

Psicoterapia Sim!: Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas (em Portugal)

António Branco Vasco
Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de Lisboa

Oswaldo Santos
Editores para a Defesa do Consumidor

Fernando Silva
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Resumo: O presente artigo resulta de uma conferência realizada na Livraria Barata, no âmbito dos “Encontros com a Psicologia,” organizados pela Associação Portuguesa de Psicologia. Os autores equacionam três temáticas, inevitavelmente articuladas: (1) eficácia geral e comparativa da psicoterapia; (2) efectividade da psicoterapia (em Portugal); e (3) características dos psicoterapeutas portugueses. Estas duas últimas temáticas tomam em consideração estudos empíricos realizados em Portugal.

PALAVRAS CHAVE: Psicoterapia, eficácia, efectividade, psicoterapeutas

I. Eficácia Geral da Psicoterapia

Cerca de cinquenta anos volvidos desde que Eysenck (1952) publicou o seu famoso estudo relativo à “ineficácia” da psicoterapia, muitas coisas mudaram. O seu argumento principal era o de a eficácia das terapias verbais não ser superior à taxa de remissão espontânea (cerca de 74% de pacientes diagnosticados como “neuróticos” fizeram progressos equivalentes a uma amostra semelhante de pacientes que não receberam nenhum tipo de tratamento). Apesar de muitos autores terem considerado como provocatória a sua conclusão, o facto é que esta funcionou claramente como estimulante para a intensificação de

estudos controlados relativos à eficácia da psicoterapia, particularmente desde os anos 70 até ao presente.

Os resultados destes cerca de trinta anos de investigação deixam poucas dúvidas relativas à eficácia da psicoterapia: de uma forma geral, a psicoterapia é eficaz!

Tal afirmação relativa à eficácia da psicoterapia estriba-se nos seguintes factos: (a) no fim do processo terapêutico, o paciente de psicoterapia encontra-se significativamente melhor do que cerca de 80% dos pacientes não submetidos a intervenção; (b) os resultados da psicoterapia são superiores à ausência de intervenção, às intervenções informais, à remissão espontânea, às listas de espera e aos grupos de controle placebo (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004). Talvez mais impressionante ainda seja o facto de os efeitos da terapia serem superiores aos efeitos de nove meses de aprendizagem escolar da leitura e da escrita (Smith, Glass & Miller, 1980).

Contudo, convirá acentuar que o referido valor (80%) não passa de uma abstracção, não só porque a eficácia varia claramente consoante a gravidade e complexidade da perturbação (algo como entre 45% e 95%), mas também porque se baseia essencialmente em meta-análises, que consideram estudos de eficácia e de efectividade relativos a um grande leque de perturbações psicológicas.

Apesar de eficácia e efectividade serem frequentemente confundidas, convém diferenciá-las. A eficácia é determinada mediante o recurso a ensaios clínicos, nos quais grande número de variáveis são controladas, privilegiando-se, assim, as questões de validade interna (tornando suficientemente claras as relações entre o tratamento e o resultado). Por sua vez, os estudos de efectividade terapêutica visam a avaliação da generabilidade (validade externa) e fiabilidade dos resultados encontrados em contextos experimentais, mas com menos rigor no controle de variáveis (Lambert & Goates, 2002). Exemplo deste tipo de estudos de efectividade é o que vai ser objecto de relato na segunda parte do presente artigo.

Não só a psicoterapia parece ser, claramente, eficaz, como também os seus efeitos parecem ser, regra geral, duradouros, como é patenteado pelos estudos de catamenese (avaliações efectuadas de seis meses a dois anos após o final do processo terapêutico). Esta durabilidade dos efeitos da psicoterapia parece ser tanto maior, quanto mais os terapeutas se empenham em auxiliar directamente os pacientes a solidificar os ganhos terapêuticos, a fazer atribuições de controle interior relativamente à mudança e a antecipar dificuldades futuras (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

As principais exceções à regra da durabilidade dos efeitos da psicoterapia parecem ser os comportamentos aditivos e, possivelmente, as perturbações alimentares e alguns tipos de depressão (Lambert & Ogles, 2004). Apesar do carácter refractário deste tipo de perturbações, cerca de 30% dos alcoólicos mantêm-se abstinentes e outros 30%, parecem reduzir significativamente os níveis de consumo (e.g., Carroll et al., 1994).

