

Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q

Margareth da Silva Oliveira

Maria Lucia Tiellet Nunes

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Héctor Fernández-Álvarez

Fernando Garcia

Fundación Aiglé (Buenos Aires, ARG)

RESUMO

O Estilo Pessoal do Terapeuta pode ser entendido como um dos componentes do processo terapêutico, referindo-se a um conjunto de funções que se mostram de maneira integrada e expressam disposições, riscos e atitudes que todo terapeuta evidencia em seu exercício profissional. Este estudo apresenta dados da versão brasileira da Escala do Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-C) de Fernández-Álvarez e Garcia. Os procedimentos de adaptação seguiram os passos de tradução do instrumento do espanhol para o português, versão avaliada por juízes, estudo piloto e versão final. A fidedignidade obtida nas classes Atenção, Comprometimento e Operativa foram 0,70, 0,71 e 0,79, respectivamente. São apresentados dados descritivos referentes a 225 terapeutas brasileiros, comparando-se terapeutas menos e mais experientes, assim como desempenhos nas funções entre terapeutas cognitivos, psicanalíticos e integrativos. Conclui-se que a Escala pode ser um elemento importante no treinamento de terapeutas e apresenta características psicométricas satisfatórias na versão brasileira.

Palavras-chave: Estilo pessoal do terapeuta; questionário, versão brasileira; fidedignidade.

ABSTRACT

Personal style of therapist: Preliminary data from brazilian version of PST-Q

Therapist personal style might be understood as one of the components of the therapeutic process, referring to a group of functions which present themselves in an integrated way and express the dispositions, risks and attitudes that all therapists evidence at their practice. This study presents preliminary data from Brazilian version of Fernández-Álvarez and Garcia's Therapist's Personal Style Questionnaire (PST-Q), designed to understand each therapist's own style. The adaptation procedures followed translation steps: the version from Spanish to Portuguese was evaluated by judges, there was a pilot study and finally the final version was written. The reliability obtained in the categories Attention, Involvement and Operative were 0.70, 0.71 e 0.79, respectively. Descriptive data are presented, regarding 225 Brazilian therapists, comparing the most and the least experienced, and differences between cognitive, psychoanalytical and integrative therapists when performing their functions. The conclusion is that the Scale may be an important element in therapist training and presents satisfactory psychometric characteristics in the Brazilian version.

Key words: Personal style of the therapist; questionnaire, brazilian version; confiability.

INTRODUÇÃO

Existem inúmeros métodos e técnicas com formatos e modalidades muito heterogêneos de psicoterapia, os quais enriquecem o campo de aplicações, mas também despertam muitos questionamentos, pois poucas investigações foram realizadas a respeito das semelhanças e diferenças entre os procedimentos que os profissionais utilizam em cada abordagem. Da mesma

forma, muitos profissionais passaram a assumir uma atitude eclética, integrando modelos e técnicas, flexibilidade que pode trazer vantagens, ao mesmo tempo, em que pode se tornar um caminho propício a uma prática distorcida, desprovida de um referencial específico (Fernández-Álvarez e Opazo, 2004).

Nesse contexto, se torna imprescindível a investigação das características dos terapeutas nas diferentes abordagens teóricas para esclarecer e ampliar a evo-

lução que vem se desenvolvendo no campo da atuação profissional dos psicoterapeutas. Isso certamente contribuirá para uma melhor compreensão dos aspectos integrantes do processo psicoterápico, além da qualificação e busca da identidade dos próprios profissionais.

Para Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), as características gerais do terapeuta que facilitam a aplicação da terapia incluem cordialidade, acurada empatia e autenticidade, repertório de habilidades que afetam as atitudes e o comportamento do terapeuta durante o tratamento.

