Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Cardoso, Ana Mafalda Guedes Ribeiro

Características psicométricas do inventário de crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos

http://hdl.handle.net/11067/1771

Metadados

Data de Publicação 2012

Resumo As variáveis do Cliente (para além das características de diagnóstico) têm demonstrado ser uma dimensão importante na predição do processo e de vários resultados terapêuticos Apesar da importância das crenças implícitas do Cliente no processo e nos resultados terapêuticos, o desenvolvimento de instrumentos válidos para a avaliação das mesmas tem sido pouco explorado. O objectivo deste estudo foi avaliar as características psicométricas de dois instrumentos de crenças sobre os problemas psicológ...

Abstract: Client’s variables (in addition to the diagnostic features) have been shown to be an important dimension in the prediction of process and several outcomes on therapy. Despite the importance of Client’s lay beliefs in the process and therapy outcome, the development of valid instruments for their evaluation has been little explored. The purpose of this study was to evaluate the psychometric characteristics of two instruments of beliefs about psychological problems, the Opinion abour P...

Palavras Chave Psicologia Clínica, Saúde - Aspectos Psicológicos, Psicometria, Psicologia

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T05:05:56Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Psicologia Clínica

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS IMPLÍCITAS ACERCA DAS CAUSAS DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Mafalda Guedes Cardoso

PORTO 2011

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS
DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS IMPLÍCITAS ACERCA
DAS CAUSAS DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Mafalda Guedes Cardoso

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Psicologia Clínica

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS IMPLÍCITAS ACERCA DAS CAUSAS DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Mafalda Guedes Cardoso

PORTO 2011

ORIENTAÇÃO:
Prof. Doutor Paulo Moreira

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

PANTONE 151 C

C: 0
M: 48
Y: 95
K: 0

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Paulo Moreira, pela disponibilidade e apoio, pela motivação, por todo o conhecimento transmitido e pelo facto de me ensinar a pensar de forma científica.

Aos meus Pais, pelos valores que me ensinaram e por todas as condições facultadas. Em especial, à minha Mãe, pela confiança, apoio e orgulho demonstrados.

Aos meus amigos, por toda a amizade e paciência. Em particular, ao Rodolfo pelo incansável apoio.

Aos meus Colegas, pela partilha de informação e ajuda na recolha da amostra.

Índice

Agradecimentos ii

Índice iii

Índice de Tabelas v

Índice de Figuras vi

Resumo vii

Abstract viii

Introdução 9

1.1 Variáveis do Cliente em Psicoterapia 9

1.1.1 Modelo de selecção sistemática de tratamento 12

1.2 Concepções do Cliente acerca das Causas dos Problemas Psicológicos 15

1.2.1 Representações 16

1.2.2 Crenças 18

1.2.3 Percepções 21

1.2.4 Atribuições 22

1.2.4.1 Modelo de atribuições causais 26

1.2.5 Construtos pessoais 28

1.2.6 Significados 30

1.2.7 Orientação teórica 37

1.2.8 Expectativas 39

1.3 Crenças Implícitas 42

1.3.1 Impacto de domínios específicos do sistema conceptual em psicoterapia 45

1.3.1.1 Impacto das crenças 48

1.3.1.2 Impacto das crenças acerca das causas dos problemas psicológicos 53

1.3.1.2.1 OPP. Pistrang & Barker (1992) 63

1.3.1.3 Responsabilidade do Cliente na causa do problema e mudança 66

1.4 O Instrumento 71

1.4.1 Concepção biomédica 75

1.4.2 Concepção psicodinâmica 76

1.4.3 Concepção humanista 77

1.4.4 Concepção cognitivo-Comportamental 78

1.4.5 Concepção sistémica 78

1.4.6 Concepção eclética 79

2. Metodologia 82

2.1 Participantes 82

2.2 Instrumentos 84

2.3 Procedimentos 92

2.3.1 Recolha de dados 92

2.3.2 Análise de dados 93

3. Resultados 94

3.1 OPP 95

3.1.1 Análise factorial exploratória do OPP 95

3.2 ICIPP 97

3.2.1 Análise factorial exploratória do ICIPP 97

3.2.2 Análise confirmatória 100

3.2.3 Diferenças entre grupos 101

4. Discussão de Resultados 107

5. Referências Bibliográficas 114

Índice de Tabelas

Tabela 1. Construtos psicológicos. Diferenciação de conceitos..... 41

Tabela 2. Impacto das variáveis individuais no processo e resultado terapêuticos..... 73

Tabela 3. Crenças implícitas na mudança e factores psicológicos no ICIPP 80

Tabela 4. Características sociodemográficas da amostra 82

Tabela 5. Contacto prévio com tratamentos de saúde mental 83

Tabela 6. Escalas e itens da parte 1 do OPP 86

Tabela 7. Escalas e itens da parte 2 do OPP 88

Tabela 8. Dimensões avaliadas pelo ICIPP. Itens 91

Tabela 9. Resultados análise factorial do OPP. Parte 1 (causas)..... 95

Tabela 10. Resultados análise factorial do ICIPP (*rotação varimax*) 97

Tabela 11. Correlação entre factores 98

Tabela 12. Consistência interna (*alpha de Cronbach*) 99

Tabela 13. Média e desvio padrão entre habilitações literárias no ICIPP 101

Tabela 14. Média e desvio padrão entre quem é, ou não, estudante de psicologia no ICIPP 102

Tabela 15. Média e desvio padrão entre géneros no ICIPP..... 103

Tabela 16. Média e desvio padrão entre idades no ICIPP 104

Tabela 17. Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, medicação para problemas psicológicos no ICIPP 105

Tabela 18. Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, psicoterapia no ICIPP 106

Índice de Figuras

Figura 1. Atribuições causais. Modelo de Weiner (1986) 27

Figura 2. Ajustamento dos factores subjacentes ao ICIPP 100

Resumo

As variáveis do Cliente (para além das características de diagnóstico) têm demonstrado ser uma dimensão importante na predição do processo e de vários resultados terapêuticos.

Apesar da importância das crenças implícitas do Cliente no processo e nos resultados terapêuticos, o desenvolvimento de instrumentos válidos para a avaliação das mesmas tem sido pouco explorado. O objectivo deste estudo foi avaliar as características psicométricas de dois instrumentos de crenças sobre os problemas psicológicos, o *Opinion about Psichological Problems* (OPP; Pistrang & Barker, 1992) e o *Inventário de Crenças Implícitas do Cliente acerca das Causas dos Problemas Psicológicos* (ICIPP; Moreira & Cardoso, 2009).

Participaram neste estudo 545 sujeitos, seleccionados por conveniência e por efeito "bola de neve", com uma média de idades de 32.22. O OPP demonstrou estrutura factorial inadequada e diferente da versão original. Contrariamente, a análise factorial confirmatória do ICIPP confirma a existência de seis factores: biomédico, psicodinâmico, humanista, cognitivo-comportamental, sistémico e eclético, validando as escalas subjacentes ao instrumento ($\alpha > 0.60$). O ICIPP demonstrou ainda ser sensível às diferenças entre grupos no que se refere às habilitações literárias, ao facto de ser estudante ou não estudante de psicologia, à idade e a quem fez, ou não, psicoterapia.

Palavras-chave: crenças implícitas, significados, modelos terapêuticos

Abstract

Client´s variables (in addition to the diagnostic features) have been shown to be an important dimension in the prediction of process and several outcomes on therapy.

Despite the importance of Client´s lay beliefs in the process and therapy outcome, the development of valid instruments for their evaluation has been little explored. The purpose of this study was to evaluate the psychometric characteristics of two instruments of beliefs about psychological problems, the *Opinion about Psichological Problems* (OPP; Pistrang & Barker, 1992) and the *Inventory of Client´s Lay Beliefs about the Causes of Psychological Problems* (ICIPP; Moreira & Cardoso, 2009).

Participated in the study 545 individuals, selected for convenience and with the effect of "snowball". The mean of age is 32.22. The OPP proved inadequate and factor structure different from the original version. In contrast, confirmatory analysis of ICIPP confirms the existence of six factors: biomedical, psychodynamic, humanistic, cognitive-behavioral, systemic and eclectic, validating the underlying instrument scales ($\alpha > 0.60$). The ICIPP also demonstrated to be sensitive to differences between groups with regard to qualifications, the fact of being student or not student of psychology, age and who did, or not, psychotherapy.

Key words: lay beliefs, meanings, therapeutic models

Introdução

1.1 Variáveis do Cliente em Psicoterapia

Nos últimos anos, existe um crescente interesse acerca das variáveis do Cliente capazes de mediar o processo e os resultados terapêuticos. A investigação tem demonstrado interesse pelo impacto das variáveis do Cliente no processo e nos resultados em psicoterapia (e.g. Firth & Brewin, 1982 cit in Whittle, 1996; Hutchins, 1984; Furman & Ahola, 1988 cit in Whittle, 1996; Furnham & Wardley, 1990; Beutler & Bergan, 1991 cit in Lee & Bishop, 2001). As variáveis do Cliente chegam mesmo a ser apontadas como a dimensão mais poderosa na determinação da eficácia do tratamento psicoterapêutico (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Nguyen et al., 2007), sugerindo que essas características são capazes de predizer os resultados terapêuticos. Assim, devem ser consideradas na estruturação do plano terapêutico individual, devidamente adaptado a cada paciente (Castonguay & Beutler, 2006). As crenças, como característica individual de cada Cliente, devem ser incluídas no mesmo processo.

Existem fortes evidências de que o processo terapêutico beneficia da correspondência entre as características do Cliente, do terapeuta e do tratamento (e.g. Hutchins, 1984; Jack & Williams, 1991 cit in Whittle, 1996; Atkinson et al., 1991 cit in Pistrang & Barker, 1992; Beutler & Bergan, 1991 cit in Lee & Bishop, 2001; Atkinson, Worthington, Dana & Good, 1991) tais como a severidade ou complexidade do problema, o estilo de *coping*, internalizador ou externalizador, o nível de resistência interpessoal, relacionado com o grau de directividade que o terapeuta deve usar (Moreira et al., 2005) e as crenças acerca do funcionamento e dos problemas psicológicos. O estudo das crenças sobre a perturbação mental é importante para os clínicos na medida em que cada vez é mais notória a influência dessas crenças no sofrimento psicológico, nas estratégias de

coping e nos modelos de procura de ajuda (Hwang et al., 2008 cit in Wong, Tran, Kim, Kerne & Calfa, 2010).

A prescrição da solução mais adequada ao Cliente marca uma posição na intervenção psicológica face ao contexto limitado das terapias psicossociais e promove a eficácia em contextos de saúde mental (Beutler & Bongar, 1995).

Desde sempre, existe a procura das melhores soluções para cada problema. Com a evidência do impacto das características dos Clientes na eficácia do processo e nos resultados psicoterapêuticos (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Nguyen et al., 2007), foram surgindo diferentes modelos teóricos que visam dar resposta às necessidades teóricas e práticas na escolha do tratamento adequado para cada paciente, de acordo com as suas características específicas. Contrariando a tendência para evidenciar as suas diferenças, realça-se o facto de todas as abordagens integrarem princípios de outras áreas e teorias, por isto, o conhecimento científico é considerado eclético, não provém de um vazio conceptual (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Após o movimento de integração teórica, assistimos ao ecletismo técnico que privilegia a selecção dos procedimentos mais eficazes para cada Cliente, independentemente da teoria subjacente (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Deste movimento, que valoriza a eficácia da psicoterapia, assinalam-se:

I. a perspectiva de Thorne (1967) que considera que um bom terapeuta deve reunir o maior número de técnicas possível, uma vez que se tal não suceder fica limitado à utilização das mesmas técnicas em Clientes com características distintas;

II. a psicoterapia prescritiva de Goldstein e Stein (1976) que valoriza a relação empírica entre o tipo de intervenção e o alvo de mudança, partindo do pressuposto que o estabelecimento de um plano psicoterapêutico deve ser prescrito consoante os sintomas

apresentados. Definem-se diferentes programas de tratamentos para diferentes sujeitos, conforme os seus problemas e circunstâncias de vida;

III. terapia multimodal de Lazarus (1981) que contribui ao nível da estruturação, sistematização e ainda da orientação para o suporte empírico, realçando a integração dos procedimentos das diferentes perspectivas em detrimento dos princípios teóricos. Propõe o enfoque na estratégia terapêutica que o Cliente prefere e enfatiza que os Clientes possuem necessidades e prioridades distintas, que devem ser consideradas para que a terapia seja mais eficaz;

IV. terapia diferencial de Frances, Clarkin e Perry (1985) que identifica a existência de inúmeros factores que contribuem para o sucesso e para o insucesso do tratamento, incluindo variáveis de diagnóstico, contexto de tratamento e variáveis do Cliente, prevendo resultados;

V. psicoterapia eclética sistemática de Beutler (1983) que defende a correspondência entre os procedimentos e estratégias terapêuticas aos padrões e características do Cliente. Apresenta a formulação de um conjunto de critérios de decisão na atribuição de procedimentos de tratamento, independentemente das teorias subjacentes, salientando a correspondência entre tratamento e características do Cliente de acordo com o que parece funcionar melhor para a sua condição. Para além das variáveis propostas pela terapêutica diferenciada na estimativa do resultado do tratamento, adiciona a importância do formato, do contexto, das estratégias, da duração, da frequência e do uso de medicação. Indica três dimensões do Cliente ou do problema que interferem no tratamento: 1. severidade ou complexidade do problema – que serve para decidir se o tratamento se deve centrar nos sintomas ou no conflito; 2. Estilo de *coping* – útil na escolha da orientação dos procedimentos (cognitivo, comportamental, afectivo); 3. nível de resistência interpessoal – que define o grau de directividade utilizado pelo terapeuta. O tratamento

escolhido deve ser o que melhor corresponde às características do Cliente e deve ser ajustado às suas circunstâncias específicas durante o processo terapêutico (Moreira et al., 2005).

1.1.1 Modelo de selecção sistemática de tratamento.

Nos anos 80, com a necessidade de encontrar o melhor tratamento para cada paciente, de acordo com as suas variáveis individuais, verificou-se o desenvolvimento de modelos de intervenção potenciadores da eficácia dos tratamentos devido aos movimentos prescritivos das psicoterapias. A psicoterapia eclética sistemática originou o modelo de selecção sistemática de tratamento (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). De facto, com base no suporte empírico que recebe e uma vez que se focaliza no Cliente, o modelo de selecção sistemática de tratamento tem sido reconhecido pela investigação. Desvaloriza princípios e técnicas, centrando a sua atenção no Cliente, sendo que as respectivas variáveis são decisivas. O modelo sustenta que a eficácia terapêutica é potenciada quando se consegue a correspondência entre o tratamento oferecido, as características do terapeuta e as características não diagnóstico do Cliente (Moreira et al., 2005). Desta forma, a correspondência com as crenças de cada Cliente parece potenciar essa eficácia.

Embora com propósito semelhante à psicoterapia eclética sistemática (obtenção de compatibilidade entre características do Cliente, do tratamento e do contexto do tratamento) a teoria diferencial enfatiza as características do contexto do tratamento, enquanto a psicoterapia eclética sistemática presta mais atenção ao processo psicoterapêutico.

Os modelos dos estados de mudança aventam que o processo de tratamento é constituído por diversas fases e o terapeuta é responsável pela respectiva gestão, adaptando as estratégias e a sua postura ao momento de cada fase do Cliente (Prochaska, 1984).

A psicoterapia, enquanto processo de mudança, potencia a alteração de crenças. No entanto, a mudança só é possível quando o sujeito tem consciência do seu problema. Esta posição é sustentada pelos contributos teóricos de Prochaska (1984) que sugerem um modelo de quatro estádios de mudança na evolução da resolução dos problemas psicológicos: pré-contemplação, contemplação (tomada de consciência), acção e manutenção. De facto, para este trabalho, interessa a relevância das crenças do sujeito, no modelo proposto pelo autor, como exemplo da importância deste construto na alteração da representação do problema, isto é, o Cliente só pretende mudar se o entendimento que faz da sua condição constitui efectivamente um problema.

