes que segue na sua prática psicoterapêutica actual?

[Indique o número de pacientes que presentemente segue que se encontrem em cada um dos níveis seguintes de perturbação. Inclua todos os locais de trabalho em que pratique psicoterapia. Baseie as suas avaliações no nível actual de funcionamento dos pacientes].

7-33. ____ Sintomas ausentes ou mínimos; socialmente funcionante; genericamente satisfeito com a vida; sem mais do que os problemas e preocupações do dia a dia.

7-34. ____ Sintomas presentes enquanto reacções transitórias e esperadas face a factores de stress psicossocial; de um modo geral, não mais do que ligeiras dificuldades no funcionamento social, profissional ou escolar.

7-35. ____ Sintomas ligeiros mas persistentes [por exemplo, humor deprimido e insônia ligeira], ou algumas dificuldades no funcionamento social, profissional ou escolar, mas com um funcionamento genérico bastante satisfatório. Mantém relações interpessoais significativas.

7-36. ____ Sintomas moderados [por exemplo, afecto ausente e conversa circunstancial, ataques de pânico ocasionais], ou dificuldades moderadas no funcionamento social, profissional ou escolar.

7-37. ____ Sintomas graves [por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves], ou dificuldades de monta no funcionamento social, profissional ou escolar [por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter o emprego].

7-38. ___ Dificuldades significativas no contacto com a realidade ou na comunicação [por exemplo, o discurso é frequentemente ilógico, obscuro ou irrelevante], ou dificuldades maiores em várias áreas, tais como o trabalho, as relações familiares, o raciocínio, pensamento ou disposição.

7-39. ___ Sérias dificuldades na comunicação ou raciocínio [por exemplo, o comportamento é consideravelmente afectado por delírios ou alucinações], ou incapacidade de funcionar na maioria das áreas.

7-40. ___ Perigo real de se magoar a si ou aos outros [por exemplo, tentativas de suicídio, violência frequente], ou incapacidade de cuidar da higiene pessoal mínima, ou incapacidades significativas de comunicação [por exemplo, incoerência ou mutismo muito graves].

7-41. Estes níveis de perturbação dos pacientes diferem daqueles que seguiu com maior frequência, anteriormente na sua carreira?

___ 1. Não.

___ 2. Sim [por favor, especifique os níveis de perturbação dos pacientes que seguiu com maior frequência, anteriormente na sua carreira; descreva no máximo três níveis, recorrendo aos números das categorias da questão anterior (itens 7-33 a 7-40)]:

a. _____

b. _____

c. _____

7-42. Qual o grau de satisfação que actualmente experimenta no seu trabalho como terapeuta?

[0=Nenhum.....5 = Imenso]

0 1 2 3 4 5

7-43.....Qual o grau de insatisfação que actualmente experimenta no seu trabalho como terapeuta?

[0 = Nenhum.....5 = Imenso]

0 1 2 3 4 5

[8]

RELATIVO AO SEU TRABALHO TERAPÊUTICO ACTUAL

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA'= Não se aplica; "? "= Não sei; "ND"= Não desejo responder.]

Dificuldades na Prática Terapêutica

<u>Presentemente, com que frequência sente ... ?</u>	[0 = Nunca5 = Frequentemente]					
8-1. Falta de confiança nos efeitos benéficos que possa ter num determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-2. Receio de estar a prejudicar mais do que a auxiliar determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-3. Dúvidas relativas à melhor forma de lidar eficazmente com determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-4. Em risco de perder o controle da situação terapêutica em favor de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-5. Incapaz de experimentar verdadeira empatia pelas experiências de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-6. Receoso que os seus valores pessoais possam dificultar a manutenção da atitude apropriada para com determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-7. Perturbado pela incapacidade de contribuir para a modificação de uma situação de vida trágica de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-8. Preocupado por questões morais ou éticas que tenham surgido no trabalho com determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-9. Incapaz de gerar ímpeto suficiente para fazer avançar a terapia com determinado paciente numa direcção construtiva.	0	1	2	3	4	5
8-10. Irritado com determinado paciente que bloqueia activamente os seus esforços.	0	1	2	3	4	5
8-11. Desmoralizado por não conseguir arranjar formas de auxiliar determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-12. Culpado por ter lidado deficientemente com uma situação crítica de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-13. Incapaz de compreender a essência dos problemas de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

8-14. Incapaz de suportar as necessidades emocionais de determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-15. Incapaz de descobrir algo de que goste ou que pense ser digno de respeito em determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-16. Perturbado pelo facto de circunstâncias da sua vida pessoal poderem interferir no trabalho com determinado paciente.	0	1	2	3	4	5
8-17. Irritado devido a determinados factores da vida de um paciente tomarem impossível um resultado positivo.	0	1	2	3	4	5
8-18. Em conflito relativo a como conciliar obrigações para com determinado paciente e obrigações equivalentes para com outros.	0	1	2	3	4	5
8-19. Atolado com determinado paciente numa relação que parece não conduzir a lado nenhum.	0	1	2	3	4	5
8-20. Frustrado com determinado paciente por lhe fazer perder tempo.	0	1	2	3	4	5
8-21. Outros aspectos que lhe sejam difíceis [especifique]:		1	2	3	4	5

Estratégias De Confronto

[Quando apropriado, pode responder com: 'NA' = Não se aplica; '?'= Não sei; 'ND'=Não desejo responder.]