Algumas pesquisas têm demonstrado que os resultados obtidos com a psicoterapia estão amplamente associados às características e qualidades dos terapeutas. Lambert (1992), por exemplo, quantifica que 30% do sucesso terapêutico está vinculado a características como aceitação, apoio e esperança transmitidos e sentidos pelo terapeuta, aspectos intimamente ligados à condição afetivo-emocional do técnico. Acredita que tais habilidades devem ser estimuladas e desenvolvidas ao longo da formação, tendo como intuito a ampliação da possibilidade de melhora dos pacientes através do estabelecimento de uma satisfatória relação terapêutica. Identifica, ainda, outros principais fatores: as técnicas utilizadas, correspondendo a um percentual de 15% da melhora do paciente, as expectativas e os placebos (15%) e as alterações ocorridas extra *setting* terapêutico (40%).

Importante ponderar que todo terapeuta se comunica com seus pacientes, combinando formas e modos distintos que se moldam a cada situação. Cada pessoa tem a sua forma preferida para integrar as diferentes fontes de informações disponíveis, apresentando seu modo característico de processamento da informação, o que termina por caracterizar um “estilo”.

Na revisão de literatura realizada por Fernández-Álvarez, Garcia, Lo Bianco e Corbella Santomá (2003), foi encontrada a definição do conceito de estilo como resultado de detalhes de conduta que influenciam na consecução de uma meta, porém lhe dá uma maneira característica, quase uma identificação, a um sujeito ou a uma ação específica.

Toda psicoterapia requer por parte do terapeuta o cumprimento de uma série de ações que respondem ao caráter genérico da prática. Todo terapeuta se apóia em um modelo teórico que lhe serve para determinar o marco de sua prática. Cada procedimento se ajusta a princípios técnicos que afinam este ajuste.

Assim sendo, a perícia de um terapeuta para desempenhar sua missão estará fortemente dependente de sua capacidade para estabelecer uma boa aliança terapêutica que favoreça a criação de um contexto

oportuno para a realização de intervenções efetivas e para a troca de *feedbacks*.

A aliança terapêutica tem sido considerada um elemento fundamental em todas as formas de psicoterapia. Safran (2002) refere que muitos autores já consideram o relacionamento terapêutico como instrumento de mudança. E uma aliança terapêutica positiva surge a partir de um profissional competente e efetivo, que deve ser capaz de expressar empatia, respeito e cuidado, além de desempenhar de maneira consistente sua própria prática. A ruptura da aliança terapêutica, situação típica por ocasião de mudanças de terapeuta, ainda que seja muito cuidada a alocação dos pacientes em relação ao tempo de trabalho do terapeuta em formação, que cumpre determinado tempo de treinamento, pode ser responsável pelo abandono de terapia (Lhullier, Nunes, Antochévis, Porto e Figueiredo, 2000), pois envolve variáveis que, em seu conjunto, remetem à aliança terapêutica (Lhullier, Nunes e Horta, 2006).

Embora os entrevistados afixassem, ser a conceito de processo analítico como composto de vários elementos, alguns comuns entre si, mas nem todos em concordância, a aliança terapêutica foi considerada, de forma inequívoca, fundamental para o processo analítico, em estudo qualitativo com analistas de uma sociedade psicanalítica filiada a IPA (Santos, Nunes e Ceitlin, 2006).

Portanto, um dos aspectos mais complexos da psicoterapia, que requer um alto grau de reciprocidade e colaboração, é a capacidade do terapeuta colocar em prática esse conjunto de características pessoais, ou seja, o seu estilo pessoal (Consoli e Machado, 2004).

Segundo Fernández-Álvarez et al. (2003), o Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT) pode ser entendido como um dos componentes de todo processo terapêutico. Faz referência a um conjunto de funções que, na prática, são conduzidas de maneira integrada e expressam as disposições, riscos e atitudes que todo terapeuta põe em evidência no exercício profissional.

O EPT se apresenta como um critério útil para delimitar os principais eixos que compõem o ato psicoterapêutico, já que influi na marcha de cada processo e incide sobre os resultados das ações terapêuticas, ainda que existam diferentes graus no que diz respeito ao paciente, à patologia e ao contexto de aplicação específico. O EPT se refere às características habituais que cada terapeuta impõe a sua tarefa como resultado de sua particular maneira de ser, tomando como base o enfoque de trabalho que utiliza e os requisitos específicos que a intervenção lhe exige.