Na fase de pré-contemplação, o sujeito ainda não considera que tem um problema e não existe tomada de consciência da necessidade de actuar sobre o mesmo. No estádio de contemplação, verifica-se a tomada de consciência de que existe um problema e é nesta fase que assume o compromisso de se envolver no processo de mudança. Assim, esta etapa prevê a alteração do sistema de crenças do sujeito. No estádio da acção, o sujeito modifica os seus comportamentos, experiências e o próprio ambiente que o rodeia com o intuito de solucionar o problema, implicando assim um grau superior de compromisso, tempo e envolvimento no processo de mudança. O estádio de manutenção considera a prevenção da recaída e a aplicação das melhorias obtidas na fase de acção (Prochaska et al., 1992).

Cabe ao terapeuta incluir os estádios no processo terapêutico e adaptar as estratégias de intervenção, conforme o estádio em que o Cliente se encontra. Desta forma, com suporte na causalidade, o terapeuta pode escolher as técnicas mais adequadas, entre modelos distintos (Beutler, Gonçalves & Moreira, 2005). Prática e pesquisa clínicas

demonstram que a eficácia é determinada pela correcta aplicação (processo) no momento adequado (estádio) (Prochaska et al., 1992), visando ajudar o Cliente na resolução dos seus problemas e mudança de comportamentos.

Beitman (1987) descreve o processo de tratamento consoante as fases de construção da relação terapêutica, a procura de padrões nas respostas dos Clientes, o fomento à mudança pessoal ou interpessoal e a preparação para a finalização. De acordo com o autor, o processo de tratamento está associado à estreita relação entre os estádios e a definição de objectivos e procedimentos, determinada pela fase que o Cliente vivencia a cada momento.

Os princípios de mudança terapêutica enunciados por Beutler, Clarkin & Bongar (2000) pretendem facilitar o processo terapêutico, enquanto processo de interacção entre Cliente, tratamento e resultados, possibilitando, ao terapeuta, a selecção de técnicas e estratégias adaptadas às características de cada paciente, com o objectivo de ampliar a grandeza dessa mudança. Especificamente, no que se refere ao princípio que considera que a mudança terapêutica é maior quando o foco interno ou externo das intervenções seleccionadas é congruente com os métodos internos ou externos de evitamento, que são geralmente usados pelo paciente para lidar com os stressores.

O modelo de selecção sistemática de tratamento (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Moreira et al. 2005) integra, assim, os pressupostos da terapia diferencial relativamente à relevância das características dos contextos do tratamento; os princípios da psicoterapia eclética sistemática no que se refere à importância das características do paciente e terapeuta; os contributos dos estados de mudança em relação à gestão do processo terapêutico consoante o estádio em que o Cliente se encontra, a cada momento.

Beutler afirma ainda que as características do Cliente, como a personalidade, também podem determinar a escolha de alguns processos de mudança em detrimento de outros. Variáveis como o estádio da mudança, os objectivos do tratamento, a personalidade

e diferentes sistemas de psicoterapia podem assumir maior ou menor importância. Posto isto, entre outras características, as crenças do Cliente podem ser vistas como variáveis que interferem nestes mesmos processos de mudança.

Diferentes perspectivas em psicoterapia promoveram processos de mudança aparentemente opostos, não obstante, a rivalidade deu lugar à complementaridade quando integrados em estádios de mudança. Durante a fase de pré-contemplação, os processos de mudança associados ao humanismo, ao movimento psicanalista e às teorias com base experiencial são mais úteis, enquanto os processos associados ao movimento comportamental parecem estar mais adequados durante os estádios de acção e manutenção.

A integração em psicoterapia, particularmente o modelo transteórico, enfatiza o processo e não considera o impacto dos factores externos na mudança individual. Porém, a acção, na condição específica da selecção ou alteração do meio exterior, desvaloriza factores internos e a mudança subjectiva. Uma visão integradora deve abranger todos os processos permitindo ao indivíduo estar consciente do seu papel no processo de mudança e, simultaneamente, ter noção das limitações que o meio exterior pode ter nesse processo (Prochaska & Norcross, 1994).

1.2 Concepções do Cliente acerca das Causas dos Problemas Psicológicos

A psicoterapia é um tratamento cujo propósito é provocar a mudança. Wampold (2001) parece dar uma definição mais consensual sobre a psicoterapia quando a caracteriza como um tratamento interpessoal adaptado ao indivíduo, sustentado em princípios psicológicos utilizados por um terapeuta habilitado com o objectivo de remediar uma perturbação, problema ou queixa do paciente. Assim, a psicoterapia exige mudanças positivas na forma de sentir e no próprio funcionamento do indivíduo que se traduzem em comportamentos adaptativos e bem-estar. O envolvimento do Cliente no processo de

mudança (incluindo a procura de ajuda, a adesão ao tratamento) está associado às representações (incluindo atribuições, percepções, crenças, significados, orientação teórica e expectativas) que o Cliente tem acerca, quer do seu problema, quer do tratamento.

1.2.1 Representações.

A forma como o sujeito constrói a realidade está intrinsecamente ligada ao campo da Psicologia Social proposto por Moscovici (1961) – o estudo das representações.

Segundo a conceptualização de Moscovici (1961), as representações sociais são um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que se criam na sequência da comunicação inter-individual da vida quotidiana. Regulam as relações com os outros e orientam comportamentos, enquanto esquemas de interpretação. As representações sociais estão envolvidas no processo de conhecimento, do comportamento intra e intergrupal, na construção de identidades pessoais e sociais, na resistência e mudança social. Por outro lado, enquanto fenómenos cognitivos, são produto da organização e construção do mundo exterior, da elaboração psicológica e social da realidade (Jodelet, 1989). Permitem servir como linhas de orientação para a acção na medida em que moldam e constituem os factores contextuais em que esta ocorre (Moscovici, 1961), determinam a forma como o indivíduo interpreta a situação e, da mesma maneira, colaboram na manutenção da identidade social e do equilíbrio sociocognitivo (Jodelet, 1989). Resultam da actividade construtiva do sujeito (Moscovici, 1988).

A diversidade de propostas para a definição das representações tende a valorizar aspectos psicológicos ou psicossociológicos (atribuição, crença, atitude, esquema, opinião) e conceitos sociológicos ou antropológicos (ideologia, cultura, habitus, sistema de valores), tão abrangentes como o próprio conceito.

De acordo com Moscovici (1961), a formação das representações implica dois processos: objectivação e ancoragem. Estes processos estão intimamente ligados e são modelados por factores sociais. A objectivação refere-se à forma como os elementos constituintes da representação se organizam e ao percurso que permite que estes elementos obtenham materialidade, ou seja, tornam-se expressões de uma realidade vista como natural. O processo inerente à objectivação passa por três fases: 1) na primeira, informações e crenças sobre o objecto da representação são sujeitos a um processo de selecção e descontextualização, possibilitando a formação de um todo com alguma coerência, em que é retida somente uma parte da informação disponível. Esse processo de selecção e reorganização dos elementos da representação depende de normas e valores grupais, ou seja, não é aleatório ou neutro; 2) a segunda fase envolve a organização dos elementos e Moscovici vale-se dos conceitos de esquema e nó figurativo para evidenciar que os elementos da representação estabelecem um padrão de relações estruturadas entre si; 3) a última fase da objectivação corresponde à naturalização, em que os conceitos retidos no nó figurativo e as respectivas relações assumem-se como categorias naturais, alcançando materialidade. Desta forma, os conceitos tornam-se equivalentes à realidade e o abstracto transforma-se em concreto através da sua expressão em imagens e metáforas (Moscovici, 1961).

A ancoragem, enquanto processo que precede a objectivação, diz respeito ao facto de qualquer tratamento da informação impor pontos de referência na medida em que é com base nas experiências e nos esquemas previamente determinados que o objecto da representação é pensado. Por outro lado, a ancoragem, enquanto processo sequencial à objectivação, está relacionada com a função social das representações, facilitando a compreensão da forma como os elementos representados contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (Moscovici, 1961). Jodelet (1989) refere que a ancoragem

suporta a instrumentalização do saber, concedendo um valor funcional para a interpretação e gestão do ambiente.

As representações, com origem nas abordagens cognitivas, dizem respeito ao processo cognitivo explícito e consciente que implica o pensamento, planeamento, antecipação e autoconhecimento sobre acções futuras. As representações formam-se no decorrer da vida do sujeito, apoiando-se nas experiências individuais, posteriormente confirmadas ou modificadas face às experiências interpessoais. Contêm a informação básica sobre o entendimento e interpretação dos comportamentos e acontecimentos de vida, ou seja, encerram a informação básica sobre o comportamento e a experiência dos indivíduos.

As representações envolvem, portanto, diferentes construtos individuais como as crenças, as atribuições ou percepções, que constituem um todo organizado e coerente, que se traduz em expressões de uma realidade vista como natural.

1.2.2 Crenças.

A análise das crenças é particularmente pertinente pelo facto de se apresentar como um dos motores das atitudes humanas. As atitudes referem-se a um estado de prontidão à acção ou à força motivadora da acção (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002). O conceito de crença não é consensual devido às divergências, não só na definição, mas também na sua natureza e causas. Diversos teóricos estabelecem linhas de orientação na definição do conceito (Dewey, 1933; Abelson, 1979; Nespor, 1987; Anderson, 1985; Siegel, 1985; Johnson, 1994; Woods, 1996; Ajzen & Fishbein, 1980 cit in Najavits, 1997).

Dewey (1933) afirma que as crenças servem de base em todos os assuntos para os quais o sujeito não dispõe de conhecimento certo, permitindo que este tenha confiança

suficiente para agir, bem como para todos aqueles assuntos que o sujeito aceita como verdadeiros, como conhecimento, mesmo que sejam questionados futuramente.

Siegel (1985) indica que as crenças são construções mentais da experiência, regularmente condensadas e integradas aos esquemas ou conceitos, as quais são consideradas como verdadeiras e orientam o comportamento.

Harvey (1992) define crença como uma construção que o indivíduo tem da realidade, que tem validade, verdade ou credibilidade suficiente para conduzir o pensamento e o comportamento.

Kruger (1993) refere-se às crenças como proposições que atestam ou negam a relação entre dois aspectos, concretos ou abstractos, ou entre um objecto e o respectivo atributo possível. Conforme proposta do autor, as crenças são organizadas em sistemas ou conjuntos estruturados, aptos na activação da motivação e condutas sociais, determinando assim processos colectivos.

Woods (1996) aborda a dificuldade em delimitar os conceitos de crença e conhecimento. Sugere que os termos “conhecimento”, “pressupostos” e “crenças” não devem ser interpretados de forma dissociada, mas como posições num continuum semântico. O “conhecimento” é concebido pelo que é convencionalmente aceite, contrapondo com a definição de crenças, as quais dizem respeito à aceitação de uma proposição para a qual não existe conhecimento convencional, isto é, que não é demonstrável e sobre a qual não há, necessariamente, consenso. O “pressuposto” está relacionado com a aceitação temporária de algo, útil na categorização, pois facilita o seu estudo. No entanto, algumas vezes, pouco clara. Posto isto, as crenças são vistas como algo dentro do continuum semântico, sobre as quais pode ser determinada a sua diferenciação face ao conhecimento, seja por uma convenção terminológica, frequentemente associada ao conhecimento científico, seja pelo grau de convicção atribuído mentalmente a uma

proposição por determinado sujeito, a partir do momento em que esteja ciente que esta diferenciação é simplesmente conceitual, superficial e sincrónica (Woods, 1996).

O conceito de crença pode ser definido como o julgamento de uma relação entre um objecto e uma característica desse objecto (Ajzen & Fishbein, 1980 cit in Najavits, 1997). As crenças (construto cognitivo) devem ser distinguidas das atitudes (sentimento positivo ou negativo em relação a um objecto) e dos comportamentos (acções perante objectos). As crenças representam uma imagem da forma como o mundo é para quem o percebe (Najavits, 1997).

Nas investigações, parece existir consenso relativamente à perspectiva de que as crenças medeiam a forma que o sujeito tem de pensar e processar novas informações, desempenhando um papel fundamental nas relações de cognição sobre o mundo e sobre o próprio sujeito, na elaboração de percepções e comportamentos. Esta informação suporta a defesa de que as crenças são socialmente construídas envolvendo um processo de transmissão cultural, sendo necessário considerar contextos sociais e culturais onde ocorrem.

Bem (1973) divide os fundamentos psicológicos das crenças e atitudes em quatro factores: cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais, considerando que estas se baseiam nas quatro actividades do Homem: pensar, sentir, comportar-se e interagir com os outros, contribuindo para a ideia de que as crenças formam a compreensão do indivíduo e do seu meio. Desta forma, as crenças assemelham-se a um processador que medeia a relação do sujeito com o mundo quando está no estado consciente, activo e utilizando a sua inteligência. Este filtro permeia a experiência. É também importante referir que as crenças caracterizam-se pela sua resistência face à mudança, mesmo quando parece lógica, ou quando há provas de que tal é preciso (Pajares, 1992).

Rokeach (1968) refere que as crenças constituem uma espécie de rede semântica esquematizada na qual podem existir, simultaneamente, em diferentes áreas, crenças que sejam contraditórias, sendo que algumas dessas mesmas crenças podem ser centrais e mais resistentes à mudança. O autor afirma ainda que as crenças podem apresentar diferenças relativamente à intensidade e poder, variando de acordo com uma dimensão de centro-periferia, situação que implica que quanto mais central a crença, maior a resistência à mudança. Conforme Rokeach, a centralidade é definida pelo grau em que a crença está interligada a outras crenças, sendo que uma crença central para o sujeito é aquela que tem muitas ligações com outras crenças, ou seja, é o foco da interdependência.

1.2.3 Percepções.

De modo geral, na análise científica, a percepção é definida pela forma como construímos uma representação mental através de estímulos sensoriais; é o resultado da construção de uma ideia, de uma imagem, ou representação mental que deriva dos sentidos (Reed, 1988).

O termo percepção está relacionado com o movimento do empirismo de John Locke (1960). O teórico define a percepção como o resultado da associação de ideais na qual a sensação imediata é a sua fonte principal. O empirismo surgiu no século XVII e dominou o pensamento da filosofia até ao século XIX, sendo que, nesta altura, começa a ser apoiado por grandes figuras da psicologia experimental. Particularmente, Wilhelm Wundt (1902) desenvolve a perspectiva do Elementarismo, alterando a linha de pensamento em voga. Enquanto empiristas defendem que as percepções resultam de sensações associadas, o Elementarismo acredita que qualquer percepção pode ser reduzida a estados independentes e internos (sensações) extraídas por elementos individuais do estímulo (Albright & Stoner, 2002). Apesar do predomínio da abordagem de Wundt,

concorriam perspectivas discordantes. Também empirista, William James, sustenta que a percepção resulta de interacções entre sensações associadas e Ernst Mach defendeu postulados iguais, precipitando o movimento Gestalt na psicologia experimental (Albright & Stoner, 2002).

Posteriormente, os estudos relativos à percepção estão mais orientados para o campo do processamento visual. Enquanto processo cognitivo mediador do comportamento, interessa a percepção como o termo geral associado ao conhecimento do meio interno e externo do indivíduo, envolvido na construção da realidade e relacionado com o seu sistema conceptual, que parece ter impacto no processo e resultados psicoterapêuticos.

