

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



MOTIVAÇÃO E CONSCIÊNCIA DO *SELF*:
IMPACTO NA DURAÇÃO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Maria Teresa Mascarenhas Pinto

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



MOTIVAÇÃO E CONSCIÊNCIA DO *SELF*:
IMPACTO NA DURAÇÃO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Maria Teresa Mascarenhas Pinto

Dissertação orientada pelo
Professor Doutor António José dos Santos Branco Vasco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa

2008

RESUMO

Motivação e Consciência do *Self*: Impacto na duração do processo psicoterapêutico

Em consequência das exigências da sociedade contemporânea, nos últimos anos têm-se vindo a valorizar, cada vez mais, a maximização dos resultados e a optimização da duração do processo psicoterapêutico. Reflectindo sobre o conceito de *motivação* para a terapia, pretendi evidenciar os processos subjacentes ao seu surgimento e avaliar o seu impacto na duração do processo psicoterapêutico. Sabendo que são poucos os modelos psicoterapêuticos que contemplam a motivação como uma variável relevante, recorri, como referencial teórico, a dois meta-modelos integrativos, o Modelo Transteórico (Prochaska, 1982) e o Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), que consideram a consciência do *self* um marcador de mudança. Este estudo, de natureza não experimental, de tipo quantitativo e longitudinal, considera o grau de discrepância do *self* e a qualidade da aliança terapêutica como variáveis que podem interferir na rapidez da mudança. O objectivo é avaliar de que forma o estágio de mudança, em que o paciente se encontra inicialmente, interfere no tempo necessário ao alcance dos objectivos estratégicos da segunda fase do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (aumento da consciência do *self*). Para cada hipótese especulei sobre o significado dos possíveis resultados e explorei algumas implicações para a prática clínica.

Palavras-chave: Motivação; Consciência do *self*; Estádios de mudança; Processo psicoterapêutico; Discrepância do *self*; Aliança terapêutica.

ABSTRACT

Motivation and Self-Awareness: Impact on the length of the psychotherapeutic process

As a consequence of the demands of contemporary society, increasing emphasis has been placed in recent years on maximizing results and optimizing the length of the psychotherapeutic process. Reflecting on the concept of *motivation* for therapy, I have sought to show the underlying processes that bring it into play and to assess its impact on the length of the psychotherapeutic process. Given that few psychotherapeutic models treat motivation as a relevant variable, I have used two integrative meta-models as a theoretical system of reference, the Transtheoretical Model (Prochaska, 1982) and the Paradigmatic Complementary Model (Vasco, 2006), which take self-awareness as a means of measuring change. This study, which is non-experimental and is of a quantitative and longitudinal type, will consider the degree of self-discrepancies and the quality of the working alliance as variables that can interfere in the speed of change. The objective of the study will be to assess the way in which the patient's initial stage of change interferes with the time needed to attain the strategic objectives of the second phase of the Paradigmatic Complementary Meta-model (to increase self-awareness). For each hypothesis I have examined the significance of the possible results and explored certain implications for clinical practice.

Keywords: Motivation; Self-awareness; Stages of change; Psychotherapeutic process; Self-discrepancies; Working alliance

RÉSUMÉ

Motivation et Conscience de Soi : Impact sur la durée du processus psychothérapeutique

Comme conséquence des exigences de la société contemporaine, on a valorisé de plus en plus, ces dernières années, la maximisation des résultats et l'optimisation de la durée du processus psychothérapeutique. Réfléchissant au concept de la *motivation* pour la thérapie, j'ai essayé de mettre en évidence les processus subjacents à son déclenchement et d'évaluer son impact sur la durée du processus psychothérapeutique. En sachant que peu de modèles psychothérapeutiques voient la motivation comme une variable préminente, j'ai recouru, comme révérenciel théorique, à deux meta-modèles intégratifs, le Modèle Transthéorique (Prochaska, 1982) et le Modèle de Complémentarité Paradigmatique (Vasco, 2006), qui considèrent la conscience de Soi comme un marqueur de changement. La présente étude, de nature non expérimentale et de type quantitatif et longitudinal, considère le degré de divergence de Soi et la qualité de l'alliance thérapeutique comme des variables qui peuvent interférer dans la rapidité du changement. L'objectif sera d'évaluer de quelle façon le stade de changement, dans lequel le patient se rencontre initialement, interfère avec le temps nécessaire à l'attente des objectifs stratégiques de la seconde phase du Meta-modèle de Complémentarité Paradigmatique (augmentation de la conscience du Soi). Pour chacune des hypothèses j'ai examiné à propos de la signification des résultats possibles et j'ai exploré certaines implications pour la pratique clinique.

Mots-clés: Motivation; Conscience de Soi; Stades de changement; Processus psychothérapeutique; Divergence de Soi; Alliance thérapeutique.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer às pessoas que me apoiaram, quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista afectivo, na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor António José dos Santos Branco Vasco por todos os conselhos valiosos e novos ensinamentos que me transmitiu.

Aos meus pais por me terem sempre apoiado e incentivado quando mais precisei.

Ao Pedro por ter sempre sido o meu porto de abrigo.

E aos meus colegas com quem partilhei algumas ideias.

"The revelation of thought takes men out of servitude into freedom"

Ralph Waldo Emerson

(Filósofo e escritor, 1803 – 1882)

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. REVISÃO DA LITERATURA	3
A motivação	3
A motivação no processo psicoterapêutico	4
A aliança terapêutica	6
O Modelo Transteórico	7
O Modelo de Entrevista Motivacional	10
A consciência da discrepância do <i>self</i>	11
A exploração emocional e a regulação das necessidades	13
O Modelo de Complementaridade Paradigmática	16
O presente estudo	17
III. MÉTODO	19
Participantes	19
Instrumentos	20
Dados sócio-demográficos	20
Stages of Change Scale (SCS)	20
Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)	21
Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)	21
Selves Questionnaire (SQ)	22
Inventário Breve de Sintomas (BSI)	23
Procedimento	23
IV. DISCUSSÃO	26
V. CONCLUSÃO	31
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

I. INTRODUÇÃO

A existência da motivação no processo psicoterapêutico pode ser vista como uma condição prévia e indispensável para o sucesso de qualquer intervenção psicoterapêutica (Miller, 1985). A sua insuficiência tem sido utilizada para explicar as falhas que comprometem o alcance de bons resultados, tanto no início como no desenrolar da terapia. O desejo do paciente em continuar o processo de acompanhamento terapêutico é visto, em psicoterapia, como um sinal de motivação do indivíduo (Longo, Lent & Brown, 1992).

Quando os pacientes estão motivados para a mudança, o talento do terapeuta e as potencialidades da sua orientação são factores que influenciam todo o processo. Sempre que os pacientes estão confiantes no seu próprio tratamento, proporcionam à psicoterapia o potencial necessário para facultar uma mudança efectivamente significativa. A questão central é que, com frequência, os terapeutas não trabalham com sujeitos suficientemente motivados para a mudança e, muitas vezes, aqueles que efectivamente têm necessidade de fazer uma psicoterapia, nunca pensaram seriamente nisso (Rappaport, 1997).

Muitos terapeutas experientes compreendem intuitivamente o que é a motivação, e, na prática clínica, têm a noção de como lidar com ela. Porém, se a motivação do paciente for um factor separado e distinto das operações estandardizadas do terapeuta, ou da terapia propriamente dita, é preciso compreender o que contribui para a motivação do paciente e como é que os terapeutas das várias orientações podem trabalhá-la (Rappaport, 1997). Porque a variável motivação é importante para todos os psicoterapeutas e para todas as intervenções são necessários modelos mais compreensivos que levem em conta este potencial escondido. As novas teorias deverão poder explicar de que forma é que a motivação surge, e como se mantém, de modo a que o psicoterapeuta possa orientar o paciente o melhor possível (Ryan & Deci, 2008).

A finalidade deste estudo é reflectir sobre o conceito de *motivação* para o processo psicoterapêutico e evidenciar os processos subjacentes ao surgimento da motivação para a mudança, bem como à forma de a promover em psicoterapia. De acordo com a revisão da literatura especializada sobre este tema, sublinho a mais valia do Meta-modelo Transteórico (Prochaska, 1982) e do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), que, ao tomarem em consideração o aumento da consciência do *self* como

marcador de mudança, consideram o aumento da motivação do paciente para o processo psicoterapêutico.

O grau de motivação com que o paciente inicia a terapia, factor determinante para a escolha da intervenção a seguir, pode ser importante na avaliação do tempo necessário ao acompanhamento. Tomar em consideração a variável temporal é essencial ao trabalhar-se num meio multidisciplinar, em que o psicólogo está dependente da intervenção de outros profissionais. Na prática clínica é cada vez mais importante uma boa relação entre tempo de terapia e maximização dos resultados obtidos, por conseguinte, parece-me fundamental mais investigação direccionada para os factores preditivos dos resultados terapêuticos (Steenbarger, 1994).

No período de tempo que decorre entre o início da psicoterapia e a assimilação dos objectivos da segunda fase do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática, ir-se-á avaliar de que forma o estágio de motivação em que o paciente se encontra inicialmente, influencia o alcance dos objectivos estratégicos do terapeuta. Segundo os mecanismos subjacentes ao surgimento da motivação para o processo psicoterapêutico, vou considerar o grau de discrepância do *self* e a qualidade da aliança terapêutica, como variáveis que interferem na rapidez da mudança.

II. REVISÃO DA LITERATURA

A motivação

Falar da motivação para explicar o comportamento remete-nos para a seguinte questão: “o que é que leva o ser humano a agir?”. O conceito de motivação é definido como “um conjunto de processos fisiológicos e psicológicos, responsáveis pelo desencadeamento, pela manutenção e pela interrupção de um comportamento, bem como pelo grau de desejo ou aversão, que é conferido aos elementos do meio onde se exerce esse comportamento” (Bloch et al., 2002).

A investigação sobre as causas do comportamento humano foi inicialmente objecto de diferentes concepções filosóficas, antes de se tornar alvo das teorias psicológicas. Os primeiros estudos sobre motivação recorreram ao conceito de “instinto” como variável indutora do comportamento dirigido para objectivos. Mais tarde, este conceito deu lugar ao termo de “necessidades”, definido por Hull (1943) como défices fisiológicos que incentivam o indivíduo a agir. No início do século XX, com o surgimento da corrente comportamentalista, a ideia de uma variável inata para explicar o comportamento foi substituída pelo conceito de aprendizagem por associação. Por volta dos anos 60, o cognitivismo tornou-se a corrente predominante e interessou-se pelos estímulos sensoriais, fonte de informação tratada mentalmente (Fenouillet, 2003). Hoje em dia, existem várias teorias da motivação. Uma apelam às crenças de competência e de eficácia, às expectativas de sucesso e de insucesso e outras ao sentido de causalidade e de controlo que o indivíduo tem sobre os objectivos.

Parece-me fundamental fazer-se a distinção entre motivação *intrínseca* e motivação *extrínseca*, como dois tipos de *locus* de causalidade da motivação. Enquanto que a motivação intrínseca é suscitada por actividades reforçadas pela própria realização pessoal, a motivação extrínseca caracteriza-se por comportamentos reforçados por terceiros ou por objectivos externos (e.g., Bloch et al., 2002; Fenouillet, 2003). Esta última pode ainda ser dividida em quatro tipos de regulação, consoante a sua autonomia relativa (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000a). Na motivação extrínseca com *regulação externa*, o indivíduo age unicamente para obter uma recompensa ou para evitar algo de desagradável. Na motivação extrínseca com *regulação introjectada*, o comportamento é motivado por

pressões internas, tais como sentimentos de culpa, ameaças à sua auto-estima, ou como resposta a elogios. Considerada como uma internalização parcial, trata-se de uma motivação interna mas em que o *locus* de causalidade percebido é externo. Na motivação extrínseca com *regulação identificada*, o comportamento não é simplesmente copiado, mas é identificado como importante e fazendo parte do indivíduo. Por fim, na motivação extrínseca com *regulação integrada*, as diferentes identificações são integradas num todo coerente, o que permite ao indivíduo desenvolver o sentido de si. Ainda se pode considerar o estado de amotivação, quando o indivíduo perde o controlo das consequências do seu comportamento. Ao não perceber nenhuma utilidade em agir, o sujeito acaba por se resignar à execução dessa actividade.

