



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

**TERAPEUTAS EM CONTEXTO ONLINE:
O EFEITO DA FLEXIBILIDADE COGNITIVA E
DAS DIFICULDADES PERCECIONADAS NA
PRESENÇA TERAPÊUTICA**

ANA PATRÍCIA DUARTE BARROQUINHO

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Quero agradecer ao Professor Doutor Daniel Sousa por todo o acompanhamento, sabedoria e orientação transmitidos no decurso da elaboração da dissertação.

À Dr^a. Sara Rathenau por toda a disponibilidade e paciência para esclarecer as minhas questões. Agradeço ainda pelo constante apoio e encorajamento que me deu nos momentos mais desesperantes.

A todos os psicólogos e psicoterapeutas, portugueses e estrangeiros, que participaram, partilharam e demonstraram interesse no estudo, um grande obrigado pois sem vocês não seria possível a realização do mesmo.

À minha família por sempre me incentivar. Em especial, aos meus avôs por serem os meus grandes exemplos e aos meus pais pelo incessante carinho e auxílio.

Ao meu namorado por todo amor e por acreditar sempre em mim.

Aos amigos e aos colegas que me acompanharam ao longo deste percurso, de cinco anos, agradeço todo o companheirismo e partilha de ideias.

Um enorme obrigado a todos!

Resumo

A pandemia do COVID-19 e todas as mudanças associadas trouxeram necessidades que tiveram de ser implementadas com rapidez. Foi imprescindível melhorar os serviços de terapia online para continuar a prestar apoio terapêutico. Mais do que manter as sessões era preciso garantir a sua qualidade e assegurar que os terapeutas estivessem preparados, uma vez que a sua maioria tem pouco treino ou experiência nesta modalidade.

Objetivos: 1) Compreender se Dificuldades Percecionadas em contexto online e a Flexibilidade Cognitiva dos terapeutas são variáveis preditoras de Presença Terapêutica; 2) Verificar se existem diferenças entre os terapeutas que já estavam familiarizados com a terapia online versus os que iniciaram recentemente esta prática; 3) Verificar se existem diferenças nas variáveis em estudo tendo em conta o modelo teórico do terapeuta.

Método: A amostra é constituída por psicólogos e psicoterapeutas que praticam terapia online (N=692), com idades compreendidas entre os 22 e os 77 anos. A recolha de dados decorreu totalmente online.

Resultados: Os resultados evidenciam que tanto as Dificuldades Percecionadas como a Flexibilidade Cognitiva do terapeuta influenciam os valores de Presença Terapêutica, contudo a Flexibilidade Cognitiva apresenta maior destaque. Além disso, não existem diferenças significativas entre terapeutas que já recorriam a formatos online e os que não usavam este recurso, nem ao nível das Dificuldades Percecionadas nem ao nível da Flexibilidade Cognitiva. Quanto aos modelos teóricos, os resultados indicam existir diferenças. **Conclusão:** A Flexibilidade Cognitiva e as Dificuldades Percecionadas em contexto online, influenciam a Presença Terapêutica, tanto em terapeutas portugueses, como em terapeutas estrangeiros.

Palavras-chave: Terapia Online; Presença Terapêutica; Flexibilidade Cognitiva; Dificuldades Percecionadas

Abstract

The COVID-19 pandemic and all the associated changes brought about needs that had to be implemented quickly. It was imperative to improve online therapy services in order to continue to provide therapeutic support. More than maintaining the sessions, it was necessary to guarantee their quality and ensure that the therapists were prepared, since most of them have little training or experience in this modality. **Objectives:** 1) To understand whether Perceived Difficulties in an online context and Cognitive Flexibility of therapists are predictors of Therapeutic Presence; 2) Check if there are differences between therapists who were already familiar with online therapy vs. those who have recently started this practice; 3) Check if there are differences in the variables under study, taking into account the therapist's theoretical model. **Method:** The sample consists of psychologists and psychotherapists who practice online therapy (N=692), aged between 22 and 77 years. Data collection took place entirely online. **Results:** The results show that both the Perceived Difficulties and the Cognitive Flexibility of the therapist influence the values of Therapeutic Presence, however, the Cognitive Flexibility is more prominent. Furthermore, there are no significant differences between therapists who already used online formats and those who did not use this resource, neither in terms of Perceived Difficulties nor in terms of Cognitive Flexibility. As for the theoretical models, the results indicate that there are differences. **Conclusion:** Cognitive Flexibility and Perceived Difficulties in an online context influence Therapeutic Presence, both in Portuguese and foreign therapists.

Keywords: Online Therapy; Therapeutic Presence; Cognitive Flexibility; Perceived difficulties

Índice

Introdução.....	1
Método.....	5
Participantes.....	5
Instrumentos.....	5
Questionário Sociodemográfico.....	5
Instrumento das Dificuldades Percecionadas.....	5
Inventário da Flexibilidade Cognitiva.....	6
Inventário da Presença Terapêutica – Terapeutas.....	6
Procedimento.....	7
Análise de Dados.....	8
Resultados.....	9
A relação entre as variáveis: Dificuldades Percecionadas, Flexibilidade Cognitiva e Presença Terapêutica.....	9
O efeito das Dificuldades Percecionadas e da Flexibilidade Cognitiva sobre a Presença Terapêutica.....	10
O efeito da familiarização prévia com a terapia online.....	11
O efeito do modelo teórico do terapeuta.....	11
Correlação com as variáveis sociodemográficas.....	14
Discussão.....	15
Limitações do estudo.....	17
Estudos Futuros.....	17
Conclusão.....	18
Referências.....	19
Anexo A – Revisão de Literatura.....	24
Terapia Online.....	24
Vantagens e Limitações.....	27
Treino em Terapia Online.....	31
Presença Terapêutica.....	32
Conceito e Literatura de Geller.....	32
Estudos sobre a presença terapêutica e a terapia online.....	34
Flexibilidade do Terapeuta.....	35
Referências.....	37
Anexo B – Caracterização da Amostra.....	44

Anexo C – Instrumentos	46
Anexo D – Texto de Apresentação no google forms.....	64
Anexo E – Análise de Dados.....	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas e Fiabilidade das escalas.....	9
Tabela 2 – Matriz de correlações entre as variáveis.....	10
Tabela 3 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla.....	10
Tabela 4 – Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função da familiarização prévia com a terapia online.....	11
Tabela 5 – Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função dos modelos teóricos dos terapeutas.....	12
Tabela 6 – Correlações das escalas com as variáveis sociodemográficas.....	14

Introdução

A evolução tecnológica traz inúmeras transformações que, gradualmente, têm alterado muitas das tradicionais formas de comunicar e trabalhar.

Aliada a esta evolução, a pandemia do COVID-19 trouxe, por todo o mundo, alterações sem precedentes na vida de todas as pessoas, que acarretaram uma série de impactos psicossociais (Charles, Strong, Burns, Bullerjahn, & Serafine, 2020) e criaram enormes desafios no que respeita à prestação de cuidados de saúde mental (Rosen, Glassman & Morland, 2020). As medidas de prevenção adotadas pelos diferentes países (e.g. distanciamento social) para combater este surto, obrigaram a rápidas adaptações, incidindo, especialmente, na área da saúde, na transição do acompanhamento presencial para acompanhamento à distância (Machluf, Abba Daleski, Shahar, Kula & Bar-Kalifa, 2021).

No caso específico da psicologia e apesar de, em algumas situações, poder ser considerado possível manter as sessões presenciais, era um risco acrescido para terapeutas e pacientes continuarem o acompanhamento face a face (Boldrini, Schiano Lomoriello, Del Corno, Lingiardi & Salcuni, 2020). Assim, a psicoterapia sofreu grandes transformações devido a esta calamidade (Callahan, 2020) e impeliu a necessidade de os psicoterapeutas confiarem na tecnologia para poderem continuar o seu trabalho e prosseguir com a prestação de apoio aos seus pacientes, sem interromper os processos já iniciados (Van Daele et al., 2020).

A psicoterapia *online* é a intervenção terapêutica feita através do recurso a tecnologias de comunicação, mediadas por computador ou telefone. Várias denominações foram, entretanto, criadas para intitular este novo meio de atuação: terapia online, e-aconselhamento (e-counseling), e-terapia (e-therapy), terapia cibernética (cyber therapy), terapia por e-mail (e-mail therapy), aconselhamento síncrono de uma sessão (synchronous single-session counseling) ou terapia por e-mail (therapy-e-mail), entre outros (Chester & Glass, 2006; Li, Jaladin & Abdullah, 2013). Esta forma de intervenção pode fazer-se através de comunicação síncrona (interação simultânea, em tempo real, como a videoconferência) ou assíncrona (interação não simultânea, em tempo desfasado, como o e-mail) (Li et al., 2013; Schmidt, Silva, Pieta, Crepaldi, & Wagner, 2020; Wosik et al., 2020).

O apoio psicológico ou a psicoterapia exigem sempre a criação de uma relação interpessoal, através da qual se pretende que o terapeuta possa dotar o seu cliente de capacidades e estratégias para enfrentar situações que provocam sofrimento e lidar com emoções que podem parecer inacessíveis ou difíceis de gerir (Wampold, 2019). E, em alguns casos, a terapia online pode influenciar positivamente a relação terapêutica (Stoll, Müller & Trachsel, 2020).

Os psicólogos e psicoterapeutas precisam, mais do que nunca, de fazer uso das suas características interpessoais para se adaptar e aperfeiçoar outras habilidades, uma vez que quer através da sessão realizada online, quer através da sessão presencial, existem importantes variáveis que se podem dissipar, como os sinais não verbais (Shklarski, Abrams & Bakst, 2021). Os terapeutas com melhor desempenho são, por norma, aqueles que apostam no seu desenvolvimento profissional, mas também pessoal. Procuram feedback, identificam falhas e refletem sobre o que podem alterar para obter melhores resultados (Chow et al., 2015).

No que respeita à terapia online, o pressuposto não deverá ser diferente, contudo a maior parte dos psicoterapeutas possui um treino em terapia online bastante reduzido ou, em alguns casos, até inexistente, em parte porque vários psicoterapeutas creem que não existem diferenças entre terapia online e presencial e, talvez porque em termos de eficácia, parecem não existir grandes diferenças entre ambas as intervenções (Békés & Doorn, 2020).

Para muitos psicoterapeutas esta situação pandémica foi uma enorme mudança, que significou a necessidade de uma rápida adaptação para a transferência dos processos terapêuticos presenciais para a psicoterapia online, sendo que, em muitos casos, tudo aconteceu sem aviso prévio e sem os psicoterapeutas estarem devidamente preparados, independentemente de quais fossem as suas crenças em relação à psicoterapia online. Psicoterapeutas de todas as escolas teóricas e com diferentes níveis de experiência tiveram de enfrentar os desafios e as implicações que foram surgindo e, em algumas ocasiões, com poucas oportunidades para a prática reflexiva, contrariando o que vem sendo preconizado sobre a reflexão da sua intervenção (Békés & Doorn, 2020). Não obstante, investigações recentes indicam que os clientes e os psicoterapeutas que utilizam as terapias online conseguem, de uma forma geral, criar uma relação e uma aliança terapêutica de qualidade (Simpson & Reid, 2014). Assim, algumas instituições e profissionais em nome próprio, têm já oferecido os seus serviços através do uso da terapia online, o que auxilia ao desenvolvimento deste tipo de intervenção com recurso às tecnologias (Li et al., 2013).

Um ponto importante na terapia é a presença terapêutica. Geller (2020), refere que a presença terapêutica é uma forma de otimizar não apenas o momento em que está com o cliente (e envolve a preparação para a sessão), mas também a forma de aplicação da técnica. É a maneira de agir que envolve a entrega total do terapeuta ao processo e ao momento com cada um dos seus clientes, estando envolvido a nível físico, emocional, cognitivo, espiritual e relacional, que o ajuda a conectar-se ao cliente. É preconizado que apenas desta forma é possível que o cliente sinta que está plenamente seguro e acolhido e apenas desta forma será capaz de se “abrir” à terapia e se conectar com o terapeuta, podendo mesmo permitir o aprofundar da

relação terapêutica, o que vai promover uma terapia eficaz e, em consequência, facilitar a recuperação do cliente (Geller & Greenberg, 2012; Geller & Porges, 2014; Geller, 2020). A presença terapêutica implica consciência do terapeuta sobre a sua linguagem, postura e o desenvolvimento do processo e também da comunicação verbal e não verbal, devendo ser responsivo, pois só assim será possível perceber o cliente e incorporar devidamente a experiência que está a ser relatada (Geller & Greenberg, 2012; Geller, 2020). A presença terapêutica tem também o objetivo de monitorizar a experiência do terapeuta uma vez que, através da autoconsciência, pode aperceber-se de como a sua intervenção está a ser recebida e se estão ou não a conseguir estabelecer a relação terapêutica. Além disso, ao estar presentes, os terapeutas são também capazes de “relaxar” na medida em que, ao estarem centrados no seu cliente, conseguem reduzir a sua própria ansiedade (Geller & Greenberg, 2012). Por outro lado, “telepresença”, é definida como a perceção de estar fisicamente presente, mesmo estando numa sessão online, onde as partilhas ocorridas na sessão permitem a experiência de total entrega ao processo como se paciente e terapeuta estivesse fisicamente no mesmo espaço (Haddouk, 2015; Bouchard, Robillard, Marchand, Renaud & Riva, 2007). Apesar de presença terapêutica e telepresença serem conceitos diferentes, completam-se e devem ser continuamente aperfeiçoados.