A partir deste conceito foi criado um instrumento o “Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del

Terapeuta – EPT” (Fernández-Álvarez et al., 2003). Esta escala é o produto de uma série de funções que operam integralmente, embora nem todas com a mesma importância ou incidência em cada segmento da relação terapêutica.

As funções relevantes até o momento se manifestam através de diferentes dimensões. Cada uma das dimensões apresenta-se como um continuum bipolar, onde os extremos assinalam as posições mais características. A extensão alcançada pelas diferentes dimensões em suas posições extremas reflete os limites máximos de funcionamento favorável do terapeuta. Riscos, atitudes e disposições de cada terapeuta, em cada momento de sua evolução profissional traduzem a atividade global das funções.

Funções e Dimensões do EPT-Q:

- *Função de Instrução:* Oscila da flexibilidade à rigidez e diz respeito aos vários comportamentos definidos pelo terapeuta a fim de estabelecer e regular o *setting*. Ajusta regulamentos sobre as tarefas a serem realizadas durante a sessão, bem como um sistema de normas e regras apropriadas que serão apoio em toda terapia, ou seja, horários, valores, local das sessões, negociação de mudanças, bem como todas as outras ações relacionadas ao contrato terapêutico. Exemplo: “Procuro que os clientes se adaptem à forma habitual do meu trabalho”.
- *Função de Expressão:* Está relacionada ao *continuum* do afastamento à aproximação emocional com o cliente. Ações realizadas pelo terapeuta para assegurar uma comunicação emocional com o paciente. É um dos aspectos centrais da *empatia*, um dos seus primeiros fatores a ser reconhecido na psicoterapia. O resultado central explorado nesta dimensão está na distância de uma comunicação que cada terapeuta prefere estabelecer com seus pacientes. Vê-se, por exemplo, na profundidade da troca emocional promovida, ou no nível de tolerância para expor seus próprios modos emocionais, ou reações de seus pacientes. Exemplo: “Se algo me incomoda durante uma sessão, posso expressá-lo”.
- *Função de Comprometimento:* É manifestada pelo Baixo grau ao Alto grau. O comportamento explícito e implícito está ligado ao compromisso do terapeuta para com sua tarefa em geral, e em particular, para com seus pacientes. Isto inclui o grau de envolvimento ou comprometimento que o terapeuta sente com seus pacientes e o lugar que seu trabalho ocupa em sua vida. Exemplo: “Tenho em mente os problemas dos clientes além das suas sessões”.
- *Função de Atenção:* Está relacionada à Abertura e à Focalização no curso de qualquer terapia, e ao intuito de ser capaz de ajudar seus pacientes. O terapeuta deve recolher as informações necessárias sobre eles. Suas intervenções futuras, promovendo mudanças terapêuticas, bem como os resultados do tratamento, dependem destas informações. Isso se justifica pelo fato da dimensão da atenção estar associada à dimensão operacional (implementação instrumental). O terapeuta pode focalizar sua atenção de acordo com os trabalhos regulares de sua função; sua capacidade receptiva para a informação que o paciente forneceu num modelo ativo em ordem para obter informações específicas. O básico desta dimensão é escutar e falar. Exemplo: “Gosto de me sentir surpreendido pelo material do cliente sem ter idéias prévias”.
- *Função Operativa:* Está vinculada às sessões Livres e Estruturadas, refere-se às ações diretamente ligadas às intervenções terapêuticas específicas. Isto explora a maneira que cada terapeuta está preparado para impactar o paciente no curso da terapia. Não deve ser confundido com as técnicas, embora esteja diretamente ligada a elas; é o grau de influência e as diretrizes que o terapeuta usa para a escolha de procedimentos mais planejados ou mais espontâneos. Exemplo: “Prefiro tratamentos onde estão programados todos os passos a seguir.” Ou “os tratamentos estruturados merecem pouco valor”.

Baseados nesses construtos, os autores criaram o EPT-C (Fernández-Álvarez e Garcia, 1998, 2003). O instrumento é um questionário de 36 itens numa escala do tipo Likert, de 1 a 7 pontos. Foram realizados estudos das funções que constituem o instrumento, realizados os estudos psicométricos de consistência interna e estabilidade temporal para as funções.