1. Comparações com a Medicação

Para além das questões da eficácia geral da psicoterapia podemos, igualmente, tomar em consideração a sua eficácia comparativamente à farmacoterapia. Assim, a psicoterapia parece ser, no mínimo, tão eficaz como os fármacos nas perturbações ansiosas e nas depressões ditas “reactivas” (Goldfried, Greenberg, & Marmar, 1990). Segundo alguns estudos (e.g., Blackburn et al., 1981), mesmo nas depressões ditas “endógenas.” Uma vantagem acrescida da psicoterapia parece ser a de diminuir a taxa de recaídas (e.g., Hollon, Thase, & MarKowitz, 2002).

Contudo, particularmente nas situações depressivas mais graves, a generalidade dos autores parece inclinar-se para a importância da complementariedade das intervenções (e.g., Hollon, Thase, & MarKowitz, 2002; Thase & Jindal, 2004). Tanto mais que, neste tipo de perturbação, os fármacos parecem funcionar mais a um nível de regulação vegetativa (i.e., regulação do sono, apetite, etc.), enquanto que a psicoterapia parece agir mais ao nível dos “problemas de vida” (i.e., ideação suicida, representações negativas do próprio, sentimentos de culpa, etc.) (Klerman et al., 1994).

Aliás, esta solução de complementariedade é também apontada para a generalidade das restantes perturbações, tanto mais que a regulação sintomática medicamentosa é muitas vezes necessária para tornar possível a intervenção psicoterapêutica (e.g., Klerman, et al., 1994; Thase & Jindal, 2004).

2. Eficácia Diferencial

As meta-análises mais antigas tendiam a mostrar uma pequena, mas consistente superioridade para as metodologias cognitivas e comportamentais relativamente às terapias verbais e relacionais, particularmente nas perturbações ansiosas. Contudo, nas meta-análises mais recentes e rigorosas, estas diferenças tendem a esbater-se (e.g., Wampold, 2001). Assim, para além de situações muito concretas como: (a) fobia simples; (b) agorafobia e

pânico simples; (c) obsessão-compulsão simples; e (d) disfunções sexuais simples (Lambert & Barley, 2002), nas quais as intervenções comportamentais e cognitivas parecem ser as mais eficazes, não se encontram outras diferenças significativas entre as diversas orientações teóricas testadas empiricamente, prevalecendo o “Veredicto do Pássaro DoDo,” “*todos* ganharam, *todos* merecem prêmio,” referido pela primeira vez por Saul Rosenzweig (1936) e, mais recentemente, por Luborsky e colegas (1975). (DoDo é o famoso personagem de *Alice no País das Maravilhas*, que promove uma corrida em que não existe nem ponto de partida nem meta, desta forma todos ganham).

Com base em diferentes revisões da literatura é possível estabelecer o estatuto de eficácia de diferentes orientações teóricas relativamente a algumas perturbações particulares. A esquematização que, a seguir, se apresenta baseia-se em Beutler, Bongar & Shurin (1998) e Roth & Fonagy (1996):

Quadro 1. Eficácia de diferentes abordagens terapêuticas relativamente a diferentes perturbações psicológicas.

	Interpessoal	Cognitivo- Comportamental	Humanista- Experiencial	Psicodinâmica	Sistémica
Depressão	++	++	+	+	
Ansiedades e Obsessão- compulsão		++			
Ansiedade generalizada		+	+	+	
Stress Pós- Traumático		++	+	+	
Perturbações Alimentares	+	+			+
Disfunções Sexuais	++	++			

Nota: ++ significa comprovadamente eficaz; + significa promissor.