A terapia na modalidade online, encontra-se em crescimento e, por essa razão, importa melhorar os serviços, mas também melhorar as intervenções dos terapeutas para que possam cultivar a presença terapêutica e obter relações terapêuticas mais fortes. Ao aprimorar estas características, os clientes sentir-se-ão mais ligados à terapia e ao terapeuta, revelando maior facilidade na expressão emocional e consolidando a relação terapêutica (Geller, 2020; Ogden & Goldstein, 2019).

Para que seja possível estabelecer boas relações terapêuticas é necessário que o terapeuta seja dotado de flexibilidade cognitiva, ou seja, deve ser capaz aceitar e compreender o cliente, evitando julgar ou desaprovar pensamentos e sentimentos que lhe são transmitidos, adaptando-se com relativa facilidade e rapidez a novas ou inesperadas situações (Cañas, Quesada, Antolí & Fajardo, 2003).

Esta característica não tem de ser inata e pode ser treinada, tanto nas sessões presenciais como nas sessões online. O treino inclui a preparação da sessão com cuidados específicos em cada momento da mesma e a preparação do próprio terapeuta, especialmente quando a modalidade a aplicar é ainda desconhecida. O treino em terapia online deve contemplar o envolvimento com o meio cibernético (conhecendo como utilizar as ferramentas e como agir em situações de falhas tecnológicas, por exemplo, quando a imagem congela e poderá ser

apresentada uma expressão facial negativa) (Geller, 2020) mas também o envolvimento relacional, por forma a estabelecer, com confiança, um ambiente seguro e uma relação sólida, permitindo identificar os processos decorrentes da terapia (Alvandi, 2019; Ogden & Goldstein, 2019).

Owen e Hilsenroth (2014) revelam que quando se comparam os terapeutas mais flexíveis com os que apresentam uma menor flexibilidade os resultados são diferenciados. Maior flexibilidade parece estar associada a melhores resultados, uma vez que promove a responsividade e o ajustamento do terapeuta a cada pessoa, permitindo, por exemplo, ao terapeuta fazer uma maior exploração (ou pelo contrário, ter maior prudência) no que respeita a intervenções comportamentais (Galovski, Blain, Mott, Elwood & Houle, 2012; McCullough et al., 2003; Owen & Hilsenroth, 2014). Em geral, os terapeutas flexíveis aplicam diferentes técnicas e métodos de acordo com as necessidades do cliente (Genç & Yuksel-Sahin, 2020).

Com o devido treino, os benefícios da flexibilidade abrangem ambos os intervenientes: os terapeutas conseguem transmitir a sua presença e os clientes sentem-se compreendidos e seguros, mesmo à distância (Alvandi, 2019; Geller, 2020; Ogden & Goldstein, 2019).

Pelo que foi referido anteriormente e pela importância que este tema acarreta nos dias de hoje, bem como pelas poucas e inconsistentes descobertas, é fundamental continuar a indagar. Assim, a presente investigação pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

- 1) Será que as Dificuldades Percecionadas em contexto online e a Flexibilidade Cognitiva dos terapeutas são variáveis preditoras de Presença Terapêutica?
- 2) Existem diferenças entre os terapeutas que já estavam familiarizados com a terapia online *versus* os que iniciaram recentemente esta prática?
- 3) Existem diferenças nas variáveis em estudo (Dificuldades Percecionadas, Flexibilidade Cognitiva e Presença Terapêutica) tendo em conta o modelo teórico do terapeuta?

Método

Participantes

As características da amostra podem ser consultadas em detalhe na Tabela B1 (Anexo B). No presente estudo, a amostra é constituída por 692 psicólogos e psicoterapeutas portugueses e estrangeiros, a residir em diversos pontos do mundo. A maioria dos participantes é do género feminino (77.2%) e o país de residência da maior parte dos participantes é Portugal (45.8%), seguido do Brasil (19.8%). Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que a prevalência dos participantes possui formação superior, nomeadamente ao nível de mestrado (49.0 %). Na presente amostra, antes da pandemia do COVID-19, a maioria dos participantes não praticava ainda terapia online (56.6%). Todavia, os sujeitos que já praticavam terapia online (43.4%), indicaram, muitos deles, realizar terapia online há mais de 3 anos (41%). Na generalidade, os participantes trabalham para Instituições Privadas (53.8%) e o modelo teórico mais praticado é a Abordagem Cognitivo-Comportamental (37.9%).

Como é possível observar através da tabela B2 (Anexo B) a idade média dos participantes em estudo é de 40 anos (D.P. = 12.30) e que no que concerne às horas de trabalho semanal, em sessões de apoio psicológico ou psicoterapêutico online, a média das horas é de 15h30m (D.P. = 10.77).

Por último, é de salientar que a forma mais usada para praticar terapia online é a Videochamada, praticada pela maioria dos participantes (Gráfico B1, presente no Anexo B).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é composto por 10 perguntas sobre: 1) Género; 2) Idade; 3) País de residência; 4) Habilitações literárias; 5) Se o terapeuta praticava terapia online antes da pandemia do COVID-19; 6) Se praticava terapia online antes da pandemia, há quanto tempo; 7) O tipo de instituição onde exerce; 8) Como pratica terapia online; 9) Que modelo teórico se apoia para a prática clínica e 10) Quantas horas trabalha por semana em sessões de apoio psicológico ou psicoterapêutico online.

Instrumento das Dificuldades Percecionadas

O Instrumento das Dificuldades Percecionadas convida o terapeuta a avaliar o nível de dificuldade que sente em alguns aspetos decorrentes do processo psicoterapêutico. Foi adaptado

da escala “Autoperceção da competência psicoterapêutica” de Buckley, Conte, Plutchik & Karasu (1981) e foi adaptado e traduzido para a língua portuguesa por Rathenau, Sousa, Vaz & Geller (2021). De modo a garantir a validade do teste, após a adaptação, e antes do instrumento ser utilizado, os autores realizaram um pré-teste. Das 29 questões iniciais, algumas foram eliminadas, outras mantidas e algumas adaptadas, ficando o questionário com um total de 12 itens.

O instrumento conta com itens como: “Aprender com os Erros” ou “Usar clarificações de forma eficaz” e a escala de resposta varia entre de 1 (“Não, de todo”) a 4 (“Muito”). Segundo Rathenau e colaboradores (2021) as propriedades psicométricas revelaram-se muito adequadas (alfa de *cronbach*=.91; KMO=.85; CFI=.98; GFI=.85; TLI=.98; PCFI=.73; RMSEA=.05).

Inventário da Flexibilidade Cognitiva

O Inventário de Flexibilidade Cognitiva (IFC) foi criado por Dennis & Vander Wal (2010), para ser uma medida breve de autorrelato com o objetivo de medir o nível de flexibilidade cognitiva, verificando se os indivíduos conseguem pensar de forma adaptativa quando sujeitos a situações de stress.

O IFC mostra-se eficaz pela objetividade e considera 3 aspetos da flexibilidade cognitiva: 1) a tendência para inferir situações complicadas como sendo passíveis de ser controladas; 2) a aptidão para ver alternativas às situações quotidianas; 3) a capacidade de pensar e conceber soluções para situações difíceis.

Os itens do IFC foram construídos com o intuito de focar as crenças e sentimentos que os indivíduos experienciam (Dennis & Vander Wal, 2010). A escala é constituída por 20 itens (e.g.: “Penso em várias opções antes de tomar uma decisão” ou “Em situações difíceis, sinto que estou a perder o controlo”) e as respostas são cotadas através de uma escala de *Likert* que varia de 1 (“Discordo Fortemente”) a 7 (“Concordo Fortemente”). Os itens invertidos são o 2,4,7,9,11 e 17. Dennis & Vander Wal (2010) e referem que o IFC apresenta uma excelente consistência interna (CFI total: tempo 1 - alfa de *cronbach* = .90; tempo 2 - alfa de *cronbach* = .91).

Inventário da Presença Terapêutica – Terapeutas

O Inventário da Presença Terapêutica – versão para Terapeutas (IPT-T) foi desenvolvido por Geller, Greenberg & Watson (2010) e adaptado para português por Rathenau e colaboradores (2021). O IPT-T é constituído por 21 itens (11 formulados de forma positiva e

10 formulados de forma negativa), que analisam a presença terapêutica onde os terapeutas são solicitados a avaliar a sua experiência de presença ou não presença, durante a sua última sessão (e.g.: “Foi difícil ouvir o meu cliente” ou “O tempo pareceu arrastar-se muito”).

A escala de resposta é uma escala de *Likert* com uma pontuação que varia entre 1 (“Não, de todo”) e 7 pontos, (“Completamente”). Os itens com pontuação invertida são o 2, 3, 5, 6, 9, 13, 15, 16, 18 e 21. De acordo com Geller e colaboradores (2010), o IPT-T indicou uma boa confiabilidade (alfa de *cronbach* = .94).

Procedimento

O presente estudo é um estudo quantitativo de delineamento transversal. Apesar do método de amostragem ter sido não probabilístico, recolheu-se uma amostra de grande dimensão para tentar que seja o mais representativa possível da população em estudo.

Primeiramente, foram definidos os objetivos e os instrumentos necessários a utilizar para a recolha de dados. Procedeu-se à tradução para a língua Portuguesa do “Inventário da Flexibilidade Cognitiva”, a partir do artigo de Dennis & Vander Wal (2010), sendo seguidas as normas da tradução (Ferreira, Neves, Campana & Fernandes, 2014).

Após o Inventário da Flexibilidade Cognitiva estar devidamente traduzido foi criado o Questionário Sociodemográfico na plataforma *google forms* e acrescentados os restantes instrumentos. Todos os instrumentos utilizados estão detalhados no Anexo C. Foram criados dois documentos distintos no *google forms*, um em língua portuguesa e outro em língua inglesa. Foi construído e inserido um texto de apresentação para esclarecer o propósito do estudo, especificando a população a que se destinava. Para além do mencionado foi também incluindo o consentimento informado, referindo que o anonimato e a confidencialidade dos dados estariam assegurados, frisando que os dados dos questionários seriam apenas analisados como um todo e não seriam tratados fora do âmbito da investigação e foi sublinhado que a participação era voluntária (Anexo D).

A recolha de dados decorreu entre Fevereiro e Abril de 2021 e foi realizada online. A amostra do presente estudo era inicialmente constituída por 702 participantes, contudo foram retirados 10 participantes, por incongruência nas suas respostas. A amostra final, utilizada para análise estatística corresponde a 692 participantes. Foi utilizado o recurso à técnica “bola de neve”, através da utilização das redes sociais e também do e-mail. Por fim, foi construída uma base de dados onde se compilaram todos os dados recolhidos, para posterior análise estatística.

Análise de Dados

Foi feita a análise dos resultados através do software IBM SPSS v.27 (Statistical Package for the Social Sciences).

Foram calculados os Índices de Assimetria – valores inferiores a $|3|$ – e Curtose – valores inferiores a $|8|$ dizem respeito à sensibilidade da escala e procura conferir se as variáveis apresentam distribuição aproximadamente normal (Marôco, 2018).

Para estudar a relação entre as variáveis “Dificuldades Percecionadas”, “Flexibilidade Cognitiva” e “Presença Terapêutica” dos Terapeutas recorreu-se ao cálculo de coeficientes de correlação de Pearson por estarmos perante variáveis quantitativas. Tendo sido encontradas correlações significativas entre as variáveis recorreu-se à Regressão Linear Múltipla para se perceber o efeito das “Dificuldades Percecionadas” e da “Flexibilidade Cognitiva” sobre a “Presença Terapêutica” dos Terapeutas. Os pressupostos inerentes a esta metodologia foram validados.

Para as comparações de grupos recorreu-se a testes paramétricos para amostras independentes – T-Student (2 amostras) ou ANOVA one-way (3 ou mais amostras) – depois de validados os pressupostos de Normalidade e de Homogeneidade de Variâncias (através do teste de Levene). Quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias falha, recorre-se à ANOVA de Welsh.

Os resultados são significativos tendo em conta um nível de significância de 5%.

Resultados

Inicialmente foi feita a estatística descritiva das principais variáveis em estudo bem como o cálculo dos Alfa de Cronbach. Na Tabela 1 é possível observar as Estatísticas Descritivas e a Fiabilidade das escalas. Todas as escalas apresentam uma boa consistência interna visto que o valor do Alfa é superior a .80. Através das médias podemos concluir que estamos perante uma amostra com poucas Dificuldades Percecionadas (M=1.56), muita Flexibilidade Cognitiva (M=5.93) e elevada Presença Terapêutica T (M=5.62).

Tabela 1

Estatísticas Descritivas e Fiabilidade das escalas

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo - Máximo	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach
Dificuldades Percecionadas	1.56	.58	1-4	1.88	3.68	.92
Flexibilidade Cognitiva	5.93	.49	4-7	-.17	-.03	.83
Presença Terapêutica-T	5.62	.67	3-7	-.84	.98	.88

A relação entre as variáveis: Dificuldades Percecionadas, Flexibilidade Cognitiva e Presença Terapêutica

Os coeficientes de correlação obtidos encontram-se na matriz de correlações na Tabela 2. Há correlações significativas entre todas as variáveis em estudo. As Dificuldades Percecionadas encontram-se negativamente correlacionadas com a Presença Terapêutica, ou seja, quanto maiores os níveis de Presença Terapêutica menores as Dificuldades Percecionadas. Também existe uma correlação negativa entre a Flexibilidade Cognitiva e as Dificuldades Percecionadas, isto é, quanto maiores os níveis de Flexibilidade Cognitiva menores as Dificuldades Percecionadas. A correlação mais forte é entre a Flexibilidade Cognitiva e a Presença Terapêutica, indicando-nos que quanto maior a Flexibilidade Cognitiva maior a Presença Terapêutica.

