

Que integração em psicoterapia: Um estudo descritivo das práticas de psicoterapeutas Portugueses

André Cravo* / Carla Moleiro**

* E.S.C.A. – Espaço para a Saúde da Criança e do Adolescente; ** ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa / CIS

A integração em psicoterapia tem sido crescente e estudada em termos da sua prevalência em Portugal. Contudo, pouco se sabe acerca do tipo e forma de integração realizada pelos psicoterapeutas portugueses. O presente estudo procurou explorar e descrever a forma como os psicoterapeutas integram intervenções de diversos modelos psicoterapêuticos. O seu objectivo geral foi investigar se a integração era feita de forma sistemática, responsiva às características dos pacientes, e baseada na evidência empírica. Participaram no estudo 65 psicoterapeutas (78% do sexo feminino, idade média de 32 anos), com experiência clínica variada (0.5-20 anos) e distintas orientações teóricas. Os participantes responderam a um questionário, desenvolvido a partir do Modelo de Selecção Sistemática, utilizando uma metodologia quantitativa e qualitativa. Os resultados demonstraram que as formas de integração dos psicoterapeutas portugueses são muito diversas, variando entre a utilização sistemática de princípios empíricos e o desenvolvimento de modelos únicos. Emergiram dois grupos de psicoterapeutas principais no que diz respeito à orientação teórica: (1) os que se identificam como dinâmicos e psicanalíticos, que relatam identificar-se pouco com outros modelos teóricos (e vice-versa) e (2) os que se identificam como cognitivos, comportamentais, humanistas e sistémicos, que reportam identificar-se mais com modelos dentro deste grupo. Os psicoterapeutas que se identificaram mais com as orientações teóricas humanista e integrativa tenderam a referir ser mais responsivos a características do paciente na escolha de intervenções. São discutidas implicações para a prática e a formação de psicoterapeutas em Portugal.

Palavras-chave: Integração em psicoterapia, Modelo de selecção sistemática, Práticas baseadas na evidência, Psicoterapeutas portugueses.

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional da prática da psicoterapia, a integração é um dos movimentos que caracteriza o campo da psicoterapia nos últimos anos (Norcross & Goldfried, 2005). Também em Portugal, o fenómeno da integração psicoterapêutica tem sido alvo de um grande interesse e crescimento (Vasco, 1999, 2008; Vasco, Santos, & Silva, 2003). Os psicoterapeutas tendem, desse modo, a fazer uso de intervenções psicoterapêuticas de modelos teóricos distintos na sua prática clínica. Contudo, pouco se sabe acerca de como integram essas técnicas e modelos (de que forma, com que extensão, com carácter teórico ou meramente prático, etc.).

O presente trabalho foi desenvolvido pelo primeiro autor no âmbito da Tese de Mestrado em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCE-UL), com a orientação da segunda autora.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: André Cravo, E.S.C.A. – Espaço para a Saúde da Criança e do Adolescente, Rua Quirino da Fonseca, 17, 1º Dto, 1000-251 Lisboa. E-mail: cravorama@gmail.com

Dado que existe uma tendência tão acentuada nos últimos anos para a integração, consideramos pertinente a realização de um estudo que investigasse como é feita esta integração por psicoterapeutas portugueses e se a mesma tem em consideração as características dos pacientes, de acordo com a literatura empírica. Defendemos que, para a compreensão da responsividade ao paciente, é necessário ter em consideração as suas características para além do diagnóstico, como o défice funcional e a complexidade do problema; o apoio social do paciente; a resistência; o estilo de *coping*; o estilo de vinculação; entre outras (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000; Castonguay & Beutler, 2005; Moleiro, 2005), conforme tem sido testemunhado pela revisão da literatura de mais de 50 anos de investigação em psicoterapia.

Assim, o presente estudo tem como objectivo geral contribuir para o aprofundamento da temática da integração em psicoterapia no que se refere à exploração da forma como psicoterapeutas portugueses fazem uso de princípios de mudança empiricamente validados, de forma a serem mais responsivos com cada cliente. É o nosso objectivo compreender (1) como é feita a integração pelos psicoterapeutas portugueses, (2) se essa é feita de forma sistemática, (3) de forma baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular.

Integração em psicoterapia

A ideia de criação de pontes que atravessassem as diferentes orientações teóricas foi brevemente considerada na década de 30, mas só em meados de 1980 é que começou a ganhar popularidade (Norcross & Goldfried, 2005).

No entanto, apenas em 1967, Lazarus introduziu o conceito de “eclectismo técnico”, que se refere à utilização de técnicas de diferentes sistemas teóricos sem que para isso tivessem que necessariamente aceitar as linhas teóricas subjacentes aos mesmos. Assim, o princípio seria a utilidade das técnicas – o empirismo – e não as bases teóricas. Estas ideias foram mais tarde expandidas e revistas no desenvolvimento do seu modelo multimodal (Lazarus, 1992).

Na investigação em psicoterapia, a década de 70 foi marcada pelo trabalho seminal de Luborsky, Singer e Luborsky (1975), em que os autores analisaram as primeiras duas décadas de investigações controladas de psicoterapia. O resultado da análise de toda esta literatura foi intitulado de “Verdicto do pássaro Dodo” – “*Todos ganham e todos merecem prémios*”, uma alusão ao célebre livro da *Alice no País das Maravilhas*. Estes autores não só validaram que uma grande percentagem de pacientes beneficiava significativamente com a psicoterapia, como ainda, Luborsky et al. (1975) determinaram que, entre estudos comparativos das diferentes formas de psicoterapia, não encontravam diferenças significativas sistemáticas entre os modelos. Desta forma, defenderam que as diferentes formas de psicoterapia possuíam vários factores comuns – como a relação com o terapeuta, a sugestão, a empatia, a credibilidade e o suporte, entre outros – e que seriam estes os responsáveis pela ausência de diferenças significativas entre os modelos no que diz respeito à sua eficácia.

No ano de 1983, Beutler desenvolveu um modelo tendo por base a pergunta que se tornara cada vez mais proeminente (embora já referida por Gordon Paul nos anos 60): “Qual a terapia mais apropriada para que tipo de problema, por qual terapeuta, para que paciente?” (Beutler, 1983). Nascia, assim, a psicoterapia ecléctica sistemática (*Systematic Treatment Selection*; STS; Beutler & Clarkin, 1990), que seria uma tentativa de fazer corresponder os procedimentos e estratégias terapêuticas aos padrões e características do paciente, para além do seu diagnóstico, de uma forma sistemática e organizada (e não tentativa e erro ou simples “intuição clínica”). Pretendia igualmente fazer uso de princípios que pudessem ser transversais a todos os modelos terapêuticos, por integrarem conceitos e mecanismos comuns a todos eles. A STS (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000) e a sua aplicação à psicoterapia individual (intitulada “Terapia Prescritiva”; Beutler & Harwood, 2000) evoluiu e sofreu alterações ao longo de um conjunto de

estudos e ensaios clínicos (como por exemplo o projecto CAT, NIDA, entre outros; ver Beutler, Moleiro, & Harwood, 2003; Beutler, Moleiro, Malik, Harwood, et al., 2003; Moleiro, 2003). Começou por ser uma abordagem de eclectismo técnico, que foi evoluindo para uma perspectiva de intervenções baseadas em princípios empiricamente validados. Assim, o resultado de revisões teóricas e empíricas, bem como estudos retrospectivos e prospectivos, conduziram à confirmação de um conjunto de princípios com base nos quais qualquer psicoterapeuta, independentemente da sua orientação teórica e do tipo de psicopatologia apresentada pelo cliente, pode iniciar e conduzir uma intervenção eficaz. Eles permitem, deste modo, a selecção de estratégias e procedimentos que poderão facilitar a intervenção psicoterapêutica e maximizar o seu sucesso. Pretendem, por isso, ser princípios flexíveis, baseados na investigação, mas não exaustivos. Em seguida apresentamos alguns dos princípios de mudança propostos por Beutler e Harwood (2000), na recente revisão da STS:

- O prognóstico está positivamente relacionado com o suporte social, e negativamente associado ao défice funcional observado ou gravidade do quadro clínico.
- A probabilidade e magnitude de mudança são aumentadas nos clientes com problemas mais complexos ou crónicos pela utilização de intervenções com múltiplos indivíduos (grupo, família e casal).
- Os clientes com maior défice funcional beneficiam de intervenções mais intensas (maior duração, maior frequência, mais modalidades de intervenção, podendo inclusivamente recorrer a medicação).
- A mudança terapêutica será maior quando o terapeuta é competente e promove a confiança, aceitação, validação, colaboração e respeito na relação com o cliente, e o faz num ambiente apoiante e que promove maior segurança.
- A mudança terapêutica é mais provável quando o cliente é, de alguma forma, exposto a objectos ou alvos de evitamento comportamental ou emocional.
- A mudança terapêutica é maior quando o equilíbrio relativo das intervenções favorece o uso de técnicas dirigidas à eliminação de sintomas ou aprendizagem de competências com clientes externalizadores (caracterizados por impulsividade, orientação para a acção, procura de estímulos, extroversão, entre outros), ou, favorece o uso de técnicas dirigidas para o insight e para a relação terapêutica com clientes internalizadores (habitualmente auto-reflexivos, introvertidos, auto-críticos, evitantes, entre outros).
- A mudança terapêutica é maior quando a directividade do terapeuta e das intervenções está inversamente relacionada com o nível de reactância do cliente.
- A probabilidade de mudança terapêutica é maior quando o nível de desconforto emocional do cliente é moderado, isto é, não é nem excessivamente elevado, nem excessivamente baixo. Decorre deste princípio que deve ser feito o uso de intervenções ou técnicas que promovam a diminuição da activação e/ou desconforto emocional com clientes cuja activação é muito elevada, e o aumento da experiência emocional com aqueles que denotam pouca ou nenhuma activação.

A integração em psicoterapia em Portugal

O movimento da integração em psicoterapia tem conhecido, em Portugal, nos últimos anos avanços bastante significativos. Estes avanços têm sido levados a cabo por um grupo de psicoterapeutas e investigadores, designadamente pelo contributo de Vasco (1999, 2008; Vasco, Santos, & Silva, 2003).

Segundo um estudo desenvolvido por Vasco (1999), pode dizer-se que as orientações teóricas mais comuns em Portugal são a analítica/dinâmica e a cognitiva/comportamental, com uma

representatividade de cerca de 30% para cada uma. Existe uma menor percentagem de psicoterapeutas, cerca de 11%, que usam modelos teóricos de cariz sistémico e humanista (designadamente, Rogerianos). Ainda, estima-se que existem cerca de 18% de psicoterapeutas que se identificam como integrativos, combinando diferentes orientações: cognitivo-comportamental/humanística (13.22%); psicodinâmica/sistémica (11.5%); cognitivo-comportamental/sistémica (10.4%); e psicodinâmica/humanística (9.3%).

Ainda num estudo levado a cabo por Vasco, Santos e Silva (2003) sobre as características dos psicoterapeutas portugueses, com uma amostra de 190 participantes, estes constataram que a orientação teórica mais frequente foi a cognitivo-comportamental (30.2%), seguida, de perto, pela analítica-psicodinâmica (29.1%), e pela ecléctica (i.e., integração ao nível das técnicas; 18.1%). Neste estudo um menor número de psicoterapeutas referiu ser sistémico (11.5%) e humanista (11%). Esta investigação revelou que a prática psicoterapêutica se efectua principalmente em contexto liberal, com uma média de 14 pacientes semanais que se situam, em média entre os 20 e os 49 anos.

Vasco, Santos e Silva (2003, p. 493) traçaram o perfil do psicoterapeuta português da seguinte forma: “(...) é do sexo feminino, tem formação pós-graduada com uma duração de cinco anos, de orientação essencialmente psicodinâmica ou cognitiva, fez terapia pessoal, considerando-a muito importante para a prática clínica, exerce em regime liberal, na modalidade individual ou familiar, e os seus pacientes são maioritariamente adultos (entre os 20 e os 50 anos) com sintomatologia ligeira ou grave”. Estes autores chamam a atenção para o facto que, se tomarmos como termo de comparação um estudo anterior sobre as características dos psicoterapeutas portugueses (Vasco, 1994), existem algumas diferenças dignas de destaque: “(...) o aumento significativo do número absoluto de terapeutas; o aumento da desproporção entre terapeutas femininos e masculinos – maior número de terapeutas do sexo feminino; um maior número de terapeutas psicólogos, comparativamente às outras profissões; um aumento do tempo de treino formal; um aumento do número de terapeutas em supervisão; um aumento do número de terapeutas que recorre a terapia pessoal; um aumento do tempo médio de experiência dos psicoterapeutas; um aumento do número de terapeutas em prática privada; e um aumento do número de terapeutas que se consideram integrativos” (Vasco, Santos, & Silva, 2003, p. 493).

Mais recentemente, Vasco (2008) afirmou que o número de psicoterapeutas que se consideram integrativos em Portugal pode ascender a mais de 25%, dependendo da forma como se define integração. Na sua investigação usando um critério bastante exigente, obteve o valor de 18% (escolhendo valores acima de 3 numa escala de 0-5, sendo que as orientações teóricas da mesma família não foram consideradas separadamente, como a cognitivo-comportamental). Todavia, se o critério não fosse tão rigoroso, este valor poderia situar-se por volta dos 80%. Sendo assim, pode-se afirmar que existe um interesse cada vez mais florescente e uma maior aceitação das perspectivas integrativas em Portugal.

MÉTODO

Definição do problema e objectivos

A literatura especializada na área da integração em psicoterapia revela que há um aumento significativo do número de psicoterapeutas que se identificam como integrativos ou eclécticos, ou que de algum modo fazem uso de técnicas e/ou conceitos derivados de distintos modelos teóricos em psicoterapia. No entanto, a revisão da literatura denota que o aumento do número de modelos integrativos em psicoterapia foi igualmente significativo. Paralelamente, pouco sabemos acerca da forma como estes psicoterapeutas integrativos efectivamente fazem essa integração.

Simultaneamente, a literatura sobre investigação em psicoterapia das últimas décadas tem salientado o papel das práticas baseadas na evidência, através do enfoque nas intervenções suportadas por estudos empíricos (Chambless et al., 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Nesse sentido, e em seguimento à STS, Castonguay e Beutler (2005) propuseram um conjunto de princípios de mudança empiricamente validados. Estes constituem um trabalho de um conjunto de *experts* que derivou dos princípios do modelo de selecção sistemática, expandido para diferentes diagnósticos: perturbações depressivas, ansiosas, de abuso de substâncias e de personalidade. Este trabalho recente trouxe suporte quer para a ideia de que, independentemente da orientação teórica, é possível extrair um conjunto de princípios com base empírica que aumentam a probabilidade de benefícios para os pacientes; quer para a importância de sistematizar a forma como adequar as intervenções aos pacientes e às suas características diagnósticas e para além do diagnóstico.

Desta forma, o presente estudo tem como objectivo geral contribuir para o aprofundamento da temática da integração em psicoterapia no que se refere à exploração da forma como psicoterapeutas portugueses fazem uso de princípios de mudança empiricamente validados, de forma a serem mais responsivos com cada cliente. É o nosso objectivo compreender como é feita a integração pelos psicoterapeutas portugueses; se é realizada de forma sistemática; e se é baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular.

Participantes

A presente amostra foi constituída por 65 participantes, dos quais 62 eram psicólogos (95.5%), dois eram psiquiatras (3%) e uma participante era assistente social (1.5%). Estes psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais exerciam a sua prática clínica na área metropolitana da Grande Lisboa e foram contactados através das instituições onde trabalhavam, como hospitais, centros de saúde e consultórios particulares; ou através das Sociedades ou Associações de Psicoterapia onde receberam formação clínica específica ou treino psicoterapêutico.

Da totalidade dos participantes, 48 (75%) eram do sexo feminino e 16 (25%) do sexo masculino (um/a participante não identificou o sexo). A média de idades dos participantes foi de 32 anos. Dos 65 participantes neste estudo, 33 eram psicoterapeutas (51%), um participante era psicanalista (1.5%) e outro assistente social (1.5%), sendo que os restantes se identificaram como psicólogos clínicos. No que diz respeito às suas especialidades, pode-se afirmar que 57 dos participantes eram da área de clínica, dois eram da área forense mas com formação na área de clínica, e um dos participantes tinha especialização na área da pedopsiquiatria. Nenhuma outra especialidade foi identificada. Os participantes apresentaram um mínimo de experiência clínica de 6 meses (equivalente ao estágio académico) e um máximo de 20 anos, sendo que a média de anos de prática foi de cinco anos e sete meses. Relativamente ao treino dos participantes, 40 (62%) indicaram que se encontravam em treino e 25 (39%) referiram que não se encontram em treino. No que concerne à qualificação académica, 57 (88%) referiu possuir uma licenciatura de 5 anos e 8 (12%) dos participantes revelaram possuir o grau académico de mestrado com 7 anos de formação. Dos 65 participantes neste estudo, 45 (69%) revelaram que pertencem a sociedades e 20 (31%) referiram que não pertencem a qualquer sociedade ou associação profissional.

Instrumento

O instrumento utilizado na recolha dos dados foi um questionário elaborado neste estudo sobre as práticas dos psicoterapeutas portugueses constituído por perguntas de resposta aberta e fechada. Este teve por base dois questionários já largamente utilizados na literatura de investigação em psicoterapia.

A parte deste questionário referente à caracterização da amostra foi baseada no “*SPR Collaborative Research Network*”, criado e dinamizado por David Orlinsky (ver Orlinsky & Ronnestad, 2004) na Universidade de Chicago e na tradução do mesmo pelo grupo de investigação coordenado por Vasco e colegas (2003), intitulado “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”. A segunda parte do questionário, referente às práticas clínicas, foi desenvolvida com base no questionário de Beutler, intitulado “*STS Clinical Rating Form*” (Beutler & Harwood, 2000), recentemente adaptado por Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), denominado “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)”.

No que concerne ao “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”, este faz parte dum estudo internacional sobre a identidade e o desenvolvimento dos psicoterapeutas, que vem sendo conduzido desde 1989 pelo “*SPR Collaborative Research Network*” (CRN) da *Society for Psychotherapy Research*. Este estudo foi utilizado em mais de 16 países no “*International Study of the Development of Psychotherapists*” (Orlinsky & Ronnestad, 2004). Destacamos os estudos publicados em Portugal e Espanha por Vasco e colegas (2003), e por Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez e Orlinsky (2006), respectivamente. Este questionário é de auto-preenchimento e é composto por 440 itens, nos quais os psicoterapeutas respondem a questões sobre aspectos relativos ao seu treino profissional, experiência profissional, desenvolvimento como psicoterapeutas, terapia pessoal, orientação teórica, desenvolvimento actual, prática actual, trabalho terapêutico actual, características pessoais e opinião em relação à psicoterapia em Portugal. No nosso estudo, apenas a secção referente aos dados demográficos e à caracterização da orientação teórica.

No que respeita ao “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)” (ver Beutler & Harwood, 2000), adaptado por Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), este é constituído por 44 itens e é composto por várias secções, a saber: o historial do paciente, o suporte social, o sofrimento e severidade subjectivos, a complexidade do problema, a personalidade e estilo de *coping*, e por último, a resistência do paciente.

Assim, relativamente ao instrumento utilizado para o nosso estudo, este foi composto por 63 itens e apresentou na sua constituição uma primeira parte de questões relativas aos dados demográficos, ao treino profissional, orientação teórica e prática psicoterapêutica actual, que foram baseados no “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”, adaptado por Vasco e colegas (2003). O nosso objectivo nesta primeira parte do questionário foi a caracterização da amostra. Para a identificação da orientação teórica do psicoterapeuta, no presente e no passado, era colocada a pergunta “Até que ponto orienta a sua prática terapêutica [actual/passada] por cada uma das perspectivas teóricas seguintes?”, colocando-se a possibilidade de identificarem para cada orientação teórica o seu grau de identificação numa escala de Likert de 0 (zero, correspondente a nada) a 5 (correspondente a muito). As opções incluíam Psicanalítica/Psicodinâmica, Comportamental, Cognitiva, Humanista, Sistémica, Integrativa ou Ecléctica, bem como a possibilidade de serem acrescentados outros modelos. A segunda parte do nosso instrumento tinha como objectivo perceber se os psicoterapeutas fazem essa integração de forma baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular – 13 itens a que chamados “escala de responsividade integrativa” às características do paciente. Para tal, baseámo-nos no “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)”, adaptado por Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), no sentido de construirmos questões fechadas e abertas em que os participantes pudessem referir como têm em conta nas suas intervenções psicoterapêuticas variáveis como o diagnóstico, o nível de sofrimento subjectivo, o défice funcional, a sensibilidade interpessoal, a complexidade do problema, a rede de apoio social, a resistência do paciente, o estilo de *coping*, o estilo de vinculação, o estilo de comunicação, o estágio de mudança e o *insight* dos pacientes. Em seguida apresentamos dois exemplos de questões de resposta fechada: “Com que frequência considera o estágio de mudança (fase de preparação para efectuar mudanças) do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas?”; e “Com que frequência considera o

estilo de vinculação (representações internas das relações significativas que se reflectem nos comportamentos) do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas?”. Estas questões de resposta fechada eram respondidas numa escala de Likert, de 0 a 5, mantendo a consistência no estilo de resposta com a primeira secção do questionário. Seguidamente a cada uma destas questões, era apresentada uma pergunta aberta “De que forma considera o estágio de mudança (...)?” ou “De que forma utiliza o estilo de vinculação na escolha das suas intervenções?”. No que diz respeito às questões de resposta aberta, estas tinham um espaço para os participantes poderem escrever as suas respostas, de acordo com a pergunta formulada.

O conteúdo e formulação dos itens integrantes da versão final do questionário foram elaborados após o pré-teste de uma versão “piloto”, junto de uma população constituída por quinze profissionais (psicólogos e psiquiatras). Por fim, essa versão foi apresentada a um conjunto de três *experts* que a criticaram, e só então a versão final foi elaborada.

Procedimento

Os questionários foram distribuídos em hospitais, centros de saúde, consultórios particulares e Associações ou Sociedade de Psicoterapia, na região metropolitana da Grande Lisboa. Cerca de 200 questionários foram distribuídos, constituindo-se a taxa de resposta na ordem dos 32.5%. Aos participantes foi pedido para assinalarem as suas respostas, fazerem um círculo na melhor alternativa ou para elaborarem uma breve resposta escrita, sendo que não existiam respostas certas ou erradas. A participação dos psicoterapeutas foi voluntária, sendo assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas, de acordo com os códigos de ética e deontológicos internacionais (APA, 2002; FEAP, 1995). Assim que os questionários estavam devidamente preenchidos, o investigador era chamado aos locais de entrega dos mesmos para proceder à sua recolha.

Os resultados quantitativos da medida foram analisados com recurso ao programa de análise estatística SPSS. O processo de análise de dados qualitativos foi feito através da análise de conteúdo (Bauer, 2000). Para esse efeito, todas as respostas a perguntas abertas foram transcritas. A análise de conteúdo pretendeu reduzir o texto a segmentos com significado. Desta forma, a análise de conteúdo contém dois aspectos importantes: (1) um elemento de carácter mais mecânico, que se prende com a divisão dos dados em unidades e sub-divisão ou organização em categorias; e (2) um outro elemento de carácter mais interpretativo, que envolve a determinação do significado destas categorias no que diz respeito aos objectivos do estudo (Millward, 1995). As categorias de informação foram derivadas de forma mista, isto é, por um lado, aberta à informação que surgia a partir dos dados (i.e., transcrições) e, por outro lado, guiada pela literatura. Assim, à medida que as respostas foram sendo analisadas foram surgindo, através das respostas dos participantes, diversas categorias que foram posteriormente listadas. Foi feita a descrição de cada categoria, posteriormente as categorias comparadas entre participantes de forma a perceber quais os temas mais reportados. Por fim, a contagem da frequência de cada categoria foi realizada, seguindo uma metodologia de análise de conteúdo quantitativa (Bauer, 2000).

RESULTADOS

Apresentam-se em primeiro lugar os resultados descritivos respeitantes à orientação teórica identificada pelos participantes neste estudo (Tabela 1). A maior parte referiu que se orienta actualmente por uma linha psicanalítica/psicodinâmica, sendo que em segundo e em terceiro lugares se apresentaram as linhas cognitiva e humanista, respectivamente, como sendo as mais utilizadas.

TABELA 1
Orientação teórica actual e passada

Modelos de orientação teórica	Actual		Passada	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Psicanalítica/Psicodinâmica	3.14	1.77	2.98	1.97
Comportamental	2.26	1.46	2.45	1.67
Cognitiva	2.91	1.40	2.68	1.69
Humanista	2.56	1.62	2.07	1.67
Teoria dos Sistemas	1.89	1.52	1.43	1.56
Outra	2.24	2.06	0.96	1.67
Integrativa/Ecléctica	3.21	1.33	–	–

Como pode ser observado na Tabela 1, numa escala de 0 a 5, a média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação psicanalítica/psicodinâmica foi 3.14. A média relativa ao modelo teórico psicanalítico/psicodinâmico no início a sua carreira era 2.98. No que diz respeito à orientação teórica cognitiva, esta obteve uma média actual de 2.91, enquanto a orientação teórica humanista encontrou uma média de 2.56. As médias actuais mais baixas foram encontradas na linha de orientação teórica comportamental (2.26) e sistémica (1.89). Finalmente, no que concerne à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação teórica integrativa/ecléctica, esta foi de 3.21.

Dos participantes que referiram identificar a sua prática com cada orientação acima do ponto médio da escala (i.e., 3-5), a maioria (77%) indicou pertencer a uma sociedade. Designadamente, 72% dos participantes que subscreveram o modelo psicodinâmico/analítico indicaram pertencer a uma sociedade, bem como 81% dos comportamentais, 76% dos cognitivos, 77% dos humanistas, 82% dos sistémicos e 75% dos integrativos. Paralelamente, foi calculada percentagem de participantes que referiram identificar a sua prática com cada orientação acima do ponto médio da escala (i.e., 3-5) com o facto de se encontrar em formação. Assim, verificou-se que 59% dos se identificaram bastante ou muito com o modelo psicodinâmico/analítico, 56% dos comportamentais, 57% dos cognitivos, 54% dos humanistas, 52% dos sistémicos e 47% dos integrativos afirmaram encontrar-se em formação pós-graduada.

A análise dos resultados em termos das intervenções reportadas pelos psicoterapeutas iniciou-se através do estudo do próprio questionário e das suas características psicométricas. A análise psicométrica dos 13 itens que constituíram a escala de responsividade integrativa às características do cliente revelou que o alfa de Cronbach foi 0.929. Este valor foi revelador de uma excelente consistência entre os itens, sendo que as correlações entre cada item e o total variaram entre 0.546 e 0.802.

Foram calculadas as médias e o desvio-padrão para cada um dos itens e para a escala total de responsividade. Esses resultados são apresentados na Tabela 2.

Nesta tabela salientou-se o facto de que as variáveis que tiveram uma média mais elevada (i.e., as que mais frequentemente são consideradas pelos clínicos) foram o sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico (3.56), o *insight* (3.50) e a complexidade/cronicidade (3.31). As variáveis que tiveram as médias mais baixas foram o Eixo I (1.97), o Eixo II (2.13) e o estilo de comunicação (2.64), respectivamente. O total de responsividade de todos os itens foi 2.99, num máximo de 5.

A questão referente à comparação entre grupos de psicoterapeutas que se identificavam com diferentes orientações teóricas foi explorada através de correlações. Este facto deveu-se à forma como a identificação com cada orientação teórica foi avaliada, num contínuo entre 0 e 5, podendo incluir simultaneamente elementos de várias escolas teóricas, ao contrário de outros estudos onde

a orientação teórica se avalia de forma categorial e mutuamente exclusiva. Assim, sendo quer a variável “orientação teórica”, quer a variável “responsividade integrativa” de carácter contínuo, foi estudada a sua associação através de correlações. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

TABELA 2

Médias e desvios padrão a itens e total de responsividade

Itens	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
DSM Eixo I	58	1.97	1.68
DSM Eixo II	60	2.13	1.65
Sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico	61	3.56	1.65
Défice funcional	59	3.31	1.51
Sensibilidade interpessoal	55	3.13	1.65
Complexidade/Cronicidade	61	3.31	1.56
Rede de apoio social	58	2.81	1.56
Resistência/defensividade	59	3.02	1.73
Estilo de <i> coping </i>	57	2.67	1.91
Estilo de vinculação	58	3.07	1.81
Estilo de comunicação	58	2.64	1.67
Estádio de mudança	56	3.02	1.77
Insight	60	3.50	1.62
Total de responsividade	50	2.99	1.23

TABELA 3

Correlações entre responsividade integrativa e orientação teórica

Sub-Escalas	Resp. Int.	Din.	Comp.	Cog.	Hum.	Sist.	Integrativa
Responsividade Integrativa	–	-.040	.285	.288	.460**	.134	.331*
Dinâmica/Psicanalítica		–	-.670**	-.643**	-.565**	-.255	-.058
Comportamental			–	.884**	.517**	.405**	.104
Cognitiva				–	.573**	.400**	.217
Humanista					–	.467**	.203
Sistémica						–	.215
Integrativa ou Eclética							–

Nota. * A correlação é significativa ($p < .05$); ** A correlação é significativa ($p < .01$).

De acordo com a Tabela 3, verificou-se que a identificação com a orientação humanista estava positivamente associada à responsividade integrativa ($r = .46, p < .01$). O mesmo foi encontrado para a identificação com a orientação integrativa ($r = .33, p < .01$). Por outras palavras, quanto mais humanistas ou quanto mais integrativos se identificavam os psicoterapeutas, maiores os seus resultados no índice de responsividade ao paciente. Por seu lado, a identificação com a orientação dinâmica ou analítica, comportamental, cognitiva, e sistémica não se revelaram associadas de forma significativa com a responsividade ($r = .28, r = .29, r = .13, ns$, respectivamente). Dito de outro modo, psicoterapeutas que indicaram valores mais elevados na identificação com estas orientações tiveram resultados muito variáveis na escala de responsividade, não estando nem positiva, nem negativamente associados a esta.

A Tabela 3 revelou ainda a associação negativa e forte entre a identificação com a orientação psicodinâmica ou analítica, e a identificação com outras orientações teóricas, nomeadamente a comportamental ($r=-.67, p<.01$), a cognitiva ($r=-.64, p<.01$) e a humanista ($r=-.57, p<.01$). Este resultado revelou que os psicoterapeutas dinâmicos que participaram neste estudo tenderam a não se identificar com as restantes orientações. Do mesmo modo, pode afirmar-se que os psicoterapeutas que subscreveram com valores mais elevados as orientações comportamental, cognitiva e humanista revelaram identificar-se menos com a orientação teórica analítica/dinâmica.

Um outro conjunto de modelos surgiu associado de forma positiva. Os psicoterapeutas que reportaram valores mais elevados para a orientação comportamental, cognitiva, humanista e sistémica revelaram identificar-se significativamente também com os outros modelos (correlações entre $r=.40$ e $r=.88, p<.01$). Contudo, estes psicoterapeutas não se identificaram necessariamente como integrativos, sendo essa correlação não significativa.

Das respostas qualitativas dos clínicos, salientamos as referentes ao tipo de integração efectuada pelos participantes. As respostas a essa questão foram analisadas e são apresentadas na Tabela 4.

TABELA 4

Categorias e frequência de respostas sobre o tipo de integração

Tipo de integração dos elementos das várias técnicas psicoterapêuticas	Frequência	%
Escolha das diferentes técnicas dependendo do tipo de problemática e dos pacientes, mantendo-se dentro da mesma linha teórica	22	46
Escolha das diferentes técnicas dependendo do tipo de problemática e dos pacientes, cruzando linhas teóricas diferentes, momento a momento em terapia	18	38
Integração através da experiência empírica e profissional, do contacto com colegas de outras orientações teóricas	1	2
Integração através de técnicas com a eficácia comprovada, mesmo de orientações teóricas diferentes	1	2
Depende exclusivamente do caso	2	4
“Com bom senso e bom gosto”	1	2
“Modelo único”	2	4
Total	47	100

Evidenciou-se o facto de que 22 dos participantes (46%) que responderam à questão ($n=47$) referiram que o tipo de integração que fazem das várias técnicas terapêuticas depende do tipo de problemática e dos pacientes, e que o fazem mantendo-se na mesma linha teórica. Dezoito (38%) dos participantes referiram que a escolha das diferentes técnicas depende do tipo de problemática e dos pacientes, mas que integram linhas teóricas diferentes, momento a momento em terapia.

Por outro lado, dois psicoterapeutas (4%) referiram que a sua integração é feita com base num “modelo único” e um terapeuta (2%) referiu que integração é feita “com bom senso e com bom gosto”.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo procurou explorar e descrever a forma como uma amostra de psicoterapeutas portuguesas, na área metropolitana de Lisboa, integram intervenções de diversos modelos psicoterapêuticos. O seu objectivo geral foi investigar se a integração era feita de forma sistemática, responsiva às características dos pacientes, e baseada na evidência empírica.

Em primeiro lugar, os dados revelam que a orientação teórica dos psicoterapeutas foi bastante diversa, encontrando-se de um modo geral uma semelhança entre a orientação identificada no início da prática clínica e na experiência profissional actual. Contudo, a orientação comportamental foi a única orientação teórica que revelou um aparente decréscimo no número de participantes, entre a identificação do modelo teórico comportamental no passado e no presente. Evidenciou-se também que, de todas as orientações teóricas, o modelo integrativo/eclético foi o que se apresentou como sendo mais utilizado actualmente pelos psicoterapeutas do nosso estudo, seguido dos modelos psicodinâmico e cognitivo. Estes resultados encontram-se genericamente em consonância com o estudo de Vasco, Santos e Silva (2003), à excepção do facto de que, no nosso estudo, foi a orientação integrativa/eclética a mais frequente. Os psicoterapeutas que mais se identificaram com a orientação teórica dinâmica/psicanalítica foram os que indicaram orientar menos a sua prática por outros modelos teóricos. Os psicoterapeutas que mais se identificaram com a orientação comportamental, cognitiva, humanista e sistémica referiram identificar-se com os outros modelos, mas foram os que menos subscreveram o modelo dinâmico/psicanalítico. Estes dados são igualmente consistentes com os resultados do estudo de Vasco (1992), no qual este autor concluiu que “tomados em conjunto, os dados portugueses relativos às combinações e tipo de eclectismo revelam que a amplitude do eclectismo português é bastante limitada, dado que as combinações mais frequentes são constituídas por perspectivas aparentadas” (Vasco, 1992, p. 267).

Salientamos, porém, que a identificação da orientação teórica dos psicoterapeutas não assume, de nenhum modo, que estes constituam grupos homogéneos. A visão desta complexidade e diversidade de formas de exercer a sua prática clínica é traduzida na própria forma como esta variável foi avaliada, neste estudo e muitos outros (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, & Orlinsky, 2006; Orlinsky & Ronnestad, 2004; Vasco et al 2003), permitindo uma graduação da identificação, bem como identificações a múltiplos modelos simultaneamente. Este facto é consistente, por exemplo, com os resultados de estudos recentes que revelam que psicoterapeutas cognitivo-comportamentais (ver Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2003) e psicoterapeutas dinâmicos e psicanalistas (ver Sandell, Blomberg, Lazar, Carlson, Broberg, & Schubert, 2000) constituem grupos heterogéneos e que fazem uso de um diversificado conjunto de técnicas.

Os psicoterapeutas que se identificaram mais com as orientações humanista e os integrativa reportaram, de acordo com as suas respostas aos itens que compunham o índice de responsividade, a ser mais responsivos às características do paciente. Por seu lado, a identificação com a orientação dinâmica ou analítica, comportamental, cognitiva, e sistémica não se revelou associada de forma significativa com a responsividade. Por outras palavras, os psicoterapeutas que mais se identificam com estas últimas orientações apresentam uma grande variabilidade no que diz respeito à forma como adequam as suas intervenções a cada paciente, existindo aqueles que fazem um ajustamento responsivo às características dos pacientes e aqueles que não o fazem de forma habitual.

Neste estudo revelou-se que a maioria dos psicoterapeutas referiu que o tipo de integração das várias técnicas terapêuticas depende do tipo de problemática e dos pacientes, e que o fazem mantendo-se na mesma linha teórica. Uma percentagem menor de terapeutas referiu que a escolha das diferentes técnicas depende do tipo de problemática dos pacientes, integrando técnicas de modelos de orientação teórica diferente, momento a momento em terapia. Este tipo de integração é consistente com o “modelo de complementaridade paradigmática” (Vasco & Conceição, s.d.).

De facto, tendo como referente os princípios de mudança em psicoterapia baseados no modelo integrativo de selecção sistemática propostos por Beutler e Harwood (2000), foram poucos os psicoterapeutas que mostraram fundamentar a escolha das suas técnicas de intervenção em princípios validados por dados empíricos.

Assim, relativamente à rede de apoio social, salienta-se que a maior parte dos psicoterapeutas referiu que “a rede social traz benefícios para o trabalho terapêutico”, sem que explicassem de que

forma. Como Beutler e Harwood (2000) referiram, o prognóstico encontra-se positivamente relacionado com o apoio social, e negativamente associado ao défice funcional.

De outro modo, também em relação à complexidade/cronicidade, nenhum terapeuta referiu que a probabilidade ou magnitude de mudança podem ser aumentadas pela utilização de múltiplos indivíduos (grupo, família, casal), sendo que apenas alguns psicoterapeutas revelaram que esta variável pode ser genericamente utilizada como preditor de mudança.

Por outro lado, relativamente ao défice funcional, pode-se afirmar que a maior parte dos psicoterapeutas estão em parte em consonância com Beutler e Harwood (2000), pois afirmaram que utilizavam o défice funcional para determinar a escolha das técnicas de intervenção, integrando modelos teóricos diferentes. De facto, estes autores afirmaram que os pacientes com maior défice funcional beneficiam de intervenções mais intensas e com mais modalidades de intervenção.

No que concerne ao estilo de *coping*, Beutler e Harwood (2000) afirmaram que “a mudança é maior quando o equilíbrio relativo das intervenções favorece o uso de técnicas dirigidas à eliminação de sintomas ou aprendizagem de competências com clientes externalizadores, ou, favorece o uso de técnicas dirigidas para o *insight* e para a relação terapêutica com internalizadores”. No nosso estudo, a maioria dos psicoterapeutas encontra-se alinhada com este princípio, embora não na totalidade, pois referem a utilização dos estilos de *coping* apenas para fazer o levantamento das estratégias adequadas que o paciente usa, no sentido de as validar ou promover (ou no seu inverso, no sentido da invalidação ou eliminação).

Em relação à variável resistência, alguns participantes no nosso estudo indicaram a utilização desta variável para “ajustar a postura” do psicoterapeuta, o que parece poder coadunar-se (embora de forma muito lata) com o princípio de mudança que refere que a mudança terapêutica é maior quando a directividade do terapeuta e das intervenções está inversamente relacionada com o nível de reactância do cliente (Beutler & Harwood, 2000).

No que respeita ao sofrimento subjectivo, Beutler e Harwood (2000) referem “que a probabilidade de mudança terapêutica é maior quando o nível de desconforto emocional do cliente é moderado, isto é, não é nem excessivamente elevado, nem excessivamente baixo. Decorre deste princípio que deve ser feito o uso de intervenções ou técnicas que promovam a diminuição da activação e/ou desconforto emocional com clientes cuja activação é muito elevada, e o aumento da experiência emocional com aqueles que denotam pouca ou nenhuma activação”. Dos participantes da nossa investigação, salienta-se que uma parte significativa referiu utilizar esta variável para determinar as técnicas de intervenção, integrando modelos teóricos distintos, embora não tenha referido que tipo de técnicas, nem de que forma.

Segundo Meyer e Pilkonis (2002, citados por Moleiro, 2005), os pacientes com vinculações seguras beneficiam mais da psicoterapia, sendo que os dismissivos [*dismissive*; padrão de vinculação obtido através na análise da *Adult Attachment Interview*, AAI] podem necessitar de intervenções mais activas na promoção da expressão emocional e os preocupados podem precisar de maior contenção afectiva. De acordo com o nosso estudo, alguns psicoterapeutas revelaram utilizar o estilo de vinculação para perceber o padrão de vinculação do paciente e para que o mesmo fosse interpretado na relação psicoterapêutica. Todavia, não explicaram de que forma fazem uso dessa “interpretação”.

No que concerne à utilização do estádio de mudança, salientamos o facto de alguns psicoterapeutas terem referido a utilização desta variável para chegarem à fase de acção, embora nenhum dos participantes tenha explicado de que forma. Assim, neste estudo, nenhum dos psicoterapeutas referiu a utilização de intervenções dinâmicas, cognitivas ou experienciais para os primeiros dois estádios de mudança (pré-contemplação e contemplação), como postulado pelo modelo transteórico (Prochaska & Norcross, 2002). De igual modo, os participantes não referiram o uso preferencial de técnicas comportamentais e existenciais com pacientes nos estádios de acção e manutenção (Prochaska & Norcross, 2002).

É de referir que o presente estudo levanta questões de implicações éticas, práticas, e de formação dos psicoterapeutas portugueses. Ao nível ético, são diversos os códigos deontológicos em psicologia que defendem que os psicólogos devem basear o seu trabalho no conhecimento científico e profissional estabelecido na disciplina, esforçando-se por garantir níveis altos de competência no seu trabalho (ver e.g., APA, 2002; , 2005). A necessidade de formação contínua e de tomar conhecimento de avanços críticos ao nível teórico e empírico encontra-se intrinsecamente associada ao princípio da competência e à definição de *boas práticas*. Deste modo, parece-nos importante salientar a relevância de uma prática ética em psicoterapia, informada na ciência.

Considera-se de vital importância que os psicoterapeutas se mantenham criticamente atentos à investigação e inovações em psicoterapia, para que desta forma possam suportar as suas decisões psicoterapêuticas, momento a momento em psicoterapia, em dados empíricos fundamentados. Como afirmou Vasco (1992, p. 310), “os futuros terapeutas deveriam ser encorajados a dar um peso significativo à sua filosofia e valores pessoais na escolha de orientação teórica, sem esquecer, obviamente, a eficácia diferencial dos diferentes tipos de intervenção”. Este movimento, já referido anteriormente, tem-se traduzido num crescimento das práticas baseadas na evidência (Chambless et al., 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Tendo este movimento começado dentro do território da medicina, este tem igualmente marcado de forma significativa a prática da psicologia clínica e da psicoterapia, particularmente nos países anglo-saxónicos.

As limitações do nosso estudo sugerem que a futura exploração e análise das variáveis tratadas deve efectuar-se com amostras de maior dimensão. A generalização e representatividade dos resultados encontra-se limitada pela amostra (tamanho e homogeneidade geográfica). Refere-se também que seria interessante fazer estudos com metodologias longitudinais no sentido de explorar a forma como os psicoterapeutas desenvolvem ao longo do tempo a integração de diversas técnicas na sua prática clínica. Para além disso, o instrumento utilizado foi baseado em medidas de auto-preenchimento, que se encontram sempre sujeitas a distorções e a enviesamentos associados à deseabilidade social. Não houve, por isso, um controlo sobre a formação específica pós-graduada dos mesmos em escolas de psicoterapia, nem a pertença a sociedades específicas. Salienta-se também como limitação o facto da análise qualitativa dos dados ser realizada pelo investigador, que não é *cego* às hipóteses da investigação, não tendo sido possível a codificação por um juiz independente para verificar o consenso entre juizes.

Deste modo, consideramos importante este estudo ser replicado com uma amostra maior, tendo por objectivo a extensão da representatividade dos resultados e consequente caracterização da prática clínica dos psicoterapeutas portugueses. Estudos futuros de variáveis pessoais e profissionais dos psicoterapeutas constituem o caminho mais promissor para a compreensão da figura do psicoterapeuta e para o desenvolvimento epistemológico desta classe.

REFERÊNCIAS

- Alonso, M., Ávila, A., Caro, I., Coscollá, A., Rodriguez, S., & Orlinsky, D. (2006). Theoretical orientations of Spanish psychotherapists: Integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends. *Journal of Psychotherapy Integration, 16*(4), 398-416.
- American Psychological Association (APA). (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*, 1060-1073.
- Bauer, M. W. (2000). Classical content analysis: A review. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound* (pp. 131-151). London: Sage.

- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., & Harwood, M. (2003). A new twist on empirically supported treatments. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y De La Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 423-437.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2005). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Sholam, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crist-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L. E., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-4.
- Federação Europeia de Associação de Psicólogos (FEAP). (1995). *Código de ética para os psicólogos*. Atenas.
- Federação Europeia de Associação de Psicólogos (FEAP). (2005). *Código de ética para os psicólogos*. Atenas: Autor.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Malik, M. L., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(1), 150-158.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York, NY: Oxford University Press.
- Millward, L. (1995). Focus Groups. In G. Breakwell, S. Hammond, & C. Fife-Schaw (Eds.), *Research methods in psychology* (pp. 274-292). London: Sage Publications.
- Moleiro, C. (2003). *Change in therapy: A model of the effects of systematic treatment selection variables and quality of alliance on individual growth*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade da Califórnia em Santa Bárbara.
- Moleiro, C. (2005). Sobre o(a) cliente e para além do diagnóstico: Contributos para a optimização da tomada de decisão clínica. *Psychologica*, 39, 37-53.
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

- Orlinsky, D., & Ronnestad, M. H. (Eds.). (2004). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York, NY: Oxford University Press.
- Roth, A., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy – A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- Vasco, A. B. (1992). *“Psicoterapeuta, conhece-te a ti próprio!”: Características, crenças metateóricas, estilos terapêuticos e desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas portugueses*. Dissertação de doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Vasco, A. B. (1994). Psicoterapeutas portuguesas: Características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira. *Psicologia*, IX, 405-428.
- Vasco, A. B. (1999). *Characterizing Portuguese psychotherapists: The 80s and the 90s*. Paper presented at the 30th Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal.
- Vasco, A. B. (2001). *“En casa del herrero, cuchillo de palo”*: Sobre la necesidad de integración de modelos integrativos. Comunicação apresentada na “XVII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration”, Santiago, Chile.
- Vasco, A. B. (2008). Psychotherapy integration in Portugal, *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(1), 70-73.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (s.d.). *Entre nuvens e relógio: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia*. Manuscrito não publicado.
- Vasco, A. B., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495.

Integration in psychotherapy has grown in Portugal and its prevalence among psychotherapists has been studied. However, little is known with regards to the types and ways this integration is taking place. The present study sought to explore and describe the way psychotherapists integrate interventions from different theoretical models. Its main goal was to investigate if integration was performed in a systematic way, responsive to the patient’s characteristics, and based on empirical evidence. Sixty five psychotherapists participated in the study (78% female, mean age of 32 years old), with a range of clinical experience (0.5-20 years) and different theoretical orientations. Participants responded to a questionnaire, developed based on the Systematic Treatment Selection model, using both a quantitative and a qualitative approach. Results showed that the way Portuguese psychotherapists integrate interventions is very diverse, varying from the systematic use of empirically based principles to the development of unique models. Two main clusters of psychotherapists emerged with respect to theoretical orientation: (1) psychoanalytic and psychodynamic therapists, who less often identify with other models (and vice-versa) and (2) cognitive, behavioral, humanistic and systemic therapists, who identified often among these models. Psychotherapists who identified more with the theoretical models of humanistic and integrative approaches reported to be more responsive to patient characteristics when choosing intervention types. Implications for practice and training of psychotherapists in Portugal are discussed.

Key-words: Evidence based practices, Portuguese psychotherapists, Psychotherapy integration, Systematic treatment selection.