3. *Determinantes da Eficácia Terapêutica*

Apesar dos resultados anteriormente apresentados, caso tomemos em consideração as estimativas do contributo relativo de diferentes tipos de variáveis para o resultado da intervenção psicoterapêutica, verifica-se a seguinte situação (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001):

- a. Cerca de 40% da variância das intervenções psicoterapêuticas pode ser explicada pela *remissão espontânea*. Estamos essencialmente a falar das características do paciente (e.g., grau de integridade do eu, estilo cognitivo, etc.) e das características do seu meio ecológico (e.g., qualidade do suporte social, acontecimentos de vida, etc.);
- b. Cerca de 30% da variância das intervenções psicoterapêuticas pode ser atribuída a *factores comuns* a todas as orientações teóricas. Trata-se da qualidade da aliança terapêutica, de explicações alternativas de perturbação, de experiências emocionais correctivas, etc.
- c. Cerca de 15% da variância das intervenções psicoterapêuticas podem ser atribuídos a *efeitos placebo*, que podem igualmente ser vistos como factores comuns a todas as orientações teóricas. São as expectativas optimistas, a credibilidade dos diferentes racionais e técnicas, etc.
- d. Só os restantes 15% da variância é que podem ser atribuídos às *técnicas específicas* de cada orientação teórica. Por exemplo, a interpretação, a dessensibilização sistemática, o diálogo de duas cadeiras, etc.

Outro tipo de estimativa (Beutler et al., 1998) aponta para o facto de cerca de 60% da variância poder ser atribuída às *características do paciente e do seu meio*, bem como 30% às *características do psicoterapeuta* (e.g., responsividade, abertura à experiência, flexibilidade, tolerância à ambiguidade, etc.). Acresce-se ainda o facto de o factor único mais responsável pelo resultado terapêutico ser a *qualidade da aliança terapêutica*, independentemente de orientação teórica (Norcross, 2002).

Deste modo, os resultados apresentados parecem apontar para o facto de, salvaguardando as excepções apresentadas anteriormente (a supremacia das terapias comportamental e cognitiva em algumas perturbações específicas), onde o componente técnico parece ser primordial, serem os terapeutas mais do que as terapias a darem o

contributo mais significativo para a eficácia terapêutica (Beutler et al., 1998). Possivelmente, mais do que escolher “boas terapias” deviam escolher-se “bons terapeutas.”

Resumidamente, podem apresentar-se aquelas que poderão ser consideradas as características de um “bom terapeuta:” (a) cuida adequadamente da aliança no que diz respeito às rupturas desta nas suas vertentes de laço, acordo relativamente a objectivos e a tarefas (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000), e acordo relativo à representação do problema (Vasco & Conceição, 2002); (b) é sensível às diferenças individuais dos pacientes para além do mero diagnóstico nosológico (Beutler & Harwood (2000); Prochaska & Norcross, 2002); (c) auxilia o paciente a identificar os seus padrões interpessoais, cognitivos e afectivos (Benjamim, 2003); (d) auxilia a bloquear padrões não-adaptativos (Benjamim, 2003); (e) fomenta a responsabilidade e a vontade de mudar do paciente (Benjamim, 2003); (f) promove experiências de aprendizagem de novos padrões interpessoais, cognitivos e afectivos (Benjamim, 2003); (g) consolida as mudanças, ajuda a atribuir estas aos esforços do paciente e antecipa dificuldades futuras; e (h) respeita uma sequência temporal de objectivos estratégicos (Vasco & Conceição, 2003).

Permitimo-nos terminar esta secção com uma pequena parábola. Aparentemente, face a uma lâmpada que não acende, terapeutas de diferentes orientações terão atitudes igualmente diferentes. Um rogeriano tenderá a olhar para a lâmpada e a reflectir a sua escuridão, na esperança que se faça luz, conferindo, possivelmente, se a lâmpada está bem enroscada. Certamente que os comportamentalistas e os cognitivos tenderão a substituir a lâmpada, por acreditarem que esta deve estar fundida. Não duvidamos que um sistémico pense que o problema é do sistema eléctrico ou que um psicanalista tenda a deitar a casa a baixo para construir outra no seu lugar. Quer-nos parecer que todos eles se parecem esquecer das múltiplas razões que podem estar na base de a lâmpada não acender!

Seguidamente apresenta-se o estudo recente, anteriormente mencionado, relativo à efectividade da psicoterapia em Portugal. Salientamos o carácter pioneiro deste estudo, entre nós.