Tabela 2

Matriz de correlações entre as variáveis

	Presença Terapêutica-T	Dificuldades Percecionadas	Flexibilidade Cognitiva
Presença Terapêutica -T	1.00		
Dificuldades Percecionadas	-.23**	1.00	
Flexibilidade Cognitiva	.41**	-.19**	1.00

Nota: ** $p < .001$

O efeito das Dificuldades Percecionadas e da Flexibilidade Cognitiva sobre a Presença Terapêutica.

No sentido de dar resposta à primeira questão de investigação “Será que as Dificuldades Percecionadas em contexto online e a Flexibilidade Cognitiva dos terapeutas são variáveis preditoras de Presença Terapêutica?” realizou-se um Modelo de Regressão Linear Múltipla (consultar Tabela E1, no Anexo E) e concluiu-se que o modelo é significativo [$F(2;689) = 82.91$; $p < .001$; $R^2_a = .19$].

Tendo como variável X1 as “Dificuldades” e X2 a “Flexibilidade Cognitiva” e como Y a “Presença Terapêutica”, podemos assumir como modelo ajustado a expressão $Y = 2.78 - .18X1 + .53X2$.

Da análise do modelo resumido na Tabela 3 concluímos que ambas as preditoras são significativas no modelo ($p < .001$) e que a “Flexibilidade Cognitiva” contribui mais ($Beta = .38$) para a predição da “Presença Terapêutica” do que as “Dificuldades” ($Beta = -.16$). Tal como já tinha sido evidenciado pelas correlações, quanto maior for o grau de Dificuldades Percecionadas, menor a Presença Terapêutica e quanto maior a Flexibilidade maior a Presença Terapêutica (consultar Tabela E2, no Anexo E).

Tabela 3

Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla

Modelo	Coeficientes				
	B	Erro Padrão	padronizados Beta	T	P
Constante	2.78	.30	-	9.16	<.001
Dificuldades Percecionadas	-.18	.04	-.16	-4.54	<.001
Flexibilidade Cognitiva	.53	.05	.38	10.96	<.001

O efeito da familiarização prévia com a terapia online

Com o intuito de dar resposta à segunda questão de investigação “Existem diferenças entre os terapeutas que já estavam familiarizados com a terapia online *versus* os que iniciaram recentemente esta prática?” recorreu-se a um Teste *t-student* para amostras independentes (consultar Tabela E3, presente no Anexo E).

Os resultados do teste revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre terapeutas que já recorriam a formatos online e os que não usavam este recurso, nem ao nível das “Dificuldades” [$t(690) = -1.19; p > .05$], nem ao nível da “Flexibilidade Cognitiva” [$t(690) = .59; p > .05$]. Por outro lado, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos relativamente à “Presença Terapêutica”, sendo que o grupo de terapeutas que já realizavam sessões online antes da situação pandémica revela um índice superior de “Presença Terapêutica” quando comparado com os que não usavam as ferramentas online [$t(690) = 2.29; p < .05; \bar{x}_{\text{Sim}} = 5.68; \bar{x}_{\text{Não}} = 5.57$]. A Tabela 4 resume estes resultados.

Tabela 4

Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função da familiarização prévia com a terapia online

Variáveis	Familiarização prévia	N	Média	Desvio - padrão	P
Dificuldades Percecionadas	Sim	300	1.53	.62	.24
	Não	392	1.59	.55	
Flexibilidade Cognitiva	Sim	300	5.94	.49	.55
	Não	392	5.92	.49	
Presença Terapêutica-T	Sim	300	5.68	.66	.02
	Não	392	5.57	.68	

O efeito do modelo teórico do terapeuta

Para responder à última questão “Existem diferenças nas variáveis em estudo tendo em conta o modelo teórico do terapeuta?” foi feita uma ANOVA a um fator (consultar Tabela E4, E5, E6 e E7, no Anexo E).

Tal como podemos ver na Tabela 5, existem diferenças significativas ($p < .05$) entre pelo menos dois modelos teóricos para as variáveis em estudo – “Dificuldades”, “Flexibilidade Cognitiva” e “Presença Terapêutica”.

Tabela 5

Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função dos modelos teóricos dos terapeutas

Variáveis	Modelos Teóricos	N	Média	Desvio - padrão	P
Dificuldades Percecionadas	Cognitivo-Comportamental	262	1.55	.54	<.001
	Humanista	93	1.70	.66	
	Comportamental	33	1.84	.80	
	Psicodinâmica	146	1.57	.58	
	Sistémica	43	1.61	.69	
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	1.37	.37	
	Outros	38	1.44	.58	
Flexibilidade Cognitiva	Cognitivo-Comportamental	262	5.97	.46	.05
	Humanista	93	5.82	.51	
	Comportamental	33	5.75	.43	
	Psicodinâmica	146	5.91	.51	
	Sistémica	43	5.97	.53	
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	5.94	0.51	
	Outros	38	6.02	.48	
Presença Terapêutica-T	Cognitivo-Comportamental	262	5.63	.63	.04
	Humanista	93	5.56	.73	
	Comportamental	33	5.44	.70	
	Psicodinâmica	146	5.60	.68	
	Sistémica	43	5.47	.81	
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	5.69	.65	
	Outros	38	5.90	.57	

Foram realizados testes *Post-Hoc LSD* (Anexo E) para se perceber entre que abordagens existem diferenças significativas.

Em relação à variável “Dificuldades” [$F(6; 685) = 4.03; p < .001$], o teste *Post-Hoc LSD* (consultar Tabela E8, no Anexo E) revelou diferenças estatisticamente significativas entre a abordagem Cognitivo-Comportamental e a abordagem Humanista ($D = -.16; p = .03$), entre a abordagem Cognitivo-Comportamental e a abordagem Comportamental ($D = -.29; p = .01$) e a abordagem Cognitivo-Comportamental e a abordagem Integrativa ou mais do que dois modelos ($D = .18; p = .02$). Pelo valor de “D” (diferença entre as médias dos grupos), comparando com

o modelo Cognitivo Comportamental, constata-se que no caso das abordagens Humanista e Comportamental, são estas duas últimas que manifestam um índice superior de dificuldades.

Da comparação com o modelo Integrativo ou mais do que dois Modelos, nota-se pelo valor de “D” que o índice de dificuldade é superior na abordagem Cognitivo-Comportamental. Comparando com a abordagem Humanista existem diferenças estatisticamente significativas com o modelo Integrativo ou mais do que dois modelos ($D = .34$; $p\text{-value} < .001$). Tendo agora por base a comparação com a abordagem Comportamental, esta difere significativamente da abordagem Psicodinâmica ($D = .27$; $p = .02$) e do modelo Integrativo ou mais de dois Modelos ($D = .47$; $p\text{-value} < .001$) e ainda de outros modelos ($D = .40$; $p = .003$); também aqui o maior índice de dificuldade recai para a abordagem Comportamental.

Considerando agora a variável dependente “Flexibilidade Cognitiva” [$F(6; 685) = 2.1$; $p = .05$], podemos concluir através do teste Post-Hoc (consultar Tabela E9, no Anexo E) que a abordagem Cognitivo-Comportamental denuncia diferenças estatisticamente significativas com a Abordagem Humanista ($D = -.15$; $p = .012$) e com a Abordagem Comportamental ($D = .22$; $p = .013$) salientando-se que para ambos os casos o nível de Flexibilidade Cognitiva é superior no grupo da Abordagem Cognitivo-Comportamental. Considerando a Abordagem Humanista pode concluir-se que esta difere significativamente do grupo “Outros” ($D = -.19$; $p = .04$) tendo maior nível de “Flexibilidade Cognitiva” este último. De forma análoga, o Modelo Comportamental também registou uma diferença estatisticamente relevante com o grupo “Outros” ($D = -.27$; $p = .02$) indiciando este último um valor superior de “Flexibilidade Cognitiva”.

No que concerne à variável “Presença Terapêutica” [$F(6; 685) = 2.20$; $p = .04$], os testes Post-Hoc (consultar Tabela E10, no Anexo E) mostram-nos que a Abordagem Humanista regista uma diferença significativa em termos estatísticos com o grupo “Outros” ($D = -.34$; $p = .01$) sendo o maior valor de “Presença Terapêutica” verificado no grupo “Outros”. Relativamente à Abordagem Comportamental, também esta verifica uma diferença estatisticamente significativa com o grupo “Outros” ($D = -.46$; $p = .004$) pertencendo o maior valor da “Presença Terapêutica” ao grupo “Outros”. A Abordagem Sistémica destaca-se do grupo “Outros” ($D = -.43$; $p = .004$). Em suma, o grupo “Outros” é o que regista o maior valor de “Presença Terapêutica”, diferenciando-se significativamente de todas as abordagens à exceção do Modelo Integrativo ou mais de dois Modelos.

Correlação com as variáveis sociodemográficas

Por fim, com caráter exploratório foram realizadas correlações de *Pearson* das principais variáveis em estudo com a Idade e com o Número de Horas semanais passadas em sessões de psicoterapia. Da observação da Tabela 6 constatou-se uma associação estatisticamente significativa positiva, embora fraca, entre a idade e o número de horas semanais passadas em sessões de psicoterapia online ($R = .14$; $p < .001$), ou seja, quanto maior é a idade dos sujeitos, maior é o número de horas semanais passadas em sessões de psicoterapia online. Também se verificou uma associação com relevância estatística, positiva e fraca entre a idade e a Flexibilidade Cognitiva ($R = .12$; $p = .002$) e a Idade e a Presença Terapêutica ($R = .18$; $p < .001$), isto é, quanto maior é a idade dos participantes, mais elevados são os níveis de Flexibilidade Cognitiva e maiores os níveis de Presença Terapêutica. Constatou-se ainda uma associação estatisticamente significativa negativa, mas muito fraca, entre o número de horas semanais passadas em sessões de psicoterapia online e as Dificuldades Percecionadas ($R = -.08$; $p = .029$), o que sugere que quanto mais horas semanais passadas em sessões de psicoterapias online menores as Dificuldades Percecionadas.

Tabela 6

Correlações das escalas com as variáveis sociodemográficas

	Dificuldades Percecionadas	Flexibilidade Cognitiva	Presença Terapêutica-T
Idade	-.04	.12**	.18**
Número de horas	-.08*	.03	-.06

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão

O treino para psicólogos e psicoterapeutas baseia-se na premissa de que as qualidades e características interpessoais do terapeuta podem ser desenvolvidas para melhorar os efeitos da terapia, uma vez que apresentam uma grande importância para os resultados da terapia (King, Orr, Poulsen, Giacomantonio & Haden, 2017). Com a crescente evolução e, também, devido à pandemia do COVID-19, surgiu a necessidade de adaptação e modernização dos serviços de apoio psicológico. Assim, a terapia online já instituída, veio ganhar uma exponencial notoriedade, devido ao risco de contágio e trouxe benefícios como a possibilidade de continuar a acompanhar pacientes independentemente do lugar onde se encontrem. Não obstante, é ainda escassa a informação sobre os resultados da terapia online e de que forma se podem melhorar as intervenções para oferecer um serviço de maior qualidade. Embora Békés e Doorn (2020) tenham relatado que os psicoterapeutas apresentam atitude positiva em relação à terapia online, (especialmente quando existe experiência anterior), o treino em terapia online é ainda bastante reduzido e, em alguns casos, até inexistente, o que nos convoca a investigar mais.

A Presença Terapêutica é um fator comum de enorme relevo pelo seu papel no estabelecimento de segurança, para a construção da aliança e relação terapêutica e que, conseqüentemente, impactam nos resultados da terapia (Dunn, Callahan, Swift, & Ivanovic, 2013; Geller, 2017; Geller & Porges, 2014; Hayes & Vinca, 2017).

A investigação em psicoterapia tem revelado que a relação terapêutica e a aliança terapêutica são preditores consistentes nos resultados que proporcionam a mudança terapêutica (Norcross & Lambert, 2011, 2019). Por essa razão, o presente estudo torna-se pertinente uma vez que tenta compreender se Dificuldades Percecionadas em contexto online e a Flexibilidade Cognitiva dos terapeutas são variáveis preditoras de Presença Terapêutica; verificar se existem diferenças entre os terapeutas que já estavam familiarizados com a terapia online *versus* os que iniciaram recentemente esta prática; e verificar se existem diferenças nas variáveis em estudo (Dificuldades Percecionadas, Flexibilidade Cognitiva e Presença Terapêutica) tendo em conta o modelo teórico do terapeuta.

Os resultados obtidos revelam que na amostra em estudo, os terapeutas com valores mais elevados de Flexibilidade Cognitiva e que percecionam menos Dificuldades na terapia online, apresentam valores mais elevados de Presença Terapêutica. Owen e Hilsenroth (2014) já tinham verificado que os terapeutas mais flexíveis apresentavam resultados diferenciados, pois a flexibilidade promove a responsividade e o ajustamento do terapeuta a cada pessoa

(Galovski et al., 2012; McCullough et al., 2003). Desta forma, pode-se considerar que a literatura existente está de acordo com os resultados obtidos na presente investigação.

