

ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS BRANCO VASCO

**"PSICOTERAPEUTA, CONHECE-TE A TI PRÓPRIO!":  
CARACTERÍSTICAS, CRENÇAS METATEÓRICAS, ESTILOS  
TERAPEÚTICOS E DESENVOLVIMENTO EPISTEMOLÓGICO DOS  
PSICOTERAPEUTAS PORTUGUESES**

LISBOA  
1992

ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS BRANCO VASCO

**"PSICOTERAPEUTA, CONHECE-TE A TI PRÓPRIO!":  
CARACTERÍSTICAS, CRENÇAS METATEÓRICAS, ESTILOS TERAPÊUTICOS E  
DESENVOLVIMENTO EPISTEMOLÓGICO DOS PSICOTERAPEUTAS PORTUGUESES.**

*Dissertação de doutoramento em Psicologia,  
apresentada na Faculdade de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*

LISBOA  
1992



O esforço posto na realização do presente trabalho teria sido inglório sem o contributo de diversas pessoas.

Ao Prof. Windy Dryden, cuja fleuma britânica soube conter o ímpeto latino, deixo expressa a minha mais profunda gratidão pela disponibilidade, orientação e apoio científico prestados.

À Prof<sup>a</sup> Adelina Lopes da Silva, cujo labor nortenho soube compensar a contemplação sulista, o meu sentido reconhecimento pela imprescindível orientação, apoio e estímulo constantes.

Ao Dr. Leonel Garcia-Marques, cuja amizade compensa tudo, agradeço a paciência amiga e o partilhar do seu grande saber, particularmente o metodológico e estatístico.

Aos muitos colegas e amigos, particularmente à Dr<sup>a</sup> Isabel Sá, à Dr<sup>a</sup> Teresa Garcia-Marques e ao Dr. João Nogueira, agradeço o incentivo e apoios vários prestados em diversas fases da elaboração do trabalho.

Às Dr<sup>as</sup> Isabel Duarte, Isabel Gonçalves, Maria João Faria e Luisa Inglês, o meu agradecimento pelo empenho posto na condução e cotação das entrevistas.

Ao Sr. Alves, o meu obrigado pelo excelente trabalho de reprografia.

À João, um imenso e muito afectuoso...

Dedico o presente trabalho a,

PEDRO FERNANDES DE GOUVEIA, capelão do Senhor D. João III, pároco do Hospital de Todos-os-Santos nos idos de 1539, "que tinha muita experiência e sabia bem tratar todos os doentes fora do seu siso" (Barahona-Fernandes, 1984; Hospital Miguel Bombarda, 1948);

JOÃO CIDADE, nascido a 8 de Março de 1495, na vila de Montemor-o-Novo, na Rua Verde, feito S. JOÃO DE DEUS, beatificado por Urbano VIII em 21 de Setembro de 1630 e canonizado por Alexandre VIII em 16 de Outubro de 1690, proclamado por Leão XIII em 27 de Maio de 1886 "patrono de todos os hospitais e enfermos", "enfermeiro de Deus" e pioneiro da assistência hospitalar aos "alienados mentais" (Marques-Gastão, 1982);

JOSÉ CUSTÓDIO DE FARIA, nascido a 30 de Maio de 1756 em Candolim, aldeia de Bardês, Goa, filho do casamento infeliz de Caetano Vitorino de Faria com Dona Rosa Maria de Sousa, feito 33ABADE DE FARIA por Alexandre Dumas Filho no *Conde de Monte Cristo* e primeiro defensor da doutrina do sono hipnótico como fenómeno psicológico natural (Egas-Moniz, 1977);

ELYSIO DE MOURA, precursor da psicoterapia em Portugal e genial psicoterapeuta, cujos dotes se deviam mais à experiência e contacto com os pacientes do que à aderência a qualquer escola ou sistema terapêutico (Barahona-Fernandes, 1984);

e ainda a todos os psicoterapeutas portugueses, passados, presentes e vindouros...

## INDICE

I. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1. Breve História da Psicoterapia.....	2
2. Psicoterapia e Psicoterapeutas.....	10
2.1. Modelos de Terapia e Papel do Terapeuta.....	10
2.2. Resultados da Investigação e Interpretações Alternativas.....	13
2.3. Reconhecimento da Importância do Terapeuta.....	21
2.4. Repercussões.....	23
3. O Psicoterapeuta Como Filósofo Natural.....	27
3.1. Filosofia e Psicologia.....	27
3.2. Crenças Metateóricas, Desenvolvimento Epistemológico e Psicoterapeutas.....	32
4. Psicoterapia e Psicoterapeutas em Portugal.....	47
5. Objectivos Gerais e Estrutura do Trabalho.....	49
5.1. Objectivos Gerais.....	49
5.2. Estrutura do Trabalho.....	51
II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
1. Amostra.....	53
2. Instrumentos.....	56
2.1. Instrumento Nº 1.....	56
2.1.1. Descrição do Instrumento.....	56
2.2. Instrumento Nº 2.....	58
2.2.1. Descrição do Instrumento.....	58
2.2.2. Características Psicométricas.....	59
2.3. Instrumento Nº 3.....	60
2.3.1. Descrição do Instrumento.....	60
2.3.2. Características Psicométricas.....	61
2.4. Instrumento Nº 4.....	62
2.4.1. Descrição do Instrumento.....	62
2.4.2. Características Psicométricas.....	64
2.5. Instrumento Nº 5.....	65
2.5.1. Descrição do Instrumento.....	65
2.5.2. Cotação da Entrevista.....	69
2.5.3. Características Psicométricas.....	71
3. Procedimento.....	73
3.1. Primeira Fase.....	73
3.2. Segunda Fase.....	74
3.2.1. Treino dos Entrevistadores.....	74
3.2.2. Condução das Entrevistas.....	75

III. ESTUDOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	76
1. Estudo 1 - Características Demográficas, Actividades Profissionais, Perspectivas Teóricas e Satisfação com o Treino e Carreira dos Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos.....	76
1.1 Introdução.....	76
1.2. Descrição e Análise dos Resultados.....	80
1.2.1. Características Demográficas.....	80
1.2.2. Actividades Profissionais.....	85
1.2.3. Perspectivas Teóricas.....	95
1.2.4. Satisfação com o Treino e a Carreira.....	101
1.2.5. Diferenças Relativas a Sexo, Experiência e Orientação Teórica.....	111
2. Estudo 2 - Tendências Eclécticas entre os Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com os Estados Unidos.....	123
2.1. Introdução.....	123
2.2. Descrição e Análise dos Resultados.....	125
2.2.1. Incidência e Tipos de Eclectismo.....	125
2.2.2. Diferenças Entre Eclécticos e Não-Eclécticos.....	135
3. Estudo 3 - Crenças Metateóricas e Estilos Terapêuticos.....	140
3.1. Introdução.....	140
3.2. Descrição e Análise dos Resultados.....	149
3.2.1. Crenças Metateóricas e Influências na Escolha de Orientação Teórica.....	149
3.2.2. Crenças Metateóricas e Orientação Teórica.....	161
3.2.3. Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica.....	174
3.2.4. Crenças Metateóricas, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica.....	185
4. Estudo 4 - Dissonância Entre Crenças Metateóricas e Crenças Pessoais.....	197
4.1. Introdução.....	197
4.2. Descrição e Análise dos Resultados.....	201
4.2.1. Índice de Dissonância Entre Asserções Metateórica e Crenças Pessoais.....	201
4.2.2. Relações Entre Dissonância, Satisfação com a Orientação Teórica, Influência da Teoria na Prática, Satisfação e Probabilidade de Abandono da Carreira.....	205
4.2.3. Dissonância e Eclectismo.....	210
4.2.4. Outros Correlatos da Dissonância.....	211
5. Estudo 5 - Experiência Clínica, Desenvolvimento Epistemológico e Estilo Terapêutico.....	215
5.1. Introdução.....	215

5.2.	Descrição e Análise dos Resultados.....	230
5.2.1.	Experiência e Estilo Terapêutico.....	230
5.2.2.	Experiência, Estilo Terapêutico e Orientação Teórica.....	235
5.2.3.	Experiência, Desenvolvimento e Estilo Terapêutico.....	239
5.2.4.	Nível de Desenvolvimento e Dissonância....	246
IV.	CONCLUSÕES.....	248
1.	Limitações.....	248
2.	Estudo 1.....	250
2.1.	Características Demográficas.....	251
2.2.	Actividades Profissionais.....	252
2.3.	Perspectivas Teóricas.....	257
2.4.	Treino e Carreira.....	259
3.	Estudo 2.....	264
3.1.	Incidência do Eclectismo.....	264
3.2.	Combinações e Tipos de Eclectismo.....	266
3.3.	Experiência e Eclectismo.....	268
3.4.	Diferenças Entre Ecléticos e Não-Ecléticos.....	270
4.	Estudo 3.....	273
4.1.	Crenças Metateóricas e Influências na Escolha de Orientação Teórica.....	273
4.2.	Crenças Metateóricas.....	275
4.3.	Estilos Terapêuticos.....	278
4.4.	Crenças Metateóricas, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica.....	280
5.	Estudo 4.....	282
5.1.	Dissonância, Satisfação com a Orientação, Influência Desta na Prática, Probabilidade de Abandono da Carreira e Eclectismo.....	283
5.2.	Dissonância, Filosofia e Valores Pessoais, Idade e Experiência.....	289
6.	Estudo 5.....	290
6.1.	Experiência e Estilo Terapêutico.....	290
6.2.	Experiência e Homogeneidade de Estilos Terapêuticos.....	293
6.3.	Nível de Desenvolvimento e Dissonância.....	293
7.	Um Modelo Para a Compreensão do Desenvolvimento da Orientação Teórica e Prática Clínica dos Psicoterapeutas.....	295
8.	Implicações e Sugestões.....	306
	REFERÊNCIAS .....	313
	ANEXOS	

"Era uma vez um pintor que tinha um aquário e, dentro do aquário, um peixe encarnado. Vivia o peixe tranquilamente acompanhado pela sua cor encarnada, quando a certa altura começou a tornar-se negro a partir - digamos - de dentro. Era um nó negro por detrás da cor vermelha e que, insidioso, se desenvolvia para fora, alastrando-se e tomando conta de todo o peixe. Por fora do aquário, o pintor assistia surpreendido à chegada do novo peixe.

O problema do artista era este: obrigado a interromper o quadro que pintava e onde estava a aparecer o vermelho do seu peixe, não sabia agora o que fazer da cor preta que o peixe lhe ensinava. Assim, os elementos do problema constituíam-se na própria observação dos factos e punham-se por uma ordem, a saber: 1ª - peixe, cor vermelha, pintor, em que a cor vermelha era o nexo estabelecido entre o peixe e o quadro, através do pintor; 2ª - peixe, cor preta, pintor, em que a cor preta formava a insídia do real e abria um abismo na primitiva fidelidade do pintor.

Ao meditar acerca das razões por que o peixe mudara de cor precisamente na hora em que o pintor assentava na sua fidelidade, ele pensou que, lá dentro do aquário, o peixe, realizando o seu número de prestidigitação, pretendia fazer notar que existia apenas uma lei que abrange tanto o mundo das coisas como o da imaginação. Essa lei seria a metamorfose. Compreendida a nova espécie de fidelidade, o artista pintou na sua tela um peixe amarelo".

Herberto Helder,  
*Retrato em Movimento*



... "certa enciclopédia chinesa que se intitula *Empório celestial de conhecimentos benévolos*... onde está escrito que os animais se dividem em: (a) pertencentes ao Imperador, (b) embalsamados, (c) amestrados, (d) leitões, (e) sereias, (f) fabulosos, (g) cães soltos, (h) incluídos nesta classificação, (i) que se agitam como loucos, (j) inumeráveis, (k) desenhados com um finíssimo pincel de pêlo de camelo, (l) etcétera, (m) que acabam de quebrar o vaso, (n) que de longe parecem moscas".

Jorge Luis Borges,  
*O Idioma Analítico de John Wilkins*

"O Instituto Bibliográfico de Bruxelas... Dividiu o Universo em 1000 subdivisões, das quais a 262 pertence ao Papa, a 282 à Igreja Católica Romana, a 263 ao Dia do Senhor, a 268 às escolas dominicais, a 298 aos Mormons, a 294 ao bramanismo, budismo, xintoísmo e taoísmo. Não recusa as subdivisões heterogêneas, por exemplo, a 179: Crueldade com os animais. Protecção dos animais. O duelo e o suicídio do ponto de vista moral. Vícios e defeitos vários. Virtudes e qualidades várias".

Jorge Luis Borges,  
*O Idioma Analítico de John Wilkins*

"Segundo uma antiga lenda Inca, passada de geração em geração, todas as doenças físicas ou mentais se devem a uma alma impura. O espírito do curandeiro, os seus poderes de sugestão e magia branca são capazes de purificar a alma doente e de restabelecer o controle interior. Esta purificação faz-se sempre com grandes riscos - a energia destrutiva que se desprende do paciente também contamina o espírito do curandeiro".

Citado por Jeffrey Kottler,  
*On Being a Therapist*

## I - INTRODUÇÃO GERAL

Em 1977, Allen Bergin afirmava, na Introdução de *Effective Psychotherapy* (Gurman & Razin, 1977), que a publicação do livro significava, finalmente, o reconhecimento do papel central desempenhado pelas características do psicoterapeuta em todas as formas de psicoterapia. Um ano depois, este mesmo autor, juntamente com Michael Lambert (1978), após exaustiva revisão de literatura, concluíam que os "factores pessoais do terapeuta" eram os factores que surgiam em segundo lugar enquanto responsáveis pela variância dos resultados terapêuticos (para melhor ou para pior), logo após os "factores inerentes ao paciente" (e.g., motivação, grau de integridade do ego, etc.) e muito antes das variáveis de "orientação teórica" ou "técnicas terapêuticas". Finalmente, doze anos mais tarde, Michael Lambert (1989) concluía que existia suficiente evidência empírica para considerar que as características individuais do psicoterapeuta tinham uma influência substancial no processo e resultados terapêuticos. Além disso, sublinhava que era possível constatar diferenças dramáticas nos resultados terapêuticos atribuíveis à pessoa do terapeuta, mesmo quando estes eram cuidadosamente seleccionados, treinados e baseavam as suas intervenções em manuais e supervisões (tendentes à homogenização dos procedimentos), durante todo o processo.

As razões subjacentes a estes resultados tornar-se-ão mais claras ao longo da presente Introdução, que se inicia com uma breve revisão da *história da psicoterapia*. Segue-se-lhe uma análise da importância do psicoterapeuta para o processo terapêutico, o sublinhar da importância do restabelecimento de relações amistosas entre a filosofia e a psicologia para a compreensão da orientação teórica dos terapeutas, uma breve nota sobre a psicoterapia e os psicoterapeutas em Portugal, finalizando com o delinear dos objectivos gerais e estrutura do presente trabalho.

## 1. Breve História da Psicoterapia

A psicoterapia tem as suas origens remotas na magia, na religião, na medicina antiga e no hipnotismo. Estes diferentes tipos de influências conjugaram-se em duas linhas de força distintas, mas parcialmente sobreponíveis, que estão na base de toda a psicoterapia moderna: a tradição *mágico-religiosa* e a tradição *naturalístico-científica* (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991).

A tradição *mágico-religiosa* origina-se na pré-história, entende o sofrimento como sendo causado por intervenções sobrenaturais ou mágicas, consistindo o tratamento em rituais vários e práticas tais como a trepanação, onde a pessoa do

"curandeiro" que os ministra é essencial ao integrar os papéis de sacerdote e médico (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Mahoney, 1980a).

Por sua vez, a tradição naturalístico-científica teve origem, aliás como toda a ciência moderna, na Grécia Antiga, sendo prolongada e desenvolvida em Roma. Contudo, as perspectivas dos filósofos gregos divergiam. Perspectivas biomédicas eram defendidas por Pitágoras (o comportamento perturbado deve-se a lesões cerebrais) e parcialmente por Hipócrates (um dos primeiros a tentar uma classificação das perturbações mentais) que entendia que as "doenças" mentais, tais como as físicas, podiam ser estudadas e tratadas cientificamente. Hipócrates, acentuava a importância da hereditariedade e recomendava formas físicas de tratamento (dietas, banhos, exercício físico, etc.), apesar de reconhecer que as palavras tinham poder para provocar descargas emocionais com eventuais benefícios terapêuticos. É atribuída a Hipócrates, após o fracasso de todos os médicos da corte, a cura do rei Perdicas II, avassalado de sofrimento por estar secretamente apaixonado por uma concubina que tinha pertencido ao seu recém-falecido pai. Hipócrates diagnosticou-lhe uma "melancolia reactiva" resultante de tão intenso desejo. Depois de conseguir a confiança do rei, implementou uma intervenção baseada na interpretação de sonhos, no reconhecimento e aceitação das causas do seu mal-estar e no

agir em concordância com os seus sentimentos (Kottler, 1991).

Por sua vez, Aristóteles prolongou as perspectivas biomédicas, tendo sido tutor de Alexandre o Grande, fundador das primeiras instituições para doentes mentais. Como veremos posteriormente, lançou as bases da retórica, na qual atribui à pessoa do orador um papel essencial como instrumento de persuasão, mas ainda sem preocupações de ordem terapêutica.

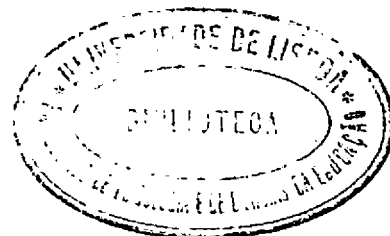
Defensores das perspectivas psicossociais foram Antiphon de Atenas e Platão. Antiphon é considerado o criador de uma "arte de apaziguamento", que curava os doentes por meio das palavras. Depois de ouvir as queixas dos pacientes, auxiliava-os a "reenquadrar" as imagens patogénicas do mundo, recorrendo a uma retórica que fazia uso do estilo e queixas dos pacientes, pelo que Watzlawick (1978) o considera como o precursor da "pragmática da comunicação" moderna. Por sua vez, Platão defendeu a ideia de que as palavras podiam desencadear descargas emocionais com efeito curativo (catarses), acentuando que a cultura e a sociedade influenciavam os pensamentos e cognições das pessoas. Antecipou Freud ao afirmar que os sonhos e as fantasias serviam o propósito da satisfação dos desejos (Mahoney, 1980a).

Na Idade Média, assistiu-se a um ressurgimento mágico-religioso sob a forma de demonologia, sendo as perturbações vistas como associadas ao pecado e à posse demoníaca. O Renascimento marca um período de transição no qual é possível

constatar, paralelamente à perspectiva demonológica da Idade Média, o ressurgimento das ideias Gregas e Romanas. Entre outros autores, o suíço Paracelso defendeu a necessidade de rejeitar a demonologia, acentuando que os factores psicológicos contribuíam para as perturbações (Mahoney, 1980a) e deviam ser utilizados na sua cura (recorrendo a imagens, alegorias, figuras de estilo, etc.) (Kopp, 1972).

A perspectiva naturalístico-científica ganha novo fôlego durante os séculos XVII e XVIII, sob o predomínio da perspectiva biomédica que, tal como na Grécia Antiga, não diferenciava claramente doença mental e física. Segundo Michel Foucault (1961), é na Idade Clássica que se modifica radicalmente a relação entre loucura e razão, devido a dois acontecimentos notáveis: em 1657, a criação do "Hospital Geral" e, em 1794, o retirar as correntes aos "loucos", por Pinel no Hospital de La Bicêtre. Ainda segundo Foucault, é nos finais do século XVIII que a loucura se institui como doença mental. Estes acontecimentos marcam, finalmente, a atribuição de direitos humanos mínimos aos "doentes mentais", ainda que dentro de um regime de isolamento institucional.

Apesar de ser possível encontrar lugar para o elemento psicológico nas técnicas clássicas, através da importância atribuída pelos médicos da Idade Clássica à exortação, à persuasão, à argumentação e a todo o diálogo que se



estabelecesse com o doente mental, bem como pelo recurso à "interrupção do delírio através da razão", à "representação teatral" e ao "retorno ao imediato", é inútil tentar distinguir as terapêuticas biomédicas das psicológicas, pela simples razão de que a Psicologia não existia. Aquilo que se nos apresenta como um esboço de cura psicológica não o era para os médicos clássicos que a ministravam (Foucault, 1961).

Paralelamente aos desenvolvimentos biomédicos do século XVIII, é ao austríaco Anton Mesmer, criador da hipnose, nos finais deste século, que se deve a origem da psicoterapia moderna como forma distinta de terapia. Mesmer mostrou que era possível fazer desaparecer os sintomas dos pacientes, mediante a indução de um estado de transe hipnótica. Apesar do "magnetismo animal" de Mesmer ter sido rapidamente desacreditado, nomeadamente por Pinel que o pôs a ridículo (Pichot, 1984), Ellenberger (1970) vê nele uma primeira formulação sistematizada da "psicologia do inconsciente".

Por volta de 1813, surge em Paris um magnetizador que propõe uma nova interpretação do "magnetismo animal" de Mesmer. Tratava-se do goês José Custódio de Faria, o *Abade de Faria*. Terá sido o primeiro a propor, ao contrário de Mesmer, que o sono hipnótico e as práticas sonambúlicas não advinham de quaisquer fluídos ou forças magnéticas misteriosas, mas sim de causas naturais cientificamente investigáveis, como a sugestionabilidade

(Egas-Moniz, 1977). Assim, Faria opera uma transição essencial, mas frequentemente ignorada, na história da psicoterapia: a da perspectiva mágica de Mesmer para a vertente psicossocial da perspectiva naturalístico-científica. Contudo, só mais tarde, quando em finais do século XIX Charcot reabilita o hipnotismo associando-o à "neurose histérica", é que se torna respeitável o ensino e prática da hipnose (Pichot, 1984) na perspectiva natural e científica, pioneiramente defendida pelo Abade de Faria (Egas-Moniz, 1977).

Tendo por base as implicações terapêuticas do hipnotismo, derivadas por Charcot e Breuer, Freud, no final do século XIX inícios do século XX, desenvolve o primeiro sistema organizado de psicoterapia: a psicanálise, que viria a reinar praticamente indisputada até aos anos sessenta. Paralelamente à psicanálise, as bases para dois outros grandes sistemas de psicoterapia começaram a ser lançadas no século XIX e inícios do século XX.

Por um lado, as do comportamentalismo, resultante de investigações com animais em laboratório, primeiro na União Soviética por intermédio de Pavlov e posteriormente nos Estados Unidos por intermédio de Watson, Thorndike e Skinner, desenvolvido em termos clínicos por Wolpe e Lazarus na África do Sul, por Eysenck em Inglaterra e por diversos terapeutas nos Estados Unidos. Por outro, as das perspectivas fenomenológico-existenciais, principalmente baseadas nas doutrinas de filósofos



como Kierkegaard, Husserl e Heidegger. Estas doutrinas questionavam a validade dos conceitos e métodos científicos principalmente quando aplicados ao homem e acentuavam a importância da dimensão espiritual, recorrendo à experiência directa como método privilegiado de conhecimento. Estes princípios seriam inicialmente aplicados à psicoterapia por Binswanger e Boss. A ênfase numa filosofia da existência inerente às terapias fenomenológico-existenciais, volta a aproximá-las das formas tradicionais de cura mágico-religiosa (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991).

Durante todo o século XX, os sistemas de psicoterapia proliferaram. Em 1959 era já possível identificar trinta e seis sistemas distintos (Harper, 1959), em 1976 este número subia para cento e trinta (Parloff, 1976), em 1980 para duzentos e cinquenta (Herink, 1980) e em 1986 atingia a impressionante quantidade de quatrocentos e sessenta (Goleman, 1986). Finalmente, em 1989, era possível identificar em Itália cerca de quinhentas sociedades distintas de psicoterapia (Filippeschi & Celano, 1988; Freni, Basile, Fava, & Galati, 1989). Contudo, como David Orlinsky (1989) acentuou, as diferentes "escolas" terapêuticas podem ser vistas como variações fenotípicas que reflectem combinações particulares de um número limitado de concepções genotípicas mais básicas.

Dada esta miríade de sistemas psicoterapêuticos, agravada

pelo facto de não existir uma profissão base única para o psicoterapeuta, não é fácil, a nível conceptual, apresentar uma definição de psicoterapia susceptível de acordo unânime. Possivelmente, em nenhuma outra área da psicologia o desacordo é tão grande relativamente à definição de um conceito.

Se atendermos à etimologia da palavra, esta resulta da conjugação das duas palavras gregas, psyché (alma; espírito; vida) e therapeia (cuidado; cuidado religioso; cuidado médico; tratamento), donde a ideia de "cura pela mente". Convirá, contudo, assinalar a possível ambiguidade inerente ao facto de *therapeia* poder simultaneamente significar "cuidado religioso ou médico" e de "médico" (etimologicamente do latim, *medicu*) poder significar, para além de "próprio para curar", "mágico". Esta é, possivelmente, a ambiguidade que se reflecte na dicotomia existente entre as tradições mágico-religiosa e naturalístico-científica.

A definição que será utilizada ao longo do presente trabalho é baseada em Frank (1973; Frank & Frank, 1991) e Strupp (1978a). Tenta ser suficientemente geral para abarcar todas as formas de psicoterapia, bem como todos os métodos de cura mágico-religiosa, visto estas práticas desempenharem funções semelhantes nas respectivas sociedades, revertendo-se assim de um carácter "transtemporal" e "transespacial": "a psicoterapia consiste num processo relacional interpessoal e sistemático que implica uma

série de contactos, mais ou menos estruturados, destinados a proporcionar aos sofredores, alívio, crescimento e modificação de sentimentos, cognições e comportamentos, mediante o recurso a um racional de compreensão e explicação da queixa/problema, que se materializa em técnicas terapêuticas, principalmente palavras, actos e rituais, veiculados por terapeutas/curandeiros treinados, cujas capacidades são reconhecidas e aceites pelo paciente e respectivo grupo social de pertença".

Após esta breve resenha histórica, passemos a considerar como objecto mais concreto do presente estudo o último componente da definição anterior, aquele que ministra os cuidados especializados da psicoterapia, o Psicoterapeuta.

## **2. Psicoterapia e Psicoterapeutas**

### **2.1. Modelos de Terapia e Papel do Terapeuta**

A importância da pessoa e as diferenças do papel que o psicoterapeuta foi desempenhando ao longo dos tempos, no balancear entre a perspectiva mágico-religiosa e as vertentes psicossocial e biomédica da perspectiva naturalístico-científica, tornam-se mais claras recorrendo às quatro "imagens genotípicas" que Orlinsky (1989) considera estarem na base das diferentes "escolas" de psicoterapia e que terão guiado os esforços dos investigadores nos últimos cinquenta anos.

A primeira, que é a dominante, entende a psicoterapia como uma forma de tratamento para as perturbações psiquiátricas. Nesta representação, o papel do psicoterapeuta é o de técnico especializado, veiculador de metodologias terapêuticas activas a pacientes que "incorporam" perturbações psicopatológicas, com o objectivo de conseguir a remissão da psicopatologia. Segundo Mahoney (1991), neste tipo de representação, os motivos para ser terapeuta são os comuns à profissão médica: "identificação e redução das patologias" e a "restauração da saúde".

Na segunda representação, onde a psicoterapia é entendida como um processo educacional ou de aprendizagem, o terapeuta é visto como um técnico, educador/tutor a quem cabe implicar e motivar o paciente/aluno para um processo de aprendizagem (porque a personalidade é um conjunto de respostas aprendidas) que facilite a aquisição de novas formas de compreensão e novas aptidões. Os motivos do terapeuta são, aqui, mais os de um professor do que os de um médico (Mahoney, 1991).

A psicoterapia como processo correctivo ou de reforma, caracteriza a terceira representação, sendo normalmente apresentada por críticos do sistema de saúde mental [de forma particularmente veemente por Jeffrey Masson (1988, 1991, 1992)]. A terapia é caracterizada como uma forma de repressão política, destinada a controlar ou "recuperar" aqueles cuja conduta se afasta das normas sociais. As motivações do psicoterapeuta são

pouco lisonjeiras: poder, autoridade e possibilidade de controlar a liberdade dos pacientes (Mahoney, 1991).

Finalmente, como quarta representação, surge a *redenção*. Esta imagem faz apelo aos paralelos da psicoterapia com a religião e com a busca da transcendência espiritual na procura dos "significados últimos". A psicoterapia substitui-se às religiões numa sociedade eminentemente laica. O papel do psicoterapeuta é o de "padre laico", que oferece possibilidades de desenvolvimento espiritual, encorajando a "esperança" nos métodos e nos resultados do processo (Mahoney, 1991). Acentuam-se as qualidades pessoais e "existenciais" de terapeuta e paciente, num processo em que a intensidade emocional da experiência é essencial, em detrimento dos aspectos técnico-instrumentais. O desempenho do terapeuta é o de um catalizador ["ainda que o paciente aprenda, eu não ensino" (Kopp, p. 7, 1972)], não se afastando muito do de xamã, mestre Zen, director espiritual, curandeiro religioso ou profeta messiânico como Jesus Cristo (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Fromm & Suzuki, 1960; Haley, 1986; Kopp, 1972; Orlinsky, 1989; Watts, 1961). As motivações do terapeuta são, portanto, de ordem filosófica, espiritual, religiosa e humanística (Mahoney, 1991).

Ainda segundo Orlinsky (1989), todas as escolas de psicoterapia resultam de uma combinação de *tratamento, educação, reforma e redenção*, diferindo, a este respeito, exclusivamente

no grau de explicitação e ênfase que atribuem a cada uma delas. Assim, não é difícil constatar elementos predominantemente de "tratamento" na psicanálise, de "educação" na terapia cognitiva, de "reforma" nas terapias comportamentais de "economia de fichas" e de "redenção" nas terapias existenciais e experienciais.

## 2.2. Resultados da Investigação e Interpretações Alternativas

Apesar de se poder concluir que, de uma forma geral, a psicoterapia tem efeitos benéficos (Andrews & Harvey, 1981; Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Meltzoff & Kornreich, 1970; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980), contrariamente às expectativas de grande número de investigadores e principalmente das representações da psicoterapia como tratamento (a-predominante) e educação, os resultados globais da investigação (recorrendo a diversos tipos de metodologia) não mostram eficácias diferenciais convincentes dos diferentes tipos de intervenções baseados em diferentes orientações teóricas, ainda que aparentem ser muito diversas as formas e técnicas como essa eficácia é alcançada (Elkin, Parloff, Hadley, & Autry, 1985; Elkin et al., 1989; Frank, 1979; Lambert, 1986; Luborsky, Singer, & Luborsky 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

As principais razões que podem ser avançadas para explicar

esta situação de equivalência são: (a) a globalidade do diagnóstico psiquiátrico com base no qual se estabelecem os grupos de pacientes que integram as investigações comparativas, negligenciando características psicológicas mais finas que poderiam proporcionar resultados diferenciais (e.g., locus de controle externo versus interno) (Beutler, 1991; Beutler & Clarkin, 1990); e (b) os factores comuns a todas as formas de intervenção psicoterapêutica (e.g., Bergin, 1980; Cornsweet, 1983; Cross, Sheehan, & Khan, 1982; Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Goldfried, 1982; Grencavage & Norcross, 1990; Stiles et al., 1986), onde se podem incluir as variáveis do psicoterapeuta que podem mediar a eficácia das intervenções, contribuindo de forma significativa para que as diferenças de eficácia intra-grupo (orientação teórica) sejam maiores do que as diferenças inter-grupos (orientações teóricas) (Lambert, 1989; Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, & Pilkonis, 1986; Luborsky, McLellan, Woddy, O'Brien, & Auerbach, 1985; Orlinsky & Howard, 1980). Já nos anos 70, vários autores defendiam que a exclusão das características dos psicoterapeutas dos relatos relativos à investigação, ameaçavam seriamente a interpretação e generalização dos resultados (e.g., Martindale, 1978; Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978; Sundland, 1977).

A situação de equivalência de resultados levou, já em 1936, Saul Rosenzweig a lembrar, a propósito dos créditos que já nesse

tempo qualquer forma de psicoterapia podia invocar, o famoso veredicto do pássaro Dodo em *Alice no País das Maravilhas*: "todos ganharam, todos merecem ter prêmio".

Também, muitos estudos apontam como a variável do processo terapêutico mais consistentemente relacionada com os resultados, a relação entre paciente e terapeuta, particularmente a qualidade da respectiva "aliança terapêutica" (Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky & Howard, 1986), reafirmando a ideia de que as "qualidades humanas" do terapeuta têm um impacto mais significativo no processo terapêutico do que os componentes técnicos.

Para além dos dados relativos à importância das variáveis do terapeuta apresentados no início da presente *Introdução*, pode-se afirmar, em jeito de síntese, que a "pessoa" do terapeuta se encontra mais directamente relacionada com os benefícios terapêuticos do que o tipo de terapia que pratica (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Luborsky et al., 1986), explicando, em média, cerca de oito vezes mais da variância dos resultados terapêuticos, do que a sua orientação teórica e/ou técnicas que utiliza (resultados baseados na análise de quatro importantes estudos de psicoterapia) (Lambert, 1989; Luborsky et al., 1986). De igual modo, uma das fontes mais frequentemente citada como responsável pelos "efeitos de deterioração" em psicoterapia (e.g., o aumento de sintomas ou o surgimento de novos sintomas)



são as variáveis do terapeuta (Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Lambert, Bergin, & Collins, 1977; Orlinsky & Howard, 1980; Strupp, 1977; Strupp & Hadley, 1985).

X

Ainda que Luborsky e colegas (1985) tenham concluído, num estudo destinado a avaliar os determinantes do sucesso de terapeutas individuais, que o principal veículo de mudança terapêutica era a personalidade do psicoterapeuta, em especial, a sua capacidade para estabelecer alianças terapêuticas positivas: "o terapeuta é um agente importante e independente de mudança, com a capacidade para amplificar ou reduzir os efeitos da terapia" (p. 609), por um lado, os efeitos atribuíveis aos terapeutas tendem a atenuar-se quando se recorre ao uso de manuais de intervenção (Crits-Christoph et al., 1991) e quando os terapeutas são muito experientes (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Crits-Christoph et al., 1991) e, por outro, as variáveis que são específicas ou que se desenvolvem adentro da relação terapêutica, particularmente as interações de algumas delas (e.g., características do terapeuta, do paciente, contexto e tipo de terapia), parecem ser mais importantes para os resultados do processo, do que as variáveis do terapeuta de carácter mais geral e que existam independentemente deste (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986; Beutler, Machado, & Neufeld, em preparação; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Lyons & Howard, 1991).

A importância das variáveis do terapeuta não significa que

os efeitos das técnicas terapêuticas sejam totalmente negligenciáveis. Lambert (1986), após revisão da literatura, atribuiu-lhes 15% de peso na variância dos resultados terapêuticos. A conclusão geral que se pode retirar relativamente ao papel das técnicas no processo e resultados terapêuticos é a de que apesar de nenhuma técnica ser efectiva *per se* e em todas as condições, algumas são eficazes nalgumas condições (Goldfried, 1991; Greenberg, 1991; Orlinsky, 1989). O estudo de Luborsky e colegas (1985) anteriormente referido, permite concluir pela inseparabilidade da importância das técnicas terapêuticas, das características pessoais do terapeuta (nomeadamente, o seu grau de ajustamento pessoal e o seu "interesse em auxiliar") e da qualidade da relação terapêutica.

O peso limitado das técnicas terapêuticas nos resultados levou, inclusivamente, alguns autores a revoltarem-se contra a dicotomia entre factores "específicos" e "não-específicos" em psicoterapia (*i.e.*, factores postulados como activos ou não pelas diferentes orientações teóricas) (*e.g.*, Butler & Strupp, 1986) e contra o abuso da "metáfora da droga" na investigação psicoterapêutica (*i.e.*, a diferenciação entre ingredientes terapêuticos activos e ingredientes inertes) (Stiles & Shapiro, 1989).

Como Mahoney (1991) acentuou, ainda que os resultados anteriormente referidos sejam contrários às expectativas de

grande número de investigadores contemporâneos, eles são perfeitamente consistentes com as análises clássicas e modernas da "persuasão e cura"<sup>1</sup> (Beutler, 1979; Beutler et al., 1986; Brehm, 1976; Frank, 1973, 1982, 1987; Frank & Frank, 1991; Hepner & Claiborn, 1989; Strong, 1978), e com o peso atribuído tradicionalmente à personalidade dos curandeiros ao longo da história e nas sociedades não-ocidentais (Ellenberger, 1970; Guy, 1987; Henry, 1966).

Exemplos clássicos são os de Aristóteles e Quintiliano. Como Glaser (1980) refere, de entre os quatro "instrumentos retóricos" essenciais a uma persuasão eficaz, mencionados por Aristóteles: *ethos* (carácter); *logos* (lógica); *pathos* (emoção); e *stylos* (estilo), o mais potente é o *ethos*. No *ethos* englobam-se características eminentemente pessoais como o "grau de perito" (o emissor como fonte de afirmações válidas), o "grau de confiança" (o optimismo, interesse e dedicação que o emissor transmite ao receptor) e a "atração" (semelhança, compatibilidade e estima entre emissor e receptor). De notar a semelhança com as qualidades básicas da relação terapêutica salientadas por Carl Rogers (1957): empatia, autenticidade e estima positiva, ou ainda com análises recentes da comunicação,

-----  
1. Por exemplo, um estudo de LaCrosse (1980), mostrou que os atributos de influência social do terapeuta (i.e., "grau de perito percebido", "atração" e "grau de confiança") explicavam cerca de 30% da variância dos resultados da intervenção.

que concluem que "o meio é a mensagem" (McLuhan, 1962).

Por sua vez, Quintiliano introduziu o conceito de *retórica somática*. Nesta englobavam-se os diversos estilos orais e visuais a que o emissor devia recorrer para aumentar o seu poder de persuasão, sendo considerado como particularmente importante para a *retórica somática* o *pronuntiatio*, a *eloquência* (adequabilidade na escolha das palavras) (Watzlawick, 1978).

Ellenberger (1970) considera também que as capacidades terapêuticas de Mesmer se deviam não a qualquer força misteriosa, mas sim a uma personalidade extraordinariamente forte. Análise esta bem mais consonante com a leitura do Abade de Faria, da hipnose como forma de sugestão.

O próprio Freud escrevia em 1905, lembrando um dito antigo, que o que curava as "psiconeuroses" não era a medicina, mas sim a personalidade do médico (1905/1973a), acrescentando posteriormente que esta constituía um dos factores essenciais para criar no doente um estado anímico favorável à cura (1905/1973b). Mais tarde, em 1937, escreve que entre os factores que poderiam dificultar os progressos da psicanálise se encontrava, para além da natureza do eu do paciente, a individualidade do psicanalista (1937/1973c).

Várias outras linhas de investigação apontam também no sentido da importância das variáveis do terapeuta. Por exemplo, um estudo qualitativo de Mallucio (1979), mostrou que a

importância relativa atribuída por pacientes e terapeutas a diferentes factores no desenrolar do processo terapêutico não era a mesma. Os pacientes tendiam a apontar em primeiro lugar as *qualidades do terapeuta*, enquanto que os terapeutas acentuavam em primeiro lugar as *actividades terapêuticas* (técnicas) e em segundo, as *qualidades dos pacientes*, não se referindo às qualidades próprias. Resultados semelhantes foram encontrados por Lorr (1965) e Cooley e Lajoy (1980).

Mais recentemente, Mahoney (1991; Mahoney & Craine, 1991) mostrou que este panorama se parece ter alterado. Assim, quando se avaliam as modificações relativas, ao longo da carreira, da importância que psicoterapeutas experientes atribuem aos factores que consideram ser importantes para a terapia bem-sucedida, constata-se que os factores que mais aumentam de importância, logo após o "suporte social do paciente", são respectivamente, a *personalidade do terapeuta* e a *relação terapêutica*. Enquanto que aquele que mais diminui é a importância atribuída à *orientação teórica do terapeuta*.

Várias outras investigações mostram que é frequente os pacientes atribuírem o sucesso da terapia às qualidades pessoais dos terapeutas (Lazarus, 1971; Sloane et al., 1975). Por exemplo, o estudo de Sloane et al. (1975), mostrou que a importância das qualidades pessoais do terapeuta reunia muito mais consenso entre os pacientes do que os factores técnicos,

verificando-se que mais de 70% dos pacientes que alcançaram resultados terapêuticos positivos consideravam como "muito importante" para as suas melhoras: (1º) a personalidade do terapeuta; e (2º) o facto do terapeuta os auxiliar a compreender os seus problemas.

Relativamente a outro tipo de variáveis, Cash, Begley, McCown e Weise (1975) constataram que pacientes de ambos os sexos com diferentes tipos de perturbações, tinham expectativas mais elevadas face ao processo terapêutico quando os terapeutas eram mais atraentes (componente do ethos de Aristóteles). O "entusiasmo" do terapeuta parece igualmente desempenhar um papel relevante nos resultados do processo, como demonstram os resultados de alguns estudos (e.g., Feinsilver & Gunderson, 1972; Strupp, Fox, & Lessler, 1969).

Por último, uma recente revisão de literatura (Grencavage & Norcross, 1990) relativa aos factores que se consideram ser comuns a todas as escolas de terapia, coloca em segundo lugar, após os "processos de mudança", as "qualidades do terapeuta".

### 2.3. Reconhecimento da Importância do Terapeuta

Apesar de, como Strupp (1977) acentuou, e ao contrário do que se passa nas terapias humanístico-existenciais, tanto na psicanálise como na terapia comportamental [Lambert (1989) acrescenta a terapia cognitiva] o terapeuta não ser uma

componente teoricamente necessária do processo de mudança, privilegiando-se as componentes instrumentais ou técnicas, esta situação parece estar a modificar-se.

Nas abordagens psicanalíticas e psicodinâmicas contemporâneas, parece não haver já exclusivamente lugar para os efeitos perniciosos que a "contratransferência" possa ter no evoluir da análise ou para o analista "taciturno e ausente" apresentado pela literatura clássica (Strupp, 1977, 1989a). Defende-se, outrossim, um analista cujas qualidades humanas e capacidade de estabelecer uma "aliança terapêutica" positiva são factores essenciais no evoluir do processo terapêutico (Alexander & Luborsky, 1986; Bordin, 1979, Strupp, 1977, 1989a, 1989b, 1992).

X No respeitante às terapias comportamental e cognitiva, os resultados da investigação mostram, contrariamente ao estereotipo, os terapeutas destas orientações, na prática, como mais flexíveis e apoiantes do que terapeutas gestaltistas e psicanalíticos (Bruninck & Schroeder, 1979) e com qualidades interpessoais pelo menos tão acentuadas como terapeutas de outras orientações (Cross, Sheehan, & Khan, 1982; O'Leary & Wilson, 1987). Particularmente, uma investigação recente de Persons e Burns (1985), mostrou que em terapia cognitiva, os factores relacionais contribuíam de per se para o processo terapêutico, resultando a somação destes com os factores técnicos num aumento

significativo da variância explicada. Uma revisão exaustiva, relativa à relação terapêutica em terapia comportamental, levou Sweet (1985) a concluir que aquela interação com os componentes técnicos no sentido da otimização ou neutralização dos objectivos dos pacientes.

Ainda que este tipo de dados nos permita concluir que as variáveis do terapeuta e os componentes relacionais estiveram desde sempre presentes na prática da terapia cognitivo-comportamental, a sua explicitação e reconhecimento da sua importância só se tem acentuado de forma significativa nos últimos anos (e.g., Arnkoff, 1981, 1983; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, Freeman et al., 1990; Dryden, 1982, 1990; Dryden & Vasco, 1991; Ellis, 1985; Foa & Emmelkamp, 1983; Goldfried & Davison, 1976; Guidano & Liotti, 1983; Lazarus & Fay, 1982; Mahoney, 1991; Persons, 1989; Persons & Burns, 1985; Safran & Segal, 1990; Sweet, 1984; Thompson, 1989; Vasco, 1986; Vasco & Baptista, 1990; Wilson, 1980; Wilson & Evans, 1977).

#### 2.4. Repercussões

O conjunto de dados atrás referidos, particularmente os relativos à equivalência dos resultados obtidos pelas diferentes orientações teóricas e o reconhecimento das variáveis do terapeuta como factores importantes para os resultados



terapêuticos, terão tido vários tipos de consequências.

X

Verifica-se, progressivamente, um acentuar da revolta contra aquilo que Mahoney (1986) designou como a "tirania da técnica" na investigação e prática psicoterapêuticas (e.g., Bugental, 1987; Dryden & Spurling, 1989; Goldberg, 1986; Guy, 1987; Kotttler, 1986, 1991; Kottler & Blau, 1989), privilegiando alguns a vertente artística (e.g., Bugental, 1987; Strupp, 1978b) e outros a ideia da prática terapêutica como "artesanato" (e.g., Goldfried & Padawer, 1982). O ponto comum aqui, é a ideia de que as técnicas terapêuticas não têm eficácia no vácuo ou significado independente do contexto interpessoal da sua utilização (Butler & Strupp, 1986). Elas consistem em "rituais terapêuticos" de comunicação (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991) que só ganham eficácia terapêutica adentro de um espaço relacional marcado pelas características e estilo do psicoterapeuta. Como Strupp (1977) afirmou, "... aquilo que o terapeuta faz, ... inclui sempre quem ele é" (p. 4), as técnicas não são totalmente dependentes ou totalmente independentes da pessoa que as utiliza.

Entendo, contudo, não só que a dicotomia absoluta entre arte e ciência não tem razão de existir (Goldfried & Padawer, 1982; Jasnow, 1978), como também que o acentuar da vertentente artística do trabalho psicoterapêutico não pode servir de desculpa para que este deixe de ser objecto de investigação científica sistemática (Fiske, 1977). Lembre-se, a propósito,

que etimologicamente arte (do latim arte) significa, "talento, saber, habilidade, conhecimentos técnicos" e que, por sua vez, técnico (do grego *technikós*) significa "relativo a uma arte, técnico, hábil", facto que sublinha a inevitável interdependência dos dois termos.

Como tive ocasião de sublinhar anteriormente (Vasco, 1989), entendo que a actividade psicoterapêutica é uma actividade que se pretende eminentemente artística baseada num conhecimento que se pretende eminentemente científico. É exactamente este tipo de consideração que tem estado na base dos movimentos recentes mais importantes em psicoterapia: o movimento dos factores comuns (e.g., Bergin, 1980; Cornsweet, 1983; Frank, 1973, 1982; Frank & Frank, 1991; Goldfried, 1982; Grencavage & Norcross, 1990), da integração (e.g., Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989; Goldfried & Newman, 1986; Norcross, 1986, 1987; Wolfe & Goldfried, 1988) e o recrudescimento do interesse pela investigação de processo (e.g., Beutler, 1990; Greenberg, 1986; Rice & Greenberg, 1984a; Greenberg & Pinsof, 1986; Russel, 1989).

Como trabalho prioritário à possível integração dos diferentes sistemas psicoterapêuticos afigura-se, desde logo, essencial uma reflexão relativa ao estudo das semelhanças (factores comuns) e diferenças (factores específicos) entre os processos característicos a várias formas de psicoterapia (Goldfried & Safran, 1986). Este trabalho comparativo serviria

de base à construção do novo sistema integrativo que capitalizasse não só nos factores comuns (incluindo as variáveis do terapeuta), mas também nas contribuições particulares de cada sistema (particularmente os seus componentes técnicos).

Por outro lado, a investigação relativa ao processo terapêutico proporciona a compreensão de *o quê, como e porquê*, algo é eficaz em terapia. Neste tipo de investigação, ao estudar os processos de mudança, são tomados em consideração tanto a base inicial como o resultado final, como ainda, tudo aquilo que se passa entre estes dois momentos. Esta abordagem permite obter resultados relativos ao impacto imediato das intervenções, aos resultados intermédios e aos resultados finais, bem como às suas relações. Neutraliza-se, assim, a dicotomia entre investigações relativas ao processo e investigações relativas à eficácia, mediante a *identificação, descrição, explicação e previsão* dos processos e intervenções terapêuticas que promovem mudanças, ao longo de *todo* o processo terapêutico (Greenberg, 1986; Rice & Greenberg, 1984b).

Entendo que só em função do conhecimento dos seus próprios processos de tomada de decisão clínica (Vasco, 1986, 1989), bem como do conhecimento da oportunidade e dos processos psicológicos relevantes a activar no cliente (investigação de processo), pode o terapeuta, guiado por critérios de "criatividade disciplinada" (Schacht, 1991), *improvisar artisticamente* intervenções adequadas

ao contexto e necessidades do paciente em causa, libertando-se dos constrangimentos do tecnicismo estéril (Goldfried & Safran, 1986).

Por paradoxal que pareça, só o conhecimento resultante da investigação em psicoterapia (investigação respeitante aos resultados e principalmente ao processo terapêutico), enriquecida pelas intuições dos clínicos, proporciona ao terapeuta os graus de liberdade necessários a uma execução artística (etimologicamente, *hábil*) do trabalho psicoterapêutico.

Indicador claro do aumento de interesse pelas variáveis do psicoterapeuta é a fundação, em 1989, no âmbito da *Society for Psychotherapy Research* (a organização internacional mais importante do ponto de vista da investigação em psicoterapia) do *Collaborative Research Network*, constituído por investigadores de quinze países, com o objectivo de estudar o desenvolvimento do psicoterapeuta (*Collaborative Research Network Steering Committee*, para publicação; Orlinsky et al., para publicação).

### **3. O Psicoterapeuta Como Filósofo Natural**

#### **3.1. Filosofia e Psicologia**

A história da ciência ensina-nos que todas as disciplinas científicas tiveram origem no núcleo comum da Filosofia. Apesar de ser já possível constatar, na *República* de Platão, um início

de divisão entre filosofia e ciência (particularmente a matemática e a geometria), com o acentuar da prioridade da primeira sobre a segunda (Sagal, 1987), a física e a astronomia só se emanciparam da filosofia ao longo dos séculos XVI e XVII e as ciências biológicas durante os séculos XVIII e XIX (Royce, 1982). De igual modo, a psicologia científica tem as suas bases na filosofia dos séculos XVIII e XIX (Hilgard, 1987), tendo progressivamente vindo a autonomizar-se, juntamente com as ciências sociais, durante os últimos cem anos (Royce, 1982).

Possivelmente devido a esta emancipação recente, bem como à preponderância do *empirismo lógico* como metateoria dominante na psicologia de grande parte do século XX, particularmente nas suas vertentes *ontológica* (nominalismo) e *epistemológica* (autoridade última dos órgãos dos sentidos como legitimadores do conhecimento) (Vasco & Garcia-Marques, 1992), as relações entre esta e a filosofia não foram as melhores (Mahoney, 1981; McLemore, 1984; Vasco, 1988b; Weimer, 1979, 1980). Muitos psicólogos, operando dentro de uma metateoria positivista, pareciam assustar-se com os fantasmas mentalistas evocados pela palavra filosofia (Vasco, 1988b), desenvolvendo um padrão de evitamento sistemático, que Mahoney (1991) designa por "filosofobia".

Curiosamente, muito depois de grande número dos seus próprios proponentes ter abandonado o "empirismo lógico", este

permaneceu a "última palavra" em termos de filosofia da ciência para a psicologia (Mahoney, 1981). As razões para tal situação prendem-se, possivelmente, com a juventude da disciplina. Dúvidas mais ou menos "tácitas" associadas à sua juvenil identidade e ao seu estatuto científico, levaram a psicologia a uma situação paradoxal: copiar o que era suposto ser o "verdadeiro" método científico apregoado pelo empirismo lógico, impedindo-se de reflectir sobre o que se passava no campo das ciências físicas (Vasco, 1988b). A necessidade de imitar as "ciências estabelecidas" tornou a psicologia insensível à verdadeira metamorfose que caracterizou a física ao longo do século XX, bem como à colaboração progressiva desta com a filosofia (Capra, 1975, 1982; Prigogine, 1980; Prigogine & Stengers, 1979).

Esta situação, contudo, parece ter vindo a modificar-se nos últimos anos. Segundo Royce e colaboradores (Royce, Conward, Egan, Kessel, & Mos, 1978) o estabelecimento, em 1966, da divisão de *Psicologia Filosófica* da *American Psychological Association*, marca o início da reconciliação. Paralelamente a este reconhecimento formal da importância da filosofia e, possivelmente, como seus facilitadores, surgem, por um lado, a diminuição do predomínio do empirismo a partir dos anos quarenta e a importância crescente do racionalismo após esta década (Royce, 1982) e, por outro, perspectivas filosóficas recentes sob

a designação de "racionalismo crítico" e "não-justificacionismo" (e. g., Bartley, 1962; Feyerabend, 1970; Kuhn, 1970; Lakatos, 1970; Manicas & Secord, 1983; Popper, 1972; Weimer, 1975, 1979).

O declínio do empirismo, o surgimento das metateorias alternativas e as inovações recentes das ciências físicas, biológicas e sociais contribuíram, nos últimos anos, não só para o reconhecimento da fulcral importância da interacção entre a filosofia e a psicologia, como também para uma tendência diversificadora (relativa a critérios de racionalidade e corroboração de asserções) (Radnitzky & Bartley, 1987; Burian, 1987) em praticamente todas as disciplinas naturais e sociais, desde a física à jurisprudência, passando pela crítica literária e pela psicologia (Stockman, 1983).

A progressiva "naturalização" da filosofia, no sentido de campos tradicionalmente seus se tornarem objecto de investigação psicológica, científica e sistemática (e.g., a epistemologia, a ética e a estética) não significa que ela possa ou deva ser ignorada (Royce, 1982). As questões normativas relativas aos critérios de que se deve revestir o "conhecimento viável", o raciocínio e comportamentos morais ou a beleza, são e continuarão a ser questões eminentemente filosóficas. O mesmo não se passa com as questões descritivas/explicativas, "como se aprende e desenvolve o conhecimento", "como se desenvolve o raciocínio moral e estético", ou ainda "como se desenvolvem os próprios concei-

tos de realidade e "conhecimento", de carácter eminentemente empírico e, conseqüentemente, psicológico.

A filosofia é essencial para a psicologia enquanto "organizador normativo e crítico" de metodologias tanto de investigação como de construção de teorias, ou seja, como actividade de esclarecimento que permita explicitar os problemas e soluções (teóricos, metodológicos e empíricos) relativos a princípios, metodologias e critérios de racionalidade e "prova", que se mostraram e/ou mostram mais viáveis e/ou produtivos (Burian, 1987; Lakatos, 1974; Laudan, 1981; Royce, 1982; Vasco, 1988b; Vasco & Garcia-Marques, 1992; Weimer, 1980). Como Royce (1982) sublinha, as ciências avançadas não alternam entre grandes períodos de recolha de dados e grandes períodos de construção teórica. Ao invés, fazem-no simultaneamente, num processo de interacção e enriquecimento mútuo, no qual os dados, a teoria e a metateoria desempenham papéis fundamentais na construção da ciência. Miller (1992c), chega mesmo a afirmar que a análise filosófica é tão importante na formação dos psicólogos, como o é a análise estatística. Se cabe aos instrumentos estatísticos proporcionar a sistematização descritiva dos resultados da investigação e o teste das hipóteses, é à análise filosófica que se recorre para a formulação destas, para a selecção da metodologia de investigação e para a interpretação dos resultados (Miller, 1992c). Ou seja, o contributo da filosofia para a



psicologia é essencial enquanto manancial de quadros explicativos e hipóteses relativas ao funcionamento humano (e.g., Guidano & Liotti, 1983; Mahoney, 1980b) que cabe à psicologia testar. Ignorá-lo trará graves consequências, não para a filosofia, mas sim para a psicologia.

Embora não seja pacífica, do ponto de vista conceptual, a aceitação de uma "epistemologia natural" (ver Shimony, 1987), a psicologia pode, obviamente, contribuir para a resolução de questões filosóficas tradicionais em função da tentativa de resolução empírica de questões filosóficas e subsequentes esforços de teorização (e.g., a natureza do conhecimento e valores, o problema da dedução e da indução, etc.) (Royce, 1982).

### 3.2. Crenças Metateóricas, Desenvolvimento Epistemológico e Psicoterapeutas

Paralelamente ao declínio das posições positivistas radicais e como correlato da importância crescente das perspectivas filosóficas "não justificacionistas" e de "racionalismo crítico", anteriormente mencionadas (e. g., Bartley, 1962; Feyerabend, 1970; Kuhn, 1970; Lakatos, 1970; Manicas & Secord, 1983; Popper, 1972; Weimer, 1975, 1979), não só se assistiu ao *Restabelecimento do Diálogo* entre a Filosofia e a Psicologia (e. g., Bechtel, 1988a,b; Block, 1980a,b; Miller, 1992a), como também a um crescente interesse pela *Psicologia da*

Ciência<sup>1</sup> (e.g., Fisch, 1977; Gholson, Shadish, Neimeyer, & Houts, 1989; Royce, Coward, Egan, Kessel, & Moss, 1978; Mahoney, 1976).

A psicologia da ciência pretende-se como o contributo da psicologia para um campo interdisciplinar designado por *metaciência*. Segundo Houts (1989), a metaciência é um campo interdisciplinar de investigação que, envolvendo a filosofia, a história, a sociologia e a psicologia da ciência, pretende responder às questões relativas a: (a) o que é a ciência, e (b) como é que a ciência produz conhecimento?

Por sua vez, a psicologia da ciência consiste no estudo científico da natureza dos comportamentos e processos mentais dos cientistas (Shadish, Houts, Gholson e Neimeyer, 1989). Richard Coan (1973, 1979) propõe mesmo, como sub-divisão da psicologia da ciência, uma *psicologia da psicologia*, ou seja, o estudo dos comportamentos e pessoa dos psicólogos, particularmente as questões: (a) porque razão se decide ser psicólogo, e (b) porque razão optam os psicólogos por determinada corrente teórica e metodológica em detrimento de outras.

O aumento do interesse pela psicologia da ciência cimentou-se, ao tornar-se cada vez mais evidente que qualquer filosofia da ciência tem necessariamente de tomar em consideração não só os

---

1. A criação do conceito é atribuída por Shadish et al. (1989) a Maslow (1966).

contextos psicossociais dos empreendimentos científicos, mas também o facto de qualquer teoria do conhecimento requerer um compreensão do sujeito cognoscente e do processo de aquisição de conhecimentos - o modo como conhecemos é tão importante como quem conhece e como aquilo que existe para ser conhecido (Mahoney, 1976, 1981, 1989; Prigogine & Stengers, 1979; Weimer, 1979).

Como Weimer (1979) acentuou, se compete à filosofia a reconstrução do conhecimento científico, compete, sem dúvida, à psicologia e à sociologia a explicação da natureza e aquisição desse mesmo conhecimento. Os processos psicológicos dos cientistas são matéria indispensável a qualquer modelo adequado de ciência, não sendo possível compreender o que a ciência e sua prática são, sem recurso a um nível de explicação psicológico (Garcia-Marques & Vasco, 1989). Deste modo, a psicologia em geral e a psicologia da ciência, em particular, revelam-se essenciais para a filosofia e ambas, para o desenvolvimento de qualquer ciência (Mahoney, 1991).

As considerações anteriormente feitas terão facilitado a emergência do modelo do psicólogo clínico como "metafísico/cientista/praticante<sup>1</sup>" (O'Donohue, 1989), enquanto alternativa ao modelo tradicional de base positivista do

---

1. Uma proposta semelhante foi apresentada, mais recentemente, por Hoshmand e Polkinghorne (1992).

"cientista/praticante<sup>1</sup>", em vigência desde os anos 50 (Raimy, 1950; Derner, 1965; Goldfried, 1984; O'Sullivan & Quevillon, 1992).

Enquanto que o modelo tradicional do cientista/praticante implicava a noção de que o único conhecimento legítimo era exclusivamente oriundo do teste de teorias realizado pela metodologia experimental, instituindo-se o clínico qua investigador numa posição de autoridade epistemológica sobre o clínico qua praticante, o mesmo não se passa no modelo do metafísico/cientista/praticante. Aqui, ainda que não renegando a importância fulcral da investigação experimental, verifica-se o reconhecimento de que a prática da ciência e da psicoterapia implica elementos de carácter metafísico (i.e., ontológicos e epistemológicos), que determinam não só a definição dos problemas, das hipóteses, das metodologias e objectos de investigação, mas também as crenças informais utilizadas na terapia<sup>2</sup>, as explicações avançadas para explicar fenómenos experimentais ou clínicos e o grau de resistência destas aos dados contraditórios. Deste modo, acentua-se a necessidade de alargar os métodos e fontes de conhecimento clínico legítimo, a

-----

1. Contudo, dados recentes mostram ser ainda este o modelo privilegiado pela vasta maioria dos programas de treino em psicologia clínica, nos Estados Unidos (O'Sullivan & Quevillon, 1992).

2. O'Donohue (1989) considera que as crenças dos terapeutas relativas à investigação e à prática clínica são indissociáveis do sistema alargado de crenças pessoais, devendo, ocasionalmente, ser sujeitas a crítica.



componente filosófica na formação e o incremento das relações entre a investigação e a prática, reequilibrando, assim, as vertentes de investigador e praticante (Hoshmand & Polkinghorne, 1992; O'Donohue, 1989).

Ao conjunto de modificações delineadas encontra-se associado não só um aumento do interesse pelo estudo das "asserções filosóficas<sup>1</sup>" (i.e., ontológicas e epistemológicas) que subjazem às diferentes teorias psicológicas e psicoterapêuticas (e.g., Belli, 1986; Fishman & Franks, 1992; Hershenson, 1983; Howard, 1985; Johnson, Germer, Efran, & Overton, 1988; Lee, 1983; Liotti & Reda, 1981; Lyddon, 1989a,b, 1991; Mahoney, 1991; Overton, 1984), mas também o reconhecimento da importância do estudo das relações entre os "empenhamentos filosóficos" dos psicólogos e psicoterapeutas, as teorias que selecionaram e explicitamente advogam e as práticas clínicas que privilegiam (e.g., Coan, 1973, 1979; Conway, 1988, 1989; Dryden & Vasco, 1991; Gilbert, Hughes, & Dryden, 1989; Harris, Fontana, & Dowds, 1977; Johnson et al., 1988; Kimble, 1984; Kottler, 1991; Krasner & Houts, 1984; Martin, 1988; Norcross, 1985; Schacht & Black, 1985; Steiner, 1978).

Embora seja reconhecido que a grande dicotomia filosófica

---

1. Como Coan (1973, 1979), entre outros, acentuou, ainda que muitos cientistas pretendam ignorar as questões de ordem metafísica, nada se pode fazer em ciência sem o contributo (frequentemente implícito) de asserções metafísicas. Ainda que as teorias explícitas se modifiquem, as matrizes metafísicas subjacentes persistem e reaparecem (Coan, 1973, 1979; Kuhn, 1970).

inerente às diferentes posições teóricas da psicologia se encontrasse já presente na distinção estabelecida entre as perspectivas "tough-minded" e "tender-minded", por William James em 1907 (citado em Miller, 1992), só recentemente se verificou o estabelecimento de quadros conceptuais consistentes e a obtenção de dados empíricos que corroborassem tal distinção, relativamente a psicólogos de diferentes persuasões teóricas (e.g., Coan, 1973, 1979; Conway, 1989; Johnson et al., 1988; Kimble, 1984).

A distinção de James (1907, citado em Miller, 1992) parece ser bem ilustrada pela polaridade *objectivo-subjectivo*, que materializa as diferenças epistemológicas mais significativas entre os psicólogos<sup>1</sup> (Conway, 1989; Miller, 1992). Segundo Miller (1992), esta polaridade refere-se às questões inerentes aos conceitos de *realidade, conhecimento e valores morais*, com a vertente "objectiva" a reificar as posições que dão prioridade à realidade material, ao conhecimento empírico e a valores morais absolutos, reificando a polaridade "subjectiva" as posições opostas, ou seja, a realidade mental, o conhecimento introspectivo e os valores morais relativos.

Exemplos particularmente significativos da conjugação das perspectivas filosófica e psicológica, que deram origem não só a

---

1. Possivelmente, esta polaridade reflecte, em parte, a dicotomia tradicional entre as tradições psicoterapêuticas mágico-religiosa e naturalístico-científica.

quadros conceptuais, mas também a instrumentos de avaliação<sup>1</sup>, e que podem ter valor heurístico na compreensão das diferenças metateóricas entre psicoterapeutas de diferentes orientações clínicas, são os propostos por Johnson et al. (1988; Germer, Efran, & Overton, 1982, citado em Johnson et al., 1988) e por Royce e colegas (1964, 1974; Royce & Mos, 1980; Royce e Powell, 1983).

( O trabalho de Johnson et al. (1988) baseia-se na taxionomia proposta pelo filósofo Stephen Pepper (1942), relativa às quatro "visões do mundo" que estariam subjacentes a qualquer teoria científica, ou seja, *organicismo*, *contextualismo*, *mecanicismo* e *formismo*.

Segundo Pepper (1942), o organicismo e o contextualismo são como que aliados e podem praticamente ser vistos como constituindo uma mesma teoria. Estas duas visões do mundo são consideradas *sintéticas*, no sentido em que é o todo que dá significado às partes e os seus elementos base são constituídos por "complexidades" e "contextos". A "análise" também é possível adentro das perspectivas sintéticas, mas constitui um caso particular.

A metáfora de raiz na visão organicista é o *organismo vivo*.

---

1. Nomeadamente o Inventário de Organicismo-Mecanicismo (Organicism-Mechanism Paradigm Inventory-OMPI) e o Perfil Psico-Epistemológico (Psycho-Epistemological Profile, Experimental Form VI - PEP), instrumentos a utilizar no presente trabalho.

O universo é aqui entendido como uma totalidade cambiante, o conhecimento como resultante de um processo interactivo e activo de construção, e a forma ideal de explicação, como a capacidade de compreender complexidades organizadas nas quais "as estruturas servem as funções". Os indivíduos são vistos como entidades activas, intencionais e autónomas, que se desenvolvem e se encontram ontologicamente integradas no seu meio-ambiente (Germer et al., 1982; Johnson et al., 1988). O organicismo é uma perspectiva convergente e dialecticamente integrativa, proporcionando uma estrutura para organizar conhecimentos contextuais, potencialmente contraditórios (i.e., metasistemas) (Kramer, 1983).

Por sua vez, a metáfora de raiz para o contextualismo é o acontecimento histórico articulado com o seu contexto de desenvolvimento. A realidade é vista como um conjunto de texturas interligadas que são construídas pelos observadores e cujas principais características são a "mudança" e a "novidade". O conhecimento é igualmente construído e cambiante, consistindo na remoção de obstáculos no sentido da construção de texturas contextuais de significação. Considera que os indivíduos são impregnados e, por sua vez impregnam, os seus contextos históricos e sociais (Johnson et al., 1988; Lyddon, 1989a; Pepper, 1942). É uma perspectiva sintética de carácter divergente, que proporciona a base para o pensamento relativista.



Implica o reconhecimento de que existem várias formas de "ver" um fenómeno, dependendo do seu contexto particular (Kramer, 1983).

De forma semelhante ao que se passava com as relações entre organicismo e contextualismo, Pepper (1942) considera que existe uma forte tendência para o mecanicismo e o formismo se associarem. Estas duas visões do mundo são consideradas analíticas, implicando a subordinação da síntese à análise. Implicam a noção de que determinado fenómeno só pode ser compreendido, quando atomisticamente reduzido aos seu elementos constituintes básicos.

A metáfora de raiz para o mecanicismo é a máquina. O universo é visto como uma entidade estática composta por elementos individuais, o conhecimento como uma cópia objectiva mais ou menos exacta do mundo exterior e a forma ideal de explicação, como a compreensão dos elementos e das suas relações funcionais numa óptica causal de relações antecedente/consequente. Os indivíduos são entendidos como entidades reactivas e passivas, determinadas pelo meio e ontologicamente isoladas do seu meio-ambiente (Germer et al., 1982; Jonhson et al., 1988). O mecanicismo constitui uma perspectiva analítica integrativa, encontrando-se na base do raciocínio hipotético-dedutivo (Kramer, 1983).

Finalmente, a metáfora de base para o formismo é a semelhança. Semelhança entre diversas entidades no universo ou

a relevância da identidade de um particular entre vários outros. As leis do universo são discretas e independentes umas das outras. Os fenómenos são semelhantes caso partilhem características comuns ou pertençam à mesma classe. O conhecimento tem como objectivo alcançar "essências" intemporais, implicando um processo de classificação que se pretende independente de características temporais e/ou contextuais (Johnson et al., 1988; Lyddon, 1989a; Pepper, 1942). A perspectiva formista é uma perspectiva analítica divergente, proporcionadora das bases para o gerar de possibilidades, num contexto de pensamento formal (Kramer, 1983).

Por sua vez, Royce e colegas (1964, 1974; Royce & Mos, 1980; Royce e Powell, 1983), propuseram aquilo que Conway (1989) considera ser a conceptualização mais sofisticada de diferenças relativas a valores epistémicos.

Estes autores consideram que as "visões do mundo" dos indivíduos são constituídas por cognições pessoais organizadas que se articulam num modelo ou imagem coerente da realidade. Postulam a existência de três "formas de conhecimento" básicas, consideradas como estilos epistémicos diferenciados, que se conjugam num perfil de hierarquia epistemológica: empirismo, racionalismo e metaforismo. Estes três estilos epistémicos são entendidos como "integradores da personalidade" que determinam a forma particular como os indivíduos constroem o conhecimento

(Royce, 1964; Royce & Mos, 1980). Dado entender-se que os processos cognitivos envolvidos em cada um dos três estilos não são independentes e que se encontram presentes elementos de todos eles na forma como os indivíduos constroem o conhecimento, a forma mais adequada de entender o modo particular de conhecimento de cada indivíduo, é mediante o estabelecimento do perfil hierárquico de conjugação das três visões, no qual a visão dominante constitui o primeiro elemento (Royce & Mos, 1980).

Para o estilo *empirista* as crenças baseiam-se em processos cognitivos que implicam percepção activa e busca de experiência sensorial, sendo testadas em termos da garantia e validade das observações relevantes (*i.e.*, percepção correcta/percepção errónea). Este estilo baseia-se essencialmente no raciocínio indutivo (Royce & Mos, 1980), tendo como contraponto, em termos da biologia evolutiva, a "dependência do meio" (Fiedler, 1991). Fiedler (1991) considera que o valor heurístico associado ao empirismo reside principalmente na capacidade de construção de generalizações empíricas, consistindo as suas principais limitações, a "cegueira paradigmática" e os "enviesamentos confirmatórios".

Por sua vez, para o estilo *racionalista*, as crenças baseiam-se em processos conceptuais como a análise racional e a síntese de ideias e são testadas em termos da sua consistência lógica

(i.e., lógico/ilógico). O racionalismo baseia-se, principalmente, no raciocínio dedutivo (Royce & Mos, 1980), tendo como contrapartida, a nível da biologia evolutiva a "reprodução diferencial" (Fiedler, 1991). A sua principal vantagem reside no ser capaz de enunciar previsões exactas, residindo a sua limitação principal no seu "absolutismo axiomático" (Fiedler, 1991).

Por fim, as crenças metafóricas baseiam-se em processos simbólicos conscientes e inconscientes, sendo a sua validade determinada pela generabilidade a diversos tipos de experiência (i.e., universalidade/idiossincrasia). O estilo metafórico baseia-se no raciocínio analógico, tendo como contraponto na biologia evolucionista a "pré-adaptação" (Fiedler, 1991). O principal valor heurístico do metaforismo encontra-se no seu potencial de criatividade, estando as suas limitações associadas à "invulnerabilidade" de desconfirmação das suas construções (Fiedler, 1991).

No contexto das formulações anteriormente apresentadas, os poucos resultados empíricos sugerem que os pacientes de psicoterapia manifestam preferência pelas orientações teóricas que mais se identificam com as suas crenças ontológicas e epistemológicas (Harris, Fontana, & Dowds, 1977; Lyddon, 1989a).

De igual modo, os terapeutas de diferentes orientações teóricas parecem distinguir-se no tocante às suas crenças

metateóricas (i.e., comportamentalistas e psicanalistas), optando os psicanalistas significativamente mais do que os comportamentalistas por um "estilo de conhecimento" que privilegia o "metaforismo" (Schacht & Black, 1985).

Possivelmente mais importante do que os resultados referidos, porque com implicações directas óbvias a nível da prática terapêutica, são os dados relativos à articulação de características de terapeutas e pacientes. De facto, a psicoterapia, ao envolver relações interpessoais intensas, constitui um contexto por excelência para as "visões do mundo" exercerem forte influência (Harris et al., 1977).

Os resultados de Zelhart e Wargo (1971, citado em Royce e Mos, 1980) sugerem que a interacção entre a epistemologia dos terapeutas e algumas características dos pacientes pode afectar os resultados do processo terapêutico. Nomeadamente, os terapeutas predominantemente metafóricos parecem obter resultados inferiores aos de terapeutas com outros tipos de epistemologia, em pacientes com perturbações de maior gravidade.

Por sua vez, Harris et al. (1977) concluíram que a semelhança de "visões do mundo" entre terapeuta e paciente se reflectia na qualidade da relação terapêutica estabelecida, sendo conducente não só a sentimentos mais positivos de ambos relativamente à interacção, mas também ao facto dos pacientes faltarem a menos sessões. Facto este que se reveste de

particular importância, dada a influência da qualidade da relação terapêutica no resultado das intervenções (Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky & Howard, 1986).

Ainda que as questões relativas às crenças metateóricas tenham constituído desde sempre uma preocupação da teorização e investigação desenvolvimentistas de raiz piagetiana, só muito recentemente é que se sugeriu a relevância do potencial contributo das variáveis desenvolvimentistas no treino e na compreensão do processo de selecção e evolução da orientação teórica e prática clínica dos psicoterapeutas (e.g., Brabeck, & Welfel, 1985; Cooper & Lewis, 1983; Gonçalves & Barbosa, 1990; Norcross, 1986b; Prochaska, 1984; Vasco, 1986, 1990, 1991, para publicação; Stoltenberg, 1981; Stoltenberg e Delworth, 1987).

A visualização desta relevância terá sido facilitada pelo estabelecimento de uma área que contempla o desenvolvimento cognitivo adulto, a do "pensamento pós-formal" (e.g., Alexander, & Langer, 1990; Basseches, 1984; Commons, Richards, & Armon, 1984; Kramer, 1983). As relações entre o desenvolvimento cognitivo e as diferentes "visões do mundo" foram salientadas por Kramer (1983), que salienta as relações existentes entre o pensamento operatório formal e as "visões do mundo" analíticas (i.e., formismo e mecanicismo), e entre o pensamento operatório pós-formal e as perspectivas sintéticas (i.e., organicismo e contextualismo).

Os diferentes modelos de "pensamento pós-formal" possuem em comum o facto de considerarem que o pensamento adulto se caracteriza: (a) pelo *relativismo* - reconhecimento da natureza primordialmente relativa e não-absoluta de todo o tipo de conhecimento; (b) pela *contradição* - a aceitação da contradição e da complexidade como partes integrantes do conhecimento e realidade; e finalmente (c) pela *integração* - síntese de elevado nível de abstracção que constitui uma totalidade integrativa de sistemas opostos particulares (Alexander et al., 1990; Kramer, 1983). )

No campo da psicoterapia, Prochaska (1984) baseou-se no modelo de Perry (1968), que postula nove *posições* progressivas de desenvolvimento intelectual e ético, para propôr quatro estádios progressivamente mais flexíveis, relativos à forma como o psicoterapeuta equaciona a teoria clínica que subscreve face às teorias alternativas. Desde uma *posição dualista*, em que o terapeuta acredita firmemente que o seu sistema de terapia é o verdadeiro e todos os outros falsos, passando por uma *posição relativista*, em que acredita que todo o conhecimento, incluindo o clínico, é contextual e relativo, até uma *posição empenhada ou ética*, em que investe em determinado modelo de forma crítica e não dogmática, baseando-se numa motivação ética.

De igual modo, Cooper e Lewis (1983) basearam-se no modelo de Perry (1968) para, a partir das suas diferentes *posições*,

sugerir formas para auxiliar os aprendizes de terapeuta a lidar com o relativismo e pluralidade de modelos de psicoterapia.

No campo do desenvolvimento cognitivo dos psicoterapeutas os resultados empíricos são muito escassos, constituindo os de Stoltenberg e Delworth (1987) possivelmente os mais completos no tocante à aplicação de um modelo desenvolvimentista ao processo de aprendizagem da psicoterapia. Estes autores constataram que esta aprendizagem pode ser visto como envolvendo três níveis progressivos que apresentam muitas semelhanças com os estádios conceptuais propostos por Prochaska (1984).

Por último, Brabeck e Welfel (1984) também concluíram que as diferenças de atitudes que os alunos patenteiam relativamente ao eclectismo em psicoterapia parecem ser determinadas pelo seu nível de desenvolvimento epistemológico.

#### **4. Psicoterapia e Psicoterapeutas em Portugal**

Segundo Barahona-Fernandes (1950, 1984) deve-se ao rei D. Duarte, na obra *O Leal Conselheiro* (século XIV), a primeira descrição significativa, na literatura portuguesa, de uma perturbação psicológica. Tratava-se da descrição vivenciada da fenomenologia do seu próprio estado melancólico.

Por sua vez, o primeiro documento histórico de que há conhecimento e que se refere ao tratamento dos "loucos" em



Portugal, é uma provisão régia que data já de 8 de Fevereiro de 1539, atribuindo a responsabilidade pelo tratamento dos "loucos" do Hospital de Todos-os-Santos a Pedro Fernandes de Gouveia, capelão de D. João III. Constava que este prelado "tinha muita experiência e sabia bem curar todos os doentes fora do seu siso" (Barahona-Fernandes, 1984; H.M.B., 1948).

Para além da vetusta idade destas curiosidades históricas, e apesar de terem já passado cerca de 65 anos sobre a fundação da especialidade de psiquiatria em Portugal, cerca de 30 após a introdução por João dos Santos e Eduardo Cortesão da psicanálise entre nós, dos psicólogos se dedicarem à psicoterapia desde os anos 70 e da existência de mais de dez sociedades de psicoterapia, agrupando cerca de 600 profissionais, não sabemos praticamente nada sobre as características dos psicoterapeutas portugueses.

Apesar da importância, delineada ao longo da presente Introdução, da pessoa do psicoterapeuta para o processo terapêutico, uma revisão de literatura revelará pouco mais de meia dúzia de artigos publicados em Portugal que tenham por objecto específico o psicoterapeuta. Particularmente ilustrativo desta situação é o facto de uma revisão recente do campo da Psicologia Clínica entre nós (i.e., Gonçalves, 1990) não se referir a nenhum trabalho que tenha como objecto o psicólogo/psicoterapeuta.

Neste campo, os trabalhos de autores portugueses encontrados foram: (a) um artigo de Dias e Caldeira (1982), tecendo considerações sobre quem deve exercer e sobre as condições de exercício da prática psicoterapêutica; (b) dois artigos de Henriques, um versando os factores de stress associados ao exercício da prática privada da psicoterapia (Henriques & Sá, 1986) e outro sobre a caracterização clínica e profissional da sua prática privada (1989); (c) Gonçalves e Barbosa (1990) contemplaram, do ponto de vista conceptual, algumas das variáveis a que se dirige o presente trabalho; (d) finalmente, o autor (Vasco, 1986, para publicação) referiu-se ao papel desempenhado pelo clínico nos fenómenos de resistência terapêutica.

## **5. Objectivos Gerais e Estrutura do Trabalho**

### **5.1. Objectivos Gerais**

Tendo por base a taxionomia das variáveis do terapeutas proposta por Beutler e colaboradores (1986, em preparação), o presente estudo dirige-se simultaneamente a características extraterapêuticas objectivas e subjectivas e a características intraterapêuticas também objectivas e subjectivas.

Por características extraterapêuticas objectivas entendem-se as características que existem ou se desenvolveram independentemente do processo terapêutico e que podem ser

observadas com um mínimo de inferências. Exemplos a tratar no presente estudo são as *características demográficas* dos psicoterapeutas.

Por sua vez, as características extraterapêuticas de carácter subjectivo são as que tendo igualmente uma existência e desenvolvimento independentes do processo terapêutico constituem, no entanto, elementos da personalidade que não podem ser observados directamente. Exemplos a tratar no presente estudo são as *crenças metateóricas* e o *nível de desenvolvimento epistemológico*.

Na classe das características intraterapêuticas objectivas encontram-se aquelas que se assumem como directamente relevantes para o processo terapêutico e que são observáveis. Exemplos a tratar no presente estudo são as *actividades profissionais* e os *estilos terapêuticos*.

Por último, encontram-se as características intraterapêuticas subjectivas, que sendo também directamente relevantes para o processo terapêutico não podem ser alvo de observação directa. Encontram-se entre estas, as últimas classes de variáveis que serão objecto do presente estudo, a *orientação teórica* e a *satisfação com o treino e com a carreira*.

São pois, objectivos gerais do presente trabalho:

1. Proceder à caracterização dos psicoterapeutas portugueses no respeitante a características demográficas, actividades

profissionais, perspectivas teóricas, satisfação com o treino e com a carreira, crenças metateóricas e estilos terapêuticos. Sempre que os dados o permitam proceder-se-à igualmente a comparações com o Reino Unido, Estados Unidos e França.

2. Avaliar a incidência e tipos de eclectismo privilegiados pelos terapeutas portugueses, bem como compará-los com os terapeutas não-ecléticos num conjunto de variáveis.

3. Avaliar as relações existentes entre crenças metateóricas, por um lado, e razões de escolha de orientação teórica, pertença a determinada orientação teórica e estilos terapêuticos, por outro.

4. Avaliar as relações existentes entre a dissonância pessoal relativamente às asserções metateóricas da orientação privilegiada (i.e., grau de ajustamento entre crenças pessoais e asserções filosóficas do modelo terapêutico de eleição) e um conjunto de variáveis, bem como tentar compreender o que fazem os terapeutas quando se encontram em situações de dissonância.

5. Avaliar as relações entre experiência, nível de desenvolvimento epistemológico e orientação teórica, por um lado, e os estilos terapêuticos, por outro.

## 5.2. Estrutura do Trabalho

Após a Introdução Geral que agora se finaliza e que teve como objectivo principal a contextualização do estudo das

variáveis do psicoterapeuta, seguem-se três outros capítulos.

O capítulo II é dedicado a uma descrição exaustiva dos procedimentos metodológicos. Assim, terá aí lugar a descrição da amostra, dos instrumentos de avaliação e do procedimento.

O capítulo III destina-se à análise e discussão dos resultados. Dada a extensão destes, optou-se por apresentá-los separadamente, em secções designadas *Estudos*. Cada estudo iniciar-se-á com uma "introdução" que contextualiza, como complemento ao que foi elaborado na Introdução Geral, a problemática específica a que se dirige, apresentando também hipóteses e/ou objectivos igualmente específicos. Cada estudo termina com a apresentação da análise e discussão dos resultados sobre os quais versou.

Finalmente, no IV e último capítulo, apresentam-se as conclusões. Este capítulo inicia-se com uma discussão relativa às limitações do trabalho realizado, apresentando, seguidamente, as conclusões de cada um dos *Estudos* individuais e a proposta de *Um Modelo Para a Compreensão do Desenvolvimento da Orientação Teórica e Prática Clínica dos Psicoterapeutas*, que articula conclusões de todos os estudos. Finaliza com o delinear de implicações e sugestões práticas para a formação dos psicoterapeutas e investigação futura.

## II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Depois da contextualização do estudo e da determinação dos seus objectivos gerais, realizados na secção anterior, pretende-se, com a presente secção, proceder a uma descrição pormenorizada dos procedimentos metodológicos, nos seus componentes de amostra, instrumentos e procedimentos.

### 1. Amostra

A "pool" de sujeitos foi a totalidade dos membros ( $n = 468$ ) de sete Associações e Sociedades de Psicoterapia, a saber: Sociedade Portuguesa de Antropoanálise; Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa; Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento; Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva; Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar; Sociedade Portuguesa de Grupanálise; Sociedade Portuguesa de Psicanálise; e ainda alguns psicoterapeutas independentes ( $n = 19$ ), constantes da Lista Telefónica da Região de Lisboa, o que proporcionou um total possível de 487 sujeitos.

Dos 487 "pacotes" de questionários enviados, 12 foram devolvidos pelos Correios por impossibilidade de entrega. Trezentos e dez sujeitos (65.3%) não responderam e 4 sujeitos

(0.8%) devolveram questionários incompletos ou não preenchidos, proporcionando uma taxa de resposta de 33.9% ( $N = 161$ )<sup>1</sup>.

Ainda que esta taxa de resposta possa ser considerada algo baixa, relativamente a investigações semelhantes levadas a cabo nos Estados Unidos e no Reino Unido (que variam normalmente entre os 40 e os 50 por cento), é mais elevada do que a obtida por Mahoney e Craine (1991), recorrendo a um dos questionários igualmente utilizados no presente estudo (*i.e.*, 32.9%), e só 9% mais pequena do que a taxa obtida no único estudo que conheço que utilizou o mesmo procedimento postal, com um dos outros questionários, com psicoterapeutas americanos (*i.e.*, Schacht & Black, 1985).

Relativamente a Portugal, o único estudo conduzido por via postal que se poderá assemelhar ao presente (apesar de ter tido como sujeitos apenas psicólogos) foi o realizado por Vala, Sockza e Bairrão, em 1981, obtendo 38% como taxa de resposta, apesar de ter empregue um único instrumento de avaliação.

Razões possíveis para explicar a percentagem de respostas obtida são: (a) a dimensão e número de questionários enviados (quatro); (b) a novidade deste tipo de metodologia junto dos psicoterapeutas portugueses; e (c) o facto da amostra ser integrada por médicos, nomeadamente psiquiatras, que se sabe

-----  
1. Sempre que o número total de sujeitos seja diferente de  $N = 161$ , o facto deve-se a "omissão de dados".

contribuírem para baixar as taxas de resposta em estudos semelhantes (Sudman & Bradburn, 1984).

Contudo, considera-se que a taxa de 34% é compensada por vários elementos, a saber: (a) a quantidade absoluta de respostas ( $N = 161$ ); (b) o facto de o estudo ter como objecto uma população não estudada até à presente data (*i.e.*, os psicoterapeutas portugueses); (c) o facto das proporções relativas a sexo, profissão e distribuição geográfica serem muito semelhantes no universo (*i.e.*, a totalidade dos membros das associações e sociedades de psicoterapia) e na amostra, neutralizando possíveis enviesamentos associados a estas variáveis; e finalmente (d) devido ao facto da "pool" ser praticamente idêntica ao universo total de sujeitos (*i.e.*, o número total de indivíduos que praticam psicoterapia em Portugal de uma forma estruturada estará próximo das 600 pessoas). Dado que, em termos de orientação teórica, a distribuição da amostra não corresponde totalmente à distribuição real (inferida em função da quantidade de membros das associações de psicoterapia), é necessário ser particularmente cauteloso face a possíveis enviesamentos inerentes a esta não-correspondência.



## 2. Instrumentos

O "pacote" de avaliação enviado por via postal, numa primeira fase da investigação, era constituído por quatro instrumentos que se passa a descrever pormenorizadamente.

### 2.1. Instrumento Nº 1 - *Questionário Relativo a Características Demográficas, Actividades Profissionais, Perspectivas Teóricas e Satisfação com o Treino e a Carreira*

#### 2.1.1. Descrição do Instrumento

Com o objectivo de caracterizar a população de psicoterapeutas portuguesas e de possibilitar comparações com psicoterapeutas de outros países, construiu-se um questionário de seis páginas, composto por trinta e nove itens relativos a um conjunto alargado de temas (ver Anexo I). A maioria dos itens requeria o simples assinalar da resposta seleccionada ou a indicação de uma percentagem específica. A estrutura do questionário e escolha dos itens que o integram, baseou-se em instrumentos semelhantes utilizados em inquéritos relativos a psicoterapeutas e psicólogos clínicos, levados a cabo nos Estados Unidos e no Reino Unido (i.e., Kelly, 1961; Garfield & Kurtz, 1976; Norcross, Dryden, & Brust, para publicação a, b; Norcross, Prochaska, & Gallagher, 1989a, b; Prochaska & Norcross, 1983).

O conteúdo e formulação dos itens integrantes da versão final do questionário foram elaborados após o pré-teste de uma versão "piloto", junto a uma população constituída por dez profissionais (psicólogos e psiquiatras).

O questionário divide-se em quatro grandes secções temáticas, a saber: (1) *Características Demográficas* - solicita informação relativa a idade, sexo, profissão, grau académico e anos de experiência profissional; (2) *Actividades Profissionais* - solicita informação relativa a grau de envolvimento em diferentes tipos de actividades profissionais, horas semanais de actividade profissional, grau de envolvimento em diferentes modalidades terapêuticas, quantidade de pacientes vistos em terapia, grau de envolvimento em actividades de investigação, local central de trabalho e auto-imagem profissional; (3) *Perspectivas Teóricas* - solicita informação relativa a orientação teórica, grau de satisfação com a orientação teórica, influência da orientação teórica na prática e influências na escolha da orientação teórica; finalmente (4) *Satisfação com o Treino e com a Carreira* - solicita informação relativa ao treino, à terapia pessoal, à carreira profissional e a publicações efectuadas.

## 2.2. Instrumento Nº 2 - Inventário de Organicismo-Mecanicismo<sup>1</sup> (Organicism-Mechanism Paradigm Inventory- OMPI)

### 2.2.1. Descrição do Instrumento

O Inventário de Organicismo-Mecanicismo (OMPI; Germer, Efran, & Overton, 1982; Johnson, Germer, Efran, & Overton, 1988) é um inventário de "escolha forçada" composto por 26 itens relativos a conteúdos filosóficos (principalmente ontológicos, mas também epistemológicos), relativos a questões de causalidade e questões metodológicas, e ainda questões de interesse prático, principalmente relações interpessoais, como o divórcio e o sistema de justiça (ver Anexo II).

O OMPI destina-se a avaliar a preferência por uma de duas "visões do mundo" que correspondem às "hipóteses sobre o mundo" avançadas, em 1942, por Stephen Pepper: *organicismo* (e.g., "o mundo é como um grande organismo vivo"), e *mecanicismo* (e.g., "o mundo é como uma grande máquina complexa"). Dado que as perspectivas organicista e mecanicista se encontram, tanto conceptual como empiricamente, relacionadas respectivamente com as outras duas "hipóteses sobre o mundo", a *contextualista* e a *formista*, e inversamente entre elas (Germer, Efran, & Overton, 1982, citado em Johnson et al. 1988; Harris, Fontana, & Dowds;

-----  
1. A teorização relativa a este instrumento foi apresentada na Introdução Geral.

Johnson et al., 1988; Pepper, 1942), pelo menos implicitamente, o OMPI também avalia estas duas últimas perspectivas. Sendo as visões do mundo entendidas como uma dimensão contínua, quanto mais alto o valor obtido no inventário, mais elevada a incidência de organicismo/contextualismo e quanto mais baixo esse valor, mais elevada a incidência de mecanicismo/formismo.

### 2.2.2. Características Psicométricas

Em termos de propriedades psicométricas, o OMPI apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente alfa de Cronbach de .76 e um "split-half" de Guttman de .86. Um teste-reteste com um intervalo de três semanas apresentou um coeficiente de estabilidade de .77 (Johnson et al., 1988).

Validade convergente é proporcionada pelas correlações positivas entre o OMPI e as escalas de organicismo e contextualismo de outro instrumento - "World Hypothesis Scale" (Harris et al., 1977) - (.32 em ambos os casos), e a validade discriminante pelas correlações negativas com as escalas de mecanicismo e formismo do mesmo instrumento (-.43 e -.24, respectivamente) (Johnson et al., 1988). O OMPI foi igualmente capaz de prever o comportamento de cientistas (avaliado em função das suas filiações e actividades públicas), encontrando-se consistente e significativamente associado com auto e hetero-descrições de características da personalidade (Johnson et al.,

1988).

Com a amostra do presente estudo ( $n = 157$ ), as propriedades psicométricas do OMPI revelaram-se semelhantes às obtidas originalmente (i.e., Germer et al, 1982). Assim, obteve-se um coeficiente alfa de Cronbach de .83, um "split-half" de Guttman de .82.

### 2.3. Instrumento Nº 3 -- Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente Facilitadoras

#### 2.3.1. Descrição do Instrumento

As perspectivas dos psicoterapeutas relativamente a "práticas terapêuticas optimamente facilitadoras" foram avaliadas com um questionário composto por 20 itens, proposto por Mahoney, Norcross, Prochaska, e Missar (1989) (ver Anexo III). O conteúdo dos itens integrantes do questionário é baseado em investigações e conceptualizações prévias relativas a princípios e processos base da psicoterapia. A partir de 16 dos 20 itens, derivaram-se empiricamente três estilos (factores) terapêuticos<sup>1</sup>, a saber: (a) *estilo terapêutico directivo* (e.g., "um terapeuta optimamente facilitador deveria fornecer informações relevantes relativas à adaptação"); (b) *estilo*

-----  
1. Em investigação posterior, obtiveram-se saturações dos factores muito semelhantes para todos os itens que compõem as sub-escalas (Mahoney & Craine, 1991).

terapêutico reflectivo (e.g., "um terapeuta optimamente facilitador deveria reflectir, mais do que responder directamente, às questões do paciente"); e estilo terapêutico de encorajamento da auto-reflexão (e.g., "um terapeuta optimamente facilitador deveria auxiliar o paciente a clarificar pensamentos e sentimentos pessoais"). É solicitado aos sujeitos que manifestem o seu grau de acordo ou desacordo relativamente a cada item do questionário, numa escala tipo Likert de 7 pontos ("1" = desacordo total, "7" = acordo total).

### 2.3.2. Características Psicométricas

Os coeficientes alfa de Cronbach para as três sub-escalas sugerem uma consistência interna boa, para o estilo directivo (.82), e razoável para os estilos reflectivo (.63) e de encorajamento (.50) (Mahoney et al., 1989).

Com a amostra do presente estudo ( $n = 156$ ), verificaram-se alfas semelhantes para o estilo directivo (.83) e de encorajamento (.54), mas muito inferior para o estilo reflectivo (.11). Este coeficiente de alfa sugere um possível enviesamento cultural inerente aos psicoterapeutas portugueses, no respeitante ao estilo reflectivo, aconselhando particular cuidado na interpretação dos resultados respeitantes a este estilo.

## 2.4. Instrumento Nº 4. - Perfil Psico-Epistemológico<sup>1</sup> (Psychological Profile, Experimental Form VI - PEP)

### 2.4.1. Descrição do Instrumento

O Perfil Psico-Epistemológico (PEP - Forma Experimental VI; Royce & Mos, 1980) é um questionário composto por 90 itens relativos a conteúdos de natureza epistemológica (ver Anexo IV). Aos sujeitos é pedido que manifestem o seu grau de acordo face a cada um dos itens, utilizando um escala tipo Likert de 5 pontos ("1" = *desacordo total*, "5" = *acordo total*).

O PEP destina-se a estabelecer o perfil da hierarquia epistemológica dos indivíduos, baseando-se na conceptualização da existência de três "formas de conhecimento", consideradas como *estilos epistémicos* diferenciados. Estes estilos epistémicos são entendidos como "integradores da personalidade" que determinam a forma particular como os indivíduos constroem o conhecimento (Royce, 1964; Royce & Mos, 1980).

O PEP é constituído por três sub-escalas de 30 itens cada, destinadas a avaliar os diferentes *estilos epistémicos* que subjazem à forma como os indivíduos avaliam e testam a validade e veracidade das suas crenças, a saber: (a) *empirismo (E)* (e.g., "desenvolvi-me do ponto de vista intelectual, essencialmente

-----  
1. A teorização relativa a este instrumento foi apresentada na Introdução Geral.

através dos métodos de aprendizagem, observação e experimentação"); (b) racionalismo (R) (e.g., "considero-me uma pessoa lógica"); e (c) metaforismo (M) (e.g., "a compreensão do sentido da vida avançou, essencialmente através da arte e da literatura").

Dado entender-se que os processos cognitivos envolvidos em cada um dos três estilos não são independentes e que se encontram presentes elementos de todos eles na forma como os indivíduos constroem o conhecimento, o Perfil Psico-Epistemológico final de cada indivíduo consiste nos valores das três sub-escalas, representando o valor mais elevado o estilo epistemológico dominante<sup>1</sup> (Royce & Mos, 1980). Dado o PEP possuir três sub-escalas, é possível obter seis perfis distintos com as escalas sequenciadas em ordem descendente: ERM, EMR, REM, ORME, MRE, MER. Assim, um sujeito com o perfil ERM, tem o valor mais alto em empirismo seguido de racionalismo e, finalmente metaforismo. A teoria subjacente ao PEP sugere que os indivíduos possuem visões limitadas da realidade, na linguagem de Royce (1964) - "encapsuladas" - devido aos constrangimentos impostos pelo seu estilo epistémico.

---

1. Verificam-se correlações positivas e relativamente altas entre as três sub-escalas do PEP, sugerindo um certo grau de dependência no sentido de todas elas representarem estilos epistémicos, contudo, a sua relativa independência também sugere que se tratam de três dimensões significativas e diferenciáveis.



#### 2.4.2. Características Psicométricas

A consistência interna do PEP é dada pelas correlações positivas que se verificam entre todos os itens de cada sub-escala (empirismo, racionalismo e metaforismo) e os respectivos totais. Apresenta coeficientes de "split-half" de .77 para o empirismo e para o racionalismo, e de .88 para o metaforismo. Um teste-reteste com um intervalo de nove meses proporcionou coeficientes de .87 para o empirismo, .68 para o racionalismo e .66 para o metaforismo (Royce & Mos, 1980). O PEP consegue também validade de constructo ao ser capaz de prever relações com várias escalas de interesse vocacional, e validade concorrente ao ser capaz de diferenciar grupos profissionais que se pensa representarem perfis epistemológicos diferentes (Royce & Mos, 1980).

Com a amostra do presente estudo ( $n = 155$ ), verificam-se igualmente correlações positivas entre todos os itens integrantes de cada sub-escala e os respectivos totais. Obtiveram-se coeficientes de "split-half" semelhantes aos apresentados por Royce e Mos (1980): .75 para o empirismo, .65 para o racionalismo e .83 para o metaforismo. Os coeficientes alfa de Cronbach (não apresentados para o estudo original) são muito satisfatórios: .79 para o empirismo, .74 para o racionalismo e .82 para o metaforismo.

## 2.5. Instrumento Nº 5 - Entrevista Desenvolvimentista Relativa aos Conceitos de Realidade e Conhecimento

### 2.5.1. Descrição do Instrumento

Com o objectivo de avaliar o nível de desenvolvimento relativo aos conceitos de realidade e de conhecimento de um sub-grupo da amostra inicial ( $n = 38$ ), adaptou-se um protocolo de entrevista criado por John Broughton em 1975.

A entrevista original de Broughton (1975) é composta por 118 questões relativas aos conceitos de "mente, self, realidade e conhecimento". De entre estas, seleccionaram-se 23 questões referentes a "realidade" e "conhecimento", dado serem estes os conceitos pertinentes para os objectivos do presente estudo (ver Anexo V). Esta adaptação afigura-se legítima na medida em que a inter-correlação média das três sub-escalas da entrevista (i.e., mente, self, realidade e conhecimento, entendendo realidade e conhecimento como integrando a mesma sub-escala) é de .90 (Broughton, 1975).

A formulação das questões integrantes da versão definitiva do guião de entrevista foi fixada após o pré-teste de um versão "piloto", junto de cinco psicólogos.

Broughton (1975) desenvolveu a entrevista baseado na perspectiva de Perry (1968) sobre o desenvolvimento intelectual e ético, nas metodologias e conceptualizações de Piaget e na

perspectiva cognitivo-desenvolvimentista de James Mark Baldwin, relativa à evolução da "epistemologia natural" de "segunda ordem" (reflexiva), na adolescência e na idade adulta precoce. Esta "epistemologia natural" é entendida como sendo reflexiva e de "segunda ordem" por se dirigir àquilo que as pessoas *pensam ser* a "realidade psicológica" e não àquilo que ela é. A epistemologia natural consiste no "conjunto de ideias associadas à natureza do self e da realidade (metafísica ou epistemologia naturais), à natureza da mente (psicologia natural) e à natureza do conhecimento, da verdade e da objectividade (epistemologia natural)" (p. 1, 1975).

Os resultados da investigação de Broughton (1975, 1978), permitiram-lhe estabelecer suporte empírico para um modelo desenvolvimentista de sete níveis de complexidade progressiva, relativos à epistemologia natural, oriundo das formulações teóricas de Baldwin. Em termos de hierarquia cognitiva, o nível de desenvolvimento epistemológico parece estabelecer uma "ponte" entre a lógica e a moralidade: o alcançar de um determinado nível lógico é condição necessário, mas insuficiente para alcançar o nível epistemológico correspondente que, por sua vez, se institui como condição necessária, mas insuficiente para alcançar o nível moral correspondente (Broughton, 1975).

A entrevista semi-estruturada a partir da qual se estabelece o nível de desenvolvimento epistemológico dos sujeitos, pretende,

numa óptica piagetiana, diferenciar as convicções próprias dos sujeitos, de estereótipos memorizados ou de sugestões inadvertidamente feitas pelo entrevistador. Para tal recorre ao uso de contra-provas no sentido de: (a) determinar o que o sujeito realmente quer dizer; (b) identificar compreensões erróneas das questões; (c) permitir clarificações; e (d) confrontar respostas "ao lado" ou excessivamente acquiescentes (Broughton, 1975, 1978).

Os níveis resultantes da cotação da entrevista, coligidos a partir de Broughton (1975, 1978) (todos os exemplos excepto o relativo ao "estádio 1" são extraídos das entrevistas do presente estudo), são os seguintes:

#### Nível 1 - Objectivo/Dogmático

A realidade consiste no visível e no tangível. Não existe distinção entre a realidade e a aparência, a realidade consiste na simples e egocêntrica localização espacial de acontecimentos, seres e coisas. O conhecimento é dogmático, automático e consiste em respostas "atomísticas". Consiste em "saber as respostas certas" e é consequência pura e simples de ver e ouvir as coisas. A verdade é uma e extrínseca, sendo conhecida e/ou fornecida pelas "autoridades".

Exemplo: "O que é o conhecimento? -- Saber qualquer coisa... É uma coisa assim. Pode-se dizer que o conhecimento está no cérebro... Será como pensar? Não, quando se pensa, pensa-se o que pode ser. Quando se sabe, sabe-se. Assim como  $2+2$  são  $4$ ".

#### Nível 2 - Realista Ingénuo/Empírico

A realidade consiste na existência mental e física e é confundida com a verdade, tendo ambas a qualidade de "certo ou errado". A realidade é factual (dados sensoriais), é a forma como as coisas "parecem". O conhecimento consiste nas opiniões sobre os factos, começa-se a distinguir o conhecimento dos seus objectos. O conhecimento é individual e não partilhado.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- É capaz de ser a informação que uma pessoa tem... através da experiência prática e através da sua reflexão. Aprendemos por experiência própria, passamos por uma série de situações, por conhecimentos... quando uma pessoa ouve ou uma pessoa lê, eles ficam".

### Nível 3 - Realista/Social

A realidade consiste na "essência" por detrás das aparências, apesar das aparências serem normalmente realistas. A realidade é a reificação do socialmente plausível e aceitável. O conhecimento consiste no "senso comum" (existindo um cepticismo nascente associado a esta perspectiva). A verdade consiste na demonstração e plausibilidade interpessoais.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- O conhecimento penso que é uma acumulação daquilo que são factos para toda a gente. Resulta de um processo de aprendizagem social... O conhecimento pode obter-se através dos sentidos, às vezes de uma forma directa, outras de uma forma que é elaborada e depois distorcida..."

### Nível 4 - Dualista/Positivista

A realidade consiste na objectividade impessoal, garantida pelo método científico. Os nómenos são diferenciados dos fenómenos. A realidade é um sistema que se submete a leis e que gera aparências (dados). O conhecimento consiste numa generalização indutiva com base nas observações, é uma cópia construída do mundo. A verdade é replicável e alcança-se através da testagem social de modelos.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- Por um lado é um tentar... descrever os factos que vão acontecendo, por outro lado e a outro nível é explicar de algum modo esses factos e ainda, a um outro nível, tentar a partir da explicação desses factos construir hipóteses mais consistentes que poderão prever factos ainda não ocorridos".

### Nível 5 - Subjectivista/Relativista

A realidade existe enquanto generalidade reduzida aos particulares concretos. Toda a realidade é fenomenológica, o nómeno é absorvido pelo fenómeno. Todo o conhecimento é experiência, é subjectivo ou convenção arbitrária, portanto, no limite, conhecimento solipsista e próprio.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- O conhecimento é essencialmente um processo idiossincrático... A maior parte das pessoas aprende com a experiência própria. O conhecimento só passa a ser conhecimento, não quando nos é transmitido, mas quando temos as experiências".

### Nível 6 - Perspectivismo Metodológico

A realidade é pressuposta, sendo definida pela coerência e utilidade dos sistemas utilizados para a interpretar. O conhecimento é ideologia, sendo definido, tal como a verdade, pela utilização intersubjectiva de determinado paradigma (e.g., idealismo; comportamentalismo, etc.). Existem vários sistemas igualmente válidos de racionalidade, definidos por critérios metodológicos subjectivos (simplicidade, consistência, etc.). Conhecer é interagir, o que não impede a existência de verdades, impedindo, no entanto, a existência da Verdade.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- O conhecimento é um produto do processamento da informação do meio físico ou social, de uma forma geral, por um lado pelos órgãos dos sentidos, por outro lado partindo de toda uma dose de interpretação, de construção de significados pessoais, experiências passadas e estruturas biológicas. É o produto da interacção destes dois factores... A nível científico partimos de hipóteses (que funcionam como estímulos) e vamos processar isso à luz de

conhecimentos científicos que consideramos adequados ou não, mas que fazem parte do nosso passado e em termos do que acreditamos em termos científicos... São aprendidos em função dos nossos limites de conhecimento, dos graus de aquisição e dos nossos critérios..."

#### Nível 7 - Materialista/Dialéctico

A realidade material e objectiva vai-se progressivamente manifestando e revelando através da actividade humana. A realidade e a verdade consistem em apreciações e julgamentos universalizáveis (auto-reflexões racionais sobre a experiência). A verdade é uma forma de construção racional reflectida, que conjuga o subjectivo e o objectivo e cujos critérios são os de validade enquanto universalidade potencial. O conhecimento consiste na transformação activa e social da realidade, através de categorias históricas construídas pelo homem. O conhecimento é construído à volta da noção do pessoa enquanto indivíduo racionalmente auto-consciente e consiste em conceitos que são fundamentalmente sociais e partilhados.

Exemplo: "Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? -- Acho que é algo que é preciso procurar, e na qualidade de psicólogos devemos procurar saber como é que esse processo se verifica... é digamos que no final de contas o corpo de conhecimentos que se constrói e constrói as hipóteses explicativas dos fenómenos sociais, económicos, históricos e políticos... e pode-se também ver em termos do que adquirimos para explicar tudo isto como também ver como é que se desenvolve o nosso conhecimento para podermos fazer aprendizagens em termos de metac conhecimento".

#### 2.5.2. Cotação da Entrevista

A cotação das entrevistas foi efectuada por quatro cotadoras, as mesmas que as conduziram (i.e., A, B, C e D). Procedeu-se a um treino rigoroso de cotação que passou pela leitura de um artigo de Broughton (1978) destinado à clarificação dos 7 níveis susceptíveis de resultar da cotação. Recorrendo a um "Manual de Cotação da Entrevista", elaborado a partir de Broughton (1975) (ver Anexo VI) e contendo descrições dos níveis e exemplos ilustrativos de cada um deles, verificou-se uma cotação de treino, que terminou numa discussão destinada à clarificação de possíveis dúvidas e dificuldades.

Após todas as entrevistas terem sido transcritas, foram fotocopiadas e distribuídas pelas cotadoras. As cotadoras A e B

cotaram as entrevistas efectuadas pelas cotadoras C e D, e vice-versa, em número de 19 cada, de modo a que nenhuma cotadora tivesse possibilidade de conhecer o sujeito da entrevista a ser cotada. Este procedimento destinou-se a neutralizar possíveis enviesamentos devidos a eventuais "simpatias ou antipatias", decorrentes do contacto directo com os sujeitos entrevistados.

Depois de um primeiro turno de cotação efectuado individualmente por todas as cotadoras, verificou-se um segundo feito conjuntamente pelo par de cotadoras responsáveis pela cotação das mesmas entrevistas e destinado a analisarem questão a questão, os desacordos. Depois desta "discussão", em que cada uma tentou convencer a outra da "justeza" da sua cotação, procedeu-se a uma nova cotação que foi considerada como final.

O resultado final de cada sujeito segue os métodos habituais de cotação de entrevistas desenvolvimentistas (e.g., Broughton, 1975; Colby, Kohlberg, Gibbs, & Lieberman, 1983; Kitchener, 1986) e foi obtido da seguinte forma. A cada resposta às questões da entrevista (total de 23) é atribuído o valor modal dessa resposta (de 1 a 7). O nível final de cada sujeito terá um, dois, ou três dígitos, consoante o sujeito de encontre num nível *puro*, num nível de transição ou manifeste indicações da presença de um nível "*minor*". Assim, um valor de 4, indica que o indivíduo dá pelo menos 76% das respostas a nível 4; um valor de 4/5, indica que se encontram 50% de respostas tanto a nível 4 como a nível 5

e finalmente; 4(5) significa que entre 25 e 49% das respostas se encontram a nível 5, e as restantes a nível 4.

O resultado quantitativo final será: o valor do nível dominante, caso não se verifique a existência quer de transições quer de níveis "menor" (i.e.,  $4 = 4$ ); a média, caso se verifique a existência de uma situação de transição (i.e.,  $4/5 = 4,5$ ); a média ponderada, na qual o nível dominante tem peso duplo, caso se verifique a presença de um nível "menor" (i.e.,  $4(5) = 4.33$ ). Nas situações de desacordo entre juizes, recorreu-se à média dos dois valores, após cada valor ter sido calculado da forma atrás descrita.

### 2.5.3. Características Psicométricas

A consistência interna dos níveis de desenvolvimento epistemológico é proporcionada não só pelas correlações elevadas que se verificam entre as três sub-escalas (i.e., "mente", self e realidade/conhecimento), cujo valor médio é de .90, mas também pelo facto do desvio médio da cotação de cada sub-escala relativamente à cotação total da entrevista ser de .25. Relativamente ao acordo inter-juizes, Broughton (1975) apresenta valores que variam entre os 60 e os 91%.

Validade para a entrevista é proporcionada pela correlação elevada (.87) entre o nível de desenvolvimento epistemológico e a idade mental, mostrando que aquele não se sobrepõe totalmente,



mas cai dentro do domínio da "maturidade cognitiva". Relativamente aos níveis de desenvolvimento lógico (Piaget) e moral (Kohlberg), verificam-se igualmente correlações elevadas, .71 e .69, respectivamente. Estas correlações apontam no sentido de que a epistemologia natural possui características cognitivo-desenvolvimentistas, não sendo no entanto, redutível aos domínios lógico e moral. Esta interpretação quantitativa é corroborada por uma "análise de contingências" qualitativa, que permite eliminar hipóteses tanto de "independência" como de "sincronicidade" relativamente ao pensamento lógico e ao raciocínio moral, e sugerir que o nível de desenvolvimento epistemológico tem realidade própria, localizando-se, em termos da "hierarquia cognitiva natural", entre o pensamento lógico e o raciocínio moral (Broughton, 1975).

Com a amostra do presente estudo ( $n = 38$ ), verificaram-se correlações positivas entre todas as questões integrantes da entrevista e o respectivo total. Obteve-se um coeficiente médio de "split-half" de .89, sendo o coeficiente médio de alfa de Cronbach (não apresentado para o estudo original) de .96. Estes valores médios foram calculados com base nas cotações das duas cotadoras, dizendo respeito exclusivamente ao segundo turno de cotação.

Relativamente ao acordo inter-juizes, verificaram-se coeficientes de concordância ( $K$  de Cohen) de .52 e .53 no

primeiro turno de cotação<sup>1</sup>, subindo para .82 e .93 no segundo turno<sup>2</sup>. Ainda, um coeficiente médio de "split-half", calculado tomando como "primeira metade" as cotações de duas cotadoras e como "segunda metade", as cotações das duas restantes, proporcionou um valor de .95.

### 3. Procedimento

Após a obtenção de autorizações de todos os autores dos instrumentos adaptados e utilizados no presente estudo, bem como das listas de membros ds sete associações e sociedades de psicoterapia junto das respectivas direcções, o processo de investigação foi conduzida em duas fases distintas.

#### 3.1. Primeira Fase

A primeira fase consistiu no envio por via postal, em Maio de 1990, dos quatro instrumentos de avaliação descritos na secção "Instrumentos", de uma carta garantindo a confidencialidade das respostas, explicando os objectivos do estudo e estimando em cerca de uma hora o tempo necessário para responder a todos os

---

1. Estes valores são considerados razoáveis por Bakeman e Gottman (1986).

2. Estes valores são considerados excelentes por Bakeman e Gottman (1986).

questionários, e ainda de um sobrescrito selado de resposta. No mês seguinte, procedeu-se ao envio de um postal com o objectivo de relembrar a importância do retorno dos materiais, aumentando assim a probabilidade de resposta (Baumgartner & Heberlein, 1984).

### 3.2. Segunda Fase

A segunda fase decorreu durante o ano de 1991 e consistiu na realização das entrevistas semi-estruturadas descritas na secção "Instrumentos", junto a um número de sujeitos integrantes da amostra inicial ( $n = 38$ ), seleccionados em função de critérios estabelecidos com base em resultados da primeira fase.

#### 3.2.1. Treino dos Entrevistadores

Foram utilizadas quatro entrevistadoras, todas elas licenciadas em psicologia. A sua preparação passou por uma didáctica relativa à contextualização teórica, objectivos do estudo (ressalvando-se a "cegueira" às hipóteses experimentais) e metodologia de condução das entrevistas. Todas as entrevistadoras foram inicialmente entrevistadas e fizeram algumas entrevistas preparatórias, com o intuito de se familiarizarem com a sua condução, após as quais esclareceram-se dúvidas e tentaram ultrapassar-se dificuldades. Cada entrevistadora conduziu, no máximo dez e no mínimo oito entrevistas, para um total de 38.

### 3.2.2. Condução das Entrevistas

As entrevistas foram conduzidas individualmente, tendo uma duração média de cerca de 60 minutos. Para facilidade de acesso aos sujeitos experimentais, as datas, locais e horas das entrevistas foram, caso a caso, individual e telefonicamente acordadas entre entrevistado e entrevistador.

Após introdução à temática e objectivos da entrevista, garantia da confidencialidade da mesma e assegurada a não existência de respostas certas ou erradas, todas as entrevistas foram gravadas em registo audio-magnético, sendo posteriormente integralmente transcritas pelas entrevistadoras, com o objectivo de serem cotadas. Para assegurar a fidelidade das transcrições, partes aleatoriamente seleccionadas destas foram comparadas com os registos audio-magnéticos originais.

### III - ESTUDOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a descrição dos procedimentos metodológicos, é objectivo da presente secção a análise dos seus resultados. Dada a extensão destes e com o objectivo de os tornar mais compreensíveis, por articulados teoricamente, decidiu-se apresentá-los por secções, designadas Estudos. Cada estudo inicia-se com uma "introdução", de maior ou menor dimensão, dependendo da extensão que tenha sido dada à respectiva temática na *Introdução Geral*, seguindo-se-lhe a descrição e análise dos resultados.

#### 1. Estudo 1 - *Características Demográficas, Actividades Profissionais, Perspectivas Teóricas e Satisfação com o Treino e Carreira dos Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos*

##### 1.1. Introdução

Na ausência de dados formais, um "opinião informada" sustenta a ideia de que o número de profissionais que pratica psicoterapia terá aumentado significativamente nos últimos anos em Portugal. Do mesmo modo, os poucos dados disponíveis apontam para que a especialidade de psicologia clínica seria a segunda mais representativa entre os psicólogos portugueses, antecedida

exclusivamente pela psicopedagogia (Vala et al., 1981). Paralelamente, verifica-se entre os médicos uma situação semelhante relativamente à especialidade de psiquiatria, que só é ultrapassada pela de pediatria (Instituto Nacional de Estatística, 1988).

Esta situação de aumento dos praticantes de psicoterapia parece ser equivalente à que se verifica na generalidade das sociedades ocidentais industrializadas (Orlinsky, 1988). Por exemplo, nos Estados Unidos, ter-se-à verificado, num prazo de dez anos, entre 1975 e 1985, um aumento de cerca de 100% no número de psicoterapeutas (i.e., psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e conselheiros conjugais e familiares) (Robiner, 1991; Vandebos, Cummings, & Deleon, 1992).

Entre nós, várias ordens de razões parecem pertinentes para explicar este facto. Em primeiro lugar, o número crescente de psicólogos, resultante do aumento de Escolas conducentes à obtenção de licenciatura em psicologia, bem como o aumento de Sociedades e Associações facultando formação pós-graduada em psicoterapia. Em segundo, uma progressiva "desestigmatização" da prática psicoterapêutica, resultando numa "representação social" institucional e individual mais positiva, tendo como consequência um aumento da procura da psicoterapia por parte do público consumidor.

Na ausência de dados relativos à situação Portuguesa,

tomemos como ponto de referência a situação nos Estados Unidos, ressaltando as devidas proporções. Constatase que a procura de serviços psicológicos aumentou de forma sistemática nos últimos 40 anos, devido ao reconhecimento progressivo da diversidade de situações em que a "ajuda psicológica" pode ser útil. Assim, em 1990, pelo menos um terço da população americana teria recorrido ao uso da psicoterapia, em determinado ponto da sua vida, como forma de ultrapassar um leque amplo de problemas e perturbações físicas, comportamentais e psicológicas (Vandenbos et al., 1992).

Na qualidade de "segunda profissão", no sentido de ter como base outras profissões cuja identidade social é mais evidente, torna-se essencial para a caracterização e configuração da psicoterapia, dispor de elementos que permitam estabelecer uma identidade própria. Tanto mais que o campo da psicoterapia é frequentemente caracterizado como "diversificado, desordenado, fragmentado, criativo e caótico" (Prochaska & Norcross, 1983, p. 161).

Os esforços para estabelecer o estatuto do psicoterapeuta e regulamentar o exercício da prática, bem como a necessidade de informar o público relativamente aos seus contornos, foram, aliás, as razões principais que estiveram na base da constituição recente, em Julho de 1992, da *European Association for Psychotherapy*, integrada por associações de psicoterapia oriundas dos diferentes países da Comunidade Europeia.

Terão sido inquéritos semelhantes àquele de que iremos analisar os resultados, que têm permitido caracterizar a classe e documentar, nos Estados Unidos, modificações significativas no evoluir da comunidade psicoterapêutica, particularmente no respeitante aos psicólogos clínicos. Assim, segundo Norcross, Prochaska e Gallagher (1989) pôde constatar-se, nos anos 50, a passagem dos psicólogos clínicos de uma actividade essencialmente associada ao diagnóstico para a prática da psicoterapia (Kelly, 1961); no início dos anos 70, o começarem a privilegiar o eclectismo como orientação teórica (Garfield & Kurtz, 1974); e finalmente nos anos 70 e 80, a movimentação de um número significativo de clínicos, do trabalho em instituições para a prática privada (Norcross & Prochaska, 1982; Norcross et al., 1989a, 1989b), o mesmo, aliás, se verificando para os psicólogos "conselheiros" (Watkins, Lopez, Campbell, & Himmell, 1986; Zook II & Walton, 1989).

Torna-se pois, essencial, para os estudantes e para os próprios psicoterapeutas, bem como para os potenciais pacientes (instituições sociais e público em geral), um conhecimento aprofundado das características, práticas, orientações teóricas e grau de satisfação com a carreira, daqueles que exercem a prática da psicoterapia. O aprofundar de tal conhecimento só poderá ser benéfico para a aceitação, valorização e institucionalização crescentes da profissão.



É pois, objectivo do presente estudo, caracterizar os psicoterapeutas portugueses no respeitante a características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e carreira, bem como proceder a comparações esclarecedoras com o Reino Unido e os Estados Unidos, sempre que os dados disponíveis o permitam. Serão igualmente estabelecidas comparações com a França. Contudo, o número destas será muito modesto, dado os dados serem praticamente inexistentes e baseados em instrumentos substancialmente diferentes dos utilizados no presente estudo.

## 1.2. Descrição e Análise dos Resultados

### 1.2.1. Características Demográficas

*Distribuição Geográfica.* Como pode ser visto no Quadro 1.1., a amostra do presente estudo parece ser geograficamente representativa da distribuição do universo de membros das associações de psicoterapia. Como seria de esperar, os psicoterapeutas encontram-se em maior número nos grandes centros urbanos e respectivos distritos, Lisboa, Porto e Coimbra, surgindo os distritos do litoral, particularmente Setúbal, em segundo lugar, diminuindo o seu número nos distritos do interior e nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Estas distribuições são ainda bastante semelhantes à constatada por

**QUADRO 1.1. Comparação Entre a Distribuição Geográfica da Amostra do Presente Estudo e a Distribuição Geográfica Real, Baseada na Pertença às Associações de Psicoterapia**

Distrito	Presente Estudo		Distribuição Real	
	n	%	N	%
Angra do Heroísmo	1	0.6	1	0.2
Aveiro	0	0.0	2	0.4
Beja	0	0.0	1	0.2
Braga	2	1.2	3	0.6
Castelo Branco	1	0.6	4	0.8
Coimbra	7	4.4	26	5.3
Évora	1	0.6	1	0.2
Faro	2	1.2	4	0.8
Funchal	1	0.6	1	0.2
Leiria	4	0.8	3	1.9
Lisboa	104	64.6	330	67.8
Ponta Delgada	3	1.9	5	1.0
Portalegre	0	0.0	3	0.6
Porto	20	12.4	79	16.2
Santarém	2	1.2	5	1.0
Setúbal	12	7.5	18	3.7
Viseu	1	0.6	1	0.2
<b>Total</b>	<b>161</b>		<b>487</b>	

Vala et al. (1981) para os psicólogos clínicos e à observável para a totalidade dos psiquiatras portugueses (INE, 1988).

*Idade, Sexo, Profissão, Grau Académico e Experiência.* A média de idades da amostra do presente estudo ( $N = 161$ ) foi de 37.1 anos ( $DP = 9.7$ ) com uma amplitude dos 23 aos 69 anos. Noventa e seis terapeutas eram do sexo feminino (59.6%) e sessenta e cinco (40.4%) do sexo masculino. Cento e catorze terapeutas eram psicólogos (70.8%), vinte e cinco eram psiquiatras (15.5%), oito eram assistentes sociais (5%) e catorze consideravam ter outras profissões (8.7%) (i.e., médico = 4; educador de infância = 2; investigador = 1; psicoterapeuta = 2; orientador escolar = 1; psicanalista = 1; psicólogo + antropólogo = 1; psicólogo + psiquiatra = 1; sociólogo = 1). A grande maioria dos psicoterapeutas possui licenciaturas (83%), verificando-se poucos mestrados (8.1%) ou doutoramentos (6.8%), e ainda menos bacharelatos (1.9%). O tempo médio de anos de experiência terapêutica total foi de 8.1 ( $DP = 6.3$ ), com uma amplitude dos 0.5 aos 33.2, sendo o tempo médio de experiência em treino de 1.7 anos ( $DP = 1.4$ ) e de 6.4 anos ( $DP = 5.7$ ) o tempo médio de experiência profissional terapêutica.

De novo, os dados relativos à distribuição da presente amostra, por sexo, são muito semelhantes aos do universo dos terapeutas membros das associações portuguesas de psicoterapia,

65% para as mulheres e 35% para os homens, bem como aos apresentados para os psicólogos por Vala et al. (1981), sendo a distribuição na classe dos psiquiatras bastante diferente na medida em que os homens se encontram numa percentagem de cerca de 70% (INE, 1988). A distribuição, por sexos, dos psiquiatras portugueses, aproxima-se tendencialmente daquela que se verifica nos Estados Unidos, 84% para o sexo masculino e 16% para o feminino (Norcross, Strausser-Kirtland, & Missar, 1988).

Antes de proceder a comparações com o Reino Unido (Norcross, Dryden, & Brust, para publicação a,b) e com os Estados Unidos (Norcross et al., 1989a, 1989b)<sup>1</sup> convirá sublinhar que estas amostras são constituídas exclusivamente por psicólogos clínicos, donde a necessidade de sublinhar que a amostra portuguesa é igualmente constituída por psiquiatras, assistentes sociais e, ainda, por outras profissões. Salvaguardando esta heterogeneidade, a comparação afigura-se, ainda assim legítima, dado a amostra portuguesa ser maioritariamente constituída por psicólogos (71%), bem como pelo facto da larga maioria dos membros das amostras estrangeiras fazerem da prática da psicoterapia a sua principal actividade.

As poucas comparações a estabelecer com os psicoterapeutas franceses (Gerin & Vignat, 1984), terão de ser objecto de duplo

---

1. Quando não forem estas as fontes, será feita nova referência.

cuidado, dado a constituição profissional da amostra ser praticamente a inversa da portuguesa. Assim, as proporções entre psicólogos e psiquiatras invertem-se na amostra francesa: 73% de médicos (66% psiquiatras) e apenas 27% de psicólogos, dos quais 41% são simultaneamente médicos.

Como pode ser visto no Quadro 1.2., as características da amostra portuguesa são algo diferentes da amostra inglesa e substancialmente diferentes da amostra americana. Assim, os psicoterapeutas portugueses apresentam-se como bastante semelhantes aos seus colegas ingleses em termos de idade e de anos de experiência terapêutica, sendo em ambas as amostras a percentagem de membros do sexo feminino maior do que a de membros do sexo masculino. Os psicoterapeutas americanos são substancialmente mais velhos e mais experientes do que os portugueses e ingleses, apresentando relativamente à percentagem

**QUADRO 1.2. Distribuição dos Psicoterapeutas Portugueses por Sexo e Médias Relativas a Idade e Experiência: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Variáveis	Portugal		Reino Unido		Estados Unidos	
	M	%	M	%	M	%
Idade	37.1	-	39.5	-	47.5	-
Sexo						
Feminino	-	59.6	-	55	-	24
Masculino	-	40.4	-	45	-	76
Experiência	8.1	-	11	-	16.5	-

de sexos uma diferença substancial face aos colegas europeus. O número de terapeutas americanos do sexo masculino constitui praticamente três quartos da amostra.

Por sua vez, os terapeutas franceses aparentam ser mais semelhantes aos americanos em termos de duas das características referidas: são em grande parte do sexo masculino (71%), com uma média de idades rondando os 45 anos, e com os britânicos relativamente a anos de experiência, cerca de 10 anos.

Tomando em consideração as características demográficas dos psicoterapeutas portugueses, o seu "perfil" pode ser caracterizado como habitando num distrito do litoral, particularmente em Lisboa, Porto ou Coimbra, sendo do sexo feminino, com uma licenciatura em psicologia, com 37 anos de idade e 8 de experiência terapêutica.

#### 1.2.2. Actividades Profissionais

*Actividades.* Os sujeitos foram questionados sobre se se encontravam ou não envolvidos em sete actividades (ver Quadro 1.3) profissionais e, em caso afirmativo, qual a percentagem de tempo que dedicavam a cada uma delas. Como seria de esperar, a vasta maioria dos sujeitos dedica-se essencialmente à prática da psicoterapia (84%) e do diagnóstico/avaliação (59%), dispendendo nestas actividades, respectivamente 32 e 16 por cento do seu tempo total de trabalho (ver Quadro 1.3.). De seguida, surge o

ensino (49%) e a investigação (46%), como actividades a que cerca de metade dos psicoterapeutas se dedica, com uma percentagem média de tempo dispendido de 15 e 10%, respectivamente. Às três actividades restantes, supervisão, administração e "outra", dedicam-se menos de 38% dos terapeutas.

Comparativamente ao Reino Unido e aos Estados Unidos, um menor número de terapeutas portugueses aparenta estar envolvido no leque das sete actividades referidas, excepto no respeitante à prática da psicoterapia, devotando, no entanto, um tempo médio a cada um das actividades muito semelhante aos colegas estrangeiros (ver Quadro 1.3.).

Ao conjunto das actividades mencionadas, os terapeutas portugueses dedicam uma média de 42 horas semanais ( $DP = 12.3$ ), com uma amplitude de 3 a 80 horas, enquanto que ingleses e americanos lhes dedicam 41 e 45 horas, respectivamente.

*Modalidades Terapêuticas.* Os terapeutas que exercem psicoterapia ( $n = 135, 84\%$ ) foram questionados relativamente às modalidades ou formatos terapêuticos que privilegiam. Como pode ser visto no Quadro 1.4., a sua grande maioria dedica-se principalmente à prática da terapia individual (79%), particularmente com adultos (75%), sendo também na modalidade individual que os terapeutas dispendem mais tempo (52%). Segue-se a modalidade grupal, com 28% dos terapeutas, que de novo privilegiam os pacientes adultos (19%), atribuindo-lhe 34% do seu

**QUADRO 1.3. Envolvimento em Actividades Profissionais: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Actividade	Percentagem Envolvida			Percentagem Média de Tempo		
	Port.	R.U.	E.U.	Port.	R.U.	E.U.
Psicoterapia	84	94	87	32	36	35
Diagnóstico/ Avaliação	59	88	75	16	14	16
Ensino	49	86	55	15	10	11
Investigação	46	71	54	10	14	14
Supervisão	37	72	67	6	9	15
Administração	24	85	55	5	20	16
Consultadoria/ Outra	38	81	63	17	12	11

Nota. Idealmente, as colunas relativas à percentagem média de tempo dispendido em cada actividade, deveriam somar 100%, se este total não se verifica deve-se ao facto das percentagens serem avaliadas subjectivamente pelos sujeitos.

tempo de terapia. Por último, surgem as modalidades conjugal e familiar, praticadas por cerca de 20% dos terapeutas, com quotas temporais substancialmente inferiores às modalidades individual e grupal.

Um menor número de terapeutas portugueses parece dedicar-se simultaneamente ao leque de modalidades mencionadas, ainda que aparentemente dispendem substancialmente mais tempo do que ingleses e americanos nas modalidades grupal e familiar (ver Quadro 1.4.).

Ao conjunto das quatro modalidades terapêuticas, os



terapeutas portugueses dedicam uma média de 14 horas semanais ( $DP = 11.1$ ), com uma amplitude de 1 a 50 horas.

*Investigação.* Dos terapeutas que se dedicam à investigação ( $n = 74, 46\%$ ),  $18\%$  fazem-no relativamente à própria psicoterapia, sendo comparativamente maior a percentagem dos que se dedicam à

**QUADRO 1.4. Modalidades Terapêuticas: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Modalidade	Percentagem Envolvida			Percentagem Média de Tempo		
	Port.	R.U.	E.U.	Port.	R.U.	E.U.
Terapia Indivi. com Crianças	48	-	-	44	-	-
Terapia Indivi. com Adultos	75	-	-	60	-	-
Total Individual	79	99	97	52	74	67
Terapia Grupal com Crianças	9	-	-	27	-	-
Terapia Grupal com Adultos	19	-	-	41	-	-
Total Grupal	28	44	37	34	8	14
Terapia Conjugal	21	57	62	13	7	14
Terapia Familiar	20	43	50	27	11	13

*Nota.* Idealmente, as colunas relativas à percentagem média de tempo dispendido em cada actividade, deveriam somar 100%, se este total não se verifica deve-se ao facto das percentagens serem avaliadas subjectivamente pelos sujeitos.

investigação relativamente a outras temáticas (34%), para uma percentagem total de terapeutas que se dedicam à condução de investigação da ordem dos 41%. A relação entre temáticas terapêuticas ou não, é semelhante no tocante aos terapeutas que se dedicam à supervisão de investigação (9%) ou redacção de artigos sobre terapia (20%), versus a supervisão de investigação (14.4%) (para um total de supervisão de investigação de 20%) ou redacção de artigos sobre outras temáticas (32%) (para um total de redacção de artigos científicos de 38%).

Não é surpreendente constatar, dada a tradição menos estabelecida em Portugal quer de actividades de investigação quer de escrita científica, que uma percentagem substancialmente maior de terapeutas americanos se dedique às três actividades mencionadas: 80% à condução de investigação; 61% à supervisão de investigação e; 76% à redacção de artigos científicos (Norcross & Prochaska, 1982).

A produtividade científica dos terapeutas portugueses pode ser vista no Quadro 1.5.. Relativamente a artigos sobre temáticas psicoterapêuticas ( $M = 2.2$ ,  $DP = 4.9$ ) ou psicológicas ( $M = 3$ ,  $DP = 6.9$ ), cerca de 58% dos terapeutas nunca publicaram qualquer artigo. Relativamente a outro tipo de temáticas, cerca de 79% nunca o fizeram ( $M = 2$ ,  $DP = 7$ ). Como seria de esperar, a produtividade científica de ingleses e americanos é bastante superior, dado que 76% de ingleses e 87% dos americanos já publicaram pelo menos um artigo.

**QUADRO 1.5. Número de Artigos Publicados**

Número	Psicoterapia		Psicologia		Outros Temas	
	N	%	N	%	N	%
0	90	58.1	88	57.0	122	78.7
1	18	11.6	11	7.1	5	3.2
2	11	7.1	18	11.6	5	3.2
3	11	7.1	4	2.6	3	1.9
4	4	2.6	7	4.5	1	0.7
5	4	2.6	6	3.8	4	2.6
6	4	2.6	5	3.2	2	1.3
7	0	0.0	2	1.3	0	0.0
8	0	0.0	0	0.0	3	1.9
9	1	0.7	0	0.0	0	0.0
10	3	1.9	2	1.3	2	1.3
11-19	5	3.2	6	3.8	4	2.6
> 20	4	2.6	6	3.8	4	2.6

Nota. A categoria "outros temas" engloba: psiquiatria, antropologia, medicina, consumos excessivos, formação profissional, epistemologia, serviço social e física.

*Local de Trabalho.* Com o objectivo de melhor compreender o "mercado de emprego" dos psicoterapeutas, estes foram igualmente questionados relativamente ao seu local central de trabalho, com a sugestão de nove alternativas possíveis. Como é patente no Quadro 1.6., a categoria "outro", que engloba vários tipos de escolas não universitárias, associações de solidariedade social a

**QUADRO 1.6. Local Central de Trabalho: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Local de Trabalho	Portugal		Reino Unido	Estados Unidos
	N	%	%	%
Hospital Psiquiátrico	13	8.0	23	9
Hospital de Dia	-	-	10	4
Hospital Geral	9	5.6	22	5
Centro de Saúde	16	9.9	8	5
Escola Médica	2	1.2	1	7
Prática Privada	42	26.1	4	35
Universidade, Depart. Psi	25	15.6	6	17
Universidade, Outro Departamento	5	3.1	1	4
Outro	49	30.4	24	10

Nota. Para Portugal, a categoria "outro" engloba: escolas = 18; associações de solidariedade social = 12; empresas = 11; centros de toxicodependência = 6; serviços prisionais = 2.

populações adultas e infantis, vários tipos de empresas, centros de assistência à toxicodependência e serviços prisionais, é aquela que recolhe um maior número de respostas, cerca de um terço (30.4%). Segue-se a prática privada, com cerca de um quarto dos terapeutas seleccionando esta alternativa (26.1%) e o ensino superior com cerca de 20% das opções. As restantes alternativas reuniram, em conjunto, menos de um quarto das respostas.

Em contradição com as variáveis comparadas anteriormente, os locais centrais de trabalho dos terapeutas portugueses assemelham-se mais aos dos americanos do que aos dos ingleses, particularmente no tocante à prática privada e ao ensino superior, nos quais os terapeutas americanos apresentam valores de 35 e 28%, respectivamente, enquanto que os ingleses apresentam valores muito inferiores, 4% para a prática privada e 8% para o ensino superior. Estes últimos privilegiam em larga escala, como local central de trabalho, os hospitais (55%), aproximando-se tendencialmente dos portugueses no tocante à selecção da categoria "outro" (24%) (ver Quadro 1.6.).

Os terapeutas que exercem a prática privada da psicoterapia constituem 68% da amostra total ( $n = 109$ ), dedicando-lhe uma média de 14.2 horas semanais ( $DP = 11.5$ ). Como seria de esperar, para os terapeutas que fazem da prática privada a sua principal actividade ( $n = 42$ , 38.5%), esta média sobe para 19.7 horas semanais ( $DP = 14.2$ ), diminuindo para cerca de metade (10.7,  $DP = 8.1$ ) nos terapeutas que exercem a prática privada como actividade complementar ( $n = 67$ , 61.5%). Os valores portugueses são também aqui mais semelhantes aos americanos do que aos ingleses, na medida em que entre estes últimos só 31% é que se dedicam à prática privada como actividade complementar, enquanto que para os americanos este valor é bem mais semelhante ao português, atingindo os 64%.

Os valores para os terapeutas franceses são razoavelmente semelhantes. A prática privada dedicam-se 62%, 32% fazendo-o em exclusividades e 30% em regime de acumulação com a prática institucional, à qual se dedicam 68% dos terapeutas.

*Auto-Imagem.* Aos psicoterapeutas foi também solicitado que seleccionassem, de entre seis categorias, as suas auto-imagens central e secundário. Como pode ser visto no Quadro 1.7., cerca de metade consideravam-se psicoterapeutas. Um quarto seleccionou auto-imagens alternativas às propostas, surgindo em primeiro lugar as categorias de psicólogo educacional e de técnico de recursos humanos, com 11 sujeitos cada. A auto-imagem de académico surge em terceiro lugar, reunindo 12.4% das preferências, reunindo as restantes três alternativas menos de 10% das escolhas. Relativamente à auto-imagem secundário, a categoria psicoterapeuta continua a reunir o maior número de preferências (33%), seguindo-se a de investigador com 16% e as de académico e supervisor com cerca de 11% cada uma.

De novo, e paralelamente ao que se tinha verificado para o local central de trabalho, os terapeutas portugueses possuem uma auto-imagem mais semelhante aos americanos do que aos ingleses, particularmente no que diz respeito à classificação da auto-imagem de psicoterapeuta ("praticante clínico" para os estrangeiros) em primeiro lugar (60% para os americanos) e à de

**QUADRO 1.7. Auto-Imagem Profissional Central: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Auto-Imagem	Portugal		Reino Unido	Estados Unidos
	N	%	%	%
Psicoterapeuta	86	53.4	71	60
Académico	20	12.4	5	18
Supervisor	2	1.2	1	2
Investigador	9	5.6	4	6
Administrador	3	1.9	9	7
Outro	41	25.0	10	7

Nota. Relativamente ao Reino Unido e aos Estados Unidos, a expressão utilizada em vez de "psicoterapeuta", é "praticante de clínica". Para Portugal, a categoria "outro" engloba: psicólogo educacional = 11; técnico de recursos humanos = 11; psiquiatra = 6; assistente social = 3; professor = 3; médico = 2; psicólogo = 3; conselheiro psicológico = 1; psicanalista = 1.

académico em segundo (18% para os americanos) (ver Quadro 1.7.). O valor muito superior dos portugueses no tocante à selecção da categoria "outro" (25%), relativamente quer a ingleses quer a americanos (10 e 7%, respectivamente), parece reflectir o facto não só da amostra portuguesa ser mais heterogénea em termos profissionais, mas também o elevado valor comparativo que esta mesma categoria recebeu na selecção do local central de trabalho.

Assim, podemos continuar a delinear o "perfil" do psicoterapeuta português, acrescentando-lhe as características analisadas na presente secção. Dedicar-se essencialmente à

prática da psicoterapia individual com adultos, em contexto privado, não fazendo investigação, nunca tendo publicado qualquer artigo e tendo como auto-imagem central a de psicoterapeuta.

### 1.2.3. Perspectivas Teóricas

*Orientação Teórica.* Foi pedido aos sujeitos que indicassem as suas orientações teóricas principal e secundária. O Quadro 1.8. apresenta a comparação entre a distribuição teórica principal da presente amostra e a distribuição real, baseada no número de terapeutas que pertencem a cada associação de psicoterapia. A ordenação comparativa das duas distribuições é bastante semelhante excepto no tocante à inversão de posições entre psicodinâmicos e cognitivos, por um lado, e comportamentalistas e humanistas, por outro. Assim, enquanto que na distribuição real a perspectiva psicodinâmica surge em primeiro lugar com 38.2% de adesões e a cognitiva em segundo com 22.7%, na amostra do presente estudo estas posições invertem-se, surgindo a orientação cognitiva em primeiro lugar com 37.9% e a psicodinâmica em segundo com 21.7%. O mesmo tipo de inversão se verifica no respeitante a comportamentalistas e humanistas. Na distribuição real os comportamentalistas surgem em quarto lugar com 16.4% e os humanistas em quinto com 6.4%. Na amostra, as posições relativas destas duas orientações invertem-se,



**QUADRO 1.8. Comparação Entre a Distribuição por Orientação Teórica da Amostra do Presente Estudo e a Distribuição Real, Baseada na Pertença às Associações de Psicoterapia**

Orientação	Presente Estudo			Distribuição Real		
	n	%	Ordenação	N	%	Ordenação
Cognitiva	61	37.9	1	111	22.7	2
Psicodinâmica/ Psicanalítica	35*	21.7	2	160**	32.8	1
Ecléctica	21	13.0	3	-	-	-
Sistemas/ Comunicação	16	10.0	4	86	17.6	3
Humanista	15*	9.3	5	31	6.4	5
Comportamental	13	8.1	6	80	16.4	4
Independentes	-	-	-	19	4.0	6
Total	161			487		

Nota. Psicodinâmica/psicanalítica\* engloba, psicodinâmica = 12 + psicanálise = 19 + grupanálise = 3 + relacional = 1; psicodinâmica/psicanalítica\*\* engloba, psicanálise + grupanálise; sistemas/comunicação engloba, sistemas = 14 + comunicação = 2; humanista engloba, rogeriana = 13 + existencial = 1 + psicodrama = 1.

surgindo os humanistas em quinto lugar com 9.3% e os comportamentalistas em sexto com 8.1%. Na distribuição real, comportamentais e humanistas, no lado inferior, surgem em terceiro lugar os sistémicos com 17.6%. Estes mesmos sistémicos vão ocupar, na presente amostra, a quarta posição com 10% das preferências. Ainda na presente amostra, a opção ecléctica ocupa o terceiro lugar com 13% das indicações, tendo como contraponto

inexacto na distribuição real os independentes com apenas 4%. O que sugere, que um número significativo de sujeitos membros de associações "ideológicas" selecciona a opção ecléctica.

Relativamente à orientação que os terapeutas consideravam como secundária, a comportamental surge em primeiro lugar recolhendo 24.2% das indicações, seguida da psicodinâmica/psicanalítica com 16.8%, da ecléctica com 14.9%, da sistemas/comunicação com 13.7% e finalmente da cognitiva e da humanista com 12.4% cada. Cerca de 5% dos terapeutas seleccionaram outras opções secundárias.

Em termos de orientação teórica, os terapeutas portugueses parecem privilegiar substancialmente mais do que os ingleses e americanos as perspectivas psicodinâmica e cognitiva, privilegiando menos as perspectivas comportamental e ecléctica. As perspectivas humanista e sistémica conseguem graus de preferência algo semelhantes nos três países (ver Quadro 1.9.).

As teorias psicanalítica e psicodinâmica são aquelas a que aderem a vasta maioria dos psicoterapeutas franceses, cerca de 80%, com cerca de 7% aderindo à terapia comportamental (as restantes perspectivas não são comparáveis, dada a diferença de questionários), sugerindo um panorama bastante diferente dos outros três países.

A maioria dos psicoterapeutas portugueses parece estar satisfeita com a sua orientação teórica. Assim, 53% manifestam-

se bastante satisfeitos e 24% muito satisfeitos. Ainda 18% afirmam estar algo satisfeitos, encontrando-se contudo 5% de insatisfeitos: algo insatisfeitos (2.5%), bastante insatisfeitos (1.9%), muito insatisfeitos (0.6%). Estes graus de satisfação reflectem-se nas respostas que os psicoterapeutas dão quando questionados sobre até que ponto a sua orientação teórica influencia a prática. "Sempre", é a resposta pela qual optam 48%

**QUADRO 1.9. Orientação Teórica: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Orientação	Portugal		Reino Unido	Estados Unidos
	N	%	%	%
Cognitiva	61	37.9	21	13
Comportamental	13	8.1	27	16
Ecléctica	21	13.0	27	29
Humanista	15	9.3	4	12
Psicodinâmica/ Psicanalítica	35	21.7	12	23
Sistemas/ Comunicação	16	10.0	6	4
Outra	-	-	3	3
<b>Total</b>	<b>161</b>			

Nota. Para Portugal psicodinâmica/psicanalítica engloba, psicodinâmica = 12 + psicanálise = 19 + grupanalise = 3 + relacional = 1; sistemas/comunicação engloba, sistemas = 14 + comunicação = 2; humanista engloba, rogeriana = 13 + existencial = 1 + psicodrama = 1.

dos terapeutas, "frequentemente" é seleccionada por 43.3%, com apenas 6% seleccionando "por vezes", 2% "raramente" e 0.7% seleccionando "nunca". Estes valores referentes a satisfação com a orientação teórica e influência desta na prática são bastante semelhantes aos apresentados para os terapeutas americanos (Prochaska & Norcross, 1983).

Junto dos terapeutas portugueses, a questão levantada na Introdução Geral relativa à psicoterapia mais como arte ou como ciência, parece receber um entendimento ponderado. Assim, 57% dos terapeutas entende que a psicoterapia é "tanto arte como ciência", 32% entendem-na "mais como ciência do que como arte", com 8% optando pela visão mais artística e apenas 3% optando por outras opiniões.

*Influências na Escolha da Orientação Teórica.* Foi dada a possibilidade aos terapeutas de manifestarem a sua opinião sobre a influência relativa de 13 variáveis, apresentadas na literatura como relevantes (Norcross & Prochaska, 1983), na selecção da sua orientação teórica actual, recorrendo a uma escala de 5 pontos (1 = nenhuma influência; 5 = muita influência). As médias e desvios padrão da influência de cada variável, bem como a comparação com os terapeutas americanos, são apresentadas no Quadro 1.10.

Os "valores e filosofia pessoal" foi a variável considerada mais influente, com uma média que se aproxima da categoria 4,

bastante influência (3.7), apresentando igualmente um dos mais baixos desvios padrões ( $DP = 1.1$ ). Seguem-se-lhe as variáveis "treino" ( $M = 3.5$ ,  $DP = 1.3$ ), "experiência clínica" ( $M = 3.4$ ,  $DP = 1.4$ ) e "experiências de vida" ( $M = 3.2$ ;  $DP = 1.2$ ), todas elas

**QUADRO 1.10. Influências na Escolha da Orientação Teórica Actual: Comparação com os Estados Unidos**

Variáveis	Portugal		Estados Unidos	
	M	DP	M	DP
Valores e Filosofia Pessoal	3.7	1.1	3.8	0.9
Treino	3.5	1.3	3.4	1.2
Experiência Clínica	3.4	1.4	4.2	0.7
Experiências de Vida	3.2	1.2	3.3	1.1
Capacidade de me Ajudar a Compreender-me a Mim Próprio	3.0	1.3	3.0	1.3
Tipo de Pacientes com que Trabalho	3.0	1.4	2.8	1.2
Resultados da Investigação	2.8	1.4	2.7	1.2
Orientação do Supervisor	2.8	1.4	-	-
Orientação do Meu Terapeuta	2.4	1.5	2.4	1.4
Orientação de Amigos/Colegas	2.2	1.0	2.8	1.1
Fascínio Estético	2.2	1.2	-	-
Circunstâncias Acidentais	2.0	1.1	1.7	0.9
Experiências Familiares	1.7	1.0	2.5	1.2

Nota. 1 = nenhuma influência; 2 = pouca influência; 3 = alguma influência; 4 = bastante influência; 5 = muita influência.

"Orientação do meu terapeuta", exclusivamente calculado para os terapeutas que se submeteram a terapia pessoal ( $n = 70$ ).

com médias superiores à categoria 3, alguma influência. Todas as restantes variáveis obtiveram valores inferiores ao ponto médio da escala.

Comparativamente aos terapeutas americanos (Norcross & Prochaska, 1983), todas as variáveis obtêm valores muito próximos, excepto a variável "experiência clínica", que é a mais valorizada por estes ( $M = 4.2$ ) (encontrando-se para os portugueses em terceira posição) e a variável "experiências familiares", valorizada a nível intermédio ( $M = 2.5$ ) por americanos e que se encontra em último lugar na ordenação portuguesa ( $M = 1.7$ ) (ver Quadro 1.10.).

O "perfil" do psicoterapeuta português torna-se mais completo, quando lhe acrescentamos as características analisadas na presente secção. Assim, a sua orientação teórica é psicodinâmica na distribuição real e cognitiva na distribuição da amostra, encontrando-se bastante satisfeito com ela, utilizando-a sempre na sua prática e tendo-a essencialmente seleccionado devido à filosofia e valores pessoais. Considera ainda que a psicoterapia é tanto uma arte como uma ciência.

#### 1.2.4. Satisfação com o Treino e a Carreira

*Treino e Terapia Pessoal.* O tempo médio de treino dos psicoterapeutas portugueses foi de 2.7 anos ( $DP = 2.1$ ). Como pode ser visto no Quadro 1.11., o número de pacientes seguidos

durante o tempo de treino varia bastante. Cerca de 80% dos terapeutas seguiram de 0 a 10 crianças durante o treino, tendo 67% seguido de 0 a 10 adultos. Contudo, cerca de 12% seguiram mais de vinte crianças e cerca de 24% mais de vinte adultos.

**QUADRO 1.11. Número de Pacientes Seguidos Durante o Treino**

Número	Crianças		Adultos	
	N	%	N	%
0-5	85	55.6	66	43.1
5-10	37	24.2	36	23.5
10-15	6	3.9	8	5.2
15-20	6	3.9	7	4.6
>20	19	12.4	36	23.5

Quase metade da amostra ( $n = 70$ , 44%) submeteu-se a terapia pessoal (38% para os ingleses, 75% para os americanos e 86% para os franceses), com uma duração média de 4.9 meses ( $DP = 2.8$ ). Como seria de esperar, cerca de 70% dos terapeutas que se submeteram a terapia pessoal, fizeram-no dentro de uma perspectiva psicodinâmica/psicanalítica, cerca de 20% dentro de uma perspectiva humanista e os restantes 10%, dentro de outras orientações. Relativamente à importância da terapia pessoal como pré-requisito para o trabalho do psicoterapeuta a amostra

dividiu-se da seguinte forma: 7% dos terapeutas consideraram-na como "nada importante" (12% para os ingleses); 13% como "pouco importante" (14% para os ingleses); 19% consideraram-se "indecisos" (33% para os ingleses); 24% como "importante" (24% para os ingleses); e finalmente 38%, consideraram-na como "muito importante" (17% para os ingleses).

Como pode ser visto no Quadro 1.12., quando questionados sobre o grau de satisfação com o treino, recorrendo a uma escala de 6 pontos (1 = *muito insatisfeito*, 6 = *muito satisfeito*), a grande maioria dos terapeutas portugueses manifestou-se ou "bastante satisfeita" (43%) ou "algo satisfeita" (24%), ou ainda "muito satisfeita" (8%). Contudo, cerca de um quarto da amostra considerou-se insatisfeita. A média de satisfação foi de 4.3 ( $DP = 1.1$ ). Um importante correlato da satisfação com o treino é a satisfação com a orientação teórica ( $r = .39, p < .0001$ ), sugerindo, ou que um treino efectuado dentro de uma orientação teórica com a qual o treinando se identifica é entendido como mais satisfatório ou, em alternativa, que um treino bem efectuado, prolonga a satisfação com o modelo teórico que esteve na sua base, ou ainda ambos.

Como pode igualmente ser visto no Quadro 1.12., os níveis de satisfação portugueses assemelham-se bastante aos ingleses que, no entanto, se encontram menos satisfeitos que os colegas portugueses, diferindo ambos bastante dos americanos, cujas três categorias de "satisfeito" perfazem 87%.



**QUADRO 1.12. Satisfação com o Treino: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Nível de Satisfação	Portugal		Reino Unido	Estados Unidos
	N	%	%	%
Muito Insatisfeito	3	2.0	5	3.5
Bastante Insatisfeito	10	6.5	13	5.0
Algo Insatisfeito	25	16.1	14	5.0
Algo Satisfeito	37	23.9	19	16.0
Bastante Satisfeito	67	43.1	37	41.5
Muito Satisfeito	13	8.4	12	29.0
Média		4.3	4	4.8

Nota. Para os Estados Unidos o resultado é a média das percentagens de satisfação com o "treino graduado" e com o "internato".

Carreira. No tocante ao nível genérico de satisfação com a carreira, avaliada também com uma escala de 6 pontos, os valores são muito semelhantes aos obtidos para a satisfação com o treino. Encontram-se cerca de 73% dos terapeutas nas três categorias de "satisfeito": 10% "muito satisfeitos"; 36% "bastante satisfeitos" e finalmente; 26% "algo satisfeitos". Nas categorias de "insatisfeito" encontram-se os restantes 28%, distribuídos da seguinte maneira: 17% "algo insatisfeito"; 6% "bastante insatisfeito" e; 5% "muito insatisfeito". A média de satisfação foi de 4.1 (DP = 1.3).

A semelhança entre os valores relativos à satisfação com o treino e com a carreira reflecte-se na correlação positiva e altamente significativa que se verifica entre as duas variáveis ( $r = .45, p < .00001$ , teste bilateral). Por sua vez, tal como se tinha verificado para a satisfação com o treino, também a satisfação com a orientação teórica é um correlato da satisfação com a carreira ( $r = .32, p < .0001$ , teste bilateral). Quando os terapeutas dedicam uma parte significativa do seu tempo de trabalho a "outras" actividades que não as mais directamente relacionadas com a psicoterapia (ver Quadro 1.3.) a satisfação com a carreira parece diminuir ( $r = -.20, p < .001$ , teste bilateral). Pelo contrário, a quantidade de horas dedicadas à prática privada está fortemente associada à satisfação com a carreira ( $r = .34, p < .0001$ , teste bilateral), estando os terapeutas que se dedicam a esta substancialmente mais satisfeitos do que os restantes ( $M = 4.3, DP = 1.8$  versus  $M = 3.6, DP = 1.3$ ) ( $t(70) = 3.1, p < .001$ ).

Quais as variáveis relativas à escolha de orientação teórica que parecem estar associadas com uma maior satisfação com a carreira?

Um procedimento de regressão múltipla progressiva ("forward stepwise") reteve três das treze (ver Quadro 1.10.) possíveis razões que influenciaram a selecção de orientação teórica como contributos significativos para a explicação da variância da



satisfação com a carreira, explicando, no todo, 11% da variância ( $F(3,145) = 5.7, p < .001$ ). A variável individual que melhor prediz a satisfação com a carreira é as "experiências de vida", explicando cerca de 5% da variância ( $F(1,147) = 7.4, p < .01$ ), seguida pelo "fascínio estético" que explica 4% da variância ( $F(2,146) = 7.0, p < .01$ ) e por último a "experiência clínica" que explica os restantes 2% ( $F(3,145) = 4.2, p < .05$ ). A análise das correlações parciais permite-nos concluir que tanto a influência das "experiências de vida" ( $r_v = .23$ ) como a influência da "experiência clínica" ( $r_v = .15$ ) na escolha da orientação teórica actual, estão positivamente relacionada com o nível de satisfação com a carreira; ao contrário, quanto mais peso se deu ao "fascínio estético", menos satisfeito se parece estar com a carreira ( $r_v = -.21$ ).

Ainda que com carácter meramente especulativo, estes resultados parecem sugerir que as razões de escolha de orientação teórica de carácter mais pragmático e/ou interactivo, ou seja, aquelas que se encontram relacionadas com as experiências concretas dos terapeutas (i.e., as experiências de vida e a experiência clínica), são as que contribuíram para escolhas tendentes a uma maior satisfação com a carreira. Ao contrário, factores de carácter mais subjectivo e egocêntrico e menos interactivo, como o fascínio estético, parecem conduzir a alguma insatisfação.

Alguns resultados da investigação apontam, de facto neste sentido. Por exemplo, Farber e Heifetz (1981, 1982) concluíram que a satisfação com a carreira de psicoterapeuta se encontrava essencialmente associada com as experiências concretas e interactivas dos terapeutas, nomeadamente o auxiliarem os pacientes a modificarem-se e o experimentarem uma sensação de envolvimento íntimo nas suas vidas pessoais e profissionais.

Também relativamente à satisfação com a carreira, as distribuições portuguesa e inglesa são muito semelhantes, sendo os terapeutas americanos os que apresentam um mais elevado nível genérico de satisfação com a carreira, perfazendo as três categorias de "satisfeito" cerca de 88% das opções. Entre os

**QUADRO 1.13. Escolha da Carreira se Pudessem Viver de Novo: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos**

Escolha de Carreira	Portugal		Reino Unido	Estados Unidos
	N	%	%	%
Psicoterapia	106	68.3	50	58
Outro Ramo da Psicologia	10	6.5	7	3
Medicina (incluindo psiquiatria)	24	15.5	13	22
Direito ou Gestão	0	0.0	12	8
Outra	15	9.7	18	9

Nota. Para o Reino Unido e Estados Unidos "psicoterapia" é "psicologia clínica".

terapeutas americanos verifica-se igualmente uma relação positiva entre satisfação com o treino e com a carreira. (Norcross & Prochaska, 1983; Tyron, 1983). Os valores franceses, ainda que respeitantes à satisfação com a prática, são semelhantes aos portugueses relativos à carreira: 75% dos terapeutas franceses encontram-se satisfeitos com a sua prática terapêutica.

Outra forma de avaliar a satisfação com a carreira é a resposta à questão "caso tivesse oportunidade de viver a sua vida de novo (sabendo o que sabe hoje), tentaria tornar-se...". Como pode ser visto no Quadro 1.13., a vasta maioria dos psicoterapeutas portugueses (n = 106, 68%) voltaria a escolher uma carreira em psicoterapia. Segue-se-lhe uma carreira em medicina (incluindo psiquiatria) com 16% das opções.

A alternativa "outra", reúne cerca de 10% das escolhas, englobando profissões ligadas às artes, à biologia, ao jornalismo, ao ensino, à filosofia, à arqueologia e ao desporto. Por último, os terapeutas optariam por ramos não-clínicos da psicologia (7%).

Comparativamente aos colegas estrangeiros dois factos são dignos de nota. Em primeiro lugar, o facto dos portugueses voltarem a optar substancialmente mais pela psicoterapia como carreira, particularmente face aos americanos que se encontravam bastante mais satisfeitos com a carreira e, em segundo, o facto de nenhum português optar por uma carreira ligada ao Direito ou à

Gestão (ver Quadro 1.13.)..

Em consonância com o grau elevado de satisfação com a carreira, 84% dos terapeutas portugueses considera "nada provável" (43%) ou "pouco provável" (41%) abandonar a prática da psicoterapia nos próximos cinco anos. Contudo, 6% consideram-se indecisos, com 6% considerando o abandono como "provável" e os restantes 4%, "muito provável". Estes dois últimos grupos foram igualmente questionados relativamente às razões que estariam na base do abandono da prática terapêutica. As razões mais frequentemente mencionadas prendiam-se com o "interesse por outras actividades", "a falta de apoio e/ou pacientes" e a "reforma".

Como pode ser visto no Quadro 1.14., cerca de 75% dos terapeutas acompanharam entre 1 e 50 crianças durante a prática profissional e cerca de 60% o mesmo número de adultos. Contudo, um número relativamente elevado de terapeutas, 15% para as crianças e 28% para os adultos, terão seguido mais de uma centena de pacientes. Estes números parecem sugerir que, em termos da experiência avaliada pelo número de pacientes vistos, a grande maioria dos terapeutas portugueses são ou pouco ou muito experientes.

Finalmente, em termos das fontes potenciais de informação relativamente à psicoterapia e baseando-se numa escala de 5 pontos, os terapeutas portugueses parecem basear-se

**QUADRO 1.14. Número de Pacientes Seguidos Durante a Prática Profissional**

Número	Crianças		Adultos	
	N	%	N	%
1-25	96	62.8	66	43.1
25-50	18	11.7	25	16.3
50-75	11	7.2	11	7.2
75-100	5	3.3	8	5.2
>100	23	15.0	43	28.1

preferencialmente nas fontes escritas, livros ( $M = 3.9$ ,  $DP = 1$ ) e revistas ( $M = 3.5$ ,  $DP = 1.4$ ) e, em menor grau, noutra tipo de fontes, seminários ( $M = 2.8$ ,  $DP = 1.3$ ), contacto informal com colegas ( $M = 2.7$ ,  $DP = 1.5$ ) e conferências ( $M = 2$ ,  $DP = 1$ ).

Para completar o "perfil" do psicoterapeuta português podem-se-lhe acrescentar as seguintes características. O seu treino teve uma duração média de dois anos e meio, considera a terapia pessoal como um requisito muito importante para a prática da psicoterapia, encontra-se bastante satisfeito tanto com o treino como com a carreira, voltando a escolhê-la se lhe fosse dado viver de novo, e utiliza os livros como fonte preferencial de informação relativamente à psicoterapia.

#### 1.2.5. Diferenças Relativas a Sexo, Experiência e Orientação Teórica

No sentido de uma mais completa caracterização dos psicoterapeutas portugueses procederam-se a comparações, por sexo, experiência e orientação teórica, face às variáveis relevantes que integram as quatro sub-secções do questionário (i.e., "características demográficas", "actividades profissionais", "perspectivas teóricas" e, "treino e carreira"), relativas a sexo, experiência e orientação teórica. Todas as diferenças apresentadas, baseadas quer em *qui-quadrados*, quer testes *t* ou análises de variância (ANOVAs), são estatisticamente significativas a um nível *alpha* de, pelo menos, .01. Dado o carácter exploratório da análise e o grande número de testes efectuados, recorreu-se ao método de *Bonferroni* para ajustamento do nível de *alpha*. Assim, todos os testes *t* e as análises de variância têm de ser significativos a pelo menos .00019 (i.e., .01/54) e os *qui-quadrados* a pelo menos .00035 (i.e., .01/28), visto o procedimento de *Bonferroni* exigir que se divida o nível de significância pelo número total de testes realizados.

**Sexo.** O sexo dos psicoterapeutas parece não constituir uma variável muito diferenciadora. A idade é a primeira variável em que homens e mulheres são diferentes, sendo as mulheres com uma



média de 35 anos ( $DP = 9.8$ ), significativamente mais novas do que os homens ( $M = 40.2$ ,  $DP = 8.8$ ) ( $t(144) = -3.47$ ). Concomitantemente, a experiência clínica dos homens com uma média de 10.5 anos ( $DP = 6.1$ ) é também significativamente maior do que a das mulheres ( $M = 6.5$ ,  $DP = 5.9$ ,  $t(125) = 4.02$ ).

As restantes variáveis que diferenciam os dois sexos dizem exclusivamente respeito a "actividades profissionais" relacionadas com a prática terapêutica. Assim, enquanto que as terapeutas do sexo feminino parecem dedicar uma percentagem significativamente maior do seu tempo à terapia individual com crianças ( $M = 27\%$ ,  $DP = 34.8$  versus  $M = 12\%$ ,  $DP = 19.9$ ,  $t(154) = 3.55$ ), verifica-se exactamente o contrário para a terapia individual com adultos, à qual os terapeutas masculinos dedicam uma maior percentagem do seu tempo ( $M = 57\%$ ,  $DP = 35.2$  versus  $M = 36\%$ ,  $DP = 36.4$ ,  $t(141) = 3.62$ ). É também significativamente maior a percentagem de homens (83% versus 59%) que se dedica à prática terapêutica em contexto privado ( $\chi^2(1) = 10.76$ ).

*Experiência Clínica.* Ainda que a melhor forma de acompanhar o desenvolvimento da comunidade psicoterapêutica sejam os estudos longitudinais, na ausência destes, os presentes dados transversais de comparação entre terapeutas mais e menos experientes, podem abrir uma "janela" sobre o futuro da psicoterapia em Portugal, bem como contribuir para esclarecer o processo de socialização no papel de psicoterapeuta (Auerbach &

Johnson, 1977).

Para efeitos de comparação, os terapeutas foram divididos pela mediana (6 anos) relativa ao tempo total de experiência clínica. Assim, resultou um grupo de terapeutas menos experientes, com uma média de 3.2 anos de experiência clínica<sup>1</sup> ( $DP = 1.6$ ,  $n = 71$ ) e, um outro, de terapeutas mais experientes, com uma média de 12.6 anos de experiência ( $DP = 5.6$ ,  $n = 89$ ).

Para além de diferenças óbvias relativas à idade cronológica, os terapeutas menos e mais experientes diferem, como seria de esperar, num número substancial de variáveis. Relativamente a "actividades profissionais", não só um número significativamente maior de terapeutas experientes (93% versus 72%) se dedica actualmente à prática da psicoterapia ( $X^2 (1) = 13.32$ ), como também lhe dedica uma percentagem maior do seu tempo ( $M = 41\%$ ,  $DP = 27$  versus  $M = 21\%$ ,  $DP = 23.7$ ,  $t (157) = 5$ ), para uma média horária semanal de 19 horas ( $DP = 11.7$ ), versus 8 horas ( $DP = 7$ ) para os terapeutas menos experientes ( $t (135) = -6.6$ ). Como seria de esperar, também um número maior de terapeutas experientes se dedica à prática da "supervisão" (51% versus 20%,  $X^2 (1) = 16.14$ ). Ao invés, ainda que os grupos não difiram no número de terapeutas que se dedicam a "outras actividades", os terapeutas menos experientes dedicam-lhes uma maior percentagem

1. Esta média cai dentro do período considerado crítico, em termos da diferenciação entre terapeutas experientes e inexperientes, por Gurman e Razin (1977).

do seu tempo de trabalho ( $M = 28\%$ ,  $DP = 35$  versus  $M = 8\%$ ,  $DP = 19$ ,  $t (103) = 4.39$ ). Os terapeutas mais experientes também se diferenciam dos menos experientes no número total de horas semanais de trabalho que dedicam a todas as actividades ( $M = 46$ ,  $DP = 10.6$  versus  $M = 36$ ,  $DP = 12$ ,  $t (144) = 5.3$ ).

No tocante a "modalidades terapêuticas", uma maior quantidade de terapeutas experientes faz psicoterapia individual com adultos ( $90\%$  versus  $57\%$ ,  $\chi^2 (1) = 23.71$ ), dedicando-lhe também uma percentagem média de tempo maior do que os terapeutas menos experientes ( $M = 56\%$ ,  $DP = 33.6$  versus  $M = 31\%$ ,  $DP = 36.8$ ,  $t (143) = 4.55$ ). Os grupos não diferem na quantidade de terapeutas que se dedicam à terapia conjugal, contudo, os terapeutas experientes dedicam-lhe substancialmente mais tempo ( $33\%$  versus  $7\%$ ,  $\chi^2 (1) = 15.4$ ).

Em termos de investigação, a única variável que diferencia os terapeutas mais experientes dos menos experientes, é o número dos que se dedicam à redacção de artigos relativos à psicoterapia. Enquanto que  $33\%$  dos terapeutas experientes se dedicam à redacção de artigos sobre psicoterapia, apenas  $4\%$  dos menos experientes o fazem ( $\chi^2 (1) = 19.85$ ). Concomitantemente, os psicoterapeutas experientes publicaram significativamente mais artigos sobre psicoterapia do que os menos experientes ( $M = 3.7$ ,  $DP = 6.25$  versus  $M = 0.4$ ,  $DP = 0.9$ ,  $t (153) = -4.4$ ).

O "local central de trabalho" é também uma variável que

diferencia terapeutas experientes de inexperientes ( $\chi^2 (8) = 50.64$ ). A análise dos residuais, efectuada na sequência do teste de qui-quadrado significativo, permitiu concluir que esta diferença se deve a um maior número de terapeutas experientes terem como local central de trabalho a "prática privada" (40% versus 9%,  $z = 4.48$ ), bem como a um maior número de terapeutas inexperientes seleccionarem a categoria "outro" como local central de trabalho (52% versus 18%,  $z = 4.73$ ). As auto-imagens profissionais centrais dos dois grupos de terapeutas são igualmente diferenciadoras ( $\chi^2 (5) = 21.09$ ), com os mais experientes a favorecerem a auto-imagem de "psicoterapeuta" (64% versus 38%,  $z = 3.34$ ) e os menos experientes a categoria "outra" (39% versus 11%,  $z = 4.32$ ).

Ainda que o valor mediano que divide os terapeutas mais e menos experientes das amostras inglesa (Norcross, Dryden, & Brust, para publicação, a,b) e americana (Norcross et al., 1989a, 1989b), sejam 9 anos de experiência clínica, enquanto que a mediana para os portugueses se fica pelos 6 anos, algumas semelhanças são dignas de nota. Na amostra inglesa também se constata que um número significativamente maior de terapeutas experientes privilegia a "prática privada" como local central de trabalho.

As orientações teóricas são igualmente diferenciadoras dos terapeutas portugueses mais e menos experientes ( $\chi^2 (5) = 43.58$ ).

Enquanto que uma maior percentagem de terapeutas experientes são comportamentais ou psicodinâmicos (92%,  $z = 2.75$ , 86%,  $z = 4.01$ , respectivamente), uma maior percentagem de terapeutas menos experientes são cognitivos (72%,  $z = 5.59$ ). Os terapeutas mais experientes encontram-se ainda, mais satisfeitos com a sua orientação teórica (para uma escala de 6 pontos,  $M = 5.2$ ,  $DP = 0.7$  versus  $M = 4.6$ ,  $DP = 1$ ,  $t(124) = 3.95$ ). A única razão de escolha de orientação teórica actual que parece diferenciar os terapeutas mais experientes dos menos, é a "experiência clínica" (para uma escala de 5 pontos,  $M = 3.9$ ,  $DP = 1.2$  versus  $M = 3.1$ ,  $DP = 1.3$ ,  $t(140) = 3.63$ ).

Tal como com os colegas portugueses, também os terapeutas ingleses mais experientes são comportamentais e os americanos psicodinâmicos, privilegiando os terapeutas americanos menos experientes, de novo como os portugueses, a perspectiva cognitiva. Facto curioso é o de, sendo a amostra americana substancialmente mais experiente do que a portuguesa, a razão de escolha de orientação teórica actual privilegiada pelos terapeutas americanos ser exactamente a "experiência clínica", a única razão que diferencia os terapeutas portugueses mais e menos experientes.

Também relativamente ao treino, o grupo mais experiente se considera mais satisfeito (para uma escala de 6 pontos,  $M = 4.6$ ,  $DP = 1.1$  versus  $M = 3.9$ ,  $DP = 1.1$ ,  $t(145) = 3.92$ ), sendo também

maior o número de terapeutas experientes que se submeteram a terapia pessoal (62% versus 14%,  $\chi^2 (1) = 30.09$ ). A satisfação com a carreira, é igualmente maior para os psicoterapeutas experientes (para uma escala de 6 pontos,  $M = 4.5$ ,  $DP = 1.2$  versus  $M = 3.7$ ,  $DP = 1.1$ ,  $t (142) = 4.45$ ), o mesmo se verificando para os terapeutas ingleses.

*Orientação Teórica.* A idade cronológica é uma variável diferenciadora das orientações teóricas ( $F (5,159) = 28.88$ ). Testes *post-hoc* baseados no método de *Scheffé*, permitem concluir que o grupo particularmente responsável por esta diferença são os cognitivos, cuja média de 30 anos de idade ( $DP = 5$ ) é significativamente inferior à de todos os outros grupos, excepto à dos ecléticos ( $M = 34.9$ ,  $DP = 9.5$ ) que, por sua vez, diferem exclusivamente dos psicodinâmicos ( $M = 47$ ,  $DP = 8.9$ ), que constituem o grupo mais idoso da amostra. Os terapeutas humanistas, com uma média de 38 anos de idade ( $DP = 6$ ) também diferem dos psicodinâmicos.

Ainda que as orientações não difiram nas percentagens médias de tempo que dedicam às várias actividades profissionais, diferem na quantidade de terapeutas que se dedicam à supervisão ( $\chi^2 (5) = 29.9$ ). É, ainda, maior a percentagem de terapeutas psicodinâmicos que se dedica à prática da supervisão, relativamente aos cognitivos (60%,  $z = 3.21$  versus 11.5%,  $z = -5.23$ ).

As diferenças entre orientações teóricas aumentam, como seria de esperar, quando tomamos em consideração as modalidades terapêuticas. O número de terapeutas que praticam terapia individual com crianças varia em função da orientação teórica ( $\chi^2 (5) = 18.84$ ). Enquanto que um número substancial de terapeutas comportamentais se dedica a esta modalidade (85%,  $z = 2.79$ ), apenas 13% dos terapeutas sistêmicos o faz ( $z = -2.78$ ). As orientações diferem igualmente na percentagem média de tempo que consagram à terapia individual com crianças ( $F (5,159) = 6.39$ ). Aqui, são os cognitivos que lhe dedicam significativamente mais tempo ( $M = 35\%$ ,  $DP = 36$ ) do que psicodinâmicos ( $M = 8\%$ ,  $DP = 13.2$ ) e sistêmicos ( $M = 3\%$ ,  $DP = 10.5$ ).

Ainda que não se verifiquem diferenças na quantidade de terapeutas das diferentes orientações que se dedicam à terapia individual com adultos, a percentagem média de tempo que lhe atribuem é já diferente ( $F (5,159) = 7.25$ ), com os psicodinâmicos consagrando-lhe 65% ( $DP = 35$ ) do seu tempo terapêutico e diferindo de ecléticos ( $M = 28\%$ ,  $DP = 33$ ) e sistêmicos ( $M = 15\%$ ,  $DP = 20.6$ ).

Em termos de terapia grupal com adultos, as orientações diferem não só no número de terapeutas que as praticam ( $\chi^2 (5) = 25$ ), como também na quantidade de tempo que lhe consagram ( $F (5,159) = 5.65$ ). Os humanistas são o grupo que mais pratica esta modalidade (60%,  $z = 4.29$ ) e os cognitivos o que menos a pratica,

com apenas 7% dos seus elementos ( $z = -3.10$ ). A orientação que mais tempo atribui a esta modalidade terapêutica são de novo os humanistas ( $M = 30$ ,  $DP = 39.5$ ) que se diferenciam de cognitivos ( $M = 2.6$ ,  $DP = 10.9$ ) e sistêmicos ( $M = 2$ ,  $DP = 7.7$ ).

Também a nível de terapia familiar se constata diferenças, tanto no número de terapeutas ( $\chi^2 (5) = 37.77$ ) como no tempo ( $F (5,159) = 42.2$ ) que as diferentes orientações lhe consignam. Como seria de esperar, os terapeutas sistêmicos são os que mais praticam (73%,  $z = 5.42$ ), verificando-se o inverso com os cognitivos (7%,  $z = -3.33$ ). Em termos de tempo médio, os terapeutas sistêmicos, com 45% ( $DP = 34.5$ ), diferenciam-se das restantes 5 orientações (cognitivos,  $M = 1\%$ ,  $DP = 4.1$ ; ecléticos,  $M = 2\%$ ,  $DP = 6$ ; humanistas,  $M = 2\%$ ,  $DP = 3.7$ ; psicodinâmicos,  $M = 1\%$ ,  $DP = 2.9$ ; comportamentais,  $M = 2\%$ ,  $DP = 3.1$ ).

As diferentes orientações privilegiam igualmente diferentes locais centrais de trabalho ( $\chi^2 (40) = 98.53$ ). Assim, enquanto que os hospitais psiquiátricos são privilegiados por comportamentalistas (39%,  $z = 4.1$ ) e humanistas (27%,  $z = 3.05$ ), os terapeutas psicodinâmicos privilegiam os centros de saúde mental (17%,  $z = 3.65$ ) e a prática privada (49%,  $z = 3.28$ ). Uma maioria de terapeutas cognitivos e sistêmicos escolhem a categoria "outro" local de trabalho (48%,  $z = 3.12$  e 73%,  $z = 3.38$ , respectivamente).



A última variável relativa a "práticas profissionais" que diferencia as orientações teóricas é a média horária semanal de terapia efectuada em contexto privado ( $F(5,139) = 8.57$ ). Os psicodinâmicos dedicam-lhe significativamente mais horas semanais ( $M = 21, DP = 13$ ) do que cognitivos ( $M = 6, DP = 9.8$ ) ou ecléticos ( $M = 6, DP = 9.2$ ).

Relativamente às "perspectivas teóricas", a primeira variável que discrimina os terapeutas das diferentes orientações é a "satisfação com a orientação", avaliada numa escala de seis pontos ( $F(5,157) = 5.84$ ). Não é de surpreender que os terapeutas ecléticos sejam os menos satisfeitos ( $M = 4.15, DP = 1$ ), diferenciando-se de todos os grupos (humanistas,  $M = 5.6, DP = 0.5$ , psicodinâmicos,  $M = 5.1, DP = 0.8$ , comportamentais,  $M = 5.1, DP = 0.6$ ), excepto de cognitivos ( $M = 4.9, DP = 0.8$ ) e sistémicos ( $M = 4.8, DP = 1$ ).

Em termos das variáveis que pesaram na escolha das respectivas orientações teóricas, surgem igualmente diferenças ( $F(5,158) = 6.47$ ). Contudo, só os terapeutas sistémicos, com uma média de 1.6 ( $DP = 0.9$ ) se diferenciam de cognitivos ( $M = 3.3, DP = 1.3$ ) e comportamentais ( $M = 3.5, DP = 1.3$ ), ao terem dado significativamente menos importância aos "resultados da investigação"

Os grupos diferem bastante no que diz respeito à duração dos respectivos treinos ( $F(5,154) = 16.93$ ). Os terapeutas

cognitivos são aqueles que se submeteram a um treino mais breve, com uma média de duração de 1.6 anos ( $DP = .73$ ). Deste modo, diferem de humanistas ( $M = 3.7$ ,  $DP = 1.6$ ), de psicodinâmicos ( $M = 4.6$ ,  $DP = 2.4$ ) e de sistémicos ( $M = 3.8$ ,  $DP = 2.2$ ). Por sua vez, tanto ecléticos ( $M = 2.1$ ,  $DP = 2.1$ ) como comportamentais ( $M = 2.1$ ,  $DP = 2.2$ ) também diferem dos psicodinâmicos.

Paralelamente ao que se verificava com a satisfação com a orientação teórica, também face à satisfação com o treino (avaliada numa escala de 6 pontos), os terapeutas ecléticos são os menos satisfeitos ( $F(5,154) = 7.62$ ). Com uma média de 3.2 ( $DP = 1.3$ ), diferem das cinco restantes orientações (cognitivos,  $M = 4.1$ ,  $DP = 1$ , humanistas,  $M = 4.9$ ,  $DP = 0.5$ , psicodinâmicos,  $M = 4.6$ ,  $DP = 1.1$ , sistémicos,  $M = 4.6$ ,  $DP = 0.8$ , comportamentais,  $M = 4.5$ ,  $DP = 1$ ).

As posições extremam-se quando os grupos se manifestam relativamente à importância da terapia pessoal como pré-requisito para a prática da psicoterapia (avaliada numa escala de 5 pontos) ( $F(5,157) = 25.53$ ). Por um lado, terapeutas humanistas ( $M = 4.9$ ,  $DP = 0.4$ ), psicodinâmicos ( $M = 4.7$ ,  $DP = 0.8$ ) e sistémicos ( $M = 4.4$ ,  $DP = 0.6$ ), não se diferenciando entre si, atribuem elevada importância à terapia pessoal como componente da formação do psicoterapeuta, diferenciando-se todos eles dos restantes três grupos. Por outro, não se diferenciam entre si, cognitivos ( $M = 3.2$ ,  $DP = 1$ ), ecléticos ( $M = 3.4$ ,  $DP = 1.1$ ) e comportamentais ( $M$

= 2.1,  $DP = 1.3$ ), que lhe atribuem um importância relativa ou menor. Em perfeita consonância com os resultados anteriores, está a quantidade de terapeutas de cada orientação que se submeteu a terapia pessoal ( $\chi^2 (5) = 87.55$ ). Assim, enquanto que só 12% dos cognitivos ( $z = -6.46$ ) e 0% dos comportamentais ( $z = -3.35$ ) se submeteram a terapia pessoal, a vasta maioria dos humanistas (93%,  $z = 4$ ) e dos psicodinâmicos (91%,  $z = 6.36$ ) fê-lo.

A última variável que diferencia as orientações teóricas é a quantidade de artigos que os terapeutas publicaram sobre psicoterapia ( $F (5,154) = 5.51$ ). Os terapeutas comportamentais com uma média de 8 artigos publicados ( $DP = 7.63$ ), diferenciam-se de cognitivos ( $M = 1.1$ ,  $DP = 4.8$ ), ecléticos ( $M = 1.4$ ,  $DP = 2.9$ ), psicodinâmicos ( $M = 2.1$ ,  $DP = 3.2$ ) e sistêmicos ( $M = 1.4$ ,  $DP = 1.8$ ).

## 2. Estudo 2 - Tendências Ecléticas entre os Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com os Estados Unidos

### 2.1. Introdução

Numa época em que uma das tendências mais importantes (senão a mais importante) no "reino" da psicoterapia é o movimento integrativo, os dados disponíveis relativamente às orientações teóricas, incidência e tipos de eclectismo e características pessoais dos psicoterapeutas, que não americanos, são extraordinariamente limitados<sup>1</sup>.

Para que o movimento integrativo em psicoterapia possa ter uma influência internacionalmente alargada e contribua para a prática de "melhor" terapia, é essencial que se baseie num conhecimento amplo e aprofundado das características e atitudes daqueles que a praticam.

Para além de uma perspectiva diacrónica, já disponível relativamente à evolução dos psicoterapeutas americanos (e.g., Jensen, Bergin & Greaves, 1990; Norcross, Prochaska & Gallagher, 1989a, 1989b), é essencial possuir igualmente uma perspectiva sincrónica. Esta perspectiva complementar, permitirá avaliar até que ponto os dados americanos podem ser validamente generalizados

---

1. Três louváveis exceções são: Byrne (1982, 1983), relativamente aos terapeutas australianos; Gerin e Vignat (1984), relativamente aos terapeutas franceses; e Norcross, Dryden e Brust (para publicação<sub>a,b</sub>), relativamente aos terapeutas britânicos.

e/ou modificados em função de efeitos culturais específicos.

Torna-se cada vez mais claro que todas as ciências e todas as actividades científicas devem ser contextualizadas em termos das características estruturais, evolutivas e psicossociais das comunidades científicas em que se inserem (Gholson, Shadish, Neimeyer, & Houts, 1989; Gutting, 1980; Mahoney, 1985, 1989 Weimer, 1979). Sendo assim, a oportunidade para contrastar comunidades terapêuticas substancialmente diferentes não deve ser ignorada, a bem de uma compreensão mais completa dos modos como estas comunidades diferem, e conseqüentemente, da variedade de formas que o desenvolvimento e a integração assumem e/ou devem assumir em comunidades terapêuticas específicas.

O principal objectivo do presente estudo é, não só avaliar a incidência e tipos de eclectismo privilegiados pelos terapeutas portugueses, mas também avaliar quais as diferenças mais flagrantes entre os terapeutas ecléticos e não-ecléticos relativamente a: (a) características demográficas; (b) perspectivas teóricas; e (c) satisfação com o treino e com a carreira.

Objectivo subsidiário é o de determinar se as diferenças encontradas entre os terapeutas americanos ecléticos e não-ecléticos também se verificam entre os terapeutas portugueses, nomeadamente: (a) os terapeutas ecléticos tendem a ser mais experientes (Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989; Norcross &

Prochaska, 1982; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978); e (b) os ecléticos manifestam menor satisfação com as suas perspectivas teóricas e práticas actuais (Norcross & Prochaska, 1983; Norcross & Wogan, 1983).

## 2.2. Descrição e Análise dos Resultados

### 2.2.1. Incidência e Tipos de Eclectismo

**Incidência.** A questão relativa a quem é eclético não é pacífica. Assim, se considerarmos como ecléticos apenas o grupo de terapeutas que seleccionou o eclectismo como orientação principal, obtemos, como foi visto no *Estudo 1* (ver Quadro 2.1.), um valor de 13%, que coloca a opção eclética em segundo lugar, precedida da cognitiva (38%) e antecedendo a psicanalítica<sup>1</sup> (12%).

Contudo, se considerarmos ecléticos os terapeutas que seleccionaram o eclectismo ou como orientação principal ou como orientação secundária, este valor sobe para 28% (ver Quadro 2.2a e b). Ainda, se considerarmos ecléticos todos os terapeutas que se permitiram seleccionar simultaneamente uma orientação teórica principal e secundária, ou que reconheceram utilizar os

---

1. Estes valores devem ser contextualizados à luz da distribuição real das orientações teóricas (ver Quadro 1.8., do Estudo 1).

princípios e/ou técnicas de mais de uma orientação<sup>1</sup>, estes valores sobem para virtualmente 100%!

**QUADRO 2.1. Orientação Teórica Principal**

Orientação	n	%	Ordenação
Cognitiva	61	37.9	1
Ecléctica	21	13.0	2
Psicanalítica	19	11.8	3
Sistémica	14	8.7	4
Comportamental	13	8.0	5 (Empate)
Rogeriana	13	8.0	5 (Empate)
Psicodinâmica	12	7.6	7
Grupanalítica	3	1.9	8
Comunicação	2	1.2	9
Existencial	1	0.6	10 (Empate)
Psicodrama	1	0.6	10 (Empate)
Relacional	1	0.6	10 (Empate)
<b>Totais</b>	<b>161</b>	<b>99.9</b>	

1. Baseado numa escala de 5 pontos (1 = nunca; 5 = sempre), solicitando a avaliação da frequência de uso dos princípios e/ou técnicas de onze orientações teóricas diferentes: adleriana; cognitiva; comportamental; comunicação; existencial; gestáltica; psicanalítica; psicodinâmica; rogeriana; sullivaniana; e sistémica (ver Anexo 1).

**QUADRO 2.2.a. Distribuição da Amostra Relativamente a Ecléticos de Primeira Escolha versus Não-Ecléticos**

Orientação	<i>n</i>	%
Ecléticos (Primeira escolha)	21	13.0
Não-Ecléticos	140	87.0
Totais	161	100.0

**QUADRO 2.2.b. Distribuição da Amostra Relativamente a Ecléticos de Primeira ou Segunda Escolha versus Não-Ecléticos**

Ecléticos (Primeira ou segunda escolha)	45	28.0
Não-Ecléticos	116	72.0
Totais	161	100.0

*Combinações e Tipos de Eclectismo.* Como pode ser visto no Quadro 2.3., os dados relativos à combinação das orientações teóricas principal e secundária, que não a eclética, reflectem a distribuição global da amostra. Em primeiro lugar surge a combinação cognitiva-comportamental com uma percentagem de 42% ( $n = 47$ ), psicanalítico-psicodinâmico surge em segundo lugar com 17% ( $n = 19$ ), rogeriano-existencial em terceiro (11%,  $n = 12$ ), e sistemas-comunicação em quarto com 9% ( $n = 10$ ). Todas as outras combinações são muito menos representativas.



**QUADRO 2.3. Combinações das Orientações Teóricas Principal e Secundária**

Combinação	<i>n</i>	%
Cognitiva e Comportamental	47	42
Psicanalítica e Psicodinâmica	20	18
Rogeriana e Existencial	12	11
Sistemas e Comunicação	10	9
Cognitiva e Comunicação	3	3
Grupanálise e Psicodinâmica	3	3
Cognitiva e Construtivista	2	2
Cognitiva e Rogeriana	2	2
Cognitiva e Sistemas	2	2
Grupanalítica e Psicanalítica	2	2
Psicodinâmica e Rogeriana	2	2
Psicodinâmica e Sistemas	2	2
Outra	6	5

*Nota.* Dois sistémicos de escolha principal, um comportamentalista e um rogeriano, não seleccionaram uma orientação secundária.

Por sua vez, a orientação secundária dos eclécticos de segunda escolha só reflecte a distribuição global no tocante ao cognitivismo, com a combinação ecléctico-cognitivo sendo responsável por 43% ( $n = 9$ ) da distribuição da sub-amostra de eclécticos de primeira escolha ( $n = 21$ ). Ambas as combinações

eclético-comportamental e eclético-sistémico surgem em segundo lugar com 14% cada ( $n = 3$ ) (ver Quadro 2.4.).

**QUADRO 2.4. Escolha Teórica Secundária dos Ecléticos**

Combinação	$n$	%
Eclética e Cognitiva	9	43
Eclética e Comportamental	3	14
Eclética e Sistémica	3	14
Eclética e Psicodinâmica	2	10
Eclética e Comunicação	1	5
Eclética e Existencial	1	5
Eclética e Psicanalítica	1	5
Eclética e Rogeriana	1	5

Relativamente à escolha teórica principal dos terapeutas que seleccionaram o eclectismo como segunda opção ( $n = 24$ ), esta é novamente semelhante à distribuição global da amostra. A combinação cognitiva-eclética surge em primeiro lugar com cerca de 63% ( $n = 15$ ), seguida de psicodinâmica-eclética com cerca de 13% ( $n = 3$ ) e ambas, comunicação-eclética e psicanalítica-eclética em terceiro lugar com cerca de 8% cada ( $n = 2$ ). Contudo, apenas um terapeuta escolheu a combinação

**QUADRO 2.5. Escolha Teórica Principal dos Ecléticos de Escolha Secundária**

Combinação	<i>n</i>	%
Cognitiva e Eclética	15	62.5
Psicodinâmica e Eclética	3	12.5
Comunicação e Eclética	2	8.3
Psicanalítica e Eclética	2	8.3
Comportamental e Eclética	1	4.2
Sistêmica e Eclética	1	4.2

comportamental-eclética ou sistêmica-eclética e nenhum selecionou rogeriana ou existencial-eclética (ver Quadro 2.5.).

Foi solicitado tanto aos ecléticos de escolha principal como aos de escolha secundária, que seleccionassem, de entre três, a modalidade de eclectismo que estaria subjacente às suas convicções: (a) *ateórico* (sem orientação teórica preferida); (b) *sintético* (integração de teorias diversas); e (c) *técnico* (recurso a uma multiplicidade de técnicas dentro de um modelo teórico preferido). Nenhum dos terapeutas selecionou a modalidade "ateórica", cerca de 39% ( $n = 17$ ) selecionaram o "eclectismo sintético" e a maioria optou pela modalidade "técnica" (61%,  $n = 27$ ).

*Índice de Eclectismo.* Como já foi referido, virtualmente todos os sujeitos poderiam, até certo ponto, ser considerados ecléticos, não só dado a quase totalidade seleccionar uma orientação secundária, além da principal, mas também por a vasta maioria aceder a avaliar numa escala de 5 pontos (1 = *nunca*; 5 = *sempre*), a frequência de utilização dos princípios e/ou técnicas de mais de uma de entre onze orientações teóricas diferentes. Assim, para propósitos de análise estatística, calculou-se para todos os terapeutas, com base na referida escala, um *índice de eclectismo*.

Este índice consiste no valor resultante da divisão da média de frequências dadas a todas as orientações pela média do desvio-padrão respectivo. Este tipo de índice surge como o mais indicado dado que, por um lado, uma média elevada significa que o sujeito recorre frequente e simultaneamente a diversas orientações, e por outro, um desvio-padrão baixo significa que as orientações privilegiadas não diferem grandemente em termos da frequência do seu uso. Sendo assim, o valor do índice simultaneamente aumenta à medida que as médias aumentam e diminui à medida que os desvios-padrão aumentam.

Efectuaram-se ANOVAs univariadas para cada uma das orientações integrantes da escala e para o índice de eclectismo resultante, relativamente aos grupos de terapeutas de cada orientação teórica. Estes resultados podem ser vistos no Quadro 2.6..

Como seria de esperar, o grupo de terapeutas ecléticos é, de facto, aquele que possui uma média mais elevada no índice de eclecticismo (4.6), reforçando a sua validade. Contudo, só os terapeutas comportamentais se diferenciam significativamente, com a média mais baixa ( $M = 3$ ), tanto dos cognitivos ( $M = 4.3$ ) como dos ecléticos.

Relativamente aos itens individuais da escala, os terapeutas das seis orientações são claramente diferentes. De entre 11 comparações, apenas duas não alcançam níveis de significância estatisticamente aceitáveis (i.e., adleriana e sullivaniana, orientações pelas quais, aliás, nenhum terapeuta optou, quer como orientação principal quer como secundária). Como pode ser visto no Quadro 2.6., e como seria igualmente antecipável, as diferenças de médias relativas à frequência de uso dos princípios e/ou técnicas de diferentes orientações são bastante concordantes com as orientações auto-selecionadas pelos terapeutas como orientações principais. Assim, todos os grupos diferem significativamente dos cinco restantes, no tocante à frequência de uso dos princípios e técnicas das orientações próprias.

Curiosamente, os terapeutas ecléticos surgem de uma forma particular ao apresentarem, ou as médias mais elevadas ou ainda as segundas ou terceiras mais elevadas, normalmente logo após o grupo cuja orientação é visada no item. Este facto sugere que são, de facto, os terapeutas ecléticos que recorrem com maior

**QUADRO 2.6. Médias e ANOVAS dos Resultados da Escala e do Índice de Eclectismo por Orientações Teóricas**

Escala	Orientações Teóricas						F (5, 152)
	COMP (n=13)	COG (n=61)	ECLE (n=20)	HE (n=15)	PD (n=35)	SC (n=14)	
Adleriana	1.0	1.2	1.2	1.0	1.1	1.0	1.3 <sup>ns</sup>
Cognitiva	3.7 <sub>a</sub>	4.6 <sub>b</sub>	3.7 <sub>a</sub>	1.6 <sub>c</sub>	1.9 <sub>c</sub>	1.9 <sub>c</sub>	64.6 <sup>****</sup>
Comportament.	4.7 <sub>a</sub>	3.9 <sub>b</sub>	3.7 <sub>b</sub>	1.3 <sub>c</sub>	1.4 <sub>c</sub>	1.6 <sub>c</sub>	103.4 <sup>****</sup>
Comunicação	1.7 <sub>a</sub>	2.1 <sub>a</sub>	2.3 <sub>a</sub>	2.1 <sub>a</sub>	2.1 <sub>a</sub>	4.4 <sub>b</sub>	11.7 <sup>****</sup>
Existencial	1.4 <sub>a</sub>	2.0 <sub>a</sub>	1.9 <sub>a</sub>	3.2 <sub>b</sub>	1.7 <sub>a</sub>	1.6 <sub>a</sub>	5.8 <sup>***</sup>
Gestáltica	1.0 <sub>a</sub>	2.0 <sub>b</sub>	2.1 <sub>b</sub>	1.5 <sub>a</sub>	1.7 <sub>a</sub>	1.3 <sub>a</sub>	4.9 <sup>**</sup>
Psicanalítica	1.0 <sub>a</sub>	1.4 <sub>a</sub>	1.8 <sub>a</sub>	1.4 <sub>a</sub>	3.9 <sub>b</sub>	1.9 <sub>a</sub>	47.8 <sup>****</sup>
Psicodinâmica	1.1 <sub>a</sub>	1.4 <sub>a</sub>	2.2 <sub>a</sub>	2.0 <sub>a</sub>	4.0 <sub>b</sub>	2.0 <sub>a</sub>	37.9 <sup>****</sup>
Rogeriana	1.2 <sub>a</sub>	3.1 <sub>b</sub>	2.9 <sub>bc</sub>	4.7 <sub>d</sub>	2.0 <sub>ac</sub>	1.9 <sub>ac</sub>	22.7 <sup>****</sup>
Sullivaniana	1.0	1.2	1.2	1.1	1.3	1.1	0.7 <sup>ns</sup>
Sistêmica	1.8 <sub>a</sub>	1.9 <sub>a</sub>	3.0 <sub>b</sub>	1.7 <sub>a</sub>	2.2 <sub>ab</sub>	4.5 <sub>c</sub>	17.3 <sup>****</sup>
<b>Índice</b>	3.0 <sub>a</sub>	4.3 <sub>b</sub>	4.6 <sub>b</sub>	3.6 <sub>ab</sub>	4.1 <sub>ab</sub>	3.7 <sub>ab</sub>	3.5 <sup>*</sup>

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; ECLE = eclética; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistêmica/comunicação. As médias com diferentes subscritos diferem, segundo o método de Scheffé, a pelo menos  $p < .05$ .

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$ ; \*\*\*  $p < .0001$ ; \*\*\*\*  $p < .00001$ .

frequência a um leque mais amplo de conceptualizações e intervenções terapêuticas, diversidade na qual parecem acompanhar os colegas americanos (Wogan & Norcross, 1985).

*Índices de Experiência.* Foi dado particular cuidado ao processo de estabelecimento do nível de experiência dos terapeutas. Dado que, segundo Stein e Lambert (1984), os índices de experiência terapêutica frequentemente utilizados na literatura são pouco claros e bastante problemáticos, tentou-se melhorar esta situação calculando, para efeitos de análise estatística, quatro índices diferentes.

Em primeiro lugar,  $exp1$  = tempo total de prática em treino + tempo total de prática profissional; em segundo,  $exp2$  = " $exp1$ " x tempo médio semanal de prática terapêutica; em terceiro lugar,  $exp3$  = total de pacientes seguidos em terapia; e por último,  $exp4$  = índice composto pelos outros três índices, resultando da soma das divisões de cada um deles pelo respectivo máximo.

As diferentes variáveis implicadas nestes índices parecem cobrir o leque de variáveis potencialmente indiciadoras da experiência dos terapeutas, ou seja, tempo de prática, horas semanais de prática e número de pacientes seguidos em terapia.

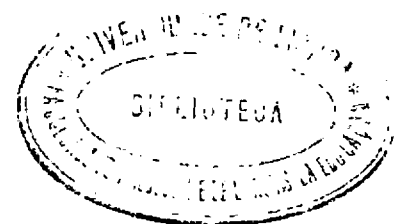
Apesar da diferença mais consistente entre os terapeutas ecléticos e não-ecléticos americanos ser o facto dos terapeutas ecléticos serem sistematicamente mais experientes do que os terapeutas das restantes orientações (Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989; Norcross & Prochaska, 1982; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978), a análise dos presentes dados sugere que a questão das relações entre eclectismo e experiência não é linear.

Assim, as únicas correlações significativas que se encontraram entre o índice de eclecticismo e os diferentes índices de experiência foram: para os comportamentalistas na exp2 ( $r = .59$ ,  $p < .05$ , teste unilateral) e na exp4 ( $r = .56$ ,  $p < .05$ , teste unilateral); para os cognitivos na exp2 ( $r = .26$ ,  $p < .05$ , teste unilateral); para os psicodinâmicos na exp3 ( $r = .30$ ,  $p < .03$ , teste unilateral); e também na exp3 ( $r = .18$ ,  $p < .05$ , teste unilateral), para os terapeutas em geral.

Estes dados sugerem não só que a comunidade terapêutica portuguesa aparenta ser diferente da americana (neste aspecto particular), mas também que a relação entre eclecticismo e experiência parece depender da orientação dos psicoterapeutas e da forma como a experiência é avaliada. Assim, para os comportamentais, o nível de eclecticismo parece estar associado com efeitos de interação, nomeadamente o tempo total de prática clínica, as horas semanais passadas com os pacientes (o mesmo se verificando com os cognitivos) e a quantidade de pacientes vistos; enquanto que, para os psicodinâmicos e para os terapeutas em geral, parece estar mais associado com a quantidade de pacientes seguidos em terapia.

### 2.2.2. Diferenças Entre Ecléticos e Não-Ecléticos

As variáveis susceptíveis de diferenciar os terapeutas ecléticos de primeira escolha dos restantes terapeutas foram





introduzidas numa análise de variância multivariada (MANOVA). O resultado do teste-F global diferencia claramente os dois grupos ( $F$  aproxim. (6,125) = 5.6,  $p < .0001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .788 (Marasculio & Levin, 1983).

Como pode ser visto no Quadro 2.7., os resultados das

**QUADRO 2.7. Médias e ANOVAS Relativas à Comparação de Ecléticos de Escolha Principal com Não-Ecléticos, em Seis Variáveis Dependentes**

Variáveis Dependentes	Ecléticos (n=21)	Não-Ecléticos (n=140)	F (1,130)	p
	M	M		
Idade	34.3	36.5	0.4	ns
Experiência	12.6	18.9	0.3	ns
Satisfação com com a Orientação	4.1	5.0	15.8	0.0001
Orientação Influencia a Prática	3.9	4.5	10.7	0.001
Satisfação com o Treino	3.2	4.5	20.9	0.00001
Índice de Eclectismo	4.3	4.0	4.4	ns

Nota. *Wilk's Lambda* = .788, Pillai-Bartlett = .212, teste-F global aproxim. (6,154) = 5.6,  $p < .0001$ .

análises univariadas (ANOVAs) revelaram que as duas variáveis que, aparentemente, mais contribuíram para a diferenciação

entre os grupos, foram a "satisfação com o treino" ( $F(1,130) = 20.9, p < .00001$ ) e a "satisfação com a orientação teórica<sup>1</sup>" ( $F(1,130) = 15.8, p < .0001$ ), ambas mais elevadas para os terapeutas não-ecléticos.

A extensão da influência da orientação teórica na prática psicoterapêutica actual<sup>2</sup>, igualmente mais elevada para os terapeutas não-ecléticos, é a terceira variável que diferencia os dois grupos de terapeutas ( $F(1,130) = 10.7, p < .001$ ). As restantes três variáveis, idade, experiência clínica<sup>3</sup> (mais elevadas para os não-ecléticos) e o índice de eclectismo (mais elevado para os ecléticos), não atingiram significância estatística (ver Quadro 2.7.).

Procedeu-se a uma análise semelhante, comparando o grupo composto pelos terapeutas ecléticos de primeira ou segunda escolha, com os restantes terapeutas, no mesmo conjunto de variáveis. De novo, o resultado do teste- $F$  global diferencia os dois grupos ( $F$  aproxim.  $(6,124) = 4.35, p < .001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .826.

Como pode ser visto no Quadro 2.8., também aqui os

- 
1. Baseado em respostas a uma escala de 6 pontos ("1" = muito insatisfeito, 6 = muito satisfeito).
  2. Baseado em respostas a uma escala de 5 pontos ("1" = nunca, "5" = sempre).
  3. Optou-se por proceder às comparações recorrendo ao índice  $\exp^2$  (i.e., tempo total de prática em treino + tempo total de prática profissional x tempo médio semanal de prática terapêutica), por se entender ser o mais abrangente.

resultados das ANOVAs mostram que as variáveis que mais contribuíram para a diferenciação dos grupos foram, a "satisfação com a orientação" e a "satisfação com o treino" ( $F(1,129) = 12.2, p < .001$ ), ambas mais elevadas para os terapeutas não-

**QUADRO 2.8. Médias e ANOVAs Relativas à Comparação de Ecléticos de Escolha Principal ou Escolha Secundária com Não-Ecléticos, em Seis Variáveis Dependentes**

Variáveis Dependentes	Ecléticos ( $n=45$ )	Não-Ecléticos ( $n=116$ )	$F(1,130)$	$p$
	$M$	$M$		
Idade	34.9	36.9	2.7	<i>ns</i>
Experiência	12.5	20.4	3.4	0.07
Satisfação com com a Orientação	4.5	5.1	12.2	0.0006
Orientação Influencia a Prática	4.1	5.1	11.3	0.001
Satisfação com o Treino	3.8	4.5	12.2	0.0006
Índice de Eclectismo	4.5	3.9	4.4	0.04

Nota. Wilk's Lambda = .826, Pillai-Bartlett = .173, teste-F global aproxim.  $(6,124) = 4.35, p < .001$ .

ecléticos, seguidas pela "influência da teoria na prática clínica" ( $F(1,129) = 11.3, p < .01$ ), também mais elevada para os

não-ecléticos.

Nesta segunda análise, contudo, duas variáveis mais, atingem níveis estatísticos de significância aceitável. Contrariando as expectativas, a experiência surge como mais elevada para os terapeutas não-ecléticos ( $F (1,129) = 3.4, p < .06$ ), na direcção das expectativas, o índice de eclecticismo surge como mais elevado para os terapeutas ecléticos ( $F (1,129) = 4.4, p < .03$ ).

### 3. Estudo 3 - Crenças Metateóricas e Estilos Terapêuticos

#### 3.1. Introdução

Considerada como um dos vectores essenciais para a compreensão do processo terapêutico (Barron, 1978a; Cornsweet 1983; Strupp, 1978), a questão das relações entre a personalidade<sup>1</sup> do psicoterapeuta e a respectiva orientação teórica tem, no entanto, recebido uma atenção empírica de reduzidas dimensões (Tremblay, Herron, & Schultz, 1986). Ainda que a revista *Psychotherapy* lhe tenha dedicado um "número especial", editado por Barron (1978), dos dezanove artigos que a integravam, a grande maioria consistia em artigos teóricos e/ou impressionísticos, tendo os estudos empíricos utilizado amostras muito pouco representativas.

A opinião não é unânime relativamente a quais as variáveis envolvidas, mas todos os autores reconhecem que a escolha de determinada orientação teórica por parte do candidato a terapeuta, em detrimento das outras, é resultante de um processo complexo que envolve muitos factores (Guy, 1987). De entre estes múltiplos factores, aqueles que os terapeutas parecem referir como tendo sido mais influentes são factores de ordem pessoal, como a "experiência clínica" e a "filosofia e valores pessoais"

-----

1. Particularmente como veículo mediador dos efeitos específicos e não-específicos do processo terapêutico (Cornsweet, 1983).

(Norcross & Prochaska, 1983a; ver também o *Estudo 1*). Parece evidente, contudo, que para além das preferências pessoais, é necessária a oportunidade logística para efectuar o treino dentro da orientação de eleição (Chwast, 1978), aparentando resultar, assim, a escolha final, de uma decisão consciente baseada em preferências pessoais, mas influenciada por factores aleatórios (Cummings & Lucchese, 1978; Halgin, 1985). Apesar disso, a maioria dos autores conclui que são as características da personalidade do candidato a terapeuta os factores mais determinantes na opção que faz relativamente à sua orientação teórica (Barron, 1978b; Chwast, 1978; Herron, 1978; Lindner, 1978; Marks, 1978; Messer & Winokur, 1984; Szalita, 1985; Walton, 1978).

Ainda que alguns autores sublinhem a existência de tanta variabilidade entre as personalidades dos terapeutas de uma orientação teórica específica, como entre os de diferentes orientações (e.g., Ellis, 1978; Lazarus, 1978; Strupp, 1978), o facto da escolha de orientação teórica ser essencialmente mediada por variáveis de personalidade e os poucos resultados empíricos existentes, parecem sugerir que os terapeutas das diferentes orientações seriam diferenciáveis com base em características da personalidade (Chawst, 1978; Herron, 1978; Roman, Charles, & Karasu, 1978; Steiner, 1978). Aqui, o estudo de Tremblay et al. (1986) é o mais definitivo ao concluir, baseado numa amostra de

180 terapeutas de três orientações teóricas distintas (i.e., comportamentais, humanistas e psicodinâmicos) que ainda que exista um núcleo central da personalidade do psicoterapeuta<sup>1</sup>, comum a todas as orientações, existem igualmente perfis de personalidade distintos, dentro de cada orientação. Por exemplo, os terapeutas comportamentais parecem ser caracterizados por uma certa rigidez, grande controle emocional e dirigidos mais para o mundo exterior do que para o interior (Tremblay et al., 1986), possuindo baixa intuição e privilegiando aspectos cognitivos (Walton, 1978). Por sua vez, os terapeutas humanistas seriam mais caracterizados pela flexibilidade interpessoal, mais dirigidos para o mundo interior, particularmente para a componente emocional e concomitante com maior facilidade na expressão de sentimentos (Tremblay et al., 1986). Por último, os terapeutas psicodinâmicos parecem considerar-se complexos, sérios e intuitivos (Walton, 1978), "motivados por objectivos" e, tal como os comportamentais, mais dirigidos para o mundo exterior e controlados emocionalmente, mas tal como os humanistas, parecem ser igualmente caracterizados pela flexibilidade (Tremblay et al., 1986).

-----  
1. Trata-se de características como elevada auto-estima e aceitação, "focagem no tempo presente", congruência e uma visão positiva da humanidade (Tremblay et al., 1986), note-se as semelhanças com as "características facilitadoras da relação", propostas por Carl Rogers (1957). De igual modo, Henry, Sims, e Spray (1971), mostraram a existência de um número elevado de semelhanças nos passados culturais e sociais dos psicoterapeutas.

Os estudos referidos, que incidiram sobre a relação entre as características de personalidade dos psicoterapeutas e as respectivas orientações teóricas, fizeram-no recorrendo quer ao constructo de "auto-conceito" (i.e., Walton, 1978), quer a variáveis destinadas a caracterizar o que se crê serem indivíduos "realizados, normais e bem adaptados" (i.e., Tremblay et al., 1986). Contudo, o crescente interesse pelo estudo das "asserções filosóficas" (i.e., ontológicas e epistemológicas) que subjazem às diferentes teorias psicológicas e psicoterapêuticas (e.g., Belli, 1986; Fishman & Franks, 1992; Hershenson, 1983; Howard, 1985; Johnson et al., 1988; Lee, 1983; Liotti & Reda, 1981; Lyddon, 1989a,b, 1991; Mahoney, 1991; Overton, 1984), bem como a proposta recente da substituição do modelo do psicólogo clínico como "cientista/praticante" (Raimy, 1950; Derner, 1965; Goldfried, 1984; O'Sullivan & Quevillon, 1992) pelo de "metafísico-cientista-praticante" (O'Donohue, 1989), tornaram também mais patente o interesse pelo estudo das relações entre os "empenhamentos filosóficos"<sup>1</sup> dos psicólogos e psicoterapeutas e as teorias que selecionaram e explicitamente advogam (e.g., Coan, 1973, 1979; Conway, 1988, 1989; Dryden & Vasco, 1991; Gilbert et al., 1989; Harris, Fontana, & Dowds, 1977; Johnson, Germer, Efran

-----  
1. Particularmente as questões relativas à natureza, origens, validade e processos inerentes ao conhecimento humano (Lyddon, 1991).



& Overton, 1988; Kimble, 1984; Kottler, 1991; Krasner & Houts, 1984; Martin, 1988; Schacht & Black, 1985; Steiner, 1978).

No campo das relações entre as variáveis pessoais relativas a crenças metateóricas e as diferentes orientações terapêuticas, os poucos resultados empíricos, existentes até à data, sugerem que os pacientes de psicoterapia manifestam preferência pelas orientações teóricas que mais se identificam com as suas crenças ontológicas e epistemológicas (Harris, Fontana, & Dowds, 1977; Lyddon, 1989a), sendo também este o caso para diferentes grupos de "cientistas do comportamento" (i.e., sociobiólogos, comportamentalistas, psicólogos da personalidade e do desenvolvimento) (Jonhson et al., 1988<sup>1</sup>) e psicoterapeutas (i.e., comportamentalistas e psicanalistas), optando os psicanalistas significativamente mais do que os comportamentalistas por um "estilo de conhecimento" que privilegia o "metaforismo" (Schacht & Black, 1985).

Deste modo, não só as diferentes orientações teóricas subjacentes à prática da psicoterapia divergem nos seus pressupostos metateóricos, como também os terapeutas de diferentes orientações, enquanto pessoas, parecem poder ser caracterizados por diferentes crenças ontológicas e epistemológicas (Schacht & Black, 1985), tornando-se estas

-----  
1. Encontram-se relações significativas entre crenças metateóricas e outras dimensões da personalidade (Jonhson et al., 1988).

eventualmente mais marcadas com o passar do tempo, dada a convicção da existência de uma interacção entre as crenças pessoais e a orientação teórica (Cornsweet, 1983; Marks, 1978; Schwartz, 1978).

Como Johnson et al. (1988) sublinham, o objectivo deste tipo de estudos não é o de determinar a orientação teórica dos terapeutas em função das suas crenças filosóficas, para tal seria bem mais rigoroso e parcimonioso colocar a questão directamente ou observar os seus comportamentos. É, outrossim, o de demonstrar a existência de relações significativas entre as asserções filosóficas essenciais dos cientistas e as suas orientações teóricas, relações estas susceptíveis de serem materializadas em escolhas relativas a uma teoria e prática terapêuticas mais fundamentadas e consonantes com a personalidade individual, e conseqüentemente com maior probabilidade de satisfação e sucesso terapêuticos (Cummings & Lucchese, 1978; Herron, 1978).

Como foi anteriormente sublinhado, as características pessoais dos terapeutas (i.e., personalidade, valores, experiências, etc.) influenciam profundamente a escolha da orientação teórica e, conseqüentemente, os estilos de intervenção terapêutica que privilegiam (Cummings & Lucchese, 1978; Norcross, 1985; Norcross & Wogan, 1983; Wogan & Norcross, 1983), afectando o processo e resultados das intervenções (Parloff, Waskow, & ...)

Wolfe, 1978).

Os dados são, contudo, díspares relativamente ao peso relativo das características pessoais e da orientação teórica como determinantes dos estilos terapêuticos. Se, por um lado, tanto a tradição como vários estudos (Lambert & Bergin, 1983; Meltzoff & Kornreich, 1970) mostraram que os terapeutas utilizam conceptualizações e linhas de acção que reflectem essencialmente as respectivas orientações teóricas, Norcross e Wogan (1983), por outro, constataram que as práticas de terapeutas comportamentais se apresentavam como ideográficas, desafiando a redução a um conjunto monolítico de princípios ou técnicas. Do mesmo modo, Walton (1978) concluiu que algumas variáveis de personalidade poderiam ser mais reveladoras da prática real dos terapeutas do que a sua orientação teórica, conclusão esta que parece ir no sentido das impressões de diversos autores relativamente à importância do estilo pessoal na prática terapêutica (i.e., Barron, 1978b; Ellis, 1978; Lazarus, 1978; Lieberman, Yalom & Milles, 1973, citado em Parloff, Waskow & Wolfe, 1978; Strupp, 1978), particularmente no tocante a intervenções terapêuticas de carácter mais geral (Allen, 1966/1967, citado em Sundland, 1977). Esta situação levou mesmo, Denton (1978) a afirmar, num tom bastante peremptório: "... se quisermos saber, com rapidez e facilidade, aquilo que um terapeuta faz em terapia, não inquirimos sobre o seu treino ou identificação terapêutica.

Inquirimos sim, sobre a sua *personalidade ...*" (1978, citado em Barron, 1978, p. 312).

Deste modo, a questão que se coloca é a das relações entre as características da personalidade, a orientação teórica e a prática dos psicoterapeutas (Tremblay et al., 1986). Sendo as crenças metateóricas (equacionadas como variáveis da personalidade) dos psicoterapeutas, responsáveis por aquilo que estes consideram ser real e válido (Herron, 1978), particularmente em termos de concepção de patologia, saúde, realidade e processo terapêutico (Kazdin, 1980), é também concebível que sejam as crenças a determinar, pelo menos em parte, os estilos terapêuticos concretos que os terapeutas privilegiam (Norcross, 1985).

Uma área particularmente sensível à questão das semelhanças e diferenças entre as perspectivas das diferentes orientações teóricas e respectivos aderentes, é a da integração em psicoterapia.

Por um lado, vários autores têm sublinhado que as perspectivas contrastantes das diferentes orientações relativamente ao que é a realidade e ao que constitui conhecimento válido (i.e., as questões ontológicas e epistemológicas) colocam obstáculos dificilmente transponíveis, à integração das psicoterapias (e.g., Beutler, 1989; Beutler & Clarkin, 1990; Lazarus, 1967, 1981, 1989; Messer & Winokur, 1980,

1984; Schacht & Black, 1985). Por outro, parece ser exactamente o conhecimento relativo aos pontos de semelhança e de diferença entre as diversas orientações terapêuticas, a diferentes níveis de abstracção (i.e., metateórico, teórico, estratégico e tático), que pode proporcionar informações válidas no sentido da perspectivação e viabilidade do projecto integrativo (Goldfried, 1980, 1991; Goldfried & Safran, 1986).

Com base na revisão de literatura efectuada, o presente estudo foi elaborado com o objectivo de responder às seguintes questões.

1 - Existirão relações entre as variáveis de personalidade (i.e., crenças metateóricas) e o tipo de razões invocadas para seleccionar as diferentes orientações teóricas? Dada a existência destas relações, será que os terapeutas das diferentes orientações se diferenciam, de facto, no peso que atribuíram às variáveis que influenciaram a selecção da respectiva orientação?

3 - Será que os terapeutas das diferentes orientações se diferenciam relativamente às suas crenças ontológicas e epistemológicas?

4 - Será que os terapeutas das diferentes orientações se diferenciam relativamente aos seus estilos terapêuticos?

5 - Os estilos terapêuticos são mais determinados pelas crenças metateóricas ou pelas orientações teóricas?

6 - Quais as variáveis que melhor predizem a orientação teórica dos terapeutas, crenças ou estilos terapêuticos?

### 3.2. Descrição e Análise dos Resultados

#### 3.2.1. Crenças Metateóricas e Influências na Escolha de Orientação Teórica

Como pode ser visto no Quadro 3.1., encontram-se relações significativas entre as variáveis metateóricas e as razões de escolha de orientação. O metaforismo é a variável metateórica<sup>1</sup> que se encontra positivamente associada com um maior número de razões dadas para a selecção da orientação teórica<sup>2</sup>. Esta correlação positiva verifica-se com as escolhas baseadas em "filosofia e valores pessoais" ( $r = .17, p < .05$ , teste bilateral), tal como para o organicismo ( $r = .24, p < .01$ , teste bilateral), com as "experiências familiares" e as "experiências de vida" ( $r = .22, p < .01$ ;  $r = .24, p < .01$ , respectivamente, ambos testes bilaterais) e ainda, de forma antecipável, com o "fascínio estético" ( $r = .31, p < .0001$ , teste bilateral), também como o organicismo ( $r = .17, p < .05$ , teste bilateral), e finalmente com a "capacidade de auto-compreensão" ( $r = .20, p$

1. Avaliadas pelo Inventário de Organicismo-Mecanicismo (OMPI) e pelo Perfil Psico-Epistemológico (PEP) (ver Anexos II e IV e o Capítulo II).

2. Baseado numa escala de 5 pontos (1 = nenhuma influência; 5 = muita influência), solicitando a avaliação da influência de 13 variáveis (ver Anexo I).

**QUADRO 3.1. Correlações Entre Crenças Metateóricas e Razões de Seleção da Orientação Teórica**

Variáveis	Crenças Metateóricas			
	Organicismo	Metaforismo	Racionalismo	Empirismo
(n = 151)				
Circunstâncias Acidentais	.01	.02	-.00	-.02
Valores e Filosofia Pessoal	.24**	.17*	.11	-.03
Experiências Familiares	.14	.22**	.18*	.02
Treino	.03	-.05	-.06	-.08
Experiência Clínica	-.03	-.08	-.03	-.04
Experiências de Vida	.03	.24**	.11	.11
Fascínio Estético	.17*	.31***	.11	-.07
Resultados da Investigação	-.05	.03	.15	.08
Capacidade de Auto-Compreensão	.05	.20**	.11	.02
Orientação de Amigos/Colegas	-.02	.12	.03	-.02
Orientação do Supervisor	-.02	-.11	-.17*	-.17*
Orientação do Terapeuta	.01	.05	-.14	-.10
Tipo de Pacientes	-.06	.12	.11	.13

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .0001 (testes bilaterais).

< .01, teste bilateral). Por sua vez, o racionalismo só se encontra positivamente relacionado com as "experiências familiares" ( $r = .18, p < .05$ , teste bilateral), encontrando-se negativamente relacionado com a "orientação do supervisor" ( $r = -.17, p < .05$ , em ambos os casos), tal como o empirismo, que só se encontra correlacionado com esta variável.

No seu conjunto, a análise das correlações anteriores sugere que as crenças ontológicas e epistemológicas dos psicoterapeutas parecem, de facto, influenciar as razões invocadas para a escolha da orientação teórica.

Todas as variáveis susceptíveis de diferenciar os terapeutas das diferentes orientações relativamente ao peso que foi dado a cada uma delas na selecção da respectiva orientação teórica actual, foram introduzidas numa análise de variância multivariada (MANOVA). O resultado do teste- $F$  global diferencia claramente os seis grupos ( $F$  aproxim. (65,665) = 3.3,  $p < .00001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .266 (Marasculio & Levin, 1983), mostrando que os terapeutas das várias orientações invocam razões diferentes para a escolha delas, pelo menos em termos retrospectivos.

Como pode ser visto no Quadro 3.2., os resultados das análises univariadas (ANOVAs) revelaram que a variável que mais contribuiu para a diferenciação entre os grupos, foi a influência da "orientação do terapeuta pessoal" ( $F$  (5,152) =



**QUADRO 3.2. Médias e ANOVAs Relativas à Importância Atribuída a Treze Variáveis na Escolha de Orientação Teórica**

Variáveis	Orientação Teórica						F (5, 152)
	COMP (n=13)	COG (n=61)	ECLE (n=21)	HE (n=15)	PD (n=34)	SC (n=14)	
Circunstâncias Acidentais	2.2	1.8	1.6	2.6	1.9	2.6	3.2**
Valores e Filos. Pessoal	2.8	4.0	3.5	4.1	3.5	3.8	3.6**
Experiências Familiars	1.1	1.7	1.9	1.4	1.8	2.5	3.6**
Treino	3.2	3.9	3.6	2.8	3.3	3.3	2.4*
Experiência Clínica	3.7	3.5	3.6	2.8	3.4	3.2	0.9 <sup>ns</sup>
Experiências de Vida	2.7	3.1	3.2	3.2	3.2	3.4	0.5 <sup>ns</sup>
Fascínio Estético	1.8	2.1	2.4	2.3	2.4	2.4	0.9 <sup>ns</sup>
Resultados da Investigação	3.5	3.3	3.1	2.2	2.4	1.6	6.4***
Capacidade de Auto-Compreen.	2.0	3.0	2.9	3.1	3.5	2.4	3.7**
Orientação de Amigos	2.4	2.0	2.3	2.7	2.4	1.8	1.7 <sup>ns</sup>
Orientação do Supervisor	3.4	3.1	2.6	2.9	2.5	1.6	3.6**
Orientação do Terapeuta	1.0	1.2	1.2	2.8	2.6	1.4	10.7****
Tipo de Pacientes	3.1	3.1	2.7	1.9	3.2	3.5	2.9*

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; ECLE = eclética; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistemas/comunicação.  
 \* p < .05; \*\* p < .001; \*\*\* p < .0001; \*\*\*\* p < .000001.

10.7,  $p < .000001$ ), não surpreendendo o facto de serem os terapeutas humanistas e psicodinâmicos a darem mais importância a esta variável, visto terem sido exactamente os terapeutas destas orientações que em maior número se submeteram a terapia pessoal, diferenciando-se claramente das restantes orientações<sup>1</sup> (ver Quadro 3.3.). Como segunda responsável pela diferenciação entre as orientações, surge a influência dos "resultados da investigação" ( $F(5,152) = 6.4, p < .0001$ ), à qual comportamentais, cognitivos e ecléticos atribuem significativamente maior importância (ver Quadro 3.2.). O peso dado por comportamentais e cognitivos aos resultados da investigação não é surpreendente, dada a maior tradição empírica destas orientações. De salientar, ainda, o facto curioso dos terapeutas sistémicos, grupo que mais se dedica à prática da terapia familiar, se diferenciarem de todas as outras orientações, excepto dos ecléticos, ao darem mais peso às "experiências familiares" na selecção da orientação teórica (ver Quadro 3.3.).

A ideia de que os terapeutas das diferentes orientações se diferenciam nas razões que invocam para terem seleccionado uma

---

1. Note-se que só 70 terapeutas se submeteram a terapia pessoal, não sendo nenhum deles comportamentalista.

**QUADRO 3.3. Diferenças Significativas Entre as Orientações Teóricas**

Variáveis	Diferenças Entre Orientações Teóricas <sup>1</sup>
Circunstâncias Acidentais	HE > COG, ECLE, PD; SC > ECLE
Valores e Filosofia Pessoal	COG, HE, PD > COMP
Experiências Familiares	SC > COG, HE, PD, COMP
Treino	COG > HE
Resultados da Investigação	COMP, COG > HE, PD, SC; ECLE > PD, SC
Capacidade de Auto-Compreensão	PD > SC, COMP; COG > COMP
Orientação do Supervisor	COMP, COG, HE, PD, > SC
Orientação do Terapeuta	HE, PD > COG, ECLE, SC, COMP
Tipo de Pacientes	COG, PD, SC, COMP > HE

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; ECLE = eclética; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistêmica/comunicação.

1. Critério de Newman-Keuls,  $p < .05$ .

orientação particular, cimenta-se em função dos resultados de uma análise discriminante (Hair, Anderson, & Tantom, 1988) na qual todas as treze variáveis apresentadas no Quadro 3.1. foram introduzidas, como variáveis potencialmente caracterizadoras das diferentes orientações teóricas.

Esta análise mostrou-se altamente discriminatória ( $F$  aproxim. (50,655) = 4.18,  $p < .000001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .283, tendo o procedimento progressivo excluído três variáveis, devido a insuficiente contributo para a análise (i.e., "experiência clínica", "experiências de vida" e "fascínio estético"). Por sua vez, as variáveis que a análise progressiva mostrou melhor discriminarem as orientações, tal como na análise anterior, foram a "orientação do terapeuta pessoal" ( $F$  (5,152) = 10.7,  $p < .0000001$ ), os "resultados da investigação" ( $F$  (5,151) = 5.6,  $p < .0001$ ) e a "orientação do supervisor" ( $F$  (5,150) = 4.1,  $p < .01$ ).

Com o objectivo de melhor compreender a dimensionalidade subjacente aos dados e a capacidade preditiva das variáveis na classificação das orientações teóricas dos terapeutas, recorreu-se a "funções canónicas e classificatórias". Das cinco funções canónicas discriminantes geradas, quatro das quais foram significativas ( $X^2$  (50) = 188.2,  $p < .000001$ ;  $X^2$  (36) = 106.2,  $p < .000001$ ;  $X^2$  (24) = 57.5,  $p < .001$ ;  $X^2$  (14) = 30.1,  $p < .01$ ). Estas quatro funções significativas explicam globalmente, cerca de 96% da variância, 48%, 25%, 13% e 10%, respectivamente.

Os pesos discriminantes das funções canónicas podem ser vistos no Quadro 3.4. A primeira dimensão é essencialmente definida pela "orientação do terapeuta pessoal" (.64),

**QUADRO 3.4. Pesos Discriminantes das Funções Canónicas**

Variáveis	Função 1	Função 2	Função 3	Função 4
Circunstâncias Acidentais	.19	-.03	-.18	<u>.70</u>
Valores e Filosofia Pessoal	-.05	-.01	<u>.65</u>	<u>.44</u>
Experiências Familiars	.03	<u>-.52</u>	.23	.03
Treino	-.28	-.10	.22	-.16
Resultados da Investigação	<u>-.46</u>	<u>.32</u>	-.12	<u>-.32</u>
Capacidade de Auto-Compreensão	.13	.09	<u>.64</u>	<u>-.35</u>
Orientação de Amigos/Colegas	.17	.27	-.06	-.17
Orientação do Supervisor	-.21	<u>.45</u>	-.01	-.01
Orientação do Terapeuta Pessoal	<u>.64</u>	.29	.18	-.11
Tipo de Pacientes com que Trabalho	-.01	<u>-.36</u>	-.10	-.18

Nota. Sublinhadas as variáveis que mais contribuem para a definição da função.

numa direcção positiva e pelos "resultados da investigação" (-.46), numa direcção negativa. A segunda dimensão é principalmente definida, numa direcção positiva, pela "orientação do supervisor" (.45) e pelos "resultados da investigação" (.32)

e, ainda, numa direcção negativa, "pelas experiências familiares" (-.52) e pelo "tipo de pacientes com que trabalho" (-.36). Por sua vez, duas variáveis são as que melhor caracterizam a terceira dimensão, os "valores e filosofia pessoal" (.65) e a "capacidade de auto-compreensão" (.64), ambas numa direcção positiva. Finalmente, a quarta dimensão é essencialmente caracterizada pelas "circunstâncias acidentais" (.70) e, de novo, pelos "valores e filosofia pessoal" (.44), ambas também numa direcção positiva e, finalmente, pela "capacidade de auto-compreensão" (-.55) e pelos "resultados da investigação" (-.32), ambas numa direcção negativa.

Por sua vez, o Quadro 3.5. apresenta as médias, por orientação teórica, das variáveis canónicas. A primeira função é a que mais contribui para a caracterização, pela positiva, dos grupos de terapeutas humanistas (1.29) e psicodinâmicos (1.03) e, pela negativa, dos terapeutas cognitivos (-.83). Cada uma das restantes funções, caracteriza melhor cada um dos restantes grupos. Assim, os terapeutas sistémicos são melhor caracterizados pela segunda função, no sentido negativo (-1.57), os comportamentais pela terceira, também num sentido negativo (-1.33) e, por fim, os ecléticos pela quarta função, ainda num sentido negativo (-.50).

**QUADRO 3.5. Médias das Variáveis Canônicas por Orientação Teórica**

Orientação	Função 1	Função 2	Função 3	Função 4
Comportamental (n = 13)	-.38	.66	<u>-1.33</u>	.04
Cognitiva (n = 61)	<u>-.83</u>	.06	.28	.10
Ecléctica (n = 21)	-.31	-.13	-.15	<u>-.50</u>
Humanista (n = 15)	<u>1.29</u>	1.09	.22	.60
Psicodinâmica (n = 35)	<u>1.03</u>	-.10	.14	-.41
Sistémica (n = 14)	.56	<u>-1.57</u>	-.31	.61

Nota. Sublinhadas as funções que melhor caracterizam cada uma das orientações teóricas.

A análise conjunta dos Quadros 3.4. e 3.5., permite concluir que os terapeutas humanistas e psicodinâmicos se caracterizam por privilegiarem, na escolha da orientação teórica, a "orientação do terapeuta pessoal" e por negligenciarem os resultados da investigação", enquanto que se passa rigorosamente o contrário com os terapeutas cognitivos. Por sua vez, os terapeutas sistémicos aparentam privilegiar "as experiências familiares" e o "tipo de pacientes com que trabalham", negligenciando a "orientação do supervisor" e os resultados da investigação".

Finalmente, os terapeutas comportamentais negligenciam tanto os "valores e filosofia pessoal" como a "capacidade de auto-compreensão", enquanto que os terapeutas ecléticos negligenciam as "circunstâncias acidentais" e a "filosofia e valores pessoais", privilegiando os "resultados da investigação" e a "capacidade de auto-compreensão". Estes resultados reforçam as interpretações feitas a propósito das diferenças entre orientações, apresentadas no Quadro 3.2..

Apesar de estarmos cientes que a forma ideal de proceder à validação das funções discriminantes anteriores fosse mediante a divisão aleatória de cada orientação em dois grupos, cujo primeiro serviria para a calcular, servindo o segundo, para o seu teste (Hair et al., 1988), este procedimento não foi adoptado dada o número limitado de sujeitos que constituem a amostra.

Tento presente a limitação antes apontada, os resultados relativos à função classificatória que seguidamente se apresenta, devem ser considerados com as devidas precauções.

A precisão global da função classificatória baseada nas funções anteriores foi de 59.8%, valor de precisão que constitui um aumento substancial (i.e., cerca de 37%) sobre os 23% que seriam obtidos, recorrendo ao critério apriorístico do *acaso proporcional*<sup>1</sup>.

---

1. Ou seja,  $(13/159)^2 + (61/159)^2 + (21/159)^2 + (15/159)^2 + (35/159)^2 + (14/159)^2$ .



Particularmente interessante é, como pode ser visto no Quadro 3.6., o padrão dos erros de classificação. As orientações com menores percentagens de erro de classificação são a cognitiva, com 83.6% de classificações correctas (37% de probabilidades à priori) e com baixos erros de classificação, distribuídos quase igualmente pelas restantes orientações, e a sistémica com 57.2% (8.9% de probabilidades à priori), sendo a maioria dos casos erradamente classificados como cognitivos (14.4%). Das restantes orientações, a psicodinâmica, a humanista e a comportamental têm igualmente percentagens aceitáveis de classificações correctas com, respectivamente, 54.3% (22% de probabilidades à priori), 53.4% (9.5% de probabilidades à priori) e 46.2% (8.2% de probabilidades à priori). Destas três orientações, também a grande maioria dos casos classificados erradamente são-no como cognitivos, 17.1% para os psicodinâmicos, 26.8% para os humanistas e 38.4% para os comportamentais. Em último lugar surgem os ecléticos com uma percentagem de classificações correctas muito semelhante à percentagem à priori, 14.3% versus 13%. Tal como para todas as outras orientações, também para os ecléticos, a grande maioria dos casos classificados erradamente, são-no como cognitivos (52.4%), sendo ainda 18%, erradamente classificados como psicodinâmicos (ver Quadro 3.6.).

**QUADRO 3.6. Matriz de Classificação de Casos**

Orientação Real	Orientação Preditada					
	COMP	COG	ECLE	HE	PD	SC
Comportamental (n = 13)	46.2%	38.4%	7.7%	0.0%	7.7%	0.0%
Cognitiva (n = 61)	3.3%	83.6%	3.3%	3.3%	4.9%	1.6%
Eclética (n = 21)	4.8%	52.4%	14.3%	0.0%	19.0%	9.5%
Humanista (n = 15)	6.6%	26.8%	6.6%	53.4%	6.6%	0.0%
Psicodinâmica (n = 35)	5.7%	17.1%	8.6%	2.9%	54.3%	11.4%
Sistêmica (n = 14)	7.1%	14.4%	7.1%	7.1%	7.1%	57.2%

Nota. Percentagem total de casos correctamente classificados = 59.8%, para 23% de probabilidades à priori. Acentuadas as percentagens correctamente classificadas, por orientação.

### 3.2.2. Crenças Metateóricas e Orientação Teórica

*Perfis Epistemológicos.* Com o objectivo de compreender se os terapeutas das diferentes orientações teóricas se diferenciam nas suas crenças metateóricas procedeu-se, inicialmente, a um teste de qui-quadrado relativo à frequência de perfis epistemológicos.

Os resultados mostraram que, até certo ponto, as orientações se diferenciam relativamente aos perfis mais característicos,

dado que, sendo o valor do teste global significativo ( $\chi^2 (25) = 39.1, p < .04$ ), encontra-se muito próximo do nível tradicional de significância. Como pode ser visto no Quadro 3.7., a análise dos ajustamentos residuais revela que a diferença se deve exclusivamente ao facto de uma maior percentagem de terapeutas comportamentais, como seria antecipável, serem caracterizados por perfis dominados pelo estilo empírico (EMR = 9.1%,  $z = 3.5, p < .001$ ; ERM = 27.3%,  $z = 3.3, p < .001$ ) e dos terapeutas

**QUADRO 3.7. Percentagens de Perfis Epistemológicos por Orientação Teórica**

Orientação	Perfis Epistemológicos					
	MRE	MER	RME	REM	EMR	ERM
Comportamental ( $n = 11$ )	45.4%	18.2%	0.0%	0.0%	9.1%**	27.3%**
Cognitiva ( $n = 54$ )	50.0%	22.2%	16.7%*	3.7%	0.0%	7.4%
Ecléctica ( $n = 19$ )	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%
Humanista ( $n = 14$ )	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Psicodinâmica ( $n = 31$ )	54.8%	35.5%	6.5%	3.2%	0.0%	0.0%
Sistémica ( $n = 15$ )	53.3%	20.0%	13.3%	6.7%	0.0%	6.7%

Nota. M = metaforismo, R = racionalismo, E = empirismo.

\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$ .

cognitivos, também como seria antecipável, serem caracterizados por um perfil dominado pelo estilo racional, significativamente mais do que as restantes orientações (RME = 16.7%,  $z = 2.2$ ,  $p < .01$ ).

Uma análise mais detalhada das percentagens patentes no Quadro 3.7., revela que os perfis dominados pelo estilo metafórico, são largamente prevalentes em todas as orientações. Assim, os perfis dominados pelo metaforismo correspondem a 81% da amostra total ( $n = 144$ ), enquanto que os dominados pelo racionalismo correspondem a 13%, e os pelo empirismo, a apenas 6%. De salientar o facto de comportamentalistas e humanistas não apresentarem nenhum perfil dominado pelo racionalismo e de eclécticos, humanistas e psicodinâmicos não apresentarem quaisquer perfis dominados pelo empirismo.

Quando comparadas com os resultados da amostra americana de aferição<sup>1</sup>, na qual a distribuição dos perfis dominados pelos três estilos se encontra bastante equilibrada (i.e., metaforismo = 36%; racionalismo = 32%; empirismo = 31%), os presentes resultados sugerem que a população portuguesa é muito mais metafórica e menos racional e/ou empírica. Note-se, contudo, que a amostra portuguesa é maioritariamente constituída por

-----  
1. Constituída por 925 estudantes universitários, de cursos de letras e ciências, do sexo masculino e 417 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos (Royce & Mos, 1980).

terapeutas do sexo feminino, sexo que se sabe ser mais metafórico<sup>1</sup> (Royce & Mos, 1980). Parece existir uma certa "latinidade" associada ao metaforismo e ao empirismo, na medida em que a amostra francesa de aferição<sup>2</sup> se assemelha mais à portuguesa, com 52% de perfis dominados pelo metaforismo e apenas 16% dominados pelo empirismo. No tocante ao racionalismo, os franceses apresentam exactamente o mesmo valor que os americanos (i.e., 32%).

Quando se consideram, em vez dos perfis, as médias dos estilos epistemológicos tomados individualmente, verifica-se uma situação semelhante, no tocante ao metaforismo. Os portugueses apresentam uma média bastante mais elevada<sup>3</sup> (110.6,  $SD = 12.4$ ,  $n = 155$ ) do que americanos ( $M = 96$ ,  $SD = 10.2$ ,  $N = 1342$ ) ou franceses ( $M = 96.6$ ,  $SD = 13.2$ ,  $N = 539$ ), que se assemelham muito entre si. Os valores médios das três amostras relativamente a racionalismo e a empirismo são muito semelhantes para portugueses, americanos e franceses ( $M = 99.0$ ,  $SD = 10.7$ ,  $M = 96.5$ ,  $SD = 10.5$ ,  $M = 95.8$ ,  $SD = 13.2$ ;  $M = 95.5$ ,  $SD = 11.9$ ,  $M =$

---

1. Apesar de, na amostra portuguesa, os dois sexos não se diferenciam estatisticamente em termos dos diferentes perfis epistemológicos.

2. Constituída por 183 estudantes universitários, de cursos de letras e ciências, do sexo masculino e 356 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 23 anos (Royce & Mos, 1980).

3. Os grupos portugueses feminino e masculino, diferenciam-se em termos de médias, exclusivamente face ao estilo metafórico, para o qual as mulheres apresentam um valor mais elevado ( $M = 112.4$ ,  $DP = 11.2$  versus  $M = 107.5$ ,  $DP = 13.8$ ) ( $t(153) = 2.4$ ,  $p < .05$ ).

95.7,  $SD = 9.8$ ,  $M = 95.3$ ,  $SD = 13.6$ , respectivamente).

Pode objectar-se que estas comparações não são legítimas, dado o facto da amostra portuguesa ser constituída por um grupo mais idoso, e já profissional. Contudo, ao compararmos a distribuição dos perfis portugueses com os do único estudo que utilizou o mesmo instrumento com dois grupos de psicoterapeutas americanos (recorrendo à classificação por perfis epistemológicos), comportamentalistas e psicanalistas, (i. e., Schacht & Black, 1985), constata-se que a amostra portuguesa continua a ser bastante mais metafórica (81% versus 60% para os terapeutas americanos) e menos empírica (6% versus 21% para os terapeutas americanos) aproximando-se, contudo, em termos de racionalismo (13% versus 19% para os terapeutas americanos).

Tomando em consideração a orientação teórica, as únicas comparações possíveis com o estudo americano (Schacht & Black, 1985) são relativamente a comportamentalistas e psicodinâmicos (as únicas orientações teóricas utilizadas no estudo).

O grupo de comportamentalistas americanos parece ser bastante mais heterogéneo do que o grupo português, ao apresentar uma distribuição muito equilibrada dos seis perfis epistemológicos, com valores que variam entre os 11% (RME) e os 22% (ERM). Como pode ser visto no Quadro 3.7., os comportamentalistas portugueses são bastante mais homogéneos, apresentando, algo surpreendentemente, uma percentagem bastante



elevada de perfis dominados pelo metaforismo: 45.4% para o perfil MRE e 18.2% para o perfil MER (para os americanos, 16% e 17%, respectivamente). No tocante aos perfis dominados pelo racionalismo os resultados também são bastante surpreendentes, visto os comportamentalistas não apresentarem um único caso (para os americanos, RME = 11%, REM = 20%). Os perfis dominados pelo empirismo são, em ambas as amostras de terapeutas comportamentais, tal como seria antecipável dado o pendor empirista do comportamentalismo, particularmente característicos: 9.1% para o perfil EMR (14% para os americanos) e 27.3% para o perfil ERM (22% para os americanos).

Relativamente aos terapeutas psicodinâmicos (psicanalistas, no estudo americano), os grupos são muito mais semelhantes, sugerindo que estes terapeutas partilham internacionalmente, pelo menos em termos pessoais, uma "ideologia" mais homogênea, particularmente no que concerne o metaforismo: 54.8% para o perfil MRE (54% para os americanos) e 35.5% para o perfil MER (32% para os americanos). No tocante aos perfis dominados pelo racionalismo, as amostras continuam a ser muito semelhantes: 6.5% para o perfil RME e 3.2% para o perfil REM (ambos com 4% para os americanos) divergindo, contudo, nos perfis dominados pelo empirismo, que não caracterizam nenhum psicodinâmico português (para os americanos, EMR = 2%, ERM = 4%).

Em termos das médias dos estilos individuais, o grupo de

terapeutas portugueses é bastante semelhante ao dos americanos, sendo mais alto em metaforismo ( $M = 110.6$ ,  $SD = 12.4$ ,  $n = 155$  versus  $M = 108.9$ ,  $SD = 15.3$ ,  $N = 119$ , para os terapeutas americanos) e mais baixo em ambos racionalismo ( $M = 99.0$ ,  $SD = 10.7$  versus  $M = 104.1$ ,  $SD = 10.2$ , para os terapeutas americanos) e empirismo ( $M = 95.5$ ,  $SD = 11.9$  versus  $M = 102.0$ ,  $SD = 11.1$ , para os terapeutas americanos).

Em termos de orientações teóricas, os dois grupos de terapeutas americanos (Schacht & Black, 1985), comportamentalistas e psicodinâmicos, parecem ser mais diferentes entre si do que os grupos correspondentes dos terapeutas portugueses, ao diferenciarem-se significativamente em todos os três estilos epistemológicos, sendo os comportamentalistas mais elevados em racionalismo ( $M = 106.2$ ,  $SD = 9.3$ ,  $n = 53$  versus  $M = 101.7$ ,  $SD = 10.8$ ,  $n = 66$ ) e empirismo ( $M = 106.5$ ,  $SD = 9.9$ ,  $n = 53$  versus  $M = 97.5$ ,  $SD = 11.0$ ,  $n = 66$ ) e os psicodinâmicos, em metaforismo ( $M = 112.8$ ,  $SD = 20.7$ ,  $n = 66$  versus  $M = 104.7$ ,  $SD = 20.7$ ,  $n = 53$ ). Os grupos portugueses não se diferenciam significativamente em nenhuma das dimensões, apesar do grupo comportamentalista obter igualmente valores mais elevados em racionalismo ( $M = 99.4$ ,  $SD = 14.1$ ,  $n = 12$  versus  $M = 98.4$ ,  $SD = 11.0$ ,  $n = 32$ ) e empirismo ( $M = 99.6$ ,  $SD = 14.3$ ,  $n = 12$  versus  $M = 93.9$ ,  $SD = 13.0$ ,  $n = 32$ ) e o grupo psicodinâmico, valores mais elevados em metaforismo ( $M = 114.3$ ,  $SD = 13.8$ ,  $n = 32$  versus  $M =$



107.3,  $SD = 21.5$ ,  $n = 12$ ) (ver. Quadro 3.9.). Por sua vez, os comportamentalistas portugueses obtêm valores mais elevados em metaforismo do que os colegas comportamentalistas americanos e valores inferiores em ambos racionalismo e empirismo. Verificando-se um fenómeno semelhante quando se comparam os psicodinâmicos portugueses com os americanos.

*Crenças Ontológicas e Epistemológicas.* Antes de iniciar a comparação das diferentes orientações teóricas relativamente à crenças ontológicas e epistemológicas, é importante salientar que uma investigação anterior na qual o PEP foi administrado a um grupo de noventa terapeutas (a orientação não é especificada), revelou a existência de três factores (Zelhart & Wargo, 1971, citado em Royce & Mos, 1980). O primeiro, consistia num factor epistémico global, que era fortemente caracterizado pelas três sub-escalas: metaforismo, racionalismo e empirismo. O segundo factor era fortemente caracterizado pelo racionalismo e pelo empirismo, consistindo possivelmente num factor "objectivo". Finalmente, o terceiro, era exclusivamente caracterizado pela importância do metaforismo, podendo ser entendido como um factor "subjectivo". Também Richard Coan (1973, 1979) constatou, estudando um grupo de psicólogos de diferentes persuasões teóricas, que o metaforismo se encontrava negativamente correlacionado com um factor "objectivo" (que comporta elementos de mecanicismo), constatando-se o oposto com o empirismo. Por

sua vez, como foi acentuado no Capítulo II e como Pepper (1942) sublinhou, não só o organicismo e o contextualismo se encontram conceptualmente relacionados, tal como o mecanicismo e o formismo, mas também o parecem estar empiricamente (Conway, 1989). Também foram encontradas correlações negativas substanciais entre o mecanicismo e o organicismo, e entre o formismo e o contextualismo (Germer, Efran, & Overton, 1982, citado em Johnson et al, 1988; Harris et al., 1977; Johnson et al., 1988), sugerindo que o organicismo se encontra negativamente relacionado com o empiricismo.

Como pode ser visto no Quadro 3.8., as intercorrelações entre organicismo, metaforismo, racionalismo e empirismo, constatadas no presente estudo, vão no mesmo sentido dos

**QUADRO 3.8. Intercorrelações Entre as Diferentes Variáveis Metateóricas**

Variáveis	1	2	3	4
1. Organicismo	--	.17*	-.12	-.30**
2. Metaforismo	--	--	.51***	.42***
3. Racionalismo	--	--	--	.70***
4. Empirismo	--	--	--	--

Nota. n = 154-155, devido a valores omissos.

\* p < .05; \*\* p < .001; \*\*\* p < .0001 (testes bilaterais).

resultados mencionados anteriormente. O organicismo correlaciona-se positivamente com o metaforismo ( $r = .17$ ,  $p < .05$ , teste bilateral) e negativamente com o empirismo ( $r = -.30$ ,  $p < .001$ , teste bilateral) e com o racionalismo (não-significativa). Por sua vez, a correlação entre o racionalismo e o empirismo é positiva e mais elevada ( $r = .70$ ,  $p < .0001$ , teste bilateral,  $r = .63$  para a amostra americana de aferição) do que a do metaforismo, quer com o racionalismo ( $r = .51$ ,  $p < .0001$ ,  $r = .63$  para a amostra americana de aferição) quer com o empirismo ( $r = .42$ ,  $p < .0001$ , teste bilateral,  $r = .51$  para a amostra americana de aferição).

Como Royce e Mos (1980) acentuaram, as correlações positivas e relativamente elevadas que se constataam entre as três sub-escalas do PEP sugerem um certo grau de dependência, porque todas elas representam estilos epistémicos. Contudo, a sua relativa independência também sustenta a interpretação de que se trata de três dimensões significativas e diferenciáveis.

*Diferenças Entre as Orientações Teóricas Relativamente a Crenças Ontológicas e Epistemológicas.* Com o objectivo de clarificar a diferenciação das orientações teóricas relativamente às crenças metateóricas dos seus membros, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) que permitiu concluir que aquelas se diferenciam ( $F$  aproxim.  $(20, 481) = 3.0$ ,  $p$

< .0001), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .68 (Marasculio & Levin, 1983).

Apesar de não surpreender, em função dos princípios metateóricos subjacentes às diferentes orientações, que os terapeutas humanistas sejam os que apresentam o valor mais elevado de "organicismo" e os comportamentais os que apresentam o valor mais baixo (o que significa, simultaneamente, ser-se mais elevado em "mecanicismo", dada a natureza bipolar da escala), que os cognitivos apresentem o valor mais elevado em "racionalismo" e que os psicodinâmicos apresentem o valor mais elevado em "metaforismo", os resultados das análises univariadas (ANOVAs) revelaram que só a variável "organicismo" diferencia claramente os grupos de terapeutas ( $F(5,148) = 4.4, p < .001$ ), alcançando a variável "racionalismo" um nível muito próximo do limite de significância tradicionalmente aceite ( $F(5,148) = 2.1, p < .07$ ) (ver Quadro 3.9.).

Ao analisar os testes *post-hoc* de diferenciação entre os grupos, conclui-se que a variável "organicismo" diferencia o grupo de terapeutas comportamentais de todos os outros<sup>1</sup> (critério de *Newman-Keuls*,  $p < .01$ ), diferenciando a variável "racionalismo", exclusivamente o grupo de terapeutas cognitivos

1. Não só estes resultados corroboram os de Johnson et al. (1988), que constaram que os cientistas comportamentais eram mais mecanicistas que três outros grupos de psicólogos, como também os de Krasner e Houts (1984), nos quais cientistas comportamentais se diferenciaram de um grupo heterogêneo de comparação, em asserções básicas relativas à psicologia e à epistemologia científica.

**QUADRO 3.9. Médias e ANOVAs Relativas a Diferenças de Crenças Metateóricas Entre Orientações Teóricas**

Crenças	Orientações Teóricas						F (5, 148)
	COMP (n=12)	COG (n=59)	ECLE (n=21)	HE (n=14)	PD (n=32)	SC (n=16)	
Organicismo	17.17	21.49	20.90	21.86	21.03	21.25	4.4**
Metaforismo	3.58	3.60	3.77	3.74	3.81	3.71	1.4ns
Racionalismo	3.31	3.37	3.23	3.06	3.28	3.36	2.1*
Empirismo	3.32	3.19	3.19	3.04	3.13	3.25	0.8ns

Nota. Os valores médios das sub-escalas do PEP apresentados no Quadro 3.9. foram divididos por 30 (i.e., o número de itens integrantes de cada escala).

O valor máximo para "organicismo" é 26, sendo para as três sub-escalas do PEP de 5.

\*  $p < .07$ ; \*\*  $p < .001$ .

dos humanistas (critério de *Newman-Keuls*,  $p < .05$ ).

Quando comparamos a média geral obtida pela amostra portuguesa no OMPI ( $M = 20.9$ ,  $SD = 3.26$ ,  $n = 157$ ) com a da amostra normativa original<sup>1</sup> ( $M = 16.0$ ,  $SD = 3.39$ ,  $N = 741$ ) (Johnson et al., 1988), pode concluir-se que, tal como se verificava para os perfis dominados pelo metaforismo, que os portugueses são bastante mais organicistas e, conseqüentemente, menos mecanicistas. Mesmo quando comparados exclusivamente com a

1. Constituída por 741 estudantes de diferentes nacionalidades (i.e., americanos, jugoslavos, nigerianos e indianos) e por sociobiólogos, psicólogos desenvolvimentistas, da personalidade e comportamentalistas americanos (Johnson et al., 1988).

sub-amostra normativa constituída pelos grupos de sociobiólogos, desenvolvimentistas, psicólogos da personalidade e comportamentalistas ( $M = 18.7$ ,  $SD = 3.45$ ,  $n = 119$ ) (Jonhson et al., 1988), os portugueses continuam a apresentar um valor algo superior.

Digno de nota é o facto das sub-amostras constituídas pelos psicólogos desenvolvimentistas (na população americana) e pelos terapeutas humanistas (na população portuguesa) serem os grupos que apresentam um valor mais elevado em "organicismo" ( $M = 22.7$ ,  $SD = 2.4$ ,  $n = 16$  e  $M = 21.9$ ,  $SD = 2.2$ ,  $n = 14$ , repectivamente) e dos grupos contituídos pelos comportamentalistas americanos e portugueses serem os que apresentam um valor mais baixo ( $M = 14.8$ ,  $SD = 4.1$ ,  $n = 25$  e  $M = 17.2$ ,  $SD = 4.3$ ,  $n = 12$ , respectivamente). Estas semelhanças dever-se-ão possivelmente ao facto dos psicoterapeutas humanistas e dos psicólogos desenvolvimentistas partilharem asserções ontológicas semelhantes (e.g., "o mundo é como um grande organismo vivo") o mesmo se verificando com os dois grupos de comportamentalistas (e.g., "o mundo é como uma grande máquina complexa") (Pepper, 1942).

Acentue-se, ainda, que o nível de experiência terapêutica não contribui para diferenciar os terapeutas em termos de crenças metateóricas, dependente ou independentemente de orientação teórica.

### 3.2.3. Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica

**Estilos Terapêuticos.** Uma análise de variância multivariada (MANOVA) permitiu concluir que as diferentes orientações teóricas se diferenciam com muito mais clareza relativamente aos estilos terapêuticos<sup>1</sup> dos seus aderentes, do que relativamente às suas crenças metateóricas ( $F$  aproxim. (15,400) = 12.6,  $p < .000001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .34 (Marasculio & Levin, 1983). Como pode ser visto no Quadro 3.10., as respectivas análises univariadas (ANOVAs) revelaram que todos os estilos terapêuticos são responsáveis por esta diferença. Assim, em primeiro lugar, surge o "estilo directivo" ( $F$  (5,147) = 40.6,  $p$

**QUADRO 3.10. Médias e ANOVAs Relativas aos Estilos Terapêuticos, por Orientações Teóricas**

Estilos	Orientações Teóricas						$F$ (5,147)
	COMP (n=13)	COG (n=60)	ECLE (n=20)	HE (n=14)	PD (n=30)	SC (n=16)	
Directivo	5.6	5.3	5.0	2.6	3.5	4.7	40.6***
Reflectivo	3.7	3.7	3.7	4.3	4.8	4.4	6.3**
Auto-Reflexão	5.4	5.5	5.5	4.3	5.4	5.3	5.1*

Nota. O valor máximo para cada escala é de 7 pontos.

\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .0001$ ; \*\*\*  $p < .000001$ .

1. Avaliados pelo Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente facilitadoras (ver Anexo III e o Capítulo II).

< .000001), em segundo, o "estilo reflectivo" ( $F(5,147) = 6.3, p < .0001$ ) e por último, o "estilo de encorajamento da auto-reflexão" ( $F(5,147) = 5.1, p < .001$ ).

A análise mais detalhada do Quadro 3.10., permite concluir que os grupos de terapeutas comportamentais, cognitivos e ecléticos se parecem caracterizar por um perfil terapêutico simultaneamente elevado em "directividade" e "encorajamento da auto-reflexão" e intermédio em termos de "reflectividade", não se diferenciando significativamente estes três grupos, relativamente a nenhum dos três estilos (ver Quadro 3.11.). Por sua vez, os terapeutas humanistas, parecem caracterizar-se por

**QUADRO 3.11. Diferenças Significativas Entre as Orientações Teóricas Relativas a Estilos Terapêuticos**

Estilos	Diferenças Entre Orientações Teóricas <sup>1</sup>
Directivo	COMP, COG > SC > PD > HE; ECLE > PD > HE
Reflectivo	PD > COG, ECLE, COMP; HE, SC > COG
Auto-Reflexão	COMP, COG, ECLE, PD, SC > HE

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; ECLE = eclética; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistemas/comunicação.

1. Critério de Newman-Keuls,  $p < .05$ .

muito baixa "directividade" e elevadas "reflectividade" e "encorajamento da auto-reflexão", enquanto que os psicodinâmicos apresentam valores intermédios de "directividade"



e valores elevados de "reflectividade" e de "encorajamento da auto-reflexão". Por último, os terapeutas sistémicos apresentam um quadro único ao patentearem valores elevados em todas as escalas.

Digno de nota é o facto do estilo de "encorajamento da auto-reflexão" ser o único que diferencia as terapeutas do sexo feminino dos do sexo masculino, independentemente de orientação teórica ( $M = 5.5$ ,  $SD = 0.8$ ,  $n = 94$  versus  $M = 5.2$ ,  $SD = 1.0$ ,  $n = 62$ ) ( $t(154) = 2.0$ ,  $p < .05$ ).

A análise dos testes *post-hoc* permite concluir que o grupo de terapeutas humanistas é o mais particular, diferenciando-se significativamente de todas as outras orientações em "directividade" (com o valor mais baixo) ( $p$  pelo menos  $< .01$ , critério de *Newman-Keuls*) e em "auto-reflexão" (igualmente com o valor mais baixo) ( $p$  pelo menos  $< .01$ , critério de *Newman-Keuls*), estilo que não diferencia mais nenhuma orientação. Em termos de "directividade", todas as orientações se diferenciam entre si ( $p$  pelo menos  $< .05$ , critério de *Newman-Keuls*), excepto comportamentais, cognitivos e eclécticos, entre eles. Por último, no tocante à "reflectividade", o grupo de terapeutas psicodinâmicos surge com o valor mais elevado, diferenciando-se de cognitivos, eclécticos e comportamentais ( $p$  pelo menos  $< .01$ , critério de *Newman-Keuls*), diferenciando-se ainda o grupo de terapeutas cognitivos (com um valor mais baixo) dos humanistas e

sistémicos ( $p$  pelo menos  $< .05$ , critério de *Newman-Keuls*). Desta forma, o estilo que parece reunir maior acordo é o de "encorajamento do auto-reflexão", em que só os terapeutas humanistas, com um valor mais baixo, se diferenciam de todos os outros grupos.

Ao compararmos os presentes resultados com os do único estudo que utilizou o mesmo questionário com terapeutas americanos de diferentes orientações teóricas (*i.e.*, comportamentais, cognitivos, ecléticos, humanistas e psicodinâmicos,  $N = 455$ ) (Mahoney et al., 1989), pode-se constatar, recorrendo a um procedimento de transformação dos dados em percentagens médias de acordo com cada uma das escalas<sup>1</sup> que, em termos gerais, independentemente de orientação teórica, os terapeutas americanos aparentam ser mais directivos (41% de acordo versus 35%, para os portugueses), igualmente reflectivos (39% de acordo versus 37%, para os portugueses) e também mais encorajadores da auto-reflexão por parte dos pacientes (83% de acordo versus 74%, para os portugueses)<sup>2</sup>.

-----

1. Tal como em Mahoney et al. (1989), as respostas de 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 foram transformadas em percentis, ou seja, 0, 16.7, 33.3, 50.0, 66.7, 83.4, e 100%, respectivamente. Para obter um valor único, as percentagens correspondentes a todos os itens de cada escala foram somadas, sendo a soma resultante dividida pelo número de itens de cada escala. Assim, este valor representa a média percentual de acordo com cada escala.

2. Todas as percentagens portuguesas globais foram calculadas excluindo os terapeutas sistémicos, por não terem contraponto na amostra americana de comparação. B, F

Em termos de orientações teóricas, enquanto que o grupo dos psicodinâmicos é o menos directivo dos grupos de terapeutas americanos (35% de acordo,  $n = 118$ ) o grupo dos humanistas é o menos directivo dos portugueses (21% de acordo). Na amostra americana, os grupos de comportamentais, cognitivos e ecléticos são os mais elevados em directividade apresentando valores muito semelhantes (43%,  $n = 70$ , 43%,  $n = 61$  e 44%,  $n = 156$ , respectivamente). Verifica-se uma situação semelhante com os grupos portugueses correspondentes, apesar do grupo comportamental apresentar um valor ligeiramente mais elevado (45% para estes e 40%, para ambos, cognitivos e ecléticos. Digno de nota, é ainda o facto dos humanistas americanos serem muito mais directivos do que os portugueses (40%,  $n = 50$ , versus 21%).

Relativamente à reflectividade, ambos os grupos comportamentais, portugueses e americanos, são os que apresentam valores menos elevados (30% e 32%, respectivamente), sendo também ambos os grupos de psicodinâmicos os que apresentam valores mais elevados (48% para os portugueses e 43%, para os americanos). Todos os outros grupos apresentam valores muito semelhantes, no entanto, os valores dos grupos portugueses são ligeiramente mais baixos.

Por último, relativamente ao estilo de encorajamento, os valores dos grupos teóricos americanos são muito semelhantes entre si (rondando os 80% de acordo, para cima), verificando-se o

mesmo para os grupos portugueses (rondando também os 80% de acordo, mas para baixo), excepto, como já foi sublinhado, para o grupo dos terapeutas humanistas (61%, 83% para os americanos).

*Itens Individuais do Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente Facilitadoras.* Ainda que ciente do carácter problemático da validade de conclusões extraídas da análise individual dos itens de qualquer questionário, optou-se por efectuá-la, não só com o objectivo de proporcionar comparações com os terapeutas americanos (Mahoney et al., 1989), mas também pelo nível de especificidade que a análise dos itens pode proporcionar como complemento à informação das sub-escalas. Contudo, com o objectivo de melhorar a validade das conclusões, e dado o elevado número de comparações, recorreu-se ao procedimento de *Bonferroni* para assegurar que todas as diferenças significativas o eram a  $p < .01$  (i.e.,  $.01/20 = .0005$ ).

Como pode ser concluído pela análise dos Quadros 3.12. e 3.13., a opinião dos terapeutas relativamente ao que constituem "práticas psicoterapêuticas óptimas" revela, tal como na amostra americana (Mahoney, et al., 1989), simultaneamente, pontos de convergência e de divergência entre as diversas orientações teóricas. De uma forma geral, esta situação de equilíbrio entre convergência e divergência, é-nos dada pelo facto do número de itens face aos quais se verificam diferenças significativas entre

**QUADRO 3.12. Médias e ANOVAs Relativas aos Itens Individuais do Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente Facilitadoras, por Orientação Teórica**

	Orientações Teóricas						F (5,147)
	COMP	COG	ECLE	HE	PD	SC	
<b>"Um Terapeuta Optimamente Facilitador, Deveria..."</b>							
<b>Estilo Directivo:</b>							
Reforçar verbalmente mudanças apropriadas no paciente.	6.7	6.2	5.7	3.2	4.6	5.4	12.3
Desafiar as crenças irracionais do paciente.	6.1	5.8	4.5	1.3	2.9	3.9	28.4
Fornecer auto-revelações relevantes.	3.9	4.2	4.2	2.2	3.1	4.1	4.0 <sup>ns</sup>
Proporcionar suporte e encorajamento gerais.	6.2	5.7	5.8	4.2	5.4	6.4	4.3 <sup>ns</sup>
Fornecer informações relevantes relativas à adaptação.	5.8	5.2	5.2	2.6	3.7	4.4	11.1
Fornecer uma metáfora ou modelo de mudança.	5.1	5.7	5.4	2.4	3.5	4.8	12.8
Fornecer "trabalhos-de-casa" comportamentais explícitos.	6.4	5.0	4.6	1.2	2.0	4.4	37.2
Incitar ao exercício e à actividade física como adjuntos da terapia.	5.1	4.5	4.8	1.8	3.2	4.3	9.9
<b>Estilo de Encorajamento da Auto-Reflexão:</b>							
Auxiliar o paciente a clarificar pensamentos e sentimentos pessoais.	6.2	6.5	6.6	6.9	6.5	6.3	1.0 <sup>ns</sup>

ap-1 to

Orientações Teóricas

"Um Terapeuta Optimamente Facilitador, Deveria..."	COMP	COG	ECLE	HE	PD	SC	F (5,147)
Solicitar informações relativas ao passado familiar e experiências infantis.	4.2	4.2	4.7	2.2	5.6	4.9	10.6
Confrontar o paciente face a episódios de resistência ou "preguiça".	5.7	5.3	5.5	3.8	4.8	4.4	3.0 <sup>ns</sup>
Incitar o paciente à auto-observação.	5.5	6.3	6.2	3.9	5.4	5.3	7.5
Fomentar esperança e fé no progresso do paciente.	5.7	5.1	5.1	4.0	4.5	5.7	2.3 <sup>ns</sup>
<b>Estilo Reflectivo:</b>							
Focar-se nas preocupações e problemas actuais do paciente.	6.0	5.7	5.8	5.2	4.2	5.4	5.9
Evitar a discussão de questões éticas ou morais.	4.6	3.6	4.2	3.7	4.6	5.3	2.3 <sup>ns</sup>
Reflectir, mais do que responder directamente, às questões do paciente.	4.3	5.2	4.7	6.0	6.0	5.3	3.3 <sup>ns</sup>
<b>Itens Restantes:</b>							
Convidar o paciente a expressar sentimentos intensos.	5.1	5.1	4.9	3.8	4.2	4.3	2.4 <sup>ns</sup>
Fornecer interpretações de sonhos, fantasias ou experiências da vida real.	1.8	2.6	2.5	1.9	5.1	2.9	16.5
Desencorajar o contacto físico entre terapeuta e paciente (para além do aperto de mão).	4.8	4.2	4.1	4.5	5.5	3.3	3.1 <sup>ns</sup>

Manifestar sentimentos de  
irritação ou frustração  
face ao paciente.

1.6 2.6 3.2 2.4 1.5 2.5 4.6<sup>NS</sup>

---

Nota. COMP, n = 13; COG, n = 60; ECLE, n = 20; HE n = 13; PD n = 31; SC n = 16. O valor máximo para cada item é de 7 pontos. Dado o elevado número de comparações, recorreu-se ao procedimento de Bonferroni para assegurar que todas as diferenças significativas o eram a  $p < .01$  (i.e.,  $.01/20 = .0005$ ).

as orientações teóricas, ser exactamente igual àquele face ao qual estas não se verificam (i.e., 10 itens).

A maioria dos itens face aos quais as orientações não se diferenciam, são itens de carácter geral. De entre eles, saliente-se o "auxiliar o paciente a clarificar pensamentos e sentimentos pessoais", que é o item que reúne maior grau de acordo no sentido afirmativo. "Proporcionar suporte e encorajamento gerais", "fomentar esperança e fé no progresso do paciente" e "reflectir, mais do que responder directamente, às questões do paciente", são itens que também reúnem bastante grau de acordo no sentido afirmativo (ver Quadro 3.12.). Por sua vez, "manifestar sentimentos de irritação ou frustração face ao paciente" e "fornecer auto-revelações relevantes", são itens que reúnem acordo num sentido negativo (ver Quadro 3.12.). Três dos itens referidos como reunindo consenso no sentido afirmativo: "auxiliar o paciente a clarificar pensamentos e sentimentos pessoais", "proporcionar suporte e encorajamento gerais" e "fomentar esperança e fé no progresso do paciente" são, também,

dos itens referidos como reunindo maior consenso entre os terapeutas americanos (Mahoney et al., 1989), sugerindo que se trata de fenômenos particularmente robustos.

No sentido da divergência, temos os itens que diferenciam as orientações. Antecipavelmente, estes são, na sua grande maioria e em claro contraste com os anteriores, itens de um alto grau de especificidade, que poderiam ser classificados como itens de ordem técnica. O item em que as orientações se manifestam mais diferentes é, "fornecer 'trabalhos-de-casa' comportamentais explícitos" ( $F(5,147) = 37.2, p < .000001$ ) (ver Quadro 3.12.).

**QUADRO 3.13. Diferenças Significativas Entre as Orientações Teóricas Relativas aos Itens Individuais do Questionário de Práticas Terapêuticas Optinamente Facilitadoras**

Itens	Diferenças Entre Orientações Teóricas <sup>1</sup>
<b>Estilo Directivo:</b>	
Reforçar verbalmente mudanças apropriadas no paciente.	COMP, COG, ECLE > PD > HE; SC > HE
Desafiar as crenças irracionais do paciente.	COMP, COG, > ECLE, SC > PD > HE
Fornecer informações relevantes relativas à adaptação.	COMP, COG, ECLE > PD > HE; SC > HE
Fornecer uma metáfora ou modelo de mudança.	COG, ECLE, COMP, SC > PD > HE
Fornecer "trabalhos-de-casa" comportamentais explícitos.	COMP > COG, ECLE, SC > PD, HE



Incitar ao exercício e à actividade física como adjuntos da terapia.

COMP, ECLE, COG, SC > PD > HE

**Estilo de Encorajamento da Auto-Reflexão:**

Solicitar informações relativas ao passado familiar e experiências infantis.

PD > COG, COMP > HE; SC, ECLE > HE

Incitar o paciente à auto-observação.

COG, ECLE, COMP, SC > HE; COG > PD > HE

**Estilo Reflectivo:**

Focar-se nas preocupações e problemas actuais do paciente.

COMP, ECLE, COG, SC > PD

**Itens Restantes:**

Fornecer interpretações de sonhos, fantasias ou experiências da vida real.

PD > SC, COG, ECLE, HE, COMP

---

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; ECLE = eclética; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistemas/comunicação.

Excluíram-se os itens em que as orientações não se diferenciam.

1. Critério de Newman-Keuls,  $p < .05$ .

Aqui, os terapeutas comportamentais diferenciam-se, pela afirmativa, de todas as outras orientações (ver Quadro 3.13.). Segue-se-lhe o "desafiar as crenças irracionais dos pacientes" ( $F(5,147) = 28.4, p < .000001$ ) (ver Quadro 3.12.), em que comportamentalistas e cognitivos se diferenciam, também pela afirmativa, de todas as outras orientações (ver Quadro 3.13.).

Em terceiro lugar, surge o item "fornecer interpretações de sonhos, fantasias ou experiências da vida real" ( $F(5,147) = 16.5, p < .000001$ ) (ver Quadro 3.12.), que diferencia psicodinâmicos, pela afirmativa, de todas as restantes orientações (ver Quadro 3.13.). Por último, surge o item "solicitar informações relativas ao passado familiar e experiências infantis" ( $F(5,147) = 10.6, p < .000001$ ) (ver Quadro 3.12.) que diferencia psicodinâmicos, também pela afirmativa, de comportamentais, cognitivos e ecléticos (ver Quadro 3.13.).

#### 3.2.4. Crenças Metateóricas, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica

*Crenças Metateóricas e Estilos Terapêuticos.* Com o objectivo de explorar as relações entre as crenças metateóricas e os estilos terapêuticos, todas as variáveis metateóricas (i.e., organicismo, metaforismo, racionalismo e empirismo) foram introduzidas em três modelos de regressão múltipla progressiva, como potenciais preditoras dos diferentes estilos terapêuticos (i.e., directivo, reflectivo e de encorajamento).

Relativamente ao estilo directivo, o modelo explica 18% da variância ( $F(2,147) = 15.9, p < .000001$ ), tendo o procedimento progressivo ("forward stepwise") mantido exclusivamente duas variáveis, o "racionalismo" e o "metaforismo".

O racionalismo é a variável com maior capacidade de previsão do estilo directivo, explicando cerca de 13% da variância ( $F(1,148) = 21.0, p < .00001$ ). Por sua vez, o metaforismo surge em segundo lugar, explicando os restantes 5% da variância ( $F(2,147) = 9.4, p < .01$ ). A análise das correlações parciais permite concluir que, enquanto o racionalismo se encontra positivamente associado com o estilo terapêutico directivo ( $r_v = .42$ ), o metaforismo apresenta uma relação negativa ( $r_v = -.23$ ).

O mesmo procedimento permitiu concluir que não existe, aparentemente, qualquer relação entre as variáveis metateóricas e o estilo terapêutico reflectivo, dado os resultados da regressão não terem sido estatisticamente significativos.

Por sua vez, o modelo de regressão relativo ao estilo de encorajamento da auto-reflexão do paciente, explica cerca de 21% da variância ( $F(2,149) = 20.3, p < .000001$ ).

O racionalismo é, uma vez mais, a variável com maior capacidade de previsão, desta vez do estilo de encorajamento, explicando cerca de 19% da variância ( $F(1,148) = 36.0, p < .000001$ ). Por sua vez, o metaforismo surge, de novo em segundo lugar, explicando os restantes 2% da variância ( $F(2,147) = 3.9, p < .05$ ). A análise das correlações parciais permite concluir que, relativamente ao estilo terapêutico de encorajamento, ambas as relações são positivas ( $r_v = .32$ , para o racionalismo e  $r_v = .16$ , para o metaforismo).

*Crenças Metateóricas, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica.* Apesar de se poder concluir, em função da análise dos resultados anteriores, que existem algumas relações entre as crenças metateóricas dos terapeutas e os respectivos estilos terapêuticos, resta a questão da importância relativa das crenças quando se toma em consideração a orientação teórica dos terapeutas.

Com o objectivo de explorar as relações entre os três tipos de variáveis, as quatro variáveis metateóricas (i.e., organicismo, metaforismo, racionalismo e empirismo) foram estatisticamente controladas, ao serem introduzidas como covariantes da orientação teórica numa série de análises de covariância (ANCOVAs), tendo como variáveis dependentes os estilos terapêuticos.

Os resultados mostraram que as variáveis metateóricas não medeiam significativamente o efeito da orientação teórica, na medida em que o impacto desta última se manteve praticamente inalterado em todas as análises, independentemente de covariante ou de estilo terapêutico, tendo os valores  $F$  variado entre 4.1 (para o estilo de encorajamento, tendo como covariante o racionalismo) e 42.7 (para o estilo directivo, tendo como covariante o metaforismo) e os níveis de significância mantendo-se sempre com um valor igual ou menor que .01.

Por sua vez, a análise dos covariantes revela que, em consonância com os resultados das regressões anteriormente apresentados e independentemente de orientação teórica, as variáveis racionalismo e metaforismo diferenciam os terapeutas em termos de estilo directivo, sendo os terapeutas mais racionalistas igualmente mais directivos ( $F(1,144) = 16.3, p < .001$ ), e os terapeutas mais metafóricos menos directivos ( $F(1,144) = 4.7, p < .05$ ). O mesmo se passando com o estilo de encorajamento, privilegiado por ambos os terapeutas, mais racionalistas ( $F(1,145) = 26.8, p < .0001$ ) e mais metafóricos ( $F(1,145) = 25.9, p < .0001$ ). Por sua vez, ainda os terapeutas mais empíricos parecem também privilegiar o estilo de encorajamento da auto-exploração do paciente ( $F(1,145) = 14.5, p < .001$ ). Tal como para as regressões, nenhum efeito dos covariantes se apresentou como significativo para o estilo reflectivo.

A análise conjunta dos resultados anteriormente apresentados, permite concluir que os estilos terapêuticos são mais discriminadores dos terapeutas das diversas orientações teóricas do que as variáveis metateóricas.

Com o objectivo de corroborar esta ideia, efectuaram-se, inicialmente duas análises de discriminação progressiva ("stepwise"), em que as variáveis metateóricas e os estilos terapêuticos foram utilizados alternadamente como variáveis

preditoras das diferentes orientações teóricas.

A primeira análise discriminante, utilizando as variáveis metateóricas, mostrou-se bastante discriminatória ( $F$  aproxim. (15,403) = 3.83,  $p < .00001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .693, tendo o procedimento progressivo excluído o estilo empírico, devido a insuficiente contributo para a análise. Por sua vez, a variável que a análise progressiva mostrou melhor discriminar as orientações, foi o "organicismo" ( $F$  (5,148) = 4.4,  $p < .001$ ), seguido do "racionalismo" ( $F$  (5,147) = 2.1,  $p < .07$ ) e do "metaforismo" ( $F$  (5,146) = 5.1,  $p < .001$ ). Contudo, a função classificatória<sup>1</sup> limitou-se a classificar correctamente 44% dos casos (24% de probabilidades à priori): 82% dos cognitivos (38% de probabilidades à priori); 27% dos humanistas (9% de probabilidades à priori); 34% dos psicodinâmicos (21% de probabilidades à priori); e 39% dos comportamentalistas (8% de probabilidades à priori), tendo excluído totalmente os ecléticos (17% de probabilidades à priori) e os sistémicos (10% de probabilidades à priori).

A segunda análise, utilizando as variáveis de estilo terapêutico como preditoras, mostrou-se mais discriminante ( $F$  aproxim. (15,400) = 12.63,  $p < .00001$ ), com um coeficiente de

-----  
1. Aplica-se a todas as funções classificatórias posteriores o mesmo tipo de restrições que se apresentaram para a função relativa às variáveis associadas à escolha de orientação teórica.

*Wilk's Lambda* de .344, tendo o procedimento progressivo aceite todas as três variáveis. O estilo que a análise progressiva mostrou melhor discriminar as orientações, foi o "directivo" ( $F(5,147) = 40.5, p < .000001$ ), seguido do "estilo reflectivo" ( $F(5,146) = 3.0, p < .01$ ) e do "estilo de encorajamento" ( $F(5,145) = 2.6, p < .05$ ). A função classificatória melhorou substancialmente, em termos globais, relativamente à análise anterior, classificando correctamente 58% dos casos (23% de probabilidades à priori): 97% dos cognitivos (39% de probabilidades à priori); 50% dos humanistas (9% de probabilidades à priori); e 71% dos psicodinâmicos (20% de probabilidades à priori); tendo, contudo, excluído para além de ecléticos (13% de probabilidades à priori) e de sistémicos (10% de probabilidades à priori), também desta vez, os comportamentalistas (8% de probabilidades à priori).

Tomando em consideração, conjuntamente, todas as variáveis metateóricas e de estilo terapêutico, o procedimento progressivo ("stepwise") mostrou que o modelo mais adequado, no sentido não só de uma maior capacidade preditiva, como também da menor exclusão possível de orientações, é o modelo que engloba todas as variáveis de estilo terapêutico e três das variáveis metateóricas, excluindo a variável "empirismo" ( $F(30,550) = 7.43, p < .00001$ ), com um coeficiente de *Wilk's Lambda* de .256. Aqui, a variável que a análise progressiva mostrou

continuar a melhor discriminar as orientações, foi o "estilo terapêutico directivo" ( $F(5,142) = 40.3, p < .000001$ ), seguido do "organicismo" ( $F(5,141) = 3.9, p < .01$ ), do "estilo de encorajamento" ( $F(5,140) = 3.6, p < .01$ ), do "estilo reflectivo" ( $F(5,139) = 2.8, p < .05$ ), do "racionalismo" ( $F(5,138) = 1.3, p < .27$ ) e, finalmente do "metaforismo" ( $F(5,137) = 2.4, p < .05$ ).

Para melhor compreender a dimensionalidade inerente aos dados, recorreu-se a uma análise de "funções canónicas". Das cinco funções canónicas discriminantes geradas pelos procedimentos, quatro das quais foram significativas ( $\chi^2(30) = 191.9, p < .000001$ ;  $\chi^2(20) = 53.9, p < .0001$ ;  $\chi^2(12) = 29.2, p < .01$ ;  $\chi^2(6) = 12.7, p < .05$ ), explicando, globalmente, cerca de 99% da variância, ou seja, 80%, 10%, 5% e 4%, respectivamente.

Os pesos discriminantes das funções canónicas podem ser vistos no Quadro 3.14. A primeira dimensão é, essencialmente, definida pelo "estilo directivo" (-.92), numa direcção negativa e pelo "estilo reflectivo" (.29), numa direcção positiva. Por sua vez, a segunda dimensão é definida, no sentido negativo, pelo "organicismo" (-.76) e pelo "racionalismo" (-.28), ambas numa direcção negativa. A terceira dimensão é essencialmente caracterizada pelo "estilo de encorajamento" (-.81) e pelo "estilo reflectivo" (-.58), ambos numa direcção negativa e, ainda, pelo "organicismo" (.26), numa direcção positiva. A quarta e última dimensão, por sua vez, caracteriza-se pelo



"estilo de encorajamento" (.46), numa direcção positiva e pelo "estilo reflectivo (-.36), numa direcção negativa.

**QUADRO 3.14. Pesos Discriminantes das Funções Canónicas**

Variáveis	Função 1	Função 2	Função 3	Função 4
Estilo Directivo	<u>-.92</u>	-.05	-.27	.04
Organicismo	.12	<u>-.76</u>	<u>.26</u>	.36
Estilo de Encorajamento	-.23	-.13	<u>-.81</u>	<u>.46</u>
Estilo Reflectivo	<u>.29</u>	-.04	<u>-.58</u>	<u>-.36</u>
Racionalismo	-.16	<u>-.28</u>	-.44	-.32
Metaforismo	.12	.03	-.30	.32

Nota. Sublinhadas as variáveis que mais contribuem para a definição da função.

Como pode ser visto no Quadro 3.15., com base nas médias das variáveis canónicas, a primeira função é a que melhor contribui para a caracterização, pela positiva, dos terapeutas humanistas (2.60) e psicodinâmicos (1.56) e, pela negativa, dos terapeutas comportamentais (-1.35) e cognitivos (-.93). As segunda e terceira funções ou não caracterizam particularmente nenhum dos grupos ou parecem ser redundantes. Por último, a quarta função parece ser a que melhor caracteriza, pela positiva, os terapeutas

eclécticos (.59) e pela negativa, os terapeutas sistémicos (-.34).

**QUADRO 3.15. Médias das Variáveis Canónicas por Orientação Teórica**

Orientação	Função 1	Função 2	Função 3	Função 4
Comportamental (n = 12)	<u>-1.35</u>	1.18	-.08	-.39
Cognitiva (n = 58)	<u>-.93</u>	-.35	.11	-.03
Ecléctica (n = 20)	-.47	.37	.07	<u>.59</u>
Humanista (n = 13)	<u>2.60</u>	.16	.83	-.12
Psicodinâmica (n = 28)	<u>1.56</u>	-.04	-.50	.05
Sistémica (n = 16)	.03	-.15	-.18	<u>-.34</u>

Nota. Sublinhadas as funções que melhor caracterizam cada uma das orientações teóricas.

A análise conjunta dos Quadros 3.14. e 3.15., parece sugerir que os terapeutas humanistas e psicodinâmicos se caracterizam, particularmente, por um perfil marcado simultaneamente por baixa "directividade" e alta "reflectividade", verificando-se rigorosamente o oposto para comportamentalistas e cognitivos. Por sua vez, terapeutas eclécticos e sistémicos parecem ter

perfis opostos. Enquanto que os ecléticos parecem privilegiar o estilo de "encorajamento" e negligenciar a "reflectividade", passa-se o oposto com os terapeutas sistémicos.

A precisão global da função classificatória baseada nas funções anteriores foi de 61.5% (para um valor de 24% de probabilidades à priori, segundo o critério do acaso proporcional). Como pode ser visto no Quadro 3.16., as orientações com menores percentagens de erro de classificação são a cognitiva, com 88% de classificações correctas (39% de probabilidades à priori) e com baixos erros de classificação, distribuídos quase igualmente pelas restantes orientações, excepto pela humanista, e a psicodinâmica com 83.% (20% de probabilidades à priori), sendo a maioria dos casos erradamente classificados igualmente como cognitivos ou humanistas (6.9%). Das restantes orientações, a humanista e a comportamental têm igualmente percentagens aceitáveis de classificações correctas com, respectivamente, 54% (9% de probabilidades à priori) e 42% (8% de probabilidades à priori). A grande maioria dos casos de humanistas classificados erradamente são-no como psicodinâmicos (i.e., 38%), sendo os erros relativos aos comportamentais essencialmente capitalizados pelos cognitivos (i.e., 42%). Só 20% dos ecléticos é que são correctamente classificados (14% de probabilidades à priori), sendo os cognitivos, de novo, os grandes beneficiados com 45% dos erros de classificação dos

terapeutas ecléticos e os psicodinâmicos com 20%. Por último, tal como se verificava nas análises discriminantes envolvendo exclusivamente as variáveis metateóricas ou de estilo

**QUADRO 3.16. Matriz de Classificação de Casos**

Orientação Real	Orientação Preditada					
	COMP	COG	ECLE	HE	PD	SC
Comportamental (n = 12)	41.7%	41.7%	8.3%	0.0%	8.3%	0.0%
Cognitiva (n = 58)	3.4%	88.0%	3.4%	0.0%	1.8%	3.4%
Eclética (n = 20)	10.0%	45.0%	20.0%	5.0%	20.0%	0.0%
Humanista (n = 13)	0.0%	0.0%	0.0%	53.8%	38.4%	7.8%
Psicodinâmica (n = 28)	0.0%	6.9%	0.0%	6.9%	82.7%	3.5%
Sistémica (n = 16)	6.3%	56.2%	12.5%	6.3%	18.7%	0.0%

Nota. Percentagem total de casos correctamente classificados = 61.5%, para 24% de probabilidades à priori. Acentuadas as percentagens correctamente classificadas, por orientação.

terapêutico, nenhum caso é correctamente classificado como sistémico (11% de probabilidades à priori), sendo novamente os cognitivos beneficiados com uma elevada percentagem (i.e., 56%), seguindo-se-lhes os psicodinâmicos com 19% dos erros de classificação dos sistémicos (ver Quadro 3.16.).

A análise dos padrões de erros de classificação anteriores confirma a convicção de análises anteriores, ao sugerir que existe uma proximidade bastante grande, por um lado, entre os grupos de terapeutas comportamentais, cognitivos e ecléticos e, por outro, entre humanistas e psicodinâmicos. Surgindo os terapeutas sistêmicos numa posição intermédia.

De uma forma geral, as três análises discriminantes anteriores parecem corroborar a ideia de que os estilos terapêuticos possuem uma capacidade preditiva superior às variáveis metateóricas, particularmente o estilo directivo, na classificação das orientações teóricas dos terapeutas.

#### 4. Estudo 4 - *Dissonância Entre Crenças Metateóricas e Crenças Pessoais*

##### 4.1. Introdução

Uma das tendências que tem caracterizado a investigação psicoterapêutica no decorrer das últimas três décadas é o recurso a "modelos de ajustamento" entre características dos terapeutas e características dos pacientes, com o objectivo de aumentar a eficácia terapêutica. Desde a clássica dimensão A-B dos terapeutas<sup>1</sup> (Dent, 1978; Whitehorn & Betz, 1954, 1960, citados em Razin, 1977), até várias investigações de "ajustamento" simétrico e assimétrico<sup>2</sup>, relativas a um conjunto amplo de variáveis de terapeutas e pacientes (i.e., passado pessoal e cultural, expectativas, preferências, valores e características cognitivas e da personalidade), foi realizado um número substancial de estudos (Berzins, 1977).

Mais recentemente, o conceito de "visão do mundo" tem vindo a ser reconhecido como uma variável potencialmente importante no processo de ajustamento entre terapeuta e paciente (Harris, Fontana, & Dowds, 1977; Highlen & Hill, 1984; Ivey, Ivey, & Simek-Downing, 1987; Lyddon, 1989a, 1991). Um estudo análogo de

1. Dimensão diferenciadora dos terapeutas com os quais pacientes esquizofrênicos melhoravam mais (i.e., A) ou menos (i.e., B) (Razin, 1977).

2. Ajustamentos com base em características semelhantes ou dissemelhantes entre terapeutas e pacientes.

Lyddon (1989a), mostrou que os sujeitos manifestavam uma preferência significativa pela abordagem terapêutica que mais se assemelhava à sua perspectiva epistemológica dominante, e um estudo clínico de Harris et al. (1977) patenteou que a compatibilidade de visões do mundo de terapeuta e paciente se relacionava com atitudes mais positivas da parte de ambos face à interação terapêutica e com uma maior frequência de atendimento das sessões por parte dos pacientes.

Por outro lado, a história, a filosofia e a psicologia da ciência, mostraram não só que teorias particulares determinam domínios e metodologias específicas de investigação e de intervenção, mas também que as próprias teorias são, por sua vez, delineadas por metateorias ou visões do mundo de um grau de abstração mais elevado e de natureza frequentemente tácita (Belli, 1986; Feyerabend, 1975; Garcia-Marques & Vasco, 1989; Hayek, 1952, 1978; Kuhn, 1970; Lakatos, 1970; Mahoney, 1981; Polanyi, 1962; Weimer, 1977, 1979, 1982).

No campo psicoterapêutico, sabe-se teórica e empiricamente não só que as diferentes escolas se diferenciam relativamente às suas asserções metateóricas (Belli, 1986; Conway, 1989; Dryden & Vasco, 1991; Fishman & Franks, 1992; Hoffman & Nead, 1983; Liotti & Reda, 1981; Lyddon, 1989b; Hershenson, 1983; O'Donohue, 1989; Overton, 1984; Johnson, Germer, Efran, & Overton, 1988; Lee, 1983; Martin, 1988; Messer & Winokur, 1984; Messer, 1986; Schacht

& Black, 1985), como também que os psicoterapeutas se diferenciam relativamente a "predilecções pessoais" (Garfield, 1980) e "asserções implícitas" (Steiner, 1978) e "estilos epistemológicos" (Schacht & Black, 1985).

As atitudes que os terapeutas têm relativamente às asserções teóricas e metateóricas inerentes às diferentes orientações, resultarão de perspectivas pessoais, crenças filosóficas, visões do mundo e valores. Todas estas variáveis se combinarão para tornar uma orientação teórica específica mais atraente do que todas as outras, contribuindo assim para um eventual bom ajustamento entre a personalidade do psicoterapeuta e a orientação de escolha (Barron, 1978; Szalita, 1985).

Contudo, apesar de ser reconhecido não só que os psicoterapeutas, tal como os pacientes, podem diferenciar-se relativamente a visões do mundo, que os levam a seleccionar orientações teóricas que sejam consonantes com os seus empenhamentos pessoais metafísicos e epistemológicos (Lyddon, 1989a), mas também que é importante que os terapeutas acreditem genuinamente nas suas orientações teóricas para que possam ser catalizadores efectivos de mudança (Cummings & Lucchese, 1978), tanto quanto é do meu conhecimento, nenhum estudo, até à data, se dirigiu às possíveis causas e consequências do terapeuta se encontrar em situação de dissonância (grau de ajustamento) com as asserções da sua orientação teórica. Neste contexto, a



dissonância é entendida como o grau de afastamento das crenças metateóricas pessoais dos terapeutas individuais, relativamente às asserções metafísicas e epistemológicas que idealmente caracterizam a orientação teórica que subscrevem.

À luz das considerações anteriores, o presente estudo teve como propósitos:

1 - Avaliar as relações existentes entre a dissonância, (a) o grau de satisfação com a orientação teórica, (b) influência da orientação teórica na prática clínica, (c) grau de satisfação com a carreira, e (d) probabilidade de abandono de carreira. Previu-se que as três primeiras relações fossem negativas e a última, positiva, dado que, presumivelmente, o desacordo entre as crenças pessoais do terapeuta e as asserções da sua orientação teórica contribuirá para a insatisfação com esta, conseqüente diminuição da sua influência na prática clínica e aumento da probabilidade de abandono da carreira.

2 - Tentar compreender o que fazem os terapeutas quando se encontram em situações de dissonância. Antecipou-se que uma das formas de reduzir a dissonância seria seleccionar o eclecticismo como orientação teórica secundária. Assim, foi prevista uma relação positiva entre grau de dissonância e escolha do eclecticismo como orientação secundária, dado considerar-se que esta escolha permite alargar o leque dos "possíveis".

3 - Encontrar outros correlatos da dissonância. Antecipou-se

que um destes correlatos, no sentido negativo, fosse o peso dado à filosofia e valores pessoais na selecção da orientação teórica. Assim, quanto mais em dissonância, menos peso se teria dado a esta variável na escolha de orientação teórica, dado que, presumivelmente, se a escolha da orientação foi ditada, essencialmente, por razões de filosofia pessoal, parece menos provável que surjam discrepâncias entre as asserções da orientação e as crenças pessoais.

#### 4.2. Descrição e Análise dos Resultados

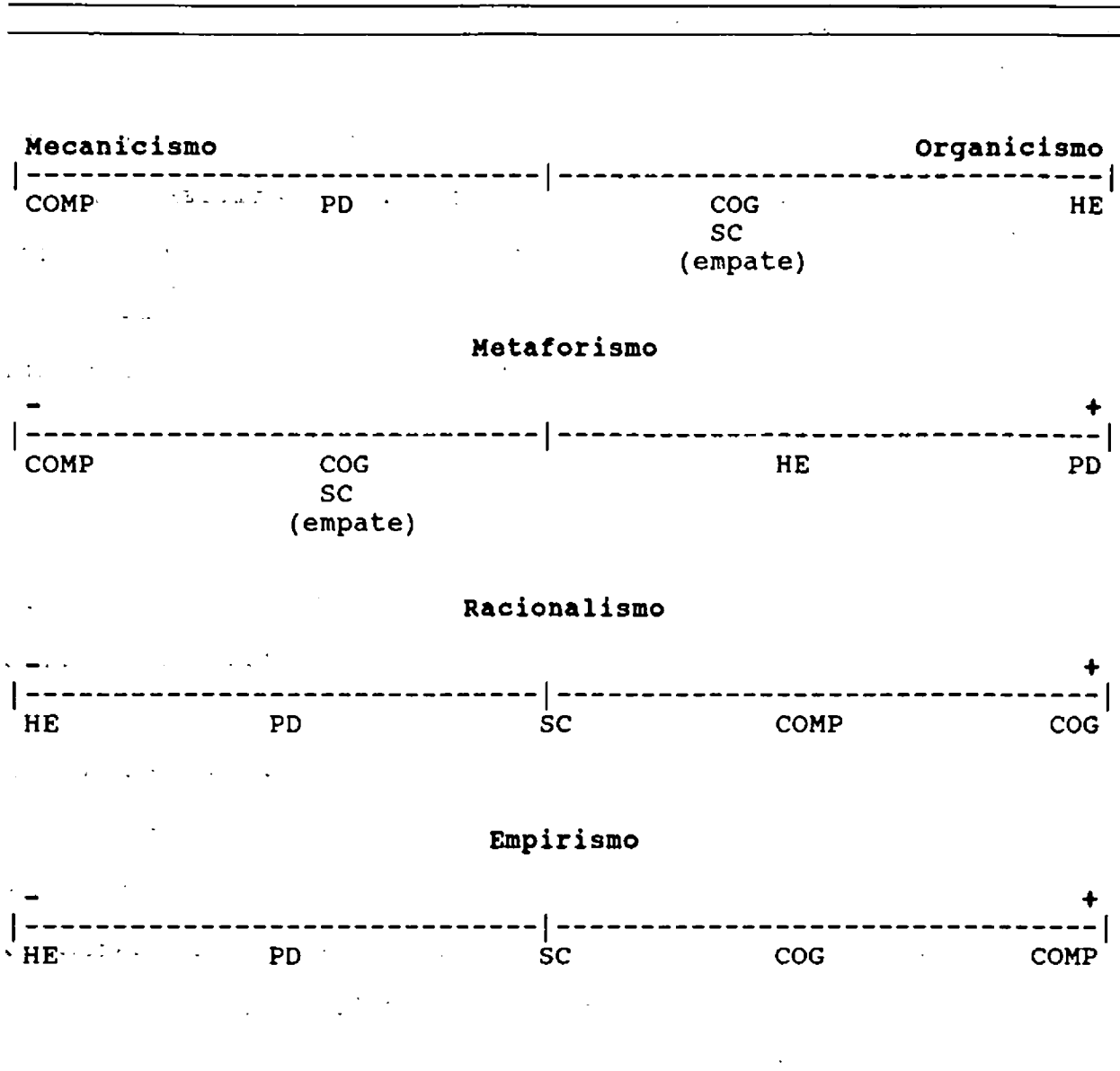
##### 4.2.1. Índice de Dissonância Entre Asserções Metateóricas e Crenças Pessoais

Com o objectivo de construir um índice de dissonância (ID) entre as asserções metateóricas (i.e., metafísicas e epistemológicas) das diferentes orientações teóricas e os cometimentos pessoais dos respectivos aderentes relativamente às mesmas variáveis, procedeu-se da seguinte forma.

Como pode ser visto na Figura 1, as diferentes orientações<sup>1</sup> foram ordenadas relativamente às respectivas asserções metateóricas, em quatro contínuos, cujos critérios de ordenação foram estabelecidos com base na literatura teórica e empírica (Conway, 1989; Fishman & Franks, 1992; Liotti & Reda, 1981;

1. Excluíram-se os terapeutas ecléticos, por ausência de referências metateóricas.

**FIGURA 1. Ordenação das Orientações Teóricas Segundo as Respectivas Asserções Metateóricas**



Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistemas/comunicação.

Lyddon, 1989b; Hershenson, 1983; Johnson, Germer, Efran, & Overton, 1988; Lee, 1983; Messer & Winokur, 1984; Messer, 1986; Schacht & Black, 1985).

Seguidamente, calcularam-se valores para cada sujeito relativos ao *Inventário de Organicismo-Mecanicismo*<sup>1</sup> (OMPI) (essencialmente crenças metafísicas: dimensão de mecanicismo, formismo/organicismo, contextualismo) e às três sub-escalas do *Perfil Psico-Epistemológico*<sup>2</sup> (PEP) (estilo epistemológico: metaforismo, racionalismo e empirismo).

Finalmente, calcularam-se quatro índices de dissonância, avaliando a distância (independentemente de direcção) ao ponto central definido por quartis ou quintis<sup>3</sup> dentro de cada orientação teórica, entre os valores de cada sujeito individual e os "valores ideais" da sua orientação, dividida pelo valor máximo da amostra total, relativamente a cada uma das quatro escalas. A determinação do valor do "ponto ideal" de cada orientação baseou-se tanto em critérios teóricos como empíricos, tal como foi apresentado na literatura revista relativamente às asserções metateóricas das diferentes escolas de psicoterapia.

-----  
1. Ver Anexo II e Capítulo II.

2. Ver Anexo IV e Capítulo II.

3. A divisão das orientações teóricas em quartis ou quintis deveu-se à existência ou não de suficiente discriminabilidade teórica e/ou empírica entre as orientações, relativamente às diferentes variáveis. Tanto na dimensão mecanicista/organicista como na dimensão metafórica utilizaram-se quartis, por incapacidade de discriminar cognitivos e sistémicos.

Calculou-se também um índice de dissonância total, resultante da média da soma dos quatro índices de dissonância, relativos ao OMPI e às três sub-escalas do PEP.

Validade para o "índice de dissonância total" é proporcionada pela forte correlação positiva que apresenta com um outro índice de dissonância, baseado na distância entre os valores de cada sujeito integrante de presente investigação e o valor médio dos sujeitos da sua orientação, relativamente às quatro variáveis ( $r = .80$ ,  $p < .00001$ , teste unilateral).

O facto de se ter optado pelos índices baseados na ordenação das orientações teóricas em função da literatura teórica e empírica, e não nestes últimos, deve-se a considerações de ordem conceptual. Assim, considerou-se que a "rede nomológica" estabelecida pela literatura (na qual, aliás, se constata grande concordância entre as classificações conceptuais e o resultados empíricos) constituía um critério mais fiável do que os valores obtidos na presente investigação, relativos a uma população nunca estudada até à data. Valores estes que, aliás, correspondem de perto à ordenação utilizada<sup>1</sup>.

Outra fonte de validação do índice de dissonância é a relação entre este e os estilos terapêuticos<sup>2</sup>. Calculou-se

1. Ver Quadro 3.8. do Estudo 3.

2. Ver Anexo III e Capítulo II.

também um índice de dissonância relativo aos estilos terapêuticos, resultante da distância entre os valores de cada terapeuta individual e o valor médio da sua orientação teórica, relativamente aos três estilos "directivo", "reflectivo" e de "encorajamento da auto-exploração". Também aqui se verificou uma correlação positiva e significativa ( $r = .29$ ,  $p < .001$ , teste unilateral), sugerindo que o afastamento dos terapeutas em termos de práticas terapêuticas, relativamente às respectivas orientações, é acompanhado por um afastamento a nível de crenças metateóricas.

As médias e desvios padrão dos diferentes índices de dissonância para as cinco orientações teóricas, podem ser vistas no Quadro 4.1.. Os valores médios são muito semelhantes para todas as orientações, excepto para os comportamentais no índice de dissonância total, em mecanicismo/organicismo e metaforismo, cujas médias são substancialmente mais elevadas que as das restantes orientações.

#### 4.2.2. Relações entre Dissonância, Satisfação com a Orientação Teórica, Influência da Teoria na Prática, Satisfação e Probabilidade de Abandono da Carreira

*Satisfação com a Orientação Teórica.* Como previsto, constatou-se uma correlação negativa entre o grau de dissonância total dos terapeutas e a satisfação com a respectiva orientação

**QUADRO 4.1. Médias e Desvios Padrão dos Diferentes Índices de Dissonância, por Orientação Teórica**

Índices	Orientação Teórica									
	COMP (n = 13)		COG (n = 60)		HE (n = 14)		PD (n = 35)		SC (n = 16)	
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
Total	0.11	0.05	0.08	0.04	0.08	0.04	0.09	0.04	0.08	0.06
Mec/Org	0.14	0.08	0.08	0.08	0.09	0.07	0.09	0.07	0.09	0.09
Metafo.	0.14	0.09	0.06	0.05	0.05	0.05	0.09	0.08	0.07	0.05
Racion.	0.08	0.08	0.09	0.06	0.09	0.06	0.07	0.06	0.08	0.08
Empiri.	0.09	0.10	0.08	0.05	0.09	0.06	0.09	0.06	0.08	0.08

Nota. COMP = comportamental; COG = cognitiva; HE = humanista/existencial; PD = psicanalítica/psicodinâmica; SC = sistemas/comunicação.

A amplitude do valor dos índices varia entre .011 e .255 para o índice total, 0 e .385 para mecanicismo/organicismo, 0 e .331 para o metaforismo, 0 e .283 para o racionalismo e 0 e .290 para o empirismo.

teórica<sup>1</sup> ( $r = -.16$ ,  $p < .05$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.2.). Esta relação negativa é particularmente evidente para os terapeutas cognitivos e comportamentais (respectivamente,  $r = -.25$ ,  $p < .05$ ;  $r = -.49$ ,  $p < .05$ , ambos testes unilaterais), não sendo significativa para as três restantes orientações (ver Quadro 4.3.).

1. Avaliada numa escala de 6 pontos (1 = muito insatisfeito; 6 = muito satisfeito) (ver Anexo 1).

**QUADRO 4.2. Correlações Entre Índices de Dissonância e Satisfação com a Orientação Teórica, Influência da Teoria na Prática e Probabilidade de Abandono da Carreira**

Índices de Dissonância	Variáveis		
	Satisfação	Influência	Abandono
Total	-.16*	-.01	.17*
Mecanicismo/ /Organicismo	-.05	--	.10
Metaforismo	-.09	-.02	.10
Racionalismo	-.12	-.06	.06
Empirismo	-.13	.03	.13

Nota. n = 126 a 134, devido a valores omissos.

\* p < .05, testes unilaterais.

De todas as variáveis utilizadas para calcular o índice de dissonância total, aquela que parece contribuir mais para a relação negativa entre a dissonância e a satisfação com a orientação teórica é o empirismo, quase atingindo o nível convencional de significância estatística ( $r = -.13$ ,  $p < .07$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.2).

Relativamente às orientações teóricas, os únicos índices parciais que atingem relações negativas e significativas com a satisfação com a orientação são, para os terapeuta cognitivos, os índices relativos a metaforismo e empirismo (respectivamente  $r = -.23$ ;  $p < .05$ ;  $r = -.22$ ,  $p < .05$ , testes unilaterais) e, para os



**QUADRO 4.3. Correlações entre Índices de Dissonância e Satisfação com a Orientação Teórica, Influência da Teoria na Prática e Probabilidade de Abandono da Carreira, por Orientação Teórica.**

Orientação	Índices de Dissonância				
	Total	Mecan/Organ	Metafor.	Racional.	Empir.
<b>Comportamental</b> (n = 12 ou 13)					
Satisfação	-.49*	-.71**	-.07	-.12	-.23
Influência	.03	-.55*	.25	.35	-.02
Abandono	.47	.32	.31	.18	.23
<b>Cognitiva</b> (n = 51 a 60)					
Satisfação	-.25*	-.03	-.23*	-.19	-.22*
Influência	-.13	.03	.08	-.25*	-.18
Abandono	.08	.17	-.01	-.08	.05
<b>Psicodinâmica</b> (n = 29 a 32)					
Satisfação	.03	.02	-.09	.05	.13
Influência	.17	.15	-.20	.15	.38**
Abandono	.33*	-.05	.03	.47**	.41*
<b>Sistêmica</b> (n = 13 ou 14)					
Satisfação	-.08	.07	.21	-.25	-.23
Influência	.03	.10	-.28	-.02	.16
Abandono	--	--	.47*	-.12	-.19

Nota. O grupo de terapeutas humanistas não foi incluído no Quadro, porque nenhuma correlação atingiu significância estatística.

\* p < .05 \*\* p < .01, testes unilaterais.

terapeutas comportamentais, o índice relativo a mecanicismo/organicismo ( $r = -.71$ ,  $p < .01$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.3.).

*Influência da Teoria na Prática.* Como pode ser visto no Quadro 4.2., os resultados foram contrários às expectativas, com uma correlação praticamente nula, no tocante às relações entre a dissonância total e a influência da teoria na prática clínica<sup>1</sup>.

Contudo, para os terapeutas comportamentais e cognitivos as correlações foram significativas e na direcção esperada. Para os terapeutas comportamentais, relativamente à dimensão mecanicista/organicista ( $r = -.55, p < .05$ , teste unilateral) e para os terapeutas cognitivos em racionalismo ( $r = -.25, p < .05$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.3.).

Curiosamente, para os terapeutas psicodinâmicos a relação atingiu significância na direcção oposta às expectativas, relativamente ao empirismo ( $r = -.38, p < .05$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.3.).

*Satisfação com e Probabilidade de Abandono da Carreira.* Contrariamente às expectativas, não se encontrou nenhuma relação significativa entre a satisfação com a carreira<sup>2</sup> e qualquer dos índices de dissonância, em geral ou adentro das orientações teóricas.

Pelo contrário, relativamente à probabilidade de abandono da

---

1. Avaliada numa escala de 5 pontos (1 = nunca; 5 = sempre) (ver Anexo 1).

2. Avaliada numa escala de 6 pontos (1 = muito insatisfeito; 6 = muito satisfeito) (ver Anexo 1)

carreira<sup>1</sup>, os resultados foram no sentido das expectativas, verificando-se uma relação positiva e significativa entre esta probabilidade e o índice de dissonância total ( $r = .17, p < .05$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.2.).

Contudo, em termos de orientação teórica, a relação só foi significativa para os terapeutas psicodinâmicos no índice total ( $r = .33, p < .05$ , teste unilateral) e relativamente a racionalismo e empirismo (respectivamente,  $r = .47, p < .01$  e  $r = .41, p < .05$ , testes unilaterais), e para os terapeuta sistêmicos em metaforismo ( $r = .47, p < .05$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.3.).

#### 4.2.3. Dissonância e Eclectismo

Contrariamente às expectativas, não se encontrou uma relação significativa entre a dissonância total e a selecção de eclectismo como orientação teórica secundária ( $r = .10, p < .15$ , teste unilateral), ainda que as relações fossem, de uma forma geral, na direcção esperada. Contudo, esta relação atingiu significância na direcção esperada, relativamente ao empirismo ( $r = .17, p < .05$ , teste unilateral).

---

1. Avaliada numa escala de 6 pontos (1 = nada provável; 6 = muito provável) (ver Anexo I).

Para os sub-grupos teóricos<sup>1</sup>, a relação só alcançou significância para os terapeutas cognitivos, de novo relativamente ao empirismo ( $r = .27, p < .05$ , teste unilateral).

#### 4.2.4. Outros Correlatos da Dissonância

Valores e Filosofia Pessoal. Também no sentido das

**QUADRO 4.4. Correlações entre Índices de Dissonância e Filosofia e Valores Pessoais, Idade e Experiência Clínica**

Índices de Dissonância	Variáveis		
	Filosofia	Idade	Experiência
Total	-.19	.22**	.15*
Mecanicismo/ /Organicismo	-.17*	.07	.06
Metaforismo	-.21**	-.27***	.26**
Racionalismo	-.01	.05	.04
Empirismo	-.08	.18*	.12

Nota.  $n = 122$  a  $135$ , devido a valores omissos.

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ , testes unilaterais para a filosofia pessoal e bilaterais para idade e experiência.

expectativas foi a correlação negativa que se verificou entre a dissonância total e a importância dada aos valores e filosofia

1. Não se calcularam valores para o grupo de terapeutas humanistas, porque nenhum deles seleccionou o eclecticismo como orientação secundária.

pessoal na escolha da orientação teórica<sup>1</sup> ( $r = -.19, p < .01$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.4.).

Como pode ser visto no Quadro 4.4., o sentido das correlações foi negativo para todos os sub-índices de dissonância, mostrando-se estatisticamente significativa para a dimensão mecanicismo/organicismo ( $r = -.17, p < .05$ , teste unilateral), bem como para o metaforismo ( $r = -.20, p < .01$ , teste unilateral) (ver Quadro 4.4.).

Contudo, para as orientações teóricas a significância só foi atingida, para os terapeutas comportamentais no racionalismo ( $r = -.59, p < .05$ , teste unilateral) e para os terapeutas psicodinâmicos na dimensão mecanicismo/organicismo e no metaforismo (respectivamente,  $r = -.47, p < .01$ ;  $r = -.31, p < .05$ , testes unilaterais) (ver Quadro 4.5.).

*Idade e Experiência.* Outro correlato positivo da dissonância total foi a idade ( $r = .22, p < .01$ , teste bilateral), particularmente no respeitante a metaforismo e empirismo (respectivamente,  $r = .27, p < .001$ ;  $r = .18, p < .05$ , testes bilaterais) (ver Quadro 4.4.).

Verificou-se o mesmo tipo de relação entre dissonância total e idade, para os terapeutas cognitivos e psicodinâmicos

1. Avaliada numa escala de 5 pontos (1 = nada importante, 5 = muito importante) (ver Anexo I).

**QUADRO 4.5. Correlações entre Índices de Dissonância e Filosofia e Valores Pessoais, Idade e Experiência Clínica, por Orientação Teórica**

Orientação	Índices de Dissonância				
	Total	Mecan/Organ	Metafor.	Racional.	Empir.
<b>Comportamental</b> (n = 12 ou 13)					
Filosofia	-.23	.41	-.15	-.59*	-.20
Idade	.08	.55	-.03	-.27	-.04
<b>Cognitiva</b> (n = 59 ou 60)					
Filosofia	-.12	-.11	-.04	--	-.16
Idade	.32**	.21	.19	.19	.21
<b>Psicodinâmica</b> (n = 29 a 32)					
Filosofia	-.26	-.47**	-.31*	.14	.20
Idade	.50**	-.05	.25	.48**	.42**

Nota. Os grupos de terapeutas humanistas e sistêmicos não foram incluídos no Quadro, porque nenhuma correlação atingiu significância estatística.

\* p < .05 \*\* p < .01, testes unilaterais para "filosofia e valores pessoais" e bilaterais para "idade" e "experiência".

(respectivamente,  $r = .32$ ,  $p < .01$ ;  $r = .50$ ,  $p < .01$ , testes bilaterais), e exclusivamente para os terapeuta psicodinâmicos em racionalismo e empirismo (respectivamente,  $r = .48$ ,  $p < .01$ ;  $r = .42$ ,  $p < .01$ , testes bilaterais) (ver Quadro 4.5.).

Também o nível de experiência clínica<sup>1</sup> apresentou uma relação positiva com a dissonância total ( $r = .19$ ,  $p < .05$ , teste

1. Trata-se do índice exp1 - tempo total de prática em treino + tempo total de prática profissional (ver Estudo 2).

bilateral), particularmente para o metaforismo ( $r = .26, p < .01$ ) (ver Quadro 4.4.). Contudo, as correlações não atingiram significância para nenhuma orientação teórica individual.

## 5. Estudo 5 - *Experiência Clínica, Desenvolvimento Epistemológico e Estilo Terapêutico*

### 5.1. Introdução

Como em muitos outros campos da psicoterapia, a questão das relações entre a forma como a experiência clínica dos psicoterapeutas afecta a conceptualização do processo terapêutico e a forma de agir com os pacientes, bem como a influência destas possíveis modificações nos resultados das intervenções, não são claras.

As revisões de literatura relativas à relação entre o nível de experiência<sup>1</sup> dos terapeutas e os resultados terapêuticos que obtêm, apresentam um quadro complexo, sugerindo que a questão não pode ser, possivelmente, colocada em termos tão simples (i.e., relações lineares entre nível de experiência e resultados da intervenção), necessitando, para a clara compreensão do fenómeno, da introdução de variáveis complementares.

Apesar de, em 1971, Allen Bergin concluir, mediante a revisão de 52 estudos, que 53% daqueles que utilizaram terapeutas experientes, obtiveram resultados positivos, diminuindo esta percentagem para 18%, nos que utilizaram terapeutas

-----  
1. De igual modo, parecem não existir relações entre a idade do terapeuta e os resultados da intervenção (Sexton & Whiston, 1991), ou entre as interações das idades de terapeuta e paciente, e o resultado da intervenção (Atkinson & Schein, 1986).





inexperientes, logo em 1977, a clássica meta-análise de Smith e Glass, patenteou uma correlação nula, entre experiência e resultado terapêutico, recorrendo a 475 estudos.

De igual modo, e de forma mais surpreendente, dois outros estudos (i.e., Anthony & Carkhuff, 1977; Durlack, 1979), mostraram que "terapeutas leigos" e "paraprofissionais" eram tão eficazes como terapeutas profissionais. Contudo, não só o estudo de Anthony e Carkhuff (1977) é considerado como "provavelmente a revisão mais deficiente feita até à data" (Stein & Lambert, 1984, p. 129), como ambas as revisões são consideradas problemáticas, por pouco representativas, e os estudos que revêem, restrictivos do ponto de vista das amostras e levados de deficiências relativas a questões de validade interna (Stein & Lambert, 1984).

Por sua vez, a revisão de Auerbach e Johnson (1977), incidindo sobre 12 estudos que, ao contrário da de Bergin (1971), compararam directamente os resultados de terapeutas mais e menos experientes, e que é considerada como bastante mais rigorosa (Stein & Lambert, 1984; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978), concluiu que, apesar da experiência se encontrar positivamente associada com a qualidade da relação terapêutica, só em 5 dos estudos é que os terapeutas experientes obtiveram resultados superiores. Nos restantes, ou não se verificaram diferenças ou os terapeutas experientes só obtiveram resultados superiores quando os pacientes eram de nível educacional superior.

Como resultado da revisão levada a efeito em 1978, Parloff et al. afirmaram que as suas conclusões eram ainda mais pessimistas do que as de Auerbach e Johnson (1977). Consideraram, prudentemente, que o conjunto de dados existentes não era suficientemente sólido para permitir tirar conclusões e que os dados corroborantes da influência da experiência no resultado terapêutico eram surpreendentemente fracos, não se encontrando a hipótese adequadamente testada.

Posteriormente, a meta-análise de Stein e Lambert (1984), atribuindo particular cuidado à questão da definição de "experiência terapêutica", concluiu que apesar de nenhum estudo, até à data, ter mostrado que a experiência teria grande significado na determinação do resultado terapêutico, era mais provável esta verificar-se quando os grupos eram claramente diferenciáveis na dimensão "experiência", quando se utilizavam intervenções mais complexas do que o "aconselhamento geral" ou "técnicas comportamentais específicas" e com "pacientes difíceis". Contudo, só quando os estudos mais rigorosos são introduzidos nas meta-análises, se parece verificar uma relação medianamente elevada entre experiência e resultado terapêutico (Crits-Cristoph et al., 1991).

Finalmente, as revisões de Beutler e colegas (1986, em preparação), reiteram as conclusões de Stein & Lambert (1984), concluindo que a experiência exerce um efeito complexo nos

resultados, podendo facilitar o processo terapêutico, ainda que esta facilitação não se traduza completa e directamente nos resultados. Resta, assim, responder à questão: "que tipo de pacientes requerem terapeutas experientes e quais os que evoluem positivamente com terapeutas menos experientes" (Auerbach & Jonhson, 1977).

As principais razões que se podem avançar para explicar as poucas relações entre experiência e eficácia terapêutica são: (a) o "entusiasmo" característico e contagiante dos terapeutas em treino ou em início de carreira (e.g., Feinsilver & Gunderson, 1972; Strupp et al., 1969); (b) a existência de um conjunto de características da personalidade, independentes da experiência e comum a todos os terapeutas, particularmente aos mais eficazes (e.g., "focagem no tempo presente", congruência e uma visão positiva da humanidade, Tremblay et al., 1986; "características facilitadoras da relação", para Carl Rogers, 1957; "compaixão", nas palavras de Strupp, 1978); e, finalmente, (c) a confusão entre os conceitos de experiência e competência (Beutler et al., 1986; Beutler et al., em preparação; Fey, 1958; Schacht, 1991). Ser-se competente ou perito não é necessariamente sinónimo de "quantidade de anos de prática terapêutica". A competência implica capacidade adequada de processamento de informação relativa a um domínio específico de conhecimento e acções concordantes, - capacidade essa que pode não se desenvolver

automaticamente com o mero passar-do tempo. Nas palavras de Schacht "pode ser-se um autêntico perito ao fim de 20 anos, com um núcleo de conhecimentos verdadeiramente integrados, ou pode ser-se um eterno 'noviço'...., que tem 'um ano de experiência vinte vezes'" (p. 311, 1991).

Outra área que tem, desde há muito, suscitado o interesse dos investigadores, independentemente das relações entre experiência e eficácia terapêutica, é a das relações entre a experiência clínica e as dimensões inerentes às actividades e atitudes dos terapeutas face ao processo terapêutico.

Num conjunto de estudos clássicos, realizados no início dos anos cinquenta, tendo como sujeitos terapeutas experientes (peritos) e inexperientes (iniciados) de diferentes orientações teóricas (i.e., psicanalistas, rogerianos, adlerianos), Fred Fiedler tirou quatro conclusões principais: (1) uma "boa" relação terapêutica assemelha-se bastante a qualquer outra "boa" relação interpessoal"; (2) o tipo de relação que se estabelece entre terapeuta e paciente é mais função do seu grau de mestria (experiência) do que da sua orientação teórica; (3) os peritos das diferentes orientações descrevem e estabelecem relações terapêuticas que se aproximam mais da "relação terapêutica ideal" do que os não-peritos; e, finalmente, (4) a relação descrita e estabelecida pelos peritos das diferentes orientações assemelha-se mais do que aquela estabelecida por peritos e não-peritos da

mesma orientação (1950a,b, 1951).

Ainda que algumas investigações posteriores tenham corroborado os resultados de Fiedler (e.g., Anthony, 1967; Parloff, 1961; Raskin, 1965, citado em Wogan & Norcross, 1985; Rice, Gurman, & Razin, 1974; Norcross & Wogan, 1983; Wrenn, 1960), estes têm sido indevidamente generalizados, institucionalizando-se a crença de que todos os terapeutas experientes agem terapêuticamente da mesma forma (Wogan & Norcross, 1985). Tanto mais que um número significativo de estudos mais sofisticados (Wogan & Norcross, 1985) têm vindo a contestar as conclusões de Fiedler, mostrando particularmente que a orientação teórica é uma variável mais significativa do que a experiência terapêutica na determinação das atitudes e actividades dos psicoterapeutas (e.g., McNair & Lorr, 1964; Peterson & Bradley, 1980; Sloane et al., 1975; Sundland, 1977; Sundland & Barker, 1962; Wallach & Strupp, 1964; Wogan & Norcross, 1983; Wogan & Norcross, 1985).

Possivelmente, permanece actual a conclusão de Sundland e Barker, emitida em 1962, de que só se obtêm resultados semelhantes aos de Fiedler, caso se comparem terapeutas relativamente a questões de grande unanimidade. Quando as questões sobre as quais incide a avaliação são mais controversas, a orientação passa a ser mais determinante do que a experiência.

Quando, de facto, os resultados das investigações revelam

diferenças entre os terapeutas mais e menos experientes, independentemente de orientação teórica, estas tendem a ir no sentido dos terapeutas experientes aumentarem as capacidades de compreensão, comunicação e estabelecimento da relação com os pacientes (Fiedler, 1950b, 1951), se tornarem mais interpretativos (Anthony, 1967; Rice et al., 1974; Norcross & Wogan, 1983, só para terapeutas comportamentais), considerarem mais importante a compreensão que o cliente tem de si próprio (Anthony, 1967), e se apresentarem como mais variáveis no seu comportamento terapêutico (Rice et al., 1974).

Mais recentemente, Mahoney e Craine (1991) concluíram que terapeutas de seis orientações teóricas diferentes não se diferenciavam relativamente às crenças associadas com o "desenvolvimento psicológico" e com "práticas terapêuticas óptimas", excepto no tocante ao constructo "dificuldade de mudança", não se encontrando o grau de experiência significativamente relacionado com nenhum dos constructos estudados. Contudo, recorrendo a comparações entre as respostas que os terapeutas teriam dado no início das suas carreiras e as respostas que deram no momento presente, foi possível constatar mudanças significativas em cerca de 80% dos itens utilizados, sendo a experiência do terapeuta (relativamente à orientação teórica e às horas de terapia pessoal), a variável melhor preditora de mudança (Mahoney & Craine, 1991).

No seu conjunto, os dados anteriormente apresentados, patenteiam uma situação ambígua, no tocante à influência relativa da orientação teórica e da experiência terapêutica na determinação das atitudes e práticas dos psicoterapeutas. Para a explicação dos resultados contraditórios, pode novamente ser avançada a questão da confusão entre experiência e mestria (Beutler et al., 1986; Fey, 1958; Schacht, 1991), ou a existência de outro tipo de variáveis potencialmente responsáveis pela ambiguidade.

Um campo da Psicologia que normalmente não é relacionado com o tipo de estudos referidos, e que penso pode contribuir para esclarecer os resultados anteriormente apresentados, é o do desenvolvimento, particularmente a área do "pensamento pós-formal" (Alexander, & Langer, 1990; Basseches, 1984; Commons, Richards, & Armon, 1984; Kramer, 1983).

Nos últimos anos, vários autores têm vindo a apontar deficiências e limites ao modelo piagetiano do desenvolvimento cognitivo, particularmente à consideração de que o raciocínio hipotético-dedutivo, característico do final da adolescência e inerente às operações formais, seria a forma final de equilibração das operações mentais (e.g., Basseches, 1984; Broughton, 1975, 1978, 1984; Commons et al., 1984).

Tanto Kramer (1983) como Alexander et al. (1990), parecem concordar que os diferentes modelos que têm surgido como

reformulações das propostas de Piaget, e que podem ser agregados sob a designação de modelos do "pensamento pós-formal", ainda que possuam características diferenciadoras, possuem igualmente alguns elementos comuns relativos às características do pensamento adulto, entendidas como formas progressivas de ultrapassar os constrangimentos e limitações do pensamento formal. Tratam-se essencialmente de três características: (a) *relativismo* - reconhecimento da natureza primordialmente relativa e não-absoluta de todo o tipo de conhecimento, as crenças pessoais constituem uma de entre muitas possibilidades de conhecimento sobre a realidade<sup>1</sup>; (b) *contradição* - a aceitação da contradição e da complexidade como partes integrantes do conhecimento e da realidade, ganha-se tolerância mediante o reconhecimento do carácter dialéctico das relações entre opostos<sup>2</sup>; e (c) *integração* - síntese de elevado nível de abstracção que constitui uma totalidade integrativa de sistemas opostos particulares. Kramer (1983), sugere igualmente correspondências entre o pensamento operatório formal, necessário ao raciocínio hipotético-dedutivo e à verificação empírica, e as

---

1. Perry (1968) expressa a mesma ideia ao afirmar que: "Os outros não podem ser vistos como estranhos, como não humanos, é necessário, por paradoxal que pareça, repeti-los. Por um lado, devem estar errados, mas por outro, não devem estar mais errados do que nós próprios. Desaparece, deste modo, a obrigação moral de convertê-los ou eliminá-los" (p. 131).

2. Lembre-se a propósito o famoso dictum de Karl Popper: "Exijamos, em nome da tolerância, o direito de não tolerar o intolerante" (1963, p. 82).



"visões do mundo" analíticas (i.e., formismo e mecanicismo), e entre o pensamento operatório pós-formal, necessário ao pensamento relativista e dialético, e as perspectivas sintéticas (i.e., organicismo e contextualismo), perspectivas estas propostas por Pepper<sup>1</sup> (1942).

No modelo de "pensamento pós-formal" proposto por John Broughton (1975, 1978), o desenvolvimento relativo aos conceitos de realidade e conhecimento é visto como progredindo numa sequência de sete níveis de complexidade crescente, desde uma posição *objectiva/dogmática* até uma posição *materialista/dialética* (ver Capítulo II). Sequência esta, cujas características progressivas correspondem de perto aos elementos comuns aos diferentes modelos de "pensamento pós-formal" anteriormente mencionados (i.e., relativismo, contradição e integração) (Kramer, 1983; Alexander et al., 1990). Além do mais, e em termos de hierarquia cognitiva, Broughton (1975) considera que o nível de desenvolvimento epistemológico estabelece uma "ponte" entre a dimensão lógica e a dimensão moral. A capacidade para lidar com ideias e sistemas conflituosos, relativamente a questões de ordem lógica e de escolhas éticas e práticas, depende de modificações a nível do desenvolvimento epistemológico (Kitchener, 1983).

---

1. Ver Capítulo II.

O alcançar de um nível epistemológico elevado parece ser condição necessária para, após constatação lógica, por exemplo, de uma contradição relativa a determinado domínio do conhecimento (e.g., a psicoterapia), agir em concordância, promovendo as consequentes alterações. Esta possibilidade verifica-se, dada a capacidade inerente aos níveis superiores de desenvolvimento epistemológico de questionar as fontes de conhecimento estabelecidas, relativizando-as, constatando contradições, integrando o novo conhecimento em totalidades de ordem superior e modificando o comportamento futuro, como consequência.

Por sua vez, Prochaska (1984), baseando-se no modelo de Perry<sup>1</sup> (1968), que postula nove posições progressivas de desenvolvimento intelectual e ético, propôs quatro estádios conceptuais relativos ao desenvolvimento do psicoterapeuta, no tocante à forma como este equaciona a teoria clínica que subscreve face às teorias alternativas:

1. Dualista - Acredita que existe uma resposta certa para todas as questões. Constrói a realidade em termos dicotómicos de bom/mau, verdadeiro/falso. Acredita que o seu sistema de terapia é o verdadeiro e todos os outros falsos. Manifesta profundo desinteresse pelos dados da investigação, visto o seu sistema ser verdadeiro por definição;

2. Multiplicista - Acredita que o estado actual de incerteza e diversidade é um estado transitório. Algures, no futuro, demonstrar-se-á que o sistema em que acredita é o mais eficaz;

-----  
1. Note-se que também Broughton (1975) se baseou, entre outros, no modelo de Perry (1968).

3. Relativista - Acredita que a diversidade e a incerteza são inevitáveis - todo o conhecimento é contextual e relativo. A utilidade de cada sistema é relativa ao problema em questão (i.e., paciente, queixa, terapeuta). Dada a natureza relativa do conhecimento, pensa que nunca se demonstrará que qualquer teoria seja superior a outra; e finalmente,

4. Empenhado ou Ético - O terapeuta sente-se livre para investir em determinado modelo de forma não dogmática, baseando-se numa motivação ética. Este tipo de terapeuta afasta-se do relativismo do conhecimento para o reino da acção empenhada. Este empenho leva-o a adoptar um modelo determinado, tendo consciência dos seus limites, avaliando-o e tentando aperfeiçoá-lo. Reconhece que outros modelos podem ser igualmente válidos para outros terapeutas e está preparado para referir os seus pacientes. O empenho na acção, leva-o para além do reino do conhecimento para o reino do "ser ético" - o reino da prática terapêutica com base num empenhamento consciente e crítico naquilo que acredita ser a forma mais adequada de funcionamento clínico.

De igual modo, Cooper e Lewis (1983) basearam-se no modelo de Perry (1968) para, a partir das suas diferentes posições, sugerir formas para auxiliar os aprendizes de terapeuta a lidar com o relativismo e pluralidade de modelos de psicoterapia.

Em termos empíricos, Stoltenberg e Delworth (1987), constataram que o processo de aprendizagem de psicoterapia pode ser visto como envolvendo três níveis igualmente progressivos e que apresentam semelhanças com os estádios conceptuais propostos por Prochaska (1984).

No primeiro nível, o estudante manifesta profunda confiança na opinião das autoridades (i.e., professores e supervisores), no segundo, manifesta-se uma tendência para o relativismo e personalização, constatando-se no terceiro nível, designado por *integrado*, a aderência não-rígida e crítica a determinada perspectiva. O autores consideram que este nível raramente se

atinge antes de cinco ou seis anos de experiência profissional, podendo demorar substancialmente mais tempo, ou mesmo nunca ser atingindo<sup>1</sup> (Stoltenberg & Delworth, 1987).

Baseando-se num estudo com 28 alunos, Brabeck e Welfel (1985) também concluíram que as diferentes atitudes que se constataam relativamente ao eclecticismo parecem ser determinadas pelo nível de desenvolvimento epistemológico, avaliado com base nas formulações de Kitchener e King (1971). Assim, os alunos de nível mais baixo defendem ou rejeitam o eclecticismo com base na posições de autoridades (*i.e.*, manuais, instructores, etc.). Por sua vez, os de nível intermédio aceitam-no como forma de compromisso entre diferentes "verdades". Finalmente, os mais desenvolvidos parecem aceitar ou rejeitar o eclecticismo com base no exame crítico das diferentes teorias e investigações. Quando o aceitam, fazem-no entendendo-o como uma síntese pragmática para melhor aproximação dos fenómenos clínicos, dentro de um espírito de crítica e falibilidade (Brabeck & Welfel, 1985).

Também a complexidade cognitiva e capacidade de abstracção dos terapeutas parecem estar positivamente relacionadas com os resultados terapêuticos, pelo menos em estudos "análogos"<sup>2</sup>

1. Contudo, mesmo ao fim de um ano de treino psicoterapêutico é já possível constatar modificações nos estudantes, a nível das três estruturas sobre as quais incidem os três níveis propostos por Stoltenberg (1981; Stoltenberg e Delworth, 1987): auto-consciência, motivação e autonomia (Borders, 1990).

2. Ainda que o "tamanho do efeito" ("effect size") seja de  $r = .38$  para os estudos "análogos", este valor é quase nulo ( $r = .05$ ), quando se trata de estudos clínicos, (Beutler et al., em preparação).

(Beutler et al., em preparação; Holloway & Wampold, 1986), bem como com a capacidade de formulação de hipóteses clínicas, ao contrário do nível de experiência (Holloway & Wolleat, 1980).

Curiosamente, as características pessoais mais frequentemente apontadas como necessárias para um clínico, face a situações terapêuticas novas e/ou complexas, como o ser capaz de modificar a percepção e explicação dos fenómenos clínicos bem como o seu comportamento terapêutico, isto é a *flexibilidade* e a *criatividade*<sup>1</sup> (Kottler, 1986, 1991, 1992; Kottler & Blau, 1989; Schwartz, 1978; Vasco, 1986, para publicação), são características igualmente apontadas como integrando os estádios mais elevados do desenvolvimento e da "sabedoria" humana (i.e., Ditmann-Kohli & Baltes, 1990; Gardner, Phelps, & Wolf, 1990; Robinson, 1988; Sternberg, 1990).

Esta digressão desenvolvimentista, mostra que possivelmente não basta aos terapeutas terem experiência, para eventualmente se aproximarem nas suas atitudes face à terapia e nos seus desempenhos terapêuticos. Uma variável que se postula como essencial para este eventual processo de aproximação é o nível de desenvolvimento epistemológico. Assim, a coexistência de um nível de desenvolvimento elevado sem experiência terapêutica, não

-----

1. Como sugeri noutra contexto (Vasco, 1986, para publicação) uma forma de promover a flexibilidade e criatividade terapêuticas, bem como o desenvolvimento do terapeuta é o recurso à auto-avaliação das rotinas psicológicas.

permitirá modificações teórica/práticas por déficit de "material" suficiente sobre o qual se possam produzir modificações. Por sua vez, a experiência terapêutica sem um nível de desenvolvimento elevado, também não proporcionará modificações, dada a incapacidade estrutural do terapeuta em questionar o conhecimento adquirido, e conseqüente rigidez de funcionamento. Assim, só a interação entre experiência e um nível de desenvolvimento elevado, permitirá modificações nas atitudes e práticas terapêuticas, tendencialmente promotoras de aproximações entre os terapeutas de orientações diversas.

Em função da literatura revista, o presente estudo foi elaborado com o objectivo de contribuir para o esclarecimento das seguintes questões.

- 1 - Quais as relações entre experiência e estilo terapêutico?
- 2 - Qual, de entre vários índices de experiência, é o melhor preditor dos estilos terapêuticos.
- 3 - Será que os estilos terapêuticos se modificam com a experiência?
- 4 - O que determina mais os estilos terapêuticos, experiência ou orientação teórica?
- 5 - Dentro de cada orientação teórica, os terapeutas modificam os seus estilos com a experiência?
- 6 - Previu-se que se constatariam interações entre experiência e nível de desenvolvimento, enquanto determinantes dos estilos

terapêuticos. A experiência aproxima os estilos dos terapeutas das diferentes orientações ou será necessário introduzir a variável desenvolvimento? Antecipou-se que esta aproximação só se verificaria quando coexistissem experiência e nível de desenvolvimento elevados.

7 - Quais as relações entre nível de desenvolvimento e dissonância, tal como conceptualizada no *Estudo 4*? Previu-se que os terapeutas menos e mais desenvolvidos procederiam de formas diferentes quando em situação de dissonância. Assim, previu-se que para os terapeutas mais desenvolvidos se constatariam relações negativas entre dissonância e "frequência de uso dos princípios e técnicas da sua orientação teórica", enquanto que para os terapeutas menos desenvolvidos se previu exactamente o oposto. Previu-se ainda uma relação positiva entre nível de desenvolvimento e eclectismo, tal como foi conceptualizado no *Estudo 2*.

## 5.2. Descrição e Análise dos Resultados

### 5.2.1. Experiência e Estilo Terapêutico

*Índices de Experiência.* Como foi salientado no *Estudo 2*, deu-se particular cuidado ao processo de estabelecimento do nível de experiência dos terapeutas, calculando para efeitos de análise estatística, quatro índices diferentes.

Em primeiro lugar,  $exp1$  = tempo total de prática em treino

+ tempo total de prática profissional; em segundo,  $exp2 = "exp1" \times$  tempo médio semanal de prática terapêutica; em terceiro lugar,  $exp3 =$  total de pacientes acompanhados em terapia; e por último,  $exp4 =$  índice composto pelos outros três índices, resultando da soma das divisões de cada um deles pelo respectivo máximo.

*Experiência e Estilos Terapêuticos.* As correlações entre os índices de experiência e os estilos terapêuticos<sup>1</sup> podem ser vistas no Quadro 5.1.. O índice  $exp1$  é o único que está significativamente correlacionado com todos os estilos

**QUADRO 5.1. Correlações Entre Índices de Experiência e Estilos Terapêuticos**

(n = 137)	Índices de Experiência			
	$exp1$	$exp2$	$exp3$	$exp4$
Estilos Terapêuticos				
Directivo	-.43***	-.41***	-.06	-.35***
Reflectivo	.20*	.17*	.07	.16
Encorajamento da Auto-Reflexão	-.23**	-.13	-.03	-.15

Nota.  $exp1 =$  tempo total de prática em treino + tempo total de prática profissional;  $exp2 = "exp1" \times$  tempo médio semanal de prática terapêutica;  $exp3 =$  total de pacientes seguidos em terapia;  $exp4 =$  índice composto pelos outros três índices.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .0001$  (testes bilaterais).

1. Avaliados pelo Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente Facilitadoras (ver Anexo III e o Capítulo II).



terapêuticos. Encontra-se negativamente relacionado com os estilos "directivo" ( $r = -.43, p < .0001$ , teste bilateral) e de "encorajamento da auto-reflexão" ( $r = -.23, p < .001$ , teste bilateral), e positivamente com o estilo "reflectivo" ( $r = .20, p < .05$ , teste bilateral). Tendências semelhantes verificam-se com ambos os índices *exp2* e *exp4*, encontrando-se negativamente relacionados com o estilo "directivo" ( $r = -.41, p < .0001$  e  $r = -.35, p < .0001$ , respectivamente, teste bilateral) e positivamente com o estilo "reflectivo" ( $r = .17, p < .05$  e  $r = .16, p < .05$ , teste bilateral). As correlações destes dois índices com o estilo de "encorajamento" são igualmente negativas, como se verificava para o índice *exp1*, não atingindo, contudo, significância estatística. Relativamente ao índice restante (i.e., *exp3*), ainda que a direcção das três correlações seja a mesma que se verificava para todos os outros, nenhuma é estatisticamente significativa (ver Quadro 5.1.).

Contrariamente ao sugerido na literatura (Auerbach & Johnson, 1977; Mahoney & Craine, 1991), as relações entre experiência e estilos terapêuticos parecem assumir um padrão consistente, particularmente no tocante ao estilo "directivo". Ou seja, com a experiência os terapeutas parecem tornar-se menos directivos.

Dividindo a amostra por *tercis*, concluiu-se que para os terapeutas com menos de três anos de prática (i.e., *exp1*), a

correlação entre experiência e "directividade" é positiva, ainda que não significativa ( $r = .22, n = 33$ ). Esta correlação passa, contudo, a ser negativa para o grupo intermédio (i.e., os terapeutas com experiência entre três e onze anos e meio), continuando não significativa ( $r = -.15, n = 73$ ). Para os terapeutas mais experientes, a correlação permanece negativa, atingindo um nível de significância próximo dos limites tradicionais ( $r = .30, p < .10, n = 33$ )<sup>1</sup>.

Face ao estilo "reflectivo", as correlações são sempre positivas para os três grupos de terapeutas, quase atingindo significância para o grupo intermédio ( $r = .20, p < .10, n = 73$ ). Relativamente ao estilo de "encorajamento", nenhuma das correlações atinge níveis próximos da significância<sup>2</sup>.

Com o objectivo de melhor compreender as relações entre experiência e estilos terapêuticos, os índices<sup>3</sup> *exp1*, *exp2* e *exp3* foram introduzidos em três modelos de regressão múltipla progressiva, como potenciais preditores dos diferentes estilos terapêuticos (i.e., directivo, reflectivo e de encorajamento).

---

1. O mesmo tipo de análise efectuada com o índice *exp2*, dá resultados que vão exactamente no mesmo sentido, acentuando-os pelo facto da correlação para o grupo intermédio ser já significativa ( $r = -.26, p < .05, n = 73$ ), o mesmo se passando com o grupo dos terapeutas mais experientes ( $r = -.53, p < .001, n = 33$ ).

2. Excepto no índice *exp2*, para o grupo mais experiente, no sentido negativo ( $r = -.30, p < .10, n = 33$ ).

3. Não se utilizou o índice *exp4* por ser colinear com os restantes índices não podendo, assim, explicar variância única.

Relativamente ao estilo "directivo", o modelo explica cerca de 24% da variância ( $F(3,134) = 14.3, p < .000001$ ). O índice *expl* explica, por si só, cerca de 18% da variância ( $F(1,134) = 30.7, p < .000001$ ), seguindo-se-lhe o índice *exp3*, que explica cerca de 3% da variância ( $F(2,133) = 5.8, p < .05$ ) e, por último, o índice *exp2*, que explica os restantes 3% ( $F(3,132) = 4.3, p < .05$ ). A análise das correlações parciais, permite-nos concluir que tanto o índice *expl* como o índice *exp2* se encontram negativamente relacionados com o estilo "directivo" ( $r_v = -.27, r_v = -.18$ , respectivamente), enquanto que o índice *exp3* apresenta uma relação positiva ( $r_v = .22$ ).

Relativamente ao estilo "reflectivo", a regressão não se mostrou significativa. Para o estilo de "encorajamento da auto-exploração", o modelo mostrou-se significativo, explicando, contudo, só cerca de 5% da variância ( $F(1,137) = 7.2, p < .05$ ). O único índice aceite foi *expl*, com uma correlação parcial negativa ( $r_v = -.19$ ).

No seu conjunto, os resultados anteriores parecem sugerir a existência de um padrão consistente de relações entre a experiência e os estilos terapêuticos. Os dados sugerem a existência de uma relação negativa entre a experiência, avaliada não importa por qual índice, e os estilos terapêuticos "directivo" e de "encorajamento da auto-exploração", verificando-se exactamente o oposto para o estilo "reflectivo",

que parece aumentar de premência com a experiência.

Por sua vez, o índice que parece explicar mais da variância em termos de estilos terapêuticos é o índice *exp1*, ou seja, tempo total de experiência clínica. Seguem-se-lhe os índices *exp2* e *exp3*, respectivamente, tempo médio semanal de prática terapêutica vezes o tempo total de prática, e total de pacientes seguidos em terapia, que explicam sensivelmente a mesma percentagem de variância relativamente ao estilo terapêutico "directivo".

#### 5.2.2. Experiência, Estilo Terapêutico e Orientação Teórica

As análises a efectuar posteriormente recorreram ao índice *exp2*. Aparentemente, em função dos resultados das correlações e regressões anteriormente apresentados, a opção pelo índice *exp1* pareceria mais evidente. Contudo, tomando em consideração as sugestões de Stein e Lambert (1984), relativas à necessidade de recorrer a índices quantitativos mais válidos do que os índices típicos de "anos de experiência", considerou-se o índice *exp2* como mais adequado, essencialmente por ser aquele que parece representar mais fielmente o grau de perito dos terapeutas. Nem "tempo total de prática clínica" (i.e., *exp1*), nem "quantidade total de pacientes seguidos em terapia" (i.e., *exp3*), dão uma garantia tão rigorosa do tempo efectivamente "passado" em terapia, como o tempo médio semanal de prática terapêutica vezes

o tempo total de prática clínica (i.e., exp2).

Com o objectivo de proceder a comparações relativas ao nível de experiência, a amostra foi dividida em dois grupos, terapeutas mais e menos experientes, recorrendo ao índice exp2. Não só em função do facto dos níveis de experiência das diferentes orientações teóricas serem substancialmente diferentes (ver *Estudo 1*), facto este que poderia levar a atribuir à experiência efeitos melhor atribuíveis à orientação teórica, como também pela experiência adentro das diferentes orientações poder ter significados diferentes. Por isso, optou-se por não constituir os grupos com base na mediana geral do índice exp2. Assim, calculou-se a mediana de exp2 dentro de cada orientação teórica, vindo os dois grupos finais a ser constituídos pelos terapeutas mais e menos experientes, relativamente à sua própria orientação.

Em termos da amostra total, nenhuma comparação entre os grupos de terapeutas mais e menos experientes, proporcionou resultados significativos. Esta ausência de resultados significativos verificou-se não só para os três estilos terapêuticos globais, como também para todos os vinte itens individuais que integram a escala<sup>1</sup>.

Relativamente aos estilos terapêuticos globais, a ausência de diferenças significativas continuou a verificar-se para as

-----  
1. Também aqui se recorreu ao procedimento de Bonferroni para assegurar que todas as diferenças significativas o eram a  $p < .01$ , (i.e.,  $.01/20 = .0005$ ).

comparações adentro de orientação teórica. Contudo, para os itens individuais, os terapeutas ecléticos mais experientes parecem considerar significativamente mais importante "convidar o paciente a expressar sentimentos intensos" ( $M = 5.8$ ,  $DP = 1.3$  versus  $M = 4.3$ ,  $DP = 1.3$ ,  $t(18) = 2.33$ ,  $p < .05$ ). Por sua vez, os terapeutas psicodinâmicos mais experientes, parecem considerar menos importante não só "reforçar verbalmente mudanças apropriadas no paciente" ( $M = 3.6$ ,  $DP = 2.0$  versus  $M = 5.5$ ,  $DP = 1.0$ ,  $t(26) = -3.12$ ,  $p < .01$ ), como também "proporcionar suporte e encorajamento gerais" ( $M = 4.3$ ,  $DP = 1.6$  versus  $M = 5.7$ ,  $DP = 1.4$ ,  $t(26) = -2.35$ ,  $p < .05$ ). Finalmente, os terapeutas comportamentais mais experientes consideram mais importante que os menos experientes, "incitar à auto-observação por parte do paciente" ( $M = 6.5$ ,  $DP = 0.8$  versus  $M = 4.5$ ,  $DP = 1.9$ ,  $t(12) = 2.28$ ,  $p < .05$ ).

Com o objectivo de explorar se os terapeutas, com a experiência, se tornam mais ou menos heterogêneos, em termos de estilos terapêuticos, realizaram-se testes *F-max* de Hartley, relativos à homogeneidade da variância (Winer, Brown & Michels, 1991). De novo, nenhum dos testes proporcionou resultados significativos, quer em termos da amostra total, quer adentro das diferentes orientações teóricas.

Estes resultados sugerem que não se verifica muita diferenciação, com a experiência, nem dependente nem

independentemente de orientação teórica, em termos de estilos terapêuticos. Sugerem ainda, ao contrário de Fiedler (1950a,b, 1951), que os terapeutas não se tornam mais semelhantes com a experiência, independentemente da sua orientação teórica.

Ainda que os resultados anteriores apontem para que os efeitos da experiência no estilo terapêutico não sejam muito significativos, o efeito desta foi estatisticamente controlado, ao introduzi-la como covariante da orientação teórica em três análises de covariância (ANCOVAs), tendo como variáveis dependentes os estilos terapêuticos.

Os resultados corroboram a ideia de que o nível de experiência não medeia significativamente o efeito da orientação teórica, na medida em que o impacto desta última se manteve praticamente inalterado em todas as análises, independentemente de estilo terapêutico. Os valores de  $F$  variaram entre 4.6 (para o estilo reflectivo) e 34.9 (para o estilo directivo) e os níveis de significância mantendo-se sempre, a pelo menos  $p < .001$ .

Por sua vez, a análise da experiência, enquanto covariante da orientação teórica, revela que esta só discrimina terapeutas mais e menos experientes relativamente ao estilo "directivo", sendo os terapeutas menos experiente, mais "directivos" ( $F(1,132) = 10.9, p < .01$ ).

No seu conjunto, os resultados apresentados até ao momento cimentam a convicção de que a orientação teórica é uma variável

muito mais determinante dos estilos terapêuticos, do que a experiência. Os resultados que surgem em contradição com esta convicção, são quase exclusivamente<sup>1</sup> aqueles em que o nível de experiência é tratado como uma variável contínua. Assim sendo, e dadas as diferenças substanciais de nível de experiência que se verificam entre as diferentes orientações teóricas, é mais provável que os efeitos sejam atribuíveis a esta última e não à experiência.

### 5.2.3. Experiência, Desenvolvimento e Estilo Terapêutico

Com o objectivo de melhor compreender as relações entre experiência e nível de desenvolvimento e de testar a hipótese de que para os terapeutas das diferentes orientações se tornarem mais homogêneos, em termos de estilos terapêuticos, não basta o nível de experiência, mas é necessário igualmente um nível de desenvolvimento epistemológico elevado, que lhes permita questionar o conhecimento adquirido, constituiu-se uma sub-amostra da mostra inicial.

*Constituição da Sub-Amostra.* Tanto por razões pragmáticas (i.e., número de terapeutas das diferentes orientações teóricas), como por se considerar que as orientações eram suficientemente

-----

1. Exceptuam-se as diferenças relativas a alguns dos itens da escala, adentro de três orientações teóricas:



diferenciadas para testar a hipótese, optou-se pelos grupos de terapeutas cognitivos e psicodinâmicos. De entre estes, recorrendo ao critério da divisão de cada grupo em terapeutas mais e menos experientes pela mediana do índice *exp2*, seleccionaram-se aleatoriamente vinte terapeutas de cada orientação, ou seja, dez terapeutas mais e menos experientes de cada orientação. Assim, a sub-amostra resultou num grupo de quarenta terapeutas: vinte terapeutas cognitivos, dez menos experientes e dez mais experientes, segundo a mediana do índice *exp2*, face ao próprio grupo; e dezoito terapeutas psicodinâmicos<sup>1</sup>, dez menos experientes e oito mais experientes, igualmente de acordo com a mediana do índice *exp2*, face ao próprio grupo. Todos os trinta e oito terapeutas foram sujeitos à *Entrevista Desenvolvimentista*<sup>2</sup>, relativa aos conceitos de realidade e de conhecimento, proposta por John Broughton (1975).

*Características da Sub-Amostra.* Em termos de idade e experiência, os terapeutas da sub-amostra são muito semelhantes aos da amostra total<sup>3</sup>, com uma média de idades de 35 anos (*DP* =

---

1. Dois dos terapeutas psicodinâmicos mais experientes, após terem aceite participar, vieram posteriormente a declinar o convite, não tendo sido possível proceder à sua substituição.

2. Ver Capítulo II e Anexos V e VI.

3. Ver Estudo 1.

10) e 8 anos ( $DP = 5.8$ ) de experiência terapêutica. Contudo, em termos de sexo, a sub-amostra apresenta um excedente mais acentuado de terapeutas do sexo feminino (76% versus 24%), enquanto que, na amostra total, esta proporção era de 60% para 40%.

Em termos de nível de desenvolvimento<sup>1</sup>, verificou-se uma média global de 4.47 ( $DP = 1.2$ ), sendo as médias das duas orientações praticamente idênticas. Não se verificaram quaisquer correlações significativas entre o nível de desenvolvimento, por um lado, e a idade<sup>2</sup> ou a experiência clínica, por outro.

A sugestão feita por Kramer (1983) relativa à existência de correspondências entre o pensamento pós-formal, necessário ao pensamento relativista e dialéctico, e as visões do mundo organicista e contextualista, encontra corroboração empírica nos presentes dados, ao constatar-se uma correlação positiva e significativa entre nível de desenvolvimento e a "visão do mundo" organicista/contextualista<sup>3</sup> ( $r = .33$ ,  $p < .05$ , teste bilateral).

-----

1. Avaliado numa escala progressiva de desenvolvimento de 7 níveis (ver Capítulo II).

2. No estudo original de Broughton (1975), constatou-se uma correlação positiva e significativa entre idade e nível de desenvolvimento (i.e.,  $r = .77$ ). Tal facto não surpreende à luz da amostra de Broughton ser constituída por 36 sujeitos com idades entre os 10 e os 24 anos, ao passo que a amplitude da presente amostra varia entre os 24 e os 58 anos de idade. Esta ausência de correlação corrobora a ideia de que a medida é mais de desenvolvimento do que de idade (Broughton, 1975).

3. Avaliadas pelo Inventário de Organicismo-Mecanicismo (OMPI) (ver Anexo II e Capítulo II).

*Experiência, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica.* Tal como se verificava para a amostra total, também na sub-amostra se verificam correlações negativas entre os índices *exp1* e *exp2* e o estilo "directivo" ( $r = -.66, p < .0001, r = -.60, p < .0001$ , respectivamente, testes bilaterais). Relativamente aos dois estilos restantes, todas as correlações vão no mesmo sentido (i.e., positivas para o estilo "reflectivo" e negativas para o estilo de "encorajamento"), não atingindo nenhuma delas, contudo, significância estatística.

Em termos de estilos terapêuticos, os grupos cognitivo e dinâmico da sub-amostra apresentam valores muito semelhantes aos que se verificavam para a amostra total<sup>1</sup>. Continuam a diferenciar-se em "directividade" ( $M = 5.6$ , para os cognitivos e  $M = 3.4$ , para os psicodinâmicos,  $t(38) = 9.8, p < .0001$ ) e "reflectividade" ( $M = 4.6$ , para os psicodinâmicos e  $M = 3.6$ , para os cognitivos,  $t(38) = 3.6, p < .001$ ), não se diferenciando em "encorajamento da auto-reflexão" ( $M = 5.6$ , para ambos).

Também como se tinha verificado para a amostra total, não se constataram, na sub-amostra, quaisquer diferenças significativas atribuíveis à experiência, nem para os estilos terapêuticos globais, nem para os vinte itens integrantes da escala, dependente ou independentemente de orientação teórica.

---

1. Ver Estudo 3.

Os testes *F*-max de Hartley de homogeneidade da variância, voltaram a não ser significativos, quer em termos da amostra total, quer adentro das duas orientações teóricas, acentuando a ideia de que com a experiência não se verifica muita diferenciação de estilos terapêuticos, de novo, dependente ou independentemente de orientação teórica.

*Experiência e Nível de Desenvolvimento.* Ao não se constatarem diferenças significativas relativas a estilos terapêuticos, atribuíveis individualmente à experiência ou ao nível de desenvolvimento, a convicção da importância da interacção entre estas duas variáveis acentua-se, pelo facto dos quatro grupos resultantes das combinações de experiência e nível de desenvolvimento se diferenciarem, com base nos resultados de uma análise variância multivariada (MANOVA) ( $F$  aproxim. (3,32) = 4.9,  $p < .01$ , Wilk's Lambda = .68) (Marasculio & Levin, 1983).

Como pode ser visto no Quadro 5.2., as respectivas análises univariadas (ANOVAs) revelaram que só dois dos estilos terapêuticos são responsáveis por esta diferença. Em primeiro lugar, surge o "estilo directivo" ( $F$  (1,34) = 14.3,  $p < .001$ ) e em segundo, o "estilo reflectivo" ( $F$  (1,34) = 5.0,  $p < .05$ ). Curiosamente os grupos mais directivos são os compostos pelos terapeutas simultaneamente menos desenvolvidos e menos experientes ( $M = 5.0$ ) e o dos terapeutas simultaneamente mais

desenvolvidos e mais experientes ( $M = 5.2$ ), que se diferenciam significativamente dos dois grupos restantes (ver Quadro 5.2.). Relativamente ao estilo "reflectivo", os terapeutas que obtêm um valor mais elevado são os mais desenvolvidos e menos experientes ( $M = 5.1$ ), diferenciando-se de todos os outros grupos (ver Quadro 5.2.).

Estes resultados voltam a colocar a questão da linearidade de relações entre experiência e estilos terapêuticos, sugerindo que a variável "nível de desenvolvimento" pode ser necessária para clarificar os resultados.

Ao contrário dos resultados correlacionais anteriormente apresentados, que sugeriam uma relação linear, no sentido

**QUADRO 5.2. Médias e ANOVAS Relativas aos Estilos Terapêuticos, por Experiência e Nível de Desenvolvimento**

Estilos	Grupos				F (1,34)	Diferenças Entre Grupos <sup>1</sup>
	1 (n=15)	2 (n=9)	3 (n=5)	4 (n=9)		
Directivo	5.0	3.6	3.6	5.2	14.3**	1,4 > 2,3
Reflectivo	3.9	4.0	5.1	3.8	5.0*	3 > 1,2,4
Auto-Reflexão	5.5	5.5	5.5	5.8	0.4	

Nota. 1 = menos desenvolvido e menos experiente; 2 = menos desenvolvido e mais experiente; 3 = mais desenvolvido e menos experiente; 4 = mais desenvolvido e mais experiente.

O valor máximo para cada escala é de 7 pontos.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$ .

1. Critério de Newman-Keuls,  $p < .05$ .

negativo, entre experiência e directividade, e no sentido positivo, com a reflectividade, os presentes resultados sugerem que esta relação pode não ser linear, quando se envolve a variável "nível de desenvolvimento". Assim, as características iniciais de alta directividade e baixa reflectividade, para os terapeutas simultaneamente pouco desenvolvidos e pouco experientes, acentuam-se para os terapeutas simultaneamente desenvolvidos e experientes. Possivelmente, como sugerem Auerbach e Johnson (1977), alta directividade e baixa reflectividade não significarão exactamente a mesma coisa para os dois grupos e surgirão por motivos diferentes.

A hipótese de que para os terapeutas de diferentes orientações se tornarem mais homogêneos é necessária a coexistência de experiência e nível de desenvolvimento elevados, também recebe uma corroboração relativa.

Para a testar, os terapeutas foram agrupados em dois grupos, independentemente de orientação teórica. O primeiro composto pelos terapeutas simultaneamente experientes e desenvolvidos e o segundo, por todos os restantes terapeutas. Infelizmente, não podendo a variável "nível de desenvolvimento" ser controlada antecipadamente, resultaram grupos quantitativamente diferentes. Assim, enquanto que o grupo simultaneamente experiente e desenvolvido é composto apenas por nove terapeutas, o grupo constituído pelos restantes terapeutas mais que triplica este



valor ( $n = 29$ ).

Não se verificando diferenças significativas nas médias dos dois grupos relativamente a nenhum dos estilos terapêuticos, verificou-se, contudo, que os terapeutas simultaneamente experientes e desenvolvidos eram mais semelhantes entre si, do que todos os restantes terapeutas, relativamente a dois dos estilos terapêuticos, o "directivo" ( $SD = 1.2, n = 9$ , versus  $SD = 1.3, n = 29$ ) e o de "encorajamento da auto-exploração" ( $SD = 0.5, n = 9$ , versus  $SD = 0.9, n = 29$ ), verificando-se o oposto para o estilo "reflectivo" ( $SD = 1.2, n = 9$ , versus  $SD = 0.9, n = 29$ ). Contudo, o teste só atingiu significância estatística para o estilo de "encorajamento" ( $F$ -max de Hartley (1) = 3.0,  $p < .05$ , teste unilateral).

O significado destes resultados ganha maior ênfase dado que a não-equivalência de sujeitos em cada célula torna o teste da hipótese extremamente conservador. Sendo de esperar, devido à instabilidade das pequenas amostras, que a variância fosse maior no grupo mais pequeno, o facto de ter sido encontrada uma diferença significativa, exactamente no sentido oposto, assume particular importância.

#### 5.2.4. Nível de Desenvolvimento e Dissonância

A análise dos presentes resultados parece lançar nova luz sobre as considerações feitas no Estudo 4, relativamente às

diferentes soluções adoptadas pelos terapeutas quando se encontram em situação de dissonância entre as crenças pessoais e as asserções metateóricas das respectivas orientações.

Assim, dividindo a sub-amostra pela mediana relativamente ao nível de desenvolvimento, constata-se uma correlação positiva entre o índice de dissonância e a "frequência de uso dos princípios e técnicas da orientação teórica, para o grupo constituído pelos terapeutas menos desenvolvidos ( $r = .11$ ,  $p < .32$ ,  $n = 20$ , teste unilateral) e negativa, para o grupo dos terapeutas mais desenvolvidos ( $r = -.40$ ,  $p < .09$ ,  $n = 13$ , teste unilateral). Ainda que nenhuma destas correlações seja significativa, a sua diferença atinge níveis muito próximos da significância ( $z = 1.34$ ,  $p < .09$ , teste unilateral) (Cohen, & Cohen, 1983). A importância destes resultados acentua-se se tomarmos em consideração a reduzida dimensão das amostras.

Constata-se, igualmente, como o previsto, não só uma correlação positiva entre eclectismo e nível de desenvolvimento ( $r = .26$ ,  $p < .05$ ,  $n = 38$ , teste unilateral), como também uma relação negativa entre eclectismo e frequência de utilização de princípios e técnicas da orientação teórica ( $r = .40$ ,  $p < .01$ ,  $n = 37$ , teste unilateral).



#### IV - CONCLUSÕES

Após a descrição e análise dos resultados inerentes a cada um dos *Estudos* pretende-se, com a presente secção de *Conclusões*, apontar as principais limitações dos mesmos, articular e integrar conceptualmente os resultados mais significativos com a literatura relevante, apontar algumas implicações práticas e sugerir linhas directrizes para investigações futuras.

##### 1. Limitações

Antes de iniciar as conclusões, é importante sublinhar que os resultados em que estas se baseiam devem ser interpretados cuidadosamente, tendo em conta a natureza dos instrumentos utilizados, particularmente o facto de estes serem de "auto-relato" (sempre sujeite a distorções e a enviesamentos associados à desejabilidade social), o carácter transversal das comparações que envolvem as variáveis experiência e desenvolvimento, e contextualizados em termos da representatividade (nacional e internacional) da amostra. Particular cuidado deve ser posto na interpretação dos resultados que envolvam a sub-escala de "reflectividade" do *Questionário de Práticas Terapêuticas Optimamente Facilitadoras*, dado o baixo coeficiente de alfa encontrado na amostra dos psicoterapeutas portugueses.

Relativamente ao carácter de "auto-relato" dos instrumentos utilizados convirá, contudo, acentuar o nosso acordo com Wogan e Norcross (1985), quando defendem que a fenomenologia dos psicoterapeutas não deve ser descartada com base na ideia de que os "auto-relatos" dos terapeutas não se correlacionam satisfatoriamente com o seu comportamento. Como afirmaram, "a questão dos comportamentos 'válidos' do terapeuta não é simplesmente empírica; trata-se de uma questão profundamente pessoal e filosófica relativamente à 'realidade' e aos significados subjectivamente percebidos" (p. 72, 1985). Entendo que um quadro completo só pode ser proporcionado se a investigação se dirigir, de forma complementar: (a) aos comportamentos dos terapeutas avaliados por cotadores independentes; (b) à fenomenologia do terapeuta (caso dos presentes estudos); e (c) às relações entre a fenomenologia do terapeuta e os seus comportamentos manifestos.

Convirá ainda sublinhar que, como o poder dos testes estatísticos para detectar diferenças significativas entre grupos diminui, concomitantemente, com a diminuição do tamanho destes (para níveis de alpha e "tamanhos de efeito" semelhantes), no caso das comparações por sexo, experiência e, particularmente, orientação teórica, é possível que só as diferenças de maior dimensão tenham sido detectadas.

Ainda em termos estatísticos, o recurso frequente a análises multivariadas (MANOVAs), permitiu neutralizar o conhecido problema da inflação do nível de *alpha*, que surge quando se comparam diferentes grupos relativamente a várias variáveis, recorrendo exclusivamente a testes univariados (Hair, Anderson, & Tatham, 1988; Marasculio & Levin, 1983; Winer, Brown, & Michels, 1991). Por sua vez, os resultados relativos às análises classificatórias utilizadas no *Estudo 3* devem ser interpretados cuidadosamente, devido ao facto de o mesmo grupo de sujeitos ter sido utilizado simultaneamente como objecto da análise discriminante e como amostra de teste da capacidade preditiva do modelo (Hair et al., 1988), dado o número limitado de sujeitos que constituem a amostra.

O conjunto de limitações apontado sugere que a futura exploração das variáveis tratadas nos diversos *Estudos*, deve efectuar-se com amostras de maior dimensão, recorrendo também a metodologias longitudinais e com instrumentos não só de "auto-relato".

## 2. Estudo 1 - *Características Demográficas, Actividades Profissionais, Perspectivas Teóricas e Satisfação com o Treino e Carreira dos Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com o Reino Unido e os Estados Unidos*

## 2.1. Características Demográficas

Tal como na generalidade das profissões liberais, a grande maioria dos psicoterapeutas portugueses privilegia como local de residência, os distritos do litoral e as grandes cidades. Sendo óbvio que as necessidades psicoterapêuticas das populações não diminuem do litoral para o interior, dê-se a título de exemplo o Alentejo, particularmente o distrito de Beja, que possui a taxa mais elevada de suicídio em Portugal (i.e. 4 vezes superior à do resto do país), é importante alertar a classe para o facto e incentivá-la a descentralizar o exercício da sua prática. Tanto mais, sabendo-se que não se verificam diferenças, a nível da satisfação com o exercício da prática terapêutica, entre os meios urbano e rural (Guy, 1987).

A distribuição dos psicoterapeutas por sexo, tanto a nível real como a nível da amostra, indica que tendem a ser os elementos do sexo feminino a privilegiar a profissão. Esta desigualdade deve-se, particularmente, à classe dos psicólogos, na qual a proporção feminino/masculino é de cerca de 60% para 40% (independentemente de especialidades) (Vala et al., 1981). Os médicos psiquiatras (incluindo psiquiatras e pedopsiquiatras) poderiam tendencialmente contrabalançar esta tendência, visto que a proporção entre sexos é aqui de 67% de homens para 33% de mulheres (INE, 1988), não o chegando a fazer, generalizando com base nos dados da amostra, pelo facto de cerca de 70% dos

membros das associações de psicoterapia serem psicólogos. Se cumpre aos psicólogos tentarem cativar mais indivíduos do sexo masculino para a profissão, caberá aos médicos cativar mais mulheres.

Comparativamente ao Reino Unido e aos Estados Unidos, particularmente no tocante a este último, não oferece surpresa o facto da amostra portuguesa ser relativamente mais jovem e mais inexperiente. Por um lado, existe uma relação directa entre o nível de desenvolvimento sócio-económico das sociedades, as necessidades a nível de saúde mental das comunidades (particularmente no respeitante aos comportamentos desviantes e às neuroses) e consequentemente, o número de profissionais preparados lhes responder. Por outro, é relativamente recente entre nós, não só a possibilidade de acesso à prática da psicoterapia por profissionais que não psiquiatras (o que é corroborado pelo facto das mulheres da amostra, maioritariamente psicólogas, serem mais jovens e menos experientes do que os homens), mas também a existência de sociedades e/ou associações que facultem uma formação pós-graduada em psicoterapia.

## 2.2. Actividades Profissionais

Relativamente às actividades profissionais, cabe salientar que a actividade a que um maior número dos membros das associações portuguesas de psicoterapia se dedica é, de facto, à

prática da psicoterapia, consignando-lhe igualmente a maior fatia do seu tempo de trabalho. Enquanto que um maior número de terapeutas experientes se dedica à prática terapêutica (atribuindo-lhe igualmente mais tempo de trabalho) e à supervisão, os terapeutas menos experientes dedicam mais tempo do seu trabalho a "outras" actividades. Estes dados parecem sugerir que os terapeutas menos experientes ou não pretendem dedicar-se com tanta intensidade à psicoterapia ou que, enquanto não conseguem estabelecer uma prática substancial, têm que se dedicar a actividades não directamente relacionadas com a psicoterapia. Contudo, o facto de se verificar uma relação negativa entre o tempo dedicado às actividades não relacionadas com a psicoterapia e a satisfação com a carreira, sugere que a última alternativa é mais verosímil.

Comparativamente aos colegas estrangeiros e surpreendentemente, dada a composição profissional mais heterogénea da amostra, um menor número de terapeutas portugueses aparenta envolver-se num leque alargado de actividades, dedicando-lhes, contudo, um tempo médio muito semelhante.

Os terapeutas portugueses privilegiam largamente a prática da psicoterapia individual, particularmente com adultos, no que se assemelham a britânicos e americanos. Contudo, ainda que um menor número de terapeutas portugueses se encontrem envolvidos na prática das modalidades conjugal, grupal e familiar, parecem

dedicar às duas últimas uma maior percentagem do seu tempo.

Não diferindo os sexos na quantidade de terapeutas portugueses que fazem psicoterapia com crianças ou adultos, curiosamente, são as terapeutas do sexo feminino que dedicam mais tempo à prática da terapia individual com crianças, surgindo os homens em primeiro lugar, particularmente os mais experientes, no tocante ao tempo dedicado à terapia individual com adultos.

A orientação teórica dos terapeutas parece ser determinante a nível das modalidades de intervenção que privilegiam. Comportamentalistas (quantidade de terapeutas) e cognitivos (percentagem de tempo) parecem ser as orientações que mais se dedicam à prática da terapia individual com crianças. Em termos de terapia individual com adultos, ainda que não diferindo das restantes orientações na quantidade de terapeutas que a contempla, são os psicodinâmicos que lhe atribuem mais do seu tempo profissional. Na terapia grupal com adultos, são os humanistas que prevalecem, não só no número de terapeutas que a contempla na sua prática, mas também na quantidade de tempo que lhe dedicam. Por último, os sistémicos são os terapeutas que em maior número mais tempo consagram à prática da terapia familiar. Em termos das seis orientações consideradas, restam os ecléticos que parecem ser igualmente ecléticos em termos de modalidades terapêuticas, não praticando nenhuma delas em maior número ou significativamente mais tempo do que as restantes orientações.

Tomando como ponto de referência o modelo do "cientista/praticante" (Raimy, 1950; Derner, 1965; Goldfried, 1984; O'Sullivan & Quevillon, 1992), modelo normalmente utilizado para a caracterização da formação dos psicólogos clínicos anglo-saxónicos, ao considerarmos os dados relativos às actividades de investigação dos psicoterapeutas portugueses, podemos concluir que estes privilegiam em larga medida a vertente "praticante", dado que menos de metade se dedica à investigação ou publicaram qualquer artigo. O mesmo não se parece verificar com os colegas ingleses e americanos que se dedicam substancialmente mais à investigação, publicando com maior assiduidade.

De entre os terapeutas portugueses, são os experientes que mais se dedicam à redacção de artigos sobre psicoterapia, tendo igualmente publicado mais artigos, particularmente os terapeutas comportamentais.

O local central de trabalho dos terapeutas portugueses é "outro" seguido da prática privada, relativamente às nove alternativas que foram sugeridas. Os principais responsáveis por esta situação são os terapeutas menos experientes, particularmente cognitivos e sistémicos que, em consonância, privilegiam igualmente "outra" como auto-imagem principal. Por sua vez, os mais experientes escolhem a prática privada como local central de trabalho e optam maioritariamente pela auto-imagem de psicoterapeuta.



Esta situação, relativamente ao local central de trabalho dos terapeutas menos experientes, deixa margem a dúvidas, não sendo claro se se trata de uma opção ou de consequência de constrangimentos diversos. Sabendo-se a dificuldade que os psicólogos têm em ser colocados, a nível institucional, em serviços ligados à saúde, onde possam praticar psicoterapia ou ainda, a dificuldade em estabelecer uma prática privada substancial (Tryon, 1983a), parece que os constrangimentos exteriores terão um papel relevante.

Como a maioria dos psicoterapeutas, particularmente os psicólogos, começarão a exercer entre os 22 e os 28 anos de idades, período considerado por Levinson (1978), em termos de "tarefas de desenvolvimento", como de *Entrada no Mundo Adulto*, a situação de entrada na profissão poderá ser particularmente difícil e conflituosa, atendendo particularmente ao facto desta fase ser essencialmente caracterizada pelo conflito entre "explorar e "investir". Sendo significativas as dificuldades materiais do exercício da profissão, nomeadamente, o conseguir um local de trabalho institucional ou o estabelecer uma prática privada, a soma destas dificuldades com a ambiguidade inerente aos processos de "explorar" e "investir", tanto em termos afectivos a nível da vida pessoal, como profissionais, pode tornar esta fase particularmente difícil. Uma resposta mais definitiva terá de aguardar futuras investigações..

Finalmente, não constitui surpresa, dadas as características particulares do Sistema Nacional de Saúde britânico, que as amostras portuguesa e americana sejam mais semelhantes entre si no tocante aos locais centrais de trabalho, particularmente no que diz respeito ao papel central da prática privada em Portugal e nos Estados Unidos.

### 2.3. Perspectivas Teóricas

Em termos de orientação teórica, os terapeutas portugueses parecem optar preferencialmente pelas perspectivas psicodinâmica/psicanalítica e pela cognitiva. Esta distribuição de preferências diferencia-os dos colegas ingleses e americanos que privilegiam as orientações comportamental e ecléctica. Convirá, contudo, salientar o facto da perspectiva ecléctica alcançar, entre os portugueses, 13% das opções, dado a vasta maioria dos sujeitos integrantes da presente amostra pertencer a sociedades terapêuticas "ideologicamente" vinculadas.

As diferenças relativas a experiência parecem espelhar a evolução da psicoterapia em Portugal. Assim, os terapeutas psicodinâmicos e comportamentais surgem como os mais experientes e os cognitivos como os menos.

Os terapeutas portugueses apresentam níveis de satisfação com as respectivas orientações teóricas, semelhantes aos dos terapeutas americanos. Contudo, os terapeutas portugueses mais

experientes, encontram-se mais satisfeitos com as respectivas orientações do que os menos experientes. Não é surpreendente que sejam os ecléticos, identificados com uma orientação de contornos menos definidos e supostamente envolvidos num processo activo de procura, os menos satisfeitos com a sua orientação teórica.

Os valores e filosofia pessoal dos terapeutas portugueses, parecem ser a variável que mais peso teve na escolha de orientação teórica. Quando contrastados com os colegas americanos, que parecem ser mais pragmáticos ao privilegiarem a "experiência clínica" como base desta escolha, os portugueses aparentam ser mais movidos por razões filosóficas. Este parece ser o caso particularmente para os terapeutas sistémicos, que são o grupo que menos peso dá aos resultados da investigação como elemento de escolha de orientação. Tal não surpreende, dada a pouca tradição de investigação adentro desta perspectiva, quando comparada com as restantes.

É importante tomar em consideração o facto da questão relativa ao peso dado às diferentes variáveis na escolha da orientação teórica, ser colocada em termos da orientação teórica actual. Tomando em consideração que a amostra americana é substancialmente mais experiente do que a portuguesa, é natural que o tempo de experiência clínica seja uma variável determinante para a sua própria invocação: como razão de peso na

selecção da orientação teórica actual. O facto de ser esta a única razão a que os terapeutas portugueses mais experientes dão significativamente mais peso do que os menos experientes, corrobora a ideia de que os menos experientes estarão essencialmente a considerar as razões de escolha da orientação teórica inicial, que é simultaneamente a actual, enquanto que os mais experientes estarão a considerar a actual, que pode não ser a inicial.

#### 2.4. Treino e Carreira

A duração e as características do treino dos terapeutas portugueses variam, como seria antecipável, com as respectivas orientações, sendo os psicodinâmicos o grupo que se submeteu a um treino mais longo e os cognitivos a um treino menos longo. Apesar da grande maioria dos terapeutas considerar a terapia pessoal como um requisito importante na formação do psicoterapeuta, esta consideração é particularmente verdadeira para os terapeutas humanistas, dinâmicos e sistémicos.

Não será demais sublinhar a importância do treino dos terapeutas, não só pelas relações óbvias que este tem com a eficácia terapêutica, mas também por se encontrar substancialmente associado com a satisfação com a carreira. Este facto é documentado tanto pelos dados do presente estudo, como também entre os terapeutas americanos (Norcross & Prochaska,

1983a; Tryon, 1983b). De igual modo, será também importante dar mais atenção às questões associadas com o exercício da prática privada, no treino dos terapeutas, dado a maioria considerar, pelo menos entre os terapeutas americanos, que o treino não os prepara adequadamente para o exercício neste contexto (Norcross, Nash, & Prochaska, 1985; Tryon, 1983a).

Tal como para a satisfação com a orientação, os terapeutas experientes são também aqueles que mais satisfeitos estão com os respectivos treino e carreira. Ainda que as variáveis associadas à satisfação com a carreira de psicoterapeuta não tenham sido a preocupação fulcral do presente estudo, os dados permitem concluir que ela se encontra associada não só com as variáveis já referidas, satisfação com a orientação teórica e com o treino, mas também com o facto de exercer prática privada e de ter escolhido a respectiva orientação teórica actual com base nas "experiências de vida" e na "experiência clínica". A literatura mostra igualmente que a satisfação com uma carreira em psicoterapia é frequentemente atribuída aos benefícios económicos, ao prestígio, ao facto de servir os outros, à variedade propiciadora de estimulação intelectual e ao desenvolvimento pessoal (Guy, 1987).

Os terapeutas portugueses são mais semelhantes, no tocante à satisfação com o treino e a carreira, aos colegas ingleses do que aos americanos, que patenteiam níveis mais elevados. Dada esta

situação, é particularmente curioso assinalar o facto de que os terapeutas portugueses voltariam a escolher, caso lhes fosse dada uma segunda oportunidade, a carreira de psicoterapeutas, substancialmente mais do que os americanos.

Em termos genéricos, podemos concluir que a comunidade psicoterapêutica portuguesa é simultaneamente semelhante e diferente das comunidades britânica e americana. As semelhanças dever-se-ão a um núcleo comum de características e actividades que, independentemente das particularidades dos contextos nacionais, contribuirão para o delinear do perfil do psicoterapeuta. Por sua vez, as diferenças dever-se-ão exactamente às particularidades históricas, sociais e económicas inerentes aos respectivos contextos nacionais, que inevitavelmente sempre tingirão de "nacionalidade" os terapeutas dos diversos países. Ainda que as comparações com a comunidade francesa tenham sido de número muito reduzido, parecem, mesmo assim, sugerir que não existe uma "latinidade" terapêutica, particularmente no tocante às características pessoais dos terapeutas. Os franceses, comparativamente aos colegas portugueses, são em muito maior número do sexo masculino, médicos e de orientação psicanalítica ou psicodinâmica, apresentando igualmente médias de idade e experiência bastante superiores às portuguesas.

As diferenças relativas aos níveis de satisfação com a orientação teórica, treino e carreira, entre os terapeutas menos e mais experientes, todos mais elevados para este último grupo, sugerem que o trajecto profissional não é isento de dificuldades (Farber, 1983a), mas que parece ser compensador e justificar o esforço.

Não existindo dados que permitam reflectir sobre a evolução profissional dos psicólogos clínicos da amostra, em termos das tendências relatadas na Introdução do Estudo 1, para os colegas americanos, a saber: (1) passagem de actividades predominantemente de diagnóstico para actividades psicoterapêuticas nos anos 50 e início dos 60; (2) privilegiar o eclectismo como orientação teórica, a partir do início dos anos 70; e (3) movimentarem-se preferencialmente do trabalho em instituições para a prática privada onde, aliás, se sentem mais satisfeitos do que os terapeutas que trabalham em contexto institucional (Farber, 1983b; Norcross & Prochaska, 1983b), os presentes dados permitem fazer algumas especulações.

Em primeiro lugar, parece claro que a grande maioria dos psicólogos clínicos portugueses privilegia a prática da psicoterapia relativamente a actividades de diagnóstico ou avaliação. Cerca de 85% deles dedicam-se à psicoterapia, enquanto que apenas 60% se dedicam a actividades diagnósticas. Além do mais, os psicólogos que se dedicam às duas actividades,

dedicam substancialmente mais tempo à psicoterapia (39%) do que ao diagnóstico (27%).

Relativamente à percentagem de psicólogos que se consideram eclécticos, não é possível fazer muitas considerações por ausência de dados comparativos. Contudo, o valor de 13% de eclécticos pare ser razoável numa comunidade terapêutica relativamente nova, onde a identificação com perspectivas mais facilmente caracterizáveis e estabelecidas comporta benefícios óbvios.

Em termos de prática institucional versus prática privada, as comparações também não são simples pelo facto dos postos institucionais de trabalho para os psicólogos clínicos nunca terem sido muitos. Contudo, o facto dos terapeutas que exercem a prática privada estarem mais satisfeitos com as respectivas carreiras, bem como a quantidade de psicólogos clínicos que se dedica à prática privada (68%) e a percentagem que a considera como actividade principal (39%), sugerem que esta é uma das actividades de eleição.

Por último, traça-se o perfil completo do psicoterapeuta português, que se espera contribua para uma mais adequada caracterização profissional e constitua um "espelho" para a classe, que futuras investigações possam actualizar.

Tomando em consideração as características demográficas dos psicoterapeutas portugueses, o seu "perfil" pode ser



caracterizado como habitando num distrito do litoral, particularmente em Lisboa, Porto ou Coimbra, sendo do sexo feminino, psicóloga, e tendo 37 anos de idade e 8 de experiência terapêutica. Dedicar-se essencialmente à prática da psicoterapia individual com adultos, em contexto privado, não fazendo investigação, nunca tendo publicado qualquer artigo e tendo como auto-imagem central a de psicoterapeuta. A sua orientação teórica é psicodinâmica na distribuição real e cognitiva na distribuição da amostra, encontrando-se bastante satisfeito com ela, utilizando-a sempre na sua prática e tendo-a essencialmente seleccionado devido a razões de ordem filosófica e a valores pessoais. Considera ainda que a psicoterapia é tanto uma arte como uma ciência. O seu treino teve uma duração média de dois anos e meio, considera a terapia pessoal como um requisito muito importante para a prática da psicoterapia, encontra-se bastante satisfeito tanto com o treino como com a carreira, voltando a escolhê-la se voltasse a viver de novo e utiliza os livros como fonte preferencial de informação relativamente à psicoterapia.

### **3. Estudo 2 - Tendências Eclécticas entre os Psicoterapeutas Portugueses: Comparações com os Estados Unidos**

#### **3.1. Incidência do Eclectismo**

Segundo os dados do presente estudo, aparentemente, a

incidência da opção ecléctica como escolha principal dos psicoterapeutas portugueses (13%), pode parecer relativamente baixa quando comparada com os valores para os terapeutas americanos. Contudo, se tomarmos em consideração tanto os eclécticos de primeira como de escolha secundária, este valor sobe para 28%. Ainda, como já foi sublinhado, se tomarmos em consideração os dois tipos de eclécticos mencionados, mais aqueles terapeutas que reconheceram recorrer aos princípios e/ou técnicas de mais de uma orientação teórica, como, aliás, já foi feito (i.e., Jensen et al., 1990), este valor sobe para praticamente 100%! Neste caso particular, parece óbvia a necessidade de uma atitude cuidadosa, dado o facto de se estar a tomar em consideração os terapeutas que exclusivamente optaram ou assinalaram orientações da "mesma família", como a cognitiva-comportamental, psicanalítica-psicodinâmica, rogeriana-existencial ou sistémica-comunicação<sup>1</sup>.

Como, segundo revisão recente (Jensen et al., 1990), a incidência do eclectismo entre os terapeutas americanos se tem movimentado, durante os últimos 30 anos, entre os 19 e os 68%, e que segundo Norcross e Prochaska (1988), entre um terço e metade destes terapeutas se identificam com o eclectismo, os presentes

-----

1. Estes resultados devem ser interpretados tendo em conta o facto da grande maioria dos sujeitos serem membros de sociedades psicoterapêuticas "ideologicamente vinculadas", dado que a vasta maioria dos terapeutas portugueses que exercem psicoterapia o são.

resultados (eclecticos de escolha principal ou principal e secundária) podem ser considerados algo inferiores.

### 3.2. Combinações e Tipos de Eclectismo

A escolha teórica secundária dos ecléticos de escolha principal e a escolha teórica principal dos terapeutas que optaram pelo eclectismo como escolha secundária, permitem afirmar que as perspectivas teóricas que mais frequentemente se encontram na base do eclectismo dos terapeutas são a "família" cognitivo-comportamental, seguida pela psicodinâmica, e finalmente pela sistémica-comunicação. Estes resultados não constituem surpresa, visto acompanharem de perto a distribuição teórica global da amostra.

Esta situação é claramente diferente do que parece ser o caso nos Estados Unidos, se tomarmos como ponto de referência os dados de Norcross e Prochaska (1983a). Aqui, a "família" psicodinâmica surge em primeiro lugar, seguida pela humanista-existencial, com a comportamental a ocupar a terceira posição. Contudo, se considerarmos os dados mais recentes de Jensen et al. (1990), encontramos semelhanças, excepto para o humanismo-existencialismo, que se encontra parcamente representado entre os terapeutas portugueses.

Se nos centrarmos nos dados relativos às combinações das orientações teóricas principal e secundária, que não a eclética,

constatamos, sem surpresa, não só que as combinações mais frequentes acompanham, de novo, a distribuição geral da amostra, mas também, igualmente de novo, que se baseiam nas mesmas afinidades teóricas: (1) cognitiva e comportamental; (b) psicanalítica e psicodinâmica; (3) rogeriana e existencial; e (4) sistémica e comunicação.

Quando comparados com os dados americanos, as únicas semelhanças dizem respeito à combinação cognitiva e comportamental surgir em primeiro lugar (Norcross & Prochaska, 1988), e à amplitude da perspectiva psicodinâmica (Jensen et al., 1990), que é também a mais comumente utilizada nas combinações dos terapeutas portugueses.

Relativamente às modalidades de eclectismo (i.e., ateórico, sintético e técnico), os dados portugueses são muito diferentes dos americanos. Em Portugal, os terapeutas que optam pelo eclectismo técnico são praticamente o dobro daqueles que optam pelo eclectismo sintético, enquanto que exactamente o oposto se verifica nos Estados Unidos (Norcross & Prochaska, 1982; Norcross & Prochaska, 1983a).

Tomados em conjunto, os dados portugueses relativos às combinações e tipos de eclectismo revelam que a amplitude do eclectismo português é bastante limitada, dado que as combinações mais frequentes são constituídas por perspectivas aparentadas. Esta situação pode igualmente ser interpretada como revelando um

forte isolamento entre os defensores das diferentes persuasões teóricas, a falta de canais de comunicação e a relativa inexistência de fontes de informação sobre o eclecticismo e a integração em psicoterapia.

A alta incidência do eclecticismo técnico, quando comparada com a modalidade sintética/integrativa, não oferece surpresa, dada a relativa novidade dos cursos de Psicologia e da formação em psicoterapia, particularmente para os psicólogos, em Portugal. Explicações complementares para o baixo valor do eclecticismo sintético são, o já referido possível isolamento e falta de canais de comunicação entre os terapeutas das diferentes orientações e pela completa inexistência, mesmo a nível internacional, de programas de treino em terapias "eclecticas sistemáticas" (Norcross, 1986).

### 3.3. Experiência e Eclectismo

Os dados do presente estudo sugerem que a relação entre experiência e eclecticismo não é linear. Ainda que se verifiquem correlações positivas e significativas entre o índice de eclecticismo e alguns dos índices de experiência, para três das orientações teóricas, não é este o caso para o grupo dos terapeutas ecléticos, recorrendo não importa a qual dos quatro índices.

Pressupondo a existência de uma verdadeira relação entre o eclecticismo e a experiência, a sua não observação pode ser explicada por a relação ter sido ofuscada pela restrição da amplitude de experiência dos terapeutas ecléticos. O que pode igualmente explicar porque é que a relação entre experiência e eclecticismo não se verificou para as orientações teóricas compostas por terapeutas mais jovens e, conseqüentemente, menos experientes (excepto para os cognitivos no índice exp2).

Quando comparamos terapeutas ecléticos com terapeutas não-ecléticos, a única diferença consistentemente encontrada entre os terapeutas americanos - a experiência mais elevada para os terapeutas ecléticos (Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989; Norcross & Prochaska, 1982; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978) - não se verifica para os terapeutas portugueses. Antes pelo contrário, os grupos de terapeutas ecléticos (escolha principal e/ou secundária) são sempre menos experientes do que os grupos de terapeutas não-ecléticos, atingindo mesmo a diferença, significância estatística, quando comparamos o grupo constituído por terapeutas ecléticos de escolha principal ou secundária com o grupo constituído pelos restantes terapeutas.

Colectivamente, estes dados parecem sugerir que a relação entre eclecticismo e experiência dependerá da forma como estas variáveis são avaliadas, da amplitude absoluta do grau de experiência e da orientação teórica dos terapeutas. Assim,

enquanto que para comportamentais e cognitivos esta relação parece depender do tempo absoluto de prática e da sua frequência semanal, para os psicodinâmicos e para os terapeutas em geral, parece depender da quantidade de pacientes seguidos em terapia.

#### 3.4. Diferenças Entre Ecléticos e Não-Ecléticos

Quer tomemos em consideração só os ecléticos de escolha principal ou o grupo composto pelos de escolha principal ou secundária comparativamente aos terapeutas não-ecléticos, obtemos um padrão claro e consistente de diferenças. Tal como se passa com os colegas americanos (Norcross & Prochaska, 1983; Norcross & Wogan, 1983), os terapeutas ecléticos portugueses manifestam-se menos satisfeitos com a sua perspectiva conceptual corrente, sendo por ela menos influenciados na prática clínica e sendo mais "ecléticos" (tal como é avaliado pelo índice de eclectismo), no sentido do recurso a um leque mais amplo de intervenções clínicas (Prochaska & Norcross, 1983b; Swan & McDonald, 1979; Wogan & Norcross, 1985). Por sua vez, o facto dos ecléticos relatarem menor satisfação com o treino do que os restantes terapeutas, surge como uma diferença nova (não relatada para os terapeutas americanos), mas perfeitamente consistente com as diferenças previamente mencionadas.

De uma forma geral, e tal como se verificava no *Estudo 1*, os dados do presente estudo patenteiam um situação com

semelhanças e diferenças relativamente aos Estados Unidos, sugerindo que, até certo ponto, os dados americanos podem ser generalizados, mas devem ser completados com o que se crê serem efeitos devidos aos processos subjacentes à estruturação e evolução de comunidades psicoterapêuticas diferentes.

Numa perspectiva psicossocial, penso que esta situação reflecte o facto de as duas comunidades terapêuticas se encontrarem em níveis de desenvolvimento bastante diferentes, e possivelmente a comunidade psicoterapêutica americana de todas as outras.

Um número substancial de terapeutas americanos parece ter já ultrapassado ambas as fases de "luta aberta" entre os proponentes das diferentes orientações teóricas e a fase de "aproximação" (no sentido de "estar junto" e trocar pontos de vista), encontrando-se predominantemente numa fase de "convergência" (no sentido do desenvolvimento de perspectivas partilhadas) ou mesmo de "integração" (Norcross, 1986; Vasco, 1990). A questão deixou tanto de ser a "sobrevivência na selva psicoterapêutica" ou a demonstração de que a psicoterapia funciona, transformando-se na necessidade genuína de compreender como, porquê e em que condições contextualizadas é que a psicoterapia funciona (Greenberg, 1991).

Por sua vez, a comunidade portuguesa pode não se encontrar já numa fase de "luta aberta", mas não se encontra, certamente,



mais além da fase de "aproximação" entre as diferentes perspectivas teóricas. Em tal situação, a identificação com uma orientação teórica específica, é certamente vista como "mais segura" e, conseqüentemente, como acarretando benefícios económicos, políticos e sociais. Esta interpretação é fortalecida não só pelo facto de adentro das orientações mais experientes (i.e., comportamental e psicodinâmica) se constatarem relações entre experiência e eclectismo, mas também pelo facto da incidência do "eclectismo técnico" ser, em Portugal, significativamente maior que a da modalidade "sintética", que tende a surgir posteriormente no desenvolvimento das comunidades psicoterapêuticas.

Espera-se que o número aparentemente elevado de terapeutas portugueses jovens e relativamente inexperientes que se identificam com o eclectismo, não o façam por se encontrarem numa situação de "nihilismo terapêutico", experimentado indiscriminadamente, por "medo de cometimento" (Brabeck & Welfel, 1985), todas as técnicas mais em voga (Dryden, 1984), mas que esta identificação seja consciente, crítica e responsável, baseada no desejo genuíno de fazer melhor terapia.

Como Brabeck e Welfel (1985) afirmaram, é necessária uma atitude educacional que valorize a adopção do eclectismo como síntese pragmática de abordagem clínica, dentro de um espírito crítico, em contraste com atitudes em que a sua aceitação se

verifica por submissão às "autoridades" ou pelo necessidade acrítica de estabelecimento de compromissos.

Finalmente, espera-se ainda, dentro do referido espírito crítico, que formas diversificadas de diálogo internacional e um maior conhecimento das terapias integrativas, contribuam para que os terapeutas ecléticos "latentes" se tornem "manifestos".

#### 4. Estudo 3 - *Crenças Metateóricas e Estilos Terapêuticos*

##### 4.1. Crenças Metateóricas e Influências na Escolha de Orientação Teórica

O facto dos dados do presente estudo patentear relações entre as razões invocadas para seleccionar uma orientação teórica particular e as crenças metateóricas dos terapeutas, parece corroborar a noção de que a escolha de uma orientação específica é, essencialmente, determinada por factores de ordem pessoal (Barron, 1978b; Chwast, 1978; Herron, 1978; Lindner, 1978; Marks, 1978; Messer & Winokur, 1984; Szalita, 1985; Walton, 1978). Em termos das variáveis metateóricas consideradas, visto estas subjazerem à forma como os indivíduos constroem a realidade e o conhecimento, bem como aos critérios que utilizam no sentido da validação das suas crenças e, conseqüentemente, às razões que consideram mais válidas como base de possíveis escolhas, não parece surpreendente que se verifiquem relações entre elas e as

razões privilegiadas para escolher a respectiva orientação teórica.

Não surpreende pois que, independentemente de orientação teórica, se constatem relações positivas entre o "organicismo" e o "metaforismo" e razões como os "valores e filosofia pessoal" e o "fascínio estético", como base para a escolha de orientação teórica, ou entre o "metaforismo" e as experiências tanto "familiares" como "de vida", dado o valor e importância atribuído nas perspectivas "organicista" e "metafórica" ao papel dos símbolos, do subjectivo e do experienciar pessoal na construção da realidade e do conhecimento. Ou ainda que, em termos de orientação teórica, os terapeutas sistémicos, que se dedicam significativamente mais à prática da terapia familiar, dêem mais peso às "experiências familiares", do que todas as restantes orientações, que comportamentais e cognitivos, dada a maior tradição empírica destas orientações, atribuam mais peso aos "resultados da investigação" ou ainda que, dado o lugar fulcral ocupado pela terapia pessoal no treino dos terapeutas psicodinâmicos e humanistas, estes dêem significativamente mais importância à "orientação do meu terapeuta" do que as restantes orientações.

A ideia de que os terapeutas das diferentes orientações se diferenciam nas razões que influenciaram a selecção desta é reforçada pelo facto algo surpreendente de, com base

exclusivamente nas razões invocadas para a sua escolha, ser possível predizer correctamente a orientação teórica de cerca de 60% dos terapeutas. Este resultado parece permitir transformar o conhecido adágio popular em: "diz-me porque escolheste a tua orientação teórica, dir-te-ei qual é"!

#### 4.2. Crenças Metateóricas

Relativamente às crenças metateóricas dos terapeutas, algo surpreendentemente, os resultados do presente estudo parecem ir mais no sentido dos autores que defendem conceptualmente a noção de que as diferenças individuais adentro das orientações são tantas como as diferenças entre as orientações (Barron, 1978b; Ellis, 1978; Lazarus, 1978; Lieberman et al., 1973, citado em Parloff et al., 1978; Strupp, 1978), do que no daqueles que defendem, conceptual e/ou empiricamente, a ideia de que os terapeutas das diferentes orientações teóricas se diferenciam em termos das suas características de personalidade (Chawst, 1978; Herron, 1978; Jonhson et al., 1988; Roman et al., 1978; Schacht & Black, 1985; Steiner, 1978; Tremblay et al., 1986).

De facto, a nível metateórico, a variabilidade intragrupos teóricos parece ser mais a regra do que a excepção. Assim, os terapeutas comportamentais diferenciam-se de todos os outros grupos, ao apresentarem mais perfis epistemológicos dominados pelo empirismo e um nível de organicismo mais baixo

(consequentemente um nível de mecanicismo mais elevado, dada a natureza bipolar da escala utilizada). Diferenciam-se, ainda, os terapeutas cognitivos de todos os outros, por apresentarem mais perfis epistemológicos dominados pelo racionalismo, e dos humanistas ao apresentarem uma média superior de racionalismo. Portanto, não é surpreendente, que a função classificatória baseada nestas variáveis só classifique correctamente 44% dos casos, excluindo totalmente ecléticos e sistémicos.

Duas razões podem ser avançadas para explicar o facto da investigação com terapeutas americanos de diferentes orientações (i.e., comportamentalistas e psicanalistas) mostrar diferenças mais acentuadas em termos de variáveis metateóricas (Schacht & Black, 1985), ainda que os valores dos terapeutas portugueses vão exactamente na mesma direcção, nomeadamente, que os psicanalistas são mais metafóricos e os comportamentalistas mais racionalistas e empíricos. A primeira, consiste na possibilidade dos terapeutas americanos das diferentes orientações serem, de facto, mais diferentes em termos de crenças metateóricas do que os seus colegas portugueses. A segunda, que parece mais plausível, prende-se com uma possível restrição da amplitude dos valores da amostra portuguesa. Assim, o facto dos portugueses serem, de uma forma geral, por um lado, mais organicistas e mais metafóricos e, por outro, menos racionalistas e empíricos, pode ter estabelecido um "efeito de chão" ("floor effect")

relativamente às duas primeiras variáveis, e um "efeito de tecto" ("ceiling effect") relativamente às duas últimas, neutralizando, assim, possíveis diferenças.

Digno de nota é também, o facto dos psicodinâmicos terem o segundo valor menos elevado em organicismo, o que os coloca em segundo lugar em mecanicismo (após os comportamentalistas), dada a natureza bipolar da escala. Ainda que, tradicionalmente, a literatura considere, em função da importância da metáfora "hidráulica" na teoria dos instintos de Freud, que a "metáfora de base" para a psicanálise seja o mecanicismo (e.g., Liotti & Reda, 1981; Lyddon, 1989b), análises recentes (e.g., Messer & Winokur, 1984) consideram que a psicanálise se afastou do modelo mecanicista do homem. Sendo este o caso, os presentes resultados sugerem que as crenças individuais dos terapeutas podem não ter acompanhado este movimento.

Por sua vez, o facto de não se constatarem diferenças, dependente ou independentemente de orientação teórica, nas crenças metateóricas de terapeutas mais e menos experientes, faz com que os presentes resultados pareçam contradizer, pelo menos em termos de crenças metateóricas, a convicções de que estas se cimentam com a experiência (Cornsweet, 1983; Marks, 1978; Schwartz, 1978).

#### 4.3. Estilos Terapêuticos

As orientações terapêuticas parecem diferenciar-se de forma mais acentuada quando tomamos em consideração os respectivos "estilos terapêuticos", não surpreendendo que comportamentais e cognitivos sejam mais directivos que as restantes orientações, ou que psicodinâmicos e humanistas sejam mais reflectivos. Esta situação torna a amostra portuguesa muito mais semelhante a uma amostra americana de comparação (*i.e.*, Mahoney et al., 1989), em termos de estilos terapêuticos do que de variáveis metateóricas, sugerindo que ao nível da prática clínica as diferentes orientações veiculam fenómenos internacionalmente mais robustos do que as crenças metateóricas dos respectivos aderentes.

Ainda que os estilos terapêuticos diferenciem, de forma global, as orientações teóricas, a análise dos itens individuais sugere pontos substanciais de convergência, tal como se verificava na amostra americana (Mahoney et al., 1989). Em ambas as amostras, a grande maioria dos itens face aos quais as orientações não se diferenciam, são itens de carácter geral, que poderiam ser classificados como "princípios ou estratégias clínicas" (Goldfried & Safran, 1986). Estes itens são aqueles que se referem às práticas terapêuticas que farão, possivelmente, parte do repertório de todos os terapeutas, independentemente de orientação teórica, estando associados com resultados terapêuticos positivos e contribuindo para os designados

"factores comuns" em terapia (e.g., Bergin, 1980; Cornsweet, 1983; Frank, 1973, 1982; Goldfried, 1982; Goldfried & Safran, 1986; Grenavage & Norcross, 1990).

Por sua vez, os itens que mais diferenciam as orientações são itens de carácter específico, que poderiam ser classificados como "técnicas terapêuticas". Assim, quanto mais específicas são as técnicas, mais previsível é a orientação dos terapeutas, verificando-se exactamente o contrário para as características da personalidade, quanto mais específicas as técnicas menos previsíveis o são, em função das características da personalidade (Allen, 1966/1967, citado em Sundland, 1977).

No seu conjunto, estes resultados parecem corroborar a opinião de Marvin Goldfried (1980, 1982, 1991; Goldfried & Safran, 1986), de que os pontos de acordo entre as diferentes orientações teóricas se encontrarão mais a um nível de abstracção intermédio (i.e., estratégias de mudança), do que quer a um nível elevado de abstracção (i.e., metateoria e teoria) ou a um nível muito concreto (i.e., tácticas e técnicas terapêuticas), tratando-se, possivelmente, de fenómenos internacionalmente "robustos". É igualmente possível que os pontos comuns entre as diferentes orientações, como mostra a referida investigação de Allen (1966/1967, citado em Sundland, 1977), terão que ver essencialmente com características de personalidade igualmente comuns (e.g., "focagem no tempo presente", congruência e uma



visão positiva da humanidade, Tremblay et al., 1986; as "características facilitadoras da relação", propostas por Carl Rogers, 1957; a "compaixão", nas palavras de Strupp, 1978), que se desenvolverão com o treino e com a prática terapêutica ou que farão parte do repertório natural de todos os indivíduos que são naturalmente bons "terapeutas leigos<sup>1</sup>" (Anthony & Carkhuff, 1977).

#### 4.4. Crenças Metateóricas, Estilos Terapêuticos e Orientação Teórica

Apesar da orientação teórica dos terapeutas, que envolve necessariamente componentes relativos à conceptualização e intervenção clínicas, ser a variável mais responsável pelos estilos terapêuticos concretos, os resultados apontam para a existência de relações entre as crenças metateóricas dos terapeutas e os respectivos estilos terapêuticos, independentemente de orientação teórica. Nomeadamente, o racionalismo parece estar relacionado positivamente com os estilos directivo e de encorajamento, e o metaforismo também positivamente com o estilo de encorajamento da auto-reflexão e negativamente com o estilo directivo.

---

1. Por exemplo, Henry, Sims, e Spray (1971), mostraram a existência de um número elevado de semelhanças nos passados culturais e sociais dos psicoterapeutas.

Estes resultados parecem sugerir a necessidade de complementar a noção clássica óbvia de que os terapeutas recorrem a conceptualizações e intervenções que reflectem a sua orientação teórica (Meltzoff & Kornreich, 1970), com o reconhecimento de que as variáveis de personalidade, no caso concreto as crenças metateóricas, podem introduzir particularidades idiossincráticas no estilo de intervenção dos terapeutas individuais, adentro de uma orientação teórica específica (Garfield, 1980; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978).

Em consonância com o facto das orientações se diferenciarem mais em termos de estilos terapêuticos do que em termos das crenças metateóricas dos seus aderentes, os estilos terapêuticos possuem uma capacidade preditiva superior às variáveis metateóricas, particularmente o estilo directivo, na classificação das orientações teóricas dos terapeutas.

Relativamente às variáveis metateóricas, é particularmente interessante assinalar não só o facto do estilo empírico ser excluído, por não contribuir significativamente para a discriminação entre orientações, como também o facto da análise excluir totalmente os grupos de terapeutas ecléticos e sistémicos, sugerindo que, em termos metateóricos, estes grupos não possuem individualidade suficiente. Por sua vez, a análise relativa aos estilos terapêuticos, mantendo a exclusão destes dois grupos, acrescenta-lhes o grupo constituído pelos terapeutas

comportamentais, sugerindo não só que nenhum destes tipos de variáveis, tomados individualmente, é suficiente para caracterizar ecléticos e sistémicos, mas também que as variáveis metateóricas (particularmente a dimensão organicismo/mecanicismo) são imprescindíveis à caracterização correcta dos terapeutas comportamentais.

O facto do recurso conjunto às variáveis metateóricas e de estilo terapêutico, não só classificar correctamente uma maior percentagem de terapeutas de todas as orientações, como também de voltar a classificar os terapeutas comportamentais (com uma precisão superior à da classificação exclusivamente baseada nas variáveis metateóricas), e de começar a classificar os ecléticos, sugere que a interacção destes dois tipos de variáveis é essencial à classificação destes grupos de terapeutas. Por último, o facto de nenhuma das análises classificar correctamente nenhum dos terapeutas sistémicos, sugere que se trata do grupo menos individualizado, cuja caracterização necessitará de outro tipo de variáveis (possivelmente variáveis teóricas relativas à conceptualização do processo terapêutico).

#### 5. Estudo 4 - *Dissonância Entre Crenças Metateóricas e Crenças Pessoais*

Tanto quanto é do meu conhecimento, esta investigação é a

primeira a dirigir-se à questão das relações entre dissonância relativa às asserções metateóricas (i.e., metafísicas e epistemológicas) de diferentes orientações psicoterapêuticas e as crenças pessoais dos respectivos aderentes, e os seus correlatos.

No seu todo, os resultados dão uma resposta parcial e preliminar às questões recentemente formuladas por William Lyddon (1989a, 1991), relativamente às relações entre a epistemologia pessoal dos terapeutas e as respectivas orientações teóricas.

#### 5.1. Dissonância, Satisfação com a Orientação, Influência Desta na Prática, Probabilidade de Abandono da Carreira e Eclectismo

De uma forma geral, os resultados permitem concluir que a dissonância entre as crenças pessoais dos terapeutas e as asserções metateóricas das respectivas orientações, parece estar relacionada com uma maior insatisfação com a orientação, particularmente para os terapeutas comportamentais e cognitivos. Parece, assim, poder concluir-se que à insatisfação metateórica corresponde uma insatisfação teórica.

Esta questão assume especial relevo, dado o facto da insatisfação com a orientação se encontrar possivelmente associada, na ausência de possibilidades alternativas, com uma diminuição da eficácia terapêutica. É necessário que o terapeuta acredite na sua orientação teórica para funcionar como um agente efectivo de mudança na aplicação da sua teoria à prática

(Cornsweet, 1983; Cummings & Lucchese, 1978; Herron, 1978).

Para os terapeutas comportamentais, a insatisfação parece associada com o ser-se demasiadamente organicista, o que equivale a ser-se pouco mecanicista. Por sua vez, para os terapeutas cognitivos, a insatisfação com a orientação, inerente à dissonância, parece essencialmente associada com o facto de se ser máxima ou minimamente metafórico, ou ainda, minimamente empírico.

De uma forma geral, ao constatar-se uma relação positiva entre dissonância a nível metateórico e dissonância a nível de estilos terapêuticos, parece poder concluir-se que o afastamento das perspectivas dos terapeutas em termos metateóricos corresponde não só a um afastamento em termos teóricos, mas também a um afastamento relativamente aos estilos terapêuticos mais característicos de cada orientação, materializado nas concepções que os terapeutas têm face àquilo que consideram ser terapeuticamente mais eficaz.

Os resultados contraditórios relativos às relações entre dissonância e influência da teoria na prática, parecem sugerir que, quando em situação de dissonância, os terapeutas agem de formas diversas, aparentemente dependentes da orientação teórica, mas necessariamente também dependentes de outro tipo de

variáveis<sup>1</sup> (Schwartz, 1978).

Por um lado, os terapeutas comportamentais e cognitivos (particularmente, quando mais organicistas, para os comportamentais e menos racionalistas, para os cognitivos) parecem menos inclinados a permitir que as respectivas orientações teóricas influenciem a prática (possivelmente, tornando-se mais ecléticos).

Ao contrário, os terapeutas psicodinâmicos, quando em dissonância (particularmente, quando mais empiristas), parecem mais inclinados a permitir que a teoria influencie a prática<sup>2</sup>. Esta atitude dos terapeutas psicodinâmicos pode ser interpretada como um movimento semelhante àquilo que foi designado por Bartley (1962) - *refúgio no cometimento* - ou, ainda, classificado no esquema de desenvolvimento de Perry (1968) e na aplicação deste ao desenvolvimento dos psicoterapeutas (Prochaska, 1984) como *refúgio e fuga*.

Este tipo de atitude pode ser entendido como implicando formas mais ou menos activas, que os terapeutas podem utilizar no sentido da negação ou rejeição das implicações da dissonância para o crescimento e desenvolvimento pessoais. Este processo de

1. Nomeadamente, variáveis da personalidade (ver Estudo 3) e nível de desenvolvimento epistemológico (ver Estudo 5).

2. Esta atitude é remanescente do comentário relatado por Jerome Frank (1982) e atribuído a um jovem aderente de determinada escola terapêutica, "mesmo que o paciente não melhore, sabemos que estamos a fazer o que somos supostos fazer" (p. 32).

negação opera mediante o "acantonamento" numa posição defensiva, rejeitando o potencial de legitimidade "daquilo que é diferente". Ainda outros autores (e.g., Schafer, 1979), referindo-se em particular aos terapeutas psicodinâmicos, consideram que se trata de uma tentativa de "descartar os factos incómodos".

Exemplos concretos desta situação são-nos dados por Peterfreud (1983, citado por Wile, 1987), relativamente a psicanalistas que formulam as suas conclusões muito cedo no processo terapêutico, sem factos que as substanciem, mantendo-as com invulgar tenacidade apesar dos dados em contrário serem muito significativos. De igual modo, Paul Meehl, já em 1960, concluiu que as representações que os terapeutas construíam sobre os pacientes entre a segunda e quarta sessões, se mantinham praticamente inalteradas ao fim de 24 sessões.

O facto desta atitude ser mais característica dos terapeutas psicodinâmicos pode, possivelmente, ser explicado dadas as maiores exigências de treino desta orientação terapêutica, nomeadamente a longa e custosa análise pessoal. Possivelmente, quanto maior é o esforço dispendido, mais intensa a identificação pessoal com os pressupostos da teoria e mais se cimentam as crenças, tornando as mudanças igualmente mais difíceis. Esta análise parece particularmente apelativa à luz da teoria da *dissonância cognitiva* de Festinger (1957), nomeadamente à luz do conceito de *justificação do esforço* (Festinger, 1961).

As novas versões da teoria da dissonância (e.g., Cooper & Fazio, 1984) parecem aqui particularmente úteis, na medida em que sugerem que as tentativas de redução da dissonância não surgem exclusivamente como meras formas de resolver a contradição psicológica. Ao contrario, são concebidas como um conjunto de expedientes utilizados para evitar a culpa, sempre que pareça provável que as consequências negativas do seu comportamento sejam atribuíveis ao próprio. No caso concreto dos psicoterapeutas esta análise parece particularmente relevante, visto que as acções clínicas têm reflexos directos sobre o bem-estar dos pacientes.

Segundo Cooper e Fazio (1984), a distorção dos factos e o aumento da intensidade das crenças, constituem formas de lidar com a dissonância, particularmente quando as atitudes em causa são centrais para o sistema de valores e crenças do indivíduo e, conseqüentemente, para a sua identidade pessoal.

A dissonância também parece contribuir para o aumento da probabilidade de abandono da carreira psicoterapêutica. Isto é particularmente verdade, de novo para os terapeutas psicodinâmicos (quando mais racionalistas e empiristas) e para os terapeutas sistémicos (quando menos ou mais metafóricos).

Talvez o exemplo mais flagrante da dissonância resultar no abandono da carreira, seja personificado por Jeffrey Masson, que após ter sido psicanalista e director dos Arquivos Sigmund



Freud, abandonou a carreira tornando-se um dos mais veementes críticos da psicoterapia (1988, 1991, 1992).

Os resultados também sugerem que o facto de seleccionar o eclectismo como orientação secundária, parece estar associado com uma diminuição de dissonância, possivelmente num movimento semelhante ao que é designado pelos linguistas - *sintagmatização*<sup>1</sup> (Ducrot & Todorov, 1972) - ou ainda, *complementariedade paradigmática*<sup>2</sup>, na avaliação e intervenção psicoterapêuticas (Royce, 1985; Moshan, 1982; Vasco, 1989).

Na perspectiva de diferentes autores, a identificação com o eclectismo pode funcionar como uma forma de ultrapassar a aderência rígida a uma orientação terapêutica específica (Guy, 1987), ou como uma forma de lidar com a diversidade de modelos terapêuticos (Cooper & Lewis, 1983). Parece ser este o caso, particularmente para os terapeutas cognitivos, para os quais a dissonância (relativa ao empirismo) se encontra negativamente relacionada com o facto de seleccionar o eclectismo como orientação secundária.

---

1. Sequência organizada de signos oriundos dos diferentes paradigmas, que se combinam entre si e que permitem construir frases com significado.

2. Por complementariedade paradigmática, entende-se a necessidade de recorrer sequencialmente a instrumentos de avaliação, conceptualização e intervenção terapêuticos, oriundos de diferentes paradigmas clínicos.

## 5.2. Dissonância, Filosofia e Valores Pessoais, Idade e Experiência

De particular importância parece ser a relação negativa que se verificou entre a dissonância e a importância que os terapeutas deram à filosofia e valores pessoais na escolha da respectiva orientação teórica.

Possivelmente, o surgir da dissonância está estreitamente ligado ao facto de não se ter dado uma importância suficiente às crenças pessoais na selecção da orientação teórica. Tanto mais que todas as orientações teóricas pressupõem sempre um conjunto de asserções relativas à natureza e comportamento humano e ao conhecimento e realidade (Barron, 1978; Cornsweet, 1983; Mahoney, 1991), que podem estar em conflito com as crenças pessoais (Cummings & Lucchese, 1978; Guy, 1987).

Ainda que a filosofia e valores pessoais pareçam ter um peso determinante na escolha de orientação teórica (particularmente na escolha inicial, ver Estudos 1 e 3 e Norcross & Prochaska, 1983), possivelmente para os terapeutas em dissonância, esta escolha pode não ter sido totalmente consciente, mas sim maioritariamente determinada por circunstâncias acidentais, que levaram à adopção de uma orientação que presentemente se encontra numa situação de inconsistência ou conflito com a personalidade do terapeuta (Cummings & Lucchese, 1978; Halgin, 1985).

Além do mais, parece igualmente provável que tanto as crenças pessoais como a própria orientação possam ser objecto de mudanças significativas ao longo da carreira de psicoterapeuta (Guy, 1987). Contudo, quando as experiências de vida (e a própria prática da psicoterapia) contribuem para modificações significativas nas crenças e valores pessoais que, por sua vez, não são acompanhadas por mudanças a nível da orientação teórica, podem surgir situações de dissonância. Aliás, é sabido que na interacção terapêutica, não é só o paciente que se modifica, mas o psicoterapeuta com ele (Kottler, 1986, Mahoney, 1991).

Um aumento da dissonância com a idade e a experiência parece ser igualmente o caso, dada a relação positiva entre a dissonância e estas variáveis. Este aumento parece sugerir que com a idade e a experiência advem a diversidade, e possivelmente a flexibilidade (Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989), particularmente quando os terapeutas possuem um nível de desenvolvimento epistemológico mais elevado (ver Estudo 5).

## 6. Estudo 5 - Experiência Clínica, Desenvolvimento Epistemológico e Estilo Terapêutico

### 6.1. Experiência e Estilo Terapêutico

Numa primeira análise, e contrariando alguma literatura (i.e., Auerbach & Johnson, 1977; Mahoney & Gabriel, 1991), os

resultados do presente estudo parecem sugerir a existência de relações lineares entre o nível de experiência dos terapeutas e os seus estilos terapêuticos, independentemente de orientação teórica. Assim, o aumento de experiência estaria, por um lado, associado com uma diminuição dos estilos directivo e de encorajamento da auto-exploração por parte do paciente e, por outro, com um aumento da reflectividade por parte do terapeuta, particularmente quando a experiência é entendida como a somação do tempo total de prática em treino mais o tempo total de prática profissional.

Dois outros conjuntos de resultados questionam esta conclusão. Em primeiro lugar, corroborando os resultados de vários autores (e.g., McNair & Lorr, 1964; Peterson & Bradley, 1980; Sloane et al., 1975; Sundland, 1977; Sundland & Barker, 1962; Wallach & Strupp, 1964; Wogan & Norcross, 1983; Wogan & Norcross, 1985), os estudos não-correlacionais não patenteiam praticamente nenhuma diferença entre terapeutas mais e menos experientes, dentro ou entre orientações teóricas, sugerindo mesmo que estas são muito mais responsáveis pela variância dos estilos do que o nível de experiência. Em segundo lugar, quando se encontram, de facto, diferenças onde a experiência parece estar envolvida, estas só são significativas quando interagem com o nível de desenvolvimento epistemológico.

Quando os efeitos atribuíveis à interacção de experiência e nível de desenvolvimento são significativas, constata-se um padrão não linear. A coexistência de alta directividade e baixa reflectividade constata-se não só no grupo dos terapeutas simultaneamente menos desenvolvidos e experientes, mas também no grupo constituído pelos terapeutas simultaneamente desenvolvidos e experientes, apresentando nos dois grupos restantes valores intermédios. Parece, contudo, altamente provável que este padrão de alta directividade e baixa reflectividade não surja pelos mesmos motivos e não signifique exactamente o mesmo para os dois grupos (Auerbach & Johnson, 1977), questão esta que permanece em aberto.

No seu conjunto, estes dados parecem sugerir que a orientação teórica é muito mais determinante do estilo dos terapeutas do que o nível de experiência clínica. Para a experiência ter influência nos estilos terapêuticos, parece necessitar de interagir com o nível de desenvolvimento epistemológico (que por si só também não produz efeitos nos estilos terapêuticos), dando azo a um padrão evolutivo não-linear. O padrão característico dos terapeutas menos desenvolvidos e menos experientes, alta directividade e baixa reflectividade, é o mesmo dos terapeutas simultaneamente desenvolvidos e experientes.

## 6.2. Experiência e Homogeneidade de Estilos Terapêuticos

Os dados mostram não só que a experiência parece não contribuir para diferenciar os estilos terapêuticos dos clínicos, como também, contrariando o que designaremos por *hipótese fraca de Fiedler* (1950a,b, 1951), que os terapeutas mais experientes parecem não se tornar mais homogêneos com a experiência.

Contudo, a *hipótese forte de Fiedler* (1950b), ou seja, que os terapeutas experientes das diferentes orientações teóricas se assemelham mais entre si do que com os terapeutas menos experientes da mesma orientação, recebe uma corroboração parcial quando o nível de experiência interage com o nível de desenvolvimento epistemológico. Assim, o grupo composto pelos terapeutas simultaneamente mais experientes e mais desenvolvidos parece ser mais homogêneo, pelo menos a nível do estilo directivo, do que o grupo composto por todos os restantes terapeutas.

## 6.3. Nível de Desenvolvimento e Dissonância

As soluções que os terapeutas encontram para resolver situações de dissonância parecem depender igualmente do seu nível de desenvolvimento epistemológico. Assim, os terapeutas de níveis mais baixos, tendo mais dificuldade em relativizar o conhecimento, parecem lidar com a dissonância aumentando a frequência de uso dos princípios e técnicas da respectiva

Orientação. O oposto, diminuição da frequência de utilização dos princípios e técnicas, parece ser a opção privilegiada pelos terapeutas mais desenvolvidos, já que capazes de maior relativização do conhecimento.

Esta interpretação é reforçada não só pela correlação positiva que se constata entre nível de desenvolvimento e eclectismo, mas também pela relação negativa que se verifica entre eclectismo e frequência de utilização dos princípios e técnicas da orientação teórica.

Como Brabeck e Welfel (1985) salientam, as diferentes formas de perspectivar o eclectismo parecem depender do nível de desenvolvimento intelectual dos sujeitos. Aquela a que aqui nos referimos, porque relacionado com um elevado nível de desenvolvimento epistemológico, é o entendimento do eclectismo como uma síntese pragmática para melhor aproximação dos fenómenos clínicos, dentro de um espírito de crítica e falibilidade.

É ainda, possivelmente, o processo progressivo de filtragens relativas à prática clínica, que levará os terapeutas simultaneamente mais experientes e mais capazes de questionar o conhecimento (i.e., mais desenvolvidos do ponto de vista epistemológico), independentemente de orientação teórica, a tornarem-se mais semelhantes relativamente a algumas atitudes face ao processo terapêutico e, conseqüentemente, face à prática clínica.

O nível de desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas parece, pois, constituir uma variável capaz de contribuir para o esclarecimento de questões candentes na investigação das variáveis dos psicoterapeutas.

## 7. Um Modelo Para a Compreensão do Desenvolvimento da Orientação Teórica e Prática Clínica dos Psicoterapeutas

No seu conjunto, os resultados e conclusões dos diferentes estudos podem ser articulados com a literatura, no sentido da construção de um modelo de compreensão do desenvolvimento da orientação teórica e prática clínica dos psicoterapeutas.

Na escolha da orientação teórica inicial, parece que os "valores e filosofia pessoal" (crenças metateóricas incluídas), adentro de limites de carácter pragmático (i.e., possibilidade material de escolha) (Chwast, 1978) e dado o facto do "treino" ser a segunda variável mais importante, terão um peso determinante.

Outra variável a ter igualmente em conta na selecção da orientação inicial, prende-se com a compatibilidade entre a sofisticação intelectual do candidato a terapeuta e a complexidade relativa das diferentes teorias terapêuticas (Herron, 1978). A compatibilidade entre estes dois níveis de complexidade é tendente a gerar situações de motivação intrínseca



nas interações entre terapeuta e teoria/prática, resultando em experiências de agradabilidade profunda, que Mihaly Csikszentmihalyi designou por "fluência" ("flow") (1975, 1990), tendentes a reforçar a escolha efectuada.

Pelo contrário, quando as exigências teórico-práticas de determinada orientação teórica excedem a sofisticação do candidato a terapeuta, este sente-se ansioso. Por sua vez, se as capacidades do candidato excedem o grau de complexidade da orientação, ele sente-se enfadado e aborrecido. Em qualquer dos casos, estabelece-se o potencial para a procura de alternativas (e.g., Morrison, 1987).

Relativamente a possíveis modificações na orientação teórica seleccionada inicialmente, a "experiência clínica" vai ganhando particular relevância, tornando-se determinante para as escolhas posteriores, dada a existência de determinadas características pessoais, como a flexibilidade das crenças e o nível de desenvolvimento pessoal (Stoltenberg & Delworth, 1987).

Na fase inicial da aprendizagem ou prática, quando não se verifica uma evolução positiva do processo, os terapeutas tendem a atribuí-la mais à sua inadequação pessoal do que aos limites da orientação teórica (Auerbach e Johnson, 1977; Stoltenberg & Delworth, 1987). Ao contrário, as razões avançadas pelos terapeutas mais experientes para se modificarem, encontram-se quase sempre associadas com experiências clínicas face às quais a

teoria "falha" (Schwartz, 1978).

As mudanças que se podem vir a verificar na forma como os terapeutas pensam sobre a terapia e o modo de a praticar, podem ter lugar de forma mais ou menos gradual e serão particularmente determinadas por "dilemas terapêuticos" (Dryden, 1975) ou casos clínicos "marcantes" (Dryden, 1987), que produzam um grau significativo de conflito, desequilibrando as certezas e/ou crenças prévias dos terapeutas. Tanto mais que, de entre dez alternativas relativas a fontes potenciais de informação sobre psicoterapia, os terapeutas parecem não só privilegiar "as experiências directas com os pacientes", como também considerá-las a "fonte ideal de informação sobre terapia" (Morrow-Bradley & Elliot, 1986).

Tanto o facto dos terapeutas não terem dado um peso significativo à sua filosofia e valores pessoais na escolha de orientação teórica, como as modificações que as diferentes experiências de vida (pessoal e clínica) possam provocar nas crenças e valores pessoais dos terapeutas, podem levar a situações de dissonância entre as crenças dos terapeutas e as asserções metateóricas da orientação teórica de eleição.

Como já foi referido, esta dissonância entre crenças pessoais e metateóricas encontra-se associada não só com uma maior insatisfação com a orientação, mas também com um maior afastamento dos terapeutas, face aos colegas da mesma

orientação, nas opiniões relativas ao que constitui a prática terapêutica ideal. Mudanças estas que, presumivelmente, antecederão as mudanças a nível teórico e metateórico, dado que as mudanças a nível teórico se seguem, normalmente, às mudanças em termos de prática clínica (Schwartz, 1978).

Entendo, contudo, que a dissonância não deve ser vista como tendo uma conotação negativa<sup>1</sup>, como é normalmente o caso para as palavras iniciadas por "dis" (etimologicamente, o prefixo grego *dys* significa, ideia de dificuldade, de desgraça). De facto, no seu todo, os resultados sugerem um padrão muito consistente, que não suporta a noção de dissonância como inerentemente negativa.

A dissonância pode ser entendida como um "desafio existencial" (Riegel, 1979), funcionando como "combustível" propulsor de actualização no desenvolvimento terapêutico e pessoal, enquanto processo oposto a atitudes de refúgio e "encapsulamento" em perspectivas rigidificadas. Processo este que se pode verificar de duas formas possivelmente complementares: (a) funcionando como um "marcador" da necessidade de revisão de asserções, e (b) contribuindo para que os terapeutas compreendam e aceitem o facto de que as incongruências e as contradições são partes naturalmente integrantes da condição

-----

1. Contudo, como Strupp acentua (1981, citado em Cornsweet, 1983), sendo o estilo de personalidade uma das razões importantes na escolha de orientação teórica, a consonância desta com as crenças pessoais pode contribuir para a rigidez de aderência à orientação.

humana (Kitchener, 1983; Perry, 1968; Riegel, 1976, 1978, 1979), perdendo, no acto, a inocência epistemológica (Cooper & Lewis, 1983).

Segundo Riegel (1976, 1978, 1979), uma interpretação dialéctica do processo de desenvolvimento não enfatiza os níveis nos quais se atinge uma situação de equilíbrio. O desenvolvimento é preferencialmente visto como um conjunto de modificações que têm lugar quando falham a coordenação e a sincronia e se verificam conflitos. Ainda que, de facto, se alcancem níveis estáveis de equilíbrio, estes só têm lugar quando se completam tarefas desenvolvimentistas. Contudo, são as próprias situações de equilíbrio que criam a potencialidade dialéctica do seu oposto, fazendo com que aquele se encontre sempre num estado de relativa precariedade.

O conceito utilizado por Riegel (1976, 1978) para veicular a noção de que todas as situações de equilíbrio são temporalmente estruturadas, é o de *sincronização*. Contudo, a *sincronização* só pode ser entendida tomando simultaneamente em consideração a *dissincronização* (i.e., o *desequilíbrio*), dado que ambas se encontram dialecticamente relacionadas. Riegel (1976, 1978) recorre a uma metáfora musical para explicar o modo como o processo de desenvolvimento se desenrola, em função do jogo entre sincronia e desvios. Os arranjos musicais são construídos com base em desvios sincronizados, sendo, na música clássica, a

sincronização conseguida através da harmonia e, na música moderna, através do ritmo.

Curiosamente, o conceito de dissonância é primordialmente musical (etimologicamente, do latim *dissonantia*, musicalmente discordante), significando, em harmonia, um intervalo que não satisfaz a ideia de repouso e pede resolução numa consonância. Assim, quando os psicoterapeutas se encontram em situações de consonância com as suas orientações teóricas, estão criadas as condições para se verificarem situações de dissonância. Estas possivelmente advirão quando as experiências de vida (intra ou extra terapêuticas) provocarem modificações de personalidade ou de entendimento do processo terapêutico que não sejam acompanhadas por modificações a nível da orientação teórica.

Quando em dissonância, os terapeutas parecem agir de quatro maneiras possíveis, semelhantes às que Thomas Kuhn (1970) utilizou para descrever o comportamento dos cientistas<sup>1</sup>, quando são confrontados com dados que contradizem as asserções principais dos paradigmas de eleição<sup>2</sup>: (a) *inatenção selectiva e/ou aumento da fé nas crenças anteriores*; (b) *revisão e/ou alargamento do paradigma*; (c) *abandono da carreira*; e (d) *crise*

1. Mahoney (1980) utiliza a mesma tipologia relativamente a pacientes de psicoterapia, e Vasco (1987) relativamente a indivíduos envolvidos em processos de amor romântico.

2. Butt e Bannister (1987) também consideram que as diferentes respostas que os psicoterapeutas podem dar quando os factos "traem" a teoria são, o encontrar uma teoria nova, o adoptar uma perspectiva ecléctica ou o manter a teoria antiga, distorcendo os factos.

continua.

O primeiro tipo de solução - inatenção selectiva e/ou aumento da fé nas crenças existentes - parece poder ser ilustrado pelo facto dos terapeutas psicodinâmicos, quando em dissonância, aumentarem a influência que a teoria exerce na prática. O segundo tipo de solução - revisão e/ou alargamento do paradigma - é ilustrado pelo comportamento oposto de comportamentalistas e cognitivistas, ou seja, a diminuição da influência da teoria na prática, quando em dissonância. Este tipo de solução é ainda ilustrado pelo facto de, para os terapeutas cognitivos, a dissonância se encontrar associada com a probabilidade de escolha da perspectiva ecléctica como orientação teórica secundária.

Como terceiro tipo de solução, a dissonância parece poder contribuir para o abandono da carreira em psicoterapia, tal como é ilustrado pelos terapeutas psicodinâmicos e sistémicos da presente amostra.

Como quarta e última solução temos a situação de crise contínua, que não pode ser contemplada com o tipo de investigação e dados actuais<sup>1</sup>. Contudo, dado que a prática da psicoterapia é normalmente mais do que uma mera ocupação - é uma actividade em que se constata uma tendência para fundir as dimensões pessoal e

-----

1. Contudo, Perry (1968) constatou uma situação semelhante, que designou por "contemporização", e que consiste numa pausa no processo de desenvolvimento, que pode posteriormente ser resolvida de formas regressivas ou progressivas.

profissional da vida numa percepção unificada do self e do mundo (Kottler, 1986), fusão essa que é acompanhada por uma forte sensação subjectiva de cometimento ao estilo de vida escolhido (Henry, 1966) - é plausível acreditar, mesmo na ausência de dados empíricos, que a dissonância possa contribuir para crises profundas e contínuas, cujo mal-estar associado se pode reflectir negativamente na eficácia terapêutica (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986; Cummings & Lucchese, 1978).

Parece óbvio, contudo, que o adoptar de qualquer uma das soluções delineadas como forma de lidar com as situações de dissonância, não dependerá exclusivamente da orientação teórica dos terapeutas, prendendo-se necessariamente com outro tipo de características pessoais e sociais, como a dimensão *flexibilidade-rigidez* (Schwartz, 1978), o nível de *desenvolvimento epistemológico* (ver Estudo 5) e o nível de desenvolvimento da própria *comunidade psicoterapêutica* em que o terapeuta se encontra inserido (ver Estudo 2). Assim, independentemente de orientação teórica, e em termos de características pessoais, os terapeutas mais flexíveis e epistemologicamente mais desenvolvidos teriam tendência a adoptar soluções mais na linha da revisão e/ou alargamento do paradigma (como é, aliás, ilustrado pelo facto dos terapeutas mais desenvolvidos diminuírem a influência da teoria na prática, quando em dissonância), enquanto que os terapeutas mais rígidos e

menos desenvolvidos privilegiariam soluções mais próximas da inatenção selectiva e do aumento da fé nas crenças existentes, bem como do abandono da carreira. Como Strupp acentuou (1981, citado em Cornsweet, 1983), sendo o estilo de personalidade uma das razões importantes na escolha de orientação teórica, a consonância desta com as crenças pessoais pode contribuir para a rigidez de aderência à orientação. Esta rigidez de aderência ao modelo teórico pode ainda encontrar-se relacionada com o aumento da probabilidade do surgimento de fenómenos de resistência em psicoterapia, cuja responsabilidade caberá, nestas circunstâncias, ao psicoterapeuta, dada a sua insistência em "fazer mais do mesmo" em vez de rever as suas conceptualizações e metodologias de intervenção (Vasco, 1986, para publicação; Wachtel, 1982).

As características da comunidade psicoterapêutica onde os terapeutas individuais se inserem, poderão igualmente influenciar as soluções adoptadas face a situações de dissonância. Parece ser mais provável adoptar soluções de revisão e alargamento, quando a comunidade psicoterapêutica, em geral, tiver atingido uma situação maioritariamente marcada pelas perspectivas eclécticas e integrativas, como parece ser mais o caso dos Estados Unidos do que o de Portugal (ver *Estudo 2*). Por outro lado, este tipo de solução será também mais difícil de adoptar quando os terapeutas pertençam a sociedades que fomentem o



espírito de "culto terapêutico" (e.g., Termelin & Termelin, 1982).

Como foi afirmado anteriormente, uma análise desenvolvimentista das quatro formas de lidar com a dissonância parece, também aqui, pertinente. O significado exacto que cada indivíduo atribui à experiência imediata depende de uma interacção complexa entre dois conjuntos de variáveis. Por um lado, as expectativas que se trazem para a experiência concreta e, por outro, as características tangíveis do meio-ambiente no qual a experiência tem lugar (i.e., físico, social, interno, etc.). O significado resultante desta interacção terá diferentes graus de dissonância e consonância com as expectativas que se trazem para a experiência. Finalmente, a construção do significado a partir da experiência consistirá num determinado grau de equilíbrio entre dois processos: (1) a assimilação das formas resultantes da experiência presente às expectativas prévias, através de selecções, simplificações ou distorções; e (2) a acomodação das expectativas à nova experiência mediante rearranjos e transformações, dos quais resultarão novas expectativas (Perry, 1968).

As soluções (a) inatenção selectiva e/ou aumento de fé nas soluções existentes e (c) abandono da carreira, sugerem um predomínio da assimilação sobre a acomodação, enquanto que a solução (b) revisão e/ou alargamento, sugere exactamente o

contrário - um predomínio da acomodação sobre a assimilação. Por sua vez, a quarta solução hipotética (d) crise contínua, sugere um situação de desequilíbrio permanente, ou seja, uma incapacidade de restabelecer o equilíbrio entre a assimilação e a acomodação (Piaget, 1936).

Esta análise desenvolvimentista parece reforçar-se ao constatar-se a existência de relações entre as diferentes soluções face à dissonância e o nível de desenvolvimento epistemológico dos terapeutas.

Os terapeutas de níveis mais baixos, tendo mais dificuldade em relativizar o conhecimento, parecem lidar com a dissonância aumentando a frequência de uso dos princípios e técnicas da respectiva orientação, materializando a solução kuhniana referida anteriormente, de *inatenção selectiva e/ou aumento da fé nas crenças anteriores*. O oposto, diminuição da frequência de utilização dos princípios e técnicas, parece ser a opção privilegiada pelos terapeutas mais desenvolvidos, já que capazes de maior relativização do conhecimento, materializando estes a solução kuhniana de *revisão e/ou alargamento*. Tanto mais que se constata uma relação positiva entre nível de desenvolvimento e eclectismo e uma relação negativa entre eclectismo e frequência de utilização dos princípios e técnicas da orientação teórica de eleição.



A conjugação dos resultados permite especular que, os terapeutas epistemologicamente mais desenvolvidos, após situações de dissonância, reduzem a frequência de utilização dos princípios e técnicas da orientação que privilegiavam, experimentando novas soluções clínicas e tornando-se mais ecléticos no acto. Ecléticos, no sentido do entendimento do eclectismo como uma síntese pragmática para melhor aproximação dos fenómenos clínicos, dentro de um espírito de crítica e falibilidade, dado que associado com um elevado nível de desenvolvimento (Brabeck & Welfel, 1985).

Convirá, por último, acentuar que a possibilidade de ensaiar novas soluções clínicas, apanágio dos terapeutas mais desenvolvidos, parece prender-se não só com a capacidade crítica de questionar o conhecimento, mas também com as características construtivas inerentes aos estádios mais elevados de desenvolvimento humano, a flexibilidade e a criatividade (Ditmann-Kohli & Baltes, 1990; Gardner, Phelps, & Wolf, 1990; Robinson, 1988; Sternberg, 1990).

## **8. Implicações e Sugestões**

As implicações mais importante susceptíveis de serem retiradas do presente estudo, prendem-se com questões associadas ao processo de formação e treino dos psicoterapeutas.

Tal como a *socialização antecipatória* parece ser, para os pacientes de psicoterapia, uma das variáveis que mais contribuem para a aderência e eficácia do processo terapêutico (Orlinsky & Howard, 1986), também esta, essencialmente em relação as asserções metateóricas das diferentes orientações terapêuticas, deveria ser mais facilmente posta à disposição dos estudantes de psicoterapia, no sentido da promoção de escolhas mais conscientes. A maior consciência relativa a estas escolhas poderá prevenir maus ajustamentos futuros entre as características pessoais dos terapeutas e as respectivas teorias, com possíveis consequências a nível de dissonâncias perturbadoras e reflexos negativos no processo terapêutico. Como Cooper e Lewis afirmam "a inocência epistemológica tem de ser perdida, para se ser capaz de lidar com o pluralismo" (p. 293, 1983).

No mesmo sentido, deveria ser dada mais atenção, nos manuais e cursos de psicoterapia, à explicitação das asserções teóricas e metateóricas subjacentes às diferentes escolas terapêuticas, como complemento essencial aos componentes metodológicos e técnicos (Cornsweet, 1983).

A necessidade de ser dada mais atenção às questões filosóficas na formação dos psicólogos em geral, e dos psicólogos clínicos em particular, tem vindo a ser acentuada por vários autores (e.g., Hillerbrand, 1988; Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Lee, 1983; McCall & Carlin, 1989; McLemore, 1984; O'Donohue,

1989), tarefa que parece encontrar-se facilitada com a emergência do modelo do psicólogo clínico como "metafísico/cientista/praticante" (O'Donohue, 1989), enquanto alternativa ao modelo tradicional do "cientista/praticante", em vigência desde os anos 50 (Raimy, 1950; Derner, 1965; Goldfried, 1984; O'Sullivan & Quevillon, 1992).

De entre os autores que têm acentuado a necessidade da reflexão e formação filosófica dos psicólogos clínicos, destaca-se Ronald Miller (1983, 1992a) que, inclusivamente, propõe a introdução de cadeiras de *Filosofia da Psicologia Clínica* nos currículos acadêmicos. Tanto mais que as divergências existentes não só entre os proponentes das diferentes orientações teóricas terapêuticas, como também entre os diversos grupos profissionais que se dedicam à psicoterapia seriam, essencialmente, de natureza filosófica (i.e., metafísica, ética e filosofia da ciência) (Miller, 1992b,c). Uma mais cuidada educação filosófica seria um precioso auxiliar para uma melhor compreensão da natureza filosófica das diferenças e conseqüente estabelecimento de diálogos mais produtivos (Miller, 1992c).

De igual modo, e dado que o eclectismo parece ser uma das formas de lidar com a dissonância, deveria igualmente ser dada mais atenção às questões integrativas e ecléticas no treino dos psicoterapeutas (Halgin, 1985). Parece aqui, essencial adoptar uma atitude educacional que valorize a adopção do eclectismo como

uma síntese pragmática de abordagem clínica teórico-prática, dentro de um espírito crítico, em contraste com atitudes em que a sua aceitação se verifica por submissão às "autoridades" (i.e., professores, manuais, etc.) ou pela necessidade acrítica de estabelecimento de compromissos (Brabeck & Welfel, 1985).

Seria conveniente que supervisores e professores de psicoterapia tivessem presente o esquema desenvolvimentista de Perry (1968), nomeadamente a probabilidade dos alunos passarem por fases "dualistas", "relativistas" e de "cometimento", em função das quais serão, possivelmente, necessárias atitudes educacionais diferentes (ver Cooper & Lewis, 1983). De igual modo, as situações de dissonância, possivelmente materializadas em "desafios existenciais" (Riegel, 1979) e "crises epistemológicas" (Cooper & Lewis, 1983), constituem situações que podem surgir em qualquer fase da carreira e para as quais tanto terapeutas como supervisores devem estar alerta, solicitando ou facultando o apoio necessário aos colegas.

Como sugeri anteriormente (Vasco, 1986, para publicação), uma das formas de promoção do desenvolvimento do terapeuta, e concomitantemente da sua flexibilidade e criatividade, consiste na *auto-avaliação das rotinas psicológicas*. Este processo de auto-avaliação implica que o terapeuta se mantenha criticamente atento à investigação e inovações em psicoterapia, à adequabilidade das conceptualizações e técnicas que favorece,

particularmente em função das características contextuais dos casos concretos, e à possibilidade de cometer erros inferenciais devido aos enviesamentos cognitivos (Gambrill, 1990; Turk & Salovey, 1988). O processo da auto-avaliação das rotinas psicológicas conduz à promoção do desenvolvimento epistemológico do terapeuta, na medida em que a exposição às contradições inerentes às trocas com a comunidade terapêutica, com os pacientes e consigo próprio, é facilitadora de processos dialécticos de contradição e síntese, tendentes a uma maior flexibilidade, propiciada pelo exercício das suas capacidades metacognitiva.

Finalmente, dado o facto de nenhuma orientação teórica, como um todo, se ter mostrado superior às outras em termos de eficácia terapêutica (Elkin et al., 1985; Elkin et al., 1989; Frank, 1979; Lambert, 1986; Luborsky et al., 1975; Orlinsky & Howard, 1986; Shapiro & Shapiro, 1982; Sloane et al., 1975; Smith et al., 1980; Stiles et al., 1986), os futuros terapeutas deveriam ser encorajados a dar um peso significativo à sua filosofia e valores pessoais na escolha de orientação teórica, sem esquecer, obviamente, a eficácia diferencial dos diferentes tipos de intervenção (Beutler & Clarkin, 1990).

A investigação futura deveria igualmente dirigir-se a algumas questões levantadas pelos resultados do presente estudo.

Em primeiro lugar, parece ser da máxima conveniência

realizar, com alguma regularidade, inquéritos à classe dos psicoterapeutas, que possam actualizar os dados do presente estudo e patentear as modificações surgidas. Este processo de actualização poderá não só contribuir para uma representação mais inequívoca da classe, junto da população e instituições em geral, mas também para auxiliar os candidatos a terapeuta a efectuarem escolhas mais fundamentadas.

Em termos das questões suscitadas pela dissonância, dado que esta foi contemplada, no presente estudo, relativamente a conceitos de alto nível de abstracção (i.e., crenças metafísicas e epistemológicas), seria do maior interesse averiguar se os presentes resultados se mantêm, avaliando a dissonância a níveis mais baixos de abstracção, por exemplo, os princípios ou estratégias clínicas (Goldfried, & Safran, 1986).

A relação teoricamente postulada entre a dissonância e a crise permanente, também sugere como um pólo importante de investigação a sua incidência, bem como as relações deste tipo de crise com o desempenho clínico menos adequado e com o "esgotamento profissional" (Farber, 1983; Freudemberger, 1975, 1976; Freudemberger & Robins, 1979), tanto mais que entre as razões apontadas pelos terapeutas como causadoras de "stress", surgem as dúvidas relativas à eficácia da terapia (Mahoney, 1991).



Finalmente, o nível de desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas parece, igualmente, constituir uma variável promissora em termos de investigação futura.

Concluindo, à máxima "Psicoterapeuta conhece-te a ti próprio", acrescentaria, "e às asserções metateóricas da tua orientação terapêutica"!

## REFERÊNCIAS

- Alexander, C.N., & Langer, E.J. (Eds.) (1990). *Higher stages of human development*. New York: Oxford University Press.
- Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 325-366). New York: Guilford.
- Alexander, C.N., Druker, S.M., & Langer, E.J. (1990). Introduction: Major issues in the exploration of adult growth. In C.N. Alexander, & E.J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 3-32). New York: Oxford University Press.
- Allen, D. H. (1967). Some relationships between therapist personality characteristics and techniques employed in therapy. (Tese de Doutorado, University of Maryland, 1966). *Dissertation Abstracts International*, 27, 3280B-2381B.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A re-analysis of the Smith, Glass, & Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Anthony, N. (1967). A longitudinal analysis of the effect of experience on the therapeutic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 512-516.
- Anthony, W.A., & Carkhuff, R.R. (1977). The functional professional therapeutic agent. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 103-565). New York: Pergamon Press.
- Arnkoff, D.B. (1981). Flexibility in practicing cognitive therapy. In G. Emery, S. H. Hollon, & R. C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Arnkoff, D.B. (1983). Common and specific factors in cognitive therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationships* (pp. 85-125). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Atkinson, D., & Schein, S. (1986). Similarity in counseling, *The Counseling Psychologist*, 14, 319-354.

- Auerbach, A.H., & Johnson, M. (1977). Research on the therapist's level of experience. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 84-102). New York: Pergamon Press.
- Bakeman, O., & Gottman, J. (1986). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barahona-Fernandes, H.J. (1950). A psiquiatria em Portugal. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, 6, 313-344.
- Barahona-Fernandes, H.J. (1984). *A psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche Farmacêutica Quimica, Lda.
- Bartley, W. W. (1962). *The retreat to commitment*. New York: Alfred A. Knopf.
- Barron, J. B. (Ed.) (1978a). Preface. The theory and personality of the psychotherapist (número especial). *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 307.
- Barron, J. (1978b). A prolegomenon to the personality of the psychotherapist: Choices and changes. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 15, 309-313.
- Basseches, M. (1984). *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, NJ: Ablex.
- Baumgartner, R.M., & Heberlein, T.A. (1984). Recent research on mailed questionnaire response rates. In D. C. Lockhart (Ed.), *Making effective use of mailed questionnaires* (pp. 65-75). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bechtel, W. (1988a). *Philosophy of science: An overview for cognitive science*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bechtel, W. (1988b). *Philosophy of mind: An overview for cognitive science*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Beitman, M. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- Belli, R.F. (1986). Mechanist and organicist parallels between theories of memory and science. *The Journal of Mind and Behavior*, 7, 63-86.
- Bergin, A.E. (1971). Further comments on psychotherapy research and therapeutic practice. *Interpersonal Journal of Psychiatry*, 3, 317-323.
- Bergin, A.E. (1977). Introduction. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. XV-XVI). New York: Pergamon Press.
- Bergin, A.E. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 139-189). New York: Wiley.
- Berzins, J. I. (1977). Therapist-patient matching. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 222-251). New York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E. (1979). Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 16, 432-440.
- Beutler, L.E. (1989). The misplaced role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 17-22.
- Beutler, L.E., (Ed.) (1990). Special series on advances in psychotherapy process research (número especial) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3).
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have Prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.

- Beutler, L.E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>a</sup> ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Neufeld, S. (em preparação). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Wiley.
- Block, N. (Ed.) (1980a). *Readings in philosophy of psychology* (Vol. 1). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Block, N. (Ed.) (1980b). *Readings in philosophy of psychology* (Vol. 2). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Borders, L.D. (1990). Developmental changes during supervisees' first practicum. *The Clinical Supervisor*, 8(2), 157-167.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Brabeck, M.M., & Welfel, E.R. (1985). Counseling theory: Understanding the trend toward eclecticism from a developmental perspective. *Journal of Counseling and Development*, 63, 343-348.
- Brehm, S.S. (1976). *The application of social psychology to clinical practice*. New York: Wiley.
- Broughton, J.M. (1975). *The development of natural epistemology in adolescence and early adulthood*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de Harvard.
- Broughton, J.M. (1978). The development of concepts of self, mind, reality, and knowledge. In W. Damon (Ed.), *Social cognition* (pp. 75-100). San Francisco: Jossey-Bass.
- Broughton, J.M. (1984). Not beyond formal operations but beyond Piaget. In M.L. Commons, F.A. Richards, & C. Armon (Eds.), *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development* (pp.395-411). New York: Praeger.

- Bruninck, S., & Schroeder, H. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 567-574.
- Bugental, J.F.T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York: Norton.
- Burian, R.M. (1987). How not to talk about conceptual change in science. In J.C. Pitt, & M. Pera (Eds.), *Rational changes in science: Essays on scientific reasoning* (pp. 3-33). Dordrecht: D. Reidel.
- Butler, S.F., & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy, 23*, 30-40.
- Butt, T., Bannister, D. (1987). Better the devil you know. In W. Dryden (Ed.), *Key cases in psychotherapy* (pp. 127-147). London: Croom Helm.
- Byrne, D. G. (1982). Clinical psychology in Australia: A survey of activities and aspirations. *Australian Psychologist, 17*, 87-96.
- Byrne, D. G. (1983). Attitudes to practice among Australian clinical psychologists. *Australian Psychologist, 18*, 55-64.
- Capra, F. (1975). *The tao of physics*. New York: Bantam.
- Capra, F. (1982). *The turning point: Personal and social transformations in the 1980s*. Los Angeles: Tarcher.
- Cash, T.F., Begley, P.J., McCown, D.A., & Weiss, B.C. (1975). When counselors are heard but not seen: Initial impact of physical attractiveness. *Journal of Counseling Psychology, 22*, 273-279.
- Chwast, J. (1978). Personality and opportunity in psychotherapist's choice of theoretical orientation or practice. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 15*, 375-381.
- Coan, R. W. (1973). Towards a psychological interpretation of psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 9*, 313-327.

Coan, R. W. (1979). *Psychologists: Personal and theoretical pathways*. New York: Irvington.

Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Colby, A., Kohlberg, L., Gibbs., & Lieberman, M. (1983). A longitudinal study of moral judgment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48 (1-2).

Collaborative Research Network Steering Committee (para publicação). The international study of the development of psychotherapists: Conceptual organization of the "Common Core Questionnaire. *Psychotherapy Research*.

Commons, M.L., Richards, F.A., & Armon, C. (Eds.) (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. New York: Praeger.

Cooley, E.J., & Lajoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 562-570.

Cooper, J., & Fazio, R. H. (1984). A new look at dissonance theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 17, pp. 229-266). New York: Academic Press.

Cooper, T.D., & Lewis, J.A. (1983). The crisis of relativism: Helping counselors cope with diversity. *Counselor Education and Supervision*, 22, 290-295.

Conway, J.B. (1988). Differences among clinical psychologists: Scientists, practitioners, and scientist-practitioners. *Professional Psychology*, 19, 642-655.

Conway, J. B. (1989). *Epistemic values and psychologists: A world of individual differences*. Manuscripto não publicado, Universidade de Saskatchewan.

Cornsweet, C. (1983). Nonspecific factors and theoretical choice. *Psychotherapy: Theory, research, and practice*, 20, 307-313.

- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*, 20-26.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Beck, A.T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Cross, D.G., Sheehan, P.W., & Khan, J.A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 103-112.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Cummings, N. A., & Lucchese, G. (1978). Adoption of a psychological orientation: The role of the inadvertent. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 15*, 323-328.
- Dent, J. K. (1978). *Exploring the psychosocial therapies through the personalities of effective therapists*. National Institute of Mental Health: DHEW Publication No. (ADM) 77-527. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Derner, G.F. (1965). Graduate education in clinical psychology. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 343-367). New York: McGraw-Hill.
- Dias, G.F., & Caldeira, C. (1982). Ser psicoterapeuta: Quem e como? *Psicologia, III*, 109-112.
- Ditmann-Kohli, F., & Baltes, P. B. (1990). Toward a neofunctionalist conception of adult intellectual development: Wisdom as a prototypical case of intellectual growth. In C.N. Alexander, & E.J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 54-78). New York: Oxford University Press.
- Ducrot, O., & Todorov, T. (1972). *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*. Paris: Éditions du Seuil.



- Dryden, W. (1982). The therapeutic alliance: Conceptual issues and some research findings. *Midland Journal of Psychotherapy*, 1, 14-19.
- Dryden, W. (1984). Issues in the eclectic practice of individual therapy. In W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 341-363.) London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1985). *Therapists' dilemmas*. London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1987). Key cases in psychotherapy: An introduction. In W. Dryden (Ed.), *Key cases in psychotherapy* (pp. 1-4). London: Croom Helm.
- Dryden, W. (1990). *Creativity in rational-emotive therapy*. Loughton, Essex: Gale Centre Publications.
- Dryden, W., & Spurling, L. (Eds.) (1989). *On becoming a psychotherapist*. London: Tavistock/Routledge.
- Dryden, W., & Vasco, A. B. (1991). *Dryden on counseling: Vol. 2, a dialogue*. London: Whurr.
- Ducrot, O., & Todorov, T. (1972). *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*. Paris: Éditions du Seuil.
- Durlack, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Egas-Moniz, (1977). *O Abade Faria*. Lisboa: Editorial Vega.
- Elkin, I.E., Parloff, M.B., Hadley, S.W., & Autry, J.H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I. E, Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P, Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.

- Ellis, A. (1978). Personality characteristics of Rational-Emotive therapists and other kind of therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 329-332.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance*. New York: Springer.
- Farber, B. A. (1983a). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 97-118). New York: Pergamon.
- Farber, B.A. (1983b). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 174-182.
- Farber, B.A., & Heifetz, L.J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12, 621-630.
- Farber, B.A., & Heifetz, L.J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13, 293-301.
- Feinsilver, D.B., & Gunderson, J.G. (1972). Psychotherapy for schizophrenics - is it indicated? A review of the relevant literature. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 11-23.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Festinger, L. (1961). The psychological effects of insufficient reward. *American Psychologist*, 16, 1-12.
- Fey, W.F. (1958). Doctrine and experience: Their influence upon the psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 403-409.
- Fiedler, F. E. (1950a). The concept of an ideal therapeutic relationship. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 239-245.
- Fiedler, F. E. (1950b). A comparasion of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
- Fiedler, F.E. (1951). Factor analyses of psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapeutic relationships. *Journal of Consulting Psychology*, 15, 32-38.

Feyerabend, P. (1970). Consolations for the specialist. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 197-230). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.

Feyerabend, P. (1975). *Against method*. London: New Left Books.

Fiedler, K. (1991). Heuristics and biases in theory formation: On the cognitive processes of those concerned with cognitive processes. *Theory and Psychology*, 1, 407-430.

Filippeschi, M., Celano, G. (1988). *Scuole di psicoterapia in Italia*. Genova: Centro Diffusione Psicologia.

Fisch, R. (1977). Psychology of science. In J. Spiegel-Rosing & D. Des. Price (Eds.), *Science technology and society: A crossdisciplinary perspective* (pp. 277-318). Beverly-Hills, CA: Sage.

Fiske, D. W. (1977). Methodological issues in research on the psychotherapist. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 23-44). New York: Pergamon Press.

Fishman, D.B., & Franks, C.M. (1992). Evolution and differentiation within behavior therapy: A theoretical and epistemological review. In D.K. Freedheim, H.J. Freudenberger, J.W. Kessler, S.B. Messer, D.R. Peterson, H.H. Strupp, & P.L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 159-196). Washington, DC: American Psychological Association.

Foa, E.B., & Emmelkamp, P.M.G. (Eds.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.

Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie a l'Age Classique*. Paris: Plon.

Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*, (2<sup>nd</sup> ed. revista). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 310-316.

- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The master lecture series, Vol. 1, Psychotherapy and behavior change* (pp. 7-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J.D. (1987). Psychotherapy, rethoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy, 24*, 293-302
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3<sup>a</sup> ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freni, S., Basile, R., Fava, E., & Galati, S. (1989, Setembro). Some observations on the situation of psychotherapy in Italy. In D. E. Orlinsky (organizador), *The social context of psychotherapy research: A comparative discussion of the organization and impact of service delivery systems*. Workshop integrado na Third European Conference on Psychotherapy Research, Berna.
- Freud, S. (1973a). Sobre psicoterapia (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud, Vol. 1* (3<sup>a</sup> ed., pp. 1008-1013). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1973b). Psicoterapia: Tratamento por el espíritu (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud, Vol. 1* (3<sup>a</sup> ed., pp. 1014-1027). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1973c). Analisis terminable e interminable (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud, Vol. 3* (3<sup>a</sup> ed., pp. 3339-3364). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905).
- Freundenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues, 30*, 159-165.
- Freundenberger, H.J., & Robbins (1979). The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanalytic Review, 66*, 275-295.
- Fromm, E., & Suzuki, D.T. (1960). *Zen Buddhism and psychoanalysis*. New York: Harper.

Gambrill, E. (1990). *Critical thinking in clinical practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Garcia-Marques, L., & Vasco, A. B. (1989). Psicologia, com a qual ou sem a qual fica tudo tal e qual?: Notas sobre o estatuto epistemológico da psicologia. *Jornal de Psicologia*, 8 (1), 8-16.

Garfield, S.L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley

Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9.

Garner, H., Phelps, E., & Wolf, D. (1990). The roots of adult creativity in children's symbolic products. In C.N. Alexander, & E.J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 79-96). New York: Oxford University Press.

Gerin, P., & Vignat, J.P. (1984). *L'identité du psychothérapeute*. Paris: Presses Universitaires de France.

Germer, C. K., Efran, J. S., & Overton, W. S. (1982, April). The Organicism-Mechanism Paradigm Inventory: Toward the measurement of metaphysical assumptions. Comunicação apresentada no 53<sup>o</sup> Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Baltimore, MD.

Gholson, B., Shadish, W.R., Neimeyer, R.A., & Houts, A.C. (Eds.) (1989). *Psychology of science: Contributions to metascience*. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.

Gilbert, P., Hughes, W., & Dryden, W. (1989). The therapist as a crucial variable in psychotherapy. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 3-13). London: Tavistock/Routledge.

Glaser, S.R. (1980). Rhetoric and psychotherapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 313-333). New York: Plenum.

Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist*. New York: Gardner.

Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

- Goldfried, M.R. (Ed.) (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- Goldfried, M.R. (1984). Training the clinician as scientist-professional. *Professional Psychology*, 15, 477-481.
- Goldfried, M. R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.
- Goldfried, M.R., & Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M.R., & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 25-61). New York: Brunner/Mazel.
- Goldfried, M.R., & Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. In M.R. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy* (pp. 3-49). New York: Springer.
- Goldfried, M. R., & Safran J. D. (1986). Future directions in psychotherapy integration. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 463-483). New York: Brunner/Mazel.
- Goleman, D. (1986). Psychiatry: First guide to therapy is fiercely opposed. *The New York Times*, 23 de Setembro, C1.
- Gonçalves, O.F. (1990). Psicologia clínica: Estado actual e perspectivas de futuro. *Jornal de Psicologia*, 9(1), 8-13.
- Gonçalves, O.F., & Barbosa, J.G. (1990). Epistemologia e ciência pessoal do terapeuta. *Psicológica*, 3, 109-122.
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S., & Pinsof, W. (Eds.) (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.

Grencavage, L.M., & Norcross J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.

Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

Gurman, A.S., & Razin, M.S. (Eds.) (1977a). *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 222-251). New York: Pergamon Press.

Gurman, A.S., & Razin, A.M. (1977b). Editor's note 1 to Auerbach, A.H., & Johnson, M., Research on the therapist's level of experience. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 84-102). New York: Pergamon Press.

Gutting, G. (Ed.) (1980). *Paradigms and revolutions: Appraisals and applications of Thomas Kuhn's philosophy of science*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.

Hair, Jr., J.F., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (1988). *Multivariate data analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Macmillan.

Haley, J. (1986). *The power tactics of Jesus Christ and other essays* (2<sup>nd</sup> ed.). Rockville, Md.: The Triangle Press.

Halgin, R. P. (1985). Teaching integration of psychotherapy models to beginning therapists. *Psychotherapy*, 22, 555-563.

Harper, R. A. (1959). *Psychoanalysis and psychotherapy: 36 systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Harris, M., Fontana, A. F., & Dowds, B. N. (1977). The world hypotheses scale: Rationale, reliability, and validity. *Journal of Personality Assessment*, 41, 537-547.

Hayek, F.A. (1952). *The sensory order*. Chicago: Chicago University Press.

Hayek, F.A. (1978). *New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas*. Chicago: Chicago University Press.

- Henriques, A. (1989). Prática privada: Contributo para a caracterização clínico-profissional da psicoterapia. *Jornal de Psicologia*, 8(5), 9-15.
- Henriques, A., & Sá I. (1986). Clínica privada: Práticas e factores de stress. *Boletim da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva*, 1, 9-12.
- Henry, W.E. (1966). Some observations on the lives of healers. *Human Development*, 9, 47-56.
- Henry, W.E., Sims, J.H., & Spray, S.L. (1971). *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heppner, P.P., & Claiborn, C.D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-387.
- Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: Meridian.
- Herron, W. G. (1978). The therapist's choice of a theory of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 396-401.
- Hershenson, D. B. (1983). A Viconian interpretation of psychological counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 62, 3-9.
- Highlen, P. S., & Hill, C. E. (1984). Factors affecting client change in individual counseling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 334-396). New York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. San Diego, Calif.: Harcourt Brace & Jovanovich.
- Hillerbrand, E.T. (1988). Aristotle and epistemology: Implications for professional psychological training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 468-473.
- Hoffman, R.R., & Nead, J.M. (1983). General contextualism, ecological science and cognitive research. *The Journal of Mind and Behavior*, 4, 507-560.



- Holloway, R.R., & Wampold, B.E. (1986). Relation between conceptual level and counseling-related tasks: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 310-319.
- Holloway, R.R., & Wolleat, P.L. (1980). Relationship of counselor conceptual level to clinical hypothesis formation. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 539-545.
- Hoshmand, L.T., & Polkinghorne, D.E. (1992). Redefining the science-practice relationship and professional training. *American Psychologist*, 47, 55-66.
- Hospital Miguel Bombarda, (1948). *Centenário do Hospital Miguel Bombarda, antigo Hospital de Rilhafoles*. Lisboa: Edição do Hospital Miguel Bombarda.
- Houts, A.C. (1989). Contributions of the psychology of science to metascience: A call for explorers. In B. Gholsen, W. R. Shadish, Jr., R. A. Neimeyer, & A. C. Houts (Eds.), *Psychology of science: Contributions to metascience* (pp. 47-88). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Howard, G.S. (1985). The role of values in a science of psychology. *American Psychologist*, 40, 255-265.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Downing, L. (1987). *Counseling and psychotherapy: Integrating skills, theory, and practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- James, W. (1907). *Pragmatism*. New York: Longman.
- Jasnow, A. (1978). The psychotherapist - artist and/or scientist? *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 15, 318-322.
- Jensen, J.P., Bergin, A.E., & Greaves, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- Johnson, J. A., Germer, C. K., Efran, J. S., & Overton, W. F. (1988). Personality as the basis for theoretical predilections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 824-835.
- Kazdin, A.E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Illinois: Dorsey.

- Kelly, E.L. (1961). Clinical psychology - 1960. Report of survey findings. *Newsletter: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 14(1), 1-11.
- Kimble, G.A. (1984). Psychology's two cultures. *American Psychologist*, 39, 833-839.
- Kitchener, K.S. (1983). Cognition, metacognition, and epistemic cognition. *Human Development*, 26, 222-232.
- Kitchener, K.S. (1986). The Reflective Judgment Model: Characteristics, evidence, and measurement. In R.A. Mines & K.S. Kitchener (Eds.), *Adult cognitive development* (pp. 76-91). New York: Praeger.
- Kitchener, K.S., & King, P. (1981). Reflective judgment: Concepts of justification and their relationship to age and education. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 89-116.
- Kopp, S.B. (1972). *If you meet the Buddha on the road, kill him!* New York: Bantam.
- Kottler, J.A. (1986). *On being a therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kottler, J.A. (1991). *The compleat therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kottler, J.A. (1992). *Compassionate therapy: Working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kottler, J.A., & Blau, D.S. (1989). *The imperfect therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kramer, D.A. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development*, 26, 91-105.
- Krasner, L., & Houts, A.C. (1984). A study of the "value" system of behavioral scientists. *American Psychologist*, 39, 840-850.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2<sup>nd</sup> ed.). Chicago, IL.: University of Chicago Press.

LaCrosse, M.B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-327.

Lafferty, P., Beutler, L.E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.

Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programs. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91-196). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.

Lakatos, I. (1974). Popper on demarcation and induction. In P. A. Schilpp (Ed.), *The philosophy of Karl Popper* (Part I, pp. 241-273). La Salle, Ill: Open Court.

Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Lambert, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.

Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In C.E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology* (Vol. 1, pp. 205-241). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Collins, J.L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 452-481). New York: Pergamon Press.

Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E., (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 157-212). New York: Wiley.

Laudan, L. (1981). A problem-solving approach to scientific progress. In I. Hacking (Ed.), *Scientific revolutions* (pp. 144-155). Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.

- Lazarus, A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, A. A. (1978). Styles not systems. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 359-361.
- Lazarus, A. A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: MacGraw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1989). Why I am an eclectic (not an integrationist). *British Journal of Guidance and Counselling*, 17, 248-258.
- Lazarus, A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 115-132). New York: Plenum.
- Lee, D. J. (1983). Philosophy and counseling: A metatheoretical analysis. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 523-526.
- Levinson, D.J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Knopf.
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D., & Milles, M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Lindner, H. (1978). Therapists and theories: I choose me. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 405-408.
- Liotti, G., & Reda, M. (1981). Some epistemological remarks on behavior therapy, cognitive therapy, and psychoanalysis. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 231-236.
- Lorr, M. (1965). Client perceptions of therapists. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 146-149.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLelland, A.T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much on their success?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.

- Luborsky, L., McLellan, A.T, Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Lyddon, W. J. (1989a). Root metaphor theory: A philosophical framework for counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 67, 442-448.
- Lyddon, W. J. (1989b). Personal epistemology and preference for counseling. *Journal of Consulting Psychology*, 36, 423-429.
- Lyddon, W.J. (1991). Epistemic style: Implications for cognitive therapy. *Psychotherapy*, 28, 588-597.
- Lyons, L.C., & Howard, K.I. (1991). Main effects analysis in clinical research: Statistical guidelines for desaggregating treatment groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 745-748.
- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Mahoney, M.J (1976). *Scientist as subject: The psychological imperative*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1980a). *Abnormal psychology: Perspectives on human variance*. San Francisco: Harper and Row.
- Mahoney, M. J. (1980b). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 157-180). New York: Plenum.
- Mahoney, M. J. (1981). Clinical psychology and scientific inquiry. *International Journal of Psychology*, 16, 257-274.
- Mahoney, M.J. (1985). Open exchange and epistemic progress. *American Psychologist*, 40, 29-39.
- Mahoney, M.J. (1986). The tyranny of technique. *Counseling and Values*, 30, 169-174.
- Mahoney, M.J. (1989). Participatory epistemology and psychology of science. In B. Gholson, W. R. Shadish, Jr., R. A. Neimeyer, & A. C. Houts (Eds.), *Psychology of science: Contributions to metascience* (pp. 138-164). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.

- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M.J., & Craine, M.H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 207-221.
- Mahoney, M.J., Norcross, J.C., Prochaska, J.O., & Missar, C.D. (1989). Psychological development and optimal psychotherapy: Converging perspectives among clinical psychologists. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 251-263.
- Mallucio, A.N. (1979). *Learning from clients: Interpersonal helping as viewed by clients and social workers*. New York: The Free Press.
- Manicas, P.T., & Secord, P.F. (1983). Implications for psychology of the new philosophy of science. *American Psychologist*, 38, 399-413.
- Marasculio, L.A., & Levin, J.R. (1983). *Multivariate statistics in the social sciences: A researcher's guide*. Montrey, CA: Brooks/Cole.
- Marks, M. J. (1978). Conscious/unconscious selection of the psychotherapist's theoretical orientation. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 354-358.
- Marques-Gastão (1982). *S. João de Deus: Sua vida, sua obra*. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro.
- Martin, J. (1988). A proposal for researching possible relationships between scientific theories and the personal theories of counselors and clients. *Journal of Counseling and Development*, 66, 261-265.
- Maslow, A. H. (1966). *The psychology of science*. New York: Harper & Row.
- Masson, J. (1988). *Against therapy: Emotional tyranny and the myth of psychological healing*. New York: Atheneum.
- Masson, J. (1991). *Final analysis: The making and unmaking of a psychoanalyst*. London: Harper Collins.

- Masson, J. (1992). The tyranny of psychotherapy. In W. Dryden & C. Feltham (Eds.), *Psychotherapy and its discontents* (pp. 7-29). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Martindale, C. (1978). The therapist-as-fixed-effect fallacy in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1526-1530.
- Masson, J. (1988). *Against therapy*. New York: Atheneum.
- McCall, J.N., & Carlin, D. (1989). psychology of the scientist: Lx. relation of training about science to preference for objective psychology. *Psychological Reports, 64*, 383-390.
- McLemore, C.W. (1984). Training psychologists to think philosophically. *The Clinical Psychologist, 37(1)*, 32-33.
- McLuhan, M. (1962). *The Gutenberg galaxy*. Toronto: University of Toronto Press.
- McNair, D. M., & Lorr, M. (1964). An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology, 28* 265-271.
- Meehl, P.E. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist, 15*, 19-27.
- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (1970). *Research in psychoptherapy*. New York: Atherton.
- Messer, S. B. (1986). Eclecticism in psychotherapy: Underlying assumptions, problems, and trade-offs. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 379-397). New York: Brunner/Mazel.
- Messer, S. B., & Winokur, M. (1980). Some limits on the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *American Psychologist, 35*, 818-827.
- Miller, R.B. (1983). A call to armchairs. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20*, 208-219.
- Miller, R.B. (Ed.) (1992a). *The restoration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Miller, R.B. (1992b). Introduction to the philosophy of clinical psychology. In R.B. Miller (Ed.), *The restoration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology* (pp. 1-27). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Miller, R.B. (1992c). Postscript: The role of philosophy in the education of clinical psychologists. In R.B. Miller (Ed.), *The restoration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology* (pp. 637-639). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Morris, J.K. (1987). A psychotherapist at the crossroads: A personal and professional turning point. In W. Dryden (Ed.), *Key cases in psychotherapy* (pp. 5-20). London: Croom Helm.
- Morrow-Bradley, C., & Elliot (1986). Utilization of psychotherapy research by practising psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Mosham, D. (1982). Exogenous, endogenous, and dialectical constructivism. *Developmental Review*, 2, 371-384.
- Norcross, J.C. (1985). In defense of theoretical orientations for clinicians. *The Clinical Psychologist*, 38, 13-17.
- Norcross, J.C. (Ed.) (1986a). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C. (1986b). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 3-24). New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C. (Ed.) (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C., & Prochaska, J.O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. *The Clinical Psychologist*, 35 (2), 1-8.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1983a). Clinicians' theoretical orientations: Selection, utilization, and efficacy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 197-208.



- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1983b). Psychotherapy in independent practice: Some findings and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 869-881.
- Norcross, J.C., & Prochaska, J.O. (1988). A study of eclectic (and integrative) viwes revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 170-174.
- Norcross, J.C., & Wogan, M. (1983a). American psychotherapists of diverse persuasions: Characteristics, theories, practices, and clients. *Professional Psychology*, 4, 529-539.
- Norcross, J.C., & Wogan, M. (1983b). Relationship of behavior therapist's characteristics, activities, and clients to reported practices in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 44-56.
- Norcross, J. C., Dryden, W., & Brust, A.M. (para publicação, a). British clinical psychologists: I. A national survey of the BPS clinical division. *Clinical Psychology Forum*.
- Norcross, J. C., Dryden, W., & Brust, A.M. (para publicação, b). British clinical psychologists: II. Survey findings and American comparisons. *Clinical Psychology Forum*.
- Norcross, J.C., Nash, J.M., & Prochaska, J.O. (1985). Psychologists in part-time independent practice: Description and comparison. *Professional Psychologist: Research and Practice*, 16, 565-575.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallangher, K. M. (1989a). Clinical psychologists in the 1980s: I. Demographics, affiliations and satisfactions. *The Clinical Psychologist*, 42, 29-39.
- Norcross, J.C., Prochaska, J.O., & Gallangher, K.M. (1989b). Clinical psychologists in the 1980s: II. Theory, research, and practice. *The Clinical Psychologist*, 42, 45-53.
- Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D., & Missar, C.D. (1988). The process and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36-43.
- O'Donohue, W.O. (1989). The (even) bolder model: The clinical psychologist as metaphysician-scientist-practitioner. *American Psychologist*, 44, 1460-1468.

- O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1987). *Behavior therapy: Applications and outcome* (2<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Orlinsky, D. E. (1989a). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*, 9, 413-441.
- Orlinsky, D. E. (Organizador) (1989b, Setembro). *The social context of psychotherapy research: A comparative discussion of the organization and impact of service delivery systems*. Workshop integrado na Third European Conference on Psychotherapy Research, Berna.
- Orlinsky, D., Gerin, P., Davis, J., Ambuhl, H., Dazord, A., Davis, M., Willutzki, U., Davidson, C., Aapro, N., Backx, W., Botermans, J., & Iahns, J. (para publicação). SPR Collaborative Research Network international study of the development of psychotherapists: Background and research plans. *Psychotherapy Research*.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A.M. Brodsky & R.T. Haremustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). New York: Guildford.
- Orlinsky D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>a</sup> ed., pp. 311-381. New York: Wiley.
- O'Sullivan, J.J., & Quevillon, R.P. (1992). 40 years later: Is the Boulder Model still alive? *American Psychologist*, 47, 67-70.
- Overton, W. F. (1984). World views and their influence on psychological theory and research: Kuhn-Lakatos-Laudan. In H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 18, pp. 191-226). New York: Academic Press.
- Parloff, M. B. (1961). Therapist-patient relationships and the outcome of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 29-38.
- Parloff, M.B. (1976). Shopping for the right therapy. *Saturday Review*, 21 de Fevereiro, 135-142.

- Parloff, M.B., Waskow, I.E., & Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2<sup>a</sup> ed., pp. 233-282). New York: Wiley.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkley: University of California Press.
- Perry, W.G., Jr. (1968). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J.B., & Burns, D.D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 539-551
- Peterfreund, E. (1983). *The process of psychoanalytic therapy: Models and strategies*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Peterson, G., & Bradley, (1980). Counselor orientation and theoretical attitudes toward counseling: Historical perspective and new data. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 554-560.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Pichot, P. (1984). *Um século de psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy* (2<sup>a</sup> ed.). London: Routledge & Kegan Paul.
- Popper, K. (1963). *The open society and its enemies*. New York: Basic Books.
- Popper, K.R. (1972). *Objective knowledge: An evolutionary approach*. London: Oxford University Press.
- Prigogine, I. (1980). *From being to becoming: Time and complexity in the physical sciences*. San Francisco: Freeman.

- Prigogine, I., & Stengers, I. (1979). *La nouvelle alliance: Métamorphose de la science*. Paris: Gallimard.
- Prochaska, J.O. (1984). *Systems of psychotherapy* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: The Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983a). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161-173.
- Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (1983b). Psychotherapists' perspectives on treating themselves and their clients for psychic distress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 642-655.
- Radnitzky, G., & Bartley, W.W., III (Eds.). (1987). *Evolutionary epistemology, rationality, and the sociology of knowledge*. La Salle, Ill: Open Court.
- Raimy, V.C. (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall
- Raskins, N.J. (1965). The psychotherapy research project of the American Academy of Psychotherapists. *Proceedings of the 23rd Annual Convention of the American Psychological Association*, 1, 253-254.
- Razin, A.M. (1977). The A-B variable: Still promising after twenty years? In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 291-324). New York: Pergamon Press.
- Rice, L.N., & Greenberg, L.S. (Eds.) (1984a). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Rice, L.N., & Greenberg, L.S. (1984b). The new research paradigm. In L. N. Rice & L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (p. 7-25). New York: Guilford.
- Rice, D., Gurman, A., & Razin, A. (1974). Therapist sex, "style", and theoretical orientation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 413-421.

- Riegel, K.F. (1976). The dialectics of human development. *American Psychologist*, 31, 689-699.
- Riegel, K. F. (1978). *Psychology mon amour: A countercontext*. Boston: Houghton-Mifflin
- Riegel, K.F. (1979). *Foundations of dialectical psychology*. New York: Academic Press
- Robiner, W. N. (1991). How many psychologists are needed? A call for a national psychology human resource agenda. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 427-440.
- Robinson, R.E. (1988). Project and prejudice: Past, present, and future in adult development. *Human Development*, 31, 158-172.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Roman, M., Charles, E., & Karasu, T.B. (1978). The value system of psychotherapists and changing mores. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 409-415.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Royce, J.R. (1964). *The encapsulated man: An interdisciplinary essay on the search for meaning*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Royce, J.R. (1974). Cognition and knowledge: Psychological epistemology. In E.C. Carterette & M.P. Friedman (Eds.), *Handbook of perception: Vol. 1. Historical and philosophical roots of perception* (pp. 149-176). New York: Academic Press.
- Royce, J.R. (1982). Philosophic issues, Division 24, and the future. *American Psychologist*, 37, 258-266.
- Royce, J.R. (1985). The problem of theoretical pluralism in psychology. In K.B. Masen & L.P. Mos (Eds.), *Annals of theoretical psychology* (Vol. 3, pp. 297-315). New York: Plenum.

- Royce, J.R., Coward, H., Egan, E., Kessel, F., & Mos, L. (1978). Psychological epistemology: A critical review of the empirical literature and the theoretical issues. *Genetic Psychology Monographs*, 97, 265-353.
- Royce, J. R., & Mos, L. P. (1980). *Manual: Psycho-Epistemological Profile*. Alberta, Canada: University of Alberta Center for Advanced Study in Theoretical Psychology.
- Royce, J. R., & Powell, A. (1983). *Theory of personality and individual differences: Factors, systems, and processes*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Russel, R.L. (Ed.) (1989). Psychotherapy process research (número especial). *Clinical Psychology Review*, 9 (4).
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sagal, P.T. (1987). Naturalistic epistemology and the harakiri of philosophy. In A. Shimony (Ed.), *Naturalistic epistemology: A symposium of two decades* (pp. 321-332). Dordrecht, Holanda: D. Reidel.
- Schacht, T.E. (1991). Can psychotherapy education advance psychotherapy integration? A view from the cognitive psychology of expertise. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 305-319.
- Schacht, T. E., & Black, D. A. (1985). Epistemological commitments of behavioral and psychoanalytic therapists. *Professional Psychology*, 16, 316-323.
- Schafer, R. (1979). On becoming a psychoanalyst: of one persuasion or another. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 345-360.
- Schwartz, B.D. (1978). The initial versus subsequent theoretical positions: Does the psychotherapist's personality make a difference? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 344-349.
- Sexton, T.L., & Whiston, S.C. (1991). A review of the empirical basis for counseling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision*, 30, 330-354.

- Shadish, W.R., Houts, A.C., Gholson, B., & Neimeyer, R.A. (1989). The psychology of science: An introduction. In B. Gholson, W. R. Shadish, Jr., R. A. Neimeyer, & A. C. Houts (Eds.), *Psychology of science: Contributions to metascience* (pp. 1-16). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shimony, A. (Ed.) (1987). *Naturalistic epistemology: A symposium of two decades*. Dordrecht, Holanda: D. Reidel.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stein, D.M., & Lambert, M.J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Steiner, G. L. (1978). A survey to identify factors in therapists' selection of a theoretical orientation. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 371-374.
- Sternberg, R.J. (Ed.) (1990). *Wisdom: Its nature, origins, and development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliot R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stockman, N. (1983). *Antipositivist theories of the sciences*. Dordrecht, Holanda: D. Reidel.

- Stoltenberg, C.D. (1981). Approaching supervision from a developmental perspective: The counselor complexity model. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 59-65.
- Stoltenberg, C.D., & Delworth U. (1987). *Supervising counselors and therapists: A developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strong, S. R. (1978). Social psychological approach to psychotherapy research. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 101-135). New York: Wiley.
- Strupp, H. H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist's contribution. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 4-22). New York: Pergamon Press.
- Strupp, H. H. (1978a). Psychotherapy research & practice: An overview. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 3-22). New York: Wiley.
- Strupp, H.H (1978b). The therapist's theoretical orientation: An overrated variable. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice, 15*, 314-317.
- Strupp H.H. (1981). Toward a refinement of time-limited dynamic psychotherapy. In S.H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. New York: Guilford.
- Strupp, H. H. (1989a). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist, 44*, 717-724.
- Strupp, H.H. (1989b). My career as a researcher and psychotherapist. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 101-115). London: Tavistock/Routledge.
- Strupp, H. H. (1992). The future of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 29*, 21-27.
- Strupp, H.H., Fox, R., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.



- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1985). Negative effects and their determinants. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- Sudman, S., & Bradburn, N. (1984). Improving mailed questionnaires designs. In D.C. Lockhart (Ed.), *Making effective use of mailed questionnaires* (pp. 33-47). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sundland, D.M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 189-219). New York: Pergamon Press.
- Sundland, D.M., & Barker, (1962). The orientation of psychotherapists. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 201-212.
- Swan, G.E., & MacDonald, M.L. (1979). Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy*, 9, 799-807.
- Sweet, A.A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 4, 253-272.
- Szalita, A. B. (1985). On becoming a psychoanalyst: Education or experience? *Contemporary Psychoanalysis*, 21, 117-122.
- Termelin, M.K., & Termelin, J.W. (1982). Psychotherapy cults: An iatrogenic perversion. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 19, 131-141.
- Thompson, J.K. (Ed.) (1989). Client-therapist relationship and cognitive psychotherapy (número especial). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3 (2).
- Tremblay J., Herron, W., & Schultz, C. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 106-110.
- Tryon, G.S. (1983a). How full-time private practitioners market their services: A national survey. *Psychotherapy in Private Practice*, 1, 91-100.

- Tryon, G.S. (1983b). Full-time private practice in the United States: Results of a national survey. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 14, 685-696.
- Turk, D.C., & Salovey (Eds.) (1988). *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology*. New York: Free Press.
- Vala, J., Sockza, L. & Bairrão, J. (1981). Inquérito à classe profissional: o perfil profissional dos psicólogos e o exercício da psicologia em Portugal. In Sindicato Nacional dos Psicólogos (Ed.), *II Encontro Nacional de Psicologia: o exercício da psicologia em Portugal*. Lisboa: S.N.P.
- Vandenbos, G. R., Cummings, N. A., & Deleon, P. H. (1992). A century of psychotherapy: Economic and environmental influences. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 65-102). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Vasco, A.B. (1986). O problema da resistência na prática da terapia comportamental-cognitiva: Algumas entradas para uma saída feliz. *Boletim da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva*, 1, 13-25.
- Vasco, A. B. (1987). O romantismo como paradigma: A estrutura das revoluções amorosas. *Jornal de Psicologia*, 6(2), 3-9.
- Vasco, A.B. (Novembro, 1988a). Da Torre de Babel ao Esperanto terapêutico: Notas sobre investigação e integração em psicoterapia. Comunicação apresentada no II Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Lisboa.
- Vasco, A. B. (1988b). Perspectivas epistemológicas em psicoterapia (II): Filosofia da ciência, psicologia e psicoterapia. *Psicologia*, VI, 239-251.
- Vasco, A.B. (Novembro, 1989). No reino de Pã: Abordagem cognitivo-comportamental de um caso clínico. Participação no Simpósio "Cinco perspectivas para um mesmo caso clínico", realizado no âmbito da 2ª Convenção dos Psicólogos Portugueses", Lisboa.
- Vasco, A.B. (1990). Da Torre de Babel ao Esperanto terapêutico: Notas sobre investigação e integração em psicoterapia. *Psiquiatria Clínica*, 11, 117-123.

Vasco, A.B. (1991). De entre as 500 receitas ecollo porco asado: Factores comúns, integración e psicoterapia. *Cadenos de Psicoloxía*, 11, 34-40.

Vasco, A.B. (para publicación). Resistência e erros inferenciais: Notas sobre as "perturbações" do psicoterapeuta. *Psicologia*.

Vasco, A.B., & Baptista, T.M. (1990). Em busca das variáveis perdidas: Perspectivas actuais em terapia cognitiva. *Jornal de Psicologia*, 9 (4/5), 24-29.

Vasco, A.B., & Garcia-Marques, L. (1992). Tudo aquilo que você sempre quis saber sobre a acuidade de algumas das profecias de Kurt Lewin, mas tinha medo de perguntar. *Psicologia*, VIII, 279-293.

Wachtel, P. (Ed.) (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum

Wallach, M. S., & Strupp, H. H. (1964). Dimensions of psychotherapists' activity. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 120-125.

Walton, D.E. (1978). An exploratory study: Personality factors and theoretical orientations of therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 390-395.

Watkins Jr., C.E., Lopez, F.G., Campbell, V.L., & Himmell, C.D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 301-309.

Watts, A. (1961). *Psychotherapy East and West*. New York: Random House.

Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic Books.

Weimer, W.B., (1975). The psychology of inference and expectation: Some preliminary remarks. In G. Maxwell & R. M. Anderson, Jr. (Eds.), *Induction, probability and confirmation* (pp. 430-486). Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. In R. Shaw & J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing* (pp. 267-311). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Weimer, W. B. (1979). *Notes on the methodology of scientific research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Weimer, W.B. (1980). Psychotherapy and philosophy of science: examples of a two-way-street in search of traffic. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 369-393). New York: Plenum
- Weimer, W.B. (1982). Hayek's approach to the problems of complex phenomena: An introduction to the theoretical psychology of *The Sensory Order*. In W.B. Weimer & D.S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes* (Vol. 2, pp.241-285). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Whitehorn, J. C., & Betz, B. A. (1954). A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 111, 321-331.
- Whitehorn, J. C., & Betz, B. A. (1960). Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 117, 215-223.
- Winer, B.J., Brown, D., & Michels, K.M. (1991). *Statistical principles in experiment design* (3<sup>rd</sup> ed.). Heights Town, NJ: MacGraw Hill.
- Wile, D.B. (1987). An even more offensive theory. In W. Dryden (Ed.), *Key cases in psychotherapy* (pp. 78-102). London: Croom Helm.
- Wilson, G.T. (1980). Toward specifying the "nonspecific" factors in behavior therapy: A social-learning analysis. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 283-307). New York: Plenum.
- Wilson, G.T., & Evans, I.M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 544-565). New York: Pergamon Press.

- Winer, B.J., Brown, D., & Michels, K.M. (1991). *Statistical principles in experiment design* (3<sup>rd</sup> ed.). Heights Town, NJ: MacGraw Hill.
- Wogan, M., & Norcross, J.C. (1983). Dimensions of psychotherapist's activity: A replication and extension of earlier findings. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 67-74.
- Wogan, M., & Norcross, J.C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy*, 22, 63-74.
- Wolfe, B.E., & Goldfried, M.R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wrenn, R. L. (1960). Counselor orientation: Theoretical or situational? *Journal of Counseling Psychology*, 7, 40-45.
- Zehlhart, P.F., & Wargo, D.G. (1971). *Psychotherapist epistemologies and client outcomes*. Comunicação apresentada no Rocky Mountain Psychological Association Annual Meeting, Denver, Colorado.
- Zook II, A., & Walton, J.M. (1989). Theoretical orientations and work settings of clinical and counseling psychologists: A current perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 23-31.

**ANEXOS**

**Апехо I**

N.I.

**I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

1. Associação/Sociedade psicoterapêutica a que pertence: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Estatuto de associado/a: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Sexo:

Feminino  Masculino

5. Profissão:

Psicólogo/a  Psiquiatra

Assistente Social  Enfermeira/o

Outra: \_\_\_\_\_

6. Grau académico mais elevado que obteve:

Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Outro: \_\_\_\_\_

7. Ano em que completou o grau referido: \_\_\_\_\_

8. Número de anos de experiência profissional (terapêutica ou não) após obtenção do grau referido:

\_\_\_\_\_

**II. ACTIVIDADES PROFISSIONAIS**

1. Por favor, indique se se encontra actualmente envolvido/a nas actividades seguintes, bem como a percentagem de tempo que dedica a cada uma delas:

<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
S	N	Psicoterapia	_____ % do tempo
S	N	Diagnóstico e Avaliação	_____ % do tempo
S	N	Ensino	_____ % do tempo
S	N	Investigação	_____ % do tempo
S	N	Supervisão	_____ % do tempo
S	N	Administração	_____ % do tempo
S	N	Outra	_____ % do tempo
			<b>100 %</b>



2. Aproximadamente, quantas horas por semana dedica ao conjunto das actividades antes mencionadas, incluindo tempo de preparação: \_\_\_\_\_ (horas por semana)

3. SE presentemente se encontra envolvida/o na prática de psicoterapia, por favor indique a que modalidades se dedica, bem como a percentagem de tempo que devota a cada uma delas:

<u>Sim</u>	<u>Não</u>		
S	N	Terapia Individual com Crianças	_____ % do tempo
S	N	Terapia Individual com Adultos	_____ % do tempo
S	N	Terapia Grupal com Crianças	_____ % do tempo
S	N	Terapia Grupal com Adultos	_____ % do tempo
S	N	Terapia Familiar	_____ % do tempo
S	N	Terapia Conjugal	_____ % do tempo
			<b>100 %</b>

4. SE já se dedicou, ou dedica actualmente, à prática da psicoterapia, por favor indique (consoante o caso) durante quanto tempo se dedicou ou há quanto tempo se dedica:

Durante o treino (em meses): \_\_\_\_\_

Na prática profissional (em anos): \_\_\_\_\_

5. SE já se dedicou, ou dedica actualmente, à prática da psicoterapia, por favor indique quantas horas por semana, em média, esteve ou está clinicamente com a totalidade dos seus pacientes: \_\_\_\_\_ (horas por semana)

6. Por favor, indique quantos pacientes seguiu em terapia:

**Durante o treino:**

**Crianças:**

0 a 5

15 a 20

5 a 10

+ de 20

10 a 15

SE possível, exactamente quantas: \_\_\_\_\_

**Adultos:**

0 a 5

15 a 20

5 a 10

+ de 20

10 a 15

SE possível, exactamente quantos: \_\_\_\_\_

**Na prática profissional:**

**Crianças:**

1 a 25

75 a 100

25 a 50

+ de 100

50 a 75

SE possível, exactamente quantas: \_\_\_\_\_

Adultos:

- 1 a 25            75 a 100        
25 a 50            + de 100        
50 a 75            SE possível, exactamente quantos: \_\_\_\_\_

7. SE presentemente está a fazer investigação (sobre psicoterapia ou não), por favor indique se se encontra envolvido/a em cada uma das modalidades seguintes, bem como a percentagem de tempo que dedica a cada uma delas:

Sim	Não		
S	N	Conduzir Investigação (terapia)	_____ % do tempo
S	N	Conduzir Investigação (não terapia)	_____ % do tempo
S	N	Supervisão de Investigação (terapia)	_____ % do tempo
S	N	Supervisão de Investigação (não terapia)	_____ % do tempo
S	N	Redacção de Artigos (terapia)	_____ % do tempo
S	N	Redacção de Artigos (não terapia)	_____ % do tempo
			100 %

8. Local central de trabalho: (por favor, seleccione só um)

- |                        |                          |                               |                          |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Hospital Psiquiátrico  | <input type="checkbox"/> | Prática Privada               | <input type="checkbox"/> |
| Hospital Geral         | <input type="checkbox"/> | Univer., Dept. de Psicologia  | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Saúde Mental | <input type="checkbox"/> | Univer., Dept. de Psiquiatria | <input type="checkbox"/> |
| Escola Médica          | <input type="checkbox"/> | Univer., Outro Departamento.  | <input type="checkbox"/> |
- Outro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

9. Dedicar-se à prática privada da psicoterapia?      Sim            Não     

10. SE SIM, aproximadamente quantas horas por semana? \_\_\_\_\_ (horas)

11. Auto-imagem profissional central (por favor, seleccione só uma):

- |                |                          |              |                          |           |                          |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Psicoterapeuta | <input type="checkbox"/> | Supervisor   | <input type="checkbox"/> | Académico | <input type="checkbox"/> |
| Administrador  | <input type="checkbox"/> | Investigador | <input type="checkbox"/> |           |                          |
- Outra, por favor especifique: \_\_\_\_\_

12. Auto-imagem profissional secundária (por favor, seleccione só uma):

- |                |                          |              |                          |           |                          |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Psicoterapeuta | <input type="checkbox"/> | Supervisor   | <input type="checkbox"/> | Académico | <input type="checkbox"/> |
| Administrador  | <input type="checkbox"/> | Investigador | <input type="checkbox"/> |           |                          |
- Outra, por favor especifique: \_\_\_\_\_

### III. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

1. Por favor coloque um (1) junto à abordagem teórica que privilegia. De seguida, coloque um dois (2) junto à escola que mais se aproxima da abordagem teórica que privilegia:

Adleriana	<input type="checkbox"/>	Rogeriana (Centrada no Cliente)	<input type="checkbox"/>
Cognitiva	<input type="checkbox"/>	Sullivaniana	<input type="checkbox"/>
Eclética	<input type="checkbox"/>	Teoria da Comunicação	<input type="checkbox"/>
Existencial	<input type="checkbox"/>	Teoria dos Sistemas	<input type="checkbox"/>
Gestáltica	<input type="checkbox"/>	Terapia Comportamental	<input type="checkbox"/>
Psicanalítica	<input type="checkbox"/>	Outra _____	
Psicodinâmica	<input type="checkbox"/>	Outra _____	

2. Por favor, indique o seu grau de satisfação com a orientação teórica que privilegia (tal como referida anteriormente):

Muito insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Bastante satisfeito/a	<input type="checkbox"/>
Bastante insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Algo satisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a	<input type="checkbox"/>

3. Até que ponto a sua orientação teórica influencia a sua prática psicoterapêutica actual?:

Nunca	<input type="checkbox"/>	Por vezes	<input type="checkbox"/>	Sempre	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>	Frequentemente	<input type="checkbox"/>		

4. SE seleccionou, em 1 eclética, como a sua orientação teórica primária ou secundária, por favor escolha uma das alternativas seguintes:

Eclétismo ateórico (sem orientação teórica preferida)	<input type="checkbox"/>
Eclétismo sintético (integração de diversas teorias contemporâneas)	<input type="checkbox"/>
Eclétismo técnico (utilização de uma multiplicidade de técnicas no contexto de uma teoria preferida)	<input type="checkbox"/>

5. Por favor, avalie numa escala de 5 pontos a frequência com que utiliza princípios e/ou técnicas oriundos das seguintes orientações teóricas (por favor, avalie todas as orientações)

(1 = nunca utiliza; 2 = utiliza raramente; 3 = utiliza por vezes; 4 = utiliza frequentemente; 5 = utiliza sempre):

Adleriana	<input type="checkbox"/>	Psicanalítica	<input type="checkbox"/>	Teoria da Comunicação	<input type="checkbox"/>
Cognitiva	<input type="checkbox"/>	Psicodinâmica	<input type="checkbox"/>	Teoria dos Sistemas	<input type="checkbox"/>
Existencial	<input type="checkbox"/>	Rogeriana (Centr. Clie.)	<input type="checkbox"/>	Terapia Comportamental	<input type="checkbox"/>
Gestáltica	<input type="checkbox"/>	Sulliveriana	<input type="checkbox"/>	Outra _____	
Outra _____					

6. Como entende a psicoterapia? (por favor, seleccione uma)

Mais como arte do que como ciência

Tanto como arte como ciência

Mais como ciência do que como arte

Outra, (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

7. Por favor, avalie numa escala de 5 pontos, em que medida cada uma das seguintes variáveis influenciou a selecção da sua orientação teórica actual, por favor assinale todas

(1 = nenhuma influência; 2 = pouca influência; 3 = alguma influência; 4 = bastante influência; 5 = muita influência):

- |                              |                          |   |                          |
|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Circunstâncias acidentais    | <input type="checkbox"/> | Resultados da investigação                            | <input type="checkbox"/> |
| Valores e filosofia pessoal  | <input type="checkbox"/> | Capacidade de me ajudar a compreender a mim próprio/a | <input type="checkbox"/> |
| Experiências familiares      | <input type="checkbox"/> | Orientação de amigos/colegas                          | <input type="checkbox"/> |
| Treino                       | <input type="checkbox"/> | Orientação do supervisor                              | <input type="checkbox"/> |
| Experiência clínica          | <input type="checkbox"/> | Orientação do meu terapeuta                           | <input type="checkbox"/> |
| Experiências de vida         | <input type="checkbox"/> | Tipo de pacientes com os quais trabalho               | <input type="checkbox"/> |
| Fascínio estético            | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| Outra, por favor especifique | _____                    |   |                          |

IV. SATISFAÇÃO COM O TREINO E COM A CARREIRA

1. Quanto tempo durou o seu treino como psicoterapeuta? \_\_\_\_\_ (meses)

2. Por favor, indique o grau de satisfação relativo ao seu treino como psicoterapeuta:

- |                         |                          |                     |                          |                       |                          |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Muito insatisfeito/a    | <input type="checkbox"/> | Algo insatisfeito/a | <input type="checkbox"/> | Bastante satisfeito/a | <input type="checkbox"/> |
| Bastante insatisfeito/a | <input type="checkbox"/> | Algo satisfeito/a   | <input type="checkbox"/> | Muito satisfeito/a    | <input type="checkbox"/> |

3. Por favor, indique a importância que atribui à terapia pessoal como pré-requisito para o trabalho do psicoterapeuta:

- |                  |                          |                  |                          |                  |                          |
|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Nada importante  | <input type="checkbox"/> | Indeciso/não sei | <input type="checkbox"/> | Muito importante | <input type="checkbox"/> |
| Pouco importante | <input type="checkbox"/> | Importante       | <input type="checkbox"/> |                  |                          |

4. Submeteu-se a terapia pessoal? Sim  Não

5. SE SIM, aproximadamente quanto tempo? \_\_\_\_\_ (meses)

6. SE SIM, por favor indique orientação teórica da sua terapia pessoal (ver lista no verso da pág. 2, Questão 1): \_\_\_\_\_

7. Por favor indique o seu nível genérico de satisfação com a psicoterapia enquanto carreira:

Muito insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Algo insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Bastante satisfeito/a	<input type="checkbox"/>
Bastante insatisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Algo satisfeito/a	<input type="checkbox"/>	Muito satisfeito/a	<input type="checkbox"/>

8. Caso tivesse oportunidade de viver a sua vida outra vez (sabendo o que sabe hoje), tentaria tornar-se:

Psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>	Outro ramo da psicologia	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	Outro ramo da medicina	<input type="checkbox"/>
Outro, por favor especifique	_____		

9. Quão provável é, que nos próximos cinco anos abandone a prática da psicoterapia?:

Nada provável	<input type="checkbox"/>	Provável	<input type="checkbox"/>
Pouco provável	<input type="checkbox"/>	Muito provável	<input type="checkbox"/>
Indeciso/não sei	<input type="checkbox"/>		

10. SE muito provável ou provável, porque razão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Por favor, ordene de 1 a 5 as seguintes fontes potenciais de informação sobre psicoterapia em termos da sua frequência de utilização (1 = menos frequente, 2..., 3..., 4..., 5 = mais frequente):

Revistas	<input type="checkbox"/>	Conferências	<input type="checkbox"/>
Livros	<input type="checkbox"/>	Contacto informal com colegas	<input type="checkbox"/>
Seminários	<input type="checkbox"/>		

12. Por favor, indique o número de artigos que publicou:

Sobre psicoterapia	<input type="text"/>
Sobre outros temas de psicologia	<input type="text"/>
Outros temas (por favor, especifique)	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo II**

## INSTRUMENTO Nº 2

N.I.

O presente questionário diz respeito ao modo como as pessoas se relacionam com o mundo. Consiste numa listagem de pares de afirmações relativamente a pensamentos, atitudes e formas de comportamento.

Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações que o constituem, assinalando aquela com a qual mais concorda. Nenhuma das afirmações é mais "correcta" do que a outra.

Por favor, responda a todos os itens, assinalando apenas uma das afirmações ("a" ou "b") em cada par.

- 1)
  - a. As escolas deveriam ser locais onde as crianças aprendessem a pensar por si próprias.
  - b. As escolas deveriam ser locais onde as crianças aprendessem informações básicas.
- 2)
  - a. As coisas parecem verdadeiramente diferentes se modificamos a forma como as vemos.
  - b. As coisas só parecem verdadeiramente diferentes se, de facto, se modificam.
- 3)
  - a. Os organismos modificam-se em função de forças exteriores.
  - b. Os organismos têm a possibilidade de se modificarem a si próprios.
- 4)
  - a. Um bom juiz é puramente objectivo.
  - b. Um bom juiz não é objectivo, e tem consciência disso.
- 5)
  - a. As grandes descobertas surgem a partir da imaginação científica.
  - b. As grandes descobertas surgem a partir da investigação científica.
- 6)
  - a. Todas as coisas permanecem basicamente na mesma com o passar do tempo.
  - b. Todas as coisas se podem modificar de um momento para o outro.
- 7)
  - a. Um executivo necessita de tempo para analisar os factos.
  - b. Um executivo necessita de tempo para pensar criativamente.
- 8)
  - a. Antes de tomar uma decisão importante, costumo dar-lhe um tempo de incubação.
  - b. Antes de tomar uma decisão importante, costumo reunir toda a informação relevante.
- 9)
  - a. O progresso em ciência verifica-se quando se alcança uma nova forma de olhar para os acontecimentos.
  - b. O progresso em ciência verifica-se quando se efectua uma observação importante.
- 10)
  - a. Um criminoso constitui um fardo para a sociedade.
  - b. Um criminoso tem uma função social.

- 11)  a. O nosso conhecimento é limitado pelas nossas observações.   
 b. O nosso conhecimento é limitado pela nossa imaginação.
- 12)  a. A vida consiste num processo de utilização dos recursos disponíveis.   
 b. A vida consiste num processo contínuo de troca de recursos.
- 13)  a. Por vezes, os acontecimentos são exactamente iguais ao que eram dantes.   
 b. De certa forma, os acontecimentos são sempre novos e diferentes.
- 14)  a. O divórcio é frequentemente uma fase no desenvolvimento dos parceiros.   
 b. O divórcio é habitualmente o resultado de personalidades incompatíveis.
- 15)  a. Os factos são mais úteis do que uma boa ideia.   
 b. Os factos são menos úteis do que uma boa ideia.
- 16)  a. Cada relação que tenho é diferente.   
 b. Cada relação que tenho é muito semelhante à anterior.
- 17)  a. As coisas só se modificam quando são directamente afectadas.   
 b. As coisas modificam-se em função de tudo o resto.
- 18)  a. Aprendemos em função do exame minucioso dos factos individuais.   
 b. Aprendemos em função da descoberta de ordem num conjunto de factos.
- 19)  a. Viver independentemente dos outros não é um objectivo realista.   
 b. Viver independentemente dos outros é um objectivo realista.
- 20)  a. A guerra pode ser entendida mediante o exame dos objectivos que serviu.   
 b. A guerra pode ser entendida mediante o exame das suas causas.
- 21)  a. O mundo é como um grande organismo vivo.   
 b. O mundo é como uma grande máquina complexa.
- 22)  a. A criança descobre o mundo através de elogios e punições.   
 b. A criança descobre o mundo testando os seus sonhos e medos.
- 23)  a. Só consigo modificar as coisas na minha família através de acções planeadas.   
 b. Consigo modificar as coisas na minha família sendo apenas como sou.



24)

a. O mundo de uma criança é diferente do meu.

b. O mundo de uma criança é igual ao meu, só que ela sabe menos.

25)

a. O meio determina a forma como as pessoas são.

b. As pessoas e o meio afectam-se reciprocamente.

26)

a. Para solucionar uma disputa familiar, é importante a forma como olhamos para os factos.

b. Para solucionar uma disputa familiar, é importante descobrir todos os factos.

**Anexo III**

### INSTRUMENTO Nº 3

N.I.

O presente questionário diz respeito às práticas de um psicoterapeuta optimamente facilitador.

Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações, assinalando o seu grau de acordo ou desacordo, relativamente a cada uma delas, numa escala de 1 a 7 (1 = desacordo total; 7 = acordo total).

Cada uma das afirmações inicia-se com a expressão "Um terapeuta optimamente facilitador, deveria ..."

#### "UM TERAPEUTA OPTIMAMENTE FACILITADOR, DEVERIA ..."

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1) ... convidar o paciente a expressar sentimentos intensos                                       | 1  | ___ |
| 2) ... reforçar verbalmente mudanças apropriadas no paciente                                      | 2  | ___ |
| 3) ... desafiar as crenças irracionais do paciente  | 3  | ___ |
| 4) ... fornecer auto-revelações relevantes  | 4  | ___ |
| 5) ... proporcionar suporte e encorajamento gerais  | 5  | ___ |
| 6) ... fornecer informações relevantes relativas à adaptação                                      | 6  | ___ |
| 7) ... auxiliar o paciente a clarificar pensamentos e sentimentos pessoais                        | 7  | ___ |
| 8) ... focar-se nas preocupações e problemas actuais do paciente                                  | 8  | ___ |
| 9) ... evitar a discussão de questões éticas ou morais  | 9  | ___ |
| 10) ... fornecer uma metáfora ou modelo de mudança  | 10 | ___ |
| 11) ... solicitar informações relativas ao passado familiar e experiências infantis               | 11 | ___ |
| 12) ... reflectir, mais do que responder directamente, às questões do paciente                    | 12 | ___ |
| 13) ... fornecer "trabalhos-de-casa" comportamentais explícitos                                   | 13 | ___ |
| 14) ... fornecer interpretações de sonhos, fantasias ou experiências da vida real                 | 14 | ___ |
| 15) ... desencorajar o contacto físico entre terapeuta e paciente<br>(para além do aperto de mão) | 15 | ___ |
| 16) ... confrontar o paciente face a episódios de resistência ou "preguiça"                       | 16 | ___ |
| 17) ... manifestar sentimentos de irritação ou frustração face ao paciente                        | 17 | ___ |
| 18) ... incitar à auto-observação por parte do paciente   | 18 | ___ |
| 19) ... fomentar esperança e fé no progresso do paciente  | 19 | ___ |
| 20) ... incitar ao exercício e à actividade física como adjuntos da terapia                       | 20 | ___ |

**Anexo IV**

## INSTRUMENTO Nº 4

N.I.

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor indique o seu grau de acordo ou desacordo, utilizando uma escala de 1 a 5 ( 1 = desacordo total, 2 = desacordo moderado, 3 = neutro; 4 = acordo moderado, 5 = acordo total).

Pretende-se exclusivamente a sua opinião pessoal. Não existem respostas certas ou erradas. Contudo, é essencial, que responda a todas as questões. Confie nas suas primeiras impressões.

- 1) Um bom professor é, essencialmente, aquele que se mostra entusiasmado e divertido .....
- 2) Aquilo que é mais responsável pelo medo que as crianças têm do escuro são os seus pensamentos relativos às coisas que podem estar "lá fora" .....
- 3) A maioria das pessoas que lê muito, sabe muito porque entende a natureza e função do mundo que as rodeia.....
- 4) O ensino superior devia dedicar mais atenção às belas-artes e à literatura .....
- 5) Gostaria de ser um filósofo.....
- 6) Gostaria de estudar biologia.....
- 7) Ao escolher um emprego, daria importância ao facto de ele proporcionar possibilidades de observação e experimentação .....
- 8) A Bíblia continua a ser um livro muito lido porque constitui um relato importante relativo a várias eras significativas da história religiosa .....
- 9) A compreensão do sentido da vida avançou, essencialmente, através da arte e da literatura .....
- 10) Um maior número de pessoas frequenta, hoje-em-dia, a igreja porque estão interessadas em ouvir ao vivo o que os padres têm para dizer .....
- 11) É extraordinariamente importante que os pais sejam consistentes nas suas ideias e planos face aos filhos .....
- 12) Escolheria o seguinte tópico para um ensaio: O Artista numa Época de Ciência .....
- 13) Sinto-me mais à vontade numa cultura na qual as pessoas se sintam livres para discutir a sua filosofia de vida .....
- 14) A responsabilidade entre os homens exige uma apreciação adequada de situações de irresponsabilidade .....
- 15) Um bom condutor é cumpridor .....
- 16) Quando as pessoas discutem uma questão a partir de diferentes pontos-de-vista, defendo que a discórdia deveria ser resolvida mediante a observação directa da situação em causa .....
- 17) Gosto de frequentar bibliotecas .....
- 18) Caso visitasse a Índia estaria, essencialmente, interessado/a em compreender as bases do seu modo de vida .....
- 19) A moralidade humana é, essencialmente, determinada pela análise consciente que os indivíduos fazem do certo e do errado .....
- 20) Um bom indicador de decadência numa nação, é o declínio do interesse pelas artes .....
- 21) Desenvolvi-me do ponto-de-vista intelectual, essencialmente, através dos métodos de aprendizagem, observação e experimentação .....
- 22) O principal objectivo de uma universidade é o de ensinar procedimentos de investigação e descoberta.....

- 23) Um bom condutor é calmo .....
- 24) Quando me encontro numa situação de jogo, tento ganhar seguindo um plano pré-determinado.....
- 25) Gostava de ter sido Shakespeare .....
- 26) A compreensão do sentido da vida avançou, essencialmente, através da matemática .....
- 27) Considero-me uma pessoa ponderada .....
- 28) Gostava muito de ter escrito "A Origem das Espécies" de Darwin .....
- 29) Quando visito pela primeira vez determinado local, tento logo ver tudo o que fôr possível .....
- 30) Desenvolvi-me, essencialmente, do ponto-de-vista intelectual, conhecendo-me a mim próprio/a.....
- 31) Sentir-me-ia muito mal se fosse acusado de ser insensível às necessidades dos outros .....
- 32) O tipo de leitura que mais me interessa é aquele que proporciona novas perspectivas .....
- 33) O principal defeito dos regimes totalitários é a alienação das relações humanas .....
- 34) A maioria dos ateus preocupa-se com a ausência de provas factuais relativas à existência de Deus.....
- 35) Ao escolher um emprego, daria importância ao facto dele proporcionar a possibilidade de usar a imaginação .....
- 36) Nos meus tempos de lazer tento fruir formas de arte, música ou literatura .....
- 37) O tipo de leitura que mais me interessa é aquele que estimula o pensamento crítico .....
- 38) Prefiro ter relações com pessoas espontâneas .....
- 39) Nos meus tempos de lazer, gosto de jogar xadrez ou "bridge" .....
- 40) A maioria das pessoas que lê muito, sabe muito porque desenvolve um espírito aguçado e sensível.....
- 41) Quando visito pela primeira vez determinado local, tento logo "senti-lo" .....
- 42) Falta sensibilidade a muitos programas de televisão .....
- 43) Considero-me uma pessoa observadora .....
- 44) A felicidade deve-se, em grande parte, à sensibilidade .....
- 45) Sentir-me-ia muito mal se fosse acusado de pouco rigoroso e tendencioso nas minhas observações .....
- 46) Um bom professor é aquele que auxilia os alunos a desenvolver capacidades de raciocínio ....
- 47) Gostaria de ser um escritor .....
- 48) O principal defeito dos regimes totalitários é a restrição do pensamento e do espírito crítico ....
- 49) Um maior número de pessoas frequenta hoje-em-dia a igreja, porque os teólogos começam a dirigir-se mais às pessoas cultas .....
- 50) A pessoa mais importante numa equipa de investigação científica, é aquela dotada de capacidades de análise crítica .....
- 51) A maioria dos programas de televisão são falhos de organização e coerência .....
- 52) Gosto da vida no campo porque proporciona o contacto directo com a natureza .....
- 53) Se fosse eleito para o Parlamento, tentaria encorajar o interesse pelas artes .....
- 54) É importante que os pais tenham conhecimento de teorias da psicologia da criança.....
- 55) O principal objectivo de uma universidade é o de treinar o espírito dos dotados .....

- 56) Gostava de ter escrito o "Hamlet" .....
- 57) O ensino superior devia dar mais importância à matemática e à lógica .....
- 58) O tipo de leitura que mais me interessa é aquele que faz jus à vida .....
- 59) Gostaria de estudar arte .....
- 60) Sinto-me mais à vontade numa cultura na qual se valoriza muito o realismo e a objectividade .
- 61) O principal objectivo de uma universidade é o de desenvolver sensibilidade face à vida .....
- 62) Quando jogo "bridge" ou um jogo semelhante, tento planear a minha estratégia de antemão .
- 63) Caso visitasse a Índia estaria, essencialmente, interessado/a em perceber as mudanças culturais .....
- 64) Quando compro roupas novas, tento comparar vários preços .....
- 65) Gosto de visitar galerias de arte .....
- 66) Quando uma criança está gravemente doente, uma boa mãe permanece calma e racional .....
- 67) Prefiro ter relações com pessoas que têm contacto directo com os factos da vida .....
- 68) Muitos programas de televisão baseiam-se em pesquisa inadequada .....
- 69) O ensino superior devia dar mais importância às ciências naturais .....
- 70) Considero-me uma pessoa lógica .....
- 71) Quando as pessoas discutem uma questão a partir de diferentes pontos-de-vista, defendo que cada uma delas deveria avaliar ponderadamente a sua atitude e enviesamentos antes de prosseguir .....
- 72) Quando leio um romance histórico, estou particularmente interessado/a na sua precisão factual .....
- 73) O principal defeito dos regimes totalitários é a distorção dos factos .....
- 74) Um bom condutor é prudente .....
- 75) A compreensão do sentido da vida avançou, essencialmente, através da biologia .....
- 76) Gostava de ter sido Galileu .....
- 77) Quero que os meus filhos tenham sensibilidade .....
- 78) Gostava de ser um geólogo .....
- 79) Um bom indicador de decadência numa nação é o aumento da venda de revistas de cinema face às publicações noticiosas .....
- 80) Sentir-me-ia muito mal se fosse acusado/a de ser ilógico/a nas minhas crenças .....
- 81) Muitas descobertas científicas importantes surgem ao pensar-se num fenómeno de uma forma diferente .....
- 82) Sinto-me mais à vontade numa cultura na qual se encoraja a expressão das capacidades criativas .....
- 83) Ao escolher um emprego, daria importância ao facto dele proporcionar um desafio intelectual específico .....
- 84) Quando visito pela primeira vez determinado local, elaboro de antemão um plano que guie a visita .....
- 85) Um bom professor é aquele que é capaz de perceber o que funciona na aula e pô-lo em prática .....
- 86) Muitas descobertas científicas importantes surgem através da observação cuidadosa do fenómeno em causa.....

- 87) A maioria das pessoas que lê muito, sabe muito porque adquire agudeza intelectual em função da ponderação de ideias .....
- 88) Gosto de visitar jardins botânicos e zoológicos .....
- 89) Quando leio um romance histórico interesse-me, essencialmente, pelas subtilezas das personagens descritas .....
- 90) Quando jogo "bridge" ou um jogo semelhante, sigo pistas espontâneas .....



**Anexo V**

## Instruções Para o Entrevistador

Pretende-se que o entrevistado expresse a sua opinião pessoal face às questões que lhe são apresentadas. É essencial assegurar desde o início que não existem respostas certas ou erradas e que a entrevista é estritamente confidencial.

O objectivo da entrevista é o de clarificar as estruturas conceptuais e não o de avaliar o conhecimento ou utilização de determinadas palavras. Sendo assim, as diferentes questões devem ser consideradas como susceptíveis de revisão em função de termos equivalentes que o sujeito eventualmente utilize. Por exemplo, alguns sujeitos podem utilizar a palavra "ideia" em vez de "pensamento". O entrevistador deve, então, substituir a palavra "pensamento" por "ideia" nas questões seguintes, quando seja claro que o sujeito se sente mais à vontade com esta última palavra.

Deve-se proceder do geral para o específico e das questões abertas para as sugestões. O objectivo é o de elicitare no sujeito o uso espontâneo dos diferentes termos e distinções. Não se deve sugerir qualquer tipo de distinção antes de o próprio sujeito o fazer, excepto como último recurso. Tanto quanto possível deve-se evitar forçar o sujeito a fazer diferenciações. Em qualquer ponto da entrevista deve-se controlar a possibilidade de sugestões por parte do entrevistador mediante questões probatórias. Se o entrevistador sente que pode ter sugerido um determinado uso de um termo, deve perguntar ao sujeito se consegue pensar num sinónimo e prosseguir utilizando o sinónimo sugerido pelo sujeito. Caso seja difícil ao sujeito iniciar a resposta a determinada questão, o entrevistador deverá pedir um exemplo e progredir a partir deste para a resposta mais abstracta. No fim de todas as questões em que faça sentido, deve ser pedido um exemplo ilustrativo.

## Entrevista

1. Em que consiste, na sua opinião, o conhecimento? Como é que se sabem ou aprendem coisas?
2. Será que todo o conhecimento se obtém através dos sentidos?
3. Qual a diferença entre saber e experienciar?
4. Como é que se pode saber se existe um mundo real? (que o mundo é real).
5. Será que ele continuaria a ser real se não existissem pessoas para o ver ou saber da sua existência? (por exemplo, a árvore que cai no meio da floresta? Se ninguém ouvir a sua queda, será que mesmo assim faz ruído?
6. Como é que podemos saber que determinadas coisas existem se não as pudermos ver (por exemplo, a) a paz ou b) a sociedade)?
7. Será que existe um mundo real ou só um mundo de aparências?
8. Será que existe uma realidade última, uma realidade absoluta?
9. Será que pode existir algo que seja real só para si?
10. O que é que considera ser real para toda a gente?
11. Quando as pessoas estão em desacordo relativamente à realidade de qualquer coisa -- será que essa coisa continua a ser real? Para todos elas, só para algumas ou para nenhuma?
12. Na sua opinião, o que significa "subjectivo" e "objectivo"?
13. Quais as coisas que são subjectivas, e objectivas?
14. Quais são mais verdadeiras ou reais?
15. Em que consiste, na sua opinião, a verdade?
16. Como é que se sabe se determinada coisa é verdadeira ou falsa? Pode haver algo que seja verdadeiro para toda a gente?
17. E qualquer coisa que não tenha uma realidade sensorial?
18. Como é que se prova que determinada coisa é verdadeira?  
18a. Será suficiente prová-lo a nós próprios?
19. E quando as pessoas estão em desacordo relativamente à veracidade de determinada coisa? Como é que se pode decidir quem tem razão?

20. Será que determinada coisa e a sua oposta podem ser ambas verdadeiras?
21. Na sua opinião, o que é um facto?
- 21a. Pode determinado facto ser falso?
  - 21b. E quando toda a gente muda de opinião relativamente a determinado facto -- será que o facto pode continuar a ser verdadeiro?
22. Na sua opinião, o que é uma teoria?
23. Será que um facto se pode transformar numa teoria, ou uma teoria num facto?

**Anexo VI**

## Manual de Cotação da Entrevista

### 1. OBJECTIVO/DOGMÁTICO

A realidade consiste no visível/tangível. Não existe distinção entre a realidade e a aparência, a realidade consiste na simples e egocêntrica localização espacial de acontecimentos, seres e coisas ("está simplesmente ali"). O conhecimento é dogmático, automático e consiste em respostas "atomísticas". Consiste em "saber as respostas" certas e é consequência pura e simples de ver e ouvir as coisas. O conhecimento é uma faculdade absoluta e é indiferenciado dos seus objectos. A verdade é una e extrínseca, sendo conhecida e/ou fornecida pelas "autoridades".

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento?" -- Saber qualquer coisa... É uma coisa assim. Pode-se dizer que o conhecimento está no cérebro... Será como pensar? Não, quando se pensa, pensa-se o que pode ser. Quando se sabe, sabe-se. Assim como  $2+2$  são 4".

**Exemplo 2:** "O que é um facto?" -- Se eu disser 'experimenta um hamburger', e você diz 'está muito bom', isso é um facto".

### 2. REALISTA INGÉNUO/EMPIRICO (conhecimento individualizado)

A realidade consiste na existência mental e física e é confundida com a verdade, tendo ambas a qualidade de "certo ou errado". A realidade é factual (dados sensoriais), é a forma como as coisas "parecem". O conhecimento consiste nas opiniões sobre os factos, começa-se a distinguir o conhecimento dos seus objectos. O conhecimento é individual e não partilhado. O subjectivo não se opõe ao objectivo. A verdade é identificada com a crença e com a certeza e é individualmente apreendida e assumida.

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento?" -- Formam-se opiniões sobre as coisas depois de se saberem os factos. Os factos são parte do "self" que de alguma forma lá se encontram. Quer se goste quer não, eles permanecem lá. Vão ficar sempre lá, quer queiramos quer não".

**Exemplo 2:** "O que é um facto?" -- Algo definitivo. Algo que se pode provar. 'As minhas cuecas são brancas'. Posso prová-lo se as mostrar". Algo que é verdadeiro. 'Facto' é outra forma de dizer que algo que aconteceu é verdadeiro. Ou se aconteceu mesmo ou vai acontecer".

### 3. REALISTA/SOCIAL (conhecimento partilhado)

A realidade consiste na "essência" por detrás das aparências, apesar das aparências serem normalmente realistas. No entanto, a mente pode acrescentar distorções em função das opiniões e dos valores pessoais. A realidade é a reificação do socialmente plausível e aceitável. O conhecimento consiste no

"senso comum" (existindo um cepticismo nascente associado a esta perspectiva). Os factos concretos são conhecidos pelos indivíduos. As hipóteses são diferenciadas dos factos. Os factos são induções a partir dos dados sensoriais. A verdade consiste na demonstração e plausibilidade interpessoais.

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento?" -- O conhecimento é uma acumulação de factos. As coisas que se aprendem... Os factos reforçam-se continuamente e, depois de algum tempo, assume-se que são verdadeiros... Por exemplo, vamos à praia e vemos que o oceano é molhado, cheio de água. Depois de algum tempo sabe-se... que o oceano é molhado".

**Exemplo 2:** "O que é um facto?" -- Um facto é algo que foi observado, categorizado, sobre o qual se pensou suficientes vezes e mesmo assim ninguém encontrou nada que o contradissesse. No entanto, os factos podem ser disconfirmados por investigações posteriores relativas ao assunto".

#### 4. DUALISTA/POSITIVISTA (método científico)

A realidade consiste na objectividade impessoal, garantida pelo método científico. Os nómenos são diferenciados dos fenómenos. Real = estabelecido. A realidade é um sistema que se submete a leis e que gera aparências (dados). O conhecimento consiste numa generalização indutiva com base nas observações, é uma cópia construída do mundo. É o estabelecido pelo sistema científico do tipo hipotético-dedutivo que origina leis que "modelam" uma realidade regular (teoria do conhecimento como cópia). A verdade é replicável e alcança-se através da testagem social de modelos. A objectividade é definida por "outros" imparciais.

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento?" -- Não faço a mínima ideia. O conhecimento é poder. Torna a vida mais previzível, particularmente no sentido da manipulação das pessoas e também das coisas. Talvez o conhecimento seja a síntese das percepções. Aprende-se ao sondar muitas percepções, ao fazer generalizações a partir delas e sendo capaz de aplicar estas generalizações a outras percepções.

**Exemplo 2:** "O que é a verdade?" -- Uma abstracção. Algo com que não se pode lidar. É uma pergunta difícil. A verdade é uma abstracção - suponho que uma abstracção sobre a idealização de um facto. Pode estar para um facto tal como a teoria está para hipótese. Uma espécie de "última palavra" relativa ao facto e à realidade".

#### 5. SUBJECTIVISTA/RELATIVISTA (relativista/solipsista)

A realidade enquanto generalidade reduzida aos particulares concretos. Toda a realidade é fenomenológica, o nómeno é absorvido pelo fenómeno. Real = Mudança. A objectividade é reduzida à subjectividade e a realidade à aparência. Infere-se que a imparcialidade é impossível e que não pode existir objectividade. Tudo é relativo. Todo o conhecimento é experiência, é subjectivo ou convenção arbitrária, portanto, no limite, conhecimento próprio. (Cepticismo e solipsismo).

**Exemplo 1:** "O que é a realidade?" -- Poderia existir uma realidade não subjectiva e isso poderia ser aquilo que a mente reflecte. No entanto, essa realidade não subjectiva seria totalmente arbitraria. Não interessaria a ninguém porque ninguém a poderia ver. Neste sentido seria irreal... Parece um pouco académico".

**Exemplo 2:** "O que é a verdade?" -- A única verdade é a de que esta é relativa. É como a realidade. Não existe para além do facto de percepcionarmos. Não há hipótese de existir uma verdade em qualquer situação".

#### 6. PERSPECTIVISMO METODOLÓGICO (existe funcionalidade semelhante ao nível 3 mas mais elaborado)

A realidade é pressuposta, é definida pela coerência e utilidade dos sistemas utilizados para a interpretar. Idealismo pluralista ou perspectivismo. Relativismo objectivo. O conhecimento é ideologia. É definido, tal como a verdade, pelo utilização intersubjectiva de determinado paradigma (e.g., idealismo, comportamentalismo, etc.). Existem vários sistemas igualmente válidos de racionalidade, definidos por critérios metodológicos subjectivos (simplicidade, consistência, etc.). Conhecer é interagir, o que não impede a existência de verdades, impedindo, no entanto, a existência da Verdade. O nível lógico é distinguido do empírico.

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento?" -- Penso que é mais fácil perguntar como é que se sabe alguma coisa. Porque saber alguma coisa implica percepção individual, enquanto que o conhecimento implica uma espécie de aceitação universal... A minha compreensão relativa ao conhecimento é de carácter individual, portanto relativa à pessoa. Mas é mais do que isto. Quero dizer, a forma como os indivíduos podem formular conclusões semelhantes sobre determinados fenómenos óbvios (observações e não conclusões) e se quiserem submeter estas observações a processos lógicos, podem chegar às mesmas conclusões, não é? Neste sentido, tem-se conhecimento factual. Esta é uma forma de olhar para o conhecimento. Mas existe igualmente uma visão mais subjectiva do conhecimento. Quero dizer que existem ambas. É objectivo no sentido de que é consensual e é subjectivo no sentido de ser individual".

**Exemplo 2:** "O que é a verdade?" -- Existe todo um conjunto de conhecimentos para o quais existem significações partilhadas. Mesmo estas são o resultado de interpretações subjectivas mas, como são partilhadas, são aceites como verdades provisórias... Talvez que toda a realidade consista numa aparência transformada. O melhor que se consegue é falar sobre coisas comumente aceites como reais e naquilo que faz mais sentido para nós. É partilhada e subjectiva".

#### 7. MATERIALISTA/DIALÉCTICO (auto-consciência individual e social metacognição)

Existem poucos dados empíricos para separar o nível 6 do nível 7. Os sujeitos que funcionam predominantemente no nível 7, mostram quantidades significativas de funcionamento nos outros níveis. Frequentemente surgem aspectos auto-contraditórios no raciocínio a nível 7, sugerindo a existência de um raciocínio dialéctico.



A realidade material e objectiva vai-se progressivamente manifestando/revelando através da actividade humana. A realidade e a verdade consistem em apreciações/julgamentos universalizáveis (auto-reflexões racionais sobre a experiência). A verdade é uma forma de construção racional reflectida, que conjuga o subjectivo e o objectivo e cujos critérios são os de validade enquanto universalidade potencial. O conhecimento enquanto transformação activa e social da realidade, através de categorias históricas construídas pelo homem. O conhecimento é construído à volta da noção do pessoa enquanto indivíduo racionalmente auto-consciente e consiste em conceitos que são fundamentalmente sociais e partilhados. A objectividade e a compreensão só são possíveis (em vez de impedidas por) em função da auto-consciência social. O conhecimento objectivo deixa de ser exclusivo dos paradigmas partilhados e passa a englobar a experiência individual.

**Exemplo 1:** "O que é o conhecimento? -- A tentação é a de dizer imediatamente 'crenças verdadeiras e justificadas'. Mas esta é a definição filosófica standard que tem sido posta em causa. Penso que é fundamentalmente um conjunto de proposições, frases ou o que se quiser, que estão relacionadas de determinada maneira. Sabe-se todo um conjunto de coisas que se suportam e reforçam mutuamente e isto é mais importante do que algo estar em relação com uma proposição particular".

**Exemplo 2:** "Será que existe uma realidade última? -- Existe isso, o que quer que seja, que continuaria a existir se não existisse ninguém. Mas normalmente a realidade do mundo é aquilo que, enquanto pessoas, experienciamos com o que quer que seja (percepção, conhecimento e crenças) que lhe emprestamos. Mas há algo que existiria mesmo que não estivéssemos cá e que impõe determinados limites na forma como vemos o mundo".

