

Psicoterapia: da avaliação dos resultados à compreensão do processo

ÓSCAR F. GONÇALVES *

A generalidade dos psicoterapeutas, qualquer que seja o grupo profissional de origem (e.g. psicologia, psiquiatria, serviço social) ou a orientação teórica (e.g., psicodinâmica, comportamental, cognitiva, humanista), vivem perseguidos por um dilema epistemológico particularmente complexo. Por um lado, as várias análises e meta-análises até hoje realizadas têm concluído ser a psicoterapia uma estratégia significativamente eficaz na promoção da mudança dos indivíduos. Por outro lado, a investigação acerca do processo terapêutico, aponta para o facto de existirem diferenças metodológicas consistentemente significativas entre terapeutas de diferentes orientações teóricas. Finalmente, e apesar das diferenças de metodologia, não parecem existir resultados significativamente diferentes para diferentes correntes terapêuticas. Isto é, *processos significativamente diferentes conduzem a resultados idênticos*. Como salientaram Luborsky, Singer e Luborsky (1975), lembrando o conhecido veredicto de Dодо na *Alice no País das Maravilhas*: «Todos ganharam e todos merecem os seus prémios!».

A nossa ontologia eminentemente hermenêutica e o desejo correlativo de compreendermos e interpretarmos a realidade, faz com que sejam pouco satisfatórias as asserções referentes ao utilitarismo dos nossos métodos de intervenção. Daí que, no decurso

dos últimos anos, se tenha assistido a um esforço de identificação dos elementos, factores e ingredientes essenciais do processo terapêutico por recurso a um refinamento considerável das metodologias da análise dos processos e dos resultados da psicoterapia (e.g., Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Safran, Greenberg & Rice, 1988; Rice & Greenberg, 1984).

Como ainda recentemente salientaram Omer e London (1988), os psicoterapeutas, talvez forçados pelos resultados paradoxos da investigação, assumiram progressivamente uma atitude de descentração crítica em relação aos seus modelos de intervenção. É agora essencial que esta perspectiva crítica seja gerida no sentido da rentabilização das nossas metodologias de intervenção e que os terapeutas assumam, na prática, uma atitude epistemológica de *investigadores/clínicos* capaz de contribuir para uma melhor compreensão dos processos de mudança e desenvolvimento humano.

O objectivo deste artigo é o de apresentar e ilustrar metodologias de avaliação da avaliação da terapia, que permitam aos clínicos uma monitorização sistemática da suas intervenções possibilitando simultaneamente a extrapolação de generalizações para uma conceptualização global do processo terapêutico. Dois grandes grupos de metodologias vão ser apresentados: *Metodologias de avaliação centradas nos resultados e metodologias de avaliação centradas no processo*. Para cada um destes grupos apresentaremos algumas das características fundamentais a que deverá obedecer a avaliação e discutiremos alguns exemplos.

* Professor Auxiliar e Coordenador do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho, R. Abade da Loureira - 4700 Braga.

METODOLOGIAS CENTRADAS NOS RESULTADOS

Pelo anteriormente dito, fica a ideia de que a implementação de qualquer projecto clínico de intervenção, no estado actual de evolução dos nossos conhecimentos terapêuticos, torna eticamente imprescindível o recurso a um processo sistemático de monitorização e avaliação. Numa primeira fase, esta avaliação poderá ser mais global, centrada nos resultados, caminhando progressivamente para uma maior discriminação em termos de processo.

No que se refere à avaliação centrada nos resultados, quatro etapas nos parecem essenciais na organização de um projecto de investigação: (1) *manualização do tratamento*; (2) *avaliação dos resultados globais*; (3) *avaliação comparativa dos resultados*; (4) *avaliação diferencial da matriz terapêutica*. É a cada uma destas fases do processo de investigação dos resultados que nos referiremos de seguida.

1. Manualização do tratamento

A psicoterapia é hoje uma prática híbrida resultante da complexa confluência de algumas centenas de abordagens terapêuticas. Mesmo quando restringimos a nossa avaliação a uma corrente específica de intervenção (i.e., terapia comportamental, terapia cognitiva, terapia psicodinâmica) facilmente depa-ramos com uma vasta complexidade de alternativas terapêuticas. Em face desta complexidade, a avaliação de um qualquer processo terapêutico só poderá apresentar alguma exequibilidade se os objectivos e métodos terapêuticos forem claramente especificados através da manualização do tratamento. A manualização consiste assim num processo de operacionalização e decomposição dos objectivos e métodos do processo terapêutico.

Para Stiles, Shapiro e Elliott (1986) três aspectos deverão ser considerados em qualquer manualização do processo terapêutico: (1) organização de um manual terapêutico com a descrição detalhada das fases, objectivos e técnicas terapêuticas utilizadas; (2) treino dos psicoterapeutas na implementação do manual terapêutico; (3) monitorização da adesão do terapeuta aos manuais.

Vários têm sido os manuais terapêuticos investigados na avaliação da eficácia global e comparativa

do processo terapêutico. Talvez um dos mais conhecidos e divulgados seja o protocolo cognitivo para o tratamento da depressão apresentado por Beck, Rush, Shaw & Emery (1979). Trata-se de um protocolo de 15 a 20 entrevistas intencionalizado para lidar com os aspectos cognitivos centrais da depressão. Para cada entrevista, os autores apresentam uma detalhada agenda especificando os princípios procedimentos a utilizar intra e intersessões.

No Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho é igualmente utilizado um circunstanciado manual terapêutico especificando as fases, objectivos e métodos de uma estrutura terapêutica em 10 sessões para o desenvolvimento do auto-conhecimento (ver Quadro I). Depois de treinados na implementação deste manual, os terapeutas são cuidadosamente monitorizados na sua adesão ao manual (Gonçalves, 1990).

Pretende-se assim, através da manualização do processo, especificar os elementos concretos de processo terapêutico de molde a que a avaliação da eficácia global ou comparativa possa ser referenciada às circunstâncias específicas de uma intervenção e não a referentes teóricos de difícil verificação.

2. Avaliação dos resultados globais

Manualizado o tratamento, importa proceder à avaliação da sua eficácia em termos globais. Dois aspectos são essenciais na formulação de um plano de avaliação global dos resultados terapêuticos: (1) selecção das variáveis dependentes mais apropriadas; (2) comparações entre medidas de pré-tratamento, pós-tratamento e de seguimento (*follow-up*).

Em qualquer fase exploratória de aplicação de uma determinada técnica terapêutica torna-se imprescindível seleccionar um leque vasto e multidimensional de medidas dos resultados. Em primeiro lugar é importante que sejam seleccionadas medidas que englobem várias dimensões do funcionamento psicológico dos clientes: comportamentais, emocionais e cognitivas. Em segundo lugar, as medidas seleccionadas devem contemplar quer aspectos do funcionamento global quer aspectos sintomáticos mais específicos. Finalmente, sempre que possível, as mudanças terapêuticas deverão ser avaliadas sob diferentes pontos de vista: o ponto de vista do cliente, o ponto de vista do terapeuta e o ponto de vista de

QUADRO I

Estrutura geral da terapia cognitiva breve para o desenvolvimento do auto-conhecimento (© Gonçalves, 1990)

DESPISTAGEM E AVALIAÇÃO – Guia para a Entrevista de Avaliação Comportamental e Cognitiva (2 sessões de 1 hora e 30 minutos)

1. **Objectivos** – Avaliação do funcionamento global do cliente, identificação e conceptualização das suas áreas problemáticas.
2. **Processo** –
 - a. Iniciação
 - b. Avaliação do Funcionamento Global
 - c. Definição das Áreas Problemáticas
 - d. Diagnóstico Psicopatológico
 - e. Conceptualização Cognitivo-Comportamental
 - f. Finalização

RECORDAÇÃO DE NARRATIVAS PESSOAIS SIGNIFICATIVAS (1 sessão de 1 hora)

1. **Objectivos** – Fazer com que o cliente esteja capaz de recordar e reexperienciar episódios significativos em diferentes momentos da sua vida (próximos e distantes).
2. **Processo** –
 - a. Indução da atitude de relaxamento
 - b. Imaginação guiada com regressão temporal através de várias Narrativas Pessoais Significativas
 - c. Selecção de 1 experiência de entre as várias recordadas
 - d. Identificação da experiência recordada

CONCRETIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA (1 sessão de 1 hora)