No que se refere às possíveis diferenças entre terapeutas que já recorriam a formatos online e os que não usavam este recurso, os resultados revelaram não existir diferenças significativas, nem ao nível das “Dificuldades Percecionadas” nem ao nível da “Flexibilidade Cognitiva”. Contudo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente à “Presença Terapêutica”, sendo que o grupo de terapeutas que já realizava sessões online antes da situação pandémica apresenta um valor superior de “Presença Terapêutica” quando comparado com os que utilizam esta prática há menos tempo. O treino específico em Presença Terapêutica online ajuda os terapeutas a melhorar o envolvimento relacional (Geller, 2020). Esta conclusão poderá indicar que a experiência e o treino de competências desta modalidade podem ter influência, tal como acontece com as sessões convencionais (King et al., 2017).

Por último, verificou-se que existem diferenças aquando do uso de diferentes modelos teóricos. As abordagens Humanista e Comportamental apresentam mais Dificuldades Percecionadas, sendo a última mais saliente. A Flexibilidade Cognitiva é mais saliente no modelo Cognitivo-Comportamental e no que concerne à Presença Terapêutica, o grupo mais saliente refere vários modelos teóricos, que não foram identificados, diferenciando-se significativamente de todas as abordagens à exceção do Modelo Integrativo ou mais de dois Modelos. Tal facto poderá dever-se ao recurso às técnicas específicas destes modelos, uma vez que quando existe a necessidade de usar exercícios práticos, através da terapia online, não serão tão facilmente aplicáveis como nas sessões presenciais. Johansson e colaboradores (2012) referem que poucas são as intervenções, na terapia online, que permitam o terapeuta trabalhar com o paciente na reestruturação cognitiva.

Os dados obtidos permitem-nos verificar que a Flexibilidade Cognitiva e as Dificuldades Percecionadas, em contexto online, influenciam a Presença Terapêutica, tanto em terapeutas portuguesas, como em terapeutas estrangeiros. Ao serem diminuídas as Dificuldades Percecionadas e ser aumentada a Flexibilidade Cognitiva, a prestação do terapeuta apresenta maior qualidade ao nível da Presença Terapêutica (associada a melhores níveis de eficácia a resultados) e, por isso, os serviços de terapia online apresentam também uma significativa melhoria. Assim, esta investigação oferece a possibilidade de construir um caminho para melhorar o modo de intervenção terapêutico online, não só a nível de panorama português, mas também a nível global.

Limitações do estudo

Nas variáveis Flexibilidade Cognitiva e Presença Terapêutica não foram observados os valores mínimos da opção de resposta, isto poderá justificar-se pela presença de desejabilidade social. Este enviesamento ocorre quando os participantes respondem de acordo com aquilo que pensam ser o ideal e/ou mais adequado, revelando uma tendência para atribuir a si próprios as atitudes ou comportamentos socialmente desejáveis e para rejeitar as atitudes e comportamentos menos adequados ou indesejáveis (Almiro, 2017).

A barreira linguística pode ter sido uma limitação para algumas questões, pois alguns participantes indicaram não compreender o que lhes estava a ser solicitado.

Por último, o facto de o presente estudo apresentar um delineamento transversal, não permite inferir causalidade. A causalidade só é possível através de um delineamento experimental (Bastos & Duquia, 2007).

Estudos Futuros

Para futuros estudos propõe-se a replicação do estudo incluindo outras variáveis que influenciem a Presença Terapêutica como, por exemplo, a persuasão, a capacidade de criar expectativas positivas ou a empatia (Wampold & Imel, 2015), para verificar se existem preditores mais fortes do que a Flexibilidade Cognitiva.

Outra sugestão é recolher e analisar a perspectiva do cliente, uma vez que as características da sua personalidade devem também ser consideradas por terem influência nos resultados obtidos (Carter et al., 2012). Este estudo focou-se nos terapeutas, mas é importante perceber como é que os clientes vivenciam esta questão de estarem à distância, através do Inventário de Presença Terapêutica para os Clientes (IPT-C) (Geller et al., 2010).

Pode também realizar-se um estudo apenas com terapeutas de nacionalidades e culturas específicas para verificar se os resultados apresentam diferenças e posteriormente comparar a fim de aferir os resultados interculturais.

E, pela existência de desejabilidade social, poderá acrescentar-se um instrumento de que possa mensurar este construto para avaliar possíveis enviesamentos.

Por último, sugere-se a realização de um estudo longitudinal com terapeutas e clientes que inicialmente tinham sessões presenciais e passaram depois para sessões online, a fim de verificar, com maior rigor, se existem diferenças significativas entre ambas as abordagens.

Conclusão

As características interpessoais do terapeuta podem ser treinadas e conseqüentemente desenvolvidas para melhorar os efeitos da terapia, já que apresentam grande relevância para os resultados.

Os resultados da presente investigação revelam que tanto terapeutas portuguesas, como estrangeiros, ao diminuírem as suas Dificuldades Percecionadas em relação à terapia online e ao melhorarem a sua Flexibilidade melhoram a Presença Terapêutica e, em conseqüência, os resultados da terapia poderão apresentar maior sucesso. Espera-se que isto possa acontecer porque associado a valores mais elevados de Presença Terapêutica, estão valores mais elevados e positivos de relação e de aliança terapêutica. Em suma, o presente estudo contribuiu com um possível caminho para melhorar os serviços de apoio psicológico e/ou psicoterapêutico em contexto online na atualidade.

Referências

- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação psicológica*, 16(3), 0-0.
- Alvandi, E. O. (2019). Cybertherapogy: A conceptual architecting of presence for counselling via technology. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 6(1), 30-45.
- Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
- Békés, V., & Doorn, K. A. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), 238.
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 2716.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007). Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconferencesource. In *Proceedings of the 10th Annual International Workshop on Presence, Barcelona* (pp. 25–27).
- Buckley, P., Conte, H. R., Plutchik, R., & Karasu, T. B. (1981). Psychotherapy skill profiles of psychiatric residents. *The Journal of nervous and mental disease*, 169(11), 733-737.
- Callahan, J. L. (2020). Introduction to the special issue on telepsychotherapy in the age of COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 155.
- Cañas, J., Quesada, J., Antolí, A., & Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482-501.
- Carter, J., Crowe, M., Carlyle, D., Frampton, C., Jordan, J., Mcintosh, V., Joyce, P. (Janeiro de 2012). Patient change processes in psychotherapy: development of a new scale. *Psychotherapy Research*, pp. 115-126.
- Charles, N. E., Strong, S. J., Burns, L. C., Bullerjahn, M. R., & Serafine, K. M. (2020). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college

students during the COVID-19 pandemic. PsyArXiv, 1–38.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/rge9k>

- Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34 (2), 145- 160.
- Chow, D., Miller, S., Seidel, J., Kane, R., Thornton, J., & Andrews, W. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), pp. 337-345.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85.
- Ferreira, L., Neves, A. N., Campana, M. B., & Fernandes, M. D. C. G. C. (2014). Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 13(3), 457-461.
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 968.
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17.
- Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178

- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research, 20*(5), 599-610.
- Genç, A. B., & Yuksel-Sahin, F. (2020). Examining Cognitive Flexibility of Counselors According to The Effective Counselor Characteristics, Counselor Self Efficacy and Some Variables. *Cukurova University Faculty of Education Journal, 49*(2), 794-825
- Haddouk, L. (2015). Presence in telepsychotherapy: Towards a video-interview framework. *International Journal of Emergency Mental Health, 17*(4), 712–713.
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 85–99). Washington, DC: American Psychological Association
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., ... & Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PloS one, 7*(5), e38021.
- King, R. J., Orr, J. A., Poulsen, B., Giacomantonio, S. G., & Haden, C. (2017). Understanding the therapist contribution to psychotherapy outcome: A meta-analytic approach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 664-680.
- Li, P., Jaladin, R. A. M., & Abdullah, H. S. (2013). Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia-social and Behavioral sciences, 103*, 1243-1251.
- Machluf, R., Abba Daleski, M., Shahar, B., Kula, O., & Bar-Kalifa, E. (2021). Couples Therapists' Attitudes Toward Online Therapy During the COVID-19 Crisis. *Family Process.*
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 1–23). Oxford University Press.
- Norcross, J., & Lambert, M. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4.
- Ogden, P., & Goldstein, B. (2019). Sensorimotor psychotherapy from a distance: Engaging the body, creating presence, and building relationship in videoconferencing. In H. Weinberg & A. Rolnick (Eds.), *Theory and practice of online therapy* (pp. 47–65). New York, NY: Routledge.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 280
- Rathenau, S., Sousa, D., Vaz, A., & Geller, S. (2021). The effect of attitudes toward online therapy and the difficulties perceived in online therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000266>
- Rosen, C. S., Glassman, L. H., & Morland, L. A. (2020). Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 174.
- Schmidt, B., Silva, I. M. D., Pieta, M. A. M., Crepaldi, M. A., & Wagner, A. (2020). Terapia On-line com Casais e Famílias: Prática e Formação na Pandemia de Covid-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2021). Will We Ever Again Conduct in-Person Psychotherapy Sessions? Factors Associated with the Decision to Provide in-Person Therapy in the Age of COVID-19. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 993.
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... & De Witte, N. A. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and

e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160.

Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice* (2^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2^a ed.). Nova Iorque: Routledge.

Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., ... & Tchong, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.

Anexo A – Revisão de Literatura

Terapia Online

As crescentes e globais transformações a que vamos assistindo, aos diversos níveis, incitam-nos a sermos capazes de estar aptos a acompanhar as mudanças. Com a pandemia da COVID-19, existiram, por todo o mundo, alterações sem precedentes na vida de todas as pessoas, que acarretaram uma série de impactos psicossociais que não podem ser ignorados (Charles et al., 2020) e que instigaram o medo e acentuaram a ansiedade. O simples facto de existirem confinamentos, que impedem a realização da vida quotidiana e a normal manutenção das relações sociais, é também uma fonte de angústia para muitas pessoas e gera, em alguns casos, insegurança ou até raiva, pelo sentimento de impotência e insegurança (Taylor, 2019).

Por esta razão, o acompanhamento psicológico e as psicoterapias sofreram também mudanças para se ajustar e corresponder às necessidades atuais, por um lado como um meio para complementar os meios tradicionais de terapia, por outro, por recomendação da DGS aquando da emergência da pandemia, para permitir o respeito pelas normas e diretrizes de saúde (OPP, 2020).

A psicoterapia exige a criação de uma relação interpessoal, através da qual se pretende que o terapeuta possa dotar o seu cliente de capacidades e estratégias para enfrentar situações que provocam sofrimento e lidar com emoções que podem parecer inacessíveis ou difíceis de gerir (Wampold, 2019). O principal objetivo do processo terapêutico é promover uma mudança (Leal, 2018), contudo importa reconhecer que a psicoterapia apresenta desafios que estão diretamente ligados a características do cliente, mas também do próprio terapeuta, embora não sejam impeditivos de realizar os processos terapêuticos e apresentam eficácia (Wampold & Imel, 2015).

A pandemia e as medidas implementadas imprimiram um grande impacto na prestação de serviços de saúde mental e os vários confinamentos (que manifestaram questões a nível coletivo como a falta de socialização e solidão) e impeliram a necessidade de os psicoterapeutas confiarem na tecnologia para poderem continuar o seu trabalho e prosseguir com a prestação de apoio aos seus pacientes, sem interromper os processos já iniciados (Van Daele et al., 2020). Mais do que nunca, os psicólogos e psicoterapeutas precisaram, de fazer uso das suas características interpessoais para se adaptar e aperfeiçoar outras habilidades, uma vez que quer através da sessão realizada online, quer através da sessão presencial, com o uso de máscaras, existem importantes variáveis que se podem dissipar, como os sinais não verbais (Shklarski et al., 2021).

Nos primórdios do uso da Psicologia, enquanto ciência, a intervenção na aplicação de cuidados da saúde mental só poderia acontecer com interações presenciais, face a face, estabelecendo de imediato uma mais rápida ligação entre o terapeuta e o cliente. No entanto, com os avanços que a tecnologia tem sofrido de ano para ano, foi possível criar condições e adequar processos para proporcionar que, mesmo à distância, os terapeutas e os seus clientes, possam manter uma relação terapêutica de qualidade (Kingsley & Henning, 2015). Pela necessidade de adaptação e evolução, a Psicologia não poderia permanecer à margem e, por isso, foi (e continua a ser) fundamental que se encontrem soluções adequadas. Na verdade, se pensarmos que já existem investigações científicas, com recolha de dados online, ou intervenções de acompanhamento psicológico já estamos perante um enquadramento da Psicologia no mundo cibernético (Patrão & Leal, 2019).

Com a progressão das tecnologias tem sido cada vez mais exponencial a literatura relativamente à utilização da Internet, como um meio que auxilia o acompanhamento e tratamento da saúde mental. Ritterband e colaboradores (2003), referem que as intervenções psicológicas via Internet são, por norma, mais focalizadas em situações que abordam questões comportamentais, com o intuito de promover uma alteração ao comportamento indesejado e, consecutivamente, melhorar a sintomatologia e o bem-estar. Importa referir que, tal como nas sessões presenciais, estas intervenções são sempre realizadas e focalizadas de acordo com o cliente e a questão que o levou à consulta.