1.2.4 Atribuições.

O conceito de atribuição é utilizado pelos investigadores em diferentes domínios, é transversal a perspectivas distintas mas é consensual quando se refere, de modo simplista, à forma como explicamos e avaliamos, não só o comportamento dos outros mas também o próprio comportamento. A atenção da investigação está centrada sobretudo no processo de formação das atribuições e no seu impacto, enquanto forma básica e persuasiva da cognição social. As atribuições são apontadas como elemento determinante na interacção social e nas relações interpessoais (Miller, 1995).

A individualidade humana caracteriza-se pela procura de explicação para a realidade envolvente, sendo que cada sujeito constrói a sua própria visão do mundo, dos contextos, das situações, formando interpretações únicas de vivências. Em psicologia social, estas inferências particulares que divergem, muitas vezes, das ilações dos outros sobre um mesmo acontecimento são denominadas de atribuições.

Heider (1958), precursor dos estudos das atribuições, refere que o sujeito usa certas "leis pessoais", como uma fonte de "ciência" intuitiva, direccionadas para o aumento do controlo sobre o ambiente que o rodeia e com o propósito de satisfazer o seu desejo de conhecer e compreender o mundo.

Kelley (1967) destaca que o conhecimento do processo de atribuição é fundamental na perspectiva da epistemologia psicológica na medida em que lança a questão da verdade subjectiva, isto é, como é que o sujeito é levado a convencer-se de que o pensamento que tem é verdadeiro. Obviamente, esta verdade subjectiva é falível e está exposta a erros, porém, independentemente da frequência com que se verificam e do seu contexto, as atribuições são fundamentais nos comportamentos (Kelley, 1967).

O modelo atribucional de Kelley (1972) está ligado à forma como diferentes tipos de informação influenciam o processo de atribuição social, sendo utilizado como o principal paradigma para identificar o modo como as pessoas usam a informação para efectuarem atribuições sociais, não só do seu, mas também do comportamento dos outros (Green & Mitchel, 1979 cit in Martinko & Thomson, 1998). O modelo proposto pelo autor refere-se a uma teoria atribucional centrada no processo através do qual os indivíduos atingem determinados tipos de atribuições, contrapondo as teorias que valorizam as consequências comportamentais e motivacionais das atribuições (Kelley & Michela, 1980 cit in Martinko & Thomson, 1998). O autor propõe que as atribuições de causalidade eram estruturadas de acordo com esquemas causais construídos a partir de critérios de especificidade, consenso e consistência (Ogden, 2000). A especificdade compara o comportamento dos sujeitos em situações distintas, aferindo se a atribuição da causa de um comportamento é específica para determinada situação, ou se é passível de ser utilizada para outras situações (Martinko & Thomson, 1998). Por exemplo, se um aluno tem má nota a uma determinada disciplina e é comum obter más notas em outras disciplinas, pode-

se concluir que não existe distinção entre o seu comportamento para aquela situação em relação a outras. O consenso avalia em que medida o mesmo comportamento é, ou não, manifestado pelos outros, na mesma situação. Quando os outros actuam da mesma forma, numa mesma situação, considera-se a informação de elevado consenso. Contrariando as situações em que o comportamento é único ou raro noutras pessoas e, por conseguinte, considerado de baixo consenso (Martinko & Thomson, 1998). Por exemplo, se um aluno obtém notas fracas numa determinada disciplina e é o único a fazê-lo, o consenso é baixo. Ogden (2000) indica que a informação sobre a consistência é longitudinal, dividindo o conceito em consistência da modalidade, ou seja, se a mesma atribuição é feita numa situação diferente; e consistência ao longo do tempo, isto é, se a mesma atribuição da causalidade é feita noutros momentos. A consistência tenderá a ser mais elevada quando um mesmo indivíduo manifestar um mesmo comportamento numa mesma situação. No oposto, a consistência será menor quando o comportamento for pouco comum nesta pessoa e nesta situação (Martinko & Thomson, 1998). Por exemplo, um aluno que tem má nota a uma disciplina mas que, frequentemente, tira boas notas em outras disciplinas, exibe baixa consistência.

Os critérios de especificidade, consenso e consistência constituem um modelo informacional que permite, ao observador, atribuir o comportamento de um indivíduo a uma das três categorias gerais de causa, a saber: sujeito, estímulo ou situação. O sujeito é apontado como causa do comportamento se a especificidade é baixa, o consenso é baixo e a consistência é elevada (Martinko & Thomson, 1998). Com referência ao exemplo anteriormente descrito, o aluno com notas fracas seria considerado responsável por essas notas se mais ninguém tirasse maus resultados, se esse episódio fosse recorrente em si e se o mesmo se repetisse em outras disciplinas. O estímulo é visto como a causa do comportamento se a especificidade é elevada, o consenso é elevado e a consistência é

também elevada (Martinko & Thomson, 1998). Ainda no exemplo, o professor ou o método de avaliação da disciplina seriam a causa das notas fracas, caso o aluno obtivesse sempre más notas, se os outros alunos também tirassem más notas e se esse não fosse o protótipo noutras disciplinas. A situação, ou seja, determinado conjunto de eventos, é apontada como causa do comportamento quando a especificidade é elevada, e o consenso e a consistência são baixos (Martinko & Thomson, 1998). Tendo em conta o exemplo, a situação é considerada a causa das notas fracas quando não é comum que tanto o aluno como os restantes obtenham más notas para esta ou outras disciplinas.

A Teoria das Atribuições de Kelley (1972) tem sido explorada em diversos estudos da área organizacional, designadamente na descrição de como diferentes tipos de informação afectam o processo de atribuição social (Green & Mitchell, 1979 cit in Martinko & Thomson, 1998), na avaliação da performance (Brown, 1984 cit in Knouse, 1989), na liderança (Martinko & Gardner, 1987 cit in Knouse, 1989), na resolução de conflitos (Baron, 1985 cit in Knouse, 1989) e no processo de tomada de decisão (Ford, 1985 cit in Knouse, 1989).

Existem evidências de que, de facto, o indivíduo não se limita a observar o mundo e a si, sem desenvolver, de forma automática e concomitante, explicações sobre as causas das suas observações. O processo de atribuição diz respeito à forma como os sujeitos descrevem as causas dos acontecimentos e de que maneira é que as suas motivações são afectadas por essa atribuição. No processo de atribuição, o indivíduo elabora, de forma intuitiva e espontânea, explicações causais para o seu comportamento, o comportamento dos outros e para todo o tipo de fenómenos. A atribuição de causas é natural, automática, com base nas informações disponíveis, proporcionando inferências pessoais que respondem às questões relacionadas com o motivo dos acontecimentos. Por este motivo, as atribuições são inseridas no campo geral das explicações (Rees, Inkedew e Hardy, 2005).

O processo atribuicional está, assim, directamente relacionado com o raciocínio causal do indivíduo. As atribuições causais possuem um papel determinante no comportamento uma vez que este é racional, tendendo a ser congruente com as atribuições causais do sujeito (Furman & Ahola, 1989).

1.2.4.1 Modelo das atribuições causais.

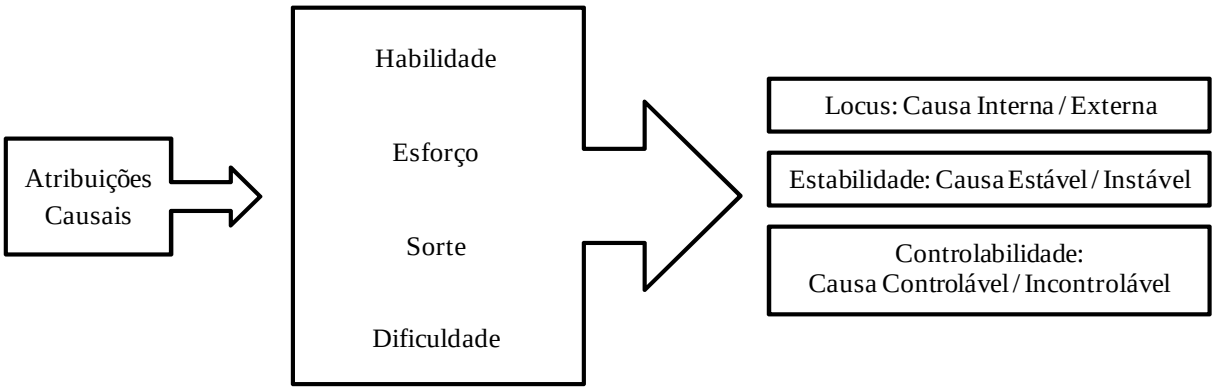
As atribuições ou explicações causais para os comportamentos e acontecimentos tornam-se, assim, instrumentos eficazes na compreensão das reacções do sujeito perante o sucesso ou situações de fracasso (Heaven, 1989), dependendo do papel mediador que desempenham entre estímulos e respostas individuais.

O estudo das atribuições começa com Heider (1958), que defende que os indivíduos tendem a recorrer a causas internas (disposicionais, próprias ao indivíduo) ou externas (situacionais, devidas a circunstâncias físicas ou sociais) para explicar acontecimentos do seu quotidiano. Esta hipótese foi explorada, mais tarde, por Jones e Davis (1965), através da teoria das inferências correspondentes, que se debruçam sobre o estudo dos mecanismos através dos quais um observador realiza atribuições internas (disposições pessoais) para as acções de determinados actores e ainda pelo modelo de co-variação de Kelley (1967) que foca a sua atenção sobre a forma como os indivíduos processam as informações disponíveis no mundo social e as ajustam para determinar as causas dos acontecimentos.

Embora tendo como base de referência o trabalho de Heider (1958), mais recentemente, Weiner (1986) desenvolveu um modelo de atribuição relacionado com situações de realização, ou seja, a procura de explicações para o sucesso e o fracasso no desempenho de tarefas. De acordo com Weiner (1986), as explicações causais para essas situações podem ser frequentemente enquadradas em quatro categorias básicas: habilidade, esforço, sorte e dificuldade da tarefa, sendo classificadas em três dimensões diferentes:

locus, referente à localização da causa no próprio indivíduo (interna ou na situação externa); estabilidade, associada à natureza temporal da causa, ou seja, se perdura no tempo (estável) ou não (instável); e controlabilidade, que diz respeito à influência volitiva que pode (controlável) ou não (incontrolável) ser exercida sobre a causa. Tal posição remete para a assumpção de que a habilidade constitui uma causa interna, estável e incontrolável; o esforço, uma causa interna, instável e controlável; a sorte, uma causa externa, instável e incontrolável e a dificuldade da tarefa, uma causa externa, estável e incontrolável. Com base no modelo de atribuição para o desenvolvimento de uma teoria de conduta social, Weiner (1995) defende ainda que, nos julgamentos de responsabilidade pessoal em situações de realização nas quais os sujeitos apresentam resultados negativos, é regular a atribuição de causas internas e controláveis a esses resultados, particularmente quando não subsistem circunstâncias que, de alguma forma, justificam os acontecimentos.

Figura 1. Atribuições Causais. Modelo de Weiner (1986), adaptado de Dijker, A. & Koomen, W. (2003)



Os fundamentos de Heider (1958) e dos seus sucessores (Jones & Davis, 1965; Kelley, 1967; Weiner, 1986) despoletaram inúmeros estudos empíricos que sugerem a aplicação dos seus princípios em diversos fenómenos e condutas sociais.

A investigação nesta área tem demonstrado que os modelos atribuicionais constituem esquemas ideias que, geralmente, não são adoptados de maneira integral pelo

percebedor. Pelo contrário, evidenciam a sua tendência para efectuar enviesamentos ou distorções enquanto incorpora o processo atribuicional. Entre as distorções cognitivas que interferem nas atribuições causais, o erro fundamental de atribuição (Ross, 1977) é o mais apontado na literatura, sendo este enviesamento atribuicional caracterizado pela propensão do sujeito para sobrestimar as características disposicionais e para subestimar as características situacionais, na explicação do comportamento dos outros. No entanto, o trabalho de Miller (1984), quando compara atribuições de crianças e adultos norte americanos e indianos, constata que, no primeiro grupo, existe crescente referência a factores disposicionais e referência decrescente face aos factores contextuais, à medida que a idade dos sujeitos aumenta. Por outro lado, no segundo grupo, verifica-se o oposto, isto é, assiste-se a um maior número de atribuições externas e menor número de internas, com o avanço da idade. As diferenças são apontadas, pela autora, como consequência das concepções da pessoa partilhadas pelos dois grupos oriundos de culturas distintas. Por isso, neste caso, o erro fundamental de atribuição é característico das culturas ocidentais, e não de todas as culturas, tendo em conta a crença que conservam no valor da responsabilidade pessoal (Jellison & Green, 1981), da prática de controlo sobre os acontecimentos e comportamentos (Forgas, Furnham & Frey, 1990) e da observância da norma social da internalidade (Beauvois & Dubois, 1988). A inclinação para as atribuições internas depende, assim, do individualismo que impera nessas culturas.

1.2.5 Construtos pessoais.

De acordo com a Teoria dos Construtos, os sujeitos percepcionam o mundo segundo as construções que fazem acerca dele (Walker & Winter, 2007). Kelly denominou essas construções de construtos, que se referem a construções bipolares acerca de si mesmo, do mundo e dos outros, sendo testadas ao longo da experiência e contacto social.

De tal forma que as construções que se revelam inadequadas para a resposta às contingências diárias são alteradas ou substituídas (Raskin, 2006).

Similarmente à perspectiva construtivista, a Psicologia dos Construtos Pessoais (Kelly, 1955 cit in Walker & Winter, 2007) defende que a realidade nunca é directamente acessível, isto é, os sujeitos percepcionam o mundo conforme as construções que fazem acerca dele. Neste sentido, reforça-se a assumpção de que o princípio que domina a vida do sujeito é a necessidade de atribuir significado e de proporcionar sentido ao mundo e ao próprio. Por isso, os sujeitos desenvolvem construções (ou teorias) acerca de si mesmo e do mundo (Fournier & Payne, 1994).

O sujeito constrói hipóteses (ou construtos) testadas no dia-a-dia, através da sua aplicação (Kelly, 1970, 1955 cit in Raskin, 2006). Se esses construtos demonstram ser preditivos ou úteis na compreensão da experiência, são mantidos no leque comportamental e de resposta do sujeito. Se, por outro lado, não justificam a sua utilidade, são corrigidos ou substituídos (Raskin, 2006). O desenvolvimento do sistema de significados de cada sujeito é, portanto, produto da adaptação dos construtos individuais às diferentes situações de vida (Raskin, 2006). Dado que cada indivíduo constrói uma compreensão de si mesmo, dos outros e das relações, e sabendo que existem inúmeras formas de construir essa compreensão, Kelly decidiu examinar a efectividade dos construtos nas diversas circunstâncias de vida (Kelly, 1955 cit in Raskin, 2001). Os construtos são símbolos da experiência (Raskin, 2006), enquanto construções pessoais interrelacionadas.

As características de determinado acontecimento de vida podem divergir das características de um outro evento, originando a construção de construtos de similaridade e contraste (Kelly, 1955 cit in Buckenham, 1998). Como tal, um construto pode discriminar eventos de forma bipolar (Kelly, 1955 cit in Buckenham, 1998). Assim, considera-se um pólo emergente, ou pólo de avaliação actual, e um pólo de contraste (Walker & Winter,

2007). A bipolaridade possibilita diferenciação entre determinados elementos da experiência, permitindo ao sujeito optar pelo pólo mais apropriado à condição actual. Os contrastes tornam-se essenciais na compreensão da mudança pois o pólo oposto à perspectiva actual é a alternativa mais válida na mudança (Walker & Winter, 2007).

A teoria dos construtos valoriza o papel dos outros na construção dos construtos e no desenvolvimento do self, como se os outros funcionassem como agentes valorativos para testar os construtos. Duck (1979 cit in Walker & Winter, 2007) postula que o sujeito procura validar os seus construtos quando estabelece relações com outros que possuem construtos idênticos aos seus. Nesse sentido, as relações pessoais estão dependentes da partilha de construtos, que também interfere nas relações (Walker & Winter, 2007).

1.2.6 Significados.

Mais recentemente, tem havido um interesse específico acerca da compreensão/ representação que o Cliente faz do seu problema. Este fenómeno tem sido amplamente estudado em várias perspectivas: representações, crenças, percepções, atribuições. Contudo, são construtos que tendem a valorizar aspectos específicos da compreensão (aspectos cognitivos, de avaliação psicológica). A compreensão que o Cliente faz acerca da sua situação ou condição envolve elementos cuja interacção é complexa e está associada à complexa construção de significados – *ego development* (Loevinger, 1976 cit in Adler, Wagner & McAdams, 2007), incluindo variáveis de acesso à informação, experiências passadas, processo de desenvolvimento e co-construção de significados.

Recentemente, as terapias narrativas sugerem que o bem-estar dos sujeitos depende, essencialmente, do significado que atribuem a si e ao mundo que os envolve através da construção e atribuição de significado para as suas vivências.

A investigação tem demonstrado especial interesse sobre a compreensão/ representação que o Cliente faz do seu problema, da sua situação ou condição. Este fenómeno (compreensão/ representação) está relacionado com os processos complexos de construção e co-construção (interacção) de significados – *ego development* (Loevinger, 1976 cit in Adler et al., 2007). Por exemplo, a perspectiva que o sujeito tem acerca do seu funcionamento resulta não só das suas próprias constatações mas também da construção que faz a partir da partilha de opiniões, ou seja, através da interacção com os outros. A compreensão das variáveis do Cliente referente ao significado/compreensão/representação que faz do seu desenvolvimento, das razões dos seus comportamentos, beneficia então de uma compreensão ao nível dos processos complexos de significados (*ego development*) que inclui memória autobiográfica e construção de significados com base nas interacções, designadamente na co-construção.

A abordagem narrativa centra-se na construção de significados dos sujeitos com base na experiência e nos conceitos de self e identidade (McAdams, 1996 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009). Os significados podem definir-se como construções individuais que se manifestam sob a forma de narrativas acerca da experiência (Pasupathi, 2007).

A perspectiva narrativa pressupõe que a forma como os sujeitos se percepcionam é determinada pelas histórias que os próprios contam acerca de si. As pessoas constroem as suas vidas enquanto histórias em curso e são essas histórias que estabilizam a identidade, influenciam comportamentos e ajudam na integração social.

Nos últimos anos, o contributo da teoria da identidade narrativa (McAdams & Pals, 2006; McLean, Pasupathi & Pals, 2009; Pasupathi & Hoyt, 2009) na compreensão do processo complexo de construção e atribuição de significados tem sido valorizado.

Para McLean, Pasupathi e Pals (2007), a construção de narrativas sobre o passado pessoal é a base do processo de desenvolvimento da identidade (e.g. McLean, Pasupathi &

Pals, 2007). Tendo em conta o papel essencial das histórias na construção da identidade, os autores sugerem um modelo focado nas narrativas autobiográficas (*situated stories*), considerando a sua importância na criação de relação entre o sujeito e as suas experiências (McLean, Pasupathi e Pals, 2009). O conceito *situated stories* é definido como uma narrativa da memória autobiográfica concebida numa situação específica, por indivíduos específicos, para audiências específicas e para, da mesma forma, cumprir objectivos específicos. As *situated stories* e o processo de elaboração e partilha de histórias permitem a manutenção ou mudança do auto-conceito, determinando o desenvolvimento do ego dos sujeitos.

Na construção da identidade narrativa, a interacção com os outros, os ouvintes, que participam na partilha das narrativas, é primordial. Os ouvintes influenciam (e.g. Bavelas, Coates & Johnson, 2000 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009; Dickinson & Givon, 1995 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009; Pasupathi, Stallworth & Murdoch, 1998 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009) significativamente na infância e na adolescência, no entanto, os amigos e os pais, como ouvintes das narrativas pessoais, são igualmente importantes nos primeiros anos da idade adulta (McLean, 2005 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009).

A relevância da interacção com os outros (co-construção), a influência do comportamento dos ouvintes no processo narrativo e na própria história é sustentada por vários estudos (e.g. Bavelas, Coates & Johnson, 2000 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009; Dickinson & Givon, 1995 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009; Pasupathi, Stallworth & Murdoch, 1998 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009). De uma forma geral, ouvintes responsivos e agradáveis levam a narrações mais elaboradas quando comparadas com ouvintes distraídos ou desagradáveis (Pasupathi et al., 1998 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009). Ouvintes distraídos levam à eliminação de significados, destacando os que abrangem gostos pessoais e formas de realização (Pasupathi & Hoyt, 2009). Nos primeiros anos de

vida adulta, os ouvintes responsivos determinam a inserção de informação interpretativa na narração em curso. Esta informação é, a longo prazo, marcante no self e na identidade (Bird & Reese, 2006; McLean & Pratt, 2006; Pasupathi, 2007 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009).

Há muito tempo que a interacção, a importância dos outros na construção da identidade, é referenciada como determinante. A teoria dos construtos de Kelly (1955) evidencia a importância dos outros na construção dos construtos e no desenvolvimento do self. De acordo com o autor, a construção do self depende da compreensão da percepção dos outros e da comparação entre os sujeitos. Walker & Winter (2007) referem-se aos outros como agentes valorativos que servem para testar os construtos, resultantes da construção de significados e interpretações acerca do mundo que circunda os sujeitos.

McAdms & Pals (2006), defendem que os sujeitos manifestam variações nas adaptações motivacionais, sócio-cognitivas e desenvolvimentais, contextualizadas no tempo, local e/ou papel social. As adaptações implicam objectivos, planos, desafios, estratégias, valores, virtudes, esquemas, auto-imagens, representações mentais dos outros significativos, tarefas desenvolvimentais e outras variáveis do Cliente associadas a preocupações motivacionais, sócio-cognitivas e desenvolvimentais, com maior ligação à motivação e cognição. Tendo em conta que as adaptações estabelecem as características da individualidade humana, a identidade narrativa atribui ao sujeito um significado cultural e único, como um todo. A definição de identidade, analisando as complexas condições sociais e psicológicas da modernidade cultural, é mais determinada pela capacidade do indivíduo em manter uma narrativa do que afectado por comportamentos ou reacções perante outros. Assim, a identidade narrativa está relacionada com a construção e manutenção da história do sujeito. A narrativa é internalizada e desenvolvida incorporando o passado reconstruído e o futuro integrado como um todo, com maior ou menor coerência,

cujo intuito é facultar à vida do sujeito alguma unidade, intento e significado, ou seja, é a base da formação da identidade.

O processo de transformação de experiências em narrativas com significado está directamente envolvido no crescimento psicológico, no desenvolvimento, nas estratégias de *coping* e no bem-estar. Pennbaker & Seagal (1999 cit in McAdams & Pals, 2006) referem que o bem-estar psicológico aumenta quando os sujeitos escrevem sobre as suas experiências traumáticas e elaboram essas experiências em narrativas congruentes, coesas e com significado.

Tendo em conta que a evolução humana, até de forma delicada, influencia as variáveis do Cliente, a sociedade, a cultura (Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008; Kleinman, 1988 cit in Wong, Tran, Kim, Kerne & Calfa, 2010) e o quotidiano podem ser responsabilizados pelas interferências imediatas e proximais (McAdams & Pals, 2006). As adaptações individuais são influenciadas pela cultura uma vez que estão integradas num contexto cultural, local e desenvolvimental. Desta forma, no decurso da vida, as adaptações devem sofrer mudanças devido a alteração de circunstâncias, de expectativas pessoais e com a maturação (Elder, 1995 cit in McAdams & Pals, 2006).

A identidade narrativa deixa clara a relação entre a individualidade humana e a cultura dado que, no centro da cultura, estão as histórias de vida (Rosenwald & Ochberg, 1992 cit in McAdams & Pals, 2006). A construção complexa das narrativas depende das histórias do indivíduo integrado num determinado contexto cultural. Se, por um lado, são essas as narrativas responsáveis por ensinar o indivíduo a viver e a atribuir significado às suas vivências, por outro lado, é similarmente responsável pelas diferentes opções na construção das histórias. Por este motivo, as histórias de vida revelam, não só a forma como o indivíduo vive e conta, mas também o seu contexto cultural (McAdams & Pals, 2006).

A construção da identidade narrativa está intimamente ligada à apropriação da história da cultura pois, com o intuito de atribuir significado às suas histórias e para que tenham significado nas suas vidas, os sujeitos escolhem uma determinada história em detrimento de outras e fazem transformações, dirigindo o processo conforme as circunstâncias sociais, económicas e políticas e ainda pelas suas adaptações (McAdams & Pals, 2006).

Os sujeitos divergem na forma como estruturam e processam a experiência. Tal facto está relacionado com objectivos, esquemas, diferenças na orientação cognitiva, personalidade. Estes factores estão imbuídos na construção e no processo narrativo das histórias acerca de si próprios, na elaboração de raciocínio autobiográfico e na reacção dos outros às suas narrativas. As narrativas são, portanto, instrumentos essenciais na estabilidade e na mudança (McAdams & Pals, 2006).

A construção de narrativas e a compreensão a nível dos processos complexos de significados estão relacionados com a concepção do *ego development*.

A noção proposta por Loevinger (1976 cit in Adler et al., 2007) diz respeito à habilidade do sujeito para atribuir significado às suas experiências individuais, operacionalizada em níveis de maturidade distintos, sendo cada um responsável por atribuir significado às experiências individuais, de forma complexa e específica. Os níveis imaturos de desenvolvimento do ego estão ligados a indivíduos que interpretam as experiências de forma egocêntrica e simplista. Nos estágios intermédios de desenvolvimento do ego, a atribuição de significados é mais diferenciada e as características sociais fazem parte do processo no momento em que o sujeito inclui convenções sociais e culturais. O nível superior de desenvolvimento do ego caracteriza-se pelo facto da perspectiva individual do self e do mundo proporcionar um nível de significação totalmente diferenciado e muito complexo, conduzido por princípios

individuais inter-ligados. Neste nível, as narrativas distinguem-se pela tendência para enaltecer a mudança pessoal, realçando acontecimentos e experiências marcantes, justificando nitidamente, no decorrer do tempo, o seu desenvolvimento e evolução das circunstâncias de vida, tanto positivas como negativas, na compreensão de si mesmo e dos outros.

As trajectórias do desenvolvimento do ego na adolescência são determinantes na idade adulta (Hennighausen, Hauser, Billings, Schultz & Allen, 2004).

A pesquisa de King e colaboradores (King et al., 2000 cit in McAdams & Pals, 2006) demonstra que adultos com a capacidade de transformar transições de vida difíceis em histórias organizadas e completas apresentam maior probabilidade de, a longo prazo, ter melhorias no desenvolvimento do ego.

Quando a psicoterapia termina os sujeitos necessitam de inserir essas experiências nas suas narrativas. Para este processo, contribuem as variáveis do Cliente sobretudo ao nível da percepção da eficácia da psicoterapia e no que diz respeito ao desenvolvimento do ego, sendo que os indivíduos que estão no estado mais maduro, constroem narrativas mais congruentes (Adler et al., 2007). Diferentes análises apontam que a construção de narrativas acerca de experiências psicoterapêuticas consiste numa forte ferramenta para manter as melhorias obtidas no processo, uma vez que fornecem as bases necessárias para integrar as experiências na identidade. Perante estes factos, os terapeutas devem desenvolver, com os seus Clientes, estratégias de construção de narrativas mais coesas e significativamente válidas.

Com base nestes pressupostos, afirma-se que o sucesso do processo psicoterapêutico pode ser determinado pelas narrativas que o indivíduo elabora acerca dessas experiências.

A psicoterapia enquanto tratamento cujo objectivo é a mudança através da reconstrução de significados implica a inclusão das variáveis do Cliente, especificamente as suas crenças.

1.2.7 Orientação teórica.

A orientação teórica do terapeuta serve como base para compreender a natureza humana da mudança, a etiologia e prognóstico do problema, a conceptualização do caso, os objectivos e técnicas terapêuticos (Poznanski & McLean, 1995 cit in Ogunfowora & Drapeau, 2008), desempenhando um papel fundamental no processo de mudança psicoterapêutica.

O termo orientação teórica do terapeuta diz respeito ao conjunto organizado de suposições que proporcionam o sistema teórico de base na elaboração de hipóteses acerca da experiência e do comportamento do Cliente. Permitem a criação de um fundamento lógico para as intervenções de tratamento específicas e a avaliação do processo terapêutico em curso. Este sistema teórico forma a base da prática terapêutica. O terapeuta, na investigação em psicoterapia, é, frequentemente, definido pela sua orientação teórica, que se refere ao racional utilizado como explicação plausível da condição do sujeito e do que pode ser feito para a ultrapassar (Ogunfowora & Drapeau, 2008). Como tal, é relevante na compreensão do processo e dos resultados terapêuticos. No entanto, a orientação teórica não prediz resultados terapêuticos (Beutler, Machado & Allstetter-Neufeld, 1994 cit in Najavits, 1997). Terapeutas com orientações distintas apresentam estilos e resultados terapêuticos semelhantes (Garfield & Bergin cit in Najavits, 1997). Independentemente da sua orientação específica, na prática clínica, os terapeutas recorrem a técnicas e procedimentos de diferentes modelos, conforme a experiência, a familiaridade e competências individuais (Beutler & Howard, 2000 cit in Nguyen et al., 2007).

Contrariando investigadores anteriores, que acreditam que as características ambientais (treino, supervisão, experiência clínica) são as principais influências na orientação teórica (e.g., Lazarus, 1978; Schwartz, 1978 cit in Arthur, 2001), Arthur (2001) indica que as crenças e orientações teóricas dos psicoterapeutas são influenciadas pela interacção entre as características da sua personalidade e os traços epistemológicos (teorias do conhecimento).

Verifica-se que, quer o terapeuta, quer o Cliente, constroem sistemas conceptuais da realidade do funcionamento psicológico e dos problemas psicológicos em geral. No entanto, esses sistemas conceptuais do Cliente e terapeuta diferem a vários níveis (Beutler, 1991):

1. O carácter sistematizado do contacto dos terapeutas com diferentes entendimentos (teorias), durante a sua formação, influenciando a orientação (Boswell, Castonguay & Pincus, 2009);
2. O aprofundamento com que exploram os entendimentos (teorias);
3. Os dados a que têm acesso acerca das evidencias empíricas de cada entendimento e da validação empírica do mesmo;
4. A atitude activa de enquadramento que fazem dos dados do funcionamento de um indivíduo à luz de determinado entendimento (teoria), ao passo que um Cliente não tem esta atitude activa de integrar/reflectir num determinado dado da sua experiência ou funcionamento, de acordo com uma determinada teoria;
5. A ênfase relativa ao entendimento dada por terapeuta e Cliente – ao passo que para o terapeuta o entendimento dos dados da experiência e do funcionamento do Cliente num quadro conceptual (teoria) é um elemento básico, quer para a compreensão do funcionamento, quer para a mudança

terapêutica, o Cliente, dado que não está tão orientado para promover a mudança, tende a não ter esta atitude tão efectivada;

6. O terapeuta tende a ter uma perspectiva dedutiva da compreensão do funcionamento – parte do quadro conceptual que orienta as análises que vai fazendo de funcionamento do Cliente, enquanto o Cliente parte de uma atitude eminentemente emotiva – parte dos dados da sua experiência e do seu funcionamento para a sua compreensão e entendimento;

1.2.8 Expectativas.

As expectativas dos Clientes têm sido consideradas um factor importante no sucesso psicoterapêutico (e.g., Goldfried, 1980; Goldstein, 1960; Rosenzweig, 1936 cit in Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011). Qualquer Cliente deve ter esperança de melhoria para que a psicoterapia seja eficaz, sendo crucial recuperar a esperança e a expectativa positiva nos sujeitos uma vez que são fortes agente de mudança terapêutica (Constantino et al., 2011). Podemos mesmo afirmar que o processo terapêutico está intrinsecamente ligado à manipulação e revisão das expectativas (Greenberg, Constantino e Bruce, 2006 cit in Constantino et al., 2011).

As expectativas podem assumir diferentes formas, no entanto, neste caso, importam as expectativas de resultados que reflectem as crenças dos sujeitos acerca do prognóstico e as consequências do ajuste ao tratamento (Constantino et al., 2011).

Os Clientes possuem crenças sobre a utilidade do tratamento mesmo antes do contacto com o terapeuta. Durante o tratamento, as expectativas também são flexíveis pois são influenciadas pela história do Cliente, pelas suas interacções com o terapeuta, pela sua avaliação do tratamento em curso e respectiva eficácia (Schulte, 2008 cit in Constantino et al., 2011).

As expectativas de resultados distinguem-se de construtos como a motivação para o tratamento ou preferências relativamente à terapia. Embora a motivação inclua o desejo e a disponibilidade para a mudança, não corresponde necessariamente a expectativas positivas de prognóstico (Constantino et al., 2011).

As preferências diferenciam-se das expectativas na medida em que consideram algo valorizado ou desejado que nem sempre é esperado (Swift & Callahan, 2009).

A credibilidade também parece ser outro construto relacionado. A distinção entre a adequabilidade do tratamento, o facto de ter lógica para o Cliente e a expectativa é controversa. De alguma forma, as expectativas de resultado podem desenvolver-se se o tratamento parecer credível (Hardy et al., 1995 cit in Constantino et al., 2011). Porém, existem expectativas prévias mesmo antes de o sujeito ter acesso a informação substancial sobre o tratamento a efectuar. Podemos definir a credibilidade como uma percepção baseada no conhecimento adquirido através da experiência directa ou da observação (Schulte, 2008 cit in Constantino et al., 2011). Tal, permite afirmar que, embora estejam relacionados, a credibilidade e as expectativas distinguem-se.

Tabela 1. Construtos psicológicos. Diferenciação de conceitos

Construto	Definição	Modelo
Representações	Conjunto de características, afirmações e explicações criadas através de comunicação interindividual (Moscovici, 1961) Processo cognitivo, explícito e consciente que implica o pensamento, planeamento, antecipação e autoconhecimento sobre acções futuras	Cognitivo
Crenças	Construções mentais da experiência, frequentemente condensadas e integradas aos esquemas ou conceitos, as quais são tomadas por verdadeiras e orientam o comportamento (Siegel, 1985) Imagem da forma como o mundo é para quem o percebe (Najavits, 1997)	Cognitivo
Percepções	Resultado da construção de uma ideia, imagem ou representação mental derivada dos sentidos (Reed, 1988) Atribuições de significado a partir do histórico de vivências passadas	Transteórico
Atribuições	Cognições/explicações construídas pelo sujeito para explicar o seu comportamento e acontecimentos de vida (Weiner, 1986)	Social/Teoria das Atribuições
Construtos Pessoais	Construção acerca de si mesmo, do mundo e dos outros, que determinam a forma como o indivíduo percepciona o mundo (Kelly, 1972)	Construtivista
Significados	Construções Individuais que se manifestam sob a forma de narrativas acerca da experiência (Pasupathi, 2007)	Narrativo
Orientação Teórica	Sistema teórico do terapeuta na compreensão da natureza humana da mudança, a etiologia e prognóstico do problema, a conceptualização do caso, os objectivos e técnicas terapêuticos (Poznanski & McLean, 1995 cit in Ogunfowora & Drapeau, 2008)	Transteórico
Expectativas	Crenças dos sujeitos acerca do prognóstico e as consequências do ajuste ao tratamento (Constantino et al., 2011)	Transteórico

1.3 Crenças Implícitas

O comportamento diário é determinado não pela realidade do dia-a-dia, mas pela percepção que o sujeito tem da realidade do dia-a-dia (Furnham, 1988 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999).

Quando o indivíduo decide consultar um psicólogo, toma essa decisão com base na crença de que o psicólogo detecta a natureza e as causas do seu sofrimento, e não na sua real capacidade para o fazer. Da mesma maneira, quando o sujeito decide tomar um medicamento, a sua decisão é tomada com base na crença de que o medicamento reduz o seu sofrimento, e não na sua verdadeira eficácia. Quando a pessoa opta por visitar um terapeuta em detrimento de uma terapia medicamentosa, acredita que a primeira opção tem maior efeito, é mais adequada e funciona melhor do que a segunda alternativa. O estudo das crenças implícitas sobre a doença é fundamental na compreensão da relação entre o recurso ao sistema de saúde e a compatibilidade com o aconselhamento (Mokounkolo & Mullet, 1999).

Diversos estudos têm dedicado atenção à análise de crenças implícitas envolvidas na doença e na cura. Vários autores interessam-se por problemas específicos, sobretudo a nível biopsicossocial: depressão (Furnham & Kuyken, 1991; Rippere, 1981 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), fobia (Furnham, 1995 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), anorexia (Furnham & Hume-Wright, 1992 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), alcoolismo (Beckman, 1979; Furnham & Lowik, 1984; Hermand, Mullet & Lavieville, 1997; Hey, 1977 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), vício do tabaco (Eiser, Sutton & Wober, 1977; Loken, 1982; Munoz Sastre, Mullet & Sorum, 1999 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), dependência de heroína (Furnham & Thomson, 1996 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), neuroticismo (Furnham, 1984 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), esquizofrenia (Furnham & Bower, 1992; Furnham & Rees, 1998 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999), obesidade

(Furnham, Ota, Tatsuro & Koyasu, 2000). O resultado comum a estas pesquisas revela que as crenças implícitas e o conhecimento dos profissionais estão relacionados (Mokounkolo & Mullet, 1999). A investigação realça a importância das concepções implícitas sobre saúde, doença, e medicina em geral (Furnham, 1994; Furnham & Forey, 1994; Rogers, 1991 cit in Mokounkolo & Mullet, 1999). Actualmente, considerando o indivíduo como ser biopsicossocial.

Em investigação, verifica-se consenso face à posição de que as crenças medeiam a forma que o sujeito tem de pensar e processar novas informações. O seu papel parece ser essencial nas relações de cognição sobre o mundo e sobre o próprio indivíduo, tanto na elaboração de percepções como nos comportamentos. Este pensamento suporta a tese de que as crenças são socialmente construídas envolvendo um processo de transmissão cultural, o que implica considerar os contextos sociais e culturais onde ocorrem.

Estudiosos sugerem que a cultura influencia uma ampla variedade de crenças sobre a doença mental, incluindo crenças sobre as consequências e cura da doença mental (Angel & Thoits, 1987; Hwang et al., 2008; Leong & Lau, 2001 cit in Wong, Tran, Kim, Kerne & Calfa, 2010). Existem evidências consideráveis sobre as diferenças culturais relativamente a crenças de saúde e comportamentos (Helman, 1990 cit in Furnham, Ota, Tatsuro & Koyasu, 2000), sendo que crenças implícitas sobre a atribuição de cura podem ser indicadores culturais significativos de teorias implícitas para as causas (Furnham et al., 2000).

Enquanto os conceitos implícitos e construções de saúde e doença têm sido objecto de muitas investigações (Herlizch, 1973; Blaxter & Paterson, 1982; Pill & Stott, 1982; Blaxter, 1983; Williams, 1983; D'Houtaud & Field, 1984; Helman, 1984; Calnan, 1987 cit in Scott, 1998) a variável cultural tem sido excluída ou pouco estudada, na relação com crenças de saúde.

Diferentes sujeitos pertencentes à mesma cultura podem ter concepções distintas ou podem partilhar, amplamente, um conjunto de crenças básicas. Tal facto pode ser mera coincidência ou reflectir inferências particulares de cada um. No entanto, crenças comuns podem também reflectir o conhecimento popular cultural, isto é, o conjunto de crenças socialmente construído, criado durante anos, a partir da partilha de percepções particulares e da comunicação social. Este conhecimento popular verifica-se na conversação diária, nos escritos populares e é repassada (com alterações ao longo do tempo) de adultos para jovens, influenciando fenómenos tão complexos como inteligência, criatividade, ou parte física (Carugatti, 1990; Sternberg, 1985 cit in Friestad & Wright, 1995). Falamos de psicologia do senso comum (Heider, 1958). Além disso, os modelos populares de todos os comportamentos contêm referências psicológicas (Churchland, 1991; Greenwood, 1991 cit in Friestad & Wright, 1995).

A forma como o sujeito conceptualiza a sua perturbação mental está intimamente ligada ao seu contexto cultural (Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008; Kleinman, 1988 cit in Wong et al., 2010). Os grupos culturais possuem formas específicas da sua cultura para explicar comportamentos humanos anormais (Sue & Sue, 2008 cit in Wong et al., 2010).

As crenças são vulgarmente transmitidas informalmente, mas a sua origem pode, muitas vezes, ser verificada e controlada. Uma crença pode ter origens numa ou várias fontes: as informações dos media, revistas científicas, conversas ao acaso ou simples lógica. Por exemplo, os leigos têm a oportunidade de adquirir crenças e opiniões sobre hipnose e hipnoterapia, que são influenciadas pela cobertura dos *media* (Furnham & Lee, 2005). Os *media* são fontes fundamentais pois as crenças são poderosas, persistentes e resistentes aos métodos convencionais de ensino. A importância de crenças de saúde (erradas ou não) é internacional (Warwick et al., 1988; Larson, 1989; Sontag, 1990;

Lindano et al., 1991 cit in Nicoll & Laukamm-Josten, 1993) e exige crenças políticas e científicas para provocar a mudança (Nicoll & Laukamm-Josten, 1993). A investigação sobre tais crenças é importante para entender a sua origem e como persistirem para, a nível prático, planear intervenções mais eficazes quando crenças erradas impedem o controlo da doença.

1.3.1 Impacto de domínios específicos do sistema conceptual em psicoterapia.

O conhecimento dos sistemas conceptuais globais e específicos dos sujeitos pode ajudar o terapeuta a melhor compreender o motivo pelo qual o Cliente procurou ajuda e como espera receber essa mesma ajuda (Mellot, Destefano, Bloomfield & Kavcic, 1999).

A Associação Americana de Psicologia (APA) e outras organizações ligadas à saúde apontam para a necessidade de incluir as preferências do Cliente no processo terapêutico, referindo que esta deve ser uma parte importante da prática psicoterapêutica (Swift & Callahan, 2009). De facto, na literatura, existem vários estudos que consideram os sistemas conceptuais determinantes no processo terapêutico, contrariando os resultados apresentados por Mellot e colaboradores (1999) que sugerem que a congruência entre as crenças do terapeuta e do Cliente não parece afectar a satisfação dos Clientes com a terapia, a percepção do tratamento ou os resultados terapêuticos. Diversos estudos apontam para a influência, directa ou indirecta, desta característica individual do Cliente.

Rosen (1967 cit in Swift & Callahan, 2009) refere que não existe relação entre o sucesso terapêutico e o facto de o terapeuta seguir as preferências do Cliente, porém, indica que as preferências do Cliente podem ter impacto num número significativo de variáveis importantes no processo terapêutico.

Rokeach (1973 cit in Guest & Beutler, 1988) indica que diferenças de valores entre terapeuta e Cliente estão associadas com o término prematuro da terapia.

Firth & Brewin (1982 cit in Whittle, 1996) concluem que o facto de o sujeito atribuir os sintomas depressivos e eventos de vida stressantes a causas incontroláveis prejudica os resultados terapêuticos e a diminuição dos sintomas depressivos.

Brewin & Antaki (1982 cit in Whittle, 1996) referem que indivíduos ansiosos, que atribuem os sintomas da sua condição a características negativas da personalidade, possuem tendência para exacerbar o seu problema e induzir mais ansiedade.

Hutchins (1984) indica que relações terapêuticas nas quais terapeuta e Cliente possuem a mesma orientação terapêutica são, maioritariamente, mais produtivas quando comparadas com relações em que as preferências terapêuticas são distintas.

Furman & Ahola (1988 cit in Whittle, 1996) recomendam a exploração profunda das explicações pré-existentes do sujeito e realçam a importância do conhecimento das causas percebidas pelo Cliente para que o terapeuta tenha noção de quais está a reforçar.

Furman & Ahola (1989) referem-se ao actual declínio da religião e espiritualidade enquanto guia e explicação do comportamento humano que leva à crescente aceitação das atribuições psicológicas. No entanto, não podemos esquecer que a religião e a espiritualidade ainda representam dois dos mais importantes factores que estruturam a experiência humana, as crenças, os valores e o comportamento, assim como os estados de saúde e doença (Rose, Westefeld & Ansley, 2001).

Furnham & Wardley (1990) referem que diferentes programas de tratamento do alcoolismo estão associados a diferentes sistemas de causas, alertando que a eficácia desses programas pode ser melhorada analisando as explicações causais dos Clientes.

Beutler & Bergan (1991 cit in Mellot et al., 1999) indicam que valores similares entre terapeuta e Cliente beneficiam os resultados terapêuticos. Contudo, o contrário não significa um efeito negativo, valores dissimilares também podem ter um efeito positivo.

Jack & Williams (1991 cit in Whittle, 1996) sugerem que a similaridade de atitudes e atribuições entre o Cliente e o terapeuta é crucial na determinação do comportamento de procura de ajuda em momentos de crise.

Glass e colaboradores (2001 cit in Swift & Callahan, 2009) apontam para evidências da relação positiva entre preferências do Cliente, modelo terapêutico aplicado e o seu impacto nos resultados em dois dos dez estudos revistos.

A maioria dos estudos conclui que as opiniões sobre o nexo de causalidade estão fortemente associados com atitudes estigmatizantes em relação à doença mental. Portanto, há uma ampla opinião partilhada de que um aumento na alfabetização e educação sobre a causa da doença mental resultará numa melhoria de atitude em relação às pessoas com doença mental. As análises recentes, no entanto, têm criticado a suposição de que há uma relação positiva entre a atribuição de causas biológicas e aceitação das pessoas com doença mental (Adewuya, Roger & Makanjuola, 2007).

A orientação teórica do terapeuta, ou seja, a identificação com uma determinada teoria está associada a valores pessoais (Murdock et al., 1998 cit in Minton & Myers, 2008). Portanto, é expectável uma relação entre a orientação teórica do Cliente e determinadas variáveis do próprio, tais como crenças e atribuições. Há fortes evidências que, enquanto terapeutas ou Clientes, as preferências dos sujeitos por diferentes tratamentos e explicações para os problemas psicológicos reflectem um estilo pessoal (e.g. Caine & Winter, 1993; Caine, Wijesinghe & Winter, 1981 cit in Winter, 2008). Das dimensões desse estilo pessoal, destacam-se os aspectos internos e subjectivos vs enfoque no mundo externo e o radicalismo vs conservadorismo (Winter, 2008), sendo que os sujeitos com preferência por terapias mais directivas e estruturadas (por exemplo, a terapia comportamental) tendem a ser mais orientados para o mundo externo e para o

conservadorismo do que os indivíduos que preferem perspectivas menos directivas, mas mais focadas em aspectos interpessoais.

Swift & Callahan (2009) constatam que 58% dos indivíduos sujeitos a um tratamento congruente com a sua preferência demonstram melhores resultados e que esses mesmos Clientes (que recebem o tratamento preferido) apresentam menor probabilidade de abandono do tratamento.

Considera-se ainda importante referir os contributos da perspectiva narrativa centrada na forma como os sujeitos constroem significados individuais a partir das experiências e dos conceitos de self e identidade (McAdams, 1996 cit in Pasupathi & Hoyt, 2009). A perspectiva narrativa implica diferentes formas de organizar e processar a experiência. Desta forma, a orientação teórica do Cliente, enquanto narrativa construída acerca do seu desenvolvimento e funcionamento psicológico, traduz as crenças individuais, representando a forma como o sujeito constrói e narra as histórias acerca de si próprio e do mundo (McLean et al., 2009). Conclui-se que as crenças desempenham um papel fundamental no processo de construção de entendimentos sobre as experiências do Cliente.

1.3.1.1 Impacto das crenças.

Segundo Beutler & Bergan (1991 cit in Lee & Bishop, 2001), as diferenças nos sistemas de crenças entre Cliente e terapeuta podem comprometer o processo terapêutico e os seus resultados. Posto isto, a utilização de uma técnica em detrimento de outra, a escolha entre um ou outro modelo, não deve ser dissociada do sistema de crenças do Cliente (e não apenas do sistema de crenças do terapeuta).

Atkinson, Worthington, Dana & Good's (1991) sugerem que o sistema de crenças é preditivo da credibilidade do terapeuta e da satisfação dos Clientes com a terapia. Os resultados do estudo dos autores com alunos universitários indicam que quando terapeutas

e Clientes possuem crenças similares sobre as causas dos problemas psicológicos, o terapeuta é visto como mais credível e compreensivo, situação que traduz maior satisfação com o aconselhamento em geral, ou seja, a similaridade percebida pelos Clientes entre as suas crenças e as crenças do terapeuta determinam o nível de satisfação com a psicoterapia. A informação obtida aponta para a necessidade de um conhecimento compreensivo das percepções do Cliente antes da relação com o terapeuta e demonstra que é preciso correspondência entre as crenças do Cliente e do terapeuta sobre as causas dos problemas psicológicos, quando se inicia o processo terapêutico ou, por outro lado, os terapeutas precisam de adaptar as suas estratégias de tratamento às percepções do Clientes sobre os problemas e respectivas crenças (Mellot et al., 1999). Atkinson e colaboradores (1991) previnem que, com o tempo (3 sessões), as crenças dos Clientes sobre a causa dos seus problemas psicológicos tornam-se semelhantes às dos terapeutas.

Recentemente, estudos reforçam as evidências de que crenças implícitas e o conhecimento dos profissionais estão relacionados (Mokounkolo & Mullet, 1999).

Pistrang & Barker (1992), entre os vários motivos que justificam a importância das crenças dos Clientes acerca dos seus problemas psicológicos, evidenciam que os Clientes podem demonstrar melhores resultados terapêuticos quando são utilizadas técnicas que sejam congruentes com as suas próprias crenças. Os autores alertam, ainda, que os terapeutas conscientes das diferenças individuais acerca da forma como os indivíduos concebem os seus problemas psicológicos estão aptos para desenvolver planos de tratamento mais eficazes.

Chakraborty, Avasthi, Kumar & Grover (2009) concluem que o sistema de crenças parece ser um dos aspectos mais preponderantes na adesão a um tratamento (medicamentoso ou psicoterapêutico), relativamente ao problema em causa e ainda no

próprio tratamento. Os autores sustentam que a adesão é um processo de várias etapas e que cada etapa é determinada por um múltiplo sistema de crenças.

As crenças implícitas do Cliente sobre o seu desenvolvimento permitem identificar a sua tendência ou preferência por determinada orientação, em relação às causas e tratamento de problemas psicológicos. Deste modo, auxiliam o terapeuta a antecipar e compreender as experiências individuais do sujeito pois permitem aceder às suas necessidades específicas. Ajudam o terapeuta a compreender e antecipar os problemas psicológicos e permitem, ao terapeuta, elaborar o plano terapêutico (Miller, 1991).

Nos últimos anos, assiste-se à emergência de uma nova visão na assistência à saúde em que se espera e incentiva um papel mais activo do paciente, na sua saúde e nas decisões sobre o tratamento (Garfield, Smith, Francis, & Chalmers, 2007; Horne, 1999 cit in Figueiras, Alves, Marcelino, Cortes, Weinman & Horne, 2008). Isto pode influenciar a escolha de um tratamento baseado em pontos de vista do Cliente, influenciados pelas suas crenças pessoais sobre a doença e resultados (Horne & Weinman, 1999 cit in Figueiras et al., 2008).

O conceito tem sido explorado em diferentes domínios incluindo educação (Ashton, 1984; Klein, 1996; Ashton & Webb, 1986; Allinder, 1995 cit Denzine, Cooney & McKenzie, 2005; Nicoll & Laukamm-Josten, 1993), religioso (Mathews, 2007), espiritual (Rose, Westefeld & Ansley, 2001), hipertensão (Frosch, Kimmel & Volpp, 2008), diabetes (Scott, 1998), depressão (Lauber, Falcato, Nordt & Rossler, 2003; Wong, Tran, Kim, Kerne & Calfa, 2010), HIV (Nicoll, 1993), medicamentos genéricos (Figueiras, Alves, Marcelino, Cortes, Weinman & Horne, 2009), hipnose (Furnham & Lee, 2005), consumo (Pocheptsova & Novemsky, 2009), depressão (Chakraborty, Avasthi, Kumar & Grover, 2009), hipnose (Furnham & Lee, 2005).

As crenças implícitas desempenham um papel central na determinação do comportamento (Frosch, Kimmel & Volpp, 2008). O Modelo Integrativo de Fishbein, consolida os contributos das teorias sócio-cognitivas sobre o comportamento de saúde num só modelo combinado (Fishbein, 2000 cit in Frosch, Kimmel & Volpp, 2008), em que os preditores primários das intenções de comportamento e o subsequente comportamento são as atitudes, as normas sociais percebidas e a auto-eficácia. Subjacentes a cada uma dessas construções estão as crenças relacionadas com o comportamento. Por exemplo, as atitudes face ao uso de uma medicação variam em função das expectativas do sujeito em relação ao resultado no cumprimento de um regime prescrito. Se o indivíduo acredita que um medicamento não é eficaz ou acredita que uma terapia alternativa é mais eficaz, as suas atitudes serão menos favoráveis para a medicação e a probabilidade de a pessoa tomar a medicação será proporcionalmente menor. Assim, as crenças do paciente são, potencialmente, um alvo importante para as intervenções de comunicação persuasiva destinadas a melhorar a adesão à medicação.

No trabalho de Nicoll & Laukamm-Josten (1993) sobre o controle de HIV e Sida na África Oriental fica provado que, as crenças implícitas, muitas vezes incorrectas ou distorcidas, prejudicam o controlo da doença no domínio da educação, informação e comunicação.

Scott (1998), no estudo sobre as crenças implícitas e a gestão de diabetes (em grupos étnicos minoritários), não encontrou evidências de que as crenças implícitas interferem com o aconselhamento médico, com a excepção dos resultados apresentados por duas mulheres. No entanto, encontrou diferenças culturais nas crenças implícitas dos sujeitos, implicando diferenças entre grupos (etnias).

O estudo das crenças implícitas sobre a doença é também um requisito essencial no planeamento da informação e campanhas de prevenção, uma vez que o conhecimento dos

factos verdadeiros através dos leigos e o acesso às atitudes e comportamentos autênticos são áreas críticas na aquisição e propagação de inúmeras patologias (Mokounkolo & Mullet, 1999).

Vários estudos identificam crenças implícitas sobre as causas da hipertensão que interferem com o conhecimento biomédico (Blumhagen, 1980; Heurtin-Roberts & Reisin, 1992; Wilson et al., 2002).

Furnham & Lee (2005) referem que a perspectiva sobre a hipnose como alternativa ou complemento terapêutico é influenciada pelas crenças implícitas dos indivíduos.

A mais recente visão, que promove o papel mais activo do Cliente na mudança em contextos de saúde, sugere a inclusão das crenças implícitas na escolha do tratamento do Cliente e aponta para a necessidade de se continuar a explorar o tipo de crenças dos consumidores sobre medicamentos genéricos, uma vez que essas crenças podem influenciar a sua escolha de tratamento (Gaither, Kirking, Ascione & Welage, 2001 cit in Figueiras, Alves, Marcelino, Cortes, Weinman & Horne, 2008).

Pocheptsova & Novemsky (2010), no domínio do consumo, examinam a forma como o estado emocional, presente no momento da experiência, afecta os julgamentos do sujeito. Os autores comparam esta situação com as crenças implícitas acerca do impacto que esse estado emocional tem nos julgamentos com base na memória. Se a origem do estado emocional é recordada no momento em que toma a decisão, é usual que use as suas crenças sobre o efeito desse estado, tendo em conta o julgamento baseado na memória (Wegener & Petty, 1995; Wilson & Brekke, 1994 cit in Pocheptsova & Novemsky, 2010). Encontram evidências de que, quando os consumidores acreditam que o estado emocional afectou os seus julgamentos, tendem a ajustar as suas avaliações para contrariar ou neutralizar a respectiva influência. Contudo, efectuam distorções, actuam com base em falsas crenças sobre o efeito do estado emocional no longo prazo, sustentando os diversos

estudos que sugerem discrepâncias face aos verdadeiros efeitos. As crenças implícitas acerca de experiências passadas divergem, muitas vezes, das experiências no presente (e.g., Novemsky & Ratner, 2003; Ross, 1989).

1.3.1.2 Impacto das crenças acerca das causas dos problemas psicológicos.

Desde sempre, o Homem tem necessidade de dar sentido e controlar o mundo em que está envolvido. Contudo, cada indivíduo procura explicações e soluções que melhor se adaptam a si e às características de determinada situação, o que implica que os sujeitos cheguem à psicoterapia com crenças próprias relativas à natureza e às causas dos seus problemas psicológicos (Claiborn, Ward & Strong, 1981).

Recentemente, existe um particular interesse sobre as crenças relativamente às causas dos problemas psicológicos (e.g. Heppner et al., 1994 cit in Lee & Bishop, 2001; Nunnally, 1961 cit in Whittle, 1996; Furnham & Kuyen, 1991; Pistrang & Barker, 1992; Angermeyer & Matschinger, 1999; Lauber et al., 2003; Adewuya, Roger & Makanjuola, 2008).

As concepções diárias persuasivas possuem crenças causais-explicativas (válidas ou inválidas) sobre como diferentes estímulos externos ou internos alteram eventos psicológicos e como esses eventos, por sua vez, podem alterar as acções do indivíduo (Friestad & Wright, 1994 cit in Friestad & Wright, 1995). Esta visão é consistente com a caracterização geral de Kelley (1983) sobre o sistema de crenças explicativas, como "percepção de estruturas causais" de causas e efeitos sequenciados, incluindo ideias culturais dos antropólogos sobre os modelos populares da mente (D'Andrade, 1987 cit in Friestad & Wright, 1995). Recentemente, a pesquisa científica mostra influência de uma metáfora popular no processo de mudança de uma condição física (Lakoff, 1987 cit in Friestad & Wright, 1995).

A consensualidade de algumas crenças sugere que as crenças implícitas devem ser formuladas e mediadas por uma espécie de transmissão cultural (Rippere, 1981 cit in Furnham & Lee, 2005).

Desde que os pacientes sofrem de doenças mentais e os seus cuidadores podem partilhar as crenças sobre as causas do doença mental, na sociedade onde vivem, o conhecimento preferencial que público leigo tem a respeito da doença mental pode ser útil na avaliação e ajudar o paciente a procurar comportamentos mais adaptativos. Nenhum dos estudos disponíveis tem examinado a relação entre os pontos de vista causais e como identificar a população em situação de risco, beneficiando a educação sobre as causas das doenças mentais (Adewuya, Roger & Makanjuola, 2007).

Slusher & Anderson (1996 cit in Frosch, Kimmel & Volpp, 2008) consideram que os argumentos de causalidade tendem a ser mais persuasivos para mudar crenças de saúde do que argumentos correlacionais, porém, Frosch, Kimmel & Volpp (2008) não encontram diferenças entre a utilização de linguagem causal ou correlacional para convencer os participantes acerca da importância de tomar a medicação. Dado que fora da área científica, linguagem causal e correlacional é frequentemente semelhante, os participantes podem, portanto, não ter percebido essas potenciais diferenças subtis da linguagem.

A investigação tem demonstrado a relevância da crescente atenção sobre as causas percebidas pelos sujeitos como responsáveis pelos problemas psicológicos e qual o seu impacto no processo e resultados terapêuticos.

Hewstone (1983 cit in Whittle, 1996) sugere que a função do comportamento de procura de causas e explicações é facultar, ao sujeito, sentimentos de controlo sobre o entendimento das causas e efeitos no mundo (físico e social).

Hepner e colaboradores (1994) realçam a importância da compreensão da realidade subjectiva de cada sujeito, de acordo com as suas crenças no que diz respeito às causas e

tratamento dos problemas psicológicos (Mellot et al., 1999), representando um ponto de partida fundamental do processo terapêutico ideal (Lee & Bishop, 2001) para encontrar o melhor tratamento, adequado a cada Cliente.

Nunnally (1961 cit in Whittle, 1996), no âmbito da compreensão da perturbação mental, é identificado como um dos pioneiros na investigação das crenças acerca das causas dos problemas psicológicos. Contrariando os resultados esperados pelo autor, com excepção de indivíduos com baixa escolarização ou mais de 50 anos, a maior parte não estava mal informada sobre as causas das doenças mentais e não procurava explicações teológicas para a doença mental, de punição pelos pecados ou maldição. A maioria dos sujeitos apresenta uma diversidade de crenças e causas para os problemas, atribuindo explicações orgânicas, factos da história pessoal, entre outras justificações envolvendo o meio físico e social (Whittle, 1996).

Furnham & Kuyen (1991), analisando as causas apontadas, por uma extensa amostra, como responsáveis pela depressão, descobrem que os sujeitos tendem a desvalorizar explicações bioquímicas ou genéticas, enaltecendo aspectos das teorias cognitivas da depressão, entre uma grande variedade de causas consideradas como importantes (Whittle, 1996).

Angermeyer e Matschinger (1999) confirmam os dados obtidos por Furnham & Kuyen (1991) uma vez que comprovam que a maioria das causas atribuídas pelos sujeitos para as perturbações psiquiátricas está relacionada com factores intrapsíquicos ou com comportamentos desviantes e, só depois, com factores biológicos. A informação obtida pelos autores revela que os sujeitos tendem a atribuir menos importância às condições em que cresceram, se desenvolveram e ao estado da sociedade. Somente uma minoria crê que as causas possíveis de alguma perturbação estão relacionadas com aspectos sobrenaturais.

Mellot e colaboradores (1999), na avaliação das preferências dos Clientes em relação às explicações para os seus problemas psicológicos, concluem que os sujeitos preferem perspectivas que enfatizam a auto-compreensão e a mudança de comportamento. Valorizam abordagens que se apoiam nos modelos tradicionais de psicoterapia (e.g. humanista, cognitivo, comportamental, psicodinâmico) em detrimento de perspectivas orgânicas ou de alterações do meio.

Furnham, Ota, Tatsuro & Koyasu (2000) analisando crenças sobre a resolução de problemas psicológicos, encontram diferenças culturais nas estratégias de intervenção, particularmente na ajuda profissional para cada problema psicológico. Encontram ainda divergências entre leigos e clínicos no que se refere à forma de ultrapassar problemas psicológicos. Os autores alertam para a mais-valia das teorias dos Clientes sobre a cura de problemas psicológicos uma vez que indicam os aspectos que devem ser explorados pelos clínicos.

Shafranske & Malony (cit in Rose et al., 2001) referem-se à indicação de que 60% dos seus Clientes recorrem a uma linguagem e abordagem religiosas para descreverem as suas experiências pessoais e os seus acontecimentos de vida. Desta forma, a religião ainda está associada às crenças dos sujeitos relativamente às causas dos acontecimentos, não podendo estas questões ser ignoradas em qualquer processo terapêutico.

Lauber e colaboradores (2003), pesquisando sobre as causas percebidas da depressão, elencam o stress psicossocial, derivado do contexto familiar e profissional, como uma das principais causas identificadas na origem dos problemas psicológicos, sendo a crença em algum tipo de doença apontada como a segunda causa mais comum que leva à depressão.

Nos últimos tempos, tem havido um interesse crescente na percepção de causalidade da doença mental por parte do público. Estudos da cultura ocidental mostram

que factores biológicos (doenças do cérebro e influências hereditárias) e factores ambientais (trauma e stress) são frequentemente considerados de relevância causal (Adewuya, Roger & Makanjuola, 2007). Porém, ainda não existe um instrumento válido (para a população portuguesa) capaz de avaliar este domínio específico, verificam-se apenas, na literatura, instrumentos para outros domínios do sistema conceptual do Cliente.

Caine e colaboradores (Caine & Wijesinghe, 1976; Caine, Wijesinghe & Winter, 1981; Caine, Wijesinghe & Wood, 1973 cit in Pistrang & Barker, 1992) realizaram os primeiros estudos sobre construtos associados ao tratamento dos problemas psicológicos. Desenvolveram um questionário, *Questionário de Expectativas sobre o Tratamento* (TEQ), para avaliar as expectativas dos Clientes acerca da terapia. Os autores encontram um padrão de correlações que vinculam a preferência para o tipo de tratamento com variáveis do Cliente, tais como personalidade, introversão, extroversão, conservadorismo, criatividade. No entanto, o TEQ avalia apenas a preferência por uma abordagem biológica (que abrange também a terapia de comportamento individual) e de terapia de grupo de orientação psicodinâmica, que são postuladas como extremos opostos de um continuum. O questionário também é limitado pelo facto de se focar apenas no tratamento, e não na causa dos problemas psicológicos.

Furnham e Henley (1988) examinaram as crenças sobre a forma como devem ser tratadas algumas desordens psíquicas frequentes, tais como o alcoolismo e depressão (Furnham, 1988; Furnham & Henley, 1988; Henley & Furnham, 1988 cit in Pistrang & Barker, 1992). Descobriram que as crenças estão relacionadas com cinco factores: controlo interno, compreensão, evitamento, base física e o destino. No entanto, não implica necessariamente que essas mesmas dimensões sejam subjacentes ao pensamento dos sujeitos sobre os seus próprios problemas, ao contrário do pensamento dos outros. Além disso, o trabalho de Furnham e Henley (1988) é limitado pelo uso de amostras não clínicas.

Um dos poucos estudos que examina as crenças dos Clientes sobre as causas dos problemas psicológicos, é o trabalho de Foulks et al. (1986 cit in Pistrang & Barker, 1992). Desenvolveram o *Inventário acerca da Causa da Doença* (CII), constituído por itens do modelo médico (com base no modelo biopsicossocial), largamente utilizado por psiquiatras, e itens do modelo não médico (ou seja, em desacordo com o modelo médico). Assim, o instrumento inclui duas categorias de itens. Porém, os itens do modelo médico referem-se a um número vasto de explicações (e.g. fadiga, lesão física, medo repentino, desequilíbrio químico), que não discriminam entre os diferentes modelos teóricos utilizados pela prática clínica.

Atkinson et al. (1991 cit in Pistrang & Barker, 1992) investigaram as crenças dos Clientes e terapeutas sobre a etiologia de problemas psicológicos e as suas preferências para determinadas orientações teóricas usadas no aconselhamento. A etiologia das crenças foi medida, de forma empírica, utilizando seis dimensões e as orientações teóricas inerentes ao aconselhamento foram medidas de acordo com Hutchins (1984 cit in Pistrang & Barker, 1992), seguindo o esquema de pensar, sentir e agir. Os resultados evidenciam algumas relações complexas entre crenças e preferências dos Clientes e terapeutas. Por exemplo, a satisfação dos Clientes com o aconselhamento esteve associada à sua percepção, embora não real, à semelhança da etiologia das crenças do terapeuta. No entanto, as medidas, tantos dos primeiros autores como as dos segundos, não correspondem directamente às orientações actuais na prática de aconselhamento.

Pistrang e Barker (1992) investigam as crenças dos Clientes relativamente às causas e tratamento/resolução dos problemas psicológicos, com suporte no questionário construído pelos próprios autores, *Opinion about Psychological Problems* (OPP). O questionário está dividido em duas partes, centradas na etiologia (de que forma os sujeitos vêem as causas dos seus problemas) e tratamento (de que forma esses problemas podem

ser resolvidos), cada uma delas contemplando 7 subescalas referentes a diferentes orientações teóricas, nomeadamente: psicodinâmica, humanista, comportamental, cognitiva, orgânica, socioeconómica e naive.

Os resultados da análise acerca das causas dos problemas demonstram que a maioria dos Clientes concorda com as quatro orientações teóricas de carácter psicológico (comportamental, cognitiva, humanista e psicodinâmica) e com orientações do senso comum (*naive*), desvalorizando os modelos socioeconómicos e orgânicos. Relativamente ao tratamento, os sujeitos preferiam as dimensões cognitiva e humanista, discordando mais uma vez da dimensão socioeconómica e orgânica. Quanto às diferenças individuais nas crenças, Pistrang & Barker (1992) indicam que sujeitos com elevado número de sintomas psicológicos apresentam preferência por qualquer tipo de modelo psicológico, tanto para a causa como para o tratamento dos seus problemas. Os resultados indicam que as crenças relativamente às causas e ao tratamento das perturbações estão directamente relacionadas. Nomeadamente, Clientes que percepcionam os seus problemas em termos psicodinâmicos (conflitos inconsciente, problemas da infância, etc.) preferem tratamentos de cariz psicodinâmico, contribuindo para a consistência nas crenças, situação que fundamenta a validade do OPP.

No desenvolvimento de um instrumento para avaliar as crenças causais dos Clientes acerca do seu distúrbio psiquiátrico, Whittle (1996) considera um questionário, desenvolvido por Eisenbruch (1990), que pode ser usado para aceder às crenças dos Clientes sobre as causas dos seus problemas. No entanto, este instrumento foi projectado para ser aplicado a sujeitos provenientes de países não ocidentais, logo não é adequado para os que vivem em culturas ocidentais. Outra limitação diz respeito aos dados utilizados para análise estatística, uma vez que partem de uma vasta amostra de estudantes, em vez de considerar um maior número representativo de leigos. Desta forma, o autor decidiu

desenvolver um *Questionário de Crença Causal* (CBQ) mais apropriado aos indivíduos ocidentais com itens que reflectem as abordagens teóricas actuais, que são mais susceptíveis de abranger a diversidade de perspectivas dos Clientes face ao atendimento dos serviços psiquiátricos. Whittle (1996) parte do pressuposto que o público leigo e os próprios Clientes não atribuem a causa do seu problema mental exclusivamente a factores sobrenaturais ou fatalistas, considerando outras explicações naturalistas, explicações familiares, psicológicas, biológicas e sociais. Os resultados dos questionários foram submetidos a uma análise factorial, resultando em quatro factores. O primeiro representa pouco mais de um quinto da variância e é constituído pelos itens que se referem às variáveis psicossociais, principalmente as relacionadas com a educação do Cliente e da natureza das suas relações interpessoais. O segundo factor é constituído pelos itens que dizem respeito a variáveis biológicas. O terceiro factor consiste essencialmente nos itens relativos a elementos estruturais e aos efeitos de crenças culturais. Por último, o quarto factor está associado a variáveis de stress e aos efeitos dos recentes eventos de vida. Os dados obtidos evidenciam que 26,6% dos Clientes indicam uma visão biopsicossocial na causalidade; 45,2% apontam para uma visão psicossocial, sem incluir aspectos biológicos; a percentagem de Clientes que referem uma visão biológica sem a inclusão de uma perspectiva psicossocial é de apenas 7,1%; o stress como factor causal é indicado por 49,6% dos sujeitos. Assim, os resultados sugerem que a maioria dos Clientes tem um conjunto de crenças causais para explicar o início dos seus problemas psiquiátricos. Cerca de um quarto dos sujeitos expressa uma opinião que é, reconhecidamente, biopsicossocial quanto à natureza e causas dos seus problemas. Uma pequena minoria manifesta uma visão completamente orgânica e quase metade indica uma visão essencialmente psicossocial. Mais uma vez, metade da amostra referencia, como responsáveis pelos seus problemas, as situações stressantes. Quase um sexto dos Clientes não atingiu o nível de significância

necessário para se enquadrar num dos quatro factores. As pontuações médias globais das crenças biológicas e estruturais foram semelhantes entre si e significativamente inferiores à média geral das crenças psicossociais.

O *Questionário de Razões para Depressão* (QRD) (Addis et al., 1995 cit in Ratan-Khalsa, McCarthy, Sharpless, Barrett, & Barber, 2011) avalia a compreensão subjectiva do paciente sobre as causas da sua depressão, incluindo factores de carácter, conquista, intimidade, conflitos interpessoais, existenciais, dificuldades na infância, problemas físicos e factores de relacionamento (Adis et al., 1995 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011). No estudo de crenças sobre as causas e preferências de tratamento para a depressão de Ratan-Khalsa et al. (2011) utilizam uma versão mais curta deste instrumento (Leykin, DeRubeis, Shelton et al., 2007 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011), que inclui 13 itens a partir do QRD original com um item adicional ("Eu nasci para ser como sou"). Antes da atribuição do tratamento, os pacientes são solicitados a avaliar o quanto acreditam que cada item é responsável pela sua depressão através de escala de Likert de quatro valores (0=definitivamente sem razão; 1=provavelmente sem razão; 2=provavelmente com razão; 3=definitivamente com razão). A análise factorial resultou em quatro factores que explicam 53% da variância entre os itens: relacionamento (α=0.90), infância (α=0.74), carácter (α=0.67) e factores biológicos (α=0.53). Dois itens foram excluídos uma vez que agrupam mais de um factor com menos do que a diferença recomendada de 0,1 entre o maior e o segundo maior factor (Swisher, Beckstead, & Bebeau, 2004 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011). Leykin e colaboradores (Leykin, DeRubeis, Shelton et al., 2007 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011) descobrem que esses dois itens formam um quinto factor, factor de intimidade, mas a análise factorial de Ratan-Khalsa et al., 2011) não o sustenta.

O *Questionário de Atitudes e Expectativas* (adaptado de Elkin et al., 1985; Sholomskas, 1990 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011) é uma medida válida das atitudes dos

pacientes relativamente a diferentes tipos de tratamento e intervenções. Para os autores, dois itens desta medida despoletaram interesse. O primeiro refere-se à avaliação das preferências de tratamento e tem o formato dicotómico, forçando a escolha entre a preferência por psicoterapia ou medicação ("Em relação ao tratamento da depressão, prefiro receber a) tratamento medicamentoso ou b) terapia falada"). O outro item é usado como medida da prévia experiência em tratamento, sendo que os pacientes são solicitados a indicar o número de vezes submetidos a psicoterapia, anteriormente ("Quantas vezes já fez psicoterapia / aconselhamento para o ajudar com os seus problemas?") e, de forma distinta, o número de vezes sujeito a medicação antidepressiva ("Quantas vezes usou medicação para o ajudar nos seus problemas?"). Os resultados de Ratan-Khalsa et al., (2011) na relação entre crenças sobre as causas e preferências de tratamento para a depressão suportam a ideia de que os pacientes que preferem a medicação e aqueles que preferem a psicoterapia diferem no seu sistema de crenças sobre as causas da depressão. A informação obtida indica que as crenças sobre as causas da doença mental afectam a preferência para um tipo de tratamento e há alguma evidência de que quando a etiologia das crenças é congruente com uma lógica de tratamento, o tratamento é avaliado como mais útil (Iselin & Adis, 2003 cit in Ratan-Khalsa et al., 2011). Obviamente, pode não existir compatibilidade entre as crenças sobre as causas da própria depressão e preferências para um tipo específico de tratamento. Por exemplo, o Cliente pode crer que a sua depressão tem uma causa biológica mas ter receio dos efeitos colaterais das terapias medicamentosas, consequentemente, prefere a psicoterapia.

Contudo, os pacientes que atribuem razões da infância para a depressão preferem a psicoterapia em relação a medicação. Os resultados demonstram que, ao contrário do esperado, os pacientes deprimidos que se apoiam em causas biológicas, preferem a psicoterapia ao invés da medicação. Talvez porque há causas biológicas para a depressão

que podem ser tratadas por medicamentos (como desequilíbrio bioquímico), enquanto outras causas biológicas (tais como contribuições genéticas) não são tratadas de tal forma. De facto, quando examinamos preferências de tratamento relacionadas com itens bioquímicos, o teste de significância fornece algumas evidências de que os factores bioquímicos como um todo não estão associados com algum tipo de preferência para determinado tratamento. Contrariamente ao previsto, os sujeitos que preferem a psicoterapia não atribuem maior relação entre carácter e causas de depressão do que aqueles que preferem a medicação. Os autores do estudo indicam uma possível explicação que considera que os pacientes podem ter uma visão estereotipada da psicoterapia em que a infância do paciente é o único foco e que actuais relações e formas de pensar são ignoradas. Também é possível que os pacientes simplesmente não sintam que as causas da depressão são passíveis de mudança. Note-se que o estudo não recolheu informações detalhadas sobre o que os pacientes esperam da psicoterapia. Finalmente, como esperado, os pacientes que indicam as crenças mais complexas sobre as causas da depressão, preferem a psicoterapia em detrimento da medicação. Pessoas que acreditam que a sua depressão tem uma etiologia complexa podem ser menos propensas a crer que os problemas subjacentes não podem ser resolvidos apenas com medicação. O estudo apresenta limitações e deve ser analisado de forma cautelosa uma vez que, na análise factorial da RFD, três das quatro subescalas apresentaram valores baixos nos *alphas*.

1.3.1.2.1 OPP. Pistrang & Barker (1992).

Na literatura, o trabalho de Pistrang & Barker (1992) sobre as crenças relativas aos problemas psicológicos é, frequentemente, referenciado. Os autores sugerem vários motivos para explorar as crenças dos Clientes sobre os problemas psicológicos. Enfatizam que os Clientes podem apresentar melhorias com abordagens terapêuticas congruentes com

as suas crenças. Além disso, os terapeutas que estão cientes das diferenças individuais e que estão atentos à forma como os Clientes explicam os seus problemas psicológicos podem ser capazes de desenvolver planos de tratamento mais eficazes.

O facto de o Cliente exteriorizar as suas percepções acerca do problema, os factores que lhe parecem estar associados, as causas que identifica como inerentes e as soluções que considera mais ajustadas, provocam um sentimento de integração que possibilita um maior envolvimento do sujeito no processo psicoterapêutico.

Pistrang & Barker (1992) apontam para a necessidade de estudar a forma como os sujeitos vêem os seus problemas de saúde mental por três motivos: (1) os Clientes podem ser melhor sucedidos em processos terapêuticos que sejam congruentes com as suas crenças (Atkinson et al., 1991 cit in Pistrang & Barker, 1992). Por exemplo, Clientes que acreditam que o melhor tratamento para si envolve a exploração de sentimentos reprimidos deverão ser melhor sucedidos com pressupostos psicodinâmicos ou humanistas; (2) o conhecimento acerca das diferenças individuais na forma como as pessoas explicam os seus problemas pode ajudar no desenvolvimento de intervenções adequadas a diferentes subculturas e (3) tal conhecimento pode ajudar no planeamento de programas de educação para a saúde mental, nos quais é fundamental começar pelo entendimento das crenças da população alvo.

O estudo de Pistrang & Barker (1992) investiga as crenças dos Clientes relativamente às causas e tratamento/resolução dos problemas psicológicos, com base no questionário construído pelos próprios autores, *The Opinion about Psychological Problems* (OPP). O questionário está dividido em duas partes, centradas na etiologia (de que forma os sujeitos vêem as causas dos seus problemas) e tratamento (de que forma esses problemas podem ser resolvidos), cada uma delas contemplando 7 subescalas referentes a

diferentes orientações teóricas, nomeadamente: psicodinâmica, humanista, comportamental, cognitiva, orgânica, socioeconómica e *naive*.

Os resultados da análise acerca das causas dos problemas demonstram que a maioria dos Clientes concorda com as quatro orientações teóricas de carácter psicológico (comportamental, cognitiva, humanista e psicodinâmica) e com orientações do senso comum (*naive*), desvalorizando as dimensões socioeconómicas e orgânicas. Relativamente ao tratamento, os sujeitos preferiam as dimensões cognitivas e humanistas, discordando mais uma vez das socioeconómicas e orgânicas. Relativamente às diferenças individuais nas crenças, Pistrang & Barker (1992) indicam que sujeitos com elevado número de sintomas psicológicos apresentam preferência por qualquer tipo de modelo psicológico, tanto para a causa, como para o tratamento dos seus problemas. Os resultados indicam que as crenças relativamente às causas e ao tratamento das perturbações estão directamente relacionadas. Nomeadamente, Clientes que percepcionam os seus problemas em termos psicodinâmicos (conflitos inconscientes, problemas da infância, etc.) preferem tratamentos de cariz psicodinâmico, contribuindo para a consistência nas crenças, situação que fundamenta a validade do OPP.

O quadro de preferências dos sujeitos justifica a relevância da adopção de intervenções ecléticas dado que crenças dos Clientes também parecem ser ecléticas, provocando diversidade de sistemas culturais. Pistrang & Barker (1992) sugerem a utilização do seu instrumento, OPP, com o propósito de adaptar o tratamento às crenças dos sujeitos e, consequentemente, conhecer os benefícios dessa adaptação no processo terapêutico em si e nos resultados.

A compreensão das causas percebidas pelos Clientes como responsáveis pelos seus problemas psicológicos pode contribuir para conhecer o motivo e o momento em que se procura ajuda. As crenças implícitas dos sujeitos acerca da doença mental parece orientar

atitudes e comportamentos sociais em relação aos que manifestam psicopatologia, sendo que essas atitudes e comportamentos podem promover ou dificultar a procura de ajuda profissional para a resolução do problema psicológico. As crenças culturais relacionadas com a etiologia da doença mental são preditivas dos conceitos de perturbação e as causas percebidas dos sintomas psicológicos têm impacto em todas as fases do processo de tratamento, desde a procura inicial de ajuda até à adesão ao próprio tratamento (Chen & Mak, 2008). Portanto, a forma como os sujeitos avaliam os seus problemas psicológicos é determinante na procura de tratamento e dos profissionais de saúde mental e na aceitação das orientações do mesmo tratamento (Sheikh & Furnham, 2000 cit in Mathews, 2008). Fica clara a relevância das crenças do Cliente, enquanto característica individual, justificando a investigação não só ao nível da sua compreensão e impacto mas também na busca de um instrumento de avaliação que considere as crenças relativas às causas dos problemas psicológicos, permitindo o desenvolvimento de estratégias de tratamento mais eficazes.

1.3.1.3 Responsabilidade do Cliente na causa do problema e mudança.

A prática clínica é regularmente determinada pelos pressupostos teóricos em relação às atribuições dos terapeutas sobre a responsabilidade do Cliente para a causa do problema e mudança terapêutica, apoiando as semelhanças e diferenças da orientação teórica.

De acordo com os pressupostos apresentados pelas abordagens clássicas em psicoterapia (biomédica, psicodinâmica, humanista, cognitivo-comportamental) importa referir a perspectiva sobre a responsabilidade do Cliente nas causas do problema psicológico e na mudança psicoterapêutica. No modelo Biomédico o terapeuta/médico assume toda a responsabilidade pela estruturação do processo terapêutico. Existe uma

tendência para atribuir a responsabilidade pelos acontecimentos a factores externos, neste caso, bioquímicos. Verifica-se a desvalorização social típica dos modelos mais orgânicos. No entanto, tendem a valorizar as questões espirituais, sentindo uma forte ligação com a natureza e o universo como um todo. No Psicodinâmico, a responsabilidade é atribuída a factores externos, neste caso aspectos inconscientes e reprimidos ou experiências precoces. As questões espirituais e religiosas e a procura de um sentido para a vida caracterizam também os sujeitos com uma concepção psicodinâmica. O Humanista postula que o principal responsável pelos comportamentos é o próprio indivíduo, já que cada um tem a possibilidade de tomar decisões e escolher o que faz. O Cognitivo-comportamental, caracteriza-se por indivíduos com um *locus* de controlo interno, que aceitam a responsabilidade pelos seus próprios comportamentos e que são auto-suficientes. Estas características colidem com os pressupostos da orientação cognitivo-comportamental mais rígida e com protocolos comportamentais que anulam a autonomia e responsabilidade individuais, atribuindo ao meio, às aprendizagens e às representações a grande responsabilidade comportamental. Tendem a atribuir a responsabilidade pelos acontecimentos a factores externos, como as aprendizagens, as consequências comportamentais e as representações mentais. Os aspectos espirituais, religiosos e de harmonia cósmica poderão também ser alguns desses factores, uma vez que são característica dos indivíduos com esta concepção do desenvolvimento.

Govern, Newman & Kopta (1986) efectuam um estudo sobre a relação entre os pressupostos teóricos, orientação psicoterapêutica e as atribuições dos clínicos na responsabilidade dos pacientes face às causas e sobre o respectivo tratamento. Participaram clínicos com orientação psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sistémica (familiar) e eclética. Os clínicos que seguem orientação psicodinâmica divergem dos outros grupos teóricos principalmente pelo facto de atribuírem níveis inferiores de responsabilidade ao

Cliente, não só para a causa do problema, mas também relativamente ao seu papel na mudança. As outras três orientações aproximam-se. Em termos de implicações clínicas da atribuição de responsabilidade aos pacientes, observam-se relações significativas com os custos estimados dos tratamentos recomendados, áreas de foco conceptual e tipos de intervenção propostos. A avaliação das atribuições de responsabilidade para a causa do problema e resultado do tratamento é indicada como uma área de elevado interesse para a investigação do processo terapêutico.

As tendências negativas das atribuições dos clínicos têm impacto nas práticas e pareceres. Numa tentativa recente de entender o processo atribucional, os autores fazem a distinção entre a atribuição de responsabilidade para a causa do problema e atribuição de responsabilidade para a solução do problema. Consideram que essas atribuições operam de forma implícita em todos os pareceres clínicos e estratégias de tratamento. Colocam a hipótese de que o modelo de responsabilidade do clínico é uma atribuição teórica que complementa ou substitui o seu modelo psicoterapêutico. Considerando dois terapeutas hipotéticos, aderindo estritamente às suas respectivas e aparentemente distintas orientações, um puro terapeuta comportamental e um puro terapeuta biológico vão aproximar-se, com base nas atribuições de responsabilidade para as causas e soluções. O comportamental responde com a história prévia individual de reforço e o terapeuta biológico responde com a anomalia genética ou bioquímica individual. As duas orientações concedem a ausência de responsabilidade relativamente à causa do problema.

As duas orientações também atribuem pouca responsabilidade para as soluções. O comportamental proporciona novas contingências contextuais para o paciente e o terapeuta biológico dá um regime farmacológico ao paciente. A abordagem existencial e a psicodinâmica enfatizam o determinismo psíquico dos acontecimentos passados como a

causa da psicopatologia individual e ambas vêm o paciente como sendo responsável por alterar o impacto destes acontecimentos passados.

Terapeutas do modelo sistémico (familiar) observam de forma semelhante a responsabilidade relativamente à causa do problema, mas sustentam a ideia de menor responsabilidade quanto à solução, quando enfatizam a partilha dessa responsabilidade com os membros da família.

Os terapeutas que seguem o modelo cognitivo-comportamental realçam a interacção entre o ambiente e as crenças do paciente como a causa do problema e usam técnicas direccionadas para a auto-eficácia com o intuito de identificar a responsabilidade pela mudança com o paciente. A terapia centrada no Cliente e a auto-ajuda valorizam a liberdade de construir a sua vida e os seus problemas, sendo que o tratamento consiste em criar a consciência dessa mesma liberdade. Estas duas abordagens atribuem elevada responsabilidade ao paciente pelas causas e pela solução do problema.

As atribuições sobre a responsabilidade acerca da causa do problema e respectivo tratamento conduzem ao diagnóstico do próprio problema, objectivos, opções, duração do tratamento e os papéis esperados do clínico e do paciente neste processo. As abordagens que atribuem baixos níveis de responsabilidade aos pacientes (e.g. comportamental) tendem a ter estratégias direccionadas que oferecem tratamentos concentrados, de curta duração. Orientações que enfatizam a responsabilidade do paciente pela mudança fornecem tratamentos menos direccionados e de longa duração. A variação da duração e custo podem ser mais elevados se o paciente usa a terapia para a solução do problema. O estudo investiga os aspectos comuns dos vários modelos de psicoterapia, usando a análise teórica proposta por Brickman et al. (1982) para avaliar as atribuições dos clínicos sobre a responsabilidade do paciente na causa do problema e resultados do tratamento. O maior

objectivo é examinar as implicações do esquema atribucional para a conceptualização das interacções terapêuticas, intervenções seleccionadas e para os custos do tratamento.

Terapeutas da corrente cognitivo-comportamental, eclética e sistémica (familiar) aproximam-se em relação aos seus esquemas atribucionais. O modelo cognitivo-comportamental talvez seja o mais próximo da sua posição hipotética, sobretudo no que se refere às atribuições da responsabilidade do paciente na mudança. Estes terapeutas atribuem, ao Cliente, maior responsabilidade para o problema. Isto pode reflectir a tendência desta orientação teórica para se afastar de um modelo comportamental relativamente às experiências de aprendizagem incorrectas, quando comparada com a cognitiva. Deste modo, considera a forma como cada indivíduo compreende o mundo irracional, representando uma mudança na valorização do papel dos pacientes na causa dos problemas. A abordagem sistémica (familiar) está também próxima das suas atribuições hipotéticas sobre a responsabilidade do paciente no tratamento. Porém, realça a posição do Cliente na responsabilidade do problema.

Para o grupo eclético ainda não foi possível confirmar a hipótese do seu alinhamento com o modelo subjacente. No entanto, os dados sugerem que os terapeutas ecléticos atribuem níveis de responsabilidade superiores na causa do problema e na solução, com grande variação na dimensão da responsabilidade pela mudança. Apesar de tudo, a variação na dimensão da responsabilidade para a causa indica que esta orientação teórica é mais consolidada do que previamente se pensava. De longe, o grupo psicodinâmico é o mais divergente face às hipóteses do seu respectivo modelo.

1.4 O Instrumento

A procura de entendimento e de conhecimento acerca do mundo faz com que os sujeitos cheguem à psicoterapia com crenças relativas à natureza e às causas dos seus problemas psicológicos (Claiborn, Ward & Strong, 1981). As variáveis do Cliente chegam mesmo a ser apontadas como a dimensão mais poderosa na determinação da eficácia do tratamento psicoterapêutico (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Nguyen et al., 2007), sugerindo que essas características são capazes de predizer os resultados terapêuticos. Diversos estudos apontam para o impacto das variáveis individuais no processo e resultados terapêuticos, designadamente no que diz respeito à avaliação (Furnham et al., 2000; Adewuya et al., 2007), à elaboração do plano terapêutico (Miller, 1991) e à escolha do tratamento (Gaither et al., 2001 cit in Figueiras et al., 2008); ao término precoce da terapia (Rokeach, 1973 cit in Guest & Beutler, 1988); à satisfação (Atkinson et al., 1991; Mellot et al., 1999); à procura de ajuda (Jack & Williams, 1991 cit in Whittle, 1996; Wong et al., 2010); à adesão (Chakraborty et al., 2009); ao abandono (Swift & Callahan, 2009) e ao sucesso e eficácia (Furnham & Wardley, 1990; Pistrang & Barker, 1992; Beutler & Bergan, 1991 cit in Mellot et al., 1999; Glass et al., 2001 cit in Swift & Callahan, 2009; Constantino et al., 2011).

Nos últimos anos, existe um particular interesse pelas crenças implícitas do Cliente acerca das causas dos seus problemas psicológicos. Esta variável, intimamente relacionada com a cultura do sujeito, parece ser determinante em psicoterapia. Recentemente, as crenças culturais sobre a etiologia da doença mental são apontadas como preditivas dos conceitos de perturbação, sendo que as causas percebidas dos sintomas psicológicos têm impacto em todas as fases do processo de tratamento, desde a procura inicial de ajuda até à adesão ao próprio tratamento (Chen & Mak, 2008).

Beutler & Bergan (1991 cit in Lee & Bishop, 2001) referem que as diferenças nos sistemas de crenças entre Cliente e terapeuta podem comprometer o processo terapêutico e os seus resultados. Posto isto, a utilização de uma técnica em detrimento de outra, a escolha entre um ou outro modelo, não deve ser dissociada do sistema de crenças do Cliente (e não apenas do sistema de crenças do terapeuta). Com a evidência do impacto das variáveis individuais do Cliente na eficácia do processo e nos resultados psicoterapêuticos, foram surgindo diferentes modelos teóricos que visam dar resposta às necessidades específicas (teóricas e práticas) na escolha do tratamento adequado para cada paciente. A exploração individual de cada orientação teórica permite compreender as causas subjacentes aos problemas psicológicos dos sujeitos, que demonstram preferência por determinada orientação. Esta compreensão tem como base a análise das crenças individuais relacionadas com cada orientação, sendo que a compreensão das causas atribuídas aos problemas psicológicos permitem, ao terapeuta, antecipar e compreender as experiências individuais do sujeito, compreender e antecipar o problema em causa e formular o plano terapêutico (Miller, 1991). Segundo Pistrang & Barker (1992), os modelos profissionais são úteis para examinar a visão leiga acerca das causas dos problemas psicológicos e os Clientes tendem a concordar com alguns dos principais modelos psicológicos (comportamentais, cognitivos, psicodinâmicos e humanistas) e desvalorizar os modelos biológicos. Estes dados são congruentes com as conclusões de Mellot e colaboradores (1999), que indicam a preferência dos sujeitos por abordagens que se apoiam nos modelos tradicionais de psicoterapia (e.g. humanista, cognitivo, comportamental, psicodinâmico).

Tabela 2. Impacto das variáveis individuais no processo e resultado terapêuticos

Domínio	Unidade de análise	Conclusões	Autores
Preferências	Cliente	Sucesso terapêutico não está relacionado com inclusão de preferências do Cliente	Rosen, 1967 cit in Swift & Callahan, 2009
		Relação positiva entre preferências do Cliente, modelo terapêutico aplicado e o seu impacto nos resultados	Glass et al., 2001 cit in Swift & Callahan, 2009
		Melhores resultados terapêuticos e menor abandono nos sujeitos que recebem tratamento de acordo com as suas preferências	Swift & Callahan, 2009
Valores	Terapeuta/Cliente	Término precoce da terapia associado a diferenças de valores entre terapeuta e Cliente	Rokeach, 1973 cit in Guest & Beutler, 1988
		Valores similares entre terapeuta e Cliente potenciam os resultados terapêuticos, embora o contrário também possa ter impacto positivo	Beutler & Bergan, 1991 cit in Mellot et al., 1999
Atribuições	Cliente	Resultados terapêuticos afectados pelas atribuições dos sintomas depressivos e acontecimentos de vida stressantes a causas incontroláveis	Firth & Brewin, 1982 cit in Whitle, 1996
		Sujeitos ansiosos que atribuem os seus sintomas a características negativas da personalidade tendem a agravar o problema e induzir mais ansiedade	Brewin & Antaki