

Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do *Therapeutic Identity*

Questionnaire - ThId

Therapeutic style and theoretical orientation: Comparative study using the Therapeutic

Identity Questionnaire – ThId

Estilo terapêutico e orientação teórica: Comparação pelo ThId

Therapeutic style and theoretical orientation: Comparison through ThId

Autores:

1-Margarida Couto: Universidade do Porto, Porto.

2-Carlos Farate: Universidade do Porto, Porto.

3-Nuno Torres: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

4-Susana Ramos: Universidade Coimbra, Coimbra.

5-Manuela Fleming: Universidade do Porto, Porto.

Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do *Therapeutic Identity*

Questionnaire - ThId

Therapeutic style and theoretical orientation: Comparative study using the Therapeutic

Identity Questionnaire – ThId

Estilo terapéutico y orientación teórica: estudio comparativo con el *Therapeutic Identity*

Questionnaire - ThId

Estilo terapêutico e orientação teórica: Comparação pelo ThId

Therapeutic style and theoretical orientation: Comparison through ThId

Estilo terapéutico y orientación teórica: comparación por ThId

Resumo

O estudo das variáveis relativas ao terapeuta é um tema de relevância empírica no âmbito da investigação sobre o processo e resultados terapêuticos. O objetivo deste estudo é verificar se há diferenças nas respostas dadas às três subescalas em avaliação na versão em língua portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) (fatores curativos, estilo terapêutico e pressupostos de base) em função da orientação teórica, dos anos de experiência e da realização de terapia pessoal dos 34 terapeutas em estudo, e avaliar as características psicométricas do instrumento. Em conclusão, a versão em língua portuguesa do ThId apresenta boas qualidades psicométricas e revela-se útil para detetar diferenças de estilo e atitude terapêutica entre clínicos de diferentes orientações teóricas, mesmo em amostras de reduzida dimensão.

Palavras-chave: terapeutas cognitivo-comportamentais; psicanalistas; variáveis relativas ao terapeuta; ThId.

Abstract

The study of therapist variables is a matter of empirical relevance in the realm of the research on therapeutic process and outcome. The goal of this study is to ascertain the differences regarding the responses given to the 3 subscales of the Portuguese version of the Therapeutic Identity Questionnaire (ThId) in evaluation (curative factors, therapeutic style and basic assumptions) in relation to theoretical orientation, years of experience and previous personal therapy among the 34 therapists enrolled in the study, alongside the psychometric evaluation of the instrument. In conclusion, the Portuguese version of ThId displays good preliminary psychometric qualities and empirical usefulness to capture differences in style and attitude between clinicians of different theoretical models, even in reduced samples.

Keywords: cognitive-behavioral therapists, psychoanalysts, therapist variables, ThId.

Resumen

El estudio de las variables relacionadas con el terapeuta es tema de preminencia empírica en el contexto de la investigación sobre proceso y resultados terapéuticos. El objetivo de este estudio es verificar si hay diferencias en las respuestas a las tres subescalas en evaluación de la versión en lengua portuguesa del *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) (factores curativos, estilo terapéutico y supuestos de base) en función de la orientación teórica, años de experiencia y realización de terapia personal de los 34 terapeutas participantes, y evaluar las características psicométricas del instrumento. En conclusión, la versión en lengua portuguesa del ThId tiene buenas propiedades psicométricas y es útil para detectar diferencias de estilo y actitud terapéutica entre clínicos de diferentes orientaciones teóricas, incluso en muestras de tamaño limitado.

Palabras-clave: terapeutas cognitivo-comportamentales, psicoanalistas, variables relacionadas con el terapeuta; ThId.

Introdução

É crescente a importância atribuída às variáveis ligadas ao psicoterapeuta (estilo pessoal, pressupostos teóricos, personalidade, experiência profissional, sexo, idade e valores culturais) no contexto dos estudos de avaliação sobre o processo psicoterapêutico (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Beutler e cols., 2004; Peuker, Habigzang, Koller & Araújo, 2009). Apesar do caráter subjetivo de algumas das variáveis mais significativas (por exemplo, relação terapêutica, modelo terapêutico, estilo pessoal e pressupostos teóricos), a revisão das meta-análises realizada dá ênfase ao seu contributo para os resultados terapêuticos; contudo, os estudos publicados são, de um modo geral, inconclusivos quanto ao seu real impacto terapêutico (Beutler e cols., 2004).