II. Um Estudo sobre a Efectividade da Psicoterapia em Portugal

A dificuldade de acesso a apoio psicoterapêutico é um tema de enorme relevância no âmbito da oferta de cuidados de saúde em Portugal. Apesar do actual consenso, mencionado anteriormente, relativo ao facto de a grande maioria das perturbações de ordem psicológica

beneficiarem com a psicoterapia (Seligman, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder & Ford, 1999), pouco é sabido sobre a prática da psicoterapia no nosso país (Vasco, 1994; Vasco, Garcia-Marques & Dryden, 1992). Apesar de a eficácia terapêutica das abordagens psicoterapêuticas ter sido comprovada em múltiplos estudos controlados (i.e., eficácia), é pouca a evidência de efectividade da prática psicoterapêutica, em *ambiente natural*, em Portugal.

Centrando-nos na especificidade dos estudos de efectividade, recorreremos à caracterização que Seligman (1995) faz destes. A terapia em contexto clínico real difere dos ensaios clínicos controlados nas seguintes características: (a) é, geralmente, de longa duração, não tendo, na maior parte dos casos, uma duração fixa; (b) as estratégias psicoterapêuticas são geralmente modificadas ao longo do processo terapêutico; (c) são os pacientes que escolhem o tratamento e o modelo de intervenção; (d) os pacientes apresentam, na maioria das situações, quadros de comorbilidade; e (e) a terapia tende a privilegiar melhorias no funcionamento geral do paciente, em vez de se centrar em sintomas específicos. Embora todos estes aspectos sejam evidentemente importantes para a avaliação da efectividade do tratamento, poucos ensaios clínicos incluem estas variáveis e características no seu desenho experimental (Kendall, Flannery-Schroeder & Ford, 1999).

Assim sendo, a validação empírica do efeito terapêutico das intervenções “*psi*” implica ir mais além dos ensaios controlados, recorrendo a métodos diferentes de investigação. Um destes métodos foi o utilizado no estudo que passamos a apresentar, realizado pela *Edideco, Editores para a Defesa do Consumidor*. Perguntou-se directamente a um grande número de pessoas que recorreram à psicoterapia, qual a sua percepção subjectiva de melhoria e qual o grau de satisfação com os resultados obtidos. Entendemos que o estudo da percepção de melhoria, bem como da satisfação dos consumidores de psicoterapia, tal como esta é praticada no dia-a-dia, pode ser entendido como um contributo importante para a avaliação dos resultados terapêuticos.

Método

O presente estudo tem como principais objectivos caracterizar a procura e acesso aos serviços psicoterapêuticos e avaliar a satisfação dos consumidores com este tipo de serviço de saúde, quando prestado por diferentes profissionais: psicólogos, psiquiatras, e médicos de família (estes últimos por serem agentes fundamentais – a “porta de entrada” - no sistema

nacional de saúde, e por ter sido previsível, aquando da definição da metodologia de estudo, que fossem o grupo profissional mais solicitado para ajuda em termos psicológicos).

O estudo, levado a cabo entre Junho e Setembro de 2002, replica em termos metodológicos o inquérito conduzido pela *American Consumer Report* (Seligman, 1995), tendo o questionário original sido traduzido e adaptado à população portuguesa. A recolha da informação foi feita através de inquérito (via postal) a uma amostra representativa da população portuguesa.

No total, foram enviados 30.000 questionários para auto-preenchimento a uma amostra representativa da população nacional, estratificada por sexo, idade e distribuição geográfica. Foram recolhidos 4893 questionários válidos. Uma vez que a amostra recolhida difere da amostra a quem foram enviados os questionários, procedeu-se a ajustamento estatístico por ponderação da base de dados, de forma a garantir que a amostra final mantivesse a representatividade da população no que se refere às variáveis sexo, idade e distribuição geográfica.

A amostra caracteriza-se, em termos sócio-demográficos da seguinte forma: 56,7% é do sexo feminino, 43,3% tem entre 25 e 44 anos de idade (20,5% com mais de 55 anos de idade), 59,1% casados ou em união de facto, 78,9% vivem em centros urbanos. Como é habitual neste tipo de estudo, verificou-se um número superior ao conhecido pelas estatísticas oficiais no que se refere ao nível educacional: 70,0% tem habilitações literárias superiores ao 9º ano completo.

Resultados

Uma parte significativa dos sujeitos, 60,4%, referiu ter procurado, nos últimos 3 anos, algum tipo de apoio psicológico. O apoio social foi fundamentalmente procurado nos amigos e colegas (30,4%), nos cônjuges/companheiros (28,0%), e em outros familiares (20,0%). Em 30,7% dos casos, esta procura de ajuda resultou na recomendação (por parte dos amigos ou familiares) de procura de um profissional de saúde, recomendação essa seguida por 66,3% das pessoas em causa. As principais razões indicadas para a não procura foram “preferir resolver os problemas sozinho” (53,8%), “a família e/ou os amigos serem ajuda suficiente” (33,5%), “o custo das consultas” (24,4%).

Neste período de tempo (últimos três anos), 28% da amostra total recorreu a profissionais de ajuda. Tal como esperado, o grupo profissional mais procurado foi o médico

de família (39,1%), seguindo-se o médico psiquiatra (29,6%) e médicos de outras especialidades - neurologistas, alergologistas, etc. (27,7%) . O psicólogo surge em quarto lugar, consultado apenas por 14,9% da amostra, que se decidiu por ajuda profissional.

Relativamente às queixas que levaram à procura de ajuda, 17,5% da pessoas que procuraram apoio psicológico referiram depressão. Outras queixas prevalentes foram: ansiedade (15,5%), sentimentos e emoções negativos persistentes (tais como tristeza, raiva, ...) (12,6%), dificuldades em lidar com o stress (7,6%), problemas relacionados com o trabalho ou estudos (7,0%).

Os modelos de intervenção mais frequentemente referidos foram o psicofarmacológico (46,9%) e o cognitivo-comportamental (29,4%). Porém, 11,6% da amostra não soube identificar qual o modelo psicoterapêutico que seguiu, apesar da definição proposta no questionário.

O questionário utilizado incluía um conjunto de perguntas relativas à percepção de melhoria associada à ajuda recebida, recorrendo a uma escala de 5 pontos (“1= melhorou em muito”, “2 = melhorou um pouco”, “3 = não mudou nada”, “4 = piorou um pouco”, “5 = piorou muito”). Também se perguntava a satisfação geral com o tratamento, através de escala, igualmente, com 6 opções de resposta (de “1= completamente satisfeito/a” a “6 = completamente insatisfeito/a”). Como se pode verificar no Quadro 2, a grande maioria dos consumidores afirma ter melhorado e estar satisfeita com a ajuda psicológica recebida, quando a mesma implica terapia verbal. A intervenção apenas baseada em psicofármacos está associada a piores índices de melhoria percebida e de satisfação. 76,4% da amostra que fez psicoterapia com psicólogos afirma que recomendaria o profissional em causa a um amigo ou familiar; apenas 55% e 53,3% o fariam no caso do psiquiatra com abordagem essencialmente biológica e do médico de família, respectivamente. Estes resultados foram controlados no tocante ao tempo de terapia e à natureza e severidade das queixas no início da mesma (condição pré-tratamento - avaliação retrospectiva).

Para além da avaliação da percepção de melhoria com o tratamento, averiguou-se também (de forma indirecta) a alteração no estado emocional geral através de duas questões relativas a este: no início da terapia (condição pré-tratamento - apreciação retrospectiva) e no momento actual (em ambas as perguntas, a resposta era dada em função de 5 opções: de “1= muito mau: dificilmente conseguia/consigo lidar com as coisas” a “5 = muito bom: a vida era/é bastante aproximada ao que eu queria que fosse”).

Em 22,7% dos respondentes que recorreram a psicólogos não se verificou qualquer alteração no estado emocional geral e em 1,0% dos casos registou-se deterioração (76,3% melhoraram com a terapia). Estes valores não diferem muito dos calculados para os psiquiatras (em 27,8% não houve qualquer efeito terapêutico e 0,8% pioraram, pelo que 71,4% melhoraram). Estes valores de deterioração são, para todos os efeitos, inferiores aos apontados por Lambert & Ogles (em estudos de eficácia) (2004), que se situam entre 5% e 10%. Por sua vez, o valor relativo às melhorias é semelhante ao valor global de eficácia apresentado anteriormente - cerca de 80%.

Já os valores encontrados para os médicos de família foram substancialmente inferiores: 42,7% não sofreram qualquer mudança com a intervenção destes profissionais, e em 6,9% dos casos verificou-se deterioração do estado geral de funcionamento (apenas 50,4% beneficiaram com o tratamento).

Embora os médicos de família não tenham o mesmo tipo de responsabilidades que os psicólogos ou psiquiatras no que toca ao apoio psicológico, estes dados são preocupantes quando relacionados com o facto de, em 56,9% dos casos que procuraram ajuda no médico de família e cuja severidade inicial em termos de perturbação emocional (estado emocional geral “muito mau”) ou natureza da perturbação (nomeadamente, ataques de pânico, ou abuso de álcool ou de drogas), este profissional não ter recomendado (nem referenciado) um profissional de ajuda psicológica.

Quadro 2 - Apoio profissional: percepção dos resultados das terapias e nível geral de satisfação

		Queixa foi ultrapassada?	Melhoria na relação com os	Passou a retirar mais prazer	Aumento de auto-estima e	Satisfação global (%)		Recomendaria este profissional? (%)
		(%)	outros (%)	da vida? (%)	auto-confiança (%)			
PSIQUIATRA (abordagem exclusivamente biológica)	Melhorou	80,2	54,0	52,7	52,7	Muito satisfeito	38,8	Sim 55,0 Não 25,7 Não sei 19,3
	Não alterou	17,6	43,4	35,0	43,6	Bastante satisfeito	37,5	
	Piorou	1,3	0,0	6,9	2,0	Algo insatisfeito	19,7	
	Não sei	0,9	2,7	5,3	1,7	Muito insatisfeito	4,0	
PSIQUIATRA (abordagem verbal – sem uso de medicação)	Melhorou	61,1	50,1	46,2	61,1	Muito satisfeito	46,4	Sim 63,3 Não 9,4 Não sei 27,3
	Não alterou	39,0	49,9	53,8	38,9	Bastante satisfeito	34,2	
	Piorou	0,0	0,0	0,0	0,0	Algo insatisfeito	19,4	
	Não sei	0,0	0,0	0,0	0,0	Muito insatisfeito	0,0	
PSIQUIATRA (abordagem verbal – com uso de medicação)	Melhorou	93,7	77,9	72,5	77,8	Muito satisfeito	68,8	Sim 83,3 Não 2,9 Não sei 13,7
	Não alterou	4,5	18,7	22,7	19,1	Bastante satisfeito	28,5	
	Piorou	0,4	1,0	1,2	1,3	Algo insatisfeito	2,4	
	Não sei	1,4	2,4	3,6	1,9	Muito insatisfeito	0,2	
PSICÓLOGO	Melhorou	88,5	72,8	70,4	78,2	Muito satisfeito	64,2	Sim 76,4 Não 7,3 Não sei 16,3
	Não alterou	9,3	24,9	27,1	20,7	Bastante satisfeito	27,2	
	Piorou	0,0	0,0	1,3	0,3	Algo insatisfeito	5,3	
	Não sei	2,2	2,3	1,2	0,7	Muito insatisfeito	3,3	
MÉDICO DE FAMÍLIA	Melhorou	83,2	60,8	54,4	60,7	Muito satisfeito	46,9	Sim 53,3 Não 21,2 Não sei 25,5
	Não alterou	13,1	35,5	37,5	34,2	Bastante satisfeito	34,6	
	Piorou	1,1	1,2	4,1	2,9	Algo insatisfeito	11,2	
	Não sei	2,6	2,4	3,9	2,2	Muito insatisfeito	7,4	

De uma forma geral, pensamos que estes resultados apontam para um quadro optimista relativamente à satisfação da população com os resultados da psicoterapia. Tal facto revela-se de particular importância, em função do anteriormente mencionado carácter pioneiro deste estudo no nosso país. Salientamos, por último, a importância e a necessidade

de, em casos clínicos mais graves, a população recorrer a especialistas em psicoterapia e de os médicos de família referirem, igualmente, este tipo de casos para profissionais especialmente qualificados para intervir nas perturbações psicológicas.

III. Um Estudo sobre os Psicoterapeutas Portugueses

Tal como foi referido anteriormente a propósito da efectividade da psicoterapia em Portugal, salvo algumas excepções (Vasco, 1994; Vasco, 2001; Vasco et al., 1992), o nosso conhecimento relativo aos psicoterapeutas portugueses é muito limitado. Esta situação parece-nos grave, particularmente em função da importância anteriormente mencionada relativa ao contributo das características do psicoterapeuta para o resultado terapêutico (cerca de 30%, Beutler et al., 1998).