1. **Objectivos** – Fazer com que o cliente identifique e descreva os detalhes concretos da experiência seleccionada.
2. **Processo** –
 - a. Identificação e operacionalização dos comportamentos do cliente e dos outros significativos
 - b. Identificação das variáveis contextuais, físicas e sociais
 - c. Identificação dos antecedentes da experiência
 - d. Identificação das consequências da experiência

EXPLORAÇÃO DAS RESPOSTAS INTERNAS E EMOCIONAIS (1 sessão de 1 hora)

1. **Objectivos** – Fazer com que o cliente identifique as respostas cognitivas internas, os processos de pensamento, imagens, fantasias e sentimentos, bem como o significado pessoal destes processos.
2. **Processo** –
 - a. Identificação dos processos cognitivos
 - b. Clarificação do significado pessoal dos processos cognitivos
 - c. Identificação dos processos emocionais
 - d. Clarificação do significado pessoal dos processos emocionais

EXPLORAÇÃO DA COMPREENSÃO GLOBAL, GENERALIZAÇÕES E CONFIGURAÇÕES (2 sessões de 1 hora)

1. **Objectivos** – Promover no cliente a conceptualização global da experiência, levando-o a generalizar os conhecimentos desta experiência para um conhecimento de si mais elaborado e possibilitando, paralelamente, a identificação de padrões, configurações ou estruturas de funcionamento interno.
2. **Processo** –
 - a. Análise funcional e compreensão global da experiência
 - b. Exploração de generalizações pessoais
 - c. Identificação de metáforas estruturais (configurações, esquemas)
 - d. História do desenvolvimento das metáforas estruturais

EXPLORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS TRANSFORMACIONAIS (5 sessões de 1 hora)

1. **Objectivos** – Levar o cliente a identificar sistemas de transformação estrutural, identificando as dimensões de funcionalidade da sua organização estrutural interna, e formular, implementar e avaliar projectos de transformação estrutural.
2. **Processo** –
 - a. Análise das dimensões de funcionalidade das estruturas
 - b. Exploração de metáforas estruturais alternativas
 - c. Implementação de alternativas através de projectos emocionais, comportamentais e cognitivos
 - d. Avaliação dos projectos alternativos
 - e. Finalização

juízes externos. Como salientam Strupp e Hadley (1977), o processo terapêutico é um processo complexo e multidimensional e como tal deverá exigir uma rede vasta e complexa de metodologias e processos de análise dos resultados.

Um primeiro estudo dos efeitos globais de determinada intervenção só poderá ser conseguido se as medidas das respectivas variáveis dependentes selecionadas forem recolhidas pelo menos em três momentos diferentes: (1) pré-tratamento (i.e., imediatamente antes do processo terapêutico); (2) pós-tratamento (i.e., imediatamente após a finalização do processo terapêutico); (3) seguimento (i.e., em períodos variáveis após a finalização do processo terapêutico — 1 mês, 3 meses, 6 meses, 1 ano, etc.).

Embora as estratégias de avaliação global dos resultados não nos permitam identificar as razões da eficácia de uma determinada estratégia terapêutica, nem sequer atribuir ao processo a causalidade linear dos resultados, permite-nos no entanto explorar o sentido de determinada mudança e julgar sobre a utilidade de proceder ou não a estudos posteriores mais dispendiosos como sejam as análises comparativas e de matriz.

São abundantes na literatura os estudos de avaliação global dos resultados, principalmente nos momentos de implementação de uma nova estratégia terapêutica (cf., Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). No entanto, grande parte destes estudos não contemplam habitualmente um ou vários dos requisitos metodológicos enunciados: (1) necessidade de tratamentos manualizados; (2) multiplicidade de medidas dependentes; (3) várias perspectivas de avaliação dos resultados; (4) necessidade de comparações entre medidas de pré-tratamento, pós-tratamento e de seguimento.

Um de entre os vários estudos de avaliação de um programa de tratamento do síndrome de ansiedade-pânico-evitamento, recentemente apresentado por Baptista (1988), exemplifica a utilidade desta metodologia de avaliação global dos resultados em fases exploratórias de implementação de um processo terapêutico. Vinte pacientes diagnosticados como agorafóbicos foram sujeitos a um programa terapêutico em 12 sessões semanais de grupo em que se pretendia estudar a eficácia da aplicação de um manual terapêutico com instruções para exposição, com exercícios de auto-verbalização confrontativa e de respiração, acompanhados de processos de registo e auto-avaliação estruturada. Várias medidas

auto-relatadas dos resultados foram utilizadas: *Lista de Sintomas de Hopkins*, *Inventário de Mobilidade*, *Questionário de Medo*, *Questionário de Pensamentos Agorafóbicos*, *Questionário de Sensações Somáticas*, *Questionário de Ansiedade Cognitiva e Somática*, *Questionário de Ansiedade Estado-Traço* e *Escala de Avaliação da Depressão de Zung*. Os pacientes foram avaliados antes do tratamento, a meio do tratamento e no final do tratamento. Entre os vários efeitos significativos encontrados são de realçar alterações globais dos sintomas fóbicos e de ansiedade, nas sensações somáticas e na ansiedade traço.

Entre as potencialidades deste estudo são de realçar: (1) a descrição suficientemente manualizada do processo de tratamento; (2) a utilização de medidas variadas dos resultados terapêuticos; (3) as comparações antes, durante e depois do tratamento. Como insuficiências de uma estratégia de avaliação dos resultados são de salientar: (1) ausência de avaliação dos resultados terapêuticos feita pelo terapeuta e juízes externos; (2) ausência (no momento de publicação do estudo) de resultados de seguimento.

Se a avaliação dos resultados globais nos permite entrever determinada tendência na eficácia de um programa terapêutico, ela não é de algum modo conclusiva relativamente à causalidade dessa eficácia. Para tal torna-se necessário passar à fase seguinte de avaliação comparativa dos resultados.

3. Avaliação comparativa dos resultados

Um dos passos mais importantes da avaliação de qualquer programa terapêutico é o da análise comparativa dos seus resultados. Para que se possa caminhar no sentido do esclarecimento da eficácia diferencial de um determinado processo terapêutico é absolutamente imprescindível proceder à comparação entre várias estratégias de tratamento e entre estas e a ausência de tratamento. São os seguintes os elementos que deverão ser tomados em consideração numa avaliação comparativa dos resultados terapêuticos: (1) manualização dos diferentes tratamentos em estudo; (2) organização de grupos de controlo não tratados; (3) especificação de medidas terapêuticas capazes de contemplar as dimensões privilegiadas pelos diferentes tratamentos em estudo; (4) várias perspectivas de análise dos resultados (i.e., clientes, terapeuta, observadores externos); (5) realização de

medidas de pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento.

Tal como para a avaliação dos resultados globais, torna-se também aqui necessário proceder à especificação dos diferentes tratamentos em estudo através da descrição detalhada dos respectivos componentes terapêuticos. Em segundo lugar, e para que os efeitos dos tratamentos possam ser referenciados às simples mudanças decorrentes da passagem do tempo ou de outros factores mais ou menos aleatórios, é imperioso proceder a estudos comparativos com grupos de controlo não tratados. É ainda necessário, para assegurar a validade das comparações, que os sujeitos sejam aleatoriamente distribuídos por cada um dos grupos em estudo. Em terceiro lugar, é sabido que diferentes abordagens terapêuticas privilegiam diferentes resultados, daí que as variáveis dependentes seleccionadas devem contemplar criteriosamente as várias dimensões enfatizadas por cada uma das perspectivas em estudo. Finalmente, e tal como foi anteriormente afirmado, deverão ser recolhidas medidas pré-tratamento, pós-tratamento e de seguimento.