Em psicoterapia, quando os sujeitos têm a percepção de um *locus* de causalidade mais interno, têm, automaticamente, mais probabilidade de integrarem uma mudança comportamental e de obterem resultados mais positivos (Ryan & Deci, 2008), cabendo ao terapeuta adoptar uma postura validante e colaborativa.

A motivação no processo psicoterapêutico

A nível do processo psicoterapêutico, a falta de motivação origina uma grande percentagem de *dropouts*, considerado um problema comum na prática diária dos terapeutas. Por exemplo, de uma meta-análise envolvendo 126 estudos, concluiu-se que a probabilidade de *dropout* era de 50% (Wierzbicki & Pekarik, 1993). As razões fornecidas para a existência de um *dropout* inserem-se em três categorias: de um total de 60 pacientes que desistiram da psicoterapia cognitivo-comportamental, 46,7% referem que o fizeram por falta de motivação e, ou, por insatisfação com o tratamento ou com o terapeuta; 40% por terem desistido devido a dificuldades externas e 13,3% por terem abandonado a terapia por acreditarem sentir-se melhor (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007).

São vários os estudos que tomam em consideração a variável *motivação* para analisar a sua influência nos casos de desistência prematura. Todavia, é de salientar que o termo tem sido alvo de muitas críticas por revelar pouca clareza conceptual. O conceito de *motivação* é multifactorial e difuso, podendo incluir uma série de factores. Trata-se de um constructo, frequentemente mencionado pelos clínicos, e normalmente como estando

associado a atitudes de aceitação positiva relativamente ao acompanhamento terapêutico (Backeland & Lundwall, 1975).

A literatura especializada refere-se à existência de uma grande percentagem de pacientes considerados como “resistentes” à mudança, tratando-se de um conceito central no campo da psicoterapia (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). Cada abordagem terapêutica tem um ponto de vista diferente tanto sobre a sua conceptualização, como sobre a forma de a trabalhar (Engle & Arkowitz, 2006). As causas da dificuldade da mudança podem depender de uma série de factores, tais como: falta de um desejo intrínseco de mudança; não se saber como mudar por não se recorrer a estratégias eficazes; ou ainda, em caso de ambivalência, quando o paciente quer mudar mas, ao mesmo tempo, tem reservas relativamente à mudança (Engle & Arkowitz, 2006). Pode-se dizer que a resistência ocorre porque o *status quo* fornece segurança e consistência, ao contrário da mudança que ameaça a integridade do *self* (Miller & Rollnick, 2002).

Segundo Prochaska e DiClemente (1982) a resistência pode ser entendida como um sinal de que o terapeuta está a utilizar técnicas pouco apropriadas ao estágio de mudança em que se encontra o sujeito, produzindo na relação uma dissonância entre terapeuta e paciente. Por conseguinte, a resistência deverá ser considerada como uma oportunidade para alcançar resultados positivos, dependendo da arte do terapeuta em saber identificá-la e ultrapassá-la (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). Por exemplo, Butler e Consoli (1993) apelam à necessidade de se adaptarem as intervenções às características do paciente.

Parece-me fundamental que os terapeutas estejam conscientes dos processos psicológicos existentes no indivíduo, desenvolvendo uma perspectiva alternativa à denominada “desmotivação” do paciente. Para além das ideias que cada um defende sobre as teorias específicas da resistência, os terapeutas ainda não compreendem bem o que é a motivação, nem percebem completamente qual a sua função nem a sua necessidade. Por exemplo, a ambivalência deve ser entendida como uma variável natural e necessária ao processo de mudança, uma vez que, é por existirem benefícios e custos que o movimento em direcção à mudança é acompanhado de um movimento contraditório (McEvoy & Nathan, 2007).

Torna-se importante conceber modelos não normativos e não patológicos que expliquem o como e o porquê desse fenómeno, quando as teorias não conseguem explicá-lo adequadamente (Rappaport, 1997). Como a preocupação dos terapeutas deve assentar,

não somente nos fenómenos que estão por detrás dos processos disfuncionais dos pacientes, mas também na compreensão da motivação do paciente em terapia, é importante que os terapeutas direcionem a sua atenção para os factores que mais podem contribuir para isso como, por exemplo, a qualidade da aliança terapêutica.

A aliança terapêutica

A motivação para a mudança é um factor particularmente importante no estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade, seja qual for o foco problemático (e.g., Connors et al., 2000; Taft, Murphy, Musser & Remington, 2004). Os pacientes que iniciam o tratamento com um menor grau de motivação têm menos probabilidade de colaborar com o terapeuta, dificultando, assim, a construção e o desenvolvimento de uma relação segura. A motivação para a terapia é um factor significativo na aliança terapêutica, sendo esta última, a variável indicadora mais significativa de *dropouts*, nomeadamente no início do processo psicoterapêutico (Johansson & Eklund, 2006).

Esta relação, entre motivação e aliança terapêutica, pode ser igualmente concebida no sentido contrário, tornando-se indispensável uma aliança de qualidade para que possa existir motivação por parte do paciente. Segundo o estudo de Ilgen e colaboradores (2006), que trabalharam com pacientes dependentes de álcool, uma relação terapêutica de qualidade está associada a resultados finais mais significativos nos pacientes com motivação inicial baixa, do que naqueles com motivação elevada. Estes resultados sugerem que o estabelecimento de uma boa relação terapêutica poderá ajudar a ultrapassar o efeito negativo de um paciente pouco motivado. Sabe-se que os pacientes com alianças terapêuticas fortes, mesmo quando confrontados com dificuldades de custos elevados, parecem manter-se mais facilmente em terapia e experienciam resultados mais positivos (Quirk, Erdberg, Crosier & Steinfeld, 2007).

De acordo com Prochaska, a relação terapêutica pode ser concebida de diferentes maneiras: como uma *pré-condição* ao sucesso da psicoterapia; como um *processo essencial* que, só por si, já produz mudança; ou, como uma *fonte de conteúdo* a ser abordado e processado em terapia (Prochaska, 1979, cit. por Gelso & Hayes, 1998). Foram vários os estudos que tentaram explicar e clarificar o papel da relação terapeuta/paciente ao longo do processo psicoterapêutico, sendo considerada a aliança terapêutica, a componente

mais importante da relação. O seu estabelecimento, sobretudo nas primeiras sessões, torna-se crucial para o sucesso de qualquer psicoterapia (Gelso & Carter, 1994). A investigação evidencia que a qualidade da aliança, mesmo avaliada em fases precoces do processo terapêutico, é um bom indicador dos resultados da terapia (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991).

A conceptualização de Bordin (1979) proporcionou um marco de referência para a explicação da aliança terapêutica e dos seus componentes, servindo de base para a construção de diferentes instrumentos de avaliação da aliança. Bordin incluiu na definição de *aliança terapêutica* três elementos distintos, cuja combinação define a sua qualidade: acordo relativo às tarefas terapêuticas, acordo quanto aos objectivos terapêuticos, e a qualidade da relação/vínculo que é estabelecida entre terapeuta e paciente. Este novo conceito transteórico defende que tanto o paciente como o terapeuta são colaboradores activos e enfatiza a importância da sua compatibilidade. Segundo Bordin a aliança terapêutica é “o que torna possível o paciente aceitar e seguir fielmente o tratamento” (Bordin, 1980, cit. por Machado & Horvath, 1999).

São vários os estudos que puseram em evidência o factor preditivo da qualidade da aliança terapêutica no sucesso da psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991; Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998). Quando a qualidade da aliança é ameaçada, o alcance de bons resultados terapêuticos também fica comprometido, cabendo ao terapeuta, manter, monitorizar e, caso seja necessário, reparar as rupturas da aliança. Todavia, para que a terapia tenha sucesso, ambas as partes devem ser capazes de expressar e negociar as suas necessidades (Stevens, Muran & Safran, 2003). Desde a primeira sessão que as capacidades relacionais de ambos, constituem um grupo importante de variáveis, com impacto no desenvolvimento da aliança terapêutica (Machado & Horvath, 1999). As características que cada elemento traz para a psicoterapia irão influenciar a qualidade dessa aliança (Kokotovic & Tracey, 1990), sendo que a sua conjugação irá moldá-la e determiná-la ao longo de todo o processo psicoterapêutico (Beutler & Consoli, 1993).

O Modelo Transteórico

Segundo o Modelo Transteórico de Motivação (TTM) elaborado por Prochaska (1982), a mudança comportamental é conceptualizada como um processo desenvolvido

através do tempo e compreendendo uma progressão através de seis estádios: *pré-contemplação*, *contemplação*, *preparação*, *acção*, *manutenção* e *terminação* (Prochaska, 1982; Prochaska, 2000; Prochaska & Norcross, 2001). Este modelo tem sido alvo de investigação clínica há mais de 25 anos, e os seus investigadores têm estudado e relacionado os diferentes estádios com a mudança comportamental, a persistência no tratamento e a eficácia das intervenções e seus resultados. O seu campo de aplicação na área da saúde vai, do exercício físico, às dietas e aos comportamentos aditivos, mas pouco suporte empírico tem sido dado à aplicabilidade do modelo à psicoterapia geral (Rochlen et al., 2001).

Ao recorrer a diferentes estádios de mudança, o modelo integra processos e princípios que emergiram de uma análise comparativa englobando as maiores teorias de intervenção psicoterapêutica. Foram identificados dez processos de mudança (Prochaska, 2000), tais como o aumento da consciência, proveniente da tradição Freudiana; a gestão de contingências, da tradição de Skinneriana, ou a relação de ajuda, da tradição Rogeriana. Desta forma, o modelo focaliza-se nos aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais, decisórios para o desenvolvimento de uma motivação intrínseca. Cada estádio de mudança representa um período de tempo que pode variar de indivíduo para indivíduo, necessitando de um certo número de factores para poder passar para o estádio seguinte. Considera-se que, em cada um, ocorrem diferentes processos de mudança que progridem, e que requerem que a relação terapêutica esteja em conformidade com tal (Prochaska & Norcross, 2001).

O sujeito que se encontra no estádio de *pré-contemplação* não tem uma verdadeira intenção em mudar o seu comportamento, não está consciente da sua verdadeira problemática, e, normalmente, vem à psicoterapia devido a pressões externas (Prochaska & Norcross, 2001). O indivíduo que se encontra neste estádio não está informado das consequências do seu comportamento, ou, por não ter tido sucesso em tentativas passadas, acabou por não acreditar nas suas capacidades. Ao subestimar os benefícios da mudança e ao sobrestimar os seus custos, será difícil, ou mesmo impossível, querer mudar o seu comportamento (Prochaska, 2000). Segundo outras teorias, esta pessoa é qualificada de “desmotivada”, e não está pronta para iniciar uma psicoterapia.

O sujeito que se encontra no estádio de *contemplação* já está consciente da existência de algum problema e começa seriamente a pensar na sua mudança. Apesar de ainda não ter tomado uma verdadeira decisão, começa a considerar a hipótese de mudar o

seu comportamento nos próximos seis meses (Prochaska & Norcross, 2001). Este indivíduo já tem alguma consciência das possíveis consequências do seu comportamento, contudo, ainda não está totalmente consciente das vantagens de o mudar. A indecisão entre os custos e os benefícios da mudança pode produzir uma profunda ambivalência (Prochaska, 2000; McEvoy & Nathan, 2007).

O sujeito que se encontra no estágio de *preparação* está preparado para entrar em ação num futuro próximo, normalmente no mês seguinte. Apesar de ainda não ter estabelecido objectivos específicos, já alterou um determinado comportamento, mas não o suficiente para ter um efeito qualitativo na sua vida (Prochaska & Norcross, 2001).