TABELA 1
Funções e Dimensões do EPT-Q

<i>Funções</i>	<i>Dimensões</i>
Instrução	Flexibilidade – Rigidez
Expressão	Distância – Proximidade
Comprometimento	Baixo Grau – Alto Grau
Atenção	Abertura – Focalização
	Livre – Estruturado

FONTE: (Vega, 2006, p. 203).

Na fase de validação do instrumento na Argentina, foram incluídos 189 psicoterapeutas, dos quais 27 (14,3%) são homens e 162 (85,7%) são mulheres, com

idade média de 40,3 anos e o DP (10,9), sendo 169 psicólogos e 20 psiquiatras. As correntes teóricas desses profissionais foram assim distribuídas: 19% eram terapeutas cognitivos; 21,2% eram terapeutas psicanalíticos, 3,7% terapeutas sistêmicos e 54,5% ecléticos ou integrativos. Os achados de confiabilidade, calculados pelo coeficiente alfa de Cronbach foram respectivamente: na Função de Instrução 1 0,69; de Expressão, 0,75; de Comprometimento 0,75; de Atenção, 0,80; e Operativa 0,76.

Na validação temporal, teste-reteste, após quatro meses da aplicação inicial, o instrumento foi administrado a 60 terapeutas. Os resultados obtidos pela correlação de Pearson foram: Instrução, 0,82; Expressão, 0,76; Comprometimento 0,78; Atenção 0,81 e Operativa 0,78. O EPT-Q mostrou propriedades psicométricas satisfatórias, tanto na consistência interna como estabilidade temporal. A composição fatorial obtida sugere uma adequada validade teórica ao construto para as dimensões propostas e níveis claramente diferenciados: motivacional-emocional, funções as quais se encontram a serviço da relação e aliança terapêutica, e técnico-cognitivo, referindo-se às funções específicas que estão a serviço das intervenções específicas (Vega, 2006).

O projeto de investigação utilizando o EPT-Q está sendo desenvolvido em vários países (Garcia, Castañeras, Rial, & Fernández-Álvarez, 2006) e no Brasil, estão sendo planejados estudos transculturais com as amostras de terapeutas argentinos e brasileiros, comparando os terapeutas dos dois países, bem como a realização de estudos psicométricos.

O objetivo desse artigo é apresentar dados preliminares da versão brasileira da EPT-Q, que é destinado a examinar as diferentes funções nos estilos pessoais dos terapeutas, mostrando dados iniciais de fidedignidade, comparando terapeutas com menos e mais de experiência terapêutica e relacionando o EPT-Q com as linhas teóricas mais prevalentes.

MÉTODO

Participantes

Foram participantes desse estudo 225 psicoterapeutas, dos quais 176 são mulheres (78,2%) e 49 são homens (21,8%). Os dados mostraram que a idade média foi de 35,88 anos, com o mínimo 22 anos e o máximo 69 anos.

Instrumento

O Estilo Pessoal do Terapeuta (EPT-Q) é uma escala desenvolvida por Fernández-Álvarez & Garcia (2003). Na versão brasileira, optou-se pela sigla

EPT-Q (Questionário dos Estilos Pessoais do Terapeuta). É um questionário de 36 itens numa escala do tipo Likert de 1 a 7 pontos, subdividida em cinco classes: Instrução; Expressão; Comprometimento; Atenção e Operativa. Os itens são distribuídos conforme as classes: Instrução (8 itens); Expressão (9 itens); Comprometimento (6 itens); Atenção (6 itens) e Operativa (6 itens).