A psicoterapia online é a intervenção terapêutica feita através do recurso a tecnologias de comunicação, mediadas por computador ou telefone. Várias denominações foram, entretanto, criadas para intitular este novo meio de atuação: terapia *online*, e-aconselhamento (*e-counseling*), e-terapia (*e-therapy*), terapia cibernética (*cyber therapy*), terapia por e-mail (*e-mail therapy*), entre outros (Chester & Glass, 2006; Li et al., 2013). Esta forma de intervenção pode fazer-se através de comunicação síncrona (interação simultânea, em tempo real, como a videoconferência) e ou assíncrona (interação não simultânea, em tempo desfasado, como o e-mail) (Li et al., 2013; Schmidt et al., 2020, Wosik et al., 2020).

Foi em 1961, que se deram os primeiros passos na terapia online e que aconteceu a primeira videoconferência para realização de psicoterapia de grupo. A partir daí tem existido um crescimento gradual na utilização deste meio, para fins psicológicos e terapêuticos, sempre com a intenção de poder oferecer sessões de terapia online de acesso mais fácil, permitindo que os clientes (que, por razões de mudança de residência ou trabalho, por exemplo) possam continuar a ser acompanhados sem qualquer prejuízo (Békés & Doorn, 2020). Esta inovação permite também que as intervenções realizadas aconteçam mais comodamente, pois as pessoas

não precisam de sair de casa e, muitas vezes, são um fator importante na privacidade e, em alguns casos, têm a possibilidade de ter um custo inferior às consultas tradicionais. Claramente, a Internet é cada vez mais utilizada com o objetivo específico de melhorar a saúde mental e parece ser uma tendência em ascensão (Ritterband et al., 2003).

Nos dias que correm e, essencialmente devido à atual pandemia do coronavírus, que assolou todo o mundo, especialmente dentro da esfera da psicoterapia, esta situação acabou por ter algum impacto, pois tal significou que alguns clientes não poderiam deslocar-se às sessões, não apenas pela necessidade de se manterem em teletrabalho, mas também porque as clínicas e consultórios foram obrigados a encerrar as suas portas e, assim, impedidos de receber pessoas. Para alguns terapeutas que estavam apenas familiarizados com a técnica presencial e a estar com os seus pacientes pessoalmente, foi necessário prepararem-se e agilizar a transição para poderem fornecer as terapias online, por videoconferência, independentemente de já terem ou não um contacto ou experiência anterior em relação à psicoterapia online (Békés & Doorn, 2020, Wade et al., 2020). Além disso, foi necessária uma adaptação noutras esferas, pois surgiram alguns desafios que se prendem com a ética profissional, com a legalidade (ao nível da proteção de dados e segurança, por exemplo) e com a manutenção e treino da prática clínica e supervisão (Hames et al., 2020).

Duan e Zhu (2020), referem que as intervenções psicoterapêuticas especializadas em tempos de pandemia do COVID-19, devem considerar um dinamismo e flexibilidade próprios e ajustados, para permitir uma rápida adaptação ao momento que atravessamos. Por esta razão, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) emitiu um parecer sobre as linhas de orientação para a adequada prestação de serviços e intervenções em Psicologia que utilize o recurso às tecnologias da informação e comunicação, com intenção de informar os seus membros e estabelecer linhas orientadoras. Estas recomendações pretendem orientar e conduzir a uma reflexão para uma prática mais responsável, sendo por isso recomendações e não imposições (OPP, 2019).

Começando pela técnica, a intervenção à distância propõe algumas diferenças em relação à intervenção presencial. Pela ausência de presença física e do próprio *setting* terapêutico, é importante ter presente que deve ser salvaguardado o local a utilizar, promovendo um ambiente tranquilo e sem interrupções (a ausência deste ambiente estabilizador pode alterar as reações transferenciais e contra transferenciais) (IPA, 2018; NZPB, 2012). A intervenção à distância e o uso de aparelhos eletrónicos e internet devem prever a privacidade e confidencialidade. Não basta apenas saber dominar os meios, mas também conhecer as implicações sobre acesso indevido a dados dos clientes e das próprias consultas, pelo que é

fundamental acautelar estas questões. Por fim, mas não menos importante, a ética e os aspetos legais são recomendações com extrema relevância. O psicólogo deve sempre colocar em primeiro lugar o interesse do seu cliente e por isso é importante que avalie se o mesmo reúne condições para a intervenção à distância (NZPB, 2012; OPP, 2015) além disso, o psicólogo deve procurar estar atualizado e obter os conhecimentos necessários para esta modalidade, seja através da supervisão, leitura de literatura ou podendo treinar a sua intervenção nessa área (OPP, 2019). De acordo com a NZPB (2012), é igualmente importante conhecer aspetos legais, especialmente quando terapeuta e cliente se encontram em países com cultura e leis diferentes.

Vantagens e Limitações

A terapia online é um campo relativamente recente, mas, ao mesmo tempo, é um mecanismo em expansão e evolução de intervenção psicológica (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009) e segundo Li, et al. (2013) possui vantagens e desvantagens.

A principal vantagem da psicoterapia online é a eventual possibilidade em incrementar o acesso aos serviços de saúde mental, sendo que o formato online é um serviço conveniente, que pode ocorrer a qualquer hora do dia e é a melhor hipótese para os indivíduos que apresentem algum tipo de restrição ou constrangimento no que respeita, por exemplo, à mobilidade seja pela distância do consultório ou clínica, por se encontrarem com problemas de saúde ou outras limitações físicas, por estarem de férias ou por não terem facilidade em se deslocar. Tem também o enorme benefício de ser extremamente acessível a indivíduos que se encontrem noutras partes do mundo, que por qualquer razão tiveram que mudaram de país e pretendem continuar com o seu terapeuta, além de que a utilização das consultas através de videochamada permite expandir o acesso ao apoio psicológico e de saúde mental para populações mais desfavorecidas ou em zonas mais isoladas (Simpson, Richardson, Pietrabissa, Castelnuovo & Reid, 2021).

Para além disto, a terapia online pode ser uma variante proveitosa e com carácter positivo para pacientes com algum tipo de transtorno fóbico, visto que estes indivíduos têm, muitas vezes, dificuldade em recorrer à psicoterapia presencial, pelo facto de terem de estar submetidos, face a face, numa proximidade que pode ser incómoda, com o terapeuta e, tal situação, pode ser demasiado ansiogénica (Barnett, 2005; Lange, Van de Vem & Schrieken, 2003).

Outra vantagem é, no caso da Terapia Familiar e Sistémica, a facilidade que a terapia online oferece aos terapeutas para integrar os membros da família que apresentam maior

resistência ou maior dificuldade em conseguir conciliar horários para comparecer na sessão, através da utilização do telemóvel ou do computador (King, Engi & Poulos, 1998).

A nível financeiro e económico, as consultas efetuadas online costumam ser mais acessíveis para os clientes, visto que os terapeutas, em contexto privado, de um modo geral, fornecem os seus serviços online a um custo inferior quando comparado com o valor normal de uma sessão presencial (Griffiths, 2001).

Além do mais, as intervenções às distâncias permitem maior conforto, não apenas para os pacientes, mas também para os terapeutas, pelo facto de poderem estar na comodidade das suas habitações e ter mais flexibilidade nos seus horários de trabalho, o que permite aumentar a capacidade de resposta e a acessibilidade, em específico para os clientes que habitualmente têm horários inconsistentes (Manhal-Baugus, 2001; Peterson & Beck, 2003; Suler, 2000).

Em relação às terapias online, as mesmas também podem ocorrer via e-mail, mas estas podem ser consideradas uma desvantagem pela demora e/ou atraso de uma resposta, pois o atraso pode alterar o curso do processo e levar a alguma incerteza, dúvida ou frustração. Todavia também pode ser considerado um benefício. Este atraso na resposta, vai permitir ao terapeuta e ao cliente terem tempo suficiente para organizar os pensamentos e refletir sobre a questão. Perante isto, o cliente pode responder quando apenas estiver preparado, pois não está sujeito à pressão de ter de responder imediatamente, apesar de se perder a espontaneidade. Para além disto, a terapia através da troca de e-mails permite que exista um registo concreto das sessões e que permanece guardado, podendo ser acessível posteriormente como um lembrete de assuntos abordados na sessão e, no caso dos terapeutas, explorar o progresso do tratamento através das comunicações escritas. O facto de os clientes poderem reler os e-mails e/ou mensagens permite-lhes saber exatamente o que disseram, mas também ter acesso aos comentários positivos e encorajadores que seu terapeuta fez sobre eles, o que pode ser um estimulador e oferece reforço positivo. E o registo permanente das consultas poderá tornar-se numa possibilidade de ser uma ferramenta que funcione como supervisão. Por outro lado, usar o e-mail pode permitir a alguns clientes transmitir com maior clareza as suas ideias, sem vergonhas ou receio de serem interrompidos, o que se revela frutífero especialmente em clientes com experiências anteriores negativas, relacionadas com o sentimento de falta de cuidado ou sensibilidade por parte do terapeuta. Saliente-se que o simples ato de escrever pode ser um método facilitador de exteriorização e expressão de sentimentos, razão pela qual pode promover a autoconsciência e que, por ser catártico, pode diminuir a carga emocional, uma vez que podem escrever tudo o que quiserem sem qualquer julgamento e em comparação com as sessões presenciais, pode

facilitar uma maior honestidade (Barak, 1999; Li et al., 2013; Murphy & Mitchell, 1998; Suler, 2000; Tate & Zabinski, 2004; Yager, 2001).

Em alternativa, quando são usadas as mensagens instantâneas, a comunicação pode ser mais rápida e mais direta e fornecem igualmente um feedback, que pode ser quase instantâneo (Li et al., 2013), mas se considerarmos que nem todas as pessoas têm uma forte literacia, a terapia por forma escrita pode ser uma limitação (Patrão & Leal, 2019).

A terapia online, de um modo geral, oferece vantagens face à terapia presencial, especialmente durante a pandemia, uma vez que até as pessoas que possam ter contraído o vírus, não precisam de suspender o seu acompanhamento psicológico (Simpson et al., 2021). Há ainda que referir que a terapia online auxilia na diminuição do estigma que, por vezes ainda existe, associado a consultar um psicólogo ou terapeuta, devido à facilidade com que acontece (Kingsley & Henning, 2015).

Ainda que possam ser numerosas as vantagens da psicoterapia online utilizando os mais recentes meios, como a videochamada ou o e-mail, são vários os psicoterapeutas que demonstram as suas preocupações em relação a esta prática. Titzler, Saruhanjan, Berking, Riper & Ebert (2018), referem que podem surgir constrangimentos no que respeita à relação terapêutica. A construção da relação e da aliança terapêutica carecem de comunicação de empatia, que através de comunicações virtuais pode revelar dificuldades. Bambling, King, Reid & Wegner (2008) e Goss & Anthony (2006) e referem existir ainda alguma dúvida sobre a forma como se restabelecem e/ou criam as condições e variáveis características do relacionamento presencial.

Nas intervenções online também os aspetos verbais (e alguns comportamentais, como os gestos ou a postura corporal) acabam por não ser tão evidentes, o que também pode ser considerado uma desvantagem ou limitação (Patrão & Leal, 2019). Além disso, é importante referir que nem todas as pessoas estarão ainda aptas a utilizar estes meios avançados de comunicação, como sejam as pessoas mais idosas; e as falhas técnicas podem comprometer não apenas a sessão em si, mas também o elo que deve existir entre o terapeuta e o cliente (de la Torre, Castillo, Arambarri, López-Coronado & Franco, 2017).

Por seu turno, Fenichel e colaboradores (2002), indicam que a intervenção online não é muito diferente da intervenção presencial e, embora se apresente mais flexível e adaptável não a deve substituir, mas antes ser usada com o intuito de complementar outros tipos de intervenções. Especificamente no que concerne à terapia realizada por telefone, Watson, White, Lynch & Mohammed (2017), referem não existir diferenças entre este método e a terapia presencial.

Estudos já realizados (por exemplo, Cohen & Kerr, 1998; Day & Schneider, 2002; Hopps, Pepin & Boisvert, 2003) mostram que a terapia online está ao mesmo nível das intervenções presenciais e que as intervenções à distância se mostram especialmente eficazes em perturbações de ansiedade, sono, comportamento alimentar, procrastinação ou dor crónica (OPP, 2019). Knaevelsrud & Maercker (2006), demonstraram que, apesar de ser possível estabelecer uma boa intervenção online, o facto de não ser uma relação presencial é um preditor menos relevante no que respeita ao resultado da terapia, em comparação com o contexto presencial. Assim, a terapia online pode ser vista como um meio de melhorar, consolidar ou complementar as sessões presenciais ou outros tratamentos tradicionais (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003).

Ao abordarmos a temática das desvantagens na terapia online, é pertinente referir o fator relacional, uma vez que os computadores não fornecem a interação humana que é fundamental e a ausência de contacto visual ou pistas vocais, tanto os terapeutas como os clientes podem experienciar algumas dificuldades, e pode, até mesmo, não ser possível estabelecer, com qualidade, a relação terapêutica (Li et al., 2013; Maples & Han, 2008). Contudo, Berger (2016) sugere que a qualidade da relação terapêutica online se mantém, pelo que estas questões não terão impacto.

Na comunicação à base de texto podem também existir vieses. A escrita pode aparentar ser rígida e distante e isto deve-se ao facto de o texto escrito poder ser um pouco mais formal do que a comunicação verbal. Para além disso, também pode existir uma compreensão diferente das mensagens de texto ou e-mails quando comparada com as conversas verbais, essencialmente em indivíduos mais sensíveis ou com tendência para a distorção dos acontecimentos e palavras. Ademais, o cliente pode estar perturbado e não o manifesta ao escrever e por isso não é percebido, ou pelo contrário, pode estar eufórico e escrever como se estivesse triste ou desanimado, o que dificultará a adequada compreensão sobre os reais sentimentos, pensamentos e comportamentos do cliente (Suler, 2000; Yager, 2003; Ybarra & Eaton, 2005).