Quando em dificuldade com que frequência é que...?	[0 = Nunca5 =					
Frequentemente]						
8-22. Tenta ver o problema numa perspectiva diferente.	0	1	2	3	4	5
8-23. Tenta conter os seus sentimentos preocupantes.	0	1	2	3	4	5
8-24. Partilha a experiência da dificuldade com o paciente.	0	1	2	3	4	5
8-25. Discute o problema com um colega.	0	1	2	3	4	5
8-26. Consulta artigos ou livros relevantes.	0	1	2	3	4	5
8-27. Envolve outro profissional ou instituição no caso.	0	1	2	3	4	5
8-28. Procura outras formas alternativas de satisfação fora da terapia.	0	1	2	3	4	5
8-29. Estabelece limites para manter o paciente num quadro terapêutico apropriado.	0	1	2	3	4	5
8-30. Sai do papel terapêutico no sentido de tomar medidas urgentes para bem do paciente.	0	1	2	3	4	5
8-31. Modifica o contrato terapêutico com determinado paciente.	0	1	2	3	4	5

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

8-32. Se limita a esperar que as coisas acabem por melhorar.	0	1	2	3	4	5
8-33. Critica o paciente por lhe dar problemas.	0	1	2	3	4	5
8-34. Considera seriamente terminar a terapia.	0	1	2	3	4	5
8-35. Revê em privado, para consigo, o modo como o problema surgiu.	0	1	2	3	4	5
8-36. Se permite experimentar sentimentos difíceis ou perturbadores.	0	1	2	3	4	5
8-37. Tenta perceber se conjuntamente com o paciente conseguem lidar com a dificuldade.	0	1	2	3	4	5
8-38. Se aconselha relativamente ao caso com um terapeuta mais experiente.	0	1	2	3	4	5
8-39. Frequenta uma conferência ou seminário que tenha que ver com o problema.	0	1	2	3	4	5
8-40. Solicita colaboração aos amigos ou parentes do paciente.	0	1	2	3	4	5
8-41. Expressa os seus sentimentos de incómodo a alguém que lhe seja próximo.	0	1	2	3	4	5
8-42. Oferece uma interpretação relativa ao comportamento resistente ou preocupante do paciente.	0	1	2	3	4	5
8-43. Adia o trabalho terapêutico para poder atender às necessidades mais imediatas do paciente.	0	1	2	3	4	5
8-44. Modifica a sua perspectiva ou abordagem terapêutica com o paciente.	0	1	2	3	4	5
8-45. Evita, de momento, lidar com o problema.	0	1	2	3	4	5
8-46. Mostra a sua frustração ao paciente.	0	1	2	3	4	5
8-47. Encara a possibilidade de referir o paciente para outro terapeuta.	0	1	2	3	4	5
8-48. Tenta lidar com o problema de outra forma qualquer [especifique]:						
		1	2	3	4	5

Como é que se descreveria como terapeuta, ou seja, o seu estilo ou modo real com os pacientes?

	[0 = Nada.....3 = Muito]					[0 = Nada.....3 = Muito]			
8-49. Aceitante.	0	1	2	3	8-64. Envolvido.	0	1	2	3
8-50. Autoritário.	0	1	2	3	8-65. Neutro.	0	1	2	3
8-51. Desafiante.	0	1	2	3	8-66. Apoíante.	0	1	2	3
8-52. Frio.	0	1	2	3	8-67. Organizado.	0	1	2	3
8-53. Empenhado.	0	1	2	3	8-68. Permissivo.	0	1	2	3
8-54. Confundido.	0	1	2	3	8-69. Pragmático.	0	1	2	3
8-55. Crítico.	0	1	2	3	8-70. Protector.	0	1	2	3
8-56. Exigente.	0	1	2	3	8-71. Receptivo.	0	1	2	3
8-57. Desligado.	0	1	2	3	8-72. Reservado.	0	1	2	3
8-58. Determinado	0	1	2	3	8-73. Hábil.	0	1	2	3
8-59. Directivo.	0	1	2	3	8-74. Subtil.	0	1	2	3
8-60. Eficaz.	0	1	2	3	8-75. Tolerante.	0	1	2	3
8-61. Amigável.	0	1	2	3	8-76. Imprestável.	0	1	2	3
8-62. Cauteloso.	0	1	2	3	8-77. Caloroso.	0	1	2	3
8-63. Intuitivo.	0	1	2	3	8-78. Outro: _____	1	2	3	

Com os pacientes, na sua prática actual com que frequência... [0 = Nunca.....5 = Frequentemente]

8-79. Marca sessões adicionais periódicas ou de emergência?	0	1	2	3	4	5
8-80. Inicia ou mostra-se disponível para receber chamadas telefónicas ou cartas com outros propósitos para além dos processuais (como marcar sessões)?	0	1	2	3	4	5
8-81. Aceita vê-los noutra sítio que não o consultório?	0	1	2	3	4	5
8-82. Permite que algumas sessões ultrapassem largamente o tempo combinado?	0	1	2	3	4	5
8-83. Intercede em seu favor junto de outras pessoas ou instituições?	0	1	2	3	4	5
8-84. Mantém relações sociais ou profissionais fora da relação terapêutica?	0	1	2	3	4	5
8-85. Inicia ou aceita o contacto físico não sexual para além de um aperto de mão?	0	1	2	3	4	5
8-86. Inicia ou aceita contactos sexuais?	0	1	2	3	4	5
8-87. Permite interrupções durante as sessões (por exemplo, telefonemas)?	0	1	2	3	4	5

0 1 2 3 4 5

8-88. Se entrega a outras actividades durante as sessões (por exemplo, ler a correspondência)?

0 1 2 3 4 5

8-89. Qual pensa ser o seu principal ponto-forte como terapeuta?

8-90. Como é que este ponto-forte se manifesta no seu trabalho actual?