Tomando uma das variáveis subjetivas mais estudadas, o estilo terapêutico, é possível concluir, pela análise da literatura especializada (por exemplo, Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Sandell e cols., 2004; Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez, Garcia, 2006; Hill & Knox, 2008; Barber, 2009) que a influência terapêutica seja da diretividade, associada aos terapeutas cognitivo-comportamentais, seja da não-diretividade, de tradição psicodinâmica, é mediada pela receptividade do paciente ao modo de condução do processo terapêutico, variando, ainda, em função da patologia em tratamento. Assim, por exemplo, Borkovek e Costello (1993), através de um estudo aleatório controlado, concluíram pela superioridade do estilo diretivo em pacientes com ansiedade generalizada, enquanto Beutler, Clarkin e Bongar (2000), num estudo multicêntrico conduzido em toxicodependentes e doentes depressivos, verificaram que os doentes mais resistentes ao tratamento beneficiaram de estilos não-diretivos e os menos resistentes de um estilo psicoterapêutico diretivo. Ainda no que diz respeito ao estilo do psicoterapeuta, o impacto da promoção do *insight* (típico da psicoterapia psicodinâmica) e da focalização na resolução dos sintomas (caraterístico da terapia cognitivo-comportamental)

variam em função do caráter introspectivo e autorreflexivo, ou, pelo contrário, agressivo e impulsivo do funcionamento mental do paciente em tratamento (por exemplo, Beutler e cols., 1994; Beutler e cols., 2000).

Por outro lado, a experiência profissional do psicoterapeuta pode ser diretamente correlacionada com a qualidade dos resultados terapêuticos, embora a variação do valor das correlações encontradas nos diferentes estudos (entre .09 e .48) dificulte a elaboração de conclusões, uma vez que não se encontrou um padrão consistente de resultados (Beutler e cols., 2004). Os resultados do estudo de Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar e Blomberg (2002), efetuado sobre a base de dados do *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project* (STOPP), e incluindo maioritariamente terapeutas psicodinâmicos, indicam uma correlação estatisticamente significativa entre a experiência profissional, sobretudo o tempo de experiência posterior à formação psicoterapêutica específica, e os resultados terapêuticos [$t(755) > 2.30, p < .05$, para a comparação entre o grupo de terapeutas mais experientes e o grupo de terapeutas menos experiente]. Também foi verificada a influência da experiência profissional na eficácia terapêutica com pacientes sofrendo de diferentes patologias (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997).

Outros aspetos subjetivos relacionados com o terapeuta são os pressupostos teóricos e os valores culturais, sempre associados ao modelo teórico de referência e aos procedimentos técnicos que dele decorrem. Assim, no estudo de Sandell e cols. (2007) as atitudes e os ideais dos terapeutas mostraram uma correlação estatisticamente significativa ($r=.51; p=.001$) com a qualidade dos resultados terapêuticos na avaliação após tratamento. Todavia, é a qualidade da relação terapêutica que sintetiza o contributo de muitas das variáveis acima referidas para os resultados do tratamento, o que está em linha com o caráter determinante da dinâmica interpessoal, seja qual for o modelo terapêutico e a finalidade - expressiva ou de suporte - da terapia em causa (Bachelor & Salame, 2000; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll,

2001; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004; Muran e cols., 2009; Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz & Gallop, 2011).

Relativamente à aliança terapêutica, vários investigadores (Barber e cols., 2001; Crits-Christoph e cols., 2011) confirmam o seu poder preditivo específico, enquanto Beutler e cols. (2004), ao reverem a literatura sobre o impacto da relação terapêutica nos resultados do tratamento, estimaram que esta variável explica 17% da variância quanto à melhoria sintomática em pacientes com diferentes patologias e em diferentes modalidades de tratamento. Contudo, numa recente revisão crítica sobre os pressupostos da investigação empírica em psicoterapia, Barber (2009) relativiza o contributo específico desta variável, valorizando, antes, o carácter complexo da influência exercida conjuntamente pela aliança e pelas técnicas utilizadas pelo terapeuta (interpretação, suporte, *insight* e diretividade) em função da patologia do paciente, do tipo de tratamento e da adesão deste último ao tratamento em causa. A este propósito, importa referir que o *Therapeutic Identity Questionnaire* – ThId (Sandell e cols., 2004), pela sua estrutura fatorial, permite estabelecer correlações entre variáveis objetivas (por exemplo, formação psicoterapêutica, experiência profissional e atitudes terapêuticas) e subjetivas (estilo terapêutico, modelo terapêutico e pressupostos teóricos) para um mesmo terapeuta, o que alarga o campo de análise comparativa entre fatores cujo contributo para os resultados terapêuticos é, as mais das vezes, investigada separadamente. Assim, no estudo de 2004, os autores referidos puderam identificar diferenças entre terapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos relativamente à valorização da atitude de suporte e de ajustamento, entre os primeiros, e a valorização do *insight* para os segundos, e, facto ainda mais curioso, encontraram um *cluster* de terapeutas ecléticos *mainstream*, de influência psicanalítica, que se distinguiam dos psicanalistas pelo recurso ao *aqui-e-agora* e que, em muitos fatores correlacionados com os resultados terapêuticos, se aproximavam dos terapeutas cognitivos-comportamentais.

Tendo em consideração o que acaba de ser referido relativamente à estrutura psicométrica e à utilidade empírica do ThId (versão 3) são objetivos deste estudo: 1) estudar as características psicométricas da versão experimental em língua portuguesa deste instrumento; 2) verificar semelhanças e diferenças nas respostas às subescalas deste instrumento por parte de terapeutas cognitivo-comportamentais e de terapeutas psicodinâmicos, em função da formação pessoal, do grau de experiência e do estilo terapêutico de cada um

Método

O presente estudo faz parte de um projeto mais vasto de construção e validação de um instrumento psicométrico original para a avaliação do *setting* terapêutico em psicoterapia, aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (e respetivo Comitê de Ética). Este projeto foi também aprovado e financiado pelo comitê de investigação da *International Psychoanalytical Association - Evaluation of Research Proposals and Results Subcommittee* (IPA - CERP).

Participantes

A versão experimental em língua portuguesa do ThId foi distribuída em suporte papel a uma amostra de conveniência de 34 psicoterapeutas, tendo todos correspondido ao solicitado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos ($M=40.35$; $DP=8.66$), sendo 25 do género feminino. A formação disciplinar de base reparte-se pela psicologia (24=70.6%) e pela medicina (10=29.4%). Quanto à orientação teórica, 20 respondentes (58.8%) têm formação em terapia cognitivo-comportamental (TCC) e 14 (41.2%) em psicanálise (formações credenciadas, respetivamente, pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva e pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise).

Em média, os respondentes desenvolvem o seu trabalho como psicoterapeutas há 12.8 anos (DP=8.24), sendo que a maioria (47.1%) é psicoterapeuta no intervalo compreendido entre 8 e 15 anos. Os terapeutas cognitivo-comportamentais (TCC) apresentaram uma média de 12.7 anos de experiência (DP=7.1), enquanto os psicanalistas têm uma média de 12.2 anos de experiência (DP=9.8). Os respondentes dedicam, em média, 22.0 horas (DP=13.0) por semana à psicoterapia, durante as quais atendem uma média de 18.29 clientes/pacientes (DP=12.61). Em termos da formação pessoal, 21 sujeitos (61.6%) realizaram uma terapia pessoal, referindo diversa orientação teórica (psicanálise/psicodinâmica, psicodrama, terapia cognitivo-narrativa, rogeriana e psicologia transpessoal). Relativamente ao contexto em que exercem a sua prática psicoterapêutica, 18 sujeitos (52.9%) exercem-na em consultório privado, 6 (17.6%) em serviços públicos e 10 (29.4%) em ambos os contextos. De referir ainda que 52.9% dos participantes não têm necessidade de mudar de consultório, mantendo o mesmo *setting* nas diferentes sessões. Relativamente à afiliação a sociedades/escolas psicoterapêuticas, 30 participantes (88.2%) estão inscritos numa sociedade/associação/colégio/ordem.

Descrição do instrumento

O ThId (*Therapeutic Identity Questionnaire*) desenvolvido por Sandell e cols. (2004; 2007; 2010) contém, na versão utilizada neste estudo (versão 3, aperfeiçoada do instrumento fornecida pelo autor em 2010, em conjunto com o respetivo manual e valores psicométricos para cada uma das subescalas), 150 questões repartidas por 6 seções (A a F). As quatro primeiras seções reportam-se a: 1. características sociodemográficas, formação académica e profissional (seção A); 2. experiência profissional (por exemplo, experiência profissional, duração e extensão da prática psicoterapêutica) (seção B); 3. dados relativos à realização anterior de terapia pessoal por iniciativa própria ou no quadro da formação profissional (seção

C); 4. identificação das orientações teóricas em que é baseado o respetivo trabalho psicoterapêutico (por exemplo, psicanálise/psicodinâmica, cognitiva, cognitivo-comportamental, psicoterapias humanistas e experienciais, terapia familiar) (seção D), sendo esta seção avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos de acordo com o uso que faz das diferentes orientações teóricas (0=nada a 4=muito).

A 5ª seção (E) é constituída por duas subescalas que exploram a perceção do psicoterapeuta sobre as atitudes terapêuticas (Sandell e cols., 2004; Sandell e cols., 2007). A primeira subescala, *Fatores curativos* (E1), contém 33 itens, cotados numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (0=nada a 4=muito) que avaliam as crenças do terapeuta relativamente ao valor curativo de vários aspetos da psicoterapia (por exemplo, *ajudar o paciente a controlar as emoções; trabalhar com as recordações de infância do paciente*). A segunda subescala, *Estilo terapêutico* (E2), é composta por 35 itens que descrevem a forma habitual de condução da psicoterapia (por exemplo, *não respondo a perguntas de carácter pessoal vindas do paciente, as minhas intervenções verbais são breves e concisas*), também cotada numa escala do tipo *Likert* de forma idêntica à anterior.

A 6ª seção, *Pressupostos de base* (F) é constituída por 16 itens que abordam as teorias privadas e/ou pressupostos do psicoterapeuta acerca da natureza do trabalho psicoterapêutico e da mente humana. Esta última subescala é cotada numa escala bipolar contínua com uma afirmação em cada pólo, devendo o respondente marcar nessa linha a posição que entende corresponder ao seu grau de concordância relativamente a diferentes pressupostos (por exemplo, *a psicoterapia pode ser descrita como ...uma forma de arte / uma ciência, o comportamento humano é governado essencialmente....por fatores externos objetivos / por fatores internos subjetivos, a personalidade é determinada por...hereditariedade / ambiente*). O ThId apresenta ainda uma seção final (G) com um conjunto de quatro questões abertas baseadas no *Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky e cols., 1999), a qual

foi também traduzida e adaptada mas não incluída neste estudo, uma vez que não está diretamente relacionada com os objetivos estabelecidos neste trabalho.

O estudo de construção do instrumento original foi feito a partir de uma análise fatorial exploratória e validação cruzada da amostra, até se atingirem fatores estáveis e interpretáveis (Sandell, 2010; Sandell e cols., 2004). Os itens das subescalas E1, E2 e F foram agrupados em nove fatores: E1- *Fatores curativos (ajustamento, insight e simpatia)*, E2 - *Estilo terapêutico (neutralidade, apoio e dúvida em relação a si)*, F - *Pressupostos de base (irracionalidade, arte e pessimismo)*. No que se refere à consistência interna, algumas subescalas (*ajustamento, insight, simpatia, neutralidade e apoio/suporte*) revelaram boas qualidades psicométricas (valores de Alfa de Cronbach entre .75 e .87); no entanto, as restantes escalas (*dúvida em relação a si, irracionalidade, arte e pessimismo*) revelaram baixa consistência interna, com valores de Alfa de Cronbach entre .48 e .67 (Sandell, 2010).

Procedimento de adaptação para a língua portuguesa

Quanto aos procedimentos de adaptação para a língua portuguesa, o primeiro passo consistiu na aquisição dos instrumentos e autorização por parte do autor; tendo-se passado, de seguida, aos procedimentos de tradução e de adaptação para a língua portuguesa de uma primeira versão experimental. Os procedimentos tiveram por base as diretrizes da *International Test Commission* (ITC; 2003; 2010), as recomendações de Hambleton, Merenda & Spielberger (2005) e Gregoire & Hambleton (2009), e ainda as sugestões para adaptação de instrumentos de autores experientes nestes procedimentos metodológicos (Hill & Hill, 2005). De acordo com as referidas diretrizes, a tradução deverá ser realizada por dois ou mais tradutores independentes bilingues, ou tradutores oficiais cuja língua mãe é a da versão a adaptar (van de Vijver & Hambleton, 1996; van de Vijver & Tanzer, 1997). Assim, para efetuar uma tradução com garantias de rigor metodológico, numa primeira fase foram

contratados dois tradutores bilingues independentes (tradutores oficiais licenciados). Num segundo momento fez parte do painel de tradutores um especialista em metodologia bilingue (português-inglês) com formação em psicologia e participação em vários trabalhos de construção e validação de instrumentos psicológicos.

A fim de cumprir com as *guidelines* para adaptação de testes da ITC (2010) foi garantido que os especialistas que participaram na tradução tinham diferentes currículos académicos e origens culturais, de forma a assegurar que o resultado final do texto entra em consideração, simultaneamente, com os aspetos linguísticos e culturais da língua de origem e da língua da versão adaptada. A versão retrovertida foi revista e aprovada por Rolf Sandell, isto é, pelo primeiro autor do instrumento original.

Procedimentos de análise estatística

Os dados foram analisados através do *software* SPSS versão 19, tendo-se realizado uma análise da consistência interna (através do cálculo do valor de Alfa de *Cronbach*) das subescalas com os itens da versão original do instrumento, intitulada “versão em língua portuguesa inicial”. Como se pode verificar na Tabela 1, os valores do Alfa de *Cronbach* das subescalas da seção *Fatores curativos (ajustamento, insight e simpatia)* estão muito próximos dos que foram obtidos no estudo de validação do instrumento (Sandell, 2010; Sandell e cols., 2004). O valor do fator *dúvida em relação a si*, pertencente à seção *Estilo terapêutico*, apresenta até um Alfa de *Cronbach* superior à versão original.

(inserir Tabela 1)

Já os fatores *neutralidade e apoio/suporte*, pertencentes à seção *Estilo terapêutico* e os fatores *irracionalidade, arte e pessimismo*, pertencentes à seção *Pressupostos de base*, apresentaram na versão em língua portuguesa inicial índices de consistência interna mais

baixos do que os da versão original (Sandell e cols., 2004; 2010). De forma a averiguar e melhorar este aspeto foi realizada uma análise detalhada de correlação item-total para cada um destes fatores, item por item, que é apresentada nas Tabelas 2 e 3.

(inserir Tabela 2)

(inserir Tabela 3)

Através da análise da correlação item-total, e do incremento de Alfa de *Cronbach* retirando os itens com baixa correlação item-total, foram selecionados os itens que maximizavam a consistência interna dos fatores (apresentados em *itálico* nas Tabelas 2 e 3). Obtivemos, assim, uma versão que intitulámos “versão em língua portuguesa melhorada” (cf. Tabela 1), e na qual os Alfas de *Cronbach* se aproximaram mais da versão original (Sandell, 2010; Sandell e cols., 2004).

Foram realizados testes de *Kolmogorov-Smirnoff* para verificar se as distribuições das subescalas diferiam da distribuição normal. Para um nível de significância $p = .05$ e intervalo de confiança de 95%, nenhuma das escalas revelou uma distribuição significativamente diferente da distribuição normal. Foi, em seguida, testada a relação entre as subescalas do ThId e variáveis do psicoterapeuta: *Realização de terapia pessoal*, *Orientação teórica* (através de análises de variância- ANOVA) e *Anos de experiência* (através de análises de correlação). Para verificar se os itens permitem discriminar significativamente os dois tipos de orientações teóricas foi realizada uma análise discriminante, incluindo como variáveis independentes todos os itens individuais do questionário e, como variável dependente dicotómica, a orientação teórica. Finalmente foram realizadas análises de variância para verificar quais os itens que apresentavam diferenças significativas entre as duas orientações teóricas.

Resultados

Apresentam-se seguidamente, os resultados que nos indicam a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas a cada uma das seções e respetivos fatores do ThId em função de variáveis relativas ao terapeuta: realização de terapia pessoal, anos de experiência e orientação teórica (cognitivo-comportamental *versus* psicodinâmica), adotando como nível de significância 5%.

Realização de terapia pessoal

Foram realizadas ANOVAS no sentido de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos resultados para cada fator entre os terapeutas que fizeram terapia pessoal (N=21) e os terapeutas que não fizeram terapia pessoal (N=13). Verificamos que existem diferenças assinaláveis (estatisticamente significativas e marginalmente significativas) entre os terapeutas que afirmam ter feito uma psicoterapia pessoal e os que referem não ter feito psicoterapia pessoal quanto aos fatores *ajustamento* da seção *Fatores curativos* (F [1,33] =3.75, $d=0.47$), *apoio/suporte* da seção *Estilo terapêutico* (F [1,33] =10.29, $d=1.10$) e *psicoterapia como uma arte* da seção *Pressupostos de base* (F [1,33] =3.08, $d=0.62$). Verifica-se ainda, que os sujeitos que não fizeram terapia pessoal recorrem mais a um estilo terapêutico de *apoio/suporte* (M=3.46) do que os sujeitos que fizeram terapia pessoal (M=3.03), sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ($p < .05$). Na mesma linha do resultado anterior, a valorização do *ajustamento* como fator terapêutico é maior entre os psicoterapeutas que não realizaram terapia pessoal prévia (M=3.45) do que entre aqueles que se submeteram a terapia pessoal (M=3.10), sendo que esta diferença é marginalmente significativa ($p=.06$). Finalmente, os psicoterapeutas que fizeram terapia pessoal acreditam mais no pressuposto de base *Psicoterapia como uma arte* (M=5.49) do que

aqueles que não fizeram terapia pessoal ($M=4.73$), sendo esta diferença marginalmente significativa (para $p=.10$).

Anos de experiência

Através de uma análise de variância verificou-se que não existem diferenças significativas entre a média da variável *anos de experiência* dos terapeutas cognitivo-comportamentais (TCC) e dos psicanalistas. Também não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os anos de experiência e qualquer um dos fatores do questionário, usando a amostra total do presente estudo. No entanto, dividindo a amostra entre os sujeitos que fizeram e não fizeram terapia pessoal foram encontradas correlações (não-paramétricas de *Spearman*) assinaláveis: os sujeitos que não fizeram terapia pessoal demonstram uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r_s = -.48$; $p < .05$) entre o número de anos de experiência profissional e o uso de um estilo terapêutico baseado no *insight*. A mesma correlação negativa também é identificável com os fatores *simpatia* ($r_s = -.46$; $p = .058$) e *neutralidade* ($r_s = -.46$; $p = .057$), embora para estas duas variáveis seja marginalmente significativa. Em suma, os terapeutas que não fizeram terapia pessoal tendem a usar menos técnicas de *insight*, a sentir menor simpatia pelos pacientes e a ser menos neutrais nas suas técnicas, à medida que os anos de experiência aumentam.

Orientação teórica: Cognitivo-comportamental versus psicodinâmica

Nesta análise foram apenas incluídos os psicoterapeutas que responderam *sim* à questão *Está inscrito/a em alguma sociedade/associação/colégio/ordem?* ($N=29$), de forma a controlar o possível efeito atípico de psicoterapeutas que não regem a sua prática por linhas claramente definidas pelas respectivas sociedades científicas. Foram realizadas ANOVAS no sentido de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados para

cada fator entre os TCC (N=19) e os psicanalistas (N=10). Apesar que não se identificarem diferenças estatisticamente significativas (para $p < .05$) em nenhuma das subescalas, existe um efeito marginalmente significativo para o fator curativo *ajustamento* ($F [1,28] = 3.89$; $p = .059$, $d = 0.74$), sendo que os participantes de orientação cognitivo-comportamental acreditam mais no *ajustamento* como fator curativo ($M = 3.35$) do que os participantes de orientação psicodinâmica ($M = 2.95$).

Para verificar se os itens permitem discriminar significativamente os dois tipos de orientação teórica foi realizada uma análise discriminante, incluindo como variáveis independentes todos os itens individuais do questionário. Foi, então, extraída uma função discriminante com um valor significativo (Chi-quadrado=40.33; $p < .05$). Foram também calculadas as previsões de pertença aos dois grupos baseadas no modelo estatístico incluindo todos os itens. Conclui-se, que a função discriminante permite prever o grupo de pertença em todos os psicoterapeutas de orientação psicodinâmica e em 18 dos 19 terapeutas cognitivo-comportamentais.

As ANOVAS permitiram detetar diferenças estatisticamente significativas univariadas, apresentadas na tabela 4, em 9 itens repartidos pelas subescalas E1 - *Fatores curativos* (os primeiros quatro itens apresentados na tabela) e E2 - *Estilo terapêutico* (os restantes cinco itens).

(inserir Tabela 4)

Discussão e conclusões

Tal como aconteceu relativamente à apresentação dos resultados, são discutidos em primeiro lugar as características psicométricas da versão experimental em língua portuguesa do ThId. Assim, no que respeita à consistência interna por fator, em particular da subescala E1- *Fatores curativos*, os valores obtidos são muito próximos dos que foram obtidos no estudo de

validação do instrumento original, o que não acontece para as subescalas E2 - *Estilo terapêutico* (com exceção do fator *dúvida em relação a si* que apresenta um Alfa de *Cronbach* superior à versão original) e F- *Pressupostos de base* que apresentam valores mais baixos. Estes resultados poderão estar relacionados com as limitações inerentes à adaptação internacional de instrumentos (Harkness, Pennell & Schoua-Glusberg, 2004), nomeadamente às dificuldades de interpretação de alguns itens por parte dos participantes no estudo.

Ainda assim, os procedimentos de incremento do Alfa de *Cronbach* permitiram obter valores mais elevados e chegar a uma versão melhorada do instrumento (cf. Tabela 1). Apesar da amostra do estudo ser reduzida, em relação ao número de sujeitos tradicionalmente considerados necessários para uma estimação correta do índice Alfa de *Cronbach*, estudos psicométricos usando simulações de Monte Carlo (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999; Yurdugul, 2008) têm demonstrado o contrário. Um estudo recente mostrou que quando o 1º *eigenvalue* de um conjunto de itens extraído por Análise de Componentes Principais (PCA) for próximo ou maior do que 6.0, uma amostra de n=30 pode ser suficiente para uma estimação correta (Yurdugul, 2008). No que se refere ao presente estudo, o 1º *eigenvalue* obtido por PCA para o conjunto de itens da seção *Fatores curativos* foi de 7.85, para o conjunto de itens da seção *Estilo terapêutico* foi de 5.45, e, para o conjunto de itens da seção *Pressupostos de base*, foi de 4.04.

Embora se trate de um dado de valorização relativa, quer em função do n da amostra, quer, sobretudo, em função da influência previsível da orientação teórica dos terapeutas em estudo (não avaliado nas análises realizadas) é de realçar que os participantes que não efetuaram terapia pessoal recorrem mais a um estilo de apoio/suporte e valorizam mais o fator curativo *Ajustamento* do que aqueles que fizeram terapia pessoal. Este dado pode estar relacionado com a crença na necessidade da aliança terapêutica a fim de favorecer a retenção do paciente em tratamento, menos sentida pelos terapeutas que passaram por uma terapia

pessoal. Em concordância com estes resultados podem ser referidos quer a correlação positiva entre a terapia pessoal prévia do psicoterapeuta e a retenção do paciente em tratamento identificada por Greenspan e Kulish (1985), quer a maior confiança pessoal e melhor qualidade da aliança terapêutica identificadas por Gold e Hilsenroth (2009) entre os clínicos em formação psicoterapêutica do seu estudo que beneficiaram de psicoterapia prévia.

Por outro lado, a menor tendência a recorrer ao *insight* e a manter uma atitude de neutralidade na relação terapêutica com os anos de experiência profissional entre os psicoterapeutas que não realizaram terapia pessoal poderá estar relacionada com o fato, realçado na literatura, de que são os psicanalistas (isto é, aqueles que mais recorrem a um estilo terapêutico baseado nestas duas variáveis) que incluem a terapia pessoal como exigência formativa de base (Beutler e cols., 2004; Sandell e cols., 2006). Assim, poder-se-á supor que serão os terapeutas cognitivo-comportamentais que, neste estudo, mais contribuem para a correlação negativa identificada entre experiência profissional, recurso ao *insight* e *neutralidade* na relação com o paciente.

No que diz respeito à ausência de diferenças estatisticamente significativas para as variáveis que compõem as subescalas E1 e E2 do ThId nas análises de variância realizadas entre psicanalistas e TCC, importa referir que estes resultados estão em linha com os dados de vários estudos e meta-análises da literatura especializada que indicam que a correspondência entre os procedimentos técnicos e o modelo teórico específico é relativamente modesta (Beutler e cols., 2004).

Quanto ao estilo terapêutico, que neste estudo é definido, a partir de Sandell e cols. (2004), como o modo habitual de conduzir a psicoterapia, em linha com a definição de Oliveira e cols. (2006), que valoriza as funções integradas que definem as disposições e atitudes habituais do terapeuta, interessa salientar que os resultados da análise discriminante efetuada indicam que os TCC recorrem mais à educação do paciente sobre os problemas

psíquicos, ao trabalho sobre os sintomas, ao contato com familiares, a pedido deste último, e ao reforço ativo da empatia do que os psicanalistas. Estes resultados estão em concordância com os resultados do estudo de Oliveira e cols. (2006), apesar do estilo terapêutico, neste último estudo, ser avaliado a partir da versão brasileira de outro instrumento (O Estilo Pessoal do Terapeuta EPT-Q).

Finalmente importa referir, como limitações deste estudo, o tamanho reduzido de participantes (que apesar de permitir a avaliação psicométrica preliminar do ThId, limita a sua exploração empírica), bem como o fato de não ter sido avaliado o contributo específico das variáveis em estudo para a eficácia terapêutica (alívio sintomático, mudança psíquica). Esta limitação, que decorre da não utilização de uma amostra de pacientes neste estudo, deverá ser resolvida pela sua inclusão em futuros estudos.

Referências

- Bachelor, A., & Salame, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 39-53.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. doi: 908627667 [pii]10.1080/10503300802609680
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., & Siqueland, L. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124.
- Beutler, L., Clarkin, J. F., & Bongar, B. M. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Oxford England; New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Machado P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. Em S. Garfield & A. Bergin (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 259-269). New York: Wiley & Sons.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. Em M. Lambert (Orgs.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 227-306). New York: Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than

- you might think. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 79(3), 267-278. doi: 2011-10887-001 [pii]10.1037/a0023668
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- Gold, S. H., & Hilsenroth, M. J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 159-171.
- Greenspan, M., & Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82
- Gregoire, J., & Hambleton, R. K. (2009). Advances in test adaptation research: A special issue. *International Journal of Testing*, 17(3), 164-172.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Harkness, J. A., Pennell, B. E., & Schoua-Glusberg, A. (2004). Survey questionnaire translation and assessment. In S. Presser, J. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin & E. Singer (Orgs.), *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- International Test Commission. (2003). *Diretrizes internacionais para a utilização de testes—versão portuguesa*. Lisboa: Cegoc.
- International Test Commission. (2010). *International test commission guidelines for translating and adapting tests*. London: ITC.

- Luborsky, L., McLellan, A., Diguer, L., Woody, G., & Seligman, D. (1997). The psychotherapist matters. Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- MacCallum, R.C, Widaman, K.F. Zhang S. & Hong S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods* 4(1),84-99.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248. doi: 2009-08897-008 [pii]10.1037/a0016085
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Oliveira, M. S., Nunes, M. L. T., Fernández-Álvarez, H., & Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37(3), 241-247.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., . . . Wiseman, H. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153. doi: 10.1080/10503309912331332651
- Orlinsky, D., Rønnestad, M., & Willutzki, U. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Em M. J. Lambert (Orgs.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 307-389). NY: Wiley.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445.

- Sandell, R. (2010). *Scoring manual for the ThId-v3 scales using the SPSS*. Manuscrito não publicado.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. (2002). Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome. *European Psychotherapy*, 3(1), 17-35. doi: citeulike-article-id:7442018
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the therapeutic attitudes scales (tasc-2). *Psychotherapy Research*, 14(4), 469-484. doi: 10.1093/ptr/kph039
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17(2), 201-211. doi: 10.1080/10503300600608439
- van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.
- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology*, 47(4), 263-279.
- Yurdugul, H. (2008). Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: A Monte-Carlo study. *Hacettepe University Journal of Education*, 35, 397-405.

Anexos

Tabela 1 Consistência interna (α de *Cronbach*) por fator de várias versões do ThId

Subescala (ou seção)	Fator	Versão em língua portuguesa inicial	Versão em língua portuguesa melhorada	Versão original (Sandell, 2010; Sandell e cols., 2004)
E1. Fatores curativos	Ajustamento	.83	.83	.83
	<i>Insight</i>	.85	.85	.87
	Simpatia	.79	.79	.82
E2. Estilo terapêutico	Neutralidade	.42	.67	.79
	Apoio/suporte	.54	.65	.75
	Dúvida em relação a si	.67	.67	.50
F. Pressupostos de base	Irracionalidade	.42	.51	.67
	Arte	.36	.51	.57
	Pessimismo	.42	.58	.57

Tabela 2 Correlações item-total para os fatores da seção *Estilo terapêutico*

	Neutra- lidade	Apoio/ suporte	Dúvida em relação a si
Não exprimo os meus próprios sentimentos nas sessões	.57		
Não respondo a perguntas de caráter pessoal vindas do paciente	.12		
As minhas intervenções verbais são breves e concisas	.37		
Se um paciente pedir, posso concordar em falar com um dos seus familiares (<i>item invertido</i>)	.33		
Mantenho as minhas opiniões e circunstâncias pessoais fora da terapia	.31		
Atuo de uma forma mais neutra do que pessoal na terapia	.21		
Quero que o paciente desenvolva sentimentos fortes durante a terapia	-.23		
A minha contratransferência é um instrumento importante	-.18		
Manter o enquadramento terapêutico é fundamental no meu trabalho	.03		
Evito o contacto físico com o paciente	.25		
Sou ativo/a durante as sessões		.33	
Tenho uma atitude positiva em relação a sessões suplementares		.16	
Não quero que o paciente desenvolva sentimentos fortes em relação a mim como pessoa		.32	
É importante ordenar e estruturar o material		.29	
Coloco frequentemente questões ao paciente		-.01	
É importante transmitir esperança ao paciente		-.12	
No início da terapia, comunico sempre ao paciente os objetivos terapêuticos		.59	
Eu explico sempre para mim próprio/a os objetivos terapêuticos durante a terapia		.48	
Sinto-me ansioso/a para que o paciente alcance os seus objetivos de vida		.23	
Acho difícil lidar com a agressividade do paciente			.23
Não permito longos períodos de silêncio durante a sessão terapêutica			-.09
Muitas vezes não tenho a certeza se os meus sentimentos refletem os problemas do paciente ou os meus próprios problemas			.32
Observo atentamente os meus próprios sentimentos, de modo a entender o que se passa com o paciente			.03
Parece-me que frustro facilmente os meus pacientes			.66
Muitas vezes não estou seguro/a sobre o que devo fazer ou dizer na sessão			.59
Duvido da minha própria capacidade de conter os sentimentos do paciente			.35
O meu envolvimento nos objetivos de vida do paciente constitui um obstáculo ao trabalho terapêutico			.29
Pareço lidar melhor com pacientes que se parecem comigo em alguns aspetos			.60
Tenho dúvidas se serei um/a bom/boa terapeuta			.59
<i>Alfa de Cronbach</i>	.67	.65	.67

Tabela 3 *Correlações item-total para os fatores da seção Pressupostos de base*

	Irracionalidade	Psicoterapia como arte	Pessimismo
f2_6 Processos conscientes <i>versus</i> Processos inconscientes	.27		
f3_1 Racionais <i>versus</i> Irracionais	.25		
f4_1 Livre arbítrio <i>versus</i> Fatores incontroláveis	.09		
f4_2 Fatores objetivos externos <i>versus</i> Fatores subjetivos internos	.40		
f1_1 Uma forma de arte <i>versus</i> Uma ciência		.14	
f1_2 Ofício <i>versus</i> Atividade livre e criativa		.12	
f2_1 Formação <i>versus</i> Personalidade		.19	
f2_2 Intuição <i>versus</i> Pensamento sistemático		.51	
f2_3 Pontos de vista relativistas <i>versus</i> Convicções absolutas		.01	
f2_4 Noção de que tudo pode ser compreendido <i>versus</i> Noção de que nem tudo pode ser compreendido			.34
f5_1 Hereditariedade <i>versus</i> Ambiente			.31
f6_1 Imutável <i>versus</i> Mutável			.15
f7_1 Totalmente compreensíveis <i>versus</i> Totalmente incompreensíveis			.50
f8_1 Os seres humanos podem desenvolver- se infinitamente <i>versus</i> De modo nenhum			-.13
Alfa de <i>Cronbach</i>	.51	.51	.58

Tabela 4 *Diferenças em função da orientação teórica dominante por item*

itens	Orientação teórica dominante		F
	Cognitivo-comportamental	Psicodinâmica/Psicanalítica	
Incentivar o paciente a pensar nos seus problemas de formas mais positivas	3.88	3.00	4.14* (0.89)
Educar o paciente sobre os seus sintomas e problemas psíquicos	3.82	2,80	7.47* (1.10)
Estabelecer objetivos concretos para o paciente	3.88	3,10	5.78* (0.91)
Trabalhar com os sintomas do paciente	4.06	3.40	4.45* (0.92)
Acho difícil lidar com a agressividade do paciente	2.10	1.60	4.15* (0.85)
Admito os meus próprios erros ao paciente	3,17	2.30	5.88* (0.97)
Se um paciente pedir, posso concordar em falar com um dos seus familiares	3.94	2.80	8.53* (1.19)
É importante transmitir esperança ao paciente	4.10	3.30	4.26* (0.94)
Manter o enquadramento terapêutico é fundamental no meu trabalho	4.00	3.30	5.47* (0.89)

* $p < 0.05$

Os valores *d* de *Cohen* são apresentados entre parêntesis