Além do mais, o conhecimento das características dos psicoterapeutas portugueses, que são aqueles que efectivamente prestam os cuidados (altamente valorizados) anteriormente apresentados, deveria acompanhar o igual aumento do seu número, da sua organização, exposição e reconhecimento públicos, bem como de exigências relativas a formação contínua e códigos éticos e deontológicos.

Sendo apenas natural que os psicoterapeutas sejam sujeitos com história e características que se vão desenvolvendo e adaptando aos contextos social e científico do seu tempo, a regularidade temporal de estudos que acompanhem estas modificações e desenvolvimentos parecem-nos da maior importância.

No espaço restante, apresentaremos resumidamente alguns resultados relativos ao último estudo levado a efeito sobre as características dos psicoterapeutas portugueses, estudo este que será alvo de futuro artigo mais exaustivo (Vasco & Silva, em preparação).

Método

O instrumento utilizado designa-se "Questionário Comum dos Psicoterapeutas" e foi desenvolvido pelo "*SPR Collaborative Research Network*," criado e dinamizado por David Orlinsky da Universidade de Chicago, e foi utilizado por investigadores de mais de 16 países no "*International Study of the Development of Psychotherapists*" (Orlinsky et al., para publicação).

Trata-se de um questionário bastante extenso, composto por 440 itens, que cobrem as seguintes áreas: (a) treino e experiência profissionais; (b) desenvolvimento geral enquanto

terapeuta, orientação teórica e desenvolvimento actual; (c) prática actual, terapia pessoal e características pessoais e sociais.

Os participantes potenciais foram todos os membros de 9 associações portuguesas de psicoterapia, mais 12 terapeutas independentes, para um total de 878 questionários enviados.

Resultados

A amostra portuguesa é composta por 190 sujeitos dos quais 64% são do sexo feminino, tendo, em média, a totalidade da amostra, 39,7 anos de idade (*dp.* 9,2; *amp.* 23-72) e 9,8 anos de experiência clínica (*dp.* 7,0; *amp.* 1-35). A maioria são psicólogos (66,3%) seguindo-se-lhes os médicos psiquiatras (23,1%). São, na sua maioria, casados (62,1%), fizeram terapia pessoal (60%) ou estão a fazê-la (16%) e consideram-na muito importante para a prática clínica.

A orientação teórica mais frequente é a cognitivo-comportamental ($n = 55$; 30,2%), seguida, de perto, pela analítica-psicodinâmica ($n = 53$; 29,1%), e pela ecléctica ($n = 33$; 18,1%). Um menor número de terapeutas menciona ser sistémico ($n = 21$; 11,5%) e humanista ($n = 20$; 11,0%).

A prática efectua-se sobretudo em contexto liberal, com uma média de 14 pacientes (a serem presentemente acompanhados) que se situam, em média, entre os 20 e os 49 anos de idade. O grau de severidade dos pacientes é, como esperado, essencialmente ligeiro ou grave, verificando-se um reduzido número de pacientes com severidade mínima ou muito grave. No que respeita ao nível de satisfação com a vida pessoal, a maioria responde que esta é muito satisfatória ($M = 3,67$; *dp.* = ,74), apesar de muito stressante ($M = 3,18$; *dp.* = 1,08).

Em resumo, podemos afirmar que o perfil do psicoterapeuta português (baseado na *moda*) é do sexo feminino, tem formação pós-graduada com uma duração de cerca de 5 anos, é de orientação, essencialmente, psicodinâmica ou cognitiva, fez terapia pessoal, considerando-a “muito importante” para a prática clínica, exerce em regime liberal, na modalidade individual ou familiar e os seus pacientes são maioritariamente adultos (entre os 20 e os 50 anos) com sintomatologia “ligeira” ou “grave.”

Se tomarmos como termo de comparação um estudo anterior (Vasco, 1994), é possível constatar algumas diferenças dignas de realce: (a) aumento significativo do número absoluto de terapeutas; (b) aumento da desproporção entre terapeutas femininos e masculinos – maior número de terapeutas do sexo feminino; (c) maior número de terapeutas psicólogos, comparativamente às outras profissões; (d) aumento do tempo de treino formal; (e) aumento

do número de terapeutas em supervisão; (f) aumento do número de terapeutas que recorre a terapia pessoal; (g) aumento do tempo médio de experiência dos psicoterapeutas; (h) aumento do número de terapeutas em prática privada; (i) aumento do número de terapeutas que se consideram integrativos.

Consideramos que a generalidade destas tendências são de carácter positivo, particularmente porque parecem reflectir uma maior profissionalização da classe e, conseqüentemente uma potencial melhor qualidade dos serviços prestados. Não parece ser, assim, de estranhar, o alto nível da satisfação expresso pela população relativamente à psicoterapia como constatámos no estudo anteriormente apresentado.

Referências

- Asay, T.P., e Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change*. Washington, DC: APA.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy*. New York: Guilford.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gorndon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 989-997.
- Beutler, L. E., Bongar, B., & Shurin, J. N. (1998). *Am I crazy, or is it my shrink?* New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. S., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christie, J. E., (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, *139*, 181-189.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, *16*, 252-260.
- Eysenck, H. J. (1952). The effectiveness of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, *41*, 659-688.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 3, nº 2.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., & Ford, J. D. (1999). Therapy outcome research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed.) (pp.330-363). New York: Wiley.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Markowitz, J., Glick, I., Wilner, P. J., Mason, B., & Shear, M. K. (1994). Medication and psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed.) (pp. 734-782). New York: Wiley.

- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed.) (pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Barley, M. K. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Goates, M. K. (2002). Efficacy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. I) (pp. 715-718). San Diego, Cal.: Academic Press.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5^a ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Singer, J., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., Ambühl, H., Botermans, J.F, Cierpka, M., Davis, J.D., Davis, M.L., Dazord, A., Gerin, P., Schroder, T.A., Willutzki, U., Wiseman, H., Aapro, N., Avila-Espada, A., Bae, S.H., Beutler, L., Buchheim, P., Caro, I., Davidson, C., Freni, S., Friis-Jorgensen, E., Gabrielli, A., Joo, E., Kächele, H., Kalmykova, E., von der Lippe, A., Meyerberg, J., Monsen, J., Norcross, J., Northcut, T., Parks, B., Rosander, M., Rubin, S., Scherb, E., Shefler, G., Silverman, M., Smith, D., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A. B., & Yagnyk, K. (para publicação). *The psychotherapist's perspective: Therapeutic work, professional development, and personal life*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 303-313). Oxford: Oxford University Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
- Seligman, M. E. P. (1994). *What you can change & what you can't*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1995). *The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports study*. *American Psychologist*, 50, 965–974.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Thase, M. E., & Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5^a ed.) (pp. 743-766). New York: Wiley.

Vasco, A.B. (1994). Psicoterapeutas portuguesas: Características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira. *Psicologia, IX*, 405-428.

Vasco, A. B. (2001). Tendência eclécticas nos psicoterapeutas portuguesas: Comparações com um estudo anterior. *Psicologia, Vol XV*, nº 2, pp. 289-298.

Vasco, A.B., & Conceição, N. (Junho, 2002). *Bordin, would you agree with yet another agreement?* Comunicação apresentada no 33^o Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research, Santa Bárbara, Califórnia, EUA.

Vasco, A. B., & Conceição, N. (Maio, 2003). *A Hardly Recognized Similarity in Psychotherapy: Temporal Sequence of Strategic Objectives*. Comunicação apresentada na "19^a International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration", Nova Iorque, USA.

Vasco, A. B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1992). Eclectic Trends Among Portuguese Psychotherapists. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 321-331.

Vasco, A. B., & Silva, F. (em preparação). Psicoterapeutas em Portugal: dos anos 80 aos anos 90.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Psychotherapy Yes!: Efficacy, Effectiveness and Psychotherapists (in Portugal)

Resumo: The present paper is based on a conference given at “Livraria Barata” for the “Encontros com a Psicologia,” organized by the “Associação Portuguesa de Psicologia.” Three related themes are addressed: (1) global and comparative efficacy of psychotherapy; (2) effectiveness of psychotherapy (in Portugal); and (3) characteristics of Portuguese psychotherapists. These last two themes are based on empirical studies conducted in Portugal.