O sujeito que se encontra no estágio de *acção*, já fez alterações específicas no seu comportamento disfuncional num período de tempo que vai desde um dia até seis meses. A acção envolve uma mudança comportamental notória e requer um compromisso sério de tempo e energia (Prochaska & Norcross, 2001).

O sujeito que se encontra no estágio de *manutenção* trabalha para prevenir recaídas e para consolidar os ganhos obtidos no estágio de *acção*. Este indivíduo tem que estar disposto a deixar o seu comportamento problemático e a envolver-se, consistentemente, num novo comportamento por mais seis meses consecutivos (Prochaska & Norcross, 2001). Uma das causas pelas quais os sujeitos têm recaídas frequentes, é o não estarem suficientemente preparados para um esforço prolongado, necessário para atingir este estágio (Prochaska, 2000).

Por fim, o sujeito que se encontra no estágio de *terminação* já completou todo o processo de mudança, e sente-se totalmente confiante em todas as situações de risco, com nenhuma probabilidade de recaída (Prochaska & Norcross, 2001).

A um nível “macro”, o modelo transteórico consiste num modelo de estádios baseado nas características dos pacientes e nos marcadores terapêuticos. Os sujeitos podem apresentar-se em terapia em diferentes estádios, e o processo psicoterapêutico deverá iniciar e prosseguir-se adoptando intervenções que tomem em consideração o estágio em que o paciente se encontra. O “quando” da terapia, sequência temporal de objectivos estratégicos, deve ser traduzido no “como” da terapia (Vasco, 2006). Por conseguinte, esta sequência de estádios apresenta um grande potencial na facilidade da tomada de decisão clínica e as intervenções articulam-se com as necessidades específicas dos indivíduos. Ao considerar que diferentes processos de mudança e diferentes intervenções terapêuticas são

apropriadas em diferentes fases do processo terapêutico, a mudança do paciente não é vista como um evento único, mas como uma sequência de fenómenos ao longo do tempo.

Como o sucesso de qualquer intervenção é uma das maiores preocupações dos psicólogos, este modelo defende uma perspectiva íntegra e oferece um modo para se poder compreender e identificar os pacientes que têm maior risco de *dropout* (Callaghan, 2005), sendo os pacientes *pré-contemplativos* os alvos mais frágeis (Smith, Subich & Kalodner, 1995; Rochlen, Rude & Barón, 2001). De acordo com este meta-modelo, não se pode auxiliar um indivíduo que se encontra no estágio de *pré-contemplação*, da mesma forma que se intervém com um que está no estágio da *acção*. O terapeuta, ao tentar pressioná-lo quando este não está preparado para tal, pode levá-lo a desistir do processo psicoterapêutico e, neste caso, não se poderá censurá-lo por não estar suficientemente motivado (Prochaska, 2001). Por conseguinte, a prioridade do terapeuta deverá ser a de adoptar estratégias adequadas ao estágio de mudança em que o paciente se encontra.

O Modelo de Entrevista Motivacional

O Modelo de Entrevista Motivacional (EM) tem por objectivo auxiliar o paciente a reconhecer as suas principais ou potenciais dificuldades quando existe ambivalência quanto à mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2002).

Segundo o ponto de vista transteórico, isto acontece devido à incompatibilidade nos estádios de mudança: o terapeuta está a trabalhar num estágio de *acção*, enquanto o paciente se encontra num estágio inicial de *pré-contemplação* (Prochaska, 2001). Nestes casos, recorrer à técnica da entrevista motivacional é uma forma do terapeuta conseguir chegar até ao estágio do paciente, ajudando-o a progredir através dos estádios iniciais. Quando os pacientes se encontram num estágio mais avançado, esta estratégia tem pouca utilidade, podendo até ser considerada contraproducente (Hettema, Steele & Miller, 2005).

Caracterizada como “uma forma de estar com as pessoas, e não como um conjunto de técnicas específicas administradas pelo terapeuta” (Miller & Rollnick, 2002), a entrevista motivacional deve ser utilizada com pacientes que estão menos motivados para a mudança. Podem ser consideradas duas grandes fases: estimular a motivação para a mudança e estimular o compromisso com a mudança (Engle & Arkowitz, 2006). Referindo-me à necessidade de harmonização entre paciente e terapeuta, é de salientar

que toda a intervenção deverá ser moldada às características do paciente (Beutler & Consoli, 1993).

Na primeira fase, em que o paciente se encontra no estágio de *pré-contemplação*, o papel do terapeuta é procurar amplificar a possibilidade de mudança, sem ter, simultaneamente, que impor uma direcção de acção que não seja apropriada ao sujeito. Para impedir que isso ocorra, a técnica assenta em quatro princípios gerais: expressar empatia; desenvolver discrepância; estimular a auto-eficácia e saber lidar com a resistência. Criando um ambiente propício e mostrando empatia, o terapeuta deverá procurar entender a postura do paciente, sem julgamento nem crítica. Igualmente importante, é a necessidade de o paciente aperceber-se da discrepância que existe entre o seu actual comportamento e as suas ambições. Ao tornar-se consciente dessa ego-distonia, bem como das consequências do seu actual comportamento, sentir-se-á incentivado a apresentar argumentos no sentido da mudança. Para além disso, é fundamental que o terapeuta estimule a crença de auto-eficácia no paciente, a persuasão de que ele próprio tem a capacidade e a possibilidade para executar as acções necessárias ao sucesso da mudança. Também necessário é que o próprio terapeuta acredite nessa possibilidade e responsabilize o paciente dessa decisão (Miller & Rollnick, 2002; Engle & Arkowitz, 2006).

Na segunda fase, o paciente dever-se-á encontrar no estágio de *preparação* e já estar decidido a mudar. Aqui, o principal objectivo será auxiliá-lo a confirmar e a justificar a sua tomada de decisão (Engle & Arkowitz, 2006).

Considerando a motivação como um estágio mutável, Prochaska e Norcross (2001) referem que os estádios de mudança não são lineares e envolvem, frequentemente, movimentos de alternância entre ambivalência e prontidão. Caso exista uma “ruptura” no estágio motivacional do paciente, poderá ser necessário uma “reparação”, sendo inevitável recuar para um estágio anterior. Neste momento, voltar-se-á a trabalhar no sentido de aumentar a motivação, resolver a ambivalência, e encorajar a acção.

A consciência da discrepância do *self*

Cada indivíduo possui diversas representações do seu *self*, que se reúnem num único conceito de *self*: umas referem-se às experiências individuais do momento, enquanto

outras se referem às experiências passadas ou a planos futuros; algumas são representações do que o *self* é actualmente, enquanto outras referem-se ao que gostaria de ser, poderia ser, deveria ser ou tem medo de ser (Markus & Wurf, 1987). Todas elas coexistem, simultaneamente, e influenciam e são influenciadas pelas experiências interpessoais do sujeito (Moretti & Higgins, 1999). Em psicoterapia, como foi referido na entrevista motivacional, é essencial que o paciente percepcione uma discrepância entre o seu *self* actual e aquele que ambiciona ser, como estratégia para aumentar a sua motivação no processo de mudança.

Para se ter uma visão da estrutura das diferentes representações do *self*, recorro à Teoria da Discrepância do *Self* (Higgins, 1987). Esta teoria assenta em três domínios básicos e diferenciados do *self*: o *self* actual, que corresponde à representação dos atributos que o indivíduo (ou outro significativo) acredita possuir; o *self* ideal, que corresponde à representação dos atributos que o indivíduo (ou outro significativo) gostaria de, idealmente, possuir e o *self* obrigatório, que corresponde à representação dos atributos que o indivíduo (ou outro significativo) acredita que deveria possuir. Os atributos do *self* ideal e do *self* obrigatório são os orientadores do *self* actual, constituindo os standards emocionais significativos na avaliação do *self* (Strauman, 1996).

Este modelo, ao defender a existência de três classes diferentes de representações, considera, também, as consequências da congruência e da discrepância entre os diferentes aspectos desta estrutura (Higgins, 1987; Moretti & Higgins, 1999). A premissa central desta teoria, é a de que os indivíduos experienciam uma perturbação emocional quando sentem que o seu *self* actual é substancialmente discrepante dos seus orientadores. Diferentes tipos de discrepâncias entre as representações do estágio do *self* produzem consequências diferenciadas que promovem a vulnerabilidade a diferentes formas de desconforto. Por exemplo, uma discrepância entre a *self* actual e o ideal está associado à depressão, enquanto uma discrepância entre o *self* actual e o obrigatório está relacionado com a ansiedade (Higgins, 1987). Naturalmente, como consequência da perturbação emocional vivida, os indivíduos sentir-se-ão motivados para se auto-regularem de forma a conseguirem reduzir as discrepâncias e a aumentarem a congruência do *self*. É de considerar, também, que a intensidade emocional e a frequência com a qual um determinado comportamento ocorre é função do grau de congruência ou discrepância entre o *self* actual e os estádios do *self* (Boldero & Francis, 1999).

Segundo a Teoria da Consciência Objectiva do *Self* de Duval e Wicklund (1972), quando as pessoas direccionam a atenção para si próprias e analisam o seu *status* relativamente às dimensões de traço mais salientes, acabam por se focalizarem nas discrepâncias existentes entre as suas posições ideais e as suas posições reais (Phillips & Sílvia, 2005). Esta discrepância influenciará o comportamento do indivíduo que, ao experienciar sentimentos desagradáveis, sentir-se-á motivado para diminuir essa discrepância. A intensidade motivacional do indivíduo será mais visível quanto mais elevado for o nível de focalização no *self* e a discrepância percebida (Duval, Duval & Mulilis, 1992). Espera-se que os indivíduos se mostrem mais motivados para diminuir essa discrepância ao perceberem as suas dimensões de traço mais relevantes como flexíveis (Steenbarger & Aderman, 1979).

No mesmo sentido, a Teoria da Dissonância Cognitiva desenvolvida por Festinger (1957), defende que a inconsistência entre o comportamento e as crenças provoca sentimentos de insatisfação, que, por sua vez, vão motivar o indivíduo a querer mudar, na tentativa de eliminar esse estágio de desconforto. O indivíduo, ao perceber uma dissonância, reage à situação utilizando uma das potenciais estratégias adaptativas. A motivação para alterar esse estágio representa um processo reactivo ao qual os indivíduos recorrem com o objectivo de preservar a consistência das percepções do *self* (Leonard, Beauvais & Scholl, 1999). Esta estratégia adaptativa representa um dos mecanismos primários utilizado pelo indivíduo, consciente ou inconscientemente, para lidar com essa dissonância

Como tenho vindo a referir, o efeito negativo produzido pela consciência da ego-distonía no paciente tem um carácter motivacional. São as emoções que fornecem a energia e o incentivo necessários para a restauração de um estágio mais desejável da identidade do *self*. Esta afirmação vai ao encontro da posição de Darwin, depois desenvolvida por Tomkins, de que “as emoções motivam a acção” (Sílvia & Duval, 2001).

A exploração emocional e a regulação das necessidades

Foram vários os teóricos que realçaram a importância de os indivíduos terem acesso aos seus sentimentos e poderem discriminá-los, sendo este “trabalho emocional” um passo essencial para um bom trabalho terapêutico (Greenberg, 2001). Greenberg e Safran

(1989) consideram os processos emocionais, em psicoterapia, uma variável de grande importância na compreensão e na promoção da mudança terapêutica.

Ao falar de exploração emocional refiro-me à promoção da consciência emocional do indivíduo, que, ao tornar as emoções conscientes, tem acesso tanto à informação adaptativa como à sua tendência de acção, julgamentos e decisões (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Desta forma, quando o sujeito presta atenção às emoções e as traduz por palavras, permite à experiência, simbolizada na memória, ser assimilada conscientemente no conhecimento conceptual do *self* e do mundo (Greenberg, 2001). Ao avaliar os seus estádios emocionais e ao conseguir identificar a necessidades, o sujeito irá organizá-las e regulá-las adequadamente, movendo-se para estádios mais adaptativos.