8-91. A que é que atribui este ponto-forte?

8-92. Será que este ponto-forte se modificou no passado recente (em caso afirmativo, a que é que atribui a mudança)?

8-94. Como é que esta limitação se manifesta no seu trabalho actual?

8-95. A que é que atribui esta limitação?

**8-96. Será que esta limitação se modificou no passado recente
(em caso afirmativo, a que é que atribui a mudança)?**

[9]

RELATIVO À SUA PESSOA

[Quando apropriado, pode responder com: "NA"=Não se aplica; "?"=Não sei; "ND"=Não desejo responder.]

9-1a. Nasceu noutro país que não aquele onde reside?

_____ 1. Não.

_____ 2. Sim. [b. Em que país nasceu? _____]

9-2b. No país em que reside, é considerado membro de qualquer minoria social, cultural ou étnica?

_____ 1. Não.

_____ 2. Sim. [especifique]: b. _____

9-3. Qual o seu estatuto conjugal actual?

_____ 1. Solteiro(a).

_____ 2. Coabita maritalmente.

_____ 3. Casado(a).

_____ 4. Separado(a) ou divorciado(a).

_____ 5. Viúvo(a).

_____ 6. Outro [especifique]:

Em geral...

[0 = Nada 5 = Imenso]

9-4. Quão satisfatória é a sua vida pessoal presentemente? 0 1 2 3 4 59-5. Quão "stressante" é a sua vida? 0 1 2 3 4 5**Presentemente, na sua vida pessoal, com que frequência...**

[0 = Nunca 5 = Frequentemente]

9-6. Expressa livremente os seus pensamentos e sentimentos privados? 0 1 2 3 4 5

9-7. Experimenta momentos de satisfação sem reservas? 0 1 2 3 4 5

9-8. Experimenta sentimentos de ser genuinamente apoiado e acarinhado? 0 1 2 3 4 5

9-9. Experimenta sentimentos de conflito pessoal, desilusão ou perda significativa? 0 1 2 3 4 5

9-10. Experimenta sentimentos significativos de responsabilidade, inquietação ou preocupação? 0 1 2 3 4 5

9-11. Experimenta sentimentos gratificantes de intimidade e contacto emocional? 0 1 2 3 4 5

9-12. Até que ponto sente que o seu desenvolvimento [0 = Nada 5 = Imenso]

como terapeuta tenha sido influenciado pela motivação para 0 1 2 3 4 5

explorar e resolver os seus problemas pessoais?

Como é que descreveria a forma como realmente é nas suas relações pessoais significativas?

	[0 = Nada3 = Muito]					[0 = Nada.....3 = Muito]			
9-13. Aceitante.	0	1	2	3	9-28. Apoiante.	0	1	2	3
9-14. Autoritário.	0	1	2	3	9-29. Optimista.	0	1	2	3
9-15. Desafiante.	0	1	2	3	9-30. Organizado.	0	1	2	3
9-16. Frio.	0	1	2	3	9-31. Permissivo.	0	1	2	3
9-17. Crítico.	0	1	2	3	9-32. Pragmático.	0	1	2	3
9-18. Exigente.	0	1	2	3	9-33. Privado.	0	1	2	3
9-19. Expansivo.	0	1	2	3	9-34. Protector.	0	1	2	3
9-20. Determinado.	0	1	2	3	9-35. Sereno.	0	1	2	3
9-21. Directivo.	0	1	2	3	9-36. Receptivo.	0	1	2	3
9-22. Enérgico.	0	1	2	3	9-37. Reservado.	0	1	2	3
9-23. Fatalista.	0	1	2	3	9-38. Céptico.	0	1	2	3
9-24. Amigável.	0	1	2	3	9-39. Subtil.	0	1	2	3
9-25. Cauteloso.	0	1	2	3	9-40. Tolerante.	0	1	2	3
9-26. Intenso.	0	1	2	3	9-41. Caloroso.	0	1	2	3
9-27. Intuitivo.	0	1	2	3	9-42. Outro: _____	1	2	3	

[Os itens seguintes são optativos. Se desejar responder, faça-o numa folha de papel separada e agrafe-a ao questionário].

Descreva os principais factores e acontecimentos que o levaram a tornar-se o terapeuta que é actualmente. [Tente abranger cada uma das questões seguintes].

- (1) Quais as motivações e considerações que inicialmente o levaram a tomar-se terapeuta?
- (2) Quais as motivações de que tem consciência na sua prática terapêutica actual?
- (3) Qual a sequência de passos que se verificou no seu desenvolvimento? É-lhe possível identificar períodos ou "pontos-de-viragem" importantes que distingam diferentes fases no seu trabalho como terapeuta?
- (4) De que forma é que as suas ideias sobre a prática terapêutica e sobre ser terapeuta se modificaram no decurso do seu desenvolvimento?
- (5) Qual a principal aspiração ou objectivo relativos ao seu desenvolvimento como terapeuta nos próximos anos e qual a sua principal preocupação ou receio?

Que mais considera importante relativamente ao seu desenvolvimento como terapeuta que não tenha sido coberto neste questionário?

ANEXO 3

Descriptive Statistics

	Anos de prática	Mean	Std. Deviation	N
Desev percebido	1,00	3,873 6	,74012	87
	2,00	4,074 6	,65859	67
	3,00	4,333 3	,59409	18
	4,00	4,357 1	,55635	7
	Total	4,014 0	,70398	179
Domínio alegado	1,00	3,483 3	,60855	87
	2,00	3,668 7	,94680	67
	3,00	3,780 6	,58790	18
	4,00	4,000 0	,46188	7
	Total	3,602 8	,75466	179
crescimento actualmente experimentado	1,00	3,610 3	,75677	87
	2,00	3,759 1	,84722	67
	3,00	3,837 3	,93864	18
	4,00	3,714 3	1,02020	7
	Total	3,692 9	,81803	179
Perda Actualmente Experimentada	1,00	,7580	,73555	87
	2,00	,6694	,79515	67
	3,00	,4000	,64717	18
	4,00	,1429	,25071	7

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

	Total		,6648	,74834	179
Fluxo actualmente experimentado	1,00		2,144	,49683	87
	2,00		2,078	,49084	67
	3,00		2,245	,52430	18
	4,00		2,440	,42140	7
	Total		2,141	,49694	179
Índice de Mudança	1,00		,7953	,51059	87
	2,00		,9326	,63917	67
	3,00		1,112	,59237	18
	4,00		1,207	,59083	7
	Total		,8947	,58028	179
Futdev	1,00		4,321	,78495	87
	2,00		4,477	,80450	67
	3,00		4,444	1,04162	18
	4,00		4,571	,78680	7
	Total		4,402	,81778	179

Anos de prática

Dependent Variable	Anos de prática	Mean	Std. Error	95% Interval Lower Bound	Confidence Upper Bound
Desev percebido	1,00	3,874	,074	3,727	4,020
	2,00	4,075	,084	3,908	4,241
	3,00	4,333	,163	4,012	4,655
	4,00	4,357	,261	3,842	4,873

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

Domínio	ter	1,00	3,483	,080	3,325	3,642
alegado		2,00	3,669	,092	3,488	3,849
		3,00	3,781	,177	3,432	4,129
		4,00	4,000	,283	3,441	4,559
crescimento		1,00	3,610	,088	3,437	3,784
actualmente		2,00	3,759	,100	3,561	3,957
experimentado		3,00	3,837	,193	3,456	4,219
		4,00	3,714	,310	3,102	4,326
Perda		1,00	,758	,079	,602	,915
Actualmente		2,00	,669	,090	,491	,848
Experimentada		3,00	,400	,174	,056	,744
		4,00	,143	,280	-,409	,695
Fluxo		1,00	2,145	,053	2,040	2,249
actualmente		2,00	2,078	,060	1,959	2,198
experimentado		3,00	2,245	,117	2,015	2,476
		4,00	2,440	,187	2,071	2,810
Índice	de	1,00	,795	,061	,674	,917
Mudança		2,00	,933	,070	,794	1,071
		3,00	1,112	,135	,846	1,379
		4,00	1,208	,217	,780	1,635
Futdev		1,00	4,322	,088	4,148	4,495
		2,00	4,478	,100	4,280	4,675
		3,00	4,444	,193	4,063	4,826
		4,00	4,571	,310	3,959	5,184

ANEXO 4

Multiple Comparisons

Scheffe							
Dependente Variable	(I) Anos de prática	(J) Anos de prática	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound	95% Confidence Interval Upper Bound
Desev percebido	1,00	2,00	-,2011	,11234	,364	-,5182	,1161
		3,00	-,4598	,17896	,090	-,9650	,0454
		4,00	-,4836	,27153	,369	-1,2501	,2829
	2,00	1,00	,2011	,11234	,364	-,1161	,5182
		3,00	-,2587	,18349	,576	-,7767	,2593
		4,00	-,2825	,27453	,787	-1,0575	,4925
	3,00	1,00	,4598	,17896	,090	-,0454	,9650
		2,00	,2587	,18349	,576	-,2593	,7767
		4,00	-,0238	,30786	1,000	-,8929	,8452
	4,00	1,00	,4836	,27153	,369	-,2829	1,2501
		2,00	,2825	,27453	,787	-,4925	1,0575
		3,00	,0238	,30786	1,000	-,8452	,8929
Domínio ter alegado	1,00	2,00	-,1853	,12174	,511	-,5290	,1583
		3,00	-,2972	,19394	,505	-,8447	,2502
		4,00	-,5167	,29425	,382	-1,3473	,3140
	2,00	1,00	,1853	,12174	,511	-,1583	,5290
		3,00	-,1119	,19884	,957	-,6732	,4494
		4,00	-,3313	,29751	,744	-1,1712	,5085
	3,00	1,00	,2972	,19394	,505	-,2502	,8447
		2,00	,1119	,19884	,957	-,4494	,6732
		4,00	-,2194	,33362	,933	-1,1612	,7223
	4,00	1,00	,5167	,29425	,382	-,3140	1,3473
		2,00	,3313	,29751	,744	-,5085	1,1712
		3,00	,2194	,33362	,933	-,7223	1,1612
crescimento actualmente experimentado	1,00	2,00	-,1487	,13338	,743	-,5253	,2278
		3,00	-,2270	,21249	,767	-,8268	,3729
		4,00	-,1040	,32240	,991	-1,0141	,8061
	2,00	1,00	,1487	,13338	,743	-,2278	,5253
		3,00	-,0782	,21786	,988	-,6932	,5368
		4,00	,0448	,32597	,999	-,8754	,9649
	3,00	1,00	,2270	,21249	,767	-,3729	,8268
		2,00	,0782	,21786	,988	-,5368	,6932
		4,00	,1230	,36553	,990	-,9088	1,1549
	4,00	1,00	,1040	,32240	,991	-,8061	1,0141
		2,00	-,0448	,32597	,999	-,9649	,8754
		3,00	-,1230	,36553	,990	-1,1549	,9088