Procedimentos para validação

O instrumento está em processo de validação para o Brasil (Oliveira, Wagner, Miguel, Fernandes & Perusso, 2006) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

A medida de fidedignidade utilizada foi o Coeficiente de Alfa de Cronbach, que mostrou na escala total um *alfa* de 0,62. Nas classes de Atenção, Comprometimento e Operativa foram obtidos os valores de 0,70; 0,67 e 0,77 respectivamente. Para as classes Instrução e Expressão foram obtidos valores menores, 0,52 e 0,55, respectivamente. Isso talvez se justifique pelas dificuldades de entendimento dos itens por parte dos terapeutas que participaram da pesquisa, os quais muitas vezes ficavam em dúvida sobre as questões. Pode-se inferir que o viés de tradução possa ter prejudicado a administração do questionário e, posteriormente, a medida de fidedignidade, embora tenha sido feita a adaptação semântica. Estima-se que a amostra final para os estudos de validação da escala tenha um tamanho amostral de 360 terapeutas (Hair, Anderson, Tatham e Black, 2005).

Adaptação semântica

O instrumento foi submetido aos procedimentos de tradução para a língua portuguesa falada no Brasil. Após a versão foi examinada por dois juízes, psicólogos terapeutas com fluência em língua espanhola e houve consenso em 90% dos itens. Os itens não consensuais foram examinados com os autores da escala e revistos, sendo então aplicada a versão do instrumento em 10 sujeitos a fim de verificar dúvidas ou expressões ainda confusas. Feitos os ajustes, realizou-se um estudo piloto com 20 sujeitos e obteve-se a versão final.

Procedimentos de coleta

O projeto de validação do instrumento foi aprovado na Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e no Comitê de Ética da PUCRS (CEP-PUCRS). Os terapeutas que participaram desse estudo foram contatados na rede social dos pesquisadores. Aqueles que concordaram em participar firmaram a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos estatísticos

Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva (médias, desvio padrão, frequências, percentuais). Para comparação das médias dos grupos, foi utilizado o Teste t, bem como uma análise de variância, seguida do Teste de Tukey para comparações múltiplas.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 225 terapeutas com experiência profissional relatada variando de 1 a 36 anos, sendo a média de 8,95 anos. A orientação teórica desses profissionais foi distribuída da seguinte maneira: Terapeutas cognitivos-comportamentais (n = 73) 32,4%; Terapeutas de orientação psicanalítica (n = 66) 29,5%; Terapeutas Humanistas (n = 13) 5,8%; Terapeutas de orientação Sistêmica (n = 30), 13,4%; de outra orientação (n = 17) 7,6%; Integração de várias teorias (n = 50) 22,2%. Quanto à demanda de problemas que atendem em psicoterapia, 87,6% relataram transtornos de ansiedade e depressão; 61,3% transtornos de personalidade, 39,1% comportamentos aditivos, 20% transtornos graves e 24% problemas sexuais assim como de comunicação, não fechando em 100% por não serem demandas excludentes entre si, de for-

ma que os terapeutas podem atender diferentes problemas, assim como praticar mais de uma abordagem teórica.

Numa análise dos anos de atividades de psicoterapia, examinou-se os terapeutas iniciantes (até 9 anos de experiência) e os terapeutas mais experientes (acima de 10 anos). Nesse estudo observou-se que 61,6% (n = 113) da amostra compreendem os terapeutas iniciantes e 38,4% (n = 83) compreendem os terapeutas mais experientes. Comparando as médias obtidas pelo Teste t, viu-se que há diferenças significativas entre os dois grupos na Função Atenção (p = 0,007). A Tabela 2 ilustra esses achados.

Nessa amostra, foi possível selecionar 57 terapeutas de orientação psicanalítica, 63 de orientação cognitiva e 44 de integrativa, totalizando 164 terapeutas, os quais, ao serem comparados nas cinco subescalas do EPT-Q, apresentaram diferenças significativas em todas as funções da escala. A Tabela 3 mostra esses resultados.

De acordo com a Tabela 3, nas Funções Atenção e Operativa, as médias das subescalas diferiram entre os 3 grupos. Nas Funções Expressão e Comprometimento, a psicanálise e a integrativa diferiram da cognitiva. Na função Instrução, a Psicanálise foi diferente das orientações cognitivas e integrativas.