A explicação cognitiva sugere que as emoções são activadas e diferenciadas pela avaliação das situações, com ênfase nos objectivos e nas necessidades psicológicas. Segundo Dizén, Barenbaum e Kerns (2005), como o processamento das necessidades desempenha um papel causal no nível de consciência emocional, os sujeitos que não têm uma reacção emocional consistente, também não estão totalmente conscientes das suas necessidades. Assim sendo, o aumento da consciência emocional, em psicoterapia, irá também pressupor a regulação das necessidades do indivíduo.

A exigência de uma tendência integrativa no contexto da psicoterapia requer tomar em consideração a regulação das necessidades psicológicas do paciente. O objectivo da terapia é, por um lado, facilitar a expressão e a consciência das necessidades do organismo e, por outro, ajudar a regular essas mesmas necessidades (Ryan & Deci, 2008). Este processo, para além da formação de um *self* integrado, contribui para o crescimento, o bem-estar psicológico do paciente e para a sua motivação no processo psicoterapêutico. Neste contexto, ao reencontrar as suas necessidades psicológicas, o paciente sente-se incentivado e motivado a envolver-se numa mudança, tanto nas situações internas como nas externas à relação terapêutica. Quando isso não ocorre, mostram evidências de mal-estar e de um funcionamento desorganizado (La Guardia & Ryan, 2000).

As necessidades constituem os nutrientes essenciais à vida psicológica do indivíduo e, ao serem consideradas como essenciais e inatas, pode-se dizer que se incorporam numa instância do *self* (Conceição & Vasco, 2005). A Teoria da Auto-determinação (Deci & Ryan, 2000) apela a esta noção como variável reguladora pela qual os indivíduos se orientam no alcance dos seus objectivos. Este conceito vai especificar o conteúdo da motivação e fornecer uma base substantiva para a energia e para a direcção da acção (Deci

& Ryan, 2000; Ryan & LaGuardia, 2000; Deci & Vansteenkiste, 2004). Apesar da maior parte dos autores se referirem ao conceito de “satisfação” quando abordam a questão das necessidades psicológicas, eu irei recorrer ao termo de “regulação”, por considerá-lo mais apropriado. Na realidade, como as necessidades variam em função do contexto em que nos encontramos, nem sempre temos o mesmo tipo de carência, logo nunca existe uma satisfação total e permanente.

Deci e Ryan (2000) consideram as necessidades psicológicas como inatas e específicas, e a sua satisfação, por ser essencial ao crescimento psicológico de integridade e bem-estar, irá proporcionar um conteúdo motivacional à vida do indivíduo. Esta perspectiva deriva da meta-teoria dialéctica-organísmica de interacção entre o indivíduo e o mundo social que o rodeia. O ser humano, ao ser considerado um organismo naturalmente pró-activo e orientado para o crescimento, sente-se intrinsecamente motivado no envolvimento em actividades que lhe forneçam os nutrientes necessários a um funcionamento mais efectivo (Deci & Vansteenkiste, 2004). Por conseguinte, as condições e o ambiente que suportam essas necessidades irão estimular a motivação intrínseca do sujeito que vai encarar essa actividade como interessante (Deci & Moller, 2005).

São várias as teorias que defendem a importância da regulação das necessidades como abordagens da motivação: a Teoria da Auto-determinação de Deci e Ryan (2000) postula a existência de três categorias de necessidades psicológicas: autonomia, competência e pertença. Segundo estes autores, um comportamento tornar-se-á intrinsecamente motivado quando as três motivações estão minimamente reguladas. Não se referindo às necessidades fisiológicas, defendem que outras necessidades, tal como a auto-estima, devem ser consideradas elementos do bem-estar do indivíduo, consequência da regulação das três necessidades referidas (Ryan & Deci, 2000b). A Teoria Dinâmica de Maslow (1958) defende uma organização hierárquica das necessidades em que o comportamento é motivado por necessidades fundamentais, reguladas segundo uma determinada sequência. Esta sequência compreende as necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença e de amor, de auto-estima e de auto-actualização (Maslow, 1958). Por fim, a Teoria Cognitivo-Experiencial do *Self* de Epstein (1993) defende a existência de quatro necessidades básicas, sendo o balanceamento entre a dor e o prazer, a coerência do *self*, a pertença e a auto-estima. Segundo este autor, o comportamento deverá ser entendido como um compromisso entre as necessidades, e a sua adaptação efectiva requer um balanceamento entre elas (Epstein, 1993).

O Modelo de Complementaridade Paradigmática

O Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), desenvolvido por Vasco (2006), apareceu como resposta à necessidade de um modelo integrativo, em crescente desenvolvimento de um grande número de escolas de modelo único. Trata-se de um meta-modelo destinado a sustentar a responsividade do terapeuta às necessidades do paciente, em que os marcadores estão claramente explicitados (Vasco, 2006).

Ao tomar em consideração as limitações de alguns modelos integrativos actuais, este modelo não negligencia variáveis de grande importância, tais como a “dimensão temporal da terapia” e as “variáveis do paciente e do problema” como critérios de tomada de decisão clínica. Constituído por uma componente sequencial temporal de fases relativas a objectivos, que concebe avanços e recuos, o processo terapêutico é composto por sete fases que determinam a prossecução de objectivos estratégicos sequenciais (Vasco, 2006).

Cada uma das fases é definida como uma categoria ordenada de objectivos estratégicos promovidos pelo terapeuta. Para operacionalizá-los de forma explícita, o autor baseou-se nos factores comuns, susceptíveis de serem organizados numa sequência de desenvolvimento (Conceição, 2005). As sete fases deste modelo são: (1) Confiança, motivação e estruturação da relação; (2) Aumento da consciência da experiência e do *self*; (3) Construção de novos significados relativos à experiência e ao *self*; (4) Regulação da responsabilidade; (5) Implementação de acções reparadoras; (6) Consolidação da mudança e (7) Antecipação do futuro e prevenção da recaída.

O presente trabalho foca-se, predominantemente, nos objectivos da primeira e da segunda fase do modelo de complementaridade paradigmática. Na primeira fase, pretende-se estruturar a relação entre paciente e terapeuta, criando um ambiente de confiança, esperança e segurança, bem como de motivação para a psicoterapia. Numa segunda fase, o objectivo será o de promover a consciência da experiência e do *self*, que engloba, por exemplo, auxiliar o paciente a diferenciar sentimentos, pensamentos e acções; ampliar a consciência das suas necessidades e dos seus conflitos internos, bem como aumentar a consciência relativamente ao modo de relacionamento com os outros (Vasco, 2006).

O presente estudo

Com base na revisão teórica efectuada conclui-se que é fundamental que o terapeuta considere a motivação do paciente para a psicoterapia ao longo do seu desenvolvimento. Nas primeiras sessões, será com base nesta variável que o terapeuta tomará decisões clínicas, essenciais, que podem otimizar os resultados obtidos. A variável tempo torna-se um factor de grande importância, sendo a relação tempo/resultado da terapia uma característica importante na prática clínica. Para além da exigência, cada vez maior, de terapias de curta duração, no caso de trabalho multidisciplinar poderá ser importante prever o tempo necessário ao acompanhamento psicoterapêutico do paciente. Também essencial para o sucesso de qualquer psicoterapia é a qualidade da aliança terapêutica estabelecida entre paciente e terapeuta, crucial para a obtenção de bons resultados terapêuticos.

Considerando a consciência do *self* e da experiência um marcador que facilita o desenvolvimento da motivação para a mudança, ir-me-ei cingir às primeiras sessões do processo psicoterapêutico, correspondentes às duas primeiras fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática. As hipóteses de investigação deste estudo vão basear-se na sugestão de investigação de Steenbarger (1994) de que “a terapia tem mais probabilidade de ser de menor duração quando o paciente está mais consciente do seu problema e motivado para a mudança”.

De acordo com a necessidade de coerência do *self* e a consciência da discrepância do *self*:

- **H1:** Espera-se que os sujeitos que se encontram no estágio de *contemplação*, quando iniciam uma psicoterapia, terão maior discrepâncias do seu *self*, do que os sujeitos que se encontram num estágio de *pré-contemplação*.

Considerando que a rapidez da assimilação dos objectivos da segunda fase do modelo de complementaridade paradigmática está relacionada com a motivação do paciente:

- **H2:** Espera-se que os sujeitos que se encontram num estágio de *contemplação*, quando iniciam uma psicoterapia, irão precisar de menos sessões para atingir a segunda fase do modelo de complementaridade paradigmática, do que os sujeitos que se encontram num estágio de *pré-contemplação*.

Porque a aliança terapêutica é uma variável fundamental para o sucesso de qualquer psicoterapia:

- **H3:** Espera-se que os sujeitos que se encontram num estágio de *contemplação*, estabeleçam uma aliança terapêutica de qualidade superior aos sujeitos que se encontram em *pré-contemplação*.
- **H4:** Espera-se que o impacto do grau de motivação para a mudança, na rapidez da assimilação dos objectivos da segunda fase do modelo da complementaridade paradigmática, seja mediado pela qualidade da aliança terapêutica estabelecida entre paciente e terapeuta.

III. MÉTODO

O desenho escolhido para este estudo será de natureza não experimental, uma vez não existir uma manipulação directa das variáveis de interesse. De tipo *ex post facto* e descritivo, caracteriza-se pela selecção de dois grupos de sujeitos, que diferem relativamente a uma variável critério, e que se encontram no seu contexto natural. Tratando-se de um estudo longitudinal, cada grupo será submetido a uma medição repetida, num determinado intervalo de tempo. Pela natureza das medidas e análises será de tipo quantitativo e terá como objectivo esclarecer as hipóteses propostas (Robert, 1988). Como método de obtenção da informação, recorrer-se-á a questionários e inventários com instruções padronizadas.

Participantes

O procedimento de selecção da amostra não será intencional, uma vez que a constituição da amostra será regida por critérios de conveniência e disponibilidade dos participantes. A amostra, não-aleatória, deverá incluir sujeitos de ambos os sexos e com mais de 18 anos de idade, destinando-se, assim, a uma população adulta. A recolha de dados irá ser efectuada com participantes, com vista a iniciarem uma psicoterapia individual em contexto privado. A amostra de conveniência desta investigação deverá compreender um mínimo de 30 díades (paciente-terapeuta).

Os factores que determinam os critérios de exclusão serão: possuir um grau de escolaridade inferior ao 9º ano; a presença de patologias relacionadas com o agrupamento das psicoses e a utilização de substâncias. A escolha do primeiro critério de exclusão tem por base, por um lado, o grau de escolaridade obrigatória existente actualmente em Portugal e, por outro, o grau de capacidade de leitura e de compreensão das escalas apresentadas. O segundo e o terceiro critérios assentam no facto destes diagnósticos poderem apresentar graves alterações da consciência que poderão influenciar o bom desenvolvimento do estudo.

Instrumentos

Dados sócio-demográficos

Será necessário preencher um documento de recolha de informação sobre cada participante, com o objectivo de caracterizar a amostra a nível sócio-demográfico. Os pacientes teriam que responder a um questionário onde constariam perguntas relativas à data de nascimento, naturalidade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão. Os terapeutas teriam que indicar dados relativos à data de nascimento, naturalidade, sexo, idade, estado civil, anos de experiência clínica, orientação teórica e local de trabalho.

Stages of Change Scale (SCS)

A *Stages of Change Scale* (SCS: McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989) consiste num instrumento de avaliação baseado no Modelo Transteórico dos Estádios de Mudança que começou a ser desenvolvido com aplicação à psicoterapia em 1983. Esta escala avalia quais os estádios motivacionais dos pacientes que procuram tratamento para a modificação de qualquer tipo de problema comportamental.

Trata-se de um questionário de auto-avaliação destinado à população adulta. Composto por 32 perguntas subdivididas em quatro subescalas de oito itens, abrange os seguintes estádios de mudança: *pré-contemplação*, *contemplação*, *acção* e *manutenção*. As respostas são dadas segundo uma escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente” (Yoshida, 2002).