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

Perda Actualmente Experimenta da	1,00	2,00						
				,0886	,12023	,909	-,2508	,4281
		3,00	,3580	,19154	,325	-,1827	,8987	
	2,00	4,00	,6152	,29062	,218	-,2052	1,4356	
		1,00	-,0886	,12023	,909	-,4281	,2508	
		3,00	,2694	,19638	,598	-,2850	,8238	
		4,00	,5265	,29383	,363	-,3029	1,3560	
		1,00	-,3580	,19154	,325	-,8987	,1827	
		2,00	-,2694	,19638	,598	-,8238	,2850	
	3,00	4,00	,2571	,32950	,894	-,6730	1,1873	
		1,00	-,6152	,29062	,218	-1,4356	,2052	
		2,00	-,5265	,29383	,363	-1,3560	,3029	
	4,00	3,00	-,2571	,32950	,894	-1,1873	,6730	
		2,00						
	Fluxo actual/ experimenta do	1,00	2,00	,0663	,08045	,878	-,1608	,2934
3,00			-,1007	,12816	,892	-,4625	,2610	
4,00			-,2958	,19445	,511	-,8447	,2531	
2,00		1,00	-,0663	,08045	,878	-,2934	,1608	
		3,00	-,1670	,13140	,657	-,5379	,2039	
		4,00	-,3621	,19660	,338	-,9171	,1929	
3,00		1,00	,1007	,12816	,892	-,2610	,4625	
		2,00	,1670	,13140	,657	-,2039	,5379	
		4,00	-,1951	,22046	,853	-,8174	,4272	
4,00		1,00	,2958	,19445	,511	-,2531	,8447	
		2,00	,3621	,19660	,338	-,1929	,9171	
		3,00	,1951	,22046	,853	-,4272	,8174	
Índice de Mudança		1,00	2,00	-,1373	,09312	,539	-,4001	,1256
			3,00	-,3169	,14835	,211	-,7357	,1018
			4,00	-,4125	,22509	,343	-1,0479	,2229
	2,00	1,00	,1373	,09312	,539	-,1256	,4001	
		3,00	-,1797	,15210	,707	-,6091	,2497	
		4,00	-,2752	,22758	,691	-,9177	,3672	
	3,00	1,00	,3169	,14835	,211	-,1018	,7357	
		2,00	,1797	,15210	,707	-,2497	,6091	
		4,00	-,0955	,25520	,987	-,8160	,6249	
	4,00	1,00	,4125	,22509	,343	-,2229	1,0479	
		2,00	,2752	,22758	,691	-,3672	,9177	
		3,00	,0955	,25520	,987	-,6249	,8160	
	Futdev	1,00	2,00	-,1558	,13339	,714	-,5323	,2208
			3,00	-,1226	,21251	,954	-,7225	,4773
			4,00	-,2496	,32242	,896	-1,1598	,6606
2,00		1,00	,1558	,13339	,714	-,2208	,5323	
		3,00	,0332	,21787	,999	-,5819	,6482	
		4,00	-,0938	,32599	,994	-1,0140	,8264	
3,00		1,00	,1226	,21251	,954	-,4773	,7225	
		2,00	-,0332	,21787	,999	-,6482	,5819	
		4,00	-,1270	,36556	,989	-1,1589	,9049	
4,00		1,00	,2496	,32242	,896	-,6606	1,1598	
		2,00	,0938	,32599	,994	-,8264	1,0140	
		3,00	,1270	,36556	,989	-,9049	1,1589	

Based on observed means.

ANEXO 5**Diferenças de médias Orientações Teóricas**

		Média	Dp	T	df	Sig
Par1	Psican1 – Psican2	-,19310	,95231	-2,442	144	,016
Par2	Comp1 – Comp2	,27419	,93129	3,279	123	,001
Par3	Cogni1 – Cogni2	-,23387	1,10512	-2,357	123	,020
Par4	Human1 - Human2	,04132	,88879	,511	120	,610
Par5	Sistém1 – Sistém 2	-,58678	1,27586	-5,059	120	,000

ANEXO 6

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	RCD1	3.8750	.8169	184.0
2.	RCD2	4.1685	.7384	184.0

N of Cases = 184.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	8.0435	1.9107	1.3823	2
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range
Max/Min				
Variance	4.0217	3.8750	4.1685	.2935
1.0757				
.0431				

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation
Alpha				
if Item Deleted				
RCD1	4.1685	.5452	.5786	.3348
RCD2	3.8750	.6673	.5786	.3348

Reliability Coefficients 2 items

Alpha = .7307 Standardized item alpha = .7331

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA
A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SKILL206	3.8000	.6883	180.0
2.	SKILL207	3.8111	.6914	180.0
3.	EXPERT	3.6389	.7305	180.0
4.	CAPGUIDE	3.2167	2.4863	180.0
5.	RCD4	3.5333	.7938	180.0

N of Cases = 180.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	18.0000	14.3799	3.7921	Variables 5
Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range
Max/Min				
Variance	3.6000	3.2167	3.8111	.5944
1.1848				
.0594				

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected	
Alpha	Mean	Variance	Item-	Squared
if Item	if Item	if Item	Total	Multiple
Deleted	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation
SKILL206	14.2000	11.5911	.4940	.3806
.4334				
SKILL207	14.1889	11.9641	.4051	.3387
.4619				
EXPERT	14.3611	11.6510	.4402	.3625
.4448				
CAPGUIDE	14.7833	5.1092	.2748	.0914
.7812				
RCD4	14.4667	11.1218	.4963	.3449
.4141				

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .5287

Standardized item alpha = .7457

ANEXO 6

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SKILL206	3.7912	.6896	182.0
2.	SKILL207	3.8077	.6904	182.0
3.	EXPERT	3.6319	.7295	182.0
4.	RCD4	3.5330	.7912	182.0
N of Cases =		182.0		

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	14.7637	5.0986	2.2580	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range
Max/Min				
Variance	3.6909	3.5330	3.8077	.2747
1.0778				
.0174				

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected	
Alpha	Mean	Variance	Item-	Squared
if Item	if Item	if Item	Total	Multiple
if Item	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation
Deleted				
SKILL206	10.9725	3.1318	.6110	.3739
.7170				
SKILL207	10.9560	3.1914	.5799	.3397
.7321				
EXPERT	11.1319	3.0433	.5984	.3641
.7222				
RCD4	11.2308	2.9409	.5644	.3218
.7429				

Reliability Coefficients 4 items

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

Alpha = .7815

Standardized item alpha = .7835

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	CED08	.7895	1.1693	171.0
2.	CED09	.6374	1.1155	171.0
3.	CED03	.4035	.8159	171.0
4.	CED10	1.0058	1.2054	171.0
5.	RCD3	.3743	.8333	171.0

N of Cases = 171.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	3.2105	13.4495	3.6674	Variables 5

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range
Max/Min				
Variance	.6421	.3743	1.0058	.6316
2.6875				
.0707				

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected	
	Mean	Variance	Item-	Squared
Alpha	if Item	if Item	Total	Multiple
if Item	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation
Deleted				
CED08	2.4211	8.4452	.5352	.3318
.6928				
CED09	2.5731	9.0461	.4708	.2807
.7172				
CED03	2.8070	9.6037	.6289	.4253
.6727				
CED10	2.2047	7.7873	.6257	.4645
.6533				
RCD3	2.8363	10.8907	.3390	.2228
.7542				

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .7459

Standardized item alpha = .7510

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	FEEL08	1.9657	.6687	175.0
2.	FEEL11	2.3543	.6160	175.0
3.	FEEL06	2.1600	.7861	175.0
4.	INVOLVI	1.9086	.9301	175.0

N of Cases = 175.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	8.3886	3.6183	1.9022	4
Item Means Max/Min Variance	Mean	Minimum	Maximum	Range
	2.0971	1.9086	2.3543	.4457
1.2335				
.0410				

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation
FEEL08	6.4229	2.5098	.3122	.1633
FEEL11	6.0343	2.4816	.3901	.1932
FEEL06	6.2286	2.4187	.2379	.0596
INVOLVI	6.4800	2.1361	.2269	.0564

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .4822 Standardized item alpha = .5117

T-Test

Notes

Output Created		
Comments		
Input	Data	
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST PAIRS = skill101 skill102 skill103 skill104 skill105 skill106 skill107 skill108 skill109 skill110 skill111 skill112 WITH skill201 skill202 skill203 skill204 skill205 skill206 skill207 skill208 skill209 skill210 skill211 skill212 (PAIRED) /CRITERIA = CI(.95) /MISSING = ANALYSIS.
Resources	Elapsed Time	0:00:02,91

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	skill101	3,2270	185	,87373	,06424
	skill201	4,0432	185	,61527	,04524
Pair 2	skill102	3,3690	187	,97148	,07104
	skill202	4,2888	187	,68942	,05042
Pair 3	skill103	2,8978	186	,90959	,06669
	skill203	3,9462	186	2,25827	,16558
Pair 4	skill104	3,1872	187	,85650	,06263
	skill204	3,7701	187	,75886	,05549

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

Pair 5	skill105	3,0860	186	,93179	,06832
	skill205	4,0000	186	,72036	,05282
Pair 6	skill106	2,8226	186	,96183	,07052
	skill206	3,7849	186	,70288	,05154
Pair 7	skill107	2,7634	186	,88100	,06460
	skill207	3,8226	186	,69417	,05090
Pair 8	skill108	3,5753	186	,78309	,05742
	skill208	4,2204	186	,67368	,04940
Pair 9	skill109	3,0055	182	,85072	,06306
	skill209	3,7582	182	,77731	,05762
Pair 10	skill110	2,8548	186	1,02161	,07491
	skill210	3,9409	186	,72167	,05292
Pair 11	skill111	2,7892	185	1,02358	,07525
	skill211	3,7784	185	,75869	,05578
Pair 12	skill112	2,8763	186	,99228	,07276
	skill212	3,9032	186	,77897	,05712

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	skill101 & skill201	185	,386	,000
Pair 2	skill102 & skill202	187	,298	,000
Pair 3	skill103 & skill203	186	,047	,521
Pair 4	skill104 & skill204	187	,472	,000
Pair 5	skill105 & skill205	186	,435	,000
Pair 6	skill106 & skill206	186	,479	,000
Pair 7	skill107 & skill207	186	,444	,000
Pair 8	skill108 & skill208	186	,424	,000
Pair 9	skill109 & skill209	182	,579	,000
Pair 10	skill110 & skill210	186	,384	,000
Pair 11	skill111 & skill211	185	,499	,000
Pair 12	skill112 & skill212	186	,397	,000

Paired Samples Test

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

		Paired Differences					t
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		
					Lower	Upper	
Pair 1	skill101 - skill201	-,81622	,85259	,06268	-,93989	-,69255	-13,021
Pair 2	skill102 - skill202	-,91979	1,01015	,07387	-1,06552	-,77406	-12,451
Pair 3	skill103 - skill203	-1,04839	2,39432	,17556	-1,39474	-,70203	-5,972
Pair 4	skill104 - skill204	-,58289	,83430	,06101	-,70325	-,46253	-9,554
Pair 5	skill105 - skill205	-,91398	,89631	,06572	-1,04364	-,78432	-13,907
Pair 6	skill106 - skill206	-,96237	,87838	,06441	-1,08943	-,83530	-14,942
Pair 7	skill107 - skill207	-1,05914	,84581	,06202	-1,18149	-,93679	-17,078
Pair 8	skill108 - skill208	-,64516	,78699	,05770	-,75901	-,53132	-11,180
Pair 9	skill109 - skill209	-,75275	,75023	,05561	-,86248	-,64302	-13,536
Pair 10	skill110 - skill210	-1,08602	,99898	,07325	-1,23053	-,94151	-14,826
Pair 11	skill111 - skill211	-,98919	,92071	,06769	-1,12274	-,85564	-14,613
Pair 12	skill112 - skill212	-1,02688	,98876	,07250	-1,16991	-,88385	-14,164

Reliability

Notes

Output Created		
Comments		
Input	Data	
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.

Cases Used		Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure. RELIABILITY /VARIABLES=rcd1 rcd2 /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS
Syntax		
Resources	Elapsed Time Memory Available Largest Contiguous Area Workspace Required	524288 bytes 524288 bytes 128 bytes

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	184	96,8
	Excluded (a)	6	3,2
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,731	,733	2

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
rcd1	3,8750	,81691	184
rcd2	4,1685	,73840	184

Inter-Item Correlation Matrix

	rcd1	rcd2
rcd1	1,000	,579
rcd2	,579	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	4,022	3,875	4,168	,293	1,076	,043	2

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,0435	1,911	1,38227	2

Reliability

Notes

Output Created		
Comments	N of Rows in Working Data File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=skill206 skill207 expert capguide rcd4 /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS

Resources	Elapsed Time	0:00:00,11
	Memory Available	524288 bytes
	Largest Contiguous Area	524288 bytes
	Workspace Required	488 bytes

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	180	94,7
	Excluded (a)	10	5,3
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,529	,746	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
skill206	3,8000	,68829	180
skill207	3,8111	,69144	180
Expert	3,6389	,73053	180
Capguide	3,2167	2,48633	180
rcd4	3,5333	,79383	180

Inter-Item Correlation Matrix

	skill206	skill207	expert	capguide	rcd4
skill206	1,000	,472	,500	,241	,493
skill207	,472	1,000	,495	,147	,439
Expert	,500	,495	1,000	,185	,450
Capguide	,241	,147	,185	1,000	,275
rcd4	,493	,439	,450	,275	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,600	3,217	3,811	,594	1,185	,059	5

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18,0000	14,380	3,79208	5

Reliability

Notes

Output Created		
Comments		
Input		
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.

Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=ced01 ced02 ced04 ced05 ced06 ced07 futdev /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPH A /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS	
Resources	Elapsed Time	0:00:00,13	
	Memory Available	524288 bytes	
	Largest Contiguous Area	524288 bytes	
	Workspace Required	848 bytes	

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	181	95,3
	Excluded (a)	9	4,7
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,884	,885	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ced01	3,3867	,97447	181
ced02	3,6519	1,08288	181
ced04	3,3536	1,04714	181
ced05	3,6961	,90764	181

ced06	3,8122	1,02093	181
ced07	3,7624	1,17091	181
futdev	4,4088	,81563	181

Inter-Item Correlation Matrix

	ced01	ced02	ced04	ced05	ced06	ced07	futdev
ced01	1,000	,644	,529	,435	,515	,495	,373
ced02	,644	1,000	,599	,559	,584	,548	,502
ced04	,529	,599	1,000	,611	,520	,418	,344
ced05	,435	,559	,611	1,000	,705	,569	,446
ced06	,515	,584	,520	,705	1,000	,618	,513
ced07	,495	,548	,418	,569	,618	1,000	,486
futdev	,373	,502	,344	,446	,513	,486	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,725	3,354	4,409	1,055	1,315	,123	7

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26,0718	29,423	5,42426	7

Reliability

Notes

Output Created	
Comments	
Input	Data
	Filter
	Weight
	Split File
	N of Rows in Working Data File
	190

Missing Value Handling	Matrix Input Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=ced03 ced08 ced09 ced10 /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS
Resources	Elapsed Time	
	Memory Available	524288 bytes
	Largest Contiguous Area	524288 bytes
	Workspace Required	344 bytes

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	178	93,7
	Excluded (a)	12	6,3
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,750	,754	4

Item Statistics

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

	Mean	Std. Deviation	N
ced03	,4213	,84839	178
ced08	,7921	1,15790	178
ced09	,6180	1,09962	178
ced10	1,0169	1,21885	178

Inter-Item Correlation Matrix

	ced03	ced08	ced09	ced10
ced03	1,000	,446	,361	,496
ced08	,446	1,000	,283	,535
ced09	,361	,283	1,000	,485
ced10	,496	,535	,485	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	,712	,421	1,017	,596	2,413	,064	4

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
2,8483	10,864	3,29604	4

Notes

Output Created		
Comments		
Input	Data	
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.

Syntax	Cases Used	<p>Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.</p> <pre> RELIABILITY /VARIABLES=feel08 feel11 feel06 involva /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPH A /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS </pre>
Resources	<p>Elapsed Time</p> <p>Memory Available</p> <p>Largest Contiguous Area</p> <p>Workspace Required</p>	<p>0:00:00,51</p> <p>524288 bytes</p> <p>524288 bytes</p> <p>344 bytes</p>

Reliability

Notes

Output Created		
Comments		
Input	Data	
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.

Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=feel08 feel11 feel06 involva /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPH A /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS	
Resources	Elapsed Time	0:00:00,07	
	Memory Available	524288 bytes	
	Largest Contiguous Area	524288 bytes	
	Workspace Required	344 bytes	

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	168	88,4
	Excluded (a)	22	11,6
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,579	,590	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
feel08	1,9821	,66991	168
feel11	2,3750	,60623	168
feel06	2,1726	,78913	168
involva	2,0655	,79775	168

Inter-Item Correlation Matrix

	feel08	feel11	feel06	involve
feel08	1,000	,370	,153	,148
feel11	,370	1,000	,202	,419
feel06	,153	,202	1,000	,296
involve	,148	,419	,296	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2,149	1,982	2,375	,393	1,198	,029	4

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,5952	3,668	1,91508	4

Reliability

Notes

Output Created		
Comments		
Input	Data	
	Filter	
	Weight	
	Split File	
	N of Rows in Working Data File	190
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		<pre> RELIABILITY /VARIABLES=ced09 ced08 ced03 ced10 rcd3 /FORMAT=NOLABELS /SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPH A /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR /SUMMARY=MEANS </pre>
Resources	Elapsed Time	0:00:00,13
	Memory Available	524288 bytes
	Largest Contiguous Area	524288 bytes
	Workspace Required	488 bytes

Warnings

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	171	90,0
	Excluded (a)	19	10,0
	Total	190	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,746	,751	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ced09	,6374	1,11545	171
ced08	,7895	1,16927	171
ced03	,4035	,81586	171
ced10	1,0058	1,20537	171
rcd3	,3743	,83330	171

Inter-Item Correlation Matrix

	ced09	ced08	ced03	ced10	rcd3
ced09	1,000	,288	,381	,509	,185
ced08	,288	1,000	,453	,523	,281
ced03	,381	,453	1,000	,512	,451
ced10	,509	,523	,512	1,000	,179
rcd3	,185	,281	,451	,179	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	,642	,374	1,006	,632	2,688	,071	5

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
3,2105	13,450	3,66736	5

Anexo 7

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6.910	30.046	30.046	6.910	30.046	30.046	4.103	17.840	17.840
2	2.287	9.945	39.990	2.287	9.945	39.990	2.997	13.029	30.869
3	1.893	8.230	48.220	1.893	8.230	48.220	2.577	11.205	42.074
4	1.230	5.346	53.566	1.230	5.346	53.566	2.074	9.017	51.091
5	1.154	5.017	58.583	1.154	5.017	58.583	1.315	5.715	56.807
6	1.038	4.514	63.097	1.038	4.514	63.097	1.268	5.515	62.321
7	1.019	4.430	67.527	1.019	4.430	67.527	1.197	5.205	67.527
8	.931	4.047	71.574						
9	.853	3.709	75.283						
10	.785	3.414	78.697						
11	.600	2.608	81.305						
12	.550	2.389	83.694						
13	.531	2.311	86.005						
14	.488	2.123	88.128						
15	.437	1.902	90.029						
16	.429	1.863	91.892						
17	.407	1.769	93.662						
18	.318	1.383	95.045						
19	.305	1.328	96.373						
20	.283	1.229	97.601						

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

21	.238	1.036	98.637						
22	.162	.704	99.342						
23	.151	.658	100.000						
Extraction Method: Principal Component Analysis.									

Rotated Component Matrix(a)							
	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
CED07	.774	8.659E-02	-.283	.117	-4.670E-02	-.129	9.274E-02
CED06	.770	.324	-.113	.115	-8.401E-02	5.376E-02	3.155E-02
CED05	.733	.416	-8.202E-03	3.588E-02	.109	-5.539E-03	8.477E-02
CED02	.725	1.596E-02	-8.355E-02	.328	-8.578E-02	.235	-2.210E-02
CED01	.650	-.156	8.154E-02	.457	9.342E-02	.205	7.351E-02
CED04	.609	.243	-5.842E-03	.205	.281	.140	-.456
FUTDEV	.603	.260	-.278	.105	-.269	-3.630E-02	2.215E-02
SKILL207	3.135E-02	.754	-.146	9.964E-02	-7.392E-02	.300	-6.540E-02
SKILL206	.153	.710	-.111	.176	-1.249E-02	-.141	-4.372E-02
RCD4	.182	.683	-7.152E-02	.319	5.868E-02	-.160	5.957E-03
EXPERT	.293	.683	-9.072E-02	-4.176E-02	-.271	6.439E-02	-.138
FEEL08	.315	.494	-1.070E-02	.163	.424	.295	8.768E-02
CED10	-.221	1.973E-02	.831	-.159	-.122	-2.402E-02	-6.198E-04
CED09	4.877E-03	-.143	.746	6.964E-02	4.828E-02	-4.658E-02	7.051E-02
CED03	1.014E-03	-.232	.695	-.113	.230	-.217	-5.081E-02
CED08	-.317	6.454E-03	.632	7.049E-03	.288	.218	-9.535E-02
RCD1	.237	.160	1.045E-02	.765	3.544E-02	4.454E-02	-.158
RCD2	.294	.262	-9.485E-02	.686	-.198	.150	-7.790E-02

Desenvolvimento dos psicoterapeutas

FEEL11	.348	.210	-.373	.435	.122	.131	.192
CAPGUIDE	1.643E-02	.259	-.141	.434	-7.746E-02	-.375	.167
RCD3	-8.934E-02	-.138	.174	-9.721E-02	.792	-.177	-4.789E-02
FEEL06	.119	7.051E-02	-.133	.125	-.143	.765	.108
INVOLVA	.120	-8.648E-02	-1.414E-02	-5.376E-02	-1.635E-03	8.920E-02	.898

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.