O acesso à Internet é, sem dúvida, um benefício que veio enriquecer as nossas vidas e foi então apontado como igualmente útil e proveitoso para a Psicologia, como já referido, para a realização de sessões online, contudo também pode ser visto como uma limitação pois apenas está disponível a clientes com acesso a um computador ou *smartphone* e à internet, o que em população mais idosa ou carenciada poderá ser uma desvantagem, além do que será necessária uma certa literacia para poderem utilizar este método na sua plenitude, sem dificuldades (Abbott, Klein & Ciechowski, 2008; Li et al., 2013). Assim, é essencial considerar vários

aspectos antes de adicionar a tecnologia à psicoterapia, especialmente quando a intervenção a realizar for de longa duração (Van Daele et al., 2020).

Em suma, podemos referir que as vantagens da terapia online parecem sobressair sobre as desvantagens (obviamente salvaguardando devidamente que o processo acontece com todas as cautelas) e parecem apresentar uma importância de relevo que auxiliará na expansão (no sentido que chega a mais pessoas) e na maior acessibilidade aos indivíduos a um custo mais baixo (Li et al., 2013), mas é importante ter presente que o uso das tecnologias não deverá ser um pressuposto para a existência de uma melhoria mais rápida ou com menor quantidade de sessões (Patrão & Leal, 2019).

Treino em Terapia Online

Os terapeutas com melhor desempenho, são, por norma, aqueles que apostam no seu desenvolvimento profissional, mas também pessoal. Procuram feedback, identificam falhas e refletem sobre o que podem alterar para obter melhores resultados (Chow et al., 2015).

No que respeita à terapia online, o pressuposto não deverá ser diferente, contudo a maior parte dos psicoterapeutas possui um treino em terapia online bastante reduzido ou, em alguns casos, até inexistente, em parte porque vários psicoterapeutas creem que não existem diferenças entre terapia online e presencial e, talvez porque em termos de eficácia, parecem não existir grandes diferenças entre ambas as intervenções (Békés & Doorn, 2020).

Para muitos psicoterapeutas esta situação foi uma enorme mudança, que significou a necessidade de uma rápida adaptação para a transferência dos processos terapêuticos para a psicoterapia online, sendo que, em muitos casos, aconteceu sem aviso prévio e sem os psicoterapeutas estarem devidamente preparados, independentemente de quais fossem as suas crenças em relação à psicoterapia online (Geller, 2020). Psicoterapeutas de todas as escolas teóricas e com diferentes níveis de experiência tiveram de enfrentar os desafios e as implicações que foram surgindo; e em algumas ocasiões, com poucas oportunidades para a prática reflexiva, contrariando o que vem sendo preconizado sobre a reflexão da sua intervenção (Békés & Doorn, 2020).

Estudos de Pierce, Perrin, & McDonald (2020) evidenciam que se os terapeutas se sentirem apoiados e receberem treino, apresentam maior facilidade e adesão ao uso da tecnologia na prática clínica.

Não obstante, investigações recentes indicam que os clientes e os psicoterapeutas que utilizam as terapias online conseguem, de uma forma geral, criar uma relação e uma aliança terapêutica de qualidade (Simpson & Reid, 2014).

Presença Terapêutica

A aliança terapêutica é de extrema importância e considera-se com um forte preditor de resultados (King et al., 2017). A construção desta relação tem aliada a compreensão através da empatia, que é mediada através da língua verbal e não verbal. Assim, podemos ponderar que a presença do terapeuta se altera aquando da sua prática clínica nas sessões presenciais e online (Feijt, Kort, Westerink & Ijsselstein, 2018). A presença terapêutica presencial considera que o terapeuta está completamente presente no momento da sessão, que proporciona maior autenticidade, congruência, genuinidade e bem-estar (Geller, 2017). A “telepresença”, é definida como a percepção de estar fisicamente presente, mesmo estando numa sessão online, onde as partilhas ocorridas na sessão permitem a experiência de total entrega ao processo como se o paciente e o terapeuta estivessem fisicamente no mesmo espaço (Haddouk, 2015; Bouchard et al., 2007). Apesar de presença terapêutica e telepresença serem conceitos diferentes, completam-se e devem ser continuamente aperfeiçoados.

Conceito e Literatura de Geller

A intervenção em Psicologia acarreta sempre alguns desafios. A postura com que o terapeuta se apresenta é de extrema importância pois é um fator que influencia a construção do vínculo com o cliente. Assim, a presença terapêutica é fundamental para a relação que vai acontecer.

Geller (2020), refere que a presença terapêutica é uma forma de otimizar não apenas o momento em que está com o cliente (e envolve a preparação para a sessão), mas também a forma de aplicação da técnica. É a maneira de agir que envolve a entrega total do terapeuta ao processo e ao momento com cada um dos seus clientes, estando envolvido a nível físico, emocional, cognitivo, espiritual e relacional, que o ajuda a conectar-se ao cliente. É preconizado que apenas desta forma é possível que o cliente sinta que está plenamente seguro e acolhido e apenas desta forma será capaz de se “abrir” à terapia e se conectar com o terapeuta, podendo mesmo permitir o aprofundar da relação terapêutica, o que vai promover uma terapia eficaz e, em consequência, facilitar a recuperação do cliente (Geller & Greenberg, 2012; Geller & Porges, 2014; Geller, 2020).

A presença terapêutica implica consciência do terapeuta sobre a sua linguagem, postura e o desenvolvimento do processo e também da comunicação verbal e não verbal sua e do cliente, devendo ser responsivo, pois só assim será possível perceber o cliente e incorporar devidamente a experiência que está a ser relatada (Geller & Greenberg, 2012; Geller, 2020).

A presença terapêutica tem também o objetivo de monitorizar a experiência do terapeuta uma vez que, através da autoconsciência, podem aperceber-se de como a sua intervenção está a ser recebida e se estão ou não a conseguir estabelecer a relação terapêutica. Além disso, ao estar presentes, os terapeutas são também capazes de se “relaxar” na medida em que, ao estarem centrados no seu cliente, conseguem reduzir a sua própria ansiedade (Geller & Greenberg, 2012).

Quando o terapeuta tem a habilidade de manter a postura terapêutica, mantendo-se envolvido e estabelecendo um contacto adequado e devolvendo respostas apropriadas, oferece ao cliente a possibilidade de este se sentir mais descontraído, compreendido e com maior segurança para partilhar os momentos e experiências de forma mais íntima. Esta sintonização entre terapeuta e cliente permite uma profundidade maior e é fundamental para o sucesso da terapia pois permite um crescimento e conhecimento, de outra forma difíceis de conseguir, porque o ambiente seguro é propiciador para a mudança (Geller & Porges, 2014).

Sendo esta presença terapêutica de tão grande importância, é essencial que possa ser treinada e desenvolvida de modo a ser facilmente mantida. Uma das formas que os terapeutas podem utilizar para treinar a postura terapêutica, é praticá-la com as outras pessoas nos seus momentos quotidianos. Além disso, a preocupação consigo próprios, com a intenção de melhorarem e de fazerem uma abordagem que revele interesse é também uma forma de se mostrarem recetivos à melhoria contínua (Geller & Greenberg, 2012).

A presença terapêutica, como já vimos, é uma atitude complexa que requer entrega, interesse, compromisso e habilidade relacional. A atual situação pandémica veio revelar-se um grande desafio no que respeita à prática da psicoterapia e mais especificamente trouxe questões relacionadas ao distanciamento e à presença terapêutica. Com a psicoterapia online e com a redução ou inexistência do contacto presencial é importante ter em maior consideração a preocupação com o cuidado e manutenção desta postura, pois estar em sessão no mesmo ambiente ou existir um ecrã entre terapeuta e cliente acarreta algumas diferenças (Geller, 2020). As sessões online, apesar de poderem permitir algum conforto também podem apresentar mais distratores, pela ausência do *setting* terapêutico. A perda de detalhes relativos aos gestos ou expressões faciais ou a reduzida possibilidade de transmitirem a postura corporal total são também fatores que vão influenciar a presença do terapeuta. Importa ainda referir que as sessões

realizadas online apresentam ainda as questões tecnológicas alheias ao terapeuta ou ao cliente, mas que têm ligação direta no processo. Sempre que existam falhas na ligação à internet, que provocam paragens na imagem, por exemplo, causam constrangimentos e frustração que impactam na relação e na presença terapêutica (e o terapeuta deve estar preparado para estas situações e preparar o cliente, por exemplo, para eventuais paragens de imagem em que a imagem apresentada pode apresentar uma expressão não desejada, suavizando as emoções ou pensamentos que daí podem advir). Por fim, na atual situação de pandemia, pela possibilidade de existirem exponenciais níveis de ansiedade ou medo relativos à incerteza sobre o vírus (sobre o que pode acontecer ou até traumas já ocorridos), outro desafio é a gestão da contratransferência dos terapeutas que pode influenciar a postura de entrega total ao cliente e à sessão. Embora possam existir algumas condicionantes na terapia online, se o terapeuta puder ajudar o cliente a encontrar um lugar “seguro” na sua habitação (ou outro local) é um fator de peso para a sessão correr com normalidade e eficácia e, desta forma, o facto do terapeuta e do cliente não estarem fisicamente no mesmo local, não é impeditivo da criação dessa sensação (Geller, 2020).

A terapia online parece ter vindo para ficar e os terapeutas têm, por isso, que apostar no aperfeiçoamento da sua presença terapêutica, a fim de construir e consolidar as relações terapêuticas (Geller, 2020).

Estudos sobre a presença terapêutica e a terapia online

A presença terapêutica, pela capacidade de mudar o rumo da relação terapêutica e de promover a mudança, ganha uma maior relevância no contexto online. As terapias mediadas pela tecnologia, como já anteriormente referido, envolvem desafios e, neste caso, a presença terapêutica pode ser mais complexa de desenvolver e mesmo de manter, pelo que é importante não descurar nenhum detalhe e, sempre que possível, treinar para superar as dificuldades e continuar a dedicar-se a cada sessão como se de uma sessão presencial se tratasse (Geller & Greenberg, 2012).

Numerosas investigações em psicoterapia demonstram que os preditores mais fortes que promovem a mudança são a relação e a aliança terapêutica. Além disto, a presença terapêutica é também vista como um fator que cria segurança e auxilia na construção da aliança terapêutica e aumenta a eficácia da terapia (Geller, 2020).

A literatura sugere ainda que, para os clientes, a terapia online proporciona uma aliança terapêutica positiva e não existem evidências sobre a preferência, por parte destes, entre as sessões presenciais ou online (Simpson & Reid, 2014) além disso, a terapia online é eficaz em

vários distúrbios, como a ansiedade (Cook & Doyle, 2002; Reynolds, Stiles & Grohol, 2006; Varker, Brand, Ward, Terhaag & Phelps, 2019; Fitzsimmons-Craft et al., 2020). Contudo, os terapeutas revelam uma tendência para uma perspectiva mais negativa. Esta perspectiva negativa (talvez pela falta de treino, conhecimento ou por receio de não estarem aptos a este tipo de terapia) poderá influenciar a forma como os terapeutas abordam as questões e a sua postura durante as sessões (Geller, 2020). Por outro lado, Feijt e colaboradores (2018) referem que muitos psicólogos têm dúvidas se as interações feitas online permitem a expressão de emoções e afetos de forma razoável, e se estabelecem e mantêm as relações terapêuticas com qualidade, uma vez que sentem que falta algo, quando comparando com as sessões presenciais.

Continuar a investigar é fundamental para desenvolver o uso das tecnologias de modo a atender às necessidades dos clientes e terapeuta, ultrapassando as limitações existentes.

Flexibilidade do Terapeuta

A psicoterapia apresenta-se através de várias escolas teóricas, contudo apesar das diferenças que possam existir, o objetivo é comum. Rosenzweig (1936) sugeriu que existem fatores comuns que medeiam os resultados da terapia e que, por vezes, contribuem mais fortemente para o sucesso da terapia do que as técnicas específicas. Wampold & Imel (2015) referem que é o terapeuta e não o tratamento em si que é o principal responsável pela mudança terapêutica ocorrida. Nestes fatores comuns incluem-se a compreensão, apoio, empatia, genuinidade, feedback, expectativas de melhoria e flexibilidade (Stamoulos et al., 2016).

Quando falamos especificamente sobre a flexibilidade do terapeuta, estamos a referir-nos a uma das competências interpessoais facilitadoras (*facilitative interpersonal skills - FIS*) que remete para a capacidade que este demonstra na aceitação do seu cliente, ou seja, a forma como é capaz de o respeitar (sem fazer julgamentos) e de cuidar (fazendo intervenções sinceras, sem ironias). Além disso, é a capacidade de alternar de um pensamento para outro, com vista à adaptação em situações inesperadas, gerando múltiplas soluções (Dennis & Vander Wal, 2010; Stevens, 2009). A flexibilidade cognitiva pode ser adquirida com a experiência e o treino e envolve estratégias de processamento cognitivo (Cañas et al., 2006).

A flexibilidade assume um papel de união no que concerne à atuação do terapeuta, pois a sua intervenção pautar-se-á por uma abordagem flexível que se adapte, o melhor possível, às necessidades do cliente e que irão permitir articular informações, dados e esquemas para construir melhores níveis de compreensão para a resolução de problemas. A flexibilidade do terapeuta pode incluir a comunicação com outros profissionais ou outras pessoas que sejam relevantes para o benefício do processo terapêutico ou até ao uso de outros manuais de outras

escolas teóricas, diferentes da sua, para ajustar as suas ações à individualidade do cliente. O ponto fundamental é que o terapeuta e o cliente estejam suficientemente próximos para que a relação terapêutica seja bem estabelecida (Altimir, Capella, Núñez, Abarzúa & Krause, 2017; Genç & Yuksel-Sahin, 2020, Gibbons, Crits-Christoph, Levinson & Barber, 2003).

De acordo com Owen e Hilsenroth (2014), quando se comparam os terapeutas mais flexíveis com os que apresentam uma menor flexibilidade os resultados são diferenciados. Maior flexibilidade parece estar associada a melhores resultados e revela-se eficaz, uma vez que promove a responsividade e o ajustamento do terapeuta a cada pessoa, permitindo, por exemplo, ao terapeuta fazer uma maior exploração (ou pelo contrário, ter maior prudência) no que respeita a intervenções comportamentais (Galovski et al., 2012; McCullough et al., 2003; Owen & Hilsenroth, 2014). Em geral, os terapeutas flexíveis aplicam diferentes técnicas e métodos de acordo com as necessidades do cliente (Genç & Yuksel-Sahin, 2020).

A flexibilidade pode ser mensurada através do CFI (*Cognitive Flexibility Inventory*) desenvolvido para medir aspetos cognitivos. Quanto maior a rigidez cognitiva, maior a propensão para enfrentar as situações de forma menos adaptada. Quando os terapeutas são cognitivamente mais flexíveis, maior a facilidade que apresentam em debelar situações consideradas stressantes (Dennis & Vander Wal, 2010).

Referências

- Abbott, J.M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2/4), 360-375.
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1510-1522.
- Bambling, M., King, R., Reid, W., & Wegner, K. (2008). Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research, 8*(2), 110-116.
- Barak, A. (1999). Psychological applications on the Internet: A discipline on the threshold of a new millennium. *Applied & Preventive Psychology, 8*, 231-245.
- Barnett, J.E. (2005). Online counseling: New entity, new challenges. *The Counseling Psychologist, 33*(6), 872-880.
- Békés, V., & Doorn, K. A. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30* (2), 238.
- Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research, 27*(5), 511-524.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007). Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference source. In Proceedings of the 10th Annual International Workshop on Presence, Barcelona (pp. 25–27).
- Cañas, J., Fajardo, I., & Salmeron, L. (2006). Cognitive flexibility. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*,1, 297-301.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyber Psychology & Behavior, 6*(4), 375-382.
- Charles, N. E., Strong, S. J., Burns, L. C., Bullerjahn, M. R., & Serafine, K. M. (2020). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*, 1–38
- Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling, 34* (2), 145-160.

- Chow, D., Miller, S., Seidel, J., Kane, R., Thornton, J., & Andrews, W. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), pp. 337-345.
- Cohen, G. E. & Kerr, B. A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services, 15*, 13-26.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior, 5*(2), 95–105.
- Day, S. X. & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 499-503.
- de la Torre, I., Castillo, G., Arambarri, J., López-Coronado, M., & Franco, M. A. (2017). Mobile apps for suicide prevention: Review of virtual stores and literature. *JMIR mHealth and uHealth, 5*(10), e130. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8036>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research, 34*(3), 241-253.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry, 7*, 300–302.
- Feijt, M. A., De Kort, Y. A., Westerink, J. W., & IJsselsteijn, W. A. (2018). Enhancing empathic interactions in mental health care: opportunities offered through social interaction technologies. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine, 16*, 25-31.
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., et al. (2002). Myths and realities of online clinical work. *CyberPsychology & Behavior, 5*(5), 481-497.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., Sadeh-Sharvit, S., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., ... & Wilfley, D. E. (2020). Effectiveness of a digital cognitive behavior therapy-guided self-help intervention for eating disorders in college women: A cluster randomized clinical trial. *JAMA network open, 3*(8), e2015633-e2015633.
- Fletcher-Tomenius, L., & Vossler, A. (2009). Trust in online therapeutic relationships: The therapist's experience. *Counselling Psychology Review, 24*(2), 24-34.
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(6), 968.

- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17.
- Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178.
- Genç, A. B., & Yuksel-Sahin, F. (2020). Examining Cognitive Flexibility of Counselors According to The Effective Counselor Characteristics, Counselor Self Efficacy and Some Variables. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 49(2), 794-825.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., Levinson, J., & Barber, J. (2003). Flexibility in manual-based psychotherapies: Predictors of therapist interventions in interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2), 169-186.
- Goss, L & Anthony, K. (2006). Technology in Counselling and Psychotherapy. A Practitioner's Guide. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 213-214.
- Griffiths, M. (2001). Online therapy: A cause for concern? *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 14, 244-248
- Haddouk, L. (2015). Presence in telepsychotherapy. Towards a videointerview framework. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17, 712–713.
- Hames, J. L., Bell, D. J., Perez-Lima, L. M., Holm-Denoma, J. M., Rooney, T., Charles, N. E., ... & Hoersting, R. C. (2020). Navigating uncharted waters: Considerations for training clinics in the rapid transition to telepsychology and telesupervision during COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 348.
- Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. (2003). The effectiveness of cognitivebehavioral group therapy for loneliness via inter relay chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136-147.
- IPA (2018) – Practice note: on the use of telephone and/or VoIP technologies in analysis Retrieved from <https://www.ipa.world/IPA/>
- King, R. J., Orr, J. A., Poulsen, B., Giacomantonio, S. G., & Haden, C. (2017). Understanding the therapist contribution to psychotherapy outcome: A metaanalytic approach.

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44(5), 664-680.
- King, S.A., Engi, S., & Poulos, S.T. (1998). Using the Internet to assist family therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 26(1), 43-52.
- Kingsley, A., & Henning, J. A. (2015). Online and phone therapy: Challenges and opportunities. *The Journal of Individual Psychology*, 71(2), 185-194.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients?. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e31.
- Lange, A., Van de Ven, J-P., & Schriecken, B. (2003). Interapy: Treatment of post- traumatic stress via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 110-124.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: Pactor.
- Li, P., Jaladin, R. A. M., & Abdullah, H. S. (2013). Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia-social and Behavioral sciences*, 103, 1243-1251.
- Manhal-Baugus (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior*, 4(5), 551-563.
- Maples, M.F., & Han, S. (2008). Cybercounseling in the United States and South Korea: Implications for counseling college students of the millennial generation and the networked generation. *Journal of Counseling & Development*, 86, 178-183. 44
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Murphy, L.J., & Mitchell, D.L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 26(1), 21-32.
- NZPB. (2012). *The practice of Telepsychology*. New Zealand Psychologists Board
- OPP. (2015). *Parecer 21/CEOPP/2015: Sobre Intervenção à Distância*. Ordem dos Psicólogos Portugueses
- OPP. (2019). *Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Porto.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Acedido a 27 de Junho em <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/covid19/faq>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology, 61*(2), 280.
- Patrão, I. & Leal, I. (2019). *Intervenção em Ciberpsicologia*. Lisboa: Pactor.
- Peterson, M.R. & Beck, R.L. (2003). E-mail as an adjunctive tool in psychotherapy: Response and responsibility. *American Journal of Psychotherapy, 57*(2), 167-181.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2020). Demographic, organizational, and clinical practice predictors of U.S. psychologists' use of telepsychology. *Professional Psychology, Research and Practice, 51*(2), 184–193
- Reynolds, D. A. J., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet-based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research, 6* (3), 164–168.
- Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(5), 527.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Schmidt, B., Silva, I. M. D., Pieta, M. A. M., Crepaldi, M. A., & Wagner, A. (2020). Terapia On-line com Casais e Famílias: Prática e Formação na Pandemia de Covid-19. *Psicologia: Ciência e Profissão, 40*.
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2021). Will We Ever Again Conduct in-Person Psychotherapy Sessions? Factors Associated with the Decision to Provide in-Person Therapy in the Age of COVID-19. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 1-8*.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280-299.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(2), 409-421.
- Stamoulos, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D., & Drapeau, M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors

- in psychotherapy for successful treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, n°3, pp. 300-317.
- Stevens, A. D. (2009). Social problem-solving and cognitive flexibility: relations to social skills and problem behavior of at-risk young children. (Unpublished doctoral dissertation). Seattle Pacific University, USA.
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 151-159.
- Tate, D.F., & Zabinski, M.F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: Update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 60(2), 209-220.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics* (1^a ed.). Cambridge Scholars Publishing.
- Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H., & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet interventions*, 12, 150-164.
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... & De Witte, N. A. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160.
- Varker, T., Brand, R., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of Synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635.
- Wade, S. L., Gies, L. M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., ... & Williams, T. (2020). Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice* (2^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2^a ed.). Nova Iorque: Routledge.

- Watson, M., White, C., Lynch, A., & Mohammed, K. (2017). Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: An equivalence randomised trial. *Psycho-oncology*, 26(3), 301-308.
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., ... & Tcheng, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138
- Yager, J. (2003). Monitoring patients with eating disorders by using e-mail as an adjunct to clinical activities. *Psychiatric Services*, 54(12), 1586-1588.
- Ybarra, M.L., & Eaton, W.W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7(2), 75-87

Anexo B – Caracterização da Amostra

Tabela B1

Frequência e Percentagem das variáveis sociodemográficas categoriais

		Frequência	%
Género	Masculino	154	22.3%
	Feminino	534	77.2%
	Outro	4	.6%
País em que reside	Portugal	317	45.8%
	Brasil	137	19.8%
	Estados Unidos	118	17.1%
	Inglaterra	35	5.1%
	Escócia	14	2.0%
	Outros	71	10.2%
Habilitações Literárias	Licenciatura	149	21.5%
	Mestrado	339	49.0%
	Doutoramento	155	22.4%
	Outros	49	7.1%
Praticava terapia online antes do COVID-19	Sim	300	43.4%
	Não	392	56.6%
Se respondeu “Sim”, na pergunta anterior, há quanto tempo	Menos de 6 meses	28	9.3%
	Menos de 1 ano ou 1 ano inclusive	43	14.3%
	Mais de 1 ano	61	20.3%
	Mais de 2 anos	45	15.0%
	Mais de 3 anos	123	41.0%
Encontra-se a trabalhar para	Instituição Pública	30	4.3%
	Instituição Privada	372	53.8%
	Ambas	121	17.5%
	Conta Própria	155	22.4%
	Instituição Pública e Conta Própria	2	.3%
	Instituição Privada e Conta Própria	5	.7%
	Outros	7	1.0%
Modelo Teórico	Abordagem Cognitivo-Comportamental	262	37.9%
	Abordagem Humanista	93	13.4%
	Abordagem Comportamental	33	4.8%
	Abordagem Psicodinâmica	146	21.1%
	Abordagem Sistémica	43	6.2%
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	6.2%
	Outros	38	5.5%

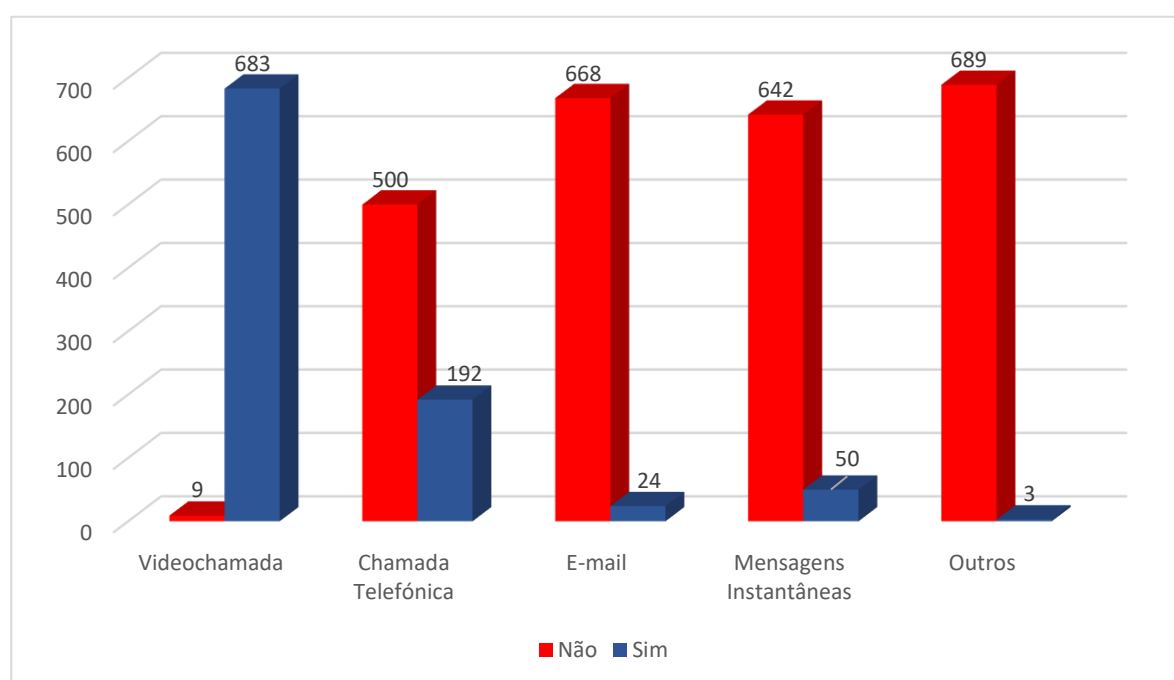
Tabela B2

Variáveis sociodemográficas quantitativas contínuas

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idades	40.27	12.31	22.00	77.00
Número de Horas	15.46	10.77	1.00	60.00

Gráfico B1

Como pratica terapia online



Anexo C – Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

1. Género:

Masculino

Feminino

Outro

2. Idade: _____

3. Em que país reside?

Angola

Brasil

Cabo Verde

Moçambique

Portugal

4. Habilitações Literárias:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outra opção: _____

5. Praticava terapia online antes do COVID-19?

Sim

Não

6. Se respondeu “Sim” na pergunta anterior, diga-nos sensivelmente há quanto tempo:

Menos de 6 meses

Menos de 1 ano ou 1 ano inclusive

- Mais de 1 ano
- Mais de 2 anos
- Mais de 3 anos

7. Encontra-se a trabalhar para:

- Instituição Pública
- Instituição Privada
- Ambas
- Outra opção: _____

8. Como pratica terapia online?

- Videochamada
- Chamada Telefónica
- E-mail
- Mensagens instantâneas (sms, chats)
- Outra opção: _____

9. Qual o modelo teórico no qual se apoia para a prática clínica?:

- Abordagem Cognitivo-Comportamental
- Abordagem Humanista
- Abordagem Comportamental
- Abordagem Psicodinâmica
- Abordagem Sistémica
- Outra opção: _____

10. Quantas horas trabalha por semana em sessões de apoio psicológico ou psicoterapêutico online?: _____

Instrumento das Dificuldades Percecionadas

Agora irá encontrar algumas questões sobre a sua prática clínica nas últimas semanas. Para as próximas questões existem quatro opções de resposta que variam desde "Não, de todo" a "Muito".

Peço-lhe que pense nas sessões que tem realizado e que responda sobre as dificuldades que encontrou.

SENTI DIFICULDADES EM...

1. Tolerar silêncios:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

2. Não ser competitivo com o paciente:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

3. Estabelecer uma aliança terapêutica:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

4. Empatizar com o paciente:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

5. Realizar interpretações nos momentos certos:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

6. Aprender com os erros:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

7. Usar clarificações de forma eficaz:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

8. Usar confrontações apropriadamente:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

9. Compreender a problemática referida pelo paciente:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

10. Fazer intervenções apropriadas:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

11. Evitar moralizar:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

12. Entender uma possível atitude defensiva do paciente:

- Não, de todo
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

Inventário da Flexibilidade Cognitiva

Pedimos-lhe que utilize a seguinte escala de resposta, para indicar o quanto é que concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

Para as próximas questões existem sete opções de resposta que variam desde "Discordo Fortemente" a "Concordo Fortemente".

1. Sou bom/a “avaliar” as situações:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

2. Tenho dificuldades em tomar decisões quando enfrento situações difíceis:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

3. Penso em várias opções antes de tomar uma decisão:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo

Concordo Fortemente

4. Em situações difíceis, sinto que estou a perder o controlo:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

5. Gosto de olhar para as situações difíceis de diferentes ângulos:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

6. Antes de atribuir uma causa a um comportamento procuro informações adicionais que podem não estar imediatamente disponíveis/percetíveis:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

7. Quando me deparo com situações difíceis, sinto-me tão stressado/a que não consigo pensar numa forma de resolver a situação:

Discordo Fortemente

- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

8. Tento pensar nas coisas do ponto de vista de outra pessoa:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

9. Acho problemática a existência de diferentes formas de lidar com situações difíceis:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

10. Sou bom a colocar-me no lugar dos outros:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo

Concordo Fortemente

11. Quando encontro situações difíceis, simplesmente não sei o que fazer:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

12. É importante olhar de diferentes ângulos para situações difíceis:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

13. Perante situações difíceis, considero várias opções antes de decidir como me devo comportar:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

14. Costumo olhar para as situações de diferentes perspectivas:

Discordo Fortemente

- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

15. Confrontado/a com dificuldades na minha vida sou capaz de as superar:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

16. Quando atribuo causas a um comportamento, considero todos os factos e informações disponíveis:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo
- Concordo Fortemente

17. Eu sinto que não tenho poder para mudar as coisas perante situações difíceis:

- Discordo Fortemente
- Discordo
- De certo modo, discordo
- Não concordo, nem discordo
- De certo modo, concordo
- Concordo

Concordo Fortemente

18. Quando me deparo com situações difíceis, paro e tento pensar em várias maneiras de as resolver:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

19. Posso pensar em mais de uma maneira de resolver uma situação difícil com a qual sou confrontado:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

20. Considero várias opções antes de responder a situações difíceis:

Discordo Fortemente

Discordo

De certo modo, discordo

Não concordo, nem discordo

De certo modo, concordo

Concordo

Concordo Fortemente

Inventário da Presença Terapêutica - Terapeutas

Tire uns minutos para refletir sobre a sua experiência interna na sessão que deu hoje (ou na última sessão que deu) para responder às perguntas que se seguem.

Não se esqueça que estamos a perguntar novamente sobre os TEMPOS ATUAIS: Intervenções Online e Pandemia.

Para as próximas questões existem sete opções de resposta que variam desde "Não, de todo" a "Completamente".

1. Estive consciente do meu próprio fluxo interno de experiência:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

2. Senti-me cansado/a ou entediado/a:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

3. Foi difícil ouvir o meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco

- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

4. Senti a interação, entre mim e o meu cliente, fluida e com ritmo:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

5. O tempo pareceu arrastar-se muito:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

6. Foi difícil manter-me concentrado/a:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente

Completamente

7. Houve momentos em que estava tão imerso/a na experiência do meu cliente que perdi a noção de tempo e espaço:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

8. Consegui colocar de lado as minhas próprias exigências e preocupações para estar com o meu cliente:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

9. Senti-me distante ou desconectado/a do meu cliente:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

10. Senti uma profunda apreciação e respeito pelo meu cliente enquanto pessoa:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

11. Senti-me alerta e sintonizado/a com as nuances e sutilezas da experiência do meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

12. Estive completamente presente no momento nesta sessão:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

13. Senti-me impaciente ou crítico/a:

- Não, de todo
- Muito pouco

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

14. As minhas respostas foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram da minha experiência ao estar com o meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

15. Mal podia esperar que a sessão terminasse:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

16. Houve momentos em que a minha resposta externa ao meu cliente foi diferente da forma como me senti por dentro:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente

- Muito
- Quase completamente
- Completamente

17. Senti-me totalmente imerso/a na experiência do meu cliente e, ainda assim, centrado/a em mim mesmo:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

18. Por vezes os meus pensamentos afastaram-se do que estava a acontecer no momento:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

19. Senti-me em sincronia com o meu cliente de tal forma que me permitiu sentir o que ele/ela estava a experienciar:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente

Completamente

20. Senti-me genuinamente interessado/a na experiência do meu cliente:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

21. Senti uma distância ou barreira emocional entre mim e o meu cliente:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

Anexo D – Texto de Apresentação no google forms

Caro (a) Participante,

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, realizada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

O presente estudo pretende compreender como está a ser vivida a experiência de terapia online para os psicólogos e psicoterapeutas em tempos de pandemia.

ESTE ESTUDO DESTINA-SE APENAS A PSICÓLOGOS E PSICOTERAPEUTAS A PRATICAR TERAPIA ONLINE.

A sua participação, nesta investigação, é imprescindível e totalmente voluntária, no entanto se não se sentir confortável, em algum momento, tem total liberdade para desistir. Todos os dados recolhidos através deste estudo serão apenas avaliados em grupo e todas as questões de privacidade dos dados estão asseguradas. Saliento, ainda, que não existem respostas corretas ou erradas!

Perante tudo isto, se concordar em participar neste estudo poderá passar à página seguinte, onde encontrará as perguntas do questionário.

Acrescento ainda que, caso surja alguma dúvida e/ou questão, estarei disponível para qualquer esclarecimento, basta contactar-me através do e-mail: estudoterapiaonline@gmail.com

Agradeço a sua colaboração,

Ana Barroquinho

Anexo E – Análise de Dados

Tabela E1

ANOVA da Regressão Linear Múltipla

Modelo	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
Regressão	60.60	2	30.30	82.91	.000
Residual	251.80	689	.37	-	-
Total	312.41	691	-	-	-

Nota: $R^2_{\text{ajustado}} = .19$

Tabela E2

Coefficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla

Modelo	Coefficientes não padronizados		Coefficientes padronizados	Estatísticas de Colinearidade			
	B	Erro Padrão	Beta	t	Sig.	Tolerância	VIF
Constante	2.78	.30	-	9.16	.000	-	-
Dificuldades Percecionadas	-.18	.04	-.16	-4.54	.000	.96	1.04
Flexibilidade Cognitiva	.53	.05	.38	10.96	.000	.96	1.04

Tabela E3

Teste T-student - comparação de grupos entre terapeutas familiarizados e não familiarizados

		Teste de Levene para igualdade de variâncias				
		F	Sig.	T	gl	Sig (2- tailed)
Dificuldades Percecionadas	Variâncias iguais assumidas	.99	.319	-1.19	690	.236
	Variâncias iguais não assumidas	-	-	-1.17	598.89	.244
Flexibilidade Cognitiva	Variâncias iguais assumidas	.06	.802	.59	690	.553
	Variâncias iguais não assumidas	-	-	.59	642.45	.553
Presença Terapêutica-T	Variâncias iguais assumidas	.03	.863	2.29	690	.023
	Variâncias iguais não assumidas	-	-	2.29	650.88	.022

Tabela E4

ANOVA – O efeito do tipo de abordagem

Variáveis	Modelos Teóricos	N	Média	Desvio - padrão
Dificuldades Percecionadas	Cognitivo-Comportamental	262	1.55	.54
	Humanista	93	1.70	.66
	Comportamental	33	1.84	.80
	Psicodinâmica	146	1.57	.58
	Sistêmica	43	1.61	.69
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	1.37	.37
	Outros	38	1.44	.58
	Total	692	1.56	.58
Flexibilidade Cognitiva	Cognitivo-Comportamental	262	5.97	.46
	Humanista	93	5.82	.51
	Comportamental	33	5.75	.43
	Psicodinâmica	146	5.91	.51
	Sistêmica	43	5.97	.53
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	5.94	0.51
	Outros	38	6.02	.48
	Total	692	5.93	.49
Presença Terapêutica-T	Cognitivo-Comportamental	262	5.63	.631
	Humanista	93	5.56	.73
	Comportamental	33	5.44	.70
	Psicodinâmica	146	5.60	.68
	Sistêmica	43	5.47	.81
	Integrativo ou mais do que dois modelos	77	5.69	.65
	Outros	38	5.90	.57
	Total	692	5.62	.67

Tabela E5

Teste de Homogeneidade de Variâncias

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
Dificuldades Percecionadas	3.99	6	685	.001
Flexibilidade Cognitiva	.40	6	685	.879
Presença Terapêutica - T	1.30	6	685	.256

Tabela E6

Testes robustos de igualdade de médias

Dificuldades

	Estática ^a	gl1	gl2	Sig.
Welch	4.65	6	161.45	.000

^a Distribuição F assintoticamente.**Tabela E7**

ANOVA para grupos terapêuticos

		Soma dos quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Flexibilidade Cognitiva	Entre grupos	2.999	6	.50	2.12	.049
	Intra grupos	161.35	685	.24	-	-
	Total	164.35	691	-	-	-
Presença Terapêutica-T	Entre grupos	5.89	6	.98	2.20	.042
	Intra grupos	306.52	685	.45	-	-
	Total	312.41	691	-	-	-

Tabela E8

Teste Post-Hoc LSD para a variável “Dificuldades Percecionadas”

Variável Dependente	(I) Modelo Teórico	(J) Modelo Teórico	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Dificuldades Percecionadas	Abordagem Cognitivo-Comportamental	Abordagem Humanista	-.16	.07	.026
		Abordagem Comportamental	-.29	.11	.006
		Integrativo ou mais do que dois modelos	.18	.08	.017
	Abordagem Humanista	Integrativo ou mais do que dois modelos	.34	.09	.000
		Outros	.27	.11	.017
	Abordagem Comportamental	Abordagem Psicodinâmica	.27	.11	.015
		Integrativo ou mais do que dois modelos	.47	.12	.000
		Outros	.40	.14	.003
	Abordagem Sistêmica	Integrativo ou mais do que dois modelos	.24	.11	.027

Tabela E9

Teste Post-Hoc LSD para a variável “Flexibilidade Cognitiva”

Variável Dependente	(I) Modelo Teórico	(J) Modelo Teórico	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Flexibilidade Cognitiva	Abordagem Cognitivo-Comportamental	Abordagem Humanista	.15	.06	.012
		Abordagem Comportamental	.22	.09	.013
	Abordagem Humanista	Outros	-.19	.09	.038
	Abordagem Comportamental	Outros	-.27	.12	.020

Tabela E10

Teste Post-Hoc LSD para a variável “Presença Terapêutica”

Variável Dependente	(I) Modelo Teórico	(J) Modelo Teórico	Diferença média (I-J)	Padrão Erro	Sig.
Presença Terapêutica-T	Abordagem Cognitivo-Comportamental	Outros	-.27	.12	.020
	Abordagem Humanista	Outros	-.34	.13	.009
	Abordagem Comportamental	Outros	-.46	.16	.004
	Abordagem Psicodinâmica	Outros	-.31	.12	.013