Pelo menos dois estudos empíricos foram realizados com o objectivo de determinar as suas qualidades psicométricas. No primeiro (N=1555), a sua análise indicou a presença de quatro factores com características próprias: *pré-contemplação*, *contemplação*, *acção* e *manutenção*. Ao serem correlacionados entre si, verificou-se um maior grau de associação entre os estádios adjacentes, sugerindo que a mudança ocorre de forma previsível, de um estágio para o outro e de forma sequencial (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). No segundo (N=327), os resultados obtidos replicaram os mesmos resultados que o estudo original, com a identificação dos quatro estádios e a emergência de oito perfis (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989).

Segundo Yoshida (2002), apesar da necessidade de se adaptarem alguns itens na versão em língua portuguesa do Brasil, o instrumento apresenta-se como uma boa medida do estágio de mudança em que se encontra o paciente. Porém, por eu considerar certos itens de difícil compreensão para a população portuguesa, em anexo, segue-se a minha proposta de tradução da versão original em língua inglesa (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989). Assim sendo, torna-se indispensável fazer-se uma aferição para a língua portuguesa de Portugal.

Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)

O Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos, ainda em versão experimental (IAOE: Medina, Vasco, Conceição, Nave & Moleiro, 2004, cit. por Conceição, 2005), foi construído com base na componente sequencial das sete fases do Meta-modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), tendo por objectivo avaliar as capacidades estruturais do paciente resultantes da assimilação dos seus objectivos estratégicos (Conceição, 2005).

Este questionário de auto-avaliação é constituído por 28 itens, avaliados numa escala de Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “nada descritivo” e 7 a “totalmente descritivo”. Capturar-se-ão as conquistas alcançadas através dos itens construídos com base na componente sequencial de sete fases do Meta-modelo. Para este inventário, os dados revelaram elevados índices de consistência interna das subescalas (.85, .85, .84, .92, .93 e .82 respectivamente) e também da escala global (.94) (Conceição, 2005).

Existem duas versões deste inventário, uma para o terapeuta IAOE-CP(t), e outra para o paciente IAOE-CP(p). Nesta investigação utilizar-se-á somente a primeira.

Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)

O Inventário da Aliança Terapêutica é a versão portuguesa da escala original *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). Trata-se de um instrumento meta-teórico, que pode ser utilizado para avaliar a aliança terapêutica

independentemente do tipo de orientação teórica. WAI baseia-se na conceptualização tripartida defendida por Bordin (1979), que enfatiza a relação terapêutica alicerçada no tipo de vinculação, e no acordo relativamente a objectivos e tarefas, entre paciente e terapeuta.

O inventário é constituído por três sub-escalas, desenhadas para avaliar o acordo entre terapeuta e paciente, relativamente aos objectivos, às tarefas, e à força do vínculo da relação. Num total de 36 itens, cada sub-escala é constituída por 12 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de sete pontos, em que 1 corresponde a “nunca” e 7 a “sempre”. O inventário avalia a frequência de sentimentos e pensamentos de um sujeito acerca do outro elemento da díade (Machado & Horvath, 1999).

A versão portuguesa do WAI apresenta adequados índices de fiabilidade e consistência interna, com alfa de Cronbach de .95 para a escala total, .93 para a tarefa, .87 para a relação e .80 para os objectivos (Machado & Horvath, 1999).

A versão reduzida que irá ser utilizada neste estudo foi derivada desta escala e é constituída por 12 itens. Os itens para esta versão foram seleccionados escolhendo os quatro itens de cada subescala com maior peso nos respectivos factores. Segundo Machado e Horvath (1999) a versão reduzida deste instrumento tem como principal desvantagem a diminuta fiabilidade dos resultados das sub-escalas, devido ao restrito número de itens que a constituem. Todavia, no geral, os autores afirmam que o resultado total mostrou-se consistente.

Selves Questionnaire (SQ)

O *Selves Questionnaire* (SQ; Higgins, 1987) trata-se de uma medida ideográfica para avaliar as crenças sobre o *self* e os seus níveis de discrepância, de acordo com a teoria da discrepância do *self* de Higgins (1987).

Os sujeitos são convidados a escrever 10 palavras que descrevam os atributos que eles acreditam que, actualmente, idealmente e obrigatoriamente devem possuir. O instrumento deverá possuir, em cada folha, as instruções relativas a cada *self* (actual, ideal e obrigatório), por exemplo: “Faça uma lista dos atributos que descrevem o tipo de pessoa que acredita ser actualmente”. Cada atributo deverá ser avaliado pelo paciente em função da sua dimensão, atribuindo-lhe uma pontuação de 4 pontos, em que 1 corresponde a “levemente” e 4 a “extremamente” (Higgins, 1987).

Inventário breve de sintomas (BSI)

O Inventário Breve de Sintomas é a versão portuguesa da escala original *Brief Symptom Inventory* (BSI; Degoratis & Spencer, 1982). O objectivo deste instrumento é avaliar a presença de uma vasta gama de dimensões de sintomas psicopatológicos num curto espaço de tempo (Canavarro, 1999).

Trata-se de um questionário de auto-avaliação composto por 53 itens avaliados segundo uma escala de cinco pontos, em que 0 corresponde a “nada” e 4 a “extremamente”. A resposta deverá corresponder ao que melhor descreve a forma como um determinado problema afectou o paciente nos passados sete dias. Os itens deste questionário agrupam-se em nove dimensões: Somatização (7 itens); Obsessões-Compulsões (6 itens); Sensibilidade Interpessoal (4 itens); Depressão (6 itens); Ansiedade (6 itens); Hostilidade (5 itens); Ansiedade Fóbica (5 itens); Ideação Paranóide (5 itens); Psicoticismo (5 itens) e outros quatro itens que não se integram em nenhuma destas dimensões, mas foram mantidos por se referirem a sintomatologia relevante (Derogatis & Spencer, 1982).

As características psicométricas da adaptação para a população portuguesa oferecem segurança para a sua utilização. Ao funcionar como um bom indicador dos sintomas do foro psicopatológico, o instrumento é considerado um bom indicador de saúde mental (Canavarro, 1999). Neste estudo só irei tomar em consideração o índice global de perturbação, com o intuito de controlar a existência de grandes discrepâncias.

Procedimento

De acordo com as hipóteses propostas, vou considerar a discrepância do *self* uma variável independente relativamente à motivação, avaliada segundo os estádios de mudança do modelo transteórico. O grau de motivação será considerado uma variável independente relativamente à rapidez de assimilação dos objectivos da segunda fase do MCP, avaliada com base no número de sessões necessárias a tal alcance. A aliança terapêutica será aqui encarada como uma variável mediadora entre a motivação e a rapidez de assimilação dos objectivos da segunda fase do MCP. Segundo Robert (1988) quando se trabalha com um grupo de pequena dimensão, é preferível que os participantes não sejam

demasiado díspares, no que respeita algumas das suas características ligadas à variável independente. Por essa razão irei incluir uma medida de sintomas, como variável de controlo, de forma a arrumar os grupos (*pré-contemplação e contemplação*) com graus equivalentes de perturbações.

Todos os participantes serão previamente contactados, com um pedido de colaboração voluntária e com a devida explicação sobre a natureza da investigação. Dever-lhes-á ser informado que as respostas, tanto do terapeuta como do paciente, serão anónimas e confidenciais. A selecção dos terapeutas irá ser feita consoante a disponibilidade de cada um em participar nesta investigação.

O estudo irá decorrer durante as sete primeiras sessões, uma vez que, é durante estas sessões que o terapeuta tenta, essencialmente, construir uma relação de confiança, promover motivação e esperança, bem como aumentar a consciência da experiência e construir novos significados. A partir da oitava sessão, este trabalho diminui, e começa-se a trabalhar as questões relativas à implementação de acções reparadoras (Vasco, 2006). Neste estudo irei dividir as sete sessões em três fases avaliativas, a primeira, quarta e sétima sessão.

Serão entregues ao terapeuta dois cadernos (o Caderno do Paciente e o Caderno do Terapeuta) com todas as instruções de procedimento a seguir, e todos os instrumentos de recolha de informação a serem preenchidos ao longo da terapia. O Caderno do Paciente (cf. anexo A) contem três pastas que correspondem aos três momentos da avaliação. Na primeira pasta há, como instrumentos de avaliação, o SQ, o SCS, e o BSI, para além do questionário dos dados sócio-demográficos. Na segunda e na terceira, que são idênticas, o SQ, o SCS e o WAIc. O Caderno do Terapeuta (cf. anexo B) contem três pastas que correspondem aos três momentos da avaliação. Na primeira pasta há, como único instrumento de avaliação, o questionário dos dados sócio-demográficos. Na segunda e na terceira, que são idênticas, o WAIe e o IAOE-CPt.

Na primeira sessão, e antes de iniciar a psicoterapia, o paciente deverá preencher o SQ e o SCS. O objectivo será avaliar o grau de discrepância do *self* e o estágio de mudança em que o paciente se encontra. Para além deste inventário, o paciente preencherá, também,

o BSI, para controlar a variável severidade dos sintomas. Por fim, tanto terapeuta como paciente deverão responder ao questionário relativo aos dados sócio-demográficos.

No fim da quarta sessão, o paciente deverá preencher, novamente, o SQ e o SCS, para se observar a evolução desde a primeira sessão. Para além destes dois inventários, o paciente preencherá, também, o WAIC, que irá avaliar a qualidade da aliança terapêutica. O terapeuta, por sua vez, deverá preencher o IAQE-CPt com o intuito de avaliar em que fase do MCP o paciente se encontra, e o WAIt para avaliar a qualidade da aliança segundo a sua perspectiva.

No fim da sétima sessão, paciente e terapeuta irão preencher os mesmos inventários que na quarta sessão.

Para facilitar a divisão dos questionários, a cada díade (paciente e terapeuta) será atribuído um número que deverá constar em cada questionário. Todos os envelopes ficarão em poder do terapeuta e serão recolhidos no final da sétima sessão.

IV. DISCUSSÃO

A psicoterapia, ao permitir que o paciente descubra contradições de que nunca se tinha apercebido anteriormente, promove motivação para o processo psicoterapêutico. Quando o sujeito se exprime livremente e se focaliza nesse conteúdo, consciencializa-se da discrepância que existe entre o que é, o que gostaria de ser, e o que deveria ser. Depois de reconhecidas, enfrentadas e reexaminadas, essas incongruências darão oportunidade ao *self* de se organizar num todo coerente. “A descoberta de atitudes e de emoções, que nunca tinham sido reconhecidas na consciência, constitui um dos fenómenos mais profundos e mais significativos da terapia” (Rogers, 1951, p. 80).

Hipótese 1

De acordo com Rogers (1951) e as correntes fenomenológicas, a necessidade de coerência do *self* refere-se à necessidade do sujeito possuir, manter e defender uma identidade coerente do seu *self*. Segundo Erikson, é extremamente importante que o indivíduo possua um sentido estável de *self*, constituindo um referencial importante para as suas experiências de vida (Erikson, 1959, cit. por Epstein, 1993). Quando este é ameaçado, os indivíduos vão experienciar altos níveis de *stress* e sentem-se impelidos a restabelecer o equilíbrio. Sendo a incoerência, ou a discrepância do *self*, uma condição essencial à existência da motivação para a terapia, existe uma grande probabilidade de que os resultados do estudo confirmem a primeira hipótese.

Um sujeito em *pré-contemplação*, ao não estar motivado para o processo psicoterapêutico, porque nunca pensou realmente em si, nunca se apercebeu das diferentes representações que existem no seu *self*. Pelo contrário, um sujeito em *contemplação* já está motivado para a mudança porque começa a reflectir sobre o seu modo de funcionamento, erróneo ou disfuncional (Mohr et al., 1990). Como tal, torna-se vulnerável ao desconforto psicológico, manifestado por sentimentos de confusão e de incerteza, ao ter a percepção das discrepâncias que existem entre as várias representações do seu *self* (VanHook & Higgins, 1988).

Apesar de muito pouco provável, se os resultados não confirmarem a primeira hipótese, concluir-se-á que não existe relação entre o estágio de mudança em que se encontra o paciente (*pré-contemplação* ou *contemplação*) e o grau de discrepância do seu *self*. Uma explicação para tal ocorrência poderá estar relacionada com o facto de um sujeito em *contemplação*, como ainda não tomou uma verdadeira decisão de mudança (Prochaska & Norcross, 2001), ainda não pensou seriamente sobre as diversas representações do seu *self*. O que gostaria de ser ou o que deveria ser, são duas questões que ainda não foram contempladas.

Se os resultados não confirmarem a hipótese, posso ainda referir razões de ordem metodológica, tal como o instrumento de avaliação utilizado. São vários os autores que referem que o *Selves Questionnaire* não mede os constructos propostos pela teoria da discrepância do *self* (Tangney, Niedenthal, Covert & Barlow, 1998; Rodebaugh & Donahue, 2007).

Hipótese 2

Quanto mais consciente das discrepâncias do *self* o sujeito estiver, mais se sentirá motivado para diminuir essas incongruências e, por conseguinte, para avançar no processo psicoterapêutico. Estar totalmente consciente das incongruências que existem entre as diferentes representações do *self*, caracteriza o alcance dos objectivos de assimilação da segunda fase de MCP. Assim sendo, quanto mais discrepante o sujeito estiver, mais facilidade terá em aumentar essa consciência. Segundo esta linha de pensamento, existe uma elevada probabilidade de que a segunda hipótese seja confirmada.

Na realidade, é frequente que os sujeitos em *pré-contemplação* procurem fazer psicoterapia por pressões externas, não se encontrando suficientemente receptivos, nem preparados, para uma mudança efectiva. Ao depararem-se com a imposição de opiniões divergentes das suas, podem recorrer a estratégias adaptativas de confrontação (Leonard, Beauvais & Scholl, 1999; Beutler, Moleiro & Talebi, 2002), dificultando e atrasando todo o processo psicoterapêutico. Conclui-se ser da maior importância adequar o tipo de intervenção às variáveis do paciente, evitando, assim, uma possível ruptura na aliança terapêutica (Stevens, Muran & Safran, 2003).

Apesar de menos provável, se os resultados não confirmarem a segunda hipótese, concluir-se-á que não existe relação entre o grau de motivação e a rapidez do aumento da consciência do *self*. Estes resultados poderão ser explicados pela interferência de outros factores, terapêuticos ou extra-terapêuticos, tais como a qualidade da aliança, o tipo de intervenção escolhida ou ainda as expectativas do paciente relativamente à terapia.

Se um sujeito se encontra em fase de *contemplação* mas não tem aptidões sociais suficientes, ou não tem capacidade para estabelecer uma relação de vinculação (Mohr et al., 1990) poderá não conseguir sentir-se suficientemente confiante nem em segurança para se envolver num processo psicoterapêutico. Neste caso, ao estar comprometida a qualidade da aliança terapêutica, a terapia tornar-se-á mais demorada.

Outra possibilidade será a inadequação das técnicas utilizadas pelo terapeuta. Por exemplo, recorrer à técnica da entrevista motivacional quando o paciente já se encontra motivado para a mudança irá atrasar o desenrolar da psicoterapia (Miller & Rollnick, 2002). . Determinar em que estágio de mudança se encontra o paciente, nomeadamente nas fases iniciais da terapia, pode ter vantagens na prática clínica (Rochlen, Rude & Barón, 2001), permitindo ao terapeuta moldar e otimizar a sua intervenção. Se o paciente já se encontra minimamente motivado, o terapeuta poderá recorrer a estratégias mais específicas ao seu problema. Caso contrário, será necessário apelar a estratégias mais exploratórias e mais direccionadas para o aumento da motivação e para o estabelecimento de uma relação colaborativa (Miller & Rollnick, 2002). De acordo com a necessidade de harmonização entre paciente e terapeuta, toda a sua intervenção deverá ser moldada às características específicas de cada paciente (Beutler & Consoli, 1993). Segundo Ryan e Deci (2008), os resultados da terapia não são ditados *a priori*, mas resultam da moldagem que o terapeuta faz do processo de crescimento inerente ao ser humano. Neste sentido, o desenvolvimento do processo terapêutico estará dependente das atitudes do terapeuta, quer regulem, ou não, as necessidades do paciente.

As crenças que o paciente traz quando inicia a terapia, nomeadamente as expectativas de resultado e de eficácia (Bandura, 1986), podem ser determinantes na motivação para o processo psicoterapêutico (Longo, Lent & Brown, 1992). A maneira como o paciente apreende o terapeuta e se envolve no processo psicoterapêutico é inicialmente influenciada pelas suas expectativas (Rogers, 1951).

Hipótese 3

Sendo considerada a motivação para a mudança uma variável influente no estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade (Connors et al., 2000; Taft, Murphy, Musser & Remington, 2004; Johansson & Eklund, 2006), é altamente provável que a terceira hipótese seja confirmada. Os sujeitos *contemplativos*, por estarem mais motivados, pressupõe-se que irão ter tendência a adotar atitudes mais espontâneas, o que irá facilitar a sua colaboração (Rochlen, Rude & Barón, 2001). Pelo contrário, muitos dos sujeitos que se encontram no estágio de *pré-contemplação*, ao se apresentarem pouco receptivos ou reactantes (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002), terão mais dificuldade em estabelecer alianças positivas.

Apesar de menos provável, se os resultados não confirmarem a terceira hipótese, concluir-se-á que um paciente *contemplativo* não terá mais facilidade, relativamente a um *pré-contemplativo*, em estabelecer uma boa aliança terapêutica. Uma explicação para tal ocorrência, poderá assentar no facto dos pacientes menos motivados, ao estarem mais ambivalentes, também se tornam mais receptivos à influência contextual do terapeuta (Lebow et al., 2006, cit. por Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006). Para estes últimos, o alcance de uma aliança terapêutica de qualidade irá ter grandes vantagens para o sucesso da terapia (Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006)

Hipótese 4

Caso a terceira hipótese seja confirmada, é muito provável que a quarta hipótese também o seja. Um sujeito motivado para a mudança e que consiga estabelecer uma boa aliança terapêutica, terá grande probabilidade de aumentar a sua consciência de *self* mais rapidamente que um sujeito menos motivado e com uma fraca aliança. Se os resultados confirmarem a quarta hipótese, poder-se-á concluir que a qualidade da aliança terapêutica tem influência na relação que existe entre o grau de motivação do paciente e a rapidez com que atinge a segunda fase do MCP. Assim sendo, um sujeito que se encontra num estágio de *contemplação*, irá ter vantagens em termos de rapidez, relativamente a um outro em *pré-contemplação*, devido à qualidade da aliança terapêutica que consegue estabelecer.

Apesar de altamente improvável, devido à forte interação que existe entre a motivação do paciente e a aliança terapêutica estabelecida (Johansson & Eklund, 2006), se os resultados não confirmarem a hipótese formulada, concluir-se-á que a aliança terapêutica não interfere na relação que existe entre a motivação do paciente e a rapidez de assimilação dos objectivos da segunda fase do MCP.

V. CONCLUSÃO

Nos últimos anos tem-se vindo a valorizar a brevidade das psicoterapias. Por apresentarem vantagens, tais como resultados mais rápidos e menos custos económicos, as terapias breves têm sido alvo de muita investigação (e.g., Rochlen, Rude & Barón, 2001). Para responderem eficazmente às exigências da sociedade contemporânea, os profissionais devem tomar em consideração as variáveis que mais contribuem para a rapidez da psicoterapia.

Neste estudo debrucei-me sobre a variável motivação para o processo psicoterapêutico, uma vez que, na realidade, grande parte dos modelos de intervenção dedica pouca atenção a este potencial escondido (Miller & Rollnick, 2002). A motivação para a mudança é um aspecto fundamental para o sucesso de qualquer terapia, mas que nem sempre é contemplado pelos terapeutas. Ao não estarem conscientes, nem suficientemente sensibilizados, para a interferência desta variável, muitos deles, não adequam a sua intervenção ao estado motivacional nem às qualidades específicas de cada paciente (Beutler & Consoli, 1993). Quando este último não se apresenta minimamente receptivo à terapia, a solução dos terapeutas é rotularem-no de “resistente” à mudança (Prochaska & DiClemente, 1982).

Para superar esta dificuldade, o papel do terapeuta deverá centrar-se no fortalecimento das potencialidades de cada paciente, facilitando o seu processo natural de mudança e não impondo estratégias de controlo externas. Como a capacidade para motivar os pacientes a crescerem e a mudarem deve caracterizar um dos maiores desafios dos terapeutas, a questão central não deverá ser “porque é que o sujeito não está motivado?”, mas sim, “para que é que ele está motivado?” (Miller & Rollnick, 2002). Por exemplo, o Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006), ao tomar em consideração marcadores específicos como objectivos de assimilação, tais como a *confiança*, a *motivação*, a *estruturação da relação* e o *aumento da consciência do self e da experiência*, centra-se em aspectos cruciais para a promoção da motivação.

Partindo do princípio de que as hipóteses deste estudo serão todas confirmadas, recorro à imagem ilustrada por Steenbarger (1994), de um *continuum*: num dos extremos, os pacientes estão totalmente conscientes das discrepâncias do *self*, conseqüentemente mais motivados e capazes de construir uma aliança terapêutica positiva; no outro extremo,

os pacientes têm um conhecimento bastante pobre e difuso sobre o seu próprio funcionamento e têm mais dificuldade em estabelecer uma aliança terapêutica de confiança e segurança. Segundo esta perspectiva, o primeiro grupo de pacientes irá beneficiar de uma intervenção mais rápida, prescritiva e mais centrada nos sintomas (Steenbarger, 1994). Pelo contrário, no segundo grupo, será necessário um período de tempo superior, em que irá ser preciso um trabalho inicial mais exploratório e em que haja promoção da motivação para o processo psicoterapêutico.

De uma maneira geral, posso concluir que, para que a terapia seja mais rápida e produtiva, o paciente deve encontrar-se, pelo menos, no estágio de *contemplação*. Neste estágio, já existe uma intenção clara para enfrentar o problema e a predisposição para aceitar a ajuda necessária do terapeuta (Yoshida, 2002). Desta forma, considero que os pacientes mais motivados para a mudança são os mais adequados para as terapias breves.

Limitações

Considero uma possível limitação deste estudo a possibilidade de se obter uma amostra pouco representativa de sujeitos em *pré-contemplação* e/ou em *contemplação*. Sendo esta uma das restrições dos estudos *ex post facto*, o investigador não pode manipular a quantidade de sujeitos em cada um dos grupos.

Investigações futuras

Para otimizar a intervenção psicoterapêutica, torna-se indispensável ter conhecimento das intervenções que melhor se adaptam às características específicas dos pacientes menos motivados. Apesar do Modelo Transteórico e do Modelo de Entrevista Motivacional terem sido aplicados a uma variedade de áreas, nomeadamente aos comportamentos aditivos, pouca investigação tem sido feita relativamente a dificuldades mais difusas e a problemas menos específicos abordados em psicoterapia (Moyers & Rollnick, 2002). Para se poderem implementar e aplicar esses conhecimentos à prática clínica diária, seria importante haver mais investigação neste sentido. Dando continuidade a este estudo, seria interessante aplicá-lo às seguintes fases do processo psicoterapêutico,

estendendo-o a outros estádios de mudança, nomeadamente ao estádio de *preparação*. Seria essencial para a investigação sobre motivação, que recorre ao Modelo Transteórico, aferir o instrumento de avaliação SCS para a população portuguesa.

A forma como o terapeuta apreende a motivação do paciente, bem como o nível de confiança e de segurança que transmite, podem ser considerados uma variável influente no estádio motivacional do paciente, ao longo do processo psicoterapêutico. No estudo de Rochlen, Rude e Barón (2001) foram demonstradas diferenças significativas entre os pacientes *pré-contempladores* e os dos outros estádios, relativamente à aliança terapêutica. O mesmo não ocorreu com os terapeutas. Este resultado reflecte a existência de alguma insensibilidade, ou falta de consciência, que existe por parte dos terapeutas quanto ao nível de colaboração que obtêm por parte dos pacientes. Neste sentido, sugiro que a investigação não se circunscreva às características dos pacientes, mas seja, também, direccionada para as características dos terapeutas (Miller, 1985).

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Backeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 5, 738-783.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 6, 585-592.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Beutler, L. E., & Consoli, A. J. (1993). Matching the therapist's interpersonal stance to clients characteristics: Contributions from systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy*, 30, 3, 417-422.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 2, 207-217.
- Bloch, H., Dépret, É., Gallo, A., Garnier, P., Gineste, M. D., Leconte, P., Le Ny, J. F., Postec, J., Reuchlin, M., & Casalis, D. (2002). *Dictionnaire Fondamental de la Psychologie*. Paris : Larousse. (p. 790).
- Boldero, J., & Francis, J. (1999). Ideals, thoughts, and self-regulation: Are there qualitatively distinct self-guides?. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 343-355.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 3, 252-260.
- Callaghan, R. C. (2005). A closer look at the work of Borgan, Prochaska, and Prochaska (1999). *Psychotherapy*, 42, 2, 244-246.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: B.S.I. In M.R. Simões, L.S. Almeida, & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2) (pp. 95-109). Braga: SHO.
- Conceição, N. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Trabalho não publicado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do *self* como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 139-149.

- Deci, E. L., & Moller, A. C. (2005). The Concept of Competence. In A. Elliot & C. Dweck (Eds.), *Handbook of Competence and Motivation*. New York: Guildford Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of goal pursuits: Human need and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 4, 227-268.
- Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 1, 27, 23-35.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration & Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dizén, M., Barenbaum, H., & Kerns, J. (2005). Emotional awareness and psychological needs. *Cognition and Emotion*, 19, 8, 1140-1157.
- Duval T. S., Duval, V. H., & Mulilis, J. (1992). Effects of self-focus, discrepancy between self and standard and outcome expectancy favorability on the tendency to match self to standard or to withdraw. *Journal of Personality and social Psychology*, 62, 2, 340-348.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-awareness*. San Diego, CA: Academic Press.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). Motivational Interviewing: Principles and Strategies. Capt. 8. In D. E. Engle & H. Arkowitz, *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guildford Press.
- Epstein, S. (1993). Emotion and self theory. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guildford Press.
- Fenouillet, F. (2003). *La motivation*. Paris: Dunod.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 3, 296-306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship and its components: An introduction. In G. J. Gelso & J. A. Hayes (Eds), *The psychotherapy relationship: Theory, Research and Practice* (pp.3-45). New York: Wiley.
- Greenberg, L. (2001). *Emotion-Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 5, 611-630.

- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 1, 19-29.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 3, 319-340.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 2, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behaviour. An introduction to behaviour theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ilggen, M. A., McKellar, J., Moos, R. & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 2, 157-162.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 140-147.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counselling Psychology*, 37, 1, 16-21.
- LaGuardia, J., & Ryan, M. (2000). Buts Personnels, Besoins Psychologiques fondamentaux et bien-être: Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue Québécoise de Psychologie*, 21, 2, 281-304.
- Leonard, N. H., Beauvais, L. L., & Scholl, R. W. (1999). Work motivation: The incorporation of self-concept-based processes. *Human Relations*, 2, 8, 969-997.
- Longo, D. A., Lent, R. W., & Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 4, 447-452.
- Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica: W.A.I. In M.R. Simões, L.S. Almeida & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2) (pp. 87-94). Braga: SHO.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Reviews of Psychology*, 38, 299-337.
- Maslow, A. H. (1958). A dynamic theory of human motivation. In C. L. Stacey & M. F. DeMartino (Eds), *Understanding Human Motivation*. Michigan: Howard Allen.

- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 4, 494-503
- McConaughy, E. N., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and samples profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McEvoy, P., & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioural change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 12, 1217-1229.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 1, 84-107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. B. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 5, 622-628.
- Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1999). Own versus other standpoints in self-regulation: Developmental antecedents and functional consequences. *Review of General Psychology*, 3, 3, 188-223.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 2, 185-193.
- Phillips, A. G., & Sílvia, P. J. (2005). Self-awareness and the emotional consequences of self-discrepancies *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 5 703-713.
- Prochaska, J. O. (2000). Change at differing stages. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy processes and practice for the 21st century*. New York: John Wiley & Sons.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 3, 276-288.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38, 4, 443-448.
- Quirk, M. P., Erdberg, P., Crosier, M., & Steinfeld, B. (2007). Personality assessment in today's health care environment: therapeutic alliance and patient satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 89, 2, 95-104.
- Rappaport, R. (1997). *Motivating Clients in Therapy*. New York: Routledge.

- Robert, M. (1988). *Fondements et Étapes de la Recherche Scientifique en Psychologie*. Canada: Edisem.
- Rochlen, A. B., Rude, S. S., & Barón, A. (2001). The relationship of client stages of change to retention, working alliance, and outcome in short-term therapy. *The Research Consortium of Counseling & Psychological Services in Higher Education*, 2, 1.
- Rodebaugh, T. L., & Donahue, K. L. (2007). Could you be more specific, please: Self-discrepancies, affect and variation in specificity and relevance. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 12, 1193-1207.
- Rogers, C. R. (1951). *Terapia Centrada no paciente*. (M. Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editora.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychological Association*, 55, 1, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11, 4, 319-338.
- Ryan, R. M., & LaGuardia, J. G. (2000). In S. Qualls & R. Abeles (Eds.), *Psychology and Aging Revolution: How we Adapt to Longer Life*. (pp. 145-172). Washington, DC: APA Books.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behaviour. *Journal of Psychotherapy practice and research*, 7, 2, 126-139.
- Sílvia, P. J., & Duval, T. S. (2001). Objective self-awareness theory: Recent progress and enduring problems. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 3, 230-241.
- Smith, K. J., Subich, L. M., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 1, 34-39.
- Steenbarger, B. N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 2, 111-119.
- Steenbarger, B., & Aderman, D. (1979). Objective self-awareness as a nonaversive state: Effect of anticipating discrepancy reduction. *Journal of Personality*, 4, 330-339.

- Stevens, C. L., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2003). Obstacles or opportunities?: A relational approach to negotiating alliance ruptures. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guildford.
- Strauman, T. J. (1996). Stability within the self: A longitudinal study of the structural implications of self-discrepancy theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 6, 1142-1153.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 2, 349-354.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Barlow, D. H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1, 256-268.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 207-210.
- VanHook, E., & Higgins, E. T. (1988). Self-related problems beyond the self-concept: Motivational consequences of discrepant self-guides. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 4, 625-633.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, *39*, 9-31.
- Wierzbicki M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 2, 2190-195.
- Yoshida, E. M. O. (2002). Escalas de estágios de mudança: Uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, *7*, 1, 59-66.

Anexo A

Caderno do Paciente

Caro(a) paciente;

Como terá sido informado(a), pelo(a) seu(sua) terapeuta, venho convidá-lo(a) a participar num estudo sobre motivação em psicoterapia. Este projecto de investigação insere-se na realização da tese de mestrado integrado em psicologia do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa da Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor António José Branco Vasco.

Considerando preciosa a sua disponibilidade, procurei simplificar e clarificar ao máximo o material que contém este envelope. A sua participação é voluntária. Caso decida colaborar, por favor **preencha tudo** aquilo que lhe é pedido, sempre que o terapeuta lhe solicitar.

Quero assegurar-lhe que todos os dados são confidenciais. O(a) seu(sua) terapeuta não terá acesso às suas respostas e os resultados servirão directamente para objectivos científicos, ainda que indirectamente possam vir a contribuir para a qualidade da psicoterapia.

É **muito importante** que não deixe nenhuma pergunta em branco. Uma vez preenchido o material, coloque-o de novo na pasta e entregue-a **fechada** ao(à) seu(sua) terapeuta, que o guardará no envelope.

Ao longo do caderno vai encontrar três pastas que contêm diferentes questionários. Tenha atenção ao facto de cada um deles se iniciar por instruções específicas e possuir escalas de avaliação diferentes entre si.

Disponibilizo-me, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel:

Correio electrónico:

Muito Obrigada

Teresa Pinto
António Branco Vasco
Universidade de Lisboa

CADERNO DO PACIENTE

PASTA 1

Dados Sócio-Demográficos

Data de nascimento:

Naturalidade:

Sexo:

Estado civil:

Habilitações literárias:

Profissão:

Nome do(a) Terapeuta:

Código (a preencher pelos investigadores):

Data: ___/___/___ N° da Sessão: _____

Escala dos Estádios de Mudança
(McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989)
(Proposta de tradução para a população portuguesa)

Este questionário é composto por afirmações que descrevem a forma como as pessoas pensam os seus problemas. A sua tarefa é dizer em que grau concorda ou discorda com estas afirmações. Para cada uma delas, faça a sua escolha em função do que sente **agora**. Responda, por favor, a **todas as perguntas** fazendo um X no quadrado da resposta que escolheu. Se nenhuma das alternativas corresponde à sua resposta, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima do que pensa.

	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Estou indeciso	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1.No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem de ser resolvidos.					
2.Eu acho que estou preparado para me auto-aperfeiçoar.					
3.Estou a tentar fazer algo a respeito dos problemas que me têm incomodado.					
4.Talvez valha a pena trabalhar na resolução do meu problema.					
5. Eu não sou o problema principal. Para mim, não faz sentido estar aqui.					
6.Preocupa-me poder voltar a ter um problema que já resolvi; por isso estou aqui para procurar ajuda.					
7.Finalmente eu estou a trabalhar no meu problema.					
8.Tenho andado a pensar que talvez queira mudar alguma coisa sobre mim.					
9.Tenho tido êxito a trabalhar o meu problema, mas não estou certo de poder manter sozinho(a) este esforço.					
10.Às vezes, o meu problema é difícil, mas eu estou a trabalhar nele.					
11.Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem a ver comigo.					
12.Espero que este local me ajude a compreender-me melhor.					
13.Acho que tenho defeitos, mas não tenho nenhum que eu precise realmente de mudar.					
14.Eu estou a trabalhar arduamente para mudar.					

15. Tenho um problema e acho realmente que deveria trabalhar nele.					
16. Não estou a conseguir prosseguir com o que já tinha mudado, tão bem quanto eu estava à espera, mas estou aqui para prevenir uma possível recaída.					
17. Apesar de nem sempre ter conseguido mudar, estou pelo menos a trabalhar no meu problema.					
18. Achei que uma vez resolvido o meu problema estaria livre dele. Contudo, às vezes ainda me debato com ele.					
19. Gostaria de ter mais ideias sobre como resolver o meu problema.					
20. Eu já comecei a trabalhar nos meus problemas, mas gostaria de ter ajuda.					
21. Talvez este local possa ajudar-me.					
22. Talvez esteja a precisar de um incentivo para me ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23. Posso ser parte do problema, embora não ache realmente que o seja.					
24. Espero que alguém aqui tenha um bom conselho para mim.					
25. Qualquer um pode falar sobre a mudança, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa a esse respeito.					
26. Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não conseguem simplesmente esquecer os seus problemas?					
27. Estou aqui para evitar uma recaída do meu problema.					
28. É frustrante, mas acho que estou a recair num problema que pensava já ter resolvido.					
29. Tenho preocupações como toda a gente. Para quê gastar tempo a pensar nelas?					
30. Estou a trabalhar activamente no meu problema.					
31. Prefiro conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.					
32. Depois de tudo o que fiz para tentar mudar o meu problema, de vez em quando ele volta para me assombrar.					

Questionário dos “Eus”
(Higgins, 1985)

Parte I – As suas crenças sobre si próprio(a)

A seguir, ser-lhe-á solicitado que faça uma lista com 10 atributos sobre si próprio(a) que **você** acredita ter **actualmente**.

O **“eu actual”** refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos, ou características, que **actualmente** possui.

	“Eu actual”	Grau da crença
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que actualmente possui cada um dos atributos de acordo com a escala seguinte:

Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4

(Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

Parte II – As crenças dos outros sobre si

As outras pessoas também têm as suas crenças sobre si. Nesta secção do questionário ser-lhe-á pedido que faça uma lista com 10 atributos sobre si próprio(a) que a **sua mãe** e o **seu pai** gostariam que, **idealmente**, você tivesse e acreditam que, **obrigatoriamente**, você deveria possuir.

O “**eu ideal**” refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos ou características, que **idealmente** gostaria de possuir; o tipo de pessoa que gostaria, desejaria ou esperaria ser.

O “**eu obrigatório**” refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos ou características, que **obrigatoriamente**, deve possuir; o tipo de pessoa que é seu dever, obrigação ou responsabilidade ser.

	“Eu ideal”	Grau da crença
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que idealmente deveria possuir cada um dos atributos de acordo com a escala seguinte:

Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4

(Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

	“Eu obrigatório”	Grau da crença
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que actualmente possui cada um dos atributos. (Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

Inventário Breve de Sintomas

(Derogatis, 1982)

(Adaptado para a população portuguesa por Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **grau em que cada problema o incomodou durante a última semana**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					

32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

CADERNO DO PACIENTE

PASTAS 2 e 3

Data: ___/___/___ N° da Sessão: _____

Escala dos Estádios de Mudança

(McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989)

(Proposta de tradução para a população portuguesa)

Este questionário é composto por afirmações que descrevem a forma como as pessoas pensam os seus problemas. A sua tarefa é dizer em que grau concorda ou discorda com estas afirmações. Para cada uma delas, faça a sua escolha em função do que sente **agora**. Responda, por favor, a **todas as perguntas** fazendo um X no quadrado da resposta que escolheu. Se nenhuma das alternativas corresponde à sua resposta, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima do que pensa.

	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Estou indeciso	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1.No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem de ser resolvidos.					
2.Eu acho que estou preparado para me auto-aperfeiçoar.					
3.Estou a tentar fazer algo a respeito dos problemas que me têm incomodado.					
4.Talvez valha a pena trabalhar na resolução do meu problema.					
6. Eu não sou o problema principal. Para mim, não faz sentido estar aqui.					
6.Preocupa-me poder voltar a ter um problema que já resolvi; por isso estou aqui para procurar ajuda.					
7.Finalmente eu estou a trabalhar no meu problema.					
8.Tenho andado a pensar que talvez queira mudar alguma coisa sobre mim.					
9.Tenho tido êxito a trabalhar o meu problema, mas não estou certo de poder manter sozinho(a) este esforço.					
10.Às vezes, o meu problema é difícil, mas eu estou a trabalhar nele.					
11.Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem a ver comigo.					
12.Espero que este local me ajude a compreender-me melhor.					
13.Acho que tenho defeitos, mas não tenho nenhum que eu precise realmente de mudar.					

14. Eu estou a trabalhar arduamente para mudar.					
15. Tenho um problema e acho realmente que deveria trabalhar nele.					
17. Não estou a conseguir prosseguir com o que já tinha mudado, tão bem quanto eu estava à espera, mas estou aqui para prevenir uma possível recaída.					
17. Apesar de nem sempre ter conseguido mudar, estou pelo menos a trabalhar no meu problema.					
18. Achei que uma vez resolvido o meu problema estaria livre dele. Contudo, às vezes ainda me debato com ele.					
19. Gostaria de ter mais ideias sobre como resolver o meu problema.					
20. Eu já comecei a trabalhar nos meus problemas, mas gostaria de ter ajuda.					
21. Talvez este local possa ajudar-me.					
22. Talvez esteja a precisar de um incentivo para me ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23. Posso ser parte do problema, embora não ache realmente que o seja.					
24. Espero que alguém aqui tenha um bom conselho para mim.					
25. Qualquer um pode falar sobre a mudança, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa a esse respeito.					
26. Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não conseguem simplesmente esquecer os seus problemas?					
27. Estou aqui para evitar uma recaída do meu problema.					
28. É frustrante, mas acho que estou a recair num problema que pensava já ter resolvido.					
29. Tenho preocupações como toda a gente. Para quê gastar tempo a pensar nelas?					
30. Estou a trabalhar activamente no meu problema.					
31. Prefiro conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.					
32. Depois de tudo o que fiz para tentar mudar o meu problema, de vez em quando ele volta para me assombrar.					

Questionário dos “Eus”
(Higgins, 1985)

Parte I – As suas crenças sobre si próprio(a)

A seguir, ser-lhe-á solicitado que faça uma lista com 10 atributos sobre si próprio(a) que **você** acredita ter **actualmente**.

O **“eu actual”** refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos, ou características, que **actualmente** possui.

“Eu actual”	Grau da crença
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que actualmente possui cada um dos atributos de acordo com a escala seguinte:

Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4

(Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

Parte II – As crenças dos outros sobre si

As outras pessoas também têm as suas crenças sobre si. Nesta secção do questionário ser-lhe-á pedido que faça uma lista com 10 atributos sobre si próprio(a) que a **sua mãe** e o **seu pai** gostariam que, **idealmente**, você tivesse e acreditam que, **obrigatoriamente**, você deveria possuir.

O “**eu ideal**” refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos ou características, que **idealmente** gostaria de possuir; o tipo de pessoa que gostaria, desejaria ou esperaria ser.

O “**eu obrigatório**” refere-se às suas crenças, relativamente aos atributos ou características, que **obrigatoriamente**, deve possuir; o tipo de pessoa que é seu dever, obrigação ou responsabilidade ser.

	“Eu ideal”	Grau da crença
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que idealmente deveria possuir cada um dos atributos de acordo com a escala seguinte:

Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4

(Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

	“Eu obrigatório”	Grau da crença
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Agora, é-lhe pedido que mencione o grau com que acredita que actualmente possui cada um dos atributos. (Por favor, faça-o **só depois** de fazer a listagem)

Inventário da Aliança Terapêutica – Forma reduzida

(Tracey & Kokotovic, 1989)

(Adaptado para a população portuguesa por Machado, 1999)

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

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

Anexo B

Caderno do Terapeuta

Caro(a) colega:

No âmbito da realização da tese de mestrado integrado em psicologia do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa da Secção de psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor António José Branco Vasco, pretendo efectuar uma investigação relativa a algumas dimensões do processo terapêutico, tanto na perspectiva do terapeuta, como na do paciente.

Gostaria de contar com a sua ajuda, como participante, preenchendo o *Caderno do Terapeuta*, bem como intermediário entre o investigador e os pacientes, que irão iniciar o processo terapêutico, entregando-lhes e recolhendo as pastas contidas no *Caderno do Paciente*.

Este estudo implicará o preenchimento de vários questionários ao longo do processo terapêutico. Quero assegurar-lhe que todos os dados serão confidenciais e os resultados servirão exclusivamente para objectivos científicos, podendo contribuir, indirectamente, para a qualidade da psicoterapia.

A sua participação é voluntária. Caso decida colaborar, por favor **preencha todos** os questionários contidos em cada pasta, consoante o momento da avaliação especificado. **É muito importante** que não deixe nenhuma questão em branco. Uma vez preenchido todo o material, coloque-o de novo no envelope. Chamo-lhe a atenção para o facto de cada questionário se iniciar por instruções específicas e possuir escalas de avaliação diferentes entre si.

Disponibilizo-me, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel:

Correio electrónico:

Muito Obrigada

Teresa Pinto
António Branco Vasco
Universidade de Lisboa

CADERNO DO TERAPEUTA

PASTA 1

Dados Sócio-Demográficos

Data de nascimento:

Naturalidade:

Sexo:

Estado civil:

Anos de experiência clínica

Orientação teórica:

Local de trabalho:

Código (a preencher pelos investigadores):

CADERNO DO TERAPEUTA

PASTAS 2 e 3

Data: ___/___/___ N° da Sessão: _____

Inventário da Aliança Terapêutica – Forma reduzida

(Tracey & Kokotovic, 1989)

(Adaptado para a população portuguesa por Machado, 1999)

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

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5	6	7

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

Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE -Cpt)
(Versão experimental: Medina, Vasco, Conceição, Nave & Moleiro, 2004)

Responda às seguintes questões assinalando, numa escala de 1 a 7, a opção que melhor descreve a forma como entende o(a) seu(sua) paciente **na fase actual da psicoterapia**.

Nada Descritivo	Muito Pouco Descritivo	Pouco Descritivo	Moderadamente Descritivo	Bastante Descritivo	Muito Descritivo	Muitíssimo Descritivo
1	2	3	4	5	6	7

“Nesta fase da psicoterapia, considero que o(a) meu (minha) paciente...”

1. NÃO está capaz de se sentir uma pessoa com valor	1	2	3	4	5	6	7
2. NÃO está capaz de construir novas explicações plausíveis para o seu comportamento	1	2	3	4	5	6	7
3. Está capaz de fazer escolhas resultantes da sua própria vontade	1	2	3	4	5	6	7
4. Está capaz de se ver a si próprio(a) e aos outros de formas adaptativas	1	2	3	4	5	6	7
5. Está capaz de estabelecer e manter um espaço pessoal e relações que apoiem um funcionamento integrado	1	2	3	4	5	6	7
6. Está capaz de aceder aos diferentes componentes da sua experiência (sensações, cognições, emoções, comportamentos)	1	2	3	4	5	6	7
7. Está capaz de colaborar com o terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
8. Está capaz de abertura a mudanças e necessidades inevitáveis da vida no futuro	1	2	3	4	5	6	7
9. NÃO está capaz de agir de acordo com as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
10. Está capaz de se sentir como agente responsável pelas suas mudanças	1	2	3	4	5	6	7
11. Está capaz de antecipar o futuro e a mobilização de recursos para lidar com ele	1	2	3	4	5	6	7
12. NÃO está capaz de compreender as necessidades que procura satisfazer ao comportar-se da forma como se comporta	1	2	3	4	5	6	7
13. NÃO está capaz de se observar a si próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
14. Está capaz de lidar com obstáculos colocados às suas novas formas de ser e de estar	1	2	3	4	5	6	7
15. Está capaz de elaborar uma narrativa de si próprio(a) que organiza experiências do passado, presente e futuro	1	2	3	4	5	6	7
16. Está capaz de compreender como é que ele(a) próprio(a) contribui para as suas dificuldades	1	2	3	4	5	6	7
17. Está capaz de estabelecer relações entre diferentes componentes da sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
18. Está capaz de sentir segurança no(a) terapeuta e no processo psicoterapêutico	1	2	3	4	5	6	7
19. Está capaz de identificar diferentes componentes da sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
20. NÃO está capaz de integrar diferentes experiências que permitam vivenciar a personalidade como um todo coerente	1	2	3	4	5	6	7
21. Está capaz de pôr em prática mudanças construtivas (internas ou externas)	1	2	3	4	5	6	7
22. Está capaz de se projectar no futuro efectiva e afectivamente relacionado consigo próprio(a) e com os outros	1	2	3	4	5	6	7
23. NÃO está capaz de consolidar nem de generalizar as suas novas aprendizagens	1	2	3	4	5	6	7
24. Está capaz de reavaliar o significado que atribui à sua experiência	1	2	3	4	5	6	7
25. Está capaz de perceber o modo como se relaciona com os outros	1	2	3	4	5	6	7

26. Está capaz de lidar adaptativamente com situações ou representações da sua realidade	1	2	3	4	5	6	7
27. Está capaz de se respeitar a si próprio(a) e às suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
28. Está capaz de confiar no(a) terapeuta	1	2	3	4	5	6	7