TABELA 2
Médias, Desvios Padrão das funções do EPT-Q em relação aos anos de atividade

EPT-Q – Funções	Anos de atividade				p
	Até 9 anos (n = 133)		10 anos ou mais (n = 83)		
	Média	DP	Média	DP	
Atenção	18,9	6,1	16,5	5,9	0,007
Expressão	37,2	6,9	38,7	8,0	0,154
Instrução	31,4	6,6	32,0	7,6	0,549
Comprometimento	26,9	7,0	25,1	6,0	0,057
Operativa	23,7	7,4	21,4	8,3	0,041

TABELA 3
Diferenças das funções entre as orientações psicanalítica, cognitiva e integrativa

Funções	Orientações	N	Média*	Desvio Padrão	p
Atenção	psicanálise	57	13,2281 ^a	4,01345	< 0,001
	integração	44	17,5227 ^b	4,53148	
	cognitivo	63	23,2381 ^c	5,14535	
Expressão	psicanálise	57	34,4912 ^a	5,82520	< 0,001
	integração	44	36,4091 ^a	6,83125	
	cognitivo	63	39,4444 ^b	6,86219	
Instrução	psicanálise	57	37,4211 ^a	6,26768	< 0,001
	integração	44	29,9545 ^b	5,20266	
	cognitivo	63	29,5714 ^b	6,53949	
Comprometimento	psicanálise	57	23,5439 ^a	6,53581	< 0,001
	integração	44	25,6136 ^a	6,72453	
	cognitivo	63	29,1429 ^b	6,13782	
Operativa	psicanálise	57	17,2982 ^a	4,37919	< 0,001
	integração	44	23,0455 ^b	6,86398	
	cognitivo	63	29,7143 ^c	6,30777	

* Médias seguidas de mesma letra não diferem estatisticamente (p < 0,05).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nos procedimentos de adaptação do instrumento são animadores, pois acrescentam à área de ensino e formação de terapeutas um instrumento que irá proporcionar possibilidades de discussão teórica-técnica, treinamento de terapeutas e também uma variação de estudos relacionados às linhas teóricas.

Em relação aos anos de experiência profissional, verificou-se que, na Função de Atenção os terapeutas considerados iniciantes apresentaram uma atenção mais focalizada em informações específicas trazidas pelos pacientes, enquanto que os terapeutas mais experientes apresentaram uma atenção mais aberta, ou seja, uma escuta mais receptiva para diferentes tipos de informações, o que pode estar associado às diferentes teorias de base dos terapeutas, considerando-se os próprios movimentos vivenciados pela psicologia no que tange às perspectivas teóricas.

As investigações que estão sendo realizadas com o EPT-Q ampliam também as possibilidades de tratamento em diversas áreas do conhecimento, como o estudo realizado por Vega (2005) com terapeutas neonatologistas, em comparação com terapeutas não neonatologistas, o qual concluiu que terapeutas psicanalíticos que não trabalham em neonatologia mostraram pontuações menores na função expressão do que os terapeutas integrativos; bem como os terapeutas psicanalíticos que trabalham com neonatologia mostraram pontuações similares na mesma função que os integrativos. “Nessa análise, fica evidenciada que a concordância das respostas entre os terapeutas pode ser atribuída ao tipo de tarefa realizada mais que a formação teórica” (p. 209).

As diferenças significativas encontradas entre os grupos de terapeutas psicanalíticos, cognitivo-comportamentais e integrativos sugerem que o estilo pessoal do terapeuta está relacionado também à abordagem teórica que o embasa, embora a mesma não seja determinante, como visto no estudo de Vega (2005), sendo influenciada pelo tipo de trabalho realizado.

Roussos, Waizmann e Etchebarne (2003, citados por Waizmann, Etchebarne e Roussos, 2004) apresentam um esquema classificatório comparativo entre as modalidades de intervenções do marco teórico psicanalítico e da terapêutica cognitiva, levando em consideração os aspectos comuns e específicos de cada teoria, assim como as intervenções, que mesmo com denominações similares, referem-se a construtos distintos e as que têm denominações diferentes falam do mesmo fenômeno.

Os terapeutas integrativos, conforme Dobson (2006), harmonizam as abordagens afetivas, cogniti-

vas, comportamentais e sistêmicas de psicoterapias sob a luz de uma teoria, e aplicam essa teoria e técnicas associadas ao tratamento.

Roussos (2001), citado por Waizmann, Etchebarne e Roussos (2004), menciona que as diferenças entre os terapeutas quanto à avaliação clínica tem apontado para quatro aspectos: enfoques teóricos, nível de experiência, seu estilo cognitivo ou estilo pessoal e a interação entre essas variáveis. Tais achados vão ao encontro dos dados da presente pesquisa, na qual foram identificadas diferenças significativas entre terapeutas menos e mais experientes, assim como entre profissionais de diferentes abordagens teóricas.

Na comparação da amostra de terapeutas brasileiros, salientam-se os desempenhos dos terapeutas psicanalíticos na função instrução, os quais obtiveram as médias mais altas que os cognitivos e integrativos, o que se explica pela formação teórico-técnica da linha terapêutica, na qual aspectos como troca de horário, duração da sessão e honorários são partes integrantes do entendimento, bem como da intervenção com o paciente, visto que estão relacionados ao fenômeno da resistência, por exemplo. Neste sentido, Gabbard (1998) fala da resistência podendo assumir muitas formas, inclusive através da transferência, assim como por atrasos, troca de horários, permanecer em silêncio, dentre outras.

Este trabalho remete a reflexão da importância de uma adequada formação acadêmico-científica, maturidade emocional, compreensão e capacidade empática, bem como integridade ética e boa condição para estabelecer contatos interpessoais, componentes que são necessários para a formação de terapeutas e que podem ser desenvolvidos em programas de treinamento e formação.

REFERÊNCIAS

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Consoli, A. J., & Machado, P.P.P. (2004). ¿Los psicoterapeutas, nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. In H. Fernández-Álvarez, & R. Opazo. *La integración en psicoterapia* (pp. 385-451). Barcelona: Paidós.
- Dobson, K. S. et al. (2ª ed.). (2006). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125.
- Fernández-Álvarez, H., & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación, In S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca, & P. L. R. Sousa (Eds.). *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas, Brasil: Educat.
- Fernández-Álvarez, H., & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- García, F., Castañeiras, C., Rial, V. & Fernández-Álvarez, H. (2006). Nuevos desarrollos em la evaluación del estilo personal del terapeuta: el programa Aiglé. *VI Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas*. Buenos Aires.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (5ª ed.). (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome of Research for Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldstein (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., Antochévis, A. F., Porto, A. M., & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono de psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia*, *11*, 7-11.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., & Horta, B. L. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In E. F. de M. Silveiras (Org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 229-246). Campinas: Alínea.
- Oliveira, M., Wagner, M. F., Miguel, A. C., Perusso, M. M., & Fernandes, R. (2006). Estilo Pessoal do Terapeuta: Adaptação Brasileira. Pôster apresentado na *I Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação*. Porto Alegre: PUCRS.
- Safran, J. D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, M. J. P. dos, Nunes, M. L. T., & Veitlin, L. H. F. (2006). The clinical concept of analytical process: a conceptual investigation. *Int J Psychoanal*, *87*, 403-422.
- Waizmann, V., Echebarne, I., & Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XIII*, 233-244.
- Vega, E. (2004). *Perfil del psicoterapeuta neonatal*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Vega, E. (2005). El estilo personal del psicoterapeuta en neonatología. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XIV*, 201-211.
- Vega, E. (2006). El estilo personal del psicoterapeuta en neonatología. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XIV*, 201-211.
- Withkin, H., & Goodenough, D. (1985). *Estilos cognitivos. Naturaleza y orígenes*. Madrid: Pirâmide.

Recebido em: 18/05/2006. Aceito em: 28/08/2006.

Autores:

Margareth da Silva Oliveira – Psicóloga, PUCRS.
Maria Lucia Tiellet Nunes – Psicóloga, PUCRS.
Héctor Fernández-Álvarez – Psicólogo, Fundación Aiglé, Buenos Aires.
Fernando García – Psicólogo, Fundación Aiglé, Buenos Aires.

Endereço para correspondência:

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 11, 9º andar
CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil