

Começo por agradecer às pessoas que tornaram possível a recolha de dados para análise neste estudo, aos psicoterapeutas que se disponibilizaram para participar, e à minha colega Carla Ilhéu, companheira de seminário.

Quero agradecer ao Professor Fernando Silva a sua orientação na realização deste estudo, bem como pela sua disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

Agradeço aos meus colegas, amigos do ISPA que me têm acompanhado ao longo desta caminhada académica. Obrigado a todos.

Não sabendo muito bem como o fazer, agradeço aos meus incansáveis amigos Pedro Pires, João Pequito e Tiago Pereira, pelo apoio emocional e pela ajuda que me deram em piores fases da minha vida.

Quero realçar a ajuda dada pelas minhas grandes amigas Laura Filipe e Joana Albino, agradeço da forma que posso pela sua paciência, amizade, ajuda, companheirismo e principalmente pelo apoio nas piores alturas.

Um muito obrigado a estas pessoas pelas quais eu tenho uma grande estima.

Agradeço também à minha família, em especial ao meu tio, pela persistência do seu apoio e pela atenção sempre que foi necessária.

Por ultimo, quero agradecer à pessoa que fez com que este sonho se tornasse realidade: a minha mãe. Pelo apoio, a dedicação, o amor, pela oportunidade e as condições que me deu de criar objectivos e o incentivo para atingi-los, o meu bem-haja.

Agradeço a todas as pessoas que, particularmente este ano, me apoiaram, e me deram força para atingir o final deste percurso. Obrigada.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
A Psicoterapia	8
Psicoterapia Cognitivo-Comportamental	10
Psicoterapia Psicodinâmica	13
O Psicoterapeuta	16
Algumas Características e Atitudes Presentes no Psicoterapeuta	20
Empatia	21
Auto-Revelação	23
Experiência	24
Postura de Suporte Positivo	25
O Terapeuta Cognitivo-Comportamental	26
O Psicoterapeuta Psicodinâmico	27
MÉTODO	31
Problema	31
Participantes e Delineamento	31
Instrumento	32
Procedimento	37
RESULTADO E ANÁLISE DE RESULTADOS	41
Análise das Diferenças Significativas Entre as Duas Abordagens	41
Análise de Conteúdo dos Cartões que Revelaram Diferenças Significativas no Estudo B.....	44
Análise da Comparação entre os Protótipos de Enrico Jones e os Resultados Do Estudo B	50

DISCUSSÃO	56
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	77
Anexo A – Cartões Constituintes do PQS	78
Anexo B – Declaração de Consentimento Informado	96
Anexo C – Folha de Registo	99
Anexo D – Tratamento Estatístico	101

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Escala de disposição dos cartões	40
TABELA 2: Médias ordinais para ambas as abordagens, referentes a cartões relacionados com o terapeuta	42
TABELA 3: Resultado do Teste Wilcoxon-Mann-Whitney, nos cartões em que	

	se verificaram diferenças significativas em ambas abordagens	43
	
TABELA 4:	Diferenças entre os Q-itens de Abordagem Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmica – Cartões característicos da Abordagem Psicodinâmica	51
TABELA 5:	Diferenças entre os Q-itens de Abordagem Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmica – Cartões característicos da Abordagem Cognitivo-Comportamental	53

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Exemplo de um item relativo ao paciente	34
FIGURA 2:	Exemplo de um item relativo ao Terapeuta	34
FIGURA 3:	Exemplo de um item relativo à interação da díade	35
FIGURA 4:	Exemplo da primeira fase de colocação dos cartões	38
FIGURA 5:	Pilha de cartões considerados menos característicos	38
FIGURA 6:	Pilha de cartões considerados indiferentes	39
FIGURA 7:	Pilha de cartões considerados mais característicos	39

RESUMO

Este trabalho teve como principal objectivo a averiguação da existência de diferenças significativas nas atitudes e acções do psicoterapeuta, durante a sessão terapêutica, entre a psicoterapia Cognitivo-Comportamental e a psicoterapia Psicodinâmica.

A amostra deste estudo, recolhida segundo o modelo não-aleatório, constou de um método de amostragem por conveniência. Esta amostra foi constituída por psicoterapeutas que para além de leccionarem em estabelecimentos do Ensino Superior, também exercem psicoterapia de acordo com a sua abordagem teórica (cognitivo-comportamental ou psicodinâmica).

A dimensão desta amostra foi de 10 sujeitos, 5 psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e 5 psicoterapeutas psicodinâmicos.

Com o intuito de descobrir quais as diferenças significativas destas duas abordagens, no que concerne à variável terapeuta, esta investigação consistiu na aplicação de uma metodologia Q-Sort. Este instrumento, o Psychotherapy Process Q-Sort (PQS) de Enrico Jones (1985), permitiu que todo o processo terapêutico fosse caracterizado, pela amostra já referida. O PQS é um instrumento que permite caracterizar as três dimensões inerentes ao processo terapêutico: i) atitudes do paciente, comportamento e experiência; ii) interacção da díade; e ainda, iii) atitudes e acções do psicoterapeuta. Sendo esta última dimensão o objecto de estudo neste trabalho.

Numa primeira fase, foi pedido aos sujeitos, individualmente, que colocassem os 100 cartões constituintes do PQS, em três pilhas, do mais característico para o menos característico, caracterizando assim a sua prática clínica.

A segunda fase, consistiu na colocação dos 100 cartões em sub-posições pelos mesmos sujeitos. Ou seja, os cartões que inicialmente tinham sido posicionados, foram recolocados numa escala de 1 a 9, fazendo uma nova triagem das pilhas anteriores. Em que 1 correspondeu a uma posição de Extremamente Atípico, e 9 Extremamente Típico.

Assim sendo, tratou-se de um estudo exploratório de cariz descritivo. Num primeiro momento permitiu uma análise estatística, através do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para confirmar as diferenças significativas existentes entre as duas abordagens. Num segundo momento foi feita uma análise descritiva de comparação entre os resultados desta amostra e o estudo de Jones e Pulos (1993).

Verificou-se existirem diferenças significativas entre estas duas abordagens, em 11 cartões, dos 37 constituintes da dimensão do terapeuta. Estes 11 cartões continham afirmações características quer da abordagem cognitivo-comportamental, quer da abordagem psicodinâmica e apresentaram valores de $p \leq 0,05$, sendo por isso consideradas diferenças significativas.

Numa segunda análise descritiva de comparação entre estes resultados e os do estudo de Jones e Pulos (1993), constatou-se que existem diferenças consoante as abordagens em questão. Em relação à abordagem Psicodinâmica, verificou-se existirem menos cartões com diferenças significativas neste estudo (5 cartões com nível de significância de $p \leq 0,05$), do que no estudo de Jones e Pulos (1993) (15 cartões com níveis de significância de $p < 0,01$ e $p < 0,001$). O mesmo aconteceu em relação à abordagem Cognitivo-Comportamental, em que se verificou haver um maior número de cartões com diferenças significativas no estudo de Jones e Pulos (1993) (17 cartões com níveis de significância de $p < 0,01$ e $p < 0,001$) do que neste estudo (6 cartões com nível de significância de $p \leq 0,05$).

Estes resultados parecem coincidir com o esperado, na medida em que ocorreram um maior número de semelhanças do que diferenças no que diz respeito à nossa amostra, e às atitudes e acções do psicoterapeuta. Em relação à

identificação dos resultados destes sujeitos com os protótipos construídos a partir do estudo de Jones e Pulos, pode dizer-se que, também foram corroboradas as expectativas iniciais. Isto é, não ocorreram identificações totais aos protótipos destes autores, correspondentes a cada uma das abordagens. Em suma, isto poderá significar, que as técnicas usadas, poderão estar dependentes do quadro teórico seguido por cada clínico, como também poderão ter a ver com as diferenças pessoais de cada psicoterapeuta.

“ A prática da psicoterapia não pode ser universalizada de uma forma que prescreva certas técnicas e métodos como verdade para todos os sítios, para todo o sempre, com todos os clientes por todos os psicoterapeutas”.

Zeddies, 1999

INTRODUÇÃO

Nos últimos 10-15 anos, houve um processo extensivo de globalização que afectou diversas áreas do saber, tendo tido conseqüentemente impacto a diversos níveis da sociedade, incluindo os cuidados de saúde (Ruiz, Bland, Pi & Zulueta, 2005). Ainda de acordo com estes autores pode dizer-se que, numa base paralela, e de muitas formas, como resultado desta globalização, o interesse e investigação na psicologia e psiquiatria também cresceram bastante nas últimas duas ou três décadas. Conseqüentemente a prática da psicoterapia, que independentemente do seu quadro teórico sofreu também uma evolução (Ruiz et al., 2005).

Segundo Leichsenring, Hiller, Weissberg e Leibing (2006), cuja revisão de literatura se centra sobre as duas abordagens que se constituem objecto de estudo deste trabalho (a psicoterapia psicodinâmica e a psicoterapia cognitivo comportamental), em relação aos estudos acerca do tipo de psicoterapias existentes, à sua eficácia e até mesmo em relação à comparação de diferentes quadros teóricos, poderá assumir-se que ainda há muito caminho a percorrer. Estes autores defendem, também, que embora haja evidências substanciais no caso da psicoterapia Cognitivo-Comportamental, em relação à sua eficácia, e alguma evidência da eficácia da

psicoterapia Psicodinâmica, é necessário que sejam promovidos mais estudos para corroborarem e assegurarem esta afirmação, bem como para se poderem prever os resultados positivos do tratamento para que se possam promover. Ainda por referência aos mesmos autores (Leichsenring et al., 2006) não é clara a diferença empírica entre as duas abordagens em questão, no que concerne ao comportamento do terapeuta.

Em 1936, Rosenweig afirmou haver factores comuns responsáveis pela eficácia da psicoterapia e usou a conclusão do pássaro Dodo (da história da Alice no País das Maravilhas) para enfatizar esta afirmação: no final “todos ganharam, todos têm prémios”. Mais tarde, em 1975 Luborsky, Singer e Luborsky, defenderam também, que em termos de resultados todas as psicoterapias eram equivalentes, desde essa altura que esta questão ficou conhecida como o Efeito do Pássaro Dodo ou o paradoxo da equivalência (Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn, 1997). Na opinião de Wampold et al. (1997), qualquer estudo pode sofrer uma imperfeição ou algum tipo de erro, quando a superioridade de um tratamento é demonstrada apenas por uma investigação, ou seja, afirmações que têm como base apenas um único estudo não serão justificadas. Por esse motivo o paradoxo da equivalência foi posto em causa e sujeito a provas. Esta questão tem conduzido investigadores a olharem para a psicoterapia não apenas em termos de resultados, mas sobretudo, em termos de processo, tal como se propõe fazer neste trabalho. Voltando um pouco atrás no tempo, a popularidade das abordagens cognitivas por volta de 1970 influenciou também o foco da investigação da própria psicoterapia, nomeadamente por uma maior valorização das variáveis internas que medeiam os resultados terapêuticos. Nesta fase, ocorreu uma maior valorização da relação entre as variáveis subjectivas (bem-estar emocional, ajustamento) do terapeuta e os

resultados terapêuticos; pela tentativa de compreender as experiências internas dos participantes da psicoterapia; bem como um esforço de, mais do que responder à questão “o que muda?”, responder à questão “como muda?”.

Acerca desta questão, Beutler (1991) afirma que apesar das muitas revisões comparativas de psicoterapia não terem conseguido encontrar diferenças significativas entre os diferentes tratamentos, ainda é prematuro desistir da procura de factores diferenciais. Segundo este autor, existe um grande número de variáveis do terapeuta, do paciente e do próprio tratamento que podem influenciar os efeitos da psicoterapia.

Beutler (1991) justifica, assim, a criação de um “modelo guia” que nos permita saber como interpretar a relação entre os tipos de tratamento, o seu resultado final bem como todas as suas, inerentes, variáveis. Ainda, acerca do paradoxo da equivalência e a sua problemática, Stiles, Shapiro & Elliott (1986) argumentaram que as verdadeiras diferenças, relativamente à eficácia do tratamento poderão ter sido descuradas ou não perceptíveis pela falta de qualidade dos métodos de investigação, situação que poderá ser ultrapassada se tiramos partido de toda a evolução decorrida ao longo destes anos, nos métodos de investigação.

Levantam-se então questões muito pertinentes. Ainda que os diferentes modelos apresentem resultados equivalentes, o que se passa durante o processo psicoterapêutico nos diferentes modelos terapêuticos? Existirão diferenças em termos das atitudes e acções do psicoterapeuta que influenciem o processo terapêutico?

Este estudo incidiu sobre duas abordagens específicas: cognitivo-comportamental e psicodinâmica; e tem como objectivo perceber como é que as acções e atitudes do terapeuta poderão influenciar o processo psicoterapêutico em ambas as abordagens. Serão as características pessoais de cada psicoterapeuta, as

responsáveis pela mudança (sucesso ou insucesso da psicoterapia) ou serão as características de cada uma destas abordagens? Ou serão, ainda, as duas em conjunto?

Assim, visando encontrar diferenças entre a abordagem Cognitivo – Comportamental e a abordagem Psicodinâmica, em relação à sessão terapêutica, tenta-se, desta forma, clarificar um pouco mais alguns aspectos do processo terapêutico nomeadamente o que se refere às atitudes e acções do terapeuta. Não basta ter em conta os quadros teóricos em que os terapeutas assentam a sua prática, mas também é essencial que haja uma tomada de consciência de que as diferenças interpessoais de cada psicoterapeuta podem ou não influenciar tanto o modo como decorre a sessão psicoterapêutica, como os resultados que daí advêm.

A pertinência deste estudo centra-se no facto de que existe uma lacuna em relação à exploração do comportamento do terapeuta como uma variável de interesse, tem havido apenas um acréscimo de estudos que minimizam a variabilidade vinda do terapeuta de uma forma geral, enfatizando a formação de terapeutas que aderem a um manual de tratamento (Aveline, 2005).

Em 1993, Jones e Pulos, apresentaram uma metodologia inovadora através de um estudo que visava identificar os ingredientes activos no processo da psicoterapia, no qual um conjunto de peritos desenvolveram protótipos de terapia Psicodinâmica e Cognitivo-Comportamental que consistiam, segundo os autores, nos protótipos de um tratamento ideal. Usando o Psychotherapy Process Q-sort (PQS), acederam ao conteúdo da sessão terapêutica e o grau em que os tratamentos aderiram ao protótipo foi medido quantitativamente e correlacionado com os resultados da psicoterapia. Os resultados deste estudo demonstraram que o protótipo psicodinâmico construído pelos peritos foi significativamente consistente na correlação com os resultados

positivos da psicoterapia tanto na terapia cognitivo-comportamental, como na psicodinâmica. Pelo contrário, o protótipo cognitivo comportamental demonstrou falta de consistência quando correlacionado com os resultados positivos da terapia de ambas as orientações teóricas em causa.

Desta forma, segundo Aveline, Strauss e Stiles (2005), parece ser necessário que, além de promover investigações neste campo, se dissemine a informação pelos vários tipos de especialistas na área. A investigação tanto pode ajudar os clínicos como os investigadores a diversificar os seus pontos de vista no que diz respeito a este assunto. Deste modo, podem elucidar processos e providenciar evidências que confirmam ou desmentem sabedoria clínica anteriormente adquirida. Os autores defendem ainda que fornece uma visão fresca e actual da psicoterapia existente hoje em dia. Não é apenas importante ter uma noção de que o paciente mudou depois do processo terapêutico, é também crucial saber como mudou.

A tarefa da psicoterapia, conforme Cardoso (1985), inclui o conhecimento teórico, a vivência técnica, o vínculo autêntico com o cliente, a satisfação com o trabalho, além do desenvolvimento pessoal do outro e de si mesmo como seres humanos. Portanto, requer do psicoterapeuta uma síntese pessoal da teoria e da técnica, de forma a não escravizá-lo nem a uma nem à outra. Um exemplo desta não submissão à teoria e à técnica diz respeito às regras do processo psicoterapêutico, um frequente motivo de bloqueio do psicoterapeuta. Apesar de essenciais para um claro vínculo entre psicoterapeuta e cliente, as normas têm que ser, de facto digeridas e assimiladas pelo psicoterapeuta, que precisa dar-lhes um sentido, flexibilizá-las e contextualizá-las.

O uso da técnica deve ser cuidadoso e fundamentado numa estratégia clínica que sintetize a teoria e a prática do psicoterapeuta e o vínculo entre vivência,

compreensão, pensamento e acção de psicoterapeuta e cliente (Cardoso, 1985). A técnica jamais deve ser proposta como um truque para resolver problemas, mas como um recurso facilitador da consciencialização do cliente, utilizado quando ele já se dirige a algum tipo de acção determinada a partir de sua necessidade e de sua disponibilidade.

A literatura teórica é um ponto essencial de apoio e de referência ao psicoterapeuta, mas não basta por si mesma, devendo sempre ser adoptada com flexibilidade, fundamentando e sendo fundamentada pela prática profissional, pelas vivências pessoais e pela supervisão. Neste sentido, as atitudes e as posturas do psicoterapeuta "não podem ser ensinadas, mas podem ser aprendidas. Estas atitudes básicas são: fé, confiança, aceitação e respeito" (Cardoso, 1985, p. 21). Fé e confiança referem-se à crença no potencial do cliente de encontrar o seu próprio caminho. Aceitação e respeito são atitudes compreensivas fundamentais na facilitação desta procura do cliente, através do encontro existencial propiciado pela psicoterapia. Assim, "as atitudes do psicoterapeuta são essencialmente educativas, visando não apenas a apreensão de determinados conteúdos, mas também uma «pedagogia da vida»" (Boris, 1992, p. 62).

Bleger (1975) considera que o psicoterapeuta vivencia grande ansiedade, pois confronta-se com um objecto de estudo semelhante a si mesmo, tratando das contingências e das vicissitudes comuns ao psicoterapeuta e ao cliente: são aspectos de "humanidade" que os aproximam, mas que podem confundir os parceiros da relação psicoterapêutica. Devemos destacar que aquilo que os diferencia é a atitude compreensiva, um esforço racional e emocional do psicoterapeuta para compreender a si mesmo e ao outro, reconhecendo os seus equívocos e os seus sentimentos em relação ao cliente e àquilo que ambos representam.

Amatuzzi (1989) adverte que "há lugar, apesar de tudo, para interpretações intelectuais, mas desde que o sentido do todo da relação não seja dado por semelhantes interpretações, mas pelo vai-e-vem de respostas autênticas baseadas num ouvir profundo" (p. 176).

Como disse Greenberg (1997) "os terapeutas não podem simplesmente determinar *a priori* o que resultará melhor para outra pessoa" (p.338).

Ser psicoterapeuta requer uma síntese pessoal própria de um conjunto de atitudes desenvolvidas a partir de actividades ligadas à vida do psicoterapeuta, entre as quais se incluem a supervisão de profissionais competentes e experientes, a inclusão num processo psicoterapêutico próprio, a abertura a experiências pessoais e profissionais, a inserção em processos de formação sistemáticos e o estudo dedicado dos fundamentos e temas do seu enfoque.

Cardoso (1985) aponta o facto de que muitos psicoterapeutas vivenciam sintomatologias semelhantes às dos seus clientes, o que gera dificuldade de comunicação ou envolvimento extremo, numa tentativa de resolver os seus problemas através do outro, ou inadequação das intervenções, levando frequentemente à desistência do processo psicoterapêutico por parte do cliente, ou, por vezes, a um abandono (concreto ou através de atitude de distanciamento) por parte do psicoterapeuta. Nestes casos, é inegável a importância do próprio processo psicoterapêutico do psicoterapeuta, junto à supervisão de profissionais experientes e competentes. Para uma melhor compreensão de como todos os principais conceitos se relacionam entre si é necessário que se faça neste capítulo uma clarificação de cada um deles.

A Psicoterapia

A psicoterapia é um dos domínios em que a importância da compreensão dos mecanismos de mudança do comportamento é preponderante, uma vez que consiste precisamente num processo de ajuda em que o terapeuta e o cliente se envolvem na tentativa de construção dos padrões de funcionamento mais adaptativos. Por outras palavras, a psicoterapia é um processo de comunicação entre um psicoterapeuta, pessoa formada para avaliar e gerar trocas ou mudanças e uma pessoa que procura consultá-lo (Horna, 2003), o paciente ou cliente. O processo psicoterapêutico favorece a resolução de conflitos, medos e inseguranças. Em suma, e segundo Horna (2003), o objectivo de um processo psicoterapêutico é dar condições para que a pessoa se desenvolva, aprendendo sobre ela mesma através dos seus sintomas e das trocas estabelecidas no processo.

A psicologia, como ciência do comportamento humano, tem como objecto de estudo o comportamento e como objectivo a compreensão dos processos que estão na base do mesmo. Entre os domínios do comportamento que mais interesse têm despertado, em grande parte justificado pela utilidade social da questão, é a mudança, isto é, os princípios orientadores da mudança do comportamento bem como as estratégias mais capazes de a potenciar.

Dentro da psicologia existe uma grande diversidade de correntes, abordagens e conceitos teóricos aplicados ao âmbito psicoterapêutico, que dão origem a outras tantas maneiras de estabelecer este contexto de comunicação. No entanto, Horna (2003) refere que as duas características que unificam a psicoterapia são: o contacto directo e pessoal entre o psicoterapeuta e o paciente, principalmente através do

diálogo, e a qualidade da relação terapêutica do contexto de comunicação, isto é, uma relação de ajuda destinada a originar uma mudança em quem procura a consulta.

Devido à natureza das comunicações que se estabelecem nessa mesma relação, existem temas significativos de privacidade e confidencialidade da informação partilhada.

A psicoterapia pode também ser definida como qualquer tipo de abordagem persuasiva ou de conversação desenvolvida para ajudar pacientes (Stephen, 2001). Embora haja centenas de técnicas e escolas de pensamento, a maioria tem o desejo de compreender o paciente e ajudá-lo a mudar padrões comportamentais e emocionais. A partir deste processo o sujeito re-significa pensamentos e irá descobrir formas de viver mais satisfatórias aos objectivos do indivíduo (Stephen, 2001). Este vai ampliar a consciência que tem de si mesmo, aprendendo com os seus sintomas e desta forma vai desenvolver-se como pessoa.

A psicoterapia é indicada para pessoas de qualquer idade que queiram resolver os seus problemas pessoais através do auto-conhecimento que esta pode oferecer e para isso é preciso que esteja disposta a olhar sobre si mesma e reflectir sobre o que irá encontrar (Stephen, 2001).

É de salientar que desde os inícios da psicoterapia, se tenham desenvolvido esforços no sentido de uma melhor compreensão acerca destes processos de mudança do comportamento humano, nomeadamente a forma como uma determinada relação muito particular poderia promover a mudança do comportamento humano.

A grande proliferação de abordagens psicoterapêuticas, bem como um crescente interesse pelo público pela psicoterapia, levanta uma questão legítima: “qual dos modelos apresenta resultados mais positivos?”

Como já foi referido, este estudo incidiu em duas orientações teóricas específicas – abordagem Cognitivo-Comportamental e abordagem Psicodinâmica – de entre outras existentes e praticadas na psicoterapia, que irão ser desenvolvidas seguidamente.

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

As psicoterapias cognitivo-comportamentais, segundo Grant, Young e DeRubeis (2005), representam a classe das abordagens pragmáticas para compreensão e tratamento de problemas psicopatológicos. Ainda segundo os mesmos autores, embora haja uma grande diversidade entre estes tratamentos, as intervenções são caracteristicamente focadas num problema específico, dirigidas a um objectivo, orientadas para o futuro, com base empírica e de tempo limitado.

Este tipo de terapia, assume que os processos cognitivos e emocionais são mediadores da aquisição e manutenção da psicopatologia (Grant et al., 2005),

Em relação aos princípios de tratamento inerentes a este quadro teórico, pode dizer-se, com base nestes autores, que esta terapia distingue-se de outras se tivermos em conta certos aspectos que a caracterizam, como: relação terapeuta-paciente, o objectivo cognitivo para a mudança, o caminho para chegar a essa mudança bem como o grau de ênfase que é dado ao auto-controle do cliente.

Em suma e segundo Grant et al. (2005) tanto o paciente como o terapeuta fixam objectivos explícitos para a terapia. O tratamento é ajustável ao conjunto de sintomas e circunstâncias do paciente. Os objectivos mais característicos desta abordagem podem ser o aumento de experiências positivas, a construção de estratégias de *coping* para problemas futuros e ainda a prevenção de recaídas. Ao

estabelecer estes objectivos específicos, o pensamento do paciente vai focar-se nos ganhos que esta terapia lhe trará, o que poderá trazer ao de cima os limites realísticos da terapia.

Outros autores como Mahoney e Lyddon (citado por Borba, 2005), apresentam este tipo de terapia, como sendo um termo genérico que abrange uma variedade de mais de vinte abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental.

Segundo Dobson e Dozois (2001) são três os pressupostos fundamentais inerentes a esta terapia: i) a actividade cognitiva influencia o comportamento; ii) a actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada e iii) o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva. Ainda, Dobson & Dozois (2001) afirmam que uma impressionante quantidade de técnicas foram desenvolvidas para ajudar os pacientes a aprenderem: a tolerância; capacidades que reduzem os problemas decorrentes e previnem um funcionamento saudável bem previnem recaídas. As dificuldades do paciente são operacionalizadas em termos de medida confiáveis. Segundo Beck (1995), ao quantificar os problemas do paciente desta forma, o terapeuta introduz objectividade no processo terapêutico. Na perspectiva de Greenberger e Padesky (1999), a terapia cognitivo-comportamental ocupa-se directamente do estudo de cinco aspectos básicos da experiência de vida de uma pessoa: pensamentos, estados de humor, comportamentos, reacções fisiológicas e ambiente externo. Estas cinco áreas estão interligadas e é certo que cada aspecto da vida de uma pessoa exerce influência em todos os outros.

Kendall e Kriss (1983) dizem que o acesso cognitivo-comportamental de um problema pode incluir questionários, testes fisiológicos, e testes comportamentais que são administrados continuamente ao longo do tratamento. Desta forma o

progresso do paciente pode ser detectado por informação objectiva que poderá conduzir a decisões do tratamento.

A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a importância da relação terapêutica para a eficácia da terapia, em que o terapeuta e o cliente agem cooperativamente. É psicoeducativa no sentido de favorecer que o cliente aprenda estratégias usadas durante a sessão e passe a agir como o seu próprio terapeuta. A tarefa de casa, como já foi referido, é um aspecto central do tratamento, pois além de dar continuidade ao trabalho feito durante as sessões, faz com que novas aprendizagens sejam generalizadas para o dia a dia do cliente.

O terapeuta estabelece parceria com o cliente num sistema de co-participação activa em que são estimuladas actividades de confrontação, realização pessoal, com estratégias cognitivas e comportamentais dentro e fora do *setting* terapêutico.

Esta terapia usa técnicas empiricamente testadas (Dobson, 2000, Masters et al., 1987, Beck, 1995): dessensibilização sistemática, confronto/resposta, reestruturação de pensamentos disfuncionais, reforço positivo e negativo, desenvolvimento de crenças alternativas, exposições situacionais, prevenção de respostas, relaxamento muscular progressivo, treino em habilidades sociais, treino respiratório, treino em resolução de problemas, questionamento socrático, treino em assertividade, biblioterapia, etc.

Segundo Grant et al. (2005), os limites deste tipo de terapia ainda estão para ser empiricamente estabelecidos, no entanto há vários factores que podem pôr em risco a sua eficácia, como por exemplo, a baixa motivação do paciente pode impedir o progresso em especial nos pacientes que acreditam que irão sofrer várias consequências adversas se obedecerem ao tratamento.

Bahls e Navolar (2004) afirmam que no processo da psicoterapia cognitivo-comportamental decorre algo muito semelhante a um teste empírico das teorias científicas: os sistemas de crenças pessoais são testados em relação às suas consequências e funcionalidade para a vida do paciente dentro de contextos específicos. Dizem ainda que, apesar da diversidade de todas as terapias com base nesta abordagem, todas elas partilham o mesmo pressuposto teórico: as mudanças terapêuticas acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais do pensamento. Segundo este ponto de vista, o mundo é considerado como uma série de acontecimentos podem ser classificados como neutros, positivos e negativos, no entanto a avaliação cognitiva que o sujeito faz destes acontecimentos é o que determina o tipo de resposta que será dada na forma de sentimentos e comportamentos. Em suma, segundo estes autores (Bahls & Navolar, 2004), um dos objectivos desta psicoterapia é corrigir as distorções cognitivas que estão a criar problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentar as suas dificuldades.

Psicoterapia Psicodinâmica

Todo o pensamento psicanalítico é baseado num modelo desenvolvimental de comportamento. A assumpção fundamental é que os acontecimentos de infância moldam a pessoa quando adulta (Gabbard, Beck & Holmes, 2005). Os padrões repetitivos de interações problemáticas com outros têm origem em assuntos intrapsíquicos interiorizados durante a infância. Segundo Gabbard et al. (2005), actualmente no pensamento acerca da interface entre a genética e o meio ambiente,

sabemos que o temperamento como base genética da criança molda muito a interação com os pais. Noutras palavras, as características que são geneticamente determinadas evocam respostas específicas dos pais, que por seu lado mudam o molde da personalidade infantil (Reiss e al., 1995). Os terapeutas psicanalistas não culpam os pais pelas dificuldades dos pacientes, mas vêem-nas como uma complexa interação entre as características da criança, as características dos pais, e a forma como ambas se encaixam (Gabbard, 2000).

A psicoterapia psicodinâmica, segundo Gabbard et al. (2005) é provavelmente a prática mais vasta e completa e a forma de terapia melhor conhecida. Os mesmos autores afirmam, que esta é baseada na psicoterapia psicanalítica e que as suas únicas características colocam a ênfase na vida mental inconsciente, atenção sistemática em temas transferenciais e assuntos desenvolvimentais, a exploração da contra-transferência como uma ferramenta terapêutica importante, e o trabalho sobre a resistência, defesa e conflito.

Os princípios deste tipo de psicoterapia variam consoante a escola de pensamento do psicoterapeuta, mas os temas são universais. Os terapeutas psicodinâmicos permitem aos seus pacientes articular a natureza dos seus problemas e estabelecer objectivos para o que querem abordar e atingir no decurso do tratamento.

Os psicoterapeutas psicodinâmicos, segundo Gabbard et al. (2005), permitem aos seus pacientes articular a natureza dos seus problemas e estabelecer objectivos para o que querem abordar e atingir durante o tratamento. O que significa que, os autores defendem o convite ao paciente para que este diga tudo o que lhe vem à mente enquanto reflecte no problema. Inevitavelmente, segundo este processo, os pacientes deparam-se com dificuldades quando tentam falar livremente com o seu

terapeuta e, conseqüentemente, surgem as resistências ao processo terapêutico. Gabbard et al. (2005), descrevem o processo: um terapeuta dinâmico não tenta ultrapassar as resistências (anteriormente referidas), em vez disso, tenta entender o significado do silêncio do paciente ou do sentimento de vergonha. Frequentemente estes terapeutas descobrem que sentimentos particulares acerca deles próprios são a maior fonte de resistência. À medida que estes terapeutas começam a perceber os seus pacientes, tentam motivá-los a um esforço colaborativo de estabelecer objectivos terapêuticos comuns.

Numa situação ideal, os pacientes conseguem observar-se a si próprios enquanto também participam profunda e emocionalmente na experiência imediata da situação terapêutica. Os terapeutas psicodinâmicos têm-se, segundo Gabbard et al. (2005), como contentores recebendo uma variedade de projecções do paciente. O paciente induz certos sentimentos no terapeuta que reflectem as relações interiorizadas do paciente. Estes autores referem, ainda, que uma postura distante, silenciosa e quase inexistente não é a mais adequada para um terapeuta psicodinâmico, mas sim que a sua abordagem seja espontânea e calorosa para com o paciente, desta forma uma boa aliança terapêutica será facilitada.

Os principais tipos de intervenção que predominam nesta abordagem são, à luz destes autores: interpretação, observação e confrontação. As interpretações são feitas pelo terapeuta na tentativa de explicar ao paciente pensamentos, sentimentos, comportamentos ou sintomas. Há uma ligação destes fenómenos com as fantasias inconscientes, significados, e com as origens de infância, segundo este quadro teórico.

Segundo Gabbard (2000) e Luborsky (1984), citados por Leichsenring et al. (2006), outros tipos de intervenção que podemos associar a esta prática de

psicoterapia são: encorajamento para elaborar, validação empática, aconselhamento e aprovação, afirmação, abstinência, neutralidade, associação livre, transferência, contra-transferência, regressão, etc. A sua utilização depende do contexto em que a sessão terapêutica esta inserida, bem como da problemática e paciente em causa.

Outro dos conceitos importantes e central deste estudo é o psicoterapeuta, no qual será focada a análise de resultados no respectivo capítulo. Sendo o objectivo principal identificar as atitudes e acções do psicoterapeuta (de ambas abordagens) no decorrer da sessão terapêutica, é essencial que se clarifique a sua função dentro do processo terapêutico.

O Psicoterapeuta

O psicoterapeuta é responsável por traduzir a teoria da psicoterapia para a prática através de uma série de acções intencionais.

As características do terapeuta, segundo Aveline (2005), são uma componente vital da psicoterapia eficaz, trabalho que é especialmente ambicioso, focado na relação e de longo-termo. Embora a relação pessoa-terapeuta, segundo este autor, contribua apenas entre 10 % a 20% para o resultado, identificar estas características benéficas e malignas independentemente da terapia, é extremamente importante e funcional.

O processo terapêutico envolve muitos factores e um deles é o processo emocional e psicológico que, segundo Zeddies (1999), acompanha internamente o psicoterapeuta. Um dos maiores desafios do trabalho clínico é a necessidade de, por vezes, o terapeuta entender como é a sua própria dinâmica psicológica e emocional –

incluindo valores pessoais, crenças, teorias e compromissos – influenciam a aproximação terapêutica aos clientes. O duplo papel dos terapeutas – como agentes e sujeitos da mudança – foi primeiramente formulado na noção de Sullivan (1954) do “*observador-participante*”, que refere o terapeuta como um elemento que é externo e ao mesmo tempo é inseparável do campo psicoterapêutico, e ainda facilita como observador e facilitador desse campo.

Os factores terapêuticos comuns entre terapias incluem uma relação emocional intensa, confidente com um profissional de confiança, o desenvolvimento de um raciocínio plausível que ajude o paciente a sentir-se mais esperançoso e a contrariar a desmoralização (Aveline, 2005), o que faz com que a tarefa do psicoterapeuta seja enfatizada. Ainda segundo este autor, o terapeuta age de boa fé com o mínimo de egoísmo e em termos de acção terapêutica, o terapeuta em si não é o mais importante, mas sem ele não haveria terapia.

Ser capaz de providenciar este tipo de experiência terapêutica depende grandemente da capacidade do terapeuta de formar ligações interpessoais, de tolerar a vulnerabilidade e exposição que são inerentes ao processo psicoterapêutico.

É comum que se enfatize a importância essencial da base teórica do psicoterapeuta. É menos frequente que se discuta os riscos de um apego à teoria, ou seja, a tendência de muitos psicoterapeutas a servir à teoria como uma defesa contra sua própria insegurança, adoptando uma atitude formal, intelectual ou perfeccionista.

Esses problemas remetem-nos à personalidade, à maturidade pessoal e profissional e ao autoconhecimento como variáveis essenciais à boa condução do processo psicoterapêutico. É frequente a idealização da figura do psicoterapeuta pelo cliente, que, associada a uma auto-idealização por parte do primeiro, pode levar o psicoterapeuta (menos experiente) a tentar corresponder a uma imagem onipotente

e inacessível, ou a aceitar uma postura impotente e insignificante (Aveline, 2005). Essas atitudes podem levar o psicoterapeuta a um encantamento com o próprio poder, ou a tentativas de sedução ou de punição do cliente, por exemplo (Aveline, 2005).

A postura onnipotente, que se pode apresentar através de arrogância (que busca aparentar eficiência) ou de uma excessiva disponibilidade (que visa atender a qualquer expectativa, necessidade ou exigência do cliente, com o objectivo de ser reconhecido e admirado), esconde aparentemente a insegurança e a inexperiência do psicoterapeuta menos experiente (Rojas-Bermúdez ,1977). Porém, como o processo psicoterapêutico não é um espaço de realização de desejo - nem do cliente, e muito menos, do psicoterapeuta - mas de consciencialização do desejo, o processo, muitas vezes, revela-se empobrecido, frio ou mesmo contraproducente (Rojas-Bermúdez ,1977).

Numa outra polaridade, ainda segundo Rojas-Bermúdez (1977), encontramos a postura impotente, em que o psicoterapeuta se mostra inoperante por se sentir incapaz de lidar com emoções, experiências ou conteúdos - particularmente os negativos - do cliente, que lhe parecem acima das possibilidades de continência do psicoterapeuta. O psicoterapeuta mostra-se, muitas vezes, compreensivo, atencioso e disponível, mas não consegue intervir, propor ou aprofundar as questões reveladas pelo cliente, pois isso parece-lhe um risco excessivamente perigoso.

Ambas as posturas - onnipotente e impotente - escamoteiam as reais possibilidades e os limites do psicoterapeuta e trazem à tona o seu dilema entre a técnica e a pessoa do técnico. Conforme Rojas-Bermúdez (1977), "pretender que um instrumento resolva tudo, é persistir numa valorização ingénuo, que servirá mais para proteger a própria onnipotência do que o instrumento" (p.90). Assim, o

psicoterapeuta menos experiente, frequentemente, procura um suporte externo para seus dilemas, esquecendo-se de que sua própria pessoa é seu principal instrumento de trabalho, para além das técnicas e mesmo das teorias (Cardoso, 1985).

Se o psicoterapeuta deve estar plenamente presente no processo psicoterapêutico, aí deve estar incluída a sua racionalidade, sem, com isso, excluir as vivências emocionais e intuitivas propiciadas pela psicoterapia (Cardoso, 1985).

Cardoso (1985) aponta o facto de que muitos psicoterapeutas vivenciam sintomatologias semelhantes às de seus clientes, o que gera dificuldade de comunicação ou envolvimento extremo, numa tentativa de resolver os seus problemas através do outro, ou inadequação das intervenções, levando frequentemente à desistência do processo psicoterapêutico por parte do cliente, ou, por vezes, a um abandono (concreto ou através de atitude de distanciamento) por parte do psicoterapeuta. Nestes casos, é inegável a importância do próprio processo psicoterapêutico do psicoterapeuta, junto à supervisão de profissionais experientes e competentes.

Como já foi referido, a prática do terapeuta poderá estar ou não dependente da sua orientação teórica, bem como das suas características pessoais. Há alguns estudos feitos que visaram traçar um perfil do terapeuta consoante a sua abordagem. Por exemplo, Stanislow III, Zuroff & Pilkonis (1996) verificaram, no seu estudo, que havia diferenças entre a eficácia dos terapeutas e que estas diferenças estavam associadas aos modelos teóricos em que estes baseavam a sua prática.

Algumas Características e atitudes presentes no terapeuta

Há estudos feitos acerca de características específicas do psicoterapeuta, de forma a demonstrarem a influência que estas exercem no processo psicoterapêutico. Ackerman e Hilsenroth (2003) procederam a um exame compreensivo dos atributos pessoais do terapeuta e acções nas sessões terapêuticas que influenciam positivamente a aliança terapêutica e conseqüentemente a eficácia da terapia. Os atributos pessoais do terapeuta como ser flexível, honesto, respeitador, atencioso, interessado, e aberto foram dados como um contributo positivo para um bom resultado da psicoterapia. Da mesma forma, as técnicas do terapeuta como a exploração, reflexão, interpretação precisa, facilitação da expressão de afecto, o terem em conta a experiência do paciente, também foram tidas como um contributo para uma aliança positiva.

Por outro lado, os autores acima citados defendem que existem também características do terapeuta que podem influenciar de forma negativa a aliança terapêutica e a eficácia da terapia. Como é demonstrado pelo seu estudo (Ackerman & Hilsenroth, 2001), os atributos pessoais do terapeuta, tais como: o ser rígido, incerto, crítico, distante, tenso e distraído; contribuiriam negativamente para a aliança terapêutica. Da mesma forma, há técnicas do terapeuta negativamente influentes, tais como: estruturar a terapia, auto-revelação inapropriada, uso inadequado de interpretação da transferência, uso incorrecto do silêncio (Ackerman & Hilsenroth, 2001). A dificuldade em atingir resultados benéficos em psicoterapia já é há algum tempo uma preocupação dos investigadores (Najavits & Strupp, 1994). Ainda

segundo estes autores, o papel do psicoterapeuta continua a ser uma questão especialmente problemática.

Por exemplo em 1986, Luborsky et al., citado em Najavits e Strupp (1994), reviram mais de 500 resultados de estudos e compararam estes resultados e tratamentos nas duas abordagens, cognitivo-comportamental e psicodinâmica, mas não compararam especificamente os seus terapeutas.

Lafferty, Beutler e Crago (1989) revelaram no seu estudo que os terapeutas menos eficazes são aqueles que mostraram menos empatia, estimulação e menos objectivos intelectuais. Estes autores definiram onze variáveis do terapeuta que podem ser estudadas: envolvimento do paciente, directividade ou atitude de suporte do terapeuta, ajustamento emocional do terapeuta, credibilidade do terapeuta, empatia, comentários/considerações positivas por parte do terapeuta, aceitação incondicional (sem juízos de valor), congruência, e três variáveis relacionadas com a orientação teórica (experimental, psicanalítica e cognitivo-comportamental).

A questão que se impõe novamente é: será que alguma destas técnicas ou características estão mais presentes numa das abordagens teóricas aqui referidas ou são apenas inerentes aos terapeutas independentemente da sua orientação teórica?

Algumas características específicas foram estudadas por vários autores como descrito seguidamente.

Empatia

Zahn-Waxler e Radke-Yarrow (1990) demonstraram com o seu estudo que a empatia envolve capacidade cognitiva e emocional para interpretar estados psicológicos e físicos de outros, e que está associada a um repertório comportamental

na tentativa de aliviar o desconforto dos outros. O que quer dizer que a empatia é apenas uma parte de um grande processo psicológico interpessoal. A empatia é uma comunicação interpessoal que tem uma natureza predominantemente emocional. Envolve a capacidade de se ser afectado com o estado emocional/afectivo de outros, bem como a capacidade para saber dentro de nós qual foi o efeito provocado por esta “afecção”. É lógico que esta capacidade requer a observação e fusão com a vida mental do outro, sugerindo desta forma uma espécie de mecanismo de interacção íntima das entidades psíquicas de qualquer indivíduo envolvido.

Segundo estes investigadores existem cinco factores qualificativos que descrevem o processo interpessoal relacionado com a empatia: i) é um processo dinâmico e recíproco; ii) embora seja um processo predominantemente inconsciente consegue tornar-se acessível ao conhecimento consciente; iii) envolve uma fusão na vida mental de uma forma que o psíquico parece estar totalmente envolvido; iv) envolve uma identificação projectiva bidireccional e v) o processo está associado a uma capacidade de segurar ou permitir transferências de empatia, implicando algum controlo durante o processo.

Greenberg, Elliott, Watson & Bohart (2001), por seu lado, definem a empatia como um constructo complexo que consiste numa variedade de experiências e acções usadas de diferentes formas, por terapeutas de diferentes orientações teóricas e para propósitos diferentes. Os resultados deste estudo demonstraram, inesperadamente, uma correlação negativa entre o nível de experiência do terapeuta e a empatia. Ou seja, foram obtidos melhores resultados em terapeutas com menos experiência. Uma das explicações dos autores para este facto, é que os terapeutas mais experientes podem ter desenvolvido outras capacidades de resolução de problemas, que façam com que o menor nível de empatia seja desvalorizado pelos pacientes. No entanto, a

empatia, continua a ser, do ponto de vista de Greenberg et al. (2001), melhor descrita como uma variável de um clima criado mutuamente, em vez de uma variável providenciada unilateralmente pelo terapeuta.

Segundo estes últimos autores, as pessoas exprimem-se em múltiplos níveis e ao serem empáticos, os psicoterapeutas, podem focar-se nos sentimentos dos clientes, nas percepções, constructos, valores e assumpções e nos pontos de vista de outras pessoas e situações.

Auto-Revelação

Outra das características dos psicoterapeutas mais estudadas foi a auto-revelação (“Self-disclosure”). Curtis (1981) defendeu que a auto-revelação poderia afectar os resultados dos tratamentos, expondo as vulnerabilidades e fraquezas do psicoterapeuta, e desta forma, provocando no cliente uma diminuição de confiança. Em contraste, Jourard (1971) e outros teóricos (ex. Derlega, Hendrick, Winstead, & Berg, 1991) sugeriram que a auto-revelação do psicoterapeuta pode conduzir à auto-revelação do cliente, aumentando as possibilidades de este fazer a sua auto-exploração. A auto-revelação é também tida, por estes autores, como encorajadora da atmosfera de honestidade e entendimento entre o cliente e o psicoterapeuta, levando a uma relação terapêutica mais forte e eficaz. Foi demonstrado no estudo de Barret e Berman (2001) que a auto-revelação do psicoterapeuta pode influenciar os resultados da psicoterapia. Quando os psicoterapeutas foram instruídos para aumentarem o seu nível de auto-revelação, os clientes apresentaram uma grande redução ao nível dos sintomas de stress, em comparação com os clientes dos psicoterapeutas que limitaram o nível da sua auto-revelação. No entanto não foi demonstrado se o

aumento de auto-revelação provocou ou não o encorajamento da auto-revelação por parte do cliente. Os autores de várias orientações teóricas têm opiniões muito diferentes acerca da utilidade e da ética da auto-revelação por parte do psicoterapeuta. Jalom (citado por Peterson, 2002) disse que mais que outra característica, a natureza e o grau da auto-revelação do psicoterapeuta, diferencia as várias escolas de psicoterapia.

Experiência

A experiência do terapeuta, tem sido relativamente negligenciada, no entanto é potencialmente poderosa e variável no processo psicoterapêutico (Bentler, Machado, & Neufeldt, 1994; Wampold, 2001). Em dois estudos recentes, referenciados por Goldfried, Rane e Castonguaw (1998) e Wisner e Goldfried (1998), focados em examinar diferenças entre os terapeutas, os investigadores descobriram que os denominados “terapeutas peritos” cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos revelavam mais semelhanças que diferenças em relação à exploração emocional em acontecimentos significativos em psicoterapia.

Em 2005, Leon, Martinovich, Lutz & Lyons estudaram o impacto da experiência do terapeuta nos resultados positivos da psicoterapia e não conseguiram demonstrar que os terapeutas mais experientes fossem mais eficazes que os menos experientes. Talvez pela falta de manipulação de variáveis existente no estudo segundo os mesmos autores.

Moldovan (2006) diz não existirem diferenças significativas entre profissionais com mais ou menos tempo de formação, e ainda citando Garb (1998) o

autor acrescenta que a experiência clínica não parece melhorar a “performance” do terapeuta.

Postura de Suporte Positivo

Esta postura revela um “tomar conta” por parte do terapeuta, mas não de uma forma possessiva, implica fazer sentir ao paciente que o seu terapeuta se importa com ele. Farber e Lane (2001) referem que este suporte (*Positive regard*) exercido pelos terapeutas, está na maior parte das vezes, associado ao sucesso terapêutico, quando as perspectivas dos pacientes, acerca dos seus resultados, são consideradas. Muitas vezes esta atitude de suporte positivo é confundida com empatia. A eficácia desta característica (*positive regard*), pode estar dependente da capacidade em facilitar uma relação de trabalho terapêutico a longo prazo.

Esta capacidade pode promover mudança terapêutica só por si ou apenas ser indicadora da passagem a outra fase terapêutica (Farber & Lane, 2001).

O terapeuta não deveria sentir-se completo apenas com o sentir-se bem com os pacientes, segundo Farber e Lane (2001), mas também deveria assegurar-se da comunicação dos seus sentimentos positivos acerca do paciente, ao próprio paciente.

Considerando as duas abordagens diferentes que vão ser objecto de estudo neste trabalho, a orientação Cognitivo-Comportamental e a orientação Psicodinâmica, podem ser descritos dois perfis de psicoterapeutas diferentes com base no estudo de Arthur (2001) que irão ser apresentados de seguida.

O Terapeuta Cognitivo Comportamental

Um psicoterapeuta cognitivo comportamental, segundo Arthur, 2001, não é predominantemente um pensador acerca do mundo interno ou da sua complexidade. Para investigar as suas hipóteses estes terapeutas requerem informações físico-sensoriais concretas, objectivas, observáveis e mensuráveis. Vêm-se como racionais e empíricos. Preferem estabelecer limites e estão mais preocupados com pensamentos do que com sentimentos (Arthur, 2001). Muitas vezes são considerados convencionais, tradicionais e previsíveis. Ainda segundo Arthur (2001), são organizados, estáveis e realistas. Vêm-se como activos, que têm iniciativa, são práticos, assertivos e dominadores, como descritos por Grant et al. (2005). Têm tendência a serem menos propensos à ansiedade e à depressão, demonstram ter mais sinais de estabilidade emocional e ajustamento psicológico, e lidam melhor com o stress (Arthur, 2001). Preferem informação quantitativa à qualitativa, valorizam a observação e a mensuração, são pragmáticos (Arthur, 2001).

Segundo Grant et al. (2005), o terapeuta cognitivo-comportamental assume, de forma igual ao paciente, a responsabilidade para resolver os problemas do paciente através da actividade terapêutica: desde o estabelecimento de objectivos específicos até ao planeamento de tarefas externas à sessão; e ainda, do desafio de cognições negativas até à prevenção de estratégias. Ainda segundo Grant et al. (2005), o terapeuta desta abordagem é definido como activo ao longo das tarefas mais variadas: questionando sentimentos negativos, ensinando novas capacidades, modelando novos comportamentos, etc..

O Psicoterapeuta Psicodinâmico

Em relação ao psicoterapeuta psicodinâmico, podemos dizer, segundo Arthur (2001), que este pensa primeiramente no mundo interior. Existe uma tendência para a introversão, ansiedade e depressão, ainda segundo o mesmo autor. A aproximação ao pensamento é feita através da intuição, recorrendo à imaginação, teorizando e experimentando. Na psicoterapia estão preocupados com o mundo intrapsíquico, sonhos memórias, a associação livre de ideias e a mudança é encorajada (Arthur, 2001). Seguindo a descrição de Arthur (2001), estes psicoterapeutas são especialmente sensíveis ao tipo de tratamentos, evitam riscos desnecessários, baseiam-se predominantemente na sua intuição em vez de sensações físicas e processam o seu conhecimento através do uso de sentimentos pela análise introspectiva, insight e empatia.

Gabbard et al. (2005) definem estes psicoterapeutas como contentores, que recebem uma variedade de projecções por parte do paciente. Isto faz com que, à luz destes autores, ao estudarem a sua resposta a estas projecções, os terapeutas começam a entender o que as outras pessoas sentem na relação com o paciente. Gabbard et al. (2005) defendem que o psicoterapeuta psicodinâmico deve permitir-se ser suficientemente flexível para poderem experienciar o esforço do paciente. Em suma, o que os autores nos transmitem, é que o terapeuta desta abordagem é neutro, no sentido em que tenta não julgar os sentimentos, desejos e comportamentos do

paciente e, desta forma, consegue compreendê-los. Dizem ainda (Gabbard et al., 2005) que, estes psicoterapeutas abrem caminho para os afectos do paciente.

Foram sendo encontradas, de uma forma sistemática, diferenças significativas ao nível das técnicas psicoterapêuticas entre os vários modelos (ex. Startup & Shapiro, 1993) e que eram consistentes entre os diferentes tratamentos (Stiles e col. 1999). As diferenças ao nível do processo psicoterapêutico têm sido estudadas a vários níveis. Um dos possíveis modos de se resolver o paradoxo da equivalência consiste em desafiar o pressuposto de que os tratamentos são diferentes (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999). As diferenças do processo que têm sido demonstradas empiricamente são geralmente consistentes com as diferenças teóricas entre os tratamentos. Com o objectivo de se assegurar integridade do tratamento em ensaios clínicos que comparam diferentes tratamentos, os investigadores procuraram estandardizar os tratamentos através do recurso a manuais de tratamento detalhados (DeRubeis et al., 1982; Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien, & Rosenzweig, 1982, cit. Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999). A lógica subjacente traduz-se no pressuposto de que, para que os tratamentos sejam comparados, devem ser distribuídos de acordo com um protocolo (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999).

À semelhança deste tipo de metodologia, Enrico Jones (1985), desenvolveu o *Psychotherapy Process Q-sort* (PQS) , que irá ser descrito no próximo capítulo deste trabalho visto ser o instrumento usado para este estudo.

Segundo Stiles, Shapiro e Elliott (1986) e Kadzin e Brass (1989), existe um número considerável de investigações que sugerem que apesar do conteúdo das

diversas formas de psicoterapia poder ser diferente, os seus resultados, pelo menos nas terapias breves, são equivalentes (citado por Jones & Ablon, 1998).

Segundo Moldovan (2006) a maior parte das investigações, no que concerne à performance dos terapeutas, são focadas em assuntos como: variáveis demográficas (ex: idade, sexo, etnia, religião); orientação teórica do terapeuta; posturas pessoais ou aspectos característicos da sua experiência (ex: anos de prática). Mas os resultados não são conclusivos, a maioria das diferenças encontradas não são significativas ou então só são expressivas mediante determinadas circunstâncias (Beck, 1988; Beutler et al., 1994; Huppert et al., 2001; Greenspan & Kulish, 1985).

Segundo Najavits (1997), há um consenso acerca do facto da prática do terapeuta poder ser explicada por variados factores, no entanto a precisão desses factores, a sua natureza e impacto são ainda desconhecidos (cit. por Moldovan, 2006).

Moldovan (2006) aconselha entrevistas ou metodologias Q-sort com peritos em psicoterapia, já que desta forma poderão surgir explicações, conceptualizações ou a sua representação do processo terapêutico, tal como foi proposto fazer neste estudo.

Uma possível explicação dada por Jones e Ablon (1998), para a falta de diferenças encontrada em estudos que comparam a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais e psicodinâmica, poderá ser que apesar das duas abordagens parecerem ser tão diferentes, talvez partilhem linhas comuns que sejam responsáveis pelos efeitos equivalentes nos dois tratamentos.

Através de um estudo exploratório, usando o *Psychotherapy Process Q-sort*, desenvolvido por Enrico Jones (1985), um instrumento de medida descritivo, mas sujeito a análises quantitativas, foi possível aceder às características presentes na sessão terapêutica de cada um dos psicoterapeutas, de ambas as abordagens. Este

estudo trata de identificar as características (atitudes e acções) do psicoterapeuta presentes na sua prática clínica de psicoterapia, tendo em conta a orientação teórica que este segue, e usando os protótipos revelados nos estudos de Jones e Pulos (1993) e Jones e Ablon (1998), poderão ser feitas três tipos de análise: existência de diferenças entre os terapeutas das diferentes abordagens constituintes da amostra; análise de médias descritivas para comparação entre cada protótipo ideal de cada abordagem e os resultados obtidos e recolhidos na amostra e ainda uma análise de conteúdo dos cartões (Q-itens, que constituem o Q-sort). Será esperada uma maior ocorrência de semelhanças do que diferenças significativas entre as duas abordagens, em relação ao processo terapêutico de cada orientação, especificamente às atitudes e acções do terapeuta e ainda, uma identificação não total com os protótipos definidos pelos peritos em relação cada uma destas abordagens.

MÉTODO

Problema

Este trabalho incidiu sobre a sessão terapêutica da abordagem cognitivo-comportamental e da abordagem psicodinâmica, e visou identificar as diferenças entre estes dois quadros teóricos, em relação às atitudes e acções do psicoterapeuta.

Participantes e Delineamento

A amostra é constituída por 10 psicoterapeutas, 5 de orientação Cognitivo-Comportamental e 5 de orientação Psicodinâmica.

Dentro de ambos os grupos encontram-se profissionais que diferem na idade, no sexo, nos anos de prática, nos sítios onde exercem a sua profissão. Todos os psicoterapeutas exercem prática clínica e alguns ainda leccionam no Ensino Superior.

Estes dois grupos de amostragem são bastante homogéneos entre eles, sendo no entanto, heterogéneos no interior do seu grupo, como objectivámos anteriormente.

O modelo de amostragem seguido foi não-aleatório por conveniência. Era necessário que a amostra fosse constituída por terapeutas experientes dentro da sua orientação teórica (muito embora variem nos seus anos de prática), para que se assemelhassem aos peritos constituintes do estudo de Jones e Pulos (1993), anteriormente referido. Só assim poderia ser feita posteriormente a análise descritiva

para comparar os protótipos construídos pelos peritos de cada abordagem e os resultados desta amostra.

Foi usado um método exploratório, que consiste na aplicação de um instrumento descritivo, Psychotherapy Process Q-sort. Este fornece dados quantitativos, passíveis de analisar comparativamente as duas abordagens em estudo, cognitivo-comportamental e psicodinâmica. As comparações são desenhadas ou delineadas com o fim de identificar as diferenças significativas das características, dos terapeutas, presentes no processo psicoterapêutico nas duas abordagens. Permitindo-nos comparar descritivamente com os resultados de Jones e Ablon (1998) e Jones e Pulos (1993).

Instrumento

Foi utilizado um instrumento de metodologia Q-sort, o Psychotherapy Process Q-Sort, um teste que usa uma linguagem básica e uniforme para a descrição do processo psicoterapêutico, criado por Enrico Jones em 1985, publicado mais tarde em 1999. Segundo Enrico Jones (2000), o teste consiste em 100 itens (dispostos em cartões) que estão aproximadamente ligados, não a um conceito específico, mas sim a noções do processo terapêutico. Este é tido como um teste largamente neutro, sem preferência por algum tipo de teoria ou psicoterapia em particular.

O PQS foi usado pelo autor em várias investigações como por exemplo, em 1993 em que Jones e Pulos (e posteriormente com Jones & Ablon em 1998) o

utilizaram para que os peritos desenvolvessem protótipos de um tratamento ideal para cada uma das orientações em estudo, protótipos esses que irão ser usados neste estudo para posterior análise descritiva. O instrumento foi ainda usado pelo seu autor em 2000, na descrição e avaliação do processo terapêutico de estudos de caso no livro *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*.

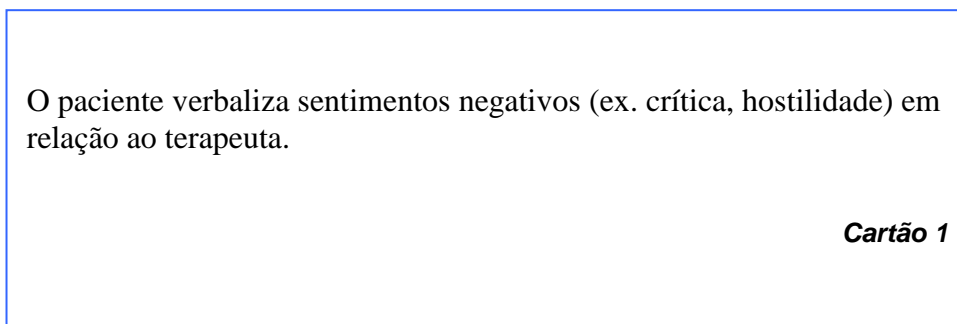
Segundo Sirigatti (2004), investigações recentes em psicoterapia focaram a eficiência das intervenções e dos processos de mudança. O Psychotherapy Process Q-Sort de Enrico Jones contribuiu para estas investigações já que foi usado para descrever processos terapêuticos, avaliar relações entre processos e resultados e ainda, analisar a natureza dos processos de mudança ao longo do tempo. Este instrumento, do ponto de vista de Sirigatti (2004), identifica assuntos que têm lugar entre pacientes e terapeutas, ou seja, incide naquilo que o paciente e o terapeuta efectivamente fazem, sentem, pensam e querem, no decorrer do processo, no contexto de mudança. Este autor diz ainda que parece ser importante usar amplamente este instrumento, já que é designado para descrever empiricamente o processo terapêutico na sua complexidade e em termos clinicamente relevantes.

Os itens são conceptualizados a um nível clínico significativo, e ligados tanto quanto possível, a comportamentos concretos que podem ser identificados na sessão terapêutica (Sirigatti, 2004). Os 100 itens são compostos por três dimensões diferentes:

- ✚ Atitudes do paciente e comportamento e experiência;
- ✚ Atitudes e acções do psicoterapeuta;
- ✚ Relacionados com o processo terapêutico no geral, aqueles que tentam captar a natureza de interacção da díade, ou a atmosfera da sessão.

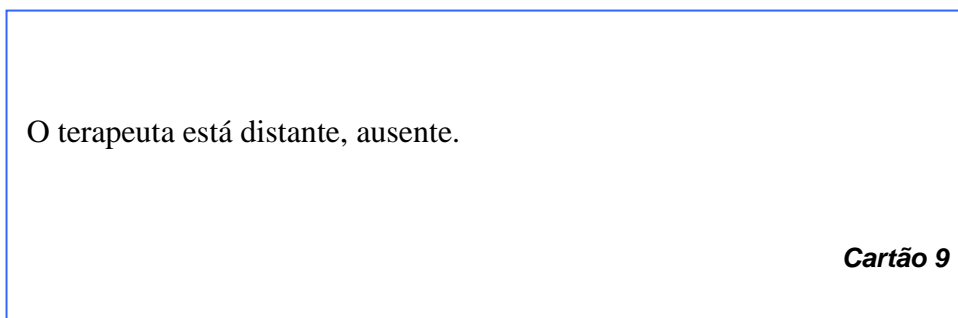
A colocação dos cartões será devidamente explicada no procedimento, no entanto, em seguida proceder-se-à a uma apresentação do exemplo de cada dimensão.

Figura 1 - Exemplo de um item relativo ao Paciente



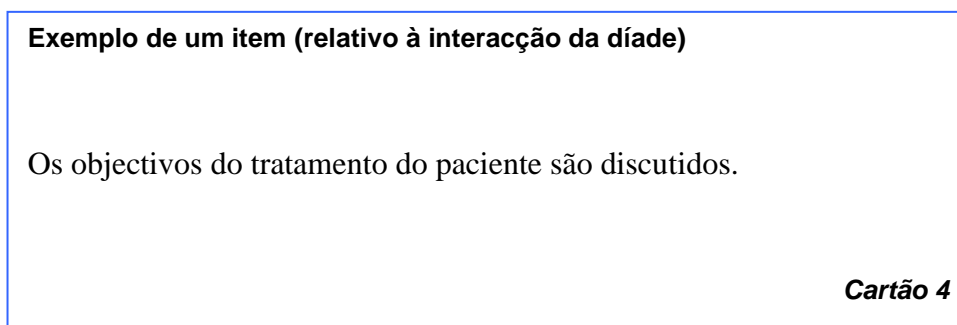
Este item deveria ser colocado como característico se o paciente verbaliza sentimentos de crítica, antipatia, inveja, raiva relativamente ao terapeuta (por ex. o paciente repreende o terapeuta por este não lhe ter dado suficiente orientação durante a terapia); ou por outro lado como não característico se o paciente demonstra sentimentos positivos e amigáveis em relação ao terapeuta, tal como agradecer-lhe.

Figura 2 - Exemplo de um item relativo ao Terapeuta



Este item deveria ser colocado numa posição característica se a atitude do terapeuta em relação ao paciente fosse fria, formal ou distante; pelo contrário seria colocado numa posição não característica se o terapeuta fosse verdadeiramente responsivo e emocionalmente envolvido.

Figura 3 - Exemplo de um item relativo à interacção da díade



Este item deveria ser colocado como característico se na terapia for discutido o que o paciente deseja atingir como resultado da terapia, estes desejos podem referir a mudanças internas ou externas (ex. “eu comecei a terapia para ultrapassar a minha depressão”); ou pelo contrário, será colocado como não característico se não houver referências ou alusões feitas pelo terapeuta ou paciente dando conta das possíveis consequências da terapia.

Pode dizer-se ainda, relativamente a este teste, que é um instrumento para descrever e quantificar o processo terapêutico, independentemente da abordagem em que se baseia o psicoterapeuta. Em aplicações anteriores, segundo Jones (2000), o PQS, já forneceu um leque rico em descrições técnicas e tipos de intervenção aplicados em psicoterapias, assim como acerca da natureza da interação psicoterapeuta-cliente e das relações transferenciais e contratransferenciais.

Sirigatti (2004) defende que uma significativa revisão de literatura e a sua investigação revelam que o Psychotherapy Process Q-Sort é um importante instrumento panteórico com capacidade para oferecer elementos válidos para a análise do processo terapêutico.

Hauser (2005) refere que o Q-sort foi uma das dádivas, de maior importância nesta área, de Enrico Jones. O autor caracteriza o Psychotherapy Process Q-sort como um instrumento de grande relevância e conhecimento da informação técnica da psicoterapia. Refere ainda as discussões de Fonagy e Blatt para reforçar a mais-valia deste instrumento, já que estes autores evidenciaram a sua capacidade para capturar várias dimensões (e as suas interrelações) do mesmo indivíduo, transportando-nos à experiência pessoal e funcionamento num certo momento, além do conhecimento de como as pessoas mudam ao longo do tempo.

Desta forma, Hauser (2005), atesta a importância do instrumento usado neste estudo, justificando com o facto das suas análises tanto poderem ser centradas na pessoa como em distintas dimensões de grupos específicos de indivíduos.

O propósito de aplicação deste teste é o de providenciar um índice significativo do processo terapêutico que possa ser usado em análises comparativas (como é o caso deste estudo) e providenciar cada vez mais, uma eficaz intervenção na psicoterapia.

Procedimento

A aplicação do instrumento decorreu quer nos próprios consultórios dos psicoterapeutas, quer nos gabinetes do instituto superior em que leccionam, dependente da disponibilidade de cada um dos psicoterapeutas.

Os participantes foram abordados individualmente, num primeiro contacto (telefónico, via email, ou até mesmo pessoalmente) onde foi explicada a razão do estudo e a garantia de confidencialidade e anonimato. Num segundo contacto foi dada a carta de consentimento informado, para que o psicoterapeuta autorizasse a aplicação do teste PQS. Foram clarificadas todas as dúvidas, quer acerca do estudo, quer acerca da participação, tanto no início como no decorrer da aplicação do teste.

A recolha de dados consistiu, como já referimos, na aplicação do teste PQS, Psychotherapy Process Q-Sort. Este teste foi aplicado individualmente. Depois de dadas as instruções iniciais foi também explicado que este é constituído por duas partes. A primeira parte consiste em formar três pilhas de cartões (nos quais estão descritos os 100 itens), desde o que considera menos característico para o que considera o mais característico, a pilha do meio terá aqueles que lhe são indiferentes, cada uma das pilhas deverá conter 33 cartões, com excepção de uma que conterà 34. Previamente foi construída uma grelha de anotação dos resultados (Anexo C).

Figura 4 – Exemplo da primeira fase de colocação dos cartões

Pilha de cartões considerados menos característicos (deverá conter 33 ou 34 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	Pilha de cartões considerados indiferentes (deverá conter 33 ou 34 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	Pilha de cartões considerados mais característicos (deverá conter 33 ou 34 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Numa segunda parte, são recolocados os cartões, numa escala de 1 a 9: deverá ser feita nova triagem dentro das pilhas já efectuadas anteriormente. Ou seja, com a pilha dos itens que anteriormente considerou característicos, deverá formar novamente três pilhas seguindo a mesma categorização (9 a 7), e o mesmo se passará com a pilha daqueles itens que não considera característicos (1 a 3) e os que são indiferentes (4 a 6).

Figura 5 - Pilha de cartões considerados menos característicos

Posição 1 (deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	Posição 2 (deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	Posição 3 (deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 6 - Pilha de cartões considerados indiferentes

Posição 4	Posição 5	Posição 6
(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)

Figura 7 - Pilha de cartões considerados mais característicos

Posição 7	Posição 8	Posição 9
(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)	(deverá conter 11 ou 12 cartões dependendo das outras pilhas de cartões)

Em que a correspondência com as posições dos cartões será:

Tabela 1 – Escala de disposição dos cartões

1	Extremamente Atípico ou negativamente saliente
2	Muito Atípico ou negativamente saliente
3	Suficientemente Atípico ou negativamente saliente
4	Um pouco Atípico ou negativamente saliente
5	Relativamente Neutro ou indiferente
6	Um pouco Típico ou saliente
7	Suficientemente típico ou saliente
8	Muito Típico ou saliente
9	Extremamente Típico ou saliente

Há que ter em conta que qualquer uma das pilhas de cartões formadas, seja em que aplicação for deverá ter sempre o mesmo numero de cartões (11), à excepção de uma, que terá sempre um a mais (12) visto serem 100 cartões.

RESULTADOS E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos nas diferentes variáveis em estudo, acompanhados da sua análise descritiva e estatística, à luz do problema previamente colocado.

Análise de Diferenças Significativas entre as Duas Abordagens (será designado por Estudo B)

Como variáveis caracterizadoras da amostra foi considerado o quadro teórico sobre o qual os psicoterapeutas assentam a sua prática nas sessões de psicoterapia. Como já foi referido, o objectivo foi a procura de diferenças significativas entre as duas abordagens, cognitivo-comportamental e psicodinâmica, no que concerne às atitudes e acções do psicoterapeuta.

Foram analisados todos os cartões referentes à dimensão do terapeuta, a partir de uma análise estatística não paramétrica, usando um teste para duas amostras independentes, o Wilcoxon-Mann Whitney, previsto para esta situação em que a distribuição normal não foi assegurada para todos os cartões, e em que a amostra tem uma dimensão pequena.

As médias ordinais encontradas para cada cartão em ambas as abordagens encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Médias Ordinais para ambas as abordagens, referentes a cartões relacionados com o psicoterapeuta

Cartão n°	CC	Pd	Cartão n°	CC	Pd	Cartão n°	CC	Pd	Cartão n°	CC	Pd
2	6.1	4.9	27	8.0	3.0	48	6.9	4.1	77	5.5	5.5
3	6.5	4.5	28	7.2	3.8	50	3.2	7.8	79	6.1	4.9
6	5.0	6.0	31	6.6	4.4	51	5.9	5.1	80	5.2	5.8
9	6.5	4.5	36	3.0	8.0	57	8.0	3.0	81	5.2	5.8
17	8.0	3.0	37	7.7	3.3	62	5.4	5.6	85	7.8	3.2
18	6.4	4.6	40	3.2	7.8	65	4.9	6.1	86	6.2	4.8
21	6.0	5.0	43	6.5	4.5	66	7.5	3.5	89	7.1	3.9
22	5.0	6.0	45	5.7	5.3	67	3.0	8.0	93	6.4	4.6
24	5.3	5.7	46	6.0	5.0	76	6.3	4.7	99	6.0	5.0
									100	3.2	7.8

Estas médias ordinais, revelam a posição em que cada abordagem colocou determinado cartão, em média. Para analisar se existem ou não diferenças significativas em cada cartão, foi usado o teste estatístico wilcoxon-mann whitney, referido anteriormente, revelando apenas diferenças significativas em 11 cartões, nos 37 constituintes desta dimensão.

Todos os cartões que revelaram $p \leq 0.05$, significa que apresentam diferenças significativas (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Resultado do Teste Wilcoxon-Mann Whitney nos Cartões em que se verificaram Diferenças Significativas em Ambas as Abordagens

Cartão n°	CC	Pd	ρ value	Cartão n°	CC	Pd	ρ value
17	8.0	3.0	0.008	57	8.0	3.0	0.008
27	8.0	3.0	0.008	66	7.5	3.5	0.040
36	3.0	8.0	0.008	67	3.0	8.0	0.008
37	7.7	3.3	0.024	85	7.8	3.2	0.024
40	3.2	7.8	0.024	100	3.2	7.8	0.024
50	3.2	7.8	0.024				

Numa primeira visão, tendo em conta estas médias ordinais podemos afirmar estes 11 cartões revelaram diferenças significativas entre as duas abordagens. Existem seis deles (17, 27, 37, 57, 66 e 85) que assumem as afirmações neles contidas como características da psicoterapia cognitivo comportamental. Os valores das suas médias ordinais encontram-se entre 7,5 e 8, ou seja, entre o Suficientemente típico ou saliente (posição 7) e Muito típico ou saliente (posição 8). Em relação aos outros cinco cartões (36, 40, 50, 67 e 100) revelaram ser característicos da psicoterapia psicodinâmica, dentro desta amostra, já que os valores das suas médias ordinais para esta abordagem foram entre 7,8 e 8.

Análise de Conteúdo dos Cartões que Revelaram Diferenças Significativas no Estudo B

O terapeuta exerce controle activo sobre a interacção (ex. estruturando e/ou introduzindo novos tópicos).

Cartão 17

Este cartão seria colocado numa posição característica se o terapeuta intervém frequentemente, interrompendo, fazendo perguntas, marcando a sua posição ou dirigindo toda a sessão. Caso contrário, seria considerado não característico se as intervenções do terapeuta não são frequentes, se precisa de fazer pouco esforço para estruturar a interacção, ou até mesmo se o terapeuta tende a seguir o paciente, deixando que este introduza os tópicos de maior interesse e apenas intervém para ajudar a seguir o raciocínio. Este cartão foi considerado muito característico na abordagem cognitivo-comportamental (8,0) e não característico da abordagem psicodinâmica (3,0).

O terapeuta dá conselhos e orientações específicos.

Cartão 27

Este cartão seria considerado característico se o terapeuta dá conselhos explícitos ou faz sugestões particulares, que o paciente é livre de aceitar ou ignorar; o terapeuta pode também guiar o paciente para que este considere um leque de opções e explore cada alternativa. Uma posição característica denotaria que o terapeuta se inibe de dar conselhos ou até mesmo, numa posição extrema, o terapeuta não providencia aconselhamento ou orientações apesar de pressionado pelo paciente para o fazer. Os valores das ordens das médias revelaram que este cartão foi colado numa posição muito característica pelos terapeutas cognitivo-comportamentais (8,0) e não característica pelos terapeutas psicodinâmicos (3,0).

O terapeuta identifica o uso de manobras defensivas por parte do paciente (ex. denegação, negação).

Cartão 36

Este cartão seria colocado numa posição característica se o tópico mais relevante for usado pelo paciente para controlar todas as suas operações de forma a proteger a descoberta de informação ou sentimentos sentidos como ameaçadores. A posição não característica seria assumida se este tipo de interpretação de defesas assume um papel pequeno ou nem sequer existe. Os terapeutas cognitivo-comportamentais colocaram este cartão numa posição não característica (3,0) e os terapeutas cognitivo-comportamentais consideraram-no característico da sua prática (8,0).

O terapeuta comporta-se de uma forma didáctica.

Cartão 37

Seria colocado numa posição característica se a atitude do terapeuta perante o paciente for como a de um professor para um estudante, independentemente do conteúdo. A posição não característica seria assumida se o terapeuta não se comportar como tutor na relação com o paciente. Os terapeutas cognitivo-comportamentais colocaram-no numa posição característica (7,7) e os terapeutas psicodinâmicos consideraram-no não característico (3,3).

O terapeuta faz interpretações referindo pessoas actuais na vida do paciente.

Cartão 40

Se as interpretações do terapeuta se referem a pessoas específicas da vida do paciente, então o cartão é considerado característico. Caso contrário, se as interpretações forem referentes a outras pessoas, ou pelo menos não directamente referentes a pessoas da vida actual do paciente, então o cartão será colocado numa posição não característica. Os terapeutas cognitivo-comportamentais assumiram que este cartão não é característico da sua prática (3,2), enquanto que os terapeutas psicodinâmicos revelam que é característico da sua sessão (7,2).

O terapeuta alarga a sua atenção para os sentimentos considerados pelo paciente como inaceitáveis (ex. raiva, inveja ou excitação).

Cartão 50

Se o terapeuta comenta ou enfatiza sentimentos que são considerados pelo paciente como incorrectos, inapropriados ou perigosos, então este cartão seria considerado característico. Caso contrário, se o terapeuta tende a não enfatizar reacções que o paciente considera difíceis de reconhecer ou aceitar, então o cartão seria colocado numa posição não característica. Os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais colocaram-no numa posição não característica (3,2), enquanto que os terapeutas psicodinâmicos assumiram que este era um cartão característico da sua prática terapêutica (7,2).

O terapeuta explica o racional que suporta a sua abordagem ou técnica de tratamento.

Cartão 57

Será colocado numa posição característica se o terapeuta explica certos aspectos da terapia ao paciente, ou responde a perguntas acerca do processo de tratamento. Se pelo contrário este cartão for colocado numa posição não característica, significa que pouco ou nenhum esforço foi feito pelo psicoterapeuta para explicar o racional por detrás de alguns aspectos do tratamento, mesmo havendo pressão por parte do paciente para o fazer. Os terapeutas cognitivo-comportamentais, consideraram este cartão como característico (8,0) e os terapeutas psicodinâmicos assumiram-no como não característico (3,0).

O terapeuta é directamente securizante.

Cartão 66

Se o terapeuta tenta directamente aliviar a ansiedade do paciente, e instiga a esperança de que os problemas vão melhorar, então este cartão deverá ser colocado numa posição característica. Se ao invés disso, o terapeuta tende a reprimir-se de providenciar uma segurança directa deste tipo, quando é pressionado a fazê-lo, então este cartão será colocado numa posição característica. Os terapeutas cognitivo-comportamentais colocaram-no numa posição relativamente característica (7,5), no entanto os terapeutas psicodinâmicos colocaram-no numa posição pouco característica (3,5).

O terapeuta interpreta defesas ou desejos inconscientes, sentimentos ou ideias.

Cartão 67

Este cartão será considerado característico quando o terapeuta chama a atenção do paciente para sentimentos, pensamentos ou para pulsões que possam ainda não ter sido descobertas claramente. Será colocado numa posição não característica se o terapeuta se focar em material que parece ser claramente do conhecimento consciente do paciente. Os terapeutas cognitivo-comportamentais colocaram este cartão numa posição não característica (3,0), e os terapeutas psicodinâmicos colocaram-no numa posição característica (8,0).

O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros.

Cartão 85

O cartão será colocado numa posição característica se o terapeuta sugere maneiras alternativas do paciente se relacionar com os outros. Será colocado numa posição não característica se o terapeuta tende a não fazer sugestões acerca da relação do paciente com os outros. Os terapeutas cognitivo-comportamentais assumiram este cartão como característico (7,8) e os terapeutas psicodinâmicos colocaram-no em posição não característica (3,2).

O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações.

Cartão 100

Este cartão será considerado característico se o terapeuta faz comentários acerca da ligação dos sentimentos do paciente pelo terapeuta com os sentimentos sobre outros indivíduos significantes na vida do paciente, incluindo relações actuais, relações parentais presentes ou passadas. Pelo contrário, será considerado não característico, se as actividades do terapeuta durante a sessão não incluem tentativas de estabelecer ligações entre os aspectos interpessoais da terapia e as experiências em outras relações. Os terapeutas cognitivo-comportamentais assumiram este cartão como não característico da sua prática (3,2) e os terapeutas psicodinâmicos assumiram-no como característico (7,8).

Análise da Comparação entre os Protótipos de Enrico Jones (será designado por Estudo A) e os Resultados Do Estudo B

Jones e Pulos (1993) através do seu estudo, criaram protótipos de um tratamento ideal em cada uma destas abordagens, cujos cartões característicos da psicoterapia cognitivo-comportamental, em relação às atitudes e acções do psicoterapeuta, foram identificados como sendo: 2, 17, 21, 24, 27, 37, 43, 45, 51, 57, 66, 76, 77, 79, 80, 85 e 89. E os referentes à psicoterapia psicodinâmica foram os cartões 3, 6, 9, 22, 28, 36, 40, 46, 50, 62, 67, 81, 86, 93 e 100. Podem ser comparadas as suas médias descritivas com as deste estudo e verificar se existem ou não diferenças. Este irá ser considerado o estudo A e o estudo deste trabalho será considerado o estudo B.

Os quadros seguintes foram construídos com base nos resultados do estudo feito pelos autores anteriormente referidos, que usaram o teste t-student para identificar as diferenças significativas entre as duas abordagens nos cartões aqui descritos, já que asseguraram a distribuição normal de todos os cartões, e por isso para a rejeição das hipóteses foram usados estes níveis de significância ($p < 0.01$ e $p < 0.001$) No caso deste estudo, como previamente justificado, foram usados testes não paramétricos, o Wilcoxon-Mann-Whitney, em que a hipótese nula é rejeitada para um nível de significância de $p \leq 0.05$.

Segundo as Tabelas 4 e 5, verifica-se haver um menor número de cartões com diferenças significativas neste estudo, em relação à investigação de Jones e Ablon (1993). Enquanto que no Estudo B foram obtidos apenas onze cartões (em 37) com diferenças significativas relativamente a esta dimensão, no estudo dos referidos

autores (Estudo A), 32 cartões (em 37) apresentaram estas diferenças, com maior ou menor número de significância (* $\rho < 0.01$; ** $\rho < 0.001$ e *** $\rho \leq 0.05$).

Tabela 4 - Diferenças entre os Q-Itens de Abordagem Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmica - Cartões Característicos da Abordagem Psicodinâmica

Cartão n°	Psicodinâmicos Médias		Cog-Comportamental Médias	
	Estudo A	Estudo B	Estudo A	Estudo B
3	6.2**	5.2	4.8**	7.0
6	6.8**	9.0	5.9**	8.6
9	2.4**	1.0	1.5**	1.4
22	5.4**	4.4	4.4**	3.4
28	6.6**	4.0	5.6**	8.2
36	5.4**	7.6***	3.6**	3.6***
40	6.3**	7.3***	5.0**	4.4***
46	5.9*	8.6	5.5*	8.8
50	6.2**	7.4***	4.4**	4.3***
62	7.0**	5.2	5.7**	6.4
67	6.3**	8.2***	4.2**	3.6***
81	6.6**	6.6	3.2**	6.4
86	6.4**	6.4	5.8**	7.6
93	5.8**	4.8	2.6**	6.6
100	5.1**	7.0***	4.5**	3.4***

Psicoterapeutas Psicodinâmicos

Os cartões que apresentam maiores diferenças entre os dois estudos são o 6, 9, 28, 36, 40, 46, 62, 67, 100.

Em relação aos cartões 6, 36, 40, 46, 67 e 100 pode verificar-se que foram obtidos resultados de médias superiores no Estudo A relativamente ao Estudo B.

No caso dos cartões 9, 28 e 62 poderá afirmar-se o contrário, as médias apresentadas no Estudo A são superiores às do Estudo B.

Os resultados de todos os cartões, à exceção do cartão 9, revelam que os psicoterapeutas psicodinâmicos também os consideraram como característicos da sua abordagem, de acordo com os protótipos criados por Jones e Pulos (1993).

O cartão 9 em ambos os estudos, foi considerado exceção, por não ser um resultado esperado, já que revela ter sido colocado numa posição não característica desta abordagem, apresentando valores abaixo de 2,4.

Psicoterapeutas cognitivo-comportamentais

Foram registadas algumas diferenças entre os resultados dos dois estudos para estes psicoterapeutas. As mais expressivas manifestam-se nos cartões 3, 6, 28, 46, 81, 86 e 93.

Todos estes cartões apresentam médias de valor muito superior no Estudo B em relação ao Estudo A.

Em ambos os estudos foram obtidos resultados nos cartões 9 e 36 que revelam que o conteúdo dos mesmos não é considerado característico para estes psicoterapeutas (abaixo de 3,6), sendo o esperado visto estes serem os cartões que constituem o protótipo de um tratamento ideal para a abordagem psicodinâmica, defendido por Jones e Pulos (1993).

Passando à Tabela 4, a análise será feita da mesma forma (em que * $\rho < 0.01$; ** $\rho < 0.001$ e *** $\rho \leq 0.05$).

Tabela 5 - Diferenças entre os Q-Itens de abordagem Cognitivo-Comportamental e Psicodinâmica - Cartões Característicos da Abordagem Cognitivo-Comportamental

Cartão nº	Cog-Comportamental Médias		Psicodinâmica Médias	
	Estudo A	Estudo B	Estudo A	Estudo B
2	4.6*	7.6	4.3*	6.6
17	8.0**	6.8***	1.9**	1.4***
21	5.4**	1.6	4.9**	1.0
24	4.1**	2.2	3.0**	2.6
27	6.3**	6.8***	3.9**	1.6***
37	7.8**	7.0***	3.9**	1.6***
43	5.3*	4.0	4.7*	2.6
45	6.9**	5.6	4.6**	5.6
51	4.1**	2.0	2.7**	1.8
57	6.9**	9.0***	4.0**	3.0***
66	5.4**	6.4***	3.5**	3.0***
76	5.2**	5.2	4.4**	3.8
77	3.7**	1.2	2.7**	1.2
79	5.1**	5.6	4.4**	5.0
80	6.6**	7.0	5.8**	7.4
85	5.8**	6.8***	4.8**	3.4***
89	5.9**	5.4	2.6**	3.4

Psicoterapeutas Cognitivo-Comportamentais

Quase todos os cartões apresentam médias relativamente próximas, à exceção dos cartões 2, 21, 24, 51, 57 e 77.

Os cartões 2 e 57 embora apresentem uma diferença de médias entre os dois estudos, mantêm a posição de caracterizadores da abordagem cognitivo-

comportamental, visto terem posições acima de 4,6, o que revela que os cartões são característicos para estes psicoterapeutas em ambos os estudos.

Pelo contrário, os cartões 21, 24, 51 e 77, revelam médias abaixo de 2,2 apenas no Estudo B, o que significa que apesar destes cartões serem característicos no Estudo A, no Estudo B os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais não os consideraram como identificadores da sua prática profissional.

Psicoterapeutas Psicodinâmicos

Todos os cartões revelam algumas diferenças a nível das suas médias. As mais significativas são nos cartões 2, 21, 27, 37, 43, 77, 80 e 85.

No caso dos cartões 2 e 80, no Estudo B apresentam valores de média muito superiores aos do Estudo A. No entanto ambos os estudos revelam que estes dois cartões foram colocados, pelos psicoterapeutas psicodinâmicos numa posição que revela que são parte integrante da sua prática psicoterapêutica, já que apresentam valores superiores a 4,3.

Em relação aos cartões 21, 27, 37, 43, 77 e 85, as médias obtidas apresentam valores menores no Estudo B que no Estudo A. Os cartões 21, 27, 37 e 43, revelam que no Estudo A os psicoterapeutas psicodinâmicos consideram-nos característicos das suas sessões terapêuticas, ao contrário dos psicoterapeutas da mesma abordagem do Estudo B.

Relativamente ao cartão 77, embora apresente diferenças entre os dois estudos, os resultados foram os esperados, visto a média ser abaixo dos 2,7, o que significa que não é considerado característico pelos psicoterapeutas psicodinâmicos.

É importante ressaltar o facto de que esta análise é feita a partir dos valores das médias descritivas, e não é baseada noutra tipo de tratamento estatístico (como é o caso deste estudo B), o que poderá tornar estes valores mais expressivos, vista a impossibilidade de ser efectuado uma análise estatística mais cuidada pela falta de dados do Estudo A.

DISCUSSÃO

Com o intuito de identificar as diferenças existentes entre os dois quadros teóricos, cognitivo-comportamental e psicodinâmico, no que diz respeito aos psicoterapeutas, foram caracterizados cartões que continham afirmações acerca das suas atitudes e ações. Foi apurada a ocorrência de um maior número de semelhanças do que de diferenças, relativas às atitudes e ações dos psicoterapeutas entre as duas abordagens em questão. Assim, os resultados pareceram coincidir com o esperado, relativamente a esta investigação. Ou seja, em 37 cartões constituintes desta dimensão, em apenas 11 se verificaram diferenças significativas entre a psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia psicodinâmica, no que concerne à prática dos seus terapeutas.

Seis destes cartões são característicos da psicoterapia cognitivo-comportamental, e pela análise de conteúdo, pode atestar-se que coincidiram com os resultados desta amostra. Ou seja, foram identificados pelos psicoterapeutas deste quadro teórico, como fortemente característicos da sua prática clínica, ao contrário dos psicoterapeutas psicodinâmicos, como tinha sido esperado.

Em relação aos restantes cinco cartões, pode dizer-se que são característicos da psicoterapia psicodinâmica e, da mesma forma que os anteriores, foram de encontro às expectativas iniciais. Os psicoterapeutas psicodinâmicos consideraram-nos extremamente típicos da sua sessão terapêutica, enquanto que os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais colocaram-nos entre as posições suficientemente e extremamente atípico.

Tendo em conta a análise de conteúdo dos cartões em que foram reveladas diferenças significativas neste estudo, pode constatar-se obedecerem às técnicas defendidas pelos vários autores de cada uma das abordagens.

O que quer dizer que, em relação aos cartões identificados apenas pelos psicoterapeutas cognitivo-comportamentais como característicos da sua abordagem, estes revelam atitudes como: controle activo sobre as interacções, estruturação ou introdução de novos tópicos, aconselhamento e orientações específicas, comportamento didáctico e directamente securizante assim como o encorajamento a novas formas de comportamento.

Todas estas acções foram defendidas por Grant et al. (2005) que escreve sobre esta abordagem psicoterapêutica como tendo como pressuposto o estabelecimento de objectivos específicos, entre outros, como o facto do terapeuta desta abordagem ser definido como activo ao longo das tarefas mais variadas: questionando sentimentos negativos, ensinando novas capacidades, modelando novos comportamentos. Assim como Dobson e Dozois (2001), que explicitam os três pressupostos fundamentais deste quadro teórico que são coincidentes com os conteúdos destes seis cartões em questão. Isto é, estes últimos autores dizem que a psicoterapia cognitivo-comportamental, tem em conta como a actividade cognitiva influencia o comportamento, e como esta pode ser alterada e manipulada e dizem ainda, que o comportamento desejado pode ser influenciado mediante uma mudança cognitiva. Ainda relacionado com esta abordagem, podem ser referidos ainda autores como Arthur (2001), que descreve estes psicoterapeutas como sendo profissionais que têm iniciativa, práticos, assertivos e dominadores.

Relativamente aos cartões assumidos pela amostra deste estudo como extremamente característicos da psicoterapia psicodinâmica, como são o caso dos cinco cartões posicionados como extremamente típicos da prática clínica dos psicoterapeutas psicodinâmicos, podem também referir-se alguns autores cujos estudos defendem estes resultados. Segundo a análise de conteúdo dos referidos cartões, a prática clínica destes terapeutas assenta em acções como: identificação de manobras defensivas do paciente, dirigir a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis para o paciente, interpretação de defesas ou desejos inconscientes e o estabelecimento de ligações entre a relação terapêutica e outras relações.

Gabbard et al. (2005) defendem que estes psicoterapeutas recebem uma variedade de projecções por parte do paciente, e são neutros, no sentido em que tentam não julgar os sentimentos, desejos e comportamentos do paciente e, desta forma, conseguem compreendê-los, segundo estes autores, estes psicoterapeutas abrem caminho para os afectos do paciente. Por seu lado, Arthur (2001), define o psicoterapeuta psicodinâmico como sendo um profissional preocupado com o mundo intrapsíquico, sonhos, memórias e que processa o seu conhecimento através do uso de sentimentos, pela análise introspectiva, insight e empatia.

Seria interessante debruçarmo-nos também sobre os cartões que não apresentaram diferenças significativas e a que se devem estes resultados. Não seria de esperar que abordagens consideradas tão diferentes nas suas técnicas, obtivessem mais diferenças? Sendo este um estudo que visou apenas identificar as diferenças existentes entre as duas abordagens, seria importante procurar também o porquê deste diminuto número de diferenças. É claro que poderemos apontar algumas explicações possíveis corroboradas por alguns autores, como é o caso de Jones e Ablon (1998) que defendem que apesar do conteúdo das diversas formas da

psicoterapia poder ser diferente, os seus resultados, pelo menos em psicoterapias breves, são equivalentes. A questão é que, as diferenças interpessoais dos psicoterapeutas podem interferir com a prática das suas técnicas, independentemente do quadro teórico que têm como base. Por esse motivo, seria pertinente um estudo que visasse identificar estas diferenças interpessoais, cruzando-as com as diferenças existentes entre as técnicas das duas abordagens.

No que concerne à comparação do estudo de Jones e Pulos (1993) com esta investigação, pode assumir-se que a identificação com os protótipos construídos pelos autores Jones e Pulos (1993), não foi total, ainda que existente, indo de encontro ao que era esperado.

Apesar de não ter sido feita uma análise estatística correlacional para confirmar esta comparação descritiva, pode afirmar-se uma relativa identificação dos resultados deste estudo, com os protótipos de Jones e Pulos (1993), recorrendo à comparação das médias descritivas, obtidas em ambos os estudos. Esta foi uma limitação deste estudo, visto não ter havido acesso a todos os dados de Jones e Pulos (1993) e ainda porque estes autores seguiram uma distribuição normal na aplicação do PQS, ao passo que nesta investigação apenas foi conseguida uma distribuição normal com alguns cartões. Por esse motivo, os níveis de significância são diferentes, e nesta análise da comparação entre os dois estudos em causa, os valores poderão ser mais expressivos por se tratarem de médias descritivas, não sendo por isso, no entanto, menos creditado.

Parece poder afirmar-se que alguns cartões coincidiram com a caracterização feita pelos psicoterapeutas em ambos os estudos, embora as médias não fossem exactamente iguais em alguns casos, foram bastante próximas em dezoito cartões.

Em treze deles constataram-se diferenças de médias nas duas abordagens, dependendo do cartão.

Relativamente aos cartões característicos da abordagem cognitivo comportamental, existem cinco que revelam diferenças entre os dois estudos. E no que toca aos cartões característicos da abordagem psicodinâmica existem sete que também revelam diferenças entre os dois estudos.

Podemos assim dizer, que o número de cartões que apresentam valores significativamente diferentes, nas duas abordagens, é maior no estudo de Jones e Pulos do que neste estudo. De facto no estudo dos referidos autores (Jones & Pulos, 1993) verificaram-se diferenças significativas em 32 cartões, ao invés deste nosso estudo, em que isso ocorreu apenas em 11 onze cartões. Ainda assim, vale a pena referir que essas diferenças foram expressas em diferentes níveis de significância. Esta situação poderá ter a ver com o tamanho das amostras, que embora próximo, não é o mesmo. Há também que ter em conta as possíveis diferenças individuais de cada psicoterapeuta, e ainda o contexto situacional e temporal. Isto é, a investigação de Jones e Pulos foi feita em 1993 e a realidade terapêutica poderia ser relativamente diferente, já que dia-a-dia, também a psicoterapia, sofre injeções de actualização acerca de técnicas que poderão ser melhoradas.

Em suma, é importante apresentar algumas reflexões pertinentes, já que o objectivo deste estudo, não se prende apenas com a amostra em questão, isoladamente, mas também com a comparação, ainda que meramente descritiva entre este estudo e os estudos de Jones e Pulos (1993) e, Jones e Ablon (1998). Sendo assim, pode ainda dizer-se que, Jones e Pulos (1993) concluíram, no final do seu estudo, alguns factos que se encontram em concordância com esta investigação, e

outros nem tanto. Estes autores concluíram que as duas abordagens, cognitivo-comportamental e psicodinâmica, relativamente ao processo terapêutico, diferiam fortemente uma da outra, com valores de significância de $p < 0.01$ e $p < 0.001$, facto que foi demonstrado pelo número elevado de cartões, considerado significativamente diferente, o que revelou que realmente, as atitudes e acções do psicoterapeuta de uma e de outra abordagem, eram muito diferentes na amostra trabalhada por Jones e Pulos (1993).

No entanto, na amostra que constituiu deste estudo, foram atingidos resultados que revelam o contrário, pelo número diminuto de cartões que apresentam diferenças significativas (com nível de significância de $p \leq 0.05$). Talvez esta diferença entre os resultados dos dois estudos, se deva, como já referimos acima, à diferença de tamanho das amostras, às diferenças dos níveis de significância com os quais foram apresentados estes dois estudos ou ainda, ao tipo de metodologia usada pelos autores. Sendo esta última relativamente diferente, e um pouco mais completa, já que foi possível que estes autores, além da aplicação do PQS (como neste estudo), com a distribuição normal para todos os cartões assegurada, ainda tiveram acesso a gravações de vídeo de várias sessões terapêuticas, constituindo-se como uma das limitações deste estudo. Não deixando no entanto de valorizar os resultados desta investigação, pois esta diferença também pode ter origem nas diferenças interpessoais dos psicoterapeutas constituintes da amostra em questão. Facto este, que seria interessante poder estudar mais pormenorizadamente.

Em relação especificamente a cada uma das abordagens, os autores anteriores (Jones & Pulos, 1993; Jones & Ablon, 1998), concluíram ainda que a técnica e a ênfase nos tratamentos psicodinâmicos foram consistentes com as orientações da mesma abordagem, tal como podemos verificar também, como sendo coincidente

com os resultados obtidos nesta investigação. Ou seja, houve uma evocação de afectos, um “trazer ao de cima”/ tornar conscientes sentimentos de ansiedade/ dificuldade, e uma integração de dificuldades actuais na experiência de vida do passado, usando a relação terapeuta-paciente como agente de mudança (Jones & Pulos, 1993). A abordagem cognitivo-comportamental foi igualmente caracterizada consoante os seus princípios básicos, em qualquer um dos estudos. Segundo Jones e Pulos (1993) e tal como os resultados obtidos neste estudo, o tipo de informação conseguida por estes autores, sugeriu que os tratamentos cognitivo-comportamentais, como actualmente são dirigidos, enfatizam o controle cognitivo de afectos negativos, através do uso do intelecto e da racionalidade, combinados com encorajamento vigoroso, atitude de suporte e de segurança por parte do terapeuta. Esta visão é coincidente com os resultados deste estudo e visível pelo conteúdo dos cartões escolhidos pelos terapeutas desta abordagem.

Desta forma, parece ser possível afirmar que apesar de algumas diferenças na metodologia usada nos dois estudos, e nas limitações apresentadas deste estudo, os resultados obtidos são coincidentes a nível da caracterização da cada abordagem, diferindo apenas, no número de diferenças significativas. Deste modo talvez fosse pertinente, averiguar a origem desta última diferença.

Em relação ainda a esta investigação, e tendo em conta os resultados obtidos, pode estabelecer-se um perfil, ou melhor, um protótipo de um tratamento ideal para cada abordagem (à semelhança de Jones e Ablon), que obedece à caracterização feita pela amostra.

Sendo assim, a prática da sessão terapêutica da abordagem psicodinâmica foi essencialmente caracterizada pelos seus terapeutas como uma sessão em que o terapeuta: identifica o uso de manobras defensivas por parte do paciente; faz

interpretações referindo pessoas actuais na vida do paciente; alarga a sua atenção para os sentimentos considerados pelo paciente como inaceitáveis; interpreta defesas ou desejos inconscientes, sentimentos ou ideias; e ainda, estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações.

Relativamente aos profissionais da abordagem cognitivo-comportamental, estes idealizaram a sua sessão terapêutica, como tendo em conta essencialmente as seguintes características do terapeuta: dirige a atenção para o comportamento não verbal do paciente; as suas observações têm como objectivo de facilitar o discurso do paciente; percebe o processo terapêutico com acuidade; é confiante ou seguro de si; comporta-se de uma forma didáctica; explica o racional que suporta a sua abordagem ou técnica de tratamento.

Os terapeutas constituintes de ambas as abordagens, escolheram ainda, como prática das suas sessões três características. Ou seja, segundo os profissionais participantes do estudo, para além dos aspectos que identificam o seu quadro teórico, indicados anteriormente, defenderam, em comum para ambas as abordagens, que o terapeuta deve: ser sensível aos sentimentos do paciente, estar em sintonia com o paciente (ser empático); comunicar com o paciente num estilo claro e coerente; e ainda, apresentar uma experiência ou acontecimento numa perspectiva diferente.

Retomando o que afirmámos, no primeiro capítulo deste trabalho, poderá verificar-se a presença de cartões que revelam empatia, auto-revelação e postura de suporte positivo em ambas as abordagens, no entanto, foram colocadas em posições medianas, denunciando que estas são práticas comuns, não sendo sentidas, contudo, como as mais importantes. Segundo alguns autores como Zahn-Waxler e Radke-Yarrow (1990), em relação à empatia, pode dizer-se esta característica é geralmente mais valorizada por terapeutas psicodinâmicos do que terapeutas cognitivo-

comportamentais. Sendo assim a amostra deste estudo revelou que também para estes últimos, a empatia era importante. Em relação à auto-revelação, esta está dependente do grau em que é realizada (Peterson, 2002), no entanto pode aferir-se segundo estes resultados, que está também presente em ambas as abordagens, desconhecendo-se contudo o grau em que é praticada nas sessões de cada psicoterapeuta. Em relação à postura de suporte positivo e, segundo Farber e Lane (2001), esta característica deveria estar presente em ambas as abordagens, e isso ficou presente neste estudo, ainda que não fosse de uma forma tão expressiva quanto o esperado.

Relativamente à experiência, característica também descrita no primeiro capítulo deste trabalho, e tal como Leon, Martinovich, Lutz e Lyons (2005), não foi possível apurar de que forma pode interferir ou influenciar no processo terapêutico, já que no conteúdo do teste aplicado, não existe nada que diferencie a maior ou menor experiência do terapeuta. E esta amostra foi constituída, como já foi referido, por terapeutas, todos eles experientes na sua prática clínica, razões pelas quais nada se pode concluir acerca desta característica do terapeuta.

Da mesma forma que os autores Jones e Pulos (1993), pensa-se que estudos comparativos deste género, acerca do processo terapêutico, representam um passo em frente na evolução com vista a um melhoramento de técnicas de qualquer uma das abordagens, com o objectivo de tornar mais eficazes e eficientes os processos terapêuticos em questão.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38* (2), 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23* (1), 1-33.
- Amatuzzi, M. (1989). *O resgate da fala autêntica: Filosofia da psicoterapia e da educação*. Recuperado em Novembro, 29, 2006 através da fonte <http://www.gestaltsp.com.br/textos/especificidades.htm>
- Arthur, A.R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: a review and analysis. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health, 4* (1), 45-64.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research, 15* (3), 155-164.
- Aveline, M.; Strauss, B., & Stiles, W. B. (2005). Psychotherapy Research. In Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes J. (Eds), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Nova Iorque: Oxford University Press.

- Bahls, S., & Navolar, A. B. B. (2004). *Terapias cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos*. PsicoUTP online, 4, 1-11. Consultado em 7 de Dezembro de 2006 através de http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf
- Barglow, M. D. (2005). Self-disclosure in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59 (2), 83-99.
- Barret, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 597-603.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nova Iorque: Wiley.
- Berguin, A. E., & Strupp, H. H. (1970). New directions in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 76 (1), 13-26.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 226-232.
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 113-120.

- Borba, A. G. (2005). *Disciplina online de terapia cognitivo-comportamental. Expansão das fronteiras da formação em TCC através da educação online*. Recuperado em Dezembro, 6, 2006 através da fonte http://teses.ufrj.br/ip_m/angelicagurjaoborba.pdf
- Blatt, S. J.; Stanislav III, C.A.; Zuroff, D. C., & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the national institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 64 (6), 1276-1284.
- Bleger, B. (1975). *Temas de Psicologia*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Cardoso, E. R. G. (1985). *A formação profissional do psicoterapeuta*. Recuperado em Novembro 29, 2006 através da fonte <http://www.orgonizando.psc.br/artigos/parefote.htm>
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (3), 232-241.

DeLeon, P. H.; Vandenbos, G.R., & Cummings, N. A. (1983). Psychotherapy – Is it safe, effective, and appropriate? The beginning of an evolutionary dialogue. *American Psychologist*, *38*, 907-911.

Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Nova Iorque: Guilford Press.

Dunkle, J. H., & Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Consulting Psychology*, *43* (4), 456-460.

Eells, T. D.; Lombart, K. G.; Kedjelic, E. M.; Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). Quality of psychology case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73* (4), 579-589.

Eysenck, H. J. (1952). The effectiveness of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324.

Farber, B. A., & Lane, J. S. (2001). Positive Regard. *Psychotherapy*, *38* (4), 390-395.

Gabbard, G. O. (2005). Major modalities: Psychoanalytic/psychodynamic. In Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes J. (Eds), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Nova Iorque: Oxford University Press.

- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nova Iorque: Wiley.
- Goldfried, M. R., & Raue, P. J. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (5), 803-810.
- Goldfried, M. R., & Wolf, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist, 51* (10), 1007-1016.
- Goldfried, M. R., & Wolf, B.E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy reseach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 143-150.
- Gomes-Shwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46* (5), 1023-1035.
- Greenberg, L. S., & Pascoal-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 62* (5), 611-630.

- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Greenberg, L. S.; Watson, J.C.; Elliott, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 380-384.
- Greenspan, M., & Kulish, N. M. (1985). Factors in premature termination in long term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82.
- Grant, P.; Young, P. R., & DeRubeis, R. J. (2005). Cognitive and Behavioral Therapies. In Gabbard, G. O., Beck, J. S, & Holmes J. (Eds), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Hansen, N. D.; Randazzo, K. V.; Schwartz, A.; Marshall, M.; Kalis, D.; Frazier, R.; Burke, C.; Kershner-Rice, K., & Norvig, G. (2006). Do we practice what we preach? An exploratory survey of multicultural psychotherapy competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (1), 66-74.
- Hauser, S. T. (2005). *The legacy of Enrico Jones*. Consultado em 28 de Dezembro de 2006 através de <http://apsa.org/Portals/1/docs/JAPA/532/Hauser-P-535-539.pdf>
- Hill, C. E. (2006). Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 143.

- Horna, V. A. A. (2003). *Algunos apuntes sobre psicoterapia*. Recuperado em Dezembro, 28, 2006 através da fonte <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia>
- Howard, K. I.; Moras, K.; Brill, P. L.; Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51 (10)*, 1059-1064.
- Jacobson, N. S., & Christensen, J. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job?. *American Psychologist, 51 (10)*, 1031-1039.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counselling Psychology, 46 (1)*, 3-11.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action. A Guide to Psychoanalytic Therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Jones, E. E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the non-specific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 48-55.
- Jones, E. E., & Windholtz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*, 985-1015.

- Jones, E.E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (2), 306-316.
- Jones, E.E., & Ablon, J. S. (1998). How expert clinicians's prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (1), 95-105.
- Kendall, P. C., & Kriss, M. R. (1983). Cognitive-behavioral interventions. *Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research and Practice*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Lafferty, P.; Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (1), 76-80.
- Leichsenring, F.; Hiller, W.; Weissberg, M. & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy, 60* (3), 233-259.

- Leon, S. C.; Martinovich, Z.; Lutz, W., & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 417-426.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Nova Iorque: Basics Books.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review, 4*, 5-14.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Luborsky, L., Woody, G.E., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., & Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 49-52.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy, 31* (1), 114-123.

- Moldovan, R. (2006). The psychological profile of psychotherapists. Preliminary results in investigating the predictors of therapists performance. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6 (2), 129-140.
- Peterson, Z. D. (2002). More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 39 (1), 21-31.
- Rojas-Bermúdez, J. D. (1977). *Introdução ao Psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou.
- Shamasundar, C. (1999). Understanding empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy*, 53 (2), 232-245.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jone's psychotherapy process Q-sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 194-207.
- Soldz, S. (2006). Models and meanings: Therapist effects and the stories we tell. *Psychotherapy Research*, 16, 173-177.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 24 (3), 373-382.

- Stephen, B. M. D.(2001). Manejo inadequado em psicoterapia. Recuperado em Dezembro, 28, 2006 através da fonte <http://www.geocities.com/quackwatch/mispsych.html>
- Stiles, W. B.; Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Stiles, W. B.; Lutz, W.; Leon, S. C. ; Lyons, J. S. , & Martinovich, Z. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy : a three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 32-39.
- Stiles, W. D.; Shapiro, D. A., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist*, 41 (2), 165-180.
- Stiles, W. D.; Startup, M.; Hardy, G. E.; Barkham, M.; Rees, A.; Shapiro, D.A., & Reynolds, S. (1996). Therapist session intentions in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, 43 (4), 402-414.
- Vasco, A. B.; Santos, O., & Silva, F. (s.d.). *Psicoterapia sim!: Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal)*. Recuperado em Dezembro, 6, 2006 através da fonte <http://www.ispa.pt/NR/rdonlyres/A57E0146-458D-4B56-B0C4-545B3B09381B/1064/LivrariaBarata.pdf>

Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research, 16*, 184-187.

Wampold, B. E.; Mondin, G. W.; Woody, M.; Stich, F.; Benson, K., & Anh, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bonafide psychotherapies: empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin, 122* (3), 203-215.

Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). *The origins of emphatic concern. Motivation and Emotion, 14*, 107-130.

Zeddies, T. J. (1999). Becoming a psychotherapist: The personal nature of clinical work, emotional availability and personal allegiances. *Psychotherapy, 36* (3), 229-235.

ANEXOS

Anexo A

CARTÕES CONSTITUINTES DO PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SORT

(traduzidos para Português)

O paciente verbaliza sentimentos negativos (ex. crítica, hostilidade) em relação ao terapeuta.

1

O terapeuta dirige a atenção para o comportamento não verbal do paciente, por ex. postura corporal, gestos.

2

As observações do terapeuta têm o objectivo de facilitar o discurso do paciente.

3

Os objectivos de tratamento do paciente são discutidos.

4

O paciente tem dificuldade em compreender os comentários do terapeuta.

5

O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, está em sintonia com o paciente; é empático.

6

O paciente está ansioso ou tenso.

7

O paciente está preocupado ou em conflito face à sua dependência do terapeuta.

8

O terapeuta está distante, ausente.

9

O paciente procura maior intimidade com o terapeuta.

10

Os sentimentos e as experiências sexuais são discutidos.

11

Ocorrem silêncios durante a sessão.

12

O paciente está animado ou entusiasmado.

13

O paciente não se sente compreendido pelo terapeuta.

14

O paciente não inicia tópicos: é passivo.

15

Discutem-se funções do corpo, sintomas físicos ou a saúde.

16

O terapeuta exerce controle activo sobre a interacção (ex. estruturando e/ou introduzindo novos tópicos).

17

O terapeuta transmite aceitação sem fazer julgamentos.

18

Existe uma qualidade erótica na relação terapêutica.

19

O paciente é provocador, testa os limites da relação terapêutica.

20

O terapeuta auto-revela-se.

21

O terapeuta foca-se nos sentimentos de culpa do paciente.

22

O diálogo tem um foco específico.

23

Os conflitos emocionais do próprio terapeuta intrometem-se na relação terapêutica.

24

O paciente tem dificuldade em iniciar a sessão.

25

O paciente experimenta desconforto ou perturbação (sofrimento) afectivo.

26

O terapeuta dá conselhos e orientações específicos.

27

O terapeuta percebe o processo terapêutico com acuidade.

28

O paciente fala em querer estar separado ou distante.

29

A discussão centra-se em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou crenças.

30

O terapeuta pede mais informação ou elaboração.

31

O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.

32

O paciente fala de sentimentos de estar próximo ou precisar de alguém.

33

O paciente culpa os outros ou forças externas pelas dificuldades.

34

A auto-imagem é foco de discussão.

35

O terapeuta identifica o uso de manobras defensivas por parte do paciente, ex. denegação, negação.

36

O terapeuta comporta-se de uma forma didáctica.

37

Há discussão de actividades específicas ou tarefas para o paciente tentar fora da sessão.

38

Há uma qualidade competitiva na relação.

39

O terapeuta faz interpretações referindo pessoas actuais na vida do paciente.

40

As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.

41

O paciente rejeita os comentários e observações do terapeuta.

42

O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.

43

O paciente sente-se cauteloso ou desconfiado.

44

O terapeuta adopta uma atitude de suporte.

45

O terapeuta comunica com o paciente num estilo claro e coerente.

46

Quando a interacção com o paciente é difícil, o terapeuta adapta-se num esforço para melhorar a relação.

47

O terapeuta encoraja a independência de acção ou de opinião do paciente.

48

O paciente experimenta sentimentos de ambivalência ou de conflito em relação ao terapeuta.

49

O terapeuta alarga a sua atenção para os sentimentos considerados pelo paciente como inaceitáveis (ex. raiva, inveja ou excitação).

50

O terapeuta é condescendente ou paternalista com o paciente.

51

O paciente confia no terapeuta para resolver os seus problemas.

52

O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa de si.

53

O paciente expressa-se de forma clara e organizada.

54

O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.

55

O paciente discute experiências como se fossem distantes dos seus sentimentos.

56

O terapeuta explica o racional que suporta a sua abordagem ou técnica de tratamento.

57

O paciente resiste a examinar pensamentos, reacções ou motivações relacionados com os problemas.

58

O paciente sente-se inadequado e inferior.

59

O paciente tem experiência catártica.

60

O paciente sente-se envergonhado e embaraçado.

61

O terapeuta identifica um tema recorrente na experiência ou conduta do paciente.

62

As relações interpessoais do paciente são um tema dominante.

63

O amor ou as relações amorosas são um assunto de discussão.

64

O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.

65

O terapeuta é directamente securizante.

66

O terapeuta interpreta defesas ou desejos inconscientes, sentimentos ou ideias.

67

Os significados reais vs. Significados fantasiados de experiências são diferenciados activamente.

68

Uma situação da vida actual ou recente do paciente é realçada na discussão.

69

A luta do paciente é o controlo de sentimentos ou impulsos.

70

O paciente é auto acusador, expressa vergonha ou culpa.

71

O paciente compreende a natureza da terapia e do que é esperado.

72

O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico (confia no que está a ser feito).

73

O humor é usado.

74

Interrupções, intervalos no tratamento ou o fim da terapia, são discutidos.

75

O terapeuta sugere que o paciente aceite a responsabilidade dos seus problemas.

76

O terapeuta tem falta de tacto.

77

O paciente procura a aprovação, o afecto ou a simpatia do terapeuta.

78

O terapeuta comenta as mudanças no humor e nos afectos do paciente.

79

O terapeuta apresenta uma experiência ou acontecimento numa perspectiva diferente.

80

O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente de modo a ajudá-lo a experienciá-los de forma mais profunda.

81

O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de maneira não explicitamente reconhecida previamente.

82

O paciente é exigente.

83

O paciente expressa zanga ou sentimentos agressivos.

84

O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de se comportar com os outros.

85

O terapeuta é confiante e seguro de si.

86

O paciente é controlador.

87

O paciente trás assuntos ou material significativo.

88

O terapeuta actua para fortalecer defesas.

89

Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.

90

As memórias ou reconstruções da infância, meninice e puerícia são assuntos de discussão.

91

Os sentimentos ou as percepções do paciente estão relacionados com os comportamentos em situações do passado.

92

O terapeuta é neutro.

93

O paciente sente-se triste ou deprimido.

94

O paciente sente-se ajudado.

95

Há discussão sobre a marcação das sessões ou dos honorários.

96

O paciente é introspectivo, explora prontamente os seus pensamentos e sentimentos internos.

97

A relação terapêutica é um assunto de discussão.

98

O terapeuta desafia a visão do paciente.

99

O terapeuta estabelece ligações entre a relação terapêutica e outras relações.

100

Anexo B

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Aceito participar no estudo acerca das diferenças da sessão terapêutica entre a abordagem Cognitivo-Comportamental e a abordagem Psicodinâmica.

Tenho conhecimento de que o objectivo deste estudo é identificar os ingredientes presentes na sessão terapêutica, de cada abordagem anteriormente referida, tendo em conta especificamente as características do terapeuta.

Entendo quais são as vantagens de conhecer estas características, bem como a sua influência quer no decorrer do processo terapêutico, quer na avaliação da efectividade e eficiência da psicoterapia.

A participação neste estudo envolve a aplicação de uma metodologia Q-sort, que permitirá caracterizar toda a sessão terapêutica, em especial, neste estudo, as características e atitudes presentes do terapeuta de cada uma destas abordagens.

Estou consciente dos riscos e consequências da minha participação neste estudo, e que, embora sejam expostas situações acerca da minha vida profissional, relacionadas com emoções, comportamentos e orientação teórica em que me baseio, estas serão mantidas confidenciais e eticamente protegidas.

Toda a informação recolhida neste estudo será também mantida confidencial. Se os resultados desta investigação forem publicados numa revista científica, a minha identidade será mantida no anonimato e apenas os resultados de grupo serão públicos. Não será publicada nenhuma informação individual ou nominal que me possa identificar.

Sei que a minha participação neste estudo é voluntária. Mesmo que inicialmente decida participar, posso posteriormente mudar de decisão e desistir em qualquer altura.

A minha assinatura indica que li, compreendi e concordei com a informação contida nesta Declaração de Consentimento Informado. Qualquer dúvida que tinha foi-me esclarecida satisfatoriamente. Se pretender uma cópia desta declaração, ser-me-à facultada.

Data de Investigação:.....

Assinatura do Participante:.....

Assinatura do investigador:.....

Anexo C

Grelha de Registo

Sujeito: _____ Quadro teórico: _____

Observador: _____ Data: _____

ATÍPICO

1	
2	
3	

INTERMÉDIO

4	
5	
6	

TÍPICO

7	
8	
9	

Anexo D

Ordens de Médias dos 100 cartões

	Abordagem	N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 1	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 2	CC	5	6,10	30,50
	Pd	5	4,90	24,50
	Total	10		
cartão 3	CC	5	6,50	32,50
	Pd	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 4	CC	5	7,40	37,00
	Pd	5	3,60	18,00
	Total	10		
cartão 5	CC	5	4,10	20,50
	Pd	5	6,90	34,50
	Total	10		
cartão 6	CC	5	5,00	25,00
	Pd	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 7	CC	5	5,10	25,50
	Pd	5	5,90	29,50
	Total	10		
cartão 8	CC	5	3,40	17,00
	Pd	5	7,60	38,00
	Total	10		
cartão 9	CC	5	6,50	32,50
	Pd	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 10	CC	5	4,60	23,00
	Pd	5	6,40	32,00
	Total	10		
cartão 11	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		
cartão 12	CC	5	3,90	19,50
	Pd	5	7,10	35,50
	Total	10		
cartão 13	CC	5	7,20	36,00
	Pd	5	3,80	19,00
	Total	10		
cartão 14	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 15	CC	5	6,20	31,00
	Pd	5	4,80	24,00
	Total	10		
cartão 16	CC	5	7,10	35,50
	Pd	5	3,90	19,50
	Total	10		
cartão 17	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		

Abordagem		N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 18	CC	5	6,40	32,00
	Pd	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 19	CC	5	4,50	22,50
	Pd	5	6,50	32,50
	Total	10		
cartão 20	CC	5	3,20	16,00
	Pd	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 21	CC	5	6,00	30,00
	Pd	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 22	CC	5	5,00	25,00
	Pd	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 23	CC	5	7,90	39,50
	Pd	5	3,10	15,50
	Total	10		
cartão 24	CC	5	5,30	26,50
	Pd	5	5,70	28,50
	Total	10		
cartão 25	CC	5	6,40	32,00
	Pd	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 26	CC	5	6,20	31,00
	Pd	5	4,80	24,00
	Total	10		
cartão 27	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 28	CC	5	7,20	36,00
	Pd	5	3,80	19,00
	Total	10		
cartão 29	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		
cartão 30	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 31	CC	5	6,60	33,00
	Pd	5	4,40	22,00
	Total	10		
cartão 32	CC	5	4,50	22,50
	Pd	5	6,50	32,50
	Total	10		
cartão 33	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		
cartão 34	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		

Abordagem		N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 35	CC	5	5,30	26,50
	Pd	5	5,70	28,50
	Total	10		
cartão 36	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 37	CC	5	7,70	38,50
	Pd	5	3,30	16,50
	Total	10		
cartão 38	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 39	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 40	CC	5	3,20	16,00
	Pd	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 41	CC	5	5,60	28,00
	Pd	5	5,40	27,00
	Total	10		
cartão 42	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		
cartão 43	CC	5	6,50	32,50
	Pd	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 44	CC	5	5,50	27,50
	Pd	5	5,50	27,50
	Total	10		
cartão 45	CC	5	5,70	28,50
	Pd	5	5,30	26,50
	Total	10		
cartão 46	CC	5	6,00	30,00
	Pd	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 47	CC	5	7,00	35,00
	Pd	5	4,00	20,00
	Total	10		
cartão 48	CC	5	6,90	34,50
	Pd	5	4,10	20,50
	Total	10		
cartão 49	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 50	CC	5	3,20	16,00
	Pd	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 51	CC	5	5,90	29,50
	Pd	5	5,10	25,50
	Total	10		

	Abordagem	N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 52	CC	5	7,80	39,00
	Pd	5	3,20	16,00
	Total	10		
cartão 53	CC	5	3,30	16,50
	Pd	5	7,70	38,50
	Total	10		
cartão 54	CC	5	6,80	34,00
	Pd	5	4,20	21,00
	Total	10		
cartão 55	CC	5	6,80	34,00
	Pd	5	4,20	21,00
	Total	10		
cartão 56	CC	5	6,10	30,50
	Pd	5	4,90	24,50
	Total	10		
cartão 57	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 58	CC	5	5,90	29,50
	Pd	5	5,10	25,50
	Total	10		
cartão 59	CC	5	3,90	19,50
	Pd	5	7,10	35,50
	Total	10		
cartão 60	CC	5	5,10	25,50
	Pd	5	5,90	29,50
	Total	10		
cartão 61	CC	5	5,80	29,00
	Pd	5	5,20	26,00
	Total	10		
cartão 62	CC	5	5,40	27,00
	Pd	5	5,60	28,00
	Total	10		
cartão 63	CC	5	4,40	22,00
	Pd	5	6,60	33,00
	Total	10		
cartão 64	CC	5	3,50	17,50
	Pd	5	7,50	37,50
	Total	10		
cartão 65	CC	5	4,90	24,50
	Pd	5	6,10	30,50
	Total	10		
cartão 66	CC	5	7,50	37,50
	Pd	5	3,50	17,50
	Total	10		
cartão 67	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 68	CC	5	4,70	23,50
	Pd	5	6,30	31,50
	Total	10		

	Abordagem	N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 69	CC	5	5,00	25,00
	Pd	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 70	CC	5	6,40	32,00
	Pd	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 71	CC	5	4,30	21,50
	Pd	5	6,70	33,50
	Total	10		
cartão 72	CC	5	7,60	38,00
	Pd	5	3,40	17,00
	Total	10		
cartão 73	CC	5	8,00	40,00
	Pd	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 74	CC	5	5,10	25,50
	Pd	5	5,90	29,50
	Total	10		
cartão 75	CC	5	6,20	31,00
	Pd	5	4,80	24,00
	Total	10		
cartão 76	CC	5	6,30	31,50
	Pd	5	4,70	23,50
	Total	10		
cartão 77	CC	5	5,50	27,50
	Pd	5	5,50	27,50
	Total	10		
cartão 78	CC	5	4,30	21,50
	Pd	5	6,70	33,50
	Total	10		
cartão 79	CC	5	6,10	30,50
	Pd	5	4,90	24,50
	Total	10		
cartão 80	CC	5	5,20	26,00
	Pd	5	5,80	29,00
	Total	10		
cartão 81	CC	5	5,20	26,00
	Pd	5	5,80	29,00
	Total	10		
cartão 82	CC	5	4,30	21,50
	Pd	5	6,70	33,50
	Total	10		
cartão 83	CC	5	5,00	25,00
	Pd	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 84	CC	5	3,00	15,00
	Pd	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 85	CC	5	7,80	39,00
	Pd	5	3,20	16,00
	Total	10		

	Abordagem	N	ordens de médias	Sum. de médias
cartão 86	CC	5	6,20	31,00
	Pd	5	4,80	24,00
	Total	10		
cartão 87	CC	5	4,40	22,00
	Pd	5	6,60	33,00
	Total	10		
cartão 88	CC	5	5,40	27,00
	Pd	5	5,60	28,00
	Total	10		
cartão 89	CC	5	7,10	35,50
	Pd	5	3,90	19,50
	Total	10		
cartão 90	CC	5	3,20	16,00
	Pd	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 91	CC	5	3,60	18,00
	Pd	5	7,40	37,00
	Total	10		
cartão 92	CC	5	5,40	27,00
	Pd	5	5,60	28,00
	Total	10		
cartão 93	CC	5	6,40	32,00
	Pd	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 94	CC	5	4,50	22,50
	Pd	5	6,50	32,50
	Total	10		
cartão 95	CC	5	7,00	35,00
	Pd	5	4,00	20,00
	Total	10		
cartão 96	CC	5	6,00	30,00
	Pd	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 97	CC	5	3,70	18,50
	Pd	5	7,30	36,50
	Total	10		
cartão 98	CC	5	4,70	23,50
	Pd	5	6,30	31,50
	Total	10		
cartão 99	CC	5	6,00	30,00
	Pd	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 100	CC	5	3,20	16,00
	Pd	5	7,80	39,00
	Total	10		

Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney
(100 cartões)

	cartão 1	cartão 2	cartão 3	cartão 4	cartão 5	cartão 6
Mann-Whitney U	,000	9,500	7,500	3,000	5,500	10,000
Wilcoxon W	15,000	24,500	22,500	18,000	20,500	25,000
Z	-2,635	-,651	-1,078	-2,061	-1,565	-1,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,515	,281	,039	,118	,317
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a	,548 ^a	,310 ^a	,056 ^a	,151 ^a	,690 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,008	,587	,365	,071	,206	1,000
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,294	,183	,036	,103	,500
Point Probability	,004	,063	,048	,032	,079	,500

	cartão 7	cartão 8	cartão 9	cartão 10	cartão 11	cartão 12
Mann-Whitney U	10,500	2,000	7,500	8,000	3,500	4,500
Wilcoxon W	25,500	17,000	22,500	23,000	18,500	19,500
Z	-,449	-2,270	-1,500	-,973	-1,897	-1,702
Asymp. Sig. (2-tailed)	,654	,023	,134	,331	,058	,089
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,690 ^a	,032 ^a	,310 ^a	,421 ^a	,056 ^a	,095 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,762	,048	,444	,413	,056	,111
Exact Sig. (1-tailed)	,381	,024	,222	,206	,028	,056
Point Probability	,079	,024	,222	,056	,008	,016

	cartão 13	cartão 14	cartão 15	cartão 16	cartão 17	cartão 18
Mann-Whitney U	4,000	,000	9,000	4,500	,000	8,000
Wilcoxon W	19,000	15,000	24,000	19,500	15,000	23,000
Z	-1,921	-2,660	-,754	-1,702	-2,685	-1,063
Asymp. Sig. (2-tailed)	,055	,008	,451	,089	,007	,288
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,095 ^a	,008 ^a	,548 ^a	,095 ^a	,008 ^a	,421 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,127	,008	,643	,127	,008	,405
Exact Sig. (1-tailed)	,063	,004	,321	,063	,004	,202
Point Probability	,060	,004	,167	,032	,004	,060

	cartão 19	cartão 20	cartão 21	cartão 22	cartão 23	cartão 24
Mann-Whitney U	7,500	1,000	10,000	10,000	,500	11,500
Wilcoxon W	22,500	16,000	25,000	25,000	15,500	26,500
Z	-1,491	-2,495	-1,000	-,532	-2,554	-,235
Asymp. Sig. (2-tailed)	,136	,013	,317	,595	,011	,814
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^a	,016 ^a	,690 ^a	,690 ^a	,008 ^a	,841 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,444	,024	1,000	,683	,016	,841
Exact Sig. (1-tailed)	,222	,012	,500	,341	,008	,421
Point Probability	,222	,012	,500	,067	,008	,079

	cartão 25	cartão 26	cartão 27	cartão 28	cartão 29	cartão 30
Mann-Whitney U	8,000	9,000	,000	4,000	3,500	,000
Wilcoxon W	23,000	24,000	15,000	19,000	18,500	15,000
Z	-1,017	-,752	-2,685	-1,826	-1,972	-2,635
Asymp. Sig. (2-tailed)	,309	,452	,007	,068	,049	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,421 ^a	,548 ^a	,008 ^a	,095 ^a	,056 ^a	,008 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,444	,476	,008	,071	,103	,008
Exact Sig. (1-tailed)	,222	,238	,004	,036	,052	,004
Point Probability	,119	,024	,004	,016	,048	,004

	cartão 31	cartão 32	cartão 33	cartão 34	cartão 35	cartão 36
Mann-Whitney U	7,000	7,500	3,500	3,500	11,500	,000
Wilcoxon W	22,000	22,500	18,500	18,500	26,500	15,000
Z	-1,234	-1,118	-1,915	-1,915	-,219	-2,643
Asymp. Sig. (2-tailed)	,217	,264	,055	,055	,827	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^a	,310 ^a	,056 ^a	,056 ^a	,841 ^a	,008 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,286	,365	,079	,087	1,000	,008
Exact Sig. (1-tailed)	,143	,183	,040	,044	,500	,004
Point Probability	,040	,079	,024	,032	,159	,004

	cartão 37	cartão 38	cartão 39	cartão 40	cartão 41	cartão 42
Mann-Whitney U	1,500	,000	,000	1,000	12,000	3,500
Wilcoxon W	16,500	15,000	15,000	16,000	27,000	18,500
Z	-2,363	-2,730	-2,887	-2,447	-,113	-2,012
Asymp. Sig. (2-tailed)	,018	,006	,004	,014	,910	,044
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,016 ^a	,008 ^a	,008 ^a	,016 ^a	1,000 ^a	,056 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,024	,008	,008	,024	1,000	,087
Exact Sig. (1-tailed)	,012	,004	,004	,012	,500	,044
Point Probability	,008	,004	,004	,012	,119	,040

	cartão 43	cartão 44	cartão 45	cartão 46	cartão 47	cartão 48
Mann-Whitney U	7,500	12,500	11,500	10,000	5,000	5,500
Wilcoxon W	22,500	27,500	26,500	25,000	20,000	20,500
Z	-1,081	,000	-,211	-,655	-1,611	-1,529
Asymp. Sig. (2-tailed)	,280	1,000	,833	,513	,107	,126
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^a	1,000 ^a	,841 ^a	,690 ^a	,151 ^a	,151 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,333	1,000	,929	1,000	,119	,206
Exact Sig. (1-tailed)	,167	,571	,464	,500	,060	,103
Point Probability	,048	,143	,095	,417	,012	,063

	cartão 49	cartão 50	cartão 51	cartão 52	cartão 53	cartão 54
Mann-Whitney U	,000	1,000	10,500	1,000	1,500	6,000
Wilcoxon W	15,000	16,000	25,500	16,000	16,500	21,000
Z	-2,703	-2,471	-,454	-2,455	-2,402	-1,383
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007	,013	,650	,014	,016	,167
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a	,016 ^a	,690 ^a	,016 ^a	,016 ^a	,222 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,008	,024	,881	,024	,032	,222
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,012	,440	,012	,016	,111
Point Probability	,004	,012	,238	,012	,016	,048

	cartão 55	cartão 56	cartão 57	cartão 58	cartão 59	cartão 60
Mann-Whitney U	6,000	9,500	,000	10,500	4,500	10,500
Wilcoxon W	21,000	24,500	15,000	25,500	19,500	25,500
Z	-1,469	-,640	-2,805	-,424	-1,708	-,430
Asymp. Sig. (2-tailed)	,142	,522	,005	,671	,088	,667
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,222 ^a	,548 ^a	,008 ^a	,690 ^a	,095 ^a	,690 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,286	,651	,008	,730	,095	,738
Exact Sig. (1-tailed)	,143	,325	,004	,365	,048	,369
Point Probability	,119	,103	,004	,048	,008	,071

	cartão 61	cartão 62	cartão 63	cartão 64	cartão 65	cartão 66
Mann-Whitney U	11,000	12,000	7,000	2,500	9,500	2,500
Wilcoxon W	26,000	27,000	22,000	17,500	24,500	17,500
Z	-,321	-,112	-1,189	-2,128	-,680	-2,121
Asymp. Sig. (2-tailed)	,748	,911	,234	,033	,496	,034
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,841 ^a	1,000 ^a	,310 ^a	,032 ^a	,548 ^a	,032 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,841	1,000	,270	,032	,762	,040
Exact Sig. (1-tailed)	,421	,500	,135	,016	,381	,020
Point Probability	,087	,020	,024	,008	,238	,008

	cartão 67	cartão 68	cartão 69	cartão 70	cartão 71	cartão 72
Mann-Whitney U	,000	8,500	10,000	8,000	6,500	2,000
Wilcoxon W	15,000	23,500	25,000	23,000	21,500	17,000
Z	-2,635	-,868	-,535	-1,003	-1,306	-2,249
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,386	,592	,316	,192	,025
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a	,421 ^a	,690 ^a	,421 ^a	,222 ^a	,032 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,008	,508	,706	,484	,238	,024
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,254	,353	,242	,119	,012
Point Probability	,004	,111	,095	,143	,048	,004

	cartão 73	cartão 74	cartão 75	cartão 76	cartão 77	cartão 78
Mann-Whitney U	,000	10,500	9,000	8,500	12,500	6,500
Wilcoxon W	15,000	25,500	24,000	23,500	27,500	21,500
Z	-2,694	-,443	-,759	-,868	,000	-1,273
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007	,658	,448	,386	1,000	,203
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a	,690 ^a	,548 ^a	,421 ^a	1,000 ^a	,222 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,008	,571	,595	,476	1,000	,230
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,286	,298	,238	,778	,115
Point Probability	,004	,048	,119	,063	,556	,024

	cartão 79	cartão 80	cartão 81	cartão 82	cartão 83	cartão 84
Mann-Whitney U	9,500	11,000	11,000	6,500	10,000	,000
Wilcoxon W	24,500	26,000	26,000	21,500	25,000	15,000
Z	-,638	-,354	-,319	-1,289	-,529	-2,635
Asymp. Sig. (2-tailed)	,523	,723	,750	,197	,597	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,548 ^a	,841 ^a	,841 ^a	,222 ^a	,690 ^a	,008 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,540	,841	,833	,286	,722	,008
Exact Sig. (1-tailed)	,270	,421	,417	,143	,361	,004
Point Probability	,032	,159	,071	,071	,103	,004

	cartão 85	cartão 86	cartão 87	cartão 88	cartão 89	cartão 90
Mann-Whitney U	1,000	9,000	7,000	12,000	4,500	1,000
Wilcoxon W	16,000	24,000	22,000	27,000	19,500	16,000
Z	-2,440	-,752	-1,170	-,110	-1,702	-2,487
Asymp. Sig. (2-tailed)	,015	,452	,242	,913	,089	,013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,016 ^a	,548 ^a	,310 ^a	1,000 ^a	,095 ^a	,016 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,024	,563	,317	1,000	,119	,016
Exact Sig. (1-tailed)	,012	,282	,159	,500	,060	,008
Point Probability	,012	,048	,060	,095	,032	,004

	cartão 91	cartão 92	cartão 93	cartão 94	cartão 95	cartão 96
Mann-Whitney U	3,000	12,000	8,000	7,500	5,000	10,000
Wilcoxon W	18,000	27,000	23,000	22,500	20,000	25,000
Z	-2,009	-,107	-,967	-1,085	-1,601	-,527
Asymp. Sig. (2-tailed)	,045	,915	,334	,278	,109	,598
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,056 ^a	1,000 ^a	,421 ^a	,310 ^a	,151 ^a	,690 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,056	1,000	,381	,397	,175	,675
Exact Sig. (1-tailed)	,028	,500	,190	,198	,087	,337
Point Probability	,016	,087	,036	,079	,052	,036

	cartão 97	cartão 98	cartão 99	cartão 100
Mann-Whitney U	3,500	8,500	10,000	1,000
Wilcoxon W	18,500	23,500	25,000	16,000
Z	-1,915	-,873	-,532	-2,447
Asymp. Sig. (2-tailed)	,055	,382	,595	,014
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,056 ^a	,421 ^a	,690 ^a	,016 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,079	,524	,675	,024
Exact Sig. (1-tailed)	,040	,262	,337	,012
Point Probability	,024	,095	,063	,012

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Terapeutas

Teste da Normalidade (100 cartões)

Teste de Normalidade^{b,c,d,e,f,g}

Terapeutas	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
1	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.237	5	.200*	.961	5	.814
2	CC	.349	5	.046	.771	5	.046
	Pd	.197	5	.200*	.943	5	.685
3	CC	.300	5	.161	.883	5	.325
	Pd	.179	5	.200*	.962	5	.823
4	CC	.300	5	.161	.883	5	.325
	Pd	.244	5	.200*	.876	5	.292
5	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.227	5	.200*	.910	5	.468
6	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
7	CC	.241	5	.200*	.821	5	.119
	Pd	.330	5	.079	.735	5	.021
8	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.256	5	.200*	.843	5	.174
9	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
10	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.241	5	.200*	.902	5	.421
11	CC	.221	5	.200*	.953	5	.758
	Pd	.261	5	.200*	.859	5	.223
12	CC	.258	5	.200*	.925	5	.563
	Pd	.361	5	.032	.658	5	.003
13	CC	.254	5	.200*	.914	5	.492
	Pd	.473	5	.001	.552	5	.000
14	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.261	5	.200*	.859	5	.223
15	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.221	5	.200*	.902	5	.421
16	CC	.229	5	.200*	.867	5	.254
	Pd	.268	5	.200*	.806	5	.090
17	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.367	5	.026	.684	5	.006
18	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.394	5	.011	.710	5	.012
19	Pd	.365	5	.028	.742	5	.025
20	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.300	5	.161	.883	5	.325
21	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
22	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.251	5	.200*	.868	5	.257
23	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.318	5	.109	.701	5	.010
24	CC	.337	5	.066	.676	5	.005
	Pd	.330	5	.079	.735	5	.021
25	CC	.349	5	.046	.771	5	.046
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
26	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
27	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.367	5	.026	.684	5	.006

Teste de Normalidade^{b,c,d,e,f,g}

Terapeutas	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
28	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.361	5	.032	.658	5	.003
29	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.372	5	.022	.828	5	.135
30	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.287	5	.200*	.914	5	.490
31	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.279	5	.200*	.766	5	.041
32	CC	.243	5	.200*	.894	5	.377
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
33	CC	.241	5	.200*	.821	5	.119
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
34	CC	.254	5	.200*	.914	5	.492
	Pd	.237	5	.200*	.961	5	.814
35	CC	.201	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.348	5	.047	.779	5	.054
36	CC	.273	5	.200*	.852	5	.201
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
37	CC	.438	5	.002	.676	5	.005
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
38	CC	.349	5	.046	.771	5	.046
	Pd	.473	5	.001	.552	5	.000
39	Pd	.473	5	.001	.552	5	.000
40	CC	.254	5	.200*	.803	5	.086
	Pd	.221	5	.200*	.902	5	.421
41	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.245	5	.200*	.871	5	.272
42	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
43	CC	.265	5	.200*	.836	5	.154
	Pd	.254	5	.200*	.914	5	.492
44	CC	.237	5	.200*	.961	5	.814
	Pd	.229	5	.200*	.867	5	.254
45	CC	.237	5	.200*	.961	5	.814
	Pd	.198	5	.200*	.957	5	.787
46	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.367	5	.026	.684	5	.006
47	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
48	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
49	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.261	5	.200*	.859	5	.223
50	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
51	CC	.300	5	.161	.883	5	.325
	Pd	.231	5	.200*	.881	5	.314
52	CC	.254	5	.200*	.803	5	.086
	Pd	.273	5	.200*	.852	5	.201
53	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.318	5	.109	.701	5	.010

Teste de Normalidade^{b,c,d,e,f,g}

Terapeutas	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
54	CC	.263	5	.200*	.951	5	.747
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
55	CC	.404	5	.008	.768	5	.044
	Pd	.231	5	.200*	.881	5	.314
56	CC	.237	5	.200*	.961	5	.814
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
57	Pd	.241	5	.200*	.821	5	.119
58	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.243	5	.200*	.922	5	.544
59	CC	.300	5	.161	.883	5	.325
	Pd	.348	5	.047	.779	5	.054
60	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.254	5	.200*	.914	5	.492
61	CC	.300	5	.161	.883	5	.325
	Pd	.310	5	.131	.871	5	.272
62	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.301	5	.158	.795	5	.074
63	CC	.241	5	.200*	.821	5	.119
	Pd	.335	5	.069	.860	5	.228
64	CC	.372	5	.022	.828	5	.135
	Pd	.221	5	.200*	.902	5	.421
65	CC	.241	5	.200*	.821	5	.119
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
66	CC	.198	5	.200*	.957	5	.787
	Pd	.318	5	.109	.701	5	.010
67	CC	.213	5	.200*	.963	5	.826
	Pd	.231	5	.200*	.881	5	.314
68	CC	.310	5	.131	.871	5	.272
	Pd	.300	5	.161	.833	5	.146
69	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.213	5	.200*	.963	5	.826
70	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.231	5	.200*	.881	5	.314
71	CC	.300	5	.161	.833	5	.146
	Pd	.231	5	.200*	.881	5	.314
72	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.345	5	.053	.863	5	.238
73	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.367	5	.026	.684	5	.006
74	CC	.367	5	.026	.684	5	.006
	Pd	.372	5	.022	.828	5	.135
75	CC	.246	5	.200*	.956	5	.777
	Pd	.247	5	.200*	.942	5	.679
76	CC	.175	5	.200*	.974	5	.899
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
77	CC	.473	5	.001	.552	5	.000
	Pd	.473	5	.001	.552	5	.000
78	CC	.180	5	.200*	.952	5	.754
	Pd	.287	5	.200*	.914	5	.490
79	CC	.349	5	.046	.771	5	.046
	Pd	.265	5	.200*	.836	5	.154

Teste de Normalidade^{b,c,d,e,f,g}

Terapeutas	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
80	CC	.360	5	.033	.767	5	.042
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
81	CC	.213	5	.200*	.963	5	.826
	Pd	.197	5	.200*	.943	5	.685
82	CC	.258	5	.200*	.925	5	.563
	Pd	.292	5	.188	.877	5	.294
83	CC	.180	5	.200*	.952	5	.754
	Pd	.136	5	.200*	.987	5	.967
84	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.221	5	.200*	.953	5	.758
85	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.180	5	.200*	.952	5	.754
86	CC	.273	5	.200*	.852	5	.201
	Pd	.251	5	.200*	.868	5	.257
87	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.141	5	.200*	.979	5	.928
88	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.300	5	.161	.883	5	.325
89	CC	.201	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.201	5	.200*	.881	5	.314
90	CC	.261	5	.200*	.859	5	.223
	Pd	.473	5	.001	.552	5	.000
91	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.254	5	.200*	.914	5	.492
92	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.221	5	.200*	.953	5	.758
93	CC	.231	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.297	5	.172	.872	5	.275
94	CC	.141	5	.200*	.979	5	.928
	Pd	.300	5	.161	.883	5	.325
95	CC	.221	5	.200*	.902	5	.421
	Pd	.237	5	.200*	.961	5	.814
96	CC	.337	5	.065	.800	5	.081
	Pd	.304	5	.149	.817	5	.111
97	CC	.300	5	.161	.833	5	.146
	Pd	.141	5	.200*	.979	5	.928
98	CC	.268	5	.200*	.806	5	.090
	Pd	.349	5	.046	.771	5	.046
99	CC	.237	5	.200*	.961	5	.814
	Pd	.243	5	.200*	.922	5	.544
100	CC	.201	5	.200*	.881	5	.314
	Pd	.300	5	.161	.833	5	.146

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. 6 is constant when Terapeutas = Pd. It has been omitted.

c. 9 is constant when Terapeutas = Pd. It has been omitted.

d. 19 is constant when Terapeutas = CC. It has been omitted.

e. 21 is constant when Terapeutas = Pd. It has been omitted.

f. 39 is constant when Terapeutas = CC. It has been omitted.

g. 57 is constant when Terapeutas = CC. It has been omitted.

Ordens de Médias dos 37 cartões (dimensão do Terapeuta)

	Abordagem	N	Mean Rank	Sum of Ranks
cartão 2	c	5	6,10	30,50
	d	5	4,90	24,50
	Total	10		
cartão 3	c	5	6,50	32,50
	d	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 6	c	5	5,00	25,00
	d	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 9	c	5	6,50	32,50
	d	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 17	c	5	8,00	40,00
	d	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 18	c	5	6,40	32,00
	d	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 21	c	5	6,00	30,00
	d	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 22	c	5	5,00	25,00
	d	5	6,00	30,00
	Total	10		
cartão 24	c	5	5,30	26,50
	d	5	5,70	28,50
	Total	10		
cartão 27	c	5	8,00	40,00
	d	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 28	c	5	7,20	36,00
	d	5	3,80	19,00
	Total	10		
cartão 31	c	5	6,60	33,00
	d	5	4,40	22,00
	Total	10		
cartão 36	c	5	3,00	15,00
	d	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 37	c	5	7,70	38,50
	d	5	3,30	16,50
	Total	10		
cartão 40	c	5	3,20	16,00
	d	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 43	c	5	6,50	32,50
	d	5	4,50	22,50
	Total	10		
cartão 45	c	5	5,70	28,50
	d	5	5,30	26,50
	Total	10		

	Abordagem	N	Mean Rank	Sum of Ranks
cartão 46	c	5	6,00	30,00
	d	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 48	c	5	6,90	34,50
	d	5	4,10	20,50
	Total	10		
cartão 50	c	5	3,20	16,00
	d	5	7,80	39,00
	Total	10		
cartão 51	c	5	5,90	29,50
	d	5	5,10	25,50
	Total	10		
cartão 57	c	5	8,00	40,00
	d	5	3,00	15,00
	Total	10		
cartão 62	c	5	5,40	27,00
	d	5	5,60	28,00
	Total	10		
cartão 65	c	5	4,90	24,50
	d	5	6,10	30,50
	Total	10		
cartão 66	c	5	7,50	37,50
	d	5	3,50	17,50
	Total	10		
cartão 67	c	5	3,00	15,00
	d	5	8,00	40,00
	Total	10		
cartão 76	c	5	6,30	31,50
	d	5	4,70	23,50
	Total	10		
cartão 77	c	5	5,50	27,50
	d	5	5,50	27,50
	Total	10		
cartão 79	c	5	6,10	30,50
	d	5	4,90	24,50
	Total	10		
cartão 80	c	5	5,20	26,00
	d	5	5,80	29,00
	Total	10		
cartão 81	c	5	5,20	26,00
	d	5	5,80	29,00
	Total	10		
cartão 85	c	5	7,80	39,00
	d	5	3,20	16,00
	Total	10		
cartão 86	c	5	6,20	31,00
	d	5	4,80	24,00
	Total	10		
cartão 89	c	5	7,10	35,50
	d	5	3,90	19,50
	Total	10		

	Abordagem	N	Mean Rank	Sum of Ranks
cartão 93	c	5	6,40	32,00
	d	5	4,60	23,00
	Total	10		
cartão 99	c	5	6,00	30,00
	d	5	5,00	25,00
	Total	10		
cartão 100	c	5	3,20	16,00
	d	5	7,80	39,00
	Total	10		

Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney
(37 cartões – Dimensão do Terapeuta)

	cartão 2	cartão 3	cartão 6	cartão 9	cartão 17	cartão 18
Mann-Whitney U	9,500	7,500	10,000	7,500	,000	8,000
Wilcoxon W	24,500	22,500	25,000	22,500	15,000	23,000
Z	-.651	-1,078	-1,000	-1,500	-2,685	-1,063
Asymp. Sig. (2-tailed)	,515	,281	,317	,134	,007	,288
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,548 ^a	,310 ^a	,690 ^a	,310 ^a	,008 ^a	,421 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,587	,365	1,000	,444	,008	,405
Exact Sig. (1-tailed)	,294	,183	,500	,222	,004	,202
Point Probability	,063	,048	,500	,222	,004	,060

	cartão 21	cartão 22	cartão 24	cartão 27	cartão 28	cartão 31
Mann-Whitney U	10,000	10,000	11,500	,000	4,000	7,000
Wilcoxon W	25,000	25,000	26,500	15,000	19,000	22,000
Z	-1,000	-.532	-.235	-2,685	-1,826	-1,234
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	,595	,814	,007	,068	,217
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,690 ^a	,690 ^a	,841 ^a	,008 ^a	,095 ^a	,310 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	1,000	,683	,841	,008	,071	,286
Exact Sig. (1-tailed)	,500	,341	,421	,004	,036	,143
Point Probability	,500	,067	,079	,004	,016	,040

	cartão 36	cartão 37	cartão 40	cartão 43	cartão 45	cartão 46
Mann-Whitney U	,000	1,500	1,000	7,500	11,500	10,000
Wilcoxon W	15,000	16,500	16,000	22,500	26,500	25,000
Z	-2,643	-2,363	-2,447	-1,081	-.211	-.655
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,018	,014	,280	,833	,513
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,008 ^a	,016 ^a	,016 ^a	,310 ^a	,841 ^a	,690 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,008	,024	,024	,333	,929	1,000
Exact Sig. (1-tailed)	,004	,012	,012	,167	,464	,500
Point Probability	,004	,008	,012	,048	,095	,417

	cartão 48	cartão 50	cartão 51	cartão 57	cartão 62	cartão 65
Mann-Whitney U	5,500	1,000	10,500	,000	12,000	9,500
Wilcoxon W	20,500	16,000	25,500	15,000	27,000	24,500
Z	-1,529	-2,471	-,454	-2,805	-,112	-,680
Asymp. Sig. (2-tailed)	,126	,013	,650	,005	,911	,496
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,151 ^a	,016 ^a	,690 ^a	,008 ^a	1,000 ^a	,548 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,206	,024	,881	,008	1,000	,762
Exact Sig. (1-tailed)	,103	,012	,440	,004	,500	,381
Point Probability	,063	,012	,238	,004	,020	,238

	cartão 66	cartão 67	cartão 76	cartão 77	cartão 79	cartão 80
Mann-Whitney U	2,500	,000	8,500	12,500	9,500	11,000
Wilcoxon W	17,500	15,000	23,500	27,500	24,500	26,000
Z	-2,121	-2,635	-,868	,000	-,638	-,354
Asymp. Sig. (2-tailed)	,034	,008	,386	1,000	,523	,723
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,032 ^a	,008 ^a	,421 ^a	1,000 ^a	,548 ^a	,841 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,040	,008	,476	1,000	,540	,841
Exact Sig. (1-tailed)	,020	,004	,238	,778	,270	,421
Point Probability	,008	,004	,063	,556	,032	,159

	cartão 81	cartão 85	cartão 86	cartão 89	cartão 93
Mann-Whitney U	11,000	1,000	9,000	4,500	8,000
Wilcoxon W	26,000	16,000	24,000	19,500	23,000
Z	-,319	-2,440	-,752	-1,702	-,967
Asymp. Sig. (2-tailed)	,750	,015	,452	,089	,334
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,841 ^a	,016 ^a	,548 ^a	,095 ^a	,421 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,833	,024	,563	,119	,381
Exact Sig. (1-tailed)	,417	,012	,282	,060	,190
Point Probability	,071	,012	,048	,032	,036

	cartão 99	cartão 100
Mann-Whitney U	10,000	1,000
Wilcoxon W	25,000	16,000
Z	-,532	-2,447
Asymp. Sig. (2-tailed)	,595	,014
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,690 ^a	,016 ^a
Exact Sig. (2-tailed)	,675	,024
Exact Sig. (1-tailed)	,337	,012
Point Probability	,063	,012

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Abordagem

**Médias Descritivas e Desvios Padrão
(100 cartões)**

Terapeutas		1	2	3	4	5	6
CC	Mean	1,80	7,60	7,00	8,00	2,20	8,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,837	,894	,707	,707	1,095	,894
Pd	Mean	7,60	6,60	5,20	4,80	4,00	9,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,140	2,302	2,864	2,775	2,121	,000
Total	Mean	4,70	7,10	6,10	6,40	3,10	8,80
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	3,199	1,729	2,183	2,547	1,853	,632

Terapeutas		7	8	9	10	11	12
CC	Mean	4,00	2,20	1,40	1,80	4,40	5,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,000	,837	,548	,837	1,949	2,449
Pd	Mean	4,20	6,00	1,00	3,60	7,20	7,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,304	2,828	,000	2,608	1,924	2,608
Total	Mean	4,10	4,10	1,20	2,70	5,80	6,30
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,101	2,807	,422	2,058	2,348	2,751

Terapeutas		13	14	15	16	17	18
CC	Mean	5,60	1,40	2,80	6,40	6,80	8,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,517	,548	1,304	1,817	1,095	,894
Pd	Mean	4,20	4,80	2,20	3,80	1,40	7,40
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,447	1,924	1,304	2,490	,548	2,510
Total	Mean	4,90	3,10	2,50	5,10	4,10	8,00
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,287	2,234	1,269	2,470	2,961	1,886

Terapeutas		19	20	21	22	23	24
CC	Mean	1,00	2,40	1,60	3,40	6,80	2,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,000	,548	1,342	,548	1,304	2,168
Pd	Mean	2,80	4,00	1,00	4,40	2,00	2,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,490	,707	,000	2,302	1,732	2,608
Total	Mean	1,90	3,20	1,30	3,90	4,40	2,40
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,912	1,033	,949	1,663	2,914	2,271

Terapeutas		25	26	27	28	29	30
CC	Mean	3,40	5,20	6,80	8,20	1,80	8,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,894	1,095	1,095	,837	,837	,837
Pd	Mean	2,60	4,60	1,60	4,40	3,20	2,80
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,342	1,342	,548	2,608	1,095	1,643
Total	Mean	3,00	4,90	4,20	6,30	2,50	5,50
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,155	1,197	2,860	2,710	1,179	3,100

Terapeutas		31	32	33	34	35	36
CC	Mean	6,80	7,20	4,00	3,60	5,60	3,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,643	1,789	1,000	1,517	1,673	1,342
Pd	Mean	5,20	8,40	6,00	5,60	5,80	7,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,588	,894	1,581	1,140	1,643	1,342
Total	Mean	6,00	7,80	5,00	4,60	5,70	5,60
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	2,211	1,476	1,633	1,647	1,567	2,459

Terapeutas		37	38	39	40	41	42
CC	Mean	7,00	8,40	1,00	4,40	6,00	1,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,828	,894	,000	1,517	1,414	,447
Pd	Mean	1,60	1,20	2,40	7,80	5,80	3,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,894	,447	,894	1,304	2,168	1,581
Total	Mean	4,30	4,80	1,70	6,10	5,90	2,10
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	3,466	3,853	,949	2,234	1,729	1,449

Terapeutas		43	44	45	46	47	48
CC	Mean	4,00	2,40	5,60	8,80	8,00	8,40
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,345	1,140	1,140	,447	1,414	,548
Pd	Mean	2,60	2,60	5,60	8,60	6,60	7,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,517	1,817	2,408	,548	1,342	1,581
Total	Mean	3,30	2,50	5,60	8,70	7,30	7,70
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	2,003	1,434	1,776	,483	1,494	1,337

Terapeutas		49	50	51	52	53	54
CC	Mean	1,20	4,80	2,00	7,60	3,00	5,80
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,447	1,095	,707	1,517	1,414	2,168
Pd	Mean	7,20	7,40	1,80	4,40	6,00	4,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,924	1,342	,837	1,342	1,732	1,581
Total	Mean	4,20	6,10	1,90	6,00	4,50	4,90
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	3,425	1,792	,738	2,160	2,173	2,025

Terapeutas		55	56	57	58	59	60
CC	Mean	6,40	3,60	9,00	4,20	3,00	2,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,517	1,140	,000	1,304	,707	1,304
Pd	Mean	5,20	3,00	3,00	4,20	4,80	2,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,837	1,581	1,000	3,271	1,643	1,517
Total	Mean	5,80	3,30	6,00	4,20	3,90	2,40
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,317	1,337	3,232	2,348	1,524	1,350

Terapeutas		61	62	63	64	65	66
CC	Mean	3,00	6,40	6,00	4,40	7,00	6,40
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,707	1,342	1,000	2,191	1,000	2,408
Pd	Mean	3,20	5,20	6,80	7,80	7,40	3,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,168	3,421	2,280	1,304	,894	1,732
Total	Mean	3,10	5,80	6,40	6,10	7,20	4,70
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,524	2,530	1,713	2,470	,919	2,669

Terapeutas		67	68	69	70	71	72
CC	Mean	3,60	5,80	6,00	4,80	4,00	8,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,817	2,168	1,414	,837	1,225	1,414
Pd	Mean	8,20	7,00	6,60	4,20	4,80	5,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,837	2,449	1,817	,837	,837	1,789
Total	Mean	5,90	6,40	6,30	4,50	4,40	6,60
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	2,767	2,271	1,567	,850	1,075	2,119

Terapeutas		73	74	75	76	77	78
CC	Mean	8,60	7,20	7,20	5,20	1,20	3,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,548	1,643	1,483	2,387	,447	2,074
Pd	Mean	5,20	7,20	6,00	3,80	1,20	5,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,095	1,095	2,646	2,683	,447	1,643
Total	Mean	6,90	7,20	6,60	4,50	1,20	4,40
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,969	1,317	2,119	2,506	,422	1,955

Terapeutas		79	80	81	82	83	84
CC	Mean	5,60	7,00	6,40	5,00	3,40	2,20
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,894	1,414	1,817	2,449	2,074	,837
Pd	Mean	5,00	7,40	6,60	6,80	4,00	6,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,345	,894	2,302	2,387	1,581	1,949
Total	Mean	5,30	7,20	6,50	5,90	3,70	4,40
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,703	1,135	1,958	2,470	1,767	2,716

Terapeutas		85	86	87	88	89	90
CC	Mean	6,80	7,60	2,80	6,80	5,40	4,80
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,837	1,342	1,304	1,304	1,673	1,924
Pd	Mean	3,40	6,40	4,20	7,00	3,40	8,40
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	2,074	2,302	1,924	,707	1,673	1,342
Total	Mean	5,10	7,00	3,50	6,90	4,40	6,60
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	2,331	1,886	1,716	,994	1,897	2,459

Terapeutas		91	92	93	94	95	96
CC	Mean	5,20	5,20	6,60	3,80	7,80	5,60
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,304	1,304	2,510	1,924	1,304	3,782
Pd	Mean	7,40	5,40	4,80	5,00	6,40	5,00
	N	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,517	1,949	3,493	,707	1,140	1,871
Total	Mean	6,30	5,30	5,70	4,40	7,10	5,30
	N	10	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,767	1,567	3,020	1,506	1,370	2,830

Terapeutas		97	98	99	100
CC	Mean	4,00	6,20	7,40	3,40
	N	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,225	2,490	1,140	1,673
Pd	Mean	6,20	7,60	5,80	7,00
	N	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,924	,894	3,271	1,225
Total	Mean	5,10	6,90	6,60	5,20
	N	10	10	10	10
	Std. Deviation	1,912	1,912	2,459	2,348