Um exemplo de um estudo da avaliação da eficácia comparativa é a investigação recentemente descrita por Emmelkamp, Visser & Hoerkstra (1988). Estes autores procuraram avaliar os efeitos comparativos da terapia racional emotiva e da exposição ao vivo no tratamento das desordens obsessivo-compulsivas. Vinte pacientes foram aleatoriamente distribuídos por 2 tratamentos: (1) exposições auto-controladas ao vivo e (2) terapia racional emotiva. Para cada tratamento foram realizadas 10 sessões seguindo manuais detalhados. A gravação de todas as sessões permitia verificar o grau de adesão do terapeuta ao respectivo manual. Três grupos de medidas constituíram as variáveis dependentes do presente estudo: (1) medidas dos problemas obsessivo-compulsivos (i.e., *Anxiety Discomfort Scale*; *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*); (2) medidas cognitivas (i.e., *Irrational Beliefs Test*); e de (3) generalização dos resultados (i.e. *Self-rating depression scale*; *Hostility and direction of hostility questionnaire*; *Social Anxiety Scale*). Os sujeitos foram avaliados antes e após o tratamento e ainda em dois momentos de seguimento (1 mês e 6 meses após o final da psicoterapia). Foram, para grande parte das medidas, encontradas diferenças significativas entre o pré-teste e o pós-teste para ambos os tratamentos. Estes resultados mantiveram-se estáveis nas duas avaliações de seguimento efectuadas.

Finalmente, não existiram efeitos diferenciais significativos entre os dois tratamentos estudados.

Entre as numerosas virtualidades deste estudo enquanto exemplo de uma avaliação comparativa, gostaríamos de realçar: (1) a existência de um tratamento manualizado e a verificação do grau de adesão de cada terapeuta aos respectivos manuais terapêuticos; (2) especificação de medidas terapêuticas capazes de contemplar as dimensões privilegiadas pelos diferentes tratamentos em estudo; (3) realização de medidas de avaliação pré-tratamento, pós-tratamento e de seguimento. Como principais dificuldades são de apontar: (1) ausência de um grupo de controlo não tratado; (2) ausência de avaliações dos resultados terapêuticos pelo terapeuta e por observadores externos.

4. Avaliação diferencial da matriz terapêutica

A avaliação comparativa dos resultados permite-nos encontrar resposta para algumas questões relativas à eficácia diferencial dos resultados de diferentes abordagens terapêuticas e correlativamente extrapolar relações de causalidade. Estas metodologias não nos permitem, todavia, esclarecer factores interaccionais entre tratamento, tipo de problema e características do terapeuta e do cliente.

É hoje em dia reconhecido, pela generalidade dos terapeutas e investigadores, que a psicoterapia é um fenómeno complexo resultante da interacção recíproca entre variáveis do tratamento, características pessoais do terapeuta, características do cliente, tipos de problema e contexto do processo terapêutico. É já clássica a formulação de Gordon Paul (1967) quanto à necessidade da avaliação terapêutica responder às seguintes questões: que *tratamento* realizado por que *terapeuta* é mais eficaz para este *cliente* com este *problema* nestas *circunstâncias*?

A avaliação diferencial da matriz terapêutica procura responder a esta questão através da análise do efeito da interacção entre o grande número de variáveis presentes no processo terapêutico. Idealmente, numa avaliação diferencial da matriz terapêutica deverão ser tomados em consideração os seguintes aspectos: (1) definição e operacionalização de vários tratamentos (i.e., manualização dos vários tratamentos e constituição de grupos de controlo); (2) definição de várias características do terapeuta

(e.g., experiência profissional, idade, sexo, personalidade, estilos cognitivos, variáveis de poder de influência); (3) definição de variáveis características do cliente (e.g., idade, sexo, personalidade, nível de desenvolvimento, estilos cognitivos); (4) definição do tipo de problema (e.g., distúrbios de ansiedade, distúrbios do humor, distúrbios de personalidade); (5) definição dos contextos de tratamento (e.g., individual, grupo, em contextos educacionais, em contextos de saúde, em ambulatório, em internamento); (6) definição das medidas dos resultados (multidimensionais, antes e após o tratamento e avaliadas por diversas perspectivas).

Como facilmente se pode ver, através da consideração da diferenciação de factores potencialmente influentes do processo terapêutico pretende-se esclarecer não só a contribuição individual de cada uma destas variáveis para os resultados terapêuticos, mas sobretudo o efeito das interações entre as diferentes variáveis em presença. Infelizmente, a complexa rede de interações torna muitas vezes proibitiva a realização de estudos da avaliação diferencial da matriz terapêutica. Opta-se assim, na maioria dos casos, por esclarecer algumas das interações hipotetizadas como mais significativas. Por exemplo, um simples estudo do NIMH (citado em Stilles, Shapiro & Elliott, 1986) para avaliar o efeito de várias psicoterapias no tratamento da depressão produziu rapidamente doze células ou grupos de avaliação originados pelo estudo da interação entre unicamente três grupos de variáveis: 4 tratamentos (cognitivos, interpessoal, farmacológico, placebo/controlo) \times 1 categoria de problema (depressão unipolar) \times em três centros regionais. Mesmo sem tomar em consideração variáveis do terapeuta e do cliente e hipotetizando uma distribuição de 15 clientes por célula, facilmente podemos verificar que um estudo restrito como este necessitaria de uma amostra de cerca de 180 sujeitos.

Num estudo recentemente realizado por Dowd, Hughes, Brockbank, Halpain, Seibel & Seibel (1988), foi utilizada uma estratégia de avaliação diferencial da matriz terapêutica para analisar o efeito interactivo entre tipo de tratamento (paradoxal e não paradoxal) e nível de reactividade do cliente na resolução de problemas de procrastinação. Mais especificamente foram comparados três grupos de tratamento: intervenção paradoxal; intervenção directiva não paradoxal e grupo de controlo. Foram preparados manuais para cada uma destas intervenções

breves de cerca de 30 minutos e os terapeutas foram treinados e avaliados na sua execução. Os clientes, divididos em grupos de alta e baixa reactividade, foram aleatoriamente distribuídos por cada um dos três grupos de tratamento. Foram realizadas avaliações em três momentos diferentes: antes do tratamento, durante o tratamento e imediatamente após o tratamento. As medidas dependentes eram constituídas por dois inventários de procrastinação, cada um medindo diversos factores, o *Procrastination Log* e o *Procrastination Inventory*. Na globalidade, os resultados apontam para o facto de todos os sujeitos tratados terem melhorado significativamente mais do que os do grupo de controlo. Contrariamente àquilo que era hipotetizado pelos autores, o tipo de tratamento não interagiu de modo significativo com o nível de reactividade dos clientes.

Entre as inúmeras potencialidades deste estudo gostaríamos de chamar a atenção para as seguintes: (1) vários grupos de tratamento manualizados e existência de um grupo de controlo não tratado; (2) comparação entre dois grupos de clientes quanto ao grau de reactividade terapêutica e distribuição aleatória dos sujeitos pelos diferentes grupos de tratamento; (3) medidas multidimensionais dos resultados terapêuticos antes, durante e após a terapia. Entre as várias limitações é importante sublinhar: (1) o reduzido tempo de tratamento (30 minutos); (2) ausência de comparação entre diferentes características do terapeuta; (3) ausência da comparação entre diferentes grupos de problemas; (4) ausência de diferenciação de vários contextos terapêuticos; (5) ausência de medidas dos resultados pelo terapeuta e observadores externos.

Em resumo, a avaliação centrada nos resultados deve caminhar no sentido de uma discriminação progressiva dos factores responsáveis pelo sucesso ou eficácia terapêutica. Após a especificação detalhada do tratamento que se pretende avaliar (manualização), dever-se-à proceder inicialmente à avaliação global da sua eficácia (avaliação dos resultados globais), passando de seguida para a comparação dos seus efeitos com o de outras estratégias (avaliação comparativa dos resultados) para terminar com uma mais detalhada análise acerca da interação entre os diferentes factores ou variáveis em presença (avaliação diferencial da matriz terapêutica).

Uma palavra final sobre os principais modelos estatísticos subjacentes a cada uma destas etapas de avaliação dos resultados terapêuticos. No momento

inicial (i.e., avaliação global dos resultados) os modelos estatísticos mais adaptados são os das análises univariadas que identificam unicamente a direção e significância da mudança (cf., Kirk, 1982). As avaliações comparativas dos resultados, dada a natureza múltipla de variáveis independentes e dependentes, exige o recurso a modelos multivariados (i.e., MANOVA) capazes de dar conta da significância da interação entre momentos da avaliação (pré-teste/pós-teste) e tratamento para diferentes medidas do processo terapêutico (cf., Haase & Ellis, 1987). Finalmente, a avaliação diferencial da matriz terapêutica pode beneficiar de modelos estatísticos de análise de regressão múltipla (simultânea, hierárquica, *stepwise*) capazes de permitir um estudo preditivo acerca da contribuição individualizada ou sumativa de uma ou várias características da terapia (i.e., terapia, terapeuta, cliente, problema, contexto) para os resultados terapêuticos (Wampold & Freund, 1987).

METODOLOGIAS CENTRADAS NO PROCESSO

Os procedimentos de avaliação dos resultados terapêuticos anteriormente descritos, dado o seu carácter eminentemente extensivo, permitem-nos a diferenciação dos resultados em função das técnicas, terapeutas, contextos, populações e problemas, possibilitando uma maior generalização, predição e controlo do fenómeno terapêutico. No entanto, e como ainda recentemente sublinharam Safran *et al.* (1988), as avaliações extensivas dos resultados terapêuticos apresentam numerosos inconvenientes. Em primeiro lugar, é sabido por qualquer clínico que os resultados médios obtidos através da análise de um grupo de sujeitos em nada asseguram a eficácia de uma determinada terapia com um cliente específico. Isto é, por mais que se diferenciem os clientes na avaliação dos resultados em termos demográficos, personalísticos, cognitivos ou desenvolvimentais, o contexto biopsicossocial do seu desenvolvimento faz de cada interlocutor um sujeito inquestionavelmente único.

Em segundo lugar, toda a psicoterapia, ainda que manualizada, não constitui um processo uniforme, daí que o processo de organização em medidas de tendência central dos resultados dificulte o esclari-

mento acerca de quais os subcomponentes da mudança e dos ingredientes centrais da transformação terapêutica. As macroestratégias terapêuticas são constituídas por todo um conjunto variado de microestratégias mais ou menos explícitas que importa operacionalizar e avaliar. O mito da uniformidade do processo terapêutico é particularmente limitativo de uma compreensão mais clara e aprofundada do processo de mudança e transformação em psicoterapia.

A investigação intensiva e sistemática do processo terapêutico pretende, mediante uma análise discriminativa do processo, esclarecer os factores responsáveis pela mudança, privilegiando deste modo a explicação e compreensão do fenómeno terapêutico.

Tal como fizemos para a descrição das metodologias centradas nos resultados, vamos agora referir vários momentos de avaliação de um processo terapêutico que permitem completar uma avaliação da eficácia global e diferencial com uma compreensão e explicação do fenómeno de transformação e mudança em psicoterapia. Estes momentos correspondem a metodologias progressivamente elaborados na história da investigação do processo terapêutico e podem agrupar-se em cinco variantes: (1) *Avaliação da relação entre processo e resultados*; (2) *Avaliação sequencial das respostas terapêuticas*; (3) *Avaliação dos processos de construção fenomenológica*; (4) *Avaliação das tarefas terapêuticas*.

1. Avaliação da Relação entre Processo e Resultados

A identificação inicial dos ingredientes fundamentais da mudança terapêutica passa por um estudo sistemático da relação entre processo e resultados. Cabe talvez a Carl Rogers (1957) o mérito de ter sido o grande incentivador da investigação sistemática do processo ao hipotetizar as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, quaisquer que fossem as terapias e os contextos da sua aplicação. Durante décadas, os terapeutas entregaram-se à investigação da relação entre condições ou atitudes facilitativas (i.e., congruência, genuinidade e empatia) e resultados terapêuticos (cf., Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978; Patterson, 1984; Truax & Carkuff, 1967; Truax & Mitchell, 1971).

Vários aspectos deverão ser contemplados num programa de avaliação sistemática da relação entre processo e resultados. Em primeiro lugar, é necessário identificar e operacionalizar variáveis do terapeuta suficientemente gerais de modo a que possam ser referenciadas a diferentes abordagens terapêuticas. Em segundo lugar, e de um modo idêntico, devem ser identificadas, operacionalizadas e quantificadas variáveis transteóricas do cliente. Em terceiro lugar é imperioso que as variáveis identificadas do processo, quer para o terapeuta quer para o cliente, sejam avaliadas e medidas de diferentes pontos de vista (i.e., cliente, terapeuta, observadores externos). Finalmente e como tivemos ocasião de sublinhar a propósito das medidas centradas nos resultados, várias medidas dos resultados devem ser efectuadas, capazes de satisfazer diferentes abordagens e avaliadas de diferentes pontos de vista (i.e., cliente, terapeuta e observadores externos).

Exemplo típico de um programa de avaliação da relação entre processo e resultados é o *Vanderbilt Psychotherapy Project*, iniciado em 1975 e que conta já com mais de um quarto de século de investigações (cf., Gomes-Schwartz, 1978; Strupp & Hadley, 1979; Suh, Strupp & O'Malley, 1986; Suh, O'Malley, Strupp & Johnson, 1989). Tendo como objectivo central a avaliação sistemática da relação entre determinadas variáveis do processo e a eficácia da psicoterapia, a equipa do *Vanderbilt Psychotherapy Project* desenvolveu uma escala do processo terapêutico, a *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPSS), consistindo em 80 itens, avaliados numa escala de Likert, destinados ao estudo da qualidade, para terapeuta e cliente, da experiência terapêutica. Esta escala avalia 8 factores assim distribuídos: participação do paciente, hostilidade do paciente, perturbação psíquica do paciente, grau de exploração do paciente; dependência do paciente; grau de exploração do terapeuta, atitudes negativas do terapeuta, relação calorosa e amistosa do terapeuta, atitudes negativas do terapeuta. Três estudos foram realizados até à data no âmbito deste projecto e um está neste momento em curso. Em geral, grupos de clientes que variam entre 25 a 38 sujeitos, seguem um processo terapêutico de tempo limite. São feitos registos das sessões em videotape ou audiotape e são retiradas amostras, sistemáticas ou aleatórias, de períodos variáveis que vão de 10, 15 minutos a uma sessão inteira. Avaliadores externos, geralmente estudantes gradua-

dos, cotam as amostras utilizando a VPSS. A avaliação dos resultados terapêuticos inclui habitualmente medidas diferenciadas e avaliadas sob diferentes pontos de vista. Dos vários resultados encontrados ao longo deste projecto de investigação gostaríamos de salientar os seguintes: (1) o nível de envolvimento do cliente mostrou-se altamente preditivo do resultado final; as mudanças no comportamento do terapeuta, especialmente nas fases iniciais do processo, são igualmente altamente preditivas dos resultados; (4) o aumento do envolvimento e da relação calorosa do terapeuta encontra-se significativamente relacionada com os resultados; finalmente (5) a hostilidade do terapeuta em resposta à hostilidade ou resistência inicial do cliente encontra-se negativamente relacionada com os resultados terapêuticos.

Entre as potencialidades deste projecto de investigação de larga escala, parece-nos serem de realçar: (1) foram identificadas e operacionalizadas variáveis transteóricas do terapeuta; (2) foram identificadas e operacionalizadas variáveis transteóricas do cliente; (3) foram utilizadas várias medidas dos resultados que reflectem diferentes orientações teóricas e diferentes perspectivas de análise. Talvez o único inconveniente digno de registo tenha sido o de não estender a avaliação das variáveis do processo aos pontos de vista do terapeuta e do cliente, ficando-se unicamente pela perspectiva de observadores externos que, ainda que cuidadosamente treinados, reflectem sempre um ponto de vista exógeno às particularidades de uma relação terapêutica singular.

2. Avaliação Sequencial das Respostas Terapêuticas

As estratégias de avaliação do processo anteriormente apresentadas, ainda que importantes para o estabelecimento da relação entre dimensões do processo e resultados terapêuticos, provocaram insatisfação a dois níveis. Primeiro, a dimensão excessivamente qualitativa ou a pouca operacionalização de variáveis do processo (e.g., o envolvimento do cliente) dificultam a compreensão específica dos mecanismos da mudança ao remeterem para variáveis pouco diferenciadas a qualidade de preditores dos resultados terapêuticos (cf. Tepper & Haase, 1978). Em segundo lugar, variáveis globais do processo em pouco contribuem para a compreensão do processo

de transformação que se opera momento a momento no decurso da relação terapêutica.

Como resultado destas dificuldades, numerosos autores procuraram operacionalizar sistemas de respostas verbais e não verbais do terapeuta e do cliente de modo a possibilitar uma análise mais circunstanciada do processo terapêutico (cf., Hill, 1978; Ivey & Authier, 1978; Strupp, 1957). Os investigadores preocuparam-se então em caracterizar o processo terapêutico em termos das frequências de respostas verbais e não verbais de clientes e terapeutas (cf., Highlen & Hill, 1984). No entanto, mais recentemente, os investigadores decidiram completar a visão descritiva do processo terapêutico possibilitada pelo estudo da frequência das respostas, com uma perspectiva explicativa tendo como base a análise das relações sequências entre respostas do terapeuta e respostas do cliente (cf., Lichtenberg & Heck, 1986). A análise sequencial é usada para «determinar em que medida um comportamento particular emitido por um membro de sistema de interacção é seguida por um outro comportamento mais (ou menos) frequentemente daquilo que seria de esperar do acaso» (Wampold & Kim, 1989, p. 357).

A investigação sequencial das respostas terapêuticas deverá ter em linha de conta quatro aspectos essenciais: (1) a definição, operacionalização e medida de sistemas transteóricos de respostas do terapeuta; (2) a definição, operacionalização e medida de sistemas transteóricos de respostas do cliente; (3) a análise, para cada sessão, de sequências de respostas unidireccionais e bidireccionais de ordem proximal e distal (i.e., primeira ordem, segunda ordem, terceira ordem); (4) o estudo da relação entre padrões sequências e resultados terapêuticos.

Hill, Carter & O'Farrell (1983), apresentaram um dos primeiros exemplos da utilização da análise sequencial das respostas terapêuticas no estudo intensivo de um caso clínico de terapia breve. Tendo em vista a avaliação dos efeitos proximais das respostas do terapeuta no cliente, Hill *et al.* procederam a uma análise sequencial de 12 sessões terapêuticas utilizando a *Hill Counselor and Client Verbal Response Category System*, uma escala de medida das respostas em terapia que define 14 categorias de resposta do terapeuta (e.g., questões abertas, reflexões, interpretações) e 9 categorias de resposta do cliente (e.g., pedidos, descrição, *insight*). Foram unicamente analisadas as primeiras duas unidades de resposta do cliente que se seguiam à resposta do terapeuta. Em

geral, os resultados apontam para o facto de os clientes responderem mais com descrições após perguntas fechadas e menos após orientações directas ou interpretações. A experiencição do cliente verifica-se habitualmente após o silêncio do terapeuta e é mais difícil de ocorrer após o uso de questões fechadas. O *insight* aparece mais frequentemente em consequência de silêncios, questões abertas e confrontações do terapeuta.

O estudo de Hill *et al.* apresenta várias potencialidades que importa realçar: (1) são operacionalizados e medidos os comportamentos do terapeuta; (2) são operacionalizados e medidos os comportamentos do cliente; (3) são estabelecidas relações sequenciais entre comportamentos do terapeuta e comportamentos do cliente.

No entanto, este estudo apresenta várias insuficiências metodológicas dignas de registo: (1) não foram estabelecidos padrões sequenciais para cada sessão terapêutica; (2) as medidas de análise sequencial foram separadas de qualquer avaliação dos resultados; (3) só foram analisadas sequências unidireccionais (i.e., terapeuta-cliente) e proximais ou de primeira ordem (i.e., as duas primeiras unidades da resposta imediata do cliente) (Lichtenberg & Heck, 1983; Wampold & Kim, 1989). Uma reanálise dos dados de Hill *et al.* com uma correcção das principais insuficiências metodológicas foi recentemente apresentada por Wampold & Kim (1989).

3. Avaliação dos Processos de Mediação Cognitiva

O processo terapêutico é no entanto bem mais complexo que a imagem que nos é dada pelo estudo das sequências de respostas terapêuticas. Para além da dimensão comportamental obviamente presente do processo terapêutico, há todo um mundo de acontecimentos privados constituído por variáveis cognitivas e cobertas que importa descodificar (cf., Gonçalves, Ivey & Langdell, 1988).

A revolução cognitiva repercutiu-se na investigação do processo através da investiva na identificação das variáveis cobertas do processo tais como: estratégias de conceptualização (e.g., Strohmmer & Chiodo, 1984), percepções (e.g., Elliott, Barker, Caskey & Pistrang, 1982), intenções (e.g. Hill & O'Grady, 1985) e processos inconscientes (e.g., Gonçalves & Ivey, 1987).

Entre os vários programas de investigação desenvolvidos neste domínio parece-nos particularmente saliente o projecto liderado por Jack Martin na Universidade de Western Ontario (e.g., Martin, 1984; 1985; 1989; Martin, Martin, Meyer & Slemon, 1986; Martin, Martin & Slemon, 1987; Martin & Stelmaczek, 1988; Martin, Paivio & Labadie, 1989). Martin apresenta um modelo, designado *Paradigma da Mediação Cognitiva*, segundo o qual não existe uma direcionalidade linear entre respostas do terapeuta e respostas do cliente. Segundo este modelo, as acções do terapeuta são processadas pelas estruturas cognitivas do cliente e vice-versa. Assim, na análise da mediação cognitiva do processo terapêutico, vários aspectos deverão ser tomados em consideração: (1) devem ser efectuadas medidas transteóricas do processamento cognitivo do terapeuta e do cliente; (2) devem ser efectuadas medidas transteóricas das percepções do terapeuta e do cliente; (3) devem ser efectuadas medidas transteóricas das intenções do terapeuta e do cliente; (4) devem ser efectuadas medidas transteóricas das respostas do terapeuta e do cliente; finalmente (5) devem ser recolhidas medidas dos resultados multidimensionais e para diferentes pontos de vista (i.e., cliente, terapeuta, observadores externos).

No decurso dos últimos anos têm sido aperfeiçoados instrumentos tais como a *List of Intentions* (Hill & O'Grady, 1985) e a *Therapeutic Information Processing Scale* (Martin, Pavio & Lagadie, 1989). Estes instrumentos, actualmente ainda em fase de estudo e aperfeiçoamento, constituem todavia utensílios fundamentais para as variáveis cognitivas do processo terapêutico.

Num dos primeiros estudos realizados para analisar as variáveis cognitivas do terapeuta e cliente no processo terapêutico, Martin *et al.* (1986) levaram a efeito um estudo intensivo de 10 diades terapêuticas. Em três momentos do processo terapêutico foram recolhidos os seguintes dados: (1) respostas do terapeuta; (2) respostas do cliente; (3) intenções do terapeuta; (4) percepções do cliente acerca das respostas do terapeuta; (5) processamento cognitivo do cliente; (5) medidas de avaliação da eficácia pelo terapeuta e pelo cliente. Esta investigação procurava, por um lado, avaliar o grau de consistência entre comportamentos e cognições de terapeuta e cliente e, por outro, verificar a influência desta consistência na eficácia terapêutica. Os resultados demonstraram, em primeiro lugar, a existência de uma menor consis-

tência das cognições interpessoais (i.e., intenções do terapeuta — processamento cognitivo do cliente) do que dos comportamentos interpessoais (i.e., comportamento do terapeuta — comportamento do cliente) ou do que o intrapessoal cognitivo-comportamental (i.e., processamento cognitivo do cliente — comportamento do cliente). Em segundo lugar, a avaliação da eficácia da terapia estava significativamente relacionada com o grau de consistência entre os diferentes elementos da cadeia.

Várias são as potencialidades deste estudo que importa salientar: (1) operacionalização e medida de respostas do terapeuta e cliente; (2) operacionalização e medida das intenções do terapeuta; (3) operacionalização e medida das percepções do cliente; (4) operacionalização e medida do processamento cognitivo do cliente e, finalmente, (5) medidas dos resultados sob diferentes pontos de vista. No entanto, mesmo num complexo estudo como este ficam alguns aspectos por considerar, tais como: (1) medidas das percepções do terapeuta; (2) medidas do processamento cognitivo do terapeuta; (3) medidas das intenções dos clientes. Alguns dos estudos mais recentes deste programa de investigação têm vindo a ultrapassar algumas das deficiências deste estudo inicial (cf., Martin, Paivio, Labadia, 1989).

4. A Avaliação dos Processos de Construção Fenomenológica

Terapeuta e cliente não são nem elementos passivos nem unicamente transformadores dos significados dos estímulos da relação terapêutica. Perspectivas construtivistas recentes da conceptualização do processo terapêutico defendem que todo o conhecimento implica um processo de participação proactiva dos indivíduos (cf., Gonçalves & Machado, 1989; Joyce-Moniz, 1989; Mahoney, 1988; Guidano, 1987). Deste modo, cada um dos interlocutores traz para a psicoterapia a singularidade dos seus processos de construção de conhecimento por intermédio dos quais cria uma realidade subjectiva de *construção fenomenológica*. Daí que, talvez mais importante que explorar a *realidade* do processo terapêutico seja o estudo dessa *subrealidade* de construções fenomenológicas de cliente e terapeuta.

David Rennie da York University em Ontario no Canadá, tem, juntamente com os seus colaborado-

res, desenvolvido um programa de investigação sistemática acerca dos processos de construção fenomenológica em psicoterapia (cf., Rennie, 1984, 1985, 1989; Angus & Rennie, 1988, 1989). Neste projecto procuram-se explorar as construções de significados que terapeutas e clientes fazem a partir da análise das suas próprias experiências terapêuticas. Seguindo um *processo de recordação interpessoal* (cf., Elliott, 1986) é solicitado aos sujeitos que, ao ouvirem a gravação de momentos significativos da terapia, recordem os pensamentos, imagens e sentimentos experienciados nesses momentos. O conteúdo dessas recordações é seguidamente dividido em unidades de significado (i.e., unidades do discurso que veiculam um conceito) que são depois sucessivamente categorizadas até ao desenvolvimento de uma estrutura teórica de significações num procedimento de análise qualitativa designado por *grounded theory analysis* (cf., Rennie, Phillips & Quartaro, 1988).

Dos dados até ao momento encontrados por Rennie *at al.*, dois aspectos são dignos de nota. Primeiro, verifica-se que terapeuta e cliente operam, no contexto da terapia, em mais de um nível de consciência e que alguns desses níveis não são comunicados ao interlocutor. Em segundo lugar, a categoria central encontrada nestas investigações é aquilo que os autores designam de *agência individual*, isto é, cada um dos participantes no processo terapêutico tem um papel activo e de auto-organização em face das respostas dos interlocutores.

Deste importante conjunto de conclusões ressaltam algumas recomendações para a avaliação do processo de construção fenomenológica: (1) identificação e selecção de vários momentos julgados como significativos pelo terapeuta e cliente; (2) *Processo de Recordação Interpessoal* desses momentos em que se solicita separadamente para cada um dos interlocutores que elaborem acerca daquilo que imaginavam, pensavam e sentiam em cada um desses momentos; (3) divisão das recordações de terapeuta e cliente em unidades de significado e posterior construção de categorias de significação por intermédio da *grounded theory analysis*; finalmente (4) análise diversificada e por múltiplos pontos de vista dos resultados terapêuticos.

Um exemplo de uma investigação ilustrativa da avaliação dos processos de construção fenomenológica é-nos trazida pelo recente estudo de Angus e Rennie (1989). Neste estudo os autores procederam

a uma análise intensiva das construções dos significados de terapeuta e cliente para sequências metafóricas ocorridas ao longo do processo. Quatro díades terapêuticas participaram neste estudo, tendo-se procedido à gravação de uma sessão terapêutica para cada díade. Depois de identificadas 11 sequências metafóricas (5 iniciadas pelo cliente e 6 iniciadas pelo terapeuta) foram conduzidas entrevistas de recordação separadas para cada um dos interlocutores. Nestas entrevistas era solicitado aos participantes que recordassem as imagens, pensamentos e sentimentos experienciados em cada um dos momentos seleccionados. As transcrições das recordações dos sujeitos, depois de divididas em unidades de significado, foram organizadas em categorias unificadoras de significado por intermédio da *grounded theory analysis*. Em geral, os resultados apontam para o facto das metáforas aparecerem como redes associativas de significação remetendo privilegiadamente para aspectos da identidade pessoal e dos padrões de relação dialógica dos sujeitos.

Esta investigação ilustra algumas das características importantes da avaliação dos processos de construção fenomenológica, nomeadamente: (1) selecção de instâncias significativas do processo terapêutico; (2) condução de um processo de recordação pessoal, separado para cada um dos interlocutores; (3) divisão das transcrições das recordações dos sujeitos em unidades de significação e sua análise por intermédio da *grounded theory analysis*. Três insuficiências metodológicas não deverão, no entanto, deixar de ser registadas: (1) Foi somente analisada uma sessão terapêutica; (2) não foram relacionadas as avaliações do processo com quaisquer medidas dos resultados; e (3) não foram contrastadas ou de algum modo relacionadas as significações do terapeuta com as significações do cliente (num outro estudo, Angus & Rennie [1988] relatam dados acerca da conjunção e disjunção de construção de significados entre terapeuta e cliente).

5. A Avaliação das Tarefas Terapêuticas

Newell & Simon (1972), conhecidos investigadores no domínio da inteligência artificial, têm consistentemente defendido que os modelos dos processos humanos de solução de problemas devem ter como base um estudo intensivo das estratégias utilizadas pelos indivíduos em tarefas específicas. Esta

estratégia, designada de *análise ou avaliação da tarefa*, consiste na definição de um espaço problemático (mapeamento hipotético das alternativas de solução de problemas) e no teste deste espaço por recurso a análise intensiva dos procedimentos individuais.

O processo terapêutico é, por excelência, um contexto de solução de problemas. Embora de uma natureza mais ambígua, afectiva e pessoal que as tarefas de solução de problemas frequentemente estudadas nos domínios das ciências cognitivas, os modelos de avaliação da tarefa podem, com as necessárias adaptações, prestar-se à compreensão do processo terapêutico. Estas metodologias permitem-nos «modelar a realização das actividades de processamento de informação de indivíduos em situações específicas» (Safran, Greenberg & Rice, 1988, p. 8) e assim hipotetizar e testar modelos de transformação terapêutica. Em geral, três momentos estão presentes numa avaliação de tarefa: (1) selecção de uma tarefa específica (*task environment*); (2) elaboração de um modelo de mudança (*problem space*); (3) Aperfeiçoamento e teste deste modelo.

No decurso dos últimos anos vários autores se entregaram à adaptação destas metodologias de análise intensiva das tarefas tendo em vista a sua utilização no processo terapêutico, de modo a testar modelos moleculares da mudança com potencialidades heurísticas de explicação e predição (cf., Greenberg, 1980; Greenberg, 1983; Rice & Greenberg, 1984; Safran, Greenberg & Rice, 1988; Wiseman & Rice, 1989).

Dadas as características de contínua formulação, testagem e reformulação de modelos, tomando como base o estudo intensivo de tarefas ou acontecimentos terapêuticos, as metodologias de avaliação das tarefas terapêuticas não só constituem um instrumento de estudo científico da psicoterapia como também conduzem a uma maior aproximação entre investigação e prática ao contribuírem de um modo evidente para o aperfeiçoamento clínico do investigador. Como recentemente, salientaram Safran *et al.* (1988):

O tipo de compreensão finamente sintonizado do processo de mudança potencialmente emergente de uma investigação deste tipo poderá desempenhar um importante papel no desenvolvimento a longo prazo da psicoterapia como ciência. Igualmente importante, no entanto, são os benefícios imediatos para o clínico activamente envolvido neste processo de investigação (p.12).

Existem 6 aspectos essenciais num projecto de avaliação das tarefas terapêuticas: (1) desenvolvimento preliminar de um modelo descrevendo o contexto da tarefa (i.e., intervenção terapêutica) bem como o espaço do problema (i.e., as estratégias hipotéticas do cliente na solução das tarefas); (2) ligação entre processo e resultados através da definição e especificação de medidas de avaliação dos resultados globais; (3) análise intensiva preliminar e aperfeiçoamento do modelo tomando como base o estudo de transcrições clínicas; (4) manutenção de um contexto estável da tarefa através da standardização do contexto e dos procedimentos terapêuticos específicos; (5) especificação e validação de medidas do processo capazes de avaliar as operações hipotetizadas como centrais; (6) estabelecimento das hipóteses e teste extensivo dessas hipóteses.

Wiseman & Rice (1989) apresentaram recentemente um exemplo ilustrativo de avaliação das tarefas terapêuticas. O modelo teórico a testar, desenvolvido e aperfeiçoado com base em estudos anteriormente realizados (cf., Rice & Saperia, 1984), conduziu à formulação de duas hipóteses: (1) aspectos vocais da intervenção do terapeuta têm um efeito na qualidade vocal e no nível de experientiação do cliente (i.e., uma vocalidade produtiva do terapeuta facilita, no cliente, a transição de uma vocalidade negativa para uma vocalidade positiva, facilitando igualmente a transição de níveis reduzidos para níveis elevados de experientiação); (2) o tipo de intervenção do terapeuta tem um efeito no nível de experientiação do cliente (i.e., intervenções terapêuticas com base no *Manual for the Unfolding of Problematic Reactions* facilitam a transição de níveis reduzidos para níveis elevados de experientiação).

Cinco díades terapêuticas participaram neste estudo, tendo sido seleccionadas duas sessões em que se solicitava aos clientes para discutirem um *Ponto de Reacção Problemático* (i.e., ponto em que a sua reacção se afigura de algum modo problemática) e para o qual os terapeutas utilizariam uma estratégia de *Evocação Sistemática* (*Systematic Evocative Unfolding*). Para o teste das hipóteses acima referidas foram utilizadas as seguintes medidas do processo: (1) *Client Vocal Quality*; (2) *Therapist Vocal Quality*; (3) *Client Experiencing Scale*; (4) *Therapeutic Task-Relevant System*. Os resultados encontrados apontam para a confirmação das hipóteses estabelecidas pelo modelo. Isto é, a voz produtiva do terapeuta influencia a qualidade da voz do cliente con-

duzindo-o a um nível mais elevado de experienci-
ção, e as intervenções de evocação sistemática do
terapeuta produzem igualmente no cliente níveis
mais elevados de experiencição.

Esta investigação é bem ilustrativa dos principais
procedimentos da avaliação das tarefas terapêuticas:
(1) há uma formulação de hipóteses tendo como base
um modelo de realização da tarefa, preliminarmente
testado e aperfeiçoado; (2) criação de uma situação
standardizada para terapeuta e cliente; (4) especi-
ficação de medidas variadas do processo; (5) teste
extensivo das hipóteses. Como única insuficiência
digna de nota fica a inexistência de medidas de liga-
ção entre processo e resultados finais do tratamento.
Como reconhecem os próprios autores, a relevância
teórica e clínica deste estudo poderia beneficiar lar-
gamente da demonstração de uma relação entre
medidas do processo e medidas intermédias e finais
dos resultados terapêuticos.

Como anteriormente tivemos oportunidade de
observar, a avaliação da eficácia global e diferen-
cial da terapia que nos é possibilitada pelas metodo-
logias centradas nos resultados deverá ser comple-
mentada pelo estudo intensivo do processo terapêu-
tico de modo a possibilitar uma compreensão mais
detalhada dos mecanismos da transformação tera-
pêutica. Tal como para as metodologias centradas
nos resultados, também a avaliação do processo pode
ser organizada de forma a abarcar a complexidade
do processo terapêutico caminhando progressiva-
mente de um estudo da relação entre processo e
resultados para uma discriminação crescente dos ele-
mentos sequenciais do processo, das variáveis cog-
nitivas, dos processos de construção fenomenológica
e da avaliação multifacetada das tarefas terapêuticas.

Também aqui os modelos estatísticos se diferen-
ciam em função das metodologias de avaliação do
processo. A avaliação da relação entre processo e
resultados segue habitualmente modelos de análise
de regressão múltipla que permitem o estudo da
capacidade preditiva de variáveis do processo, toma-
das isolada, sumativa ou multiplicativamente (cf.,
Wampold & Freund, 1987). A avaliação sequencial
das respostas terapêuticas exige já o recurso a mode-
los estatísticos de análise sequencial em que são elab-
oradas matrizes de transição e índices de depen-
dência sequencial cuja magnitude é habitualmente
testada por testes estatísticos transformados de *kappa*
(cf., Wampold, no prelo; Wampold & Morgolin,
1982). A avaliação da mediação cognitiva recorre

frequentemente a modelos estatísticos onde predomi-
nam a análise de regressão múltipla e procedimentos
de análise sequencial. No que se refere à avaliação
dos processos de construção fenomenológica, ainda
que mais comumente tratados por análises qualita-
tivas do tipo da *grounded analysis*, podem benefi-
ciar substancialmente da utilização de modelos de
escalamento multidimensional capazes de forne-
cer uma representação espacial da interrelação entre
os significados de cliente e terapeuta (cf., Fitzgerald
& Hubert, 1987). Finalmente, as metodologias de
avaliação das tarefas terapêuticas poderão recorrer a
modelos estatísticos *Loglineares* que nos permitem
proceder à testagem de modelos hipotéticos relati-
vos aos efeitos principais e interactivos (medidas de
goodness of fit) dos diferentes componentes do
modelo (cf., Marascuilo & Busk, 1987).

CONCLUSÃO

Gostaríamos, ao concluir, de lembrar quatro
ideias centrais subjacentes ao artigo aqui apresen-
tado:

1. A necessidade dos psicoterapeutas assumirem,
no estado actual de evolução dos nossos conheci-
mentos, uma atitude dupla de *clínicos-investigadores*,
que permita um constante movimento de *acção* (prá-
tica clínica) e de *descentração* (monitorização, in-
vestigação e reflexão sobre a prática).

2. A importância de ultrapassar o paradoxo entre
investigação dos resultados e investigação do pro-
cesso através de uma maior diferenciação e sofis-
ticação das metodologias de avaliação em psicote-
rapia.

3. Iniciar o processo de monitorização constante
da nossa prática através de metodologias centradas
nos resultados que nos permitam sucessivamente: a)
manualização do tratamento; b) avaliação global da
eficácia; c) avaliação comparativa e diferencial da
eficácia; d) avaliação da interacção entre diferentes
variáveis da terapia.

4. Complementar a avaliação dos resultados com
uma avaliação intensiva do processo terapêutico de
modo a possibilitar o esclarecimento dos mecanis-
mos de transformação terapêutica através de uma
discriminação progressiva dos seguintes elementos
do processo: a) estudo da relação entre processo e

resultados; b) avaliação dos elementos sequenciais do processo; c) estudo das variáveis cognitivas; d) análise dos processos de construção fenomenológica; e) estudo multifacetado das tarefas terapêuticas.

É possível que, graças a um recurso sistemático à avaliação do processo e resultados da psicoterapia, possamos progressivamente aproximarmos da compreensão do fenómeno terapêutico, caminhando unidamente num ambiente de saudável diversidade epistemológica para o refinamento das nossas metodologias e para uma maior eficácia das nossas intervenções. No entanto, como em tempos sublinhava Clara Hill (1984), fica-nos constantemente a sensação que a psicoterapia é um terreno elusivo e escorredio em que nos sentimos frequentemente frustrados e desencorajados nas nossas capacidades para o abarcar na totalidade. É, no entanto, precisamente esta característica de poderoso obstáculo epistemológico que faz da psicoterapia um laboratório fascinante para o estudo dos mecanismos, potencialidades e limites da mudança humana. Laboratório em que nos desdobramos nos papéis de investigador e terapeuta, sujeito e objecto, observador e observado, conhecedor e conhecido, compreendendo simultaneamente a artificialidade ilusória destas dicotomias.

REFERÊNCIAS

- ANGUS, L. E., & RENNIE, D. L. (1988) — Therapist participation in metaphor generation: Collaborative and noncollaborative styles. *Psychotherapy*, 25, 552-560.
- (1989) — Envisioning the representational world: The clients' experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 372-379.
- BAPTISTA, A. (1988) — O programa de tratamento/investigação do síndrome de ansiedade/pânico/evitação no Serviço de Psicoterapia Comportamental. *Psicologia*, 6, 57-72.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EEMERY, G. (1979) — *Cognitive therapy of depression*. N.Y.: Guilford.
- ELLIOTT, R. (1986) — Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: A research handbook*. N.Y.: Guilford.
- ELLIOTT, R., BARKER, C.B., CASKEY, N., & PISTRANG, N. (1982) — Differential helpfulness of counselor verbal response modes. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 354-361.
- EMMELKAMP, P. M. G., VISSER, S., & HOEKSTRA, R. J. (1988) — Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive. *Cognitive Therapy & Research*, 12, 103-114.
- GONÇALVES, O. F. (1990) — *Procedimentos da Unidade Clínica de Jovens e Adultos*. Braga, Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano.
- GONÇALVES, O. F., & IVEY, A. E. (1987) — The effects of unconscious information on therapy conceptualizations, intentions and responses. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 237-245.
- GONÇALVES, O. F., & IVEY, A. E., & LANGDELL, S. (1988) — The multilevel conception of intentionality: Implications for counselor training. *Counseling Psychology Quarterly*, 1, 377-386.
- GONÇALVES, O. F., & MACHADO, P. P. (1989) — Cognitive therapies and psychological development: An introduction. In O.F. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: APPORT.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978) — Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- GREENBERG, L. S. (1980) — The intensive analysis of recurring events from the practice of gestalt therapy. *Psychotherapy*, 17, 143-152.
- (1983) — Toward a task analysis of conflict resolution in gestalt therapy. *Psychotherapy*, 20, 190-101.
- GUIDANO, V. F. (1987) — *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. N.Y.: Guilford.
- HAASE, R. F., & ELLIS, M. V. (1987) — Multivariate analysis of variance. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 404-413.
- HIGHLEN, P. S., & HILL, C. E. (1984) — Factors affecting client change in individual counseling: Current status and theoretical speculations. In S.D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology*. N.Y.: Wiley.
- HILL, C. E. (1978) — Development of counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 1978, 25, 461-468.
- (1984) — A personal account of the process of becoming a counseling process researcher. *Counseling Psychologist*, 12, 99-109.
- HILL, C. E., CARTER, J. A., & O'FARRELL, M. K. (1983) — A case study of the process and outcome of time-limited counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 3-18.

- HILL, C. E., & O'GRADY, K. E. (1985) — List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- IVEY, A. E., & AUTHIER, J. (1978) — *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- DOWD, E. T., HUGHES, S. L., BROCKBANK, L., HALPAIN, D., SEIBEL, C., & SEIBEL, P. (1988) — Compliance-based and defiance-based intervention strategies and psychological reactance in the treatment of free and unfree behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 370-376.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989) — Structures, dialectics and regulation of applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy. In O. F. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: APPORT.
- KIRK, R. E. (1982) — *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- LICHTENBERG, J. W., & HECK, E. J. (1983) — Use of sequential analysis in counseling process research: A reply to Hill, Carter, and O'Farrell and to Howard. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 615-618.
- LICHTENBERG, J. W., & HECK, E. J. (1986) — Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 170-181.
- LUBORSKY, L. SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975) — Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «Everyone has won and all must have their prizes?». *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MAHONEY, M. J. (1988) — Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- MARASCUILO, L. A., & BUSK, P. L. (1987) — Loglinear models: A way to study main effects and interaction for multidimensional contingency tables withing categorical data. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 443-455.
- MARTIN, J. (1984) — The cognitive mediational paradigm for research on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 558-571.
- (1985) — Measuring client's cognitive competence in research on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 556-560.
- (1989) — *The social cognitive construction of therapeutic experience and memories*. Universidade de Western Ontario: Manuscrito submetido para publicação.
- MARTIN, J., MARTIN, W., MEYER, M., & SLEMON, A. (1986) — An empirical investigation of the cognitive mediational paradigm for research on counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 115-123.
- MARTIN, J., MARTIN, W., & SLEMON, A. G. (1987) — Cognitive mediation in person-centered and rational-emotive therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 251-260.
- MARTIN, J., PAIVIO, S. C., & LABADIE, D. (1989) — *Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy: Integrating cognitive experiential and therapeutic psychology*. University of Western Ontario: Manuscrito submetido para publicação.
- MARTIN, J., & STELMACZONEK, K. (1988) — Participants' identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 385-390.
- MITCHELL, K. M., BOZARTH, J. D., & KRAUFT, C. C. (1977) — A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth and genuineness. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. N.Y.: Pergamon.
- NEWELL, A., & SIMON, H. A. (1972). *Human problem solving*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- OMER, H., & LONDON, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: End of the systems era. *Psychotherapy*, 25, 171-184.
- PARLOFF, M. B., WASKOW, I. E., & WOLFE, B. E. (1978) — Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical analysis*. (2nd ed.). N.Y.: Wiley.
- PATTERSON, C. H. (1984) — Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- PAUL, G. L. (1967) — Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- RENNIE, D. L. (1984) — *Clients' tape-assisted recall of psychotherapy: A qualitative analysis*. Comunicação Apresentada na Convenção da Canadian Psychological Association em Ottawa.
- (1985) — *An early return from the interviews with clients about their therapy interview: The functions of the narrative*. Comunicação Apresentada na Convenção da Ontario Psychological Association em Ottawa.
- (1989) — *Clients' agency in psychotherapy I: The relationship with personal meaning*. York University: Manuscrito submetido para publicação.
- RENNIE, D. L., PHILLIPS, J. R., & QUARTARO, G. K. (1988) — Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology?. *Canadian Psychology*, 29, 139-150.
- RICE, L. N., & GREENBERG, L. S. (1984) (Eds.) — *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. N.Y.: Guilford.
- RICE, L. N., & SAPIERA, E. P. (1984) — Task analysis and the resolution of problematic reactions. In L. N.

- Rice, & L. S. Greenberg (Eds.). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. N.Y.: Guilford.
- ROGERS, C. (1957) — The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- SAFRAN, J. D., GREENBERG, L., & RICE, L. N. (1988) — Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy*, 25, 1-17.
- STILES, W. B., & SHAPIRO, D. A., & ELLIOTT, R. (1986) — Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- STROHMER, D. C., & CHIODO, A. C. (1984) — Counselor hypothesis testing strategies: The role of initial impressions and self-schema. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 410-419.
- STRUPP, H. H. (1957) — A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry*, 20, 293-306.
- STRUPP, H. H., & HADLEY, S. W. (1977) — A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 196-197.
- (1979) — Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- SUH, C. S., O'MALLEY, S. S., STRUPP, H. H., & JOHNSON, M. E. (1989) — The Vanderbilt psychotherapy process scale (VPSS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 123-154.
- SUH, C. S., STRUPP, H. H., & O'MALLEY, S. S. (1986) — The Vanderbilt process measures: The psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: A research handbook*. N.Y.: Guilford.
- TEPPER, D. T., & HAASE, R. E. (1978) — Verbal and nonverbal communication of facilitative conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 35-44.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. (1967) — *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- TRUAX, C. B., & MITCHELL, K. M. (1971) — Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. G. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. N. Y.: Wiley.
- WAMPOLD, B. E. (no prelo) — Kappa as a measure of pattern in sequential data. *Quality and Quantity*.
- WAMPOLD, B. E., & FREUND, R. D. (1987) — Use of multiple regression in counseling and psychotherapy research: A flexible data-analytic strategy. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 372-382.
- WAMPOLD, B. E., & KIM, K. H. (1989) — Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 357-364.
- WAMPOLD, B. E., & MARGOLIN, G. (1982) — Non-parametric strategies to test the independence of behavioral states in sequential data. *Psychological Bulletin*, 92, 755-766.
- WISEMAN, H., & RICE, L. N. (1989) — Sequential analysis of therapist-client interaction during change events: A task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 281-286.

RESUMO

O objectivo deste artigo é de apresentar e ilustrar metodologias de avaliação da psicoterapia que permitam aos clínicos uma monitorização sistemática das suas intervenções possibilitando simultaneamente a extrapolação de generalizações para uma conceptualização global do processo terapêutico. Dois grandes grupos de metodologias são apresentados: Metodologias de avaliação centradas nos resultados e metodologias de avaliação centradas no processo. Nas metodologias centradas nos resultados são apresentadas as características e discutidos exemplos para cada um dos seguintes procedimentos: manualização do tratamento; avaliação dos resultados globais; avaliação comparativa dos resultados; e avaliação diferencial da matriz terapêutica. Quanto às metodologias centradas no processo são abordados os seguintes procedimentos: avaliação da relação entre processo e resultados; avaliação sequencial das respostas terapêuticas; avaliação dos processos de construção fenomenológica; avaliação das tarefas terapêuticas.

ABSTRACT

The objective of this article is to present several psychotherapeutic evaluation methods in order to enable clinicians for a systematic monitoring of their practices and simultaneously allowing opportunity for more adequate generalizations and conceptualizations of the therapeutic process. Two groups of methodologies are presented: Outcome methodologies and process methodologies. For the outcome methodologies the characteristics and illustrations of the following procedures are provided: treatment manualization; global outcome analysis; comparative outcome analysis; differential analysis of the therapeutic matrix. Regarding process methodologies several procedures are discussed: process-outcome analysis; sequential analysis of therapeutic responses; analysis of phenomenological construction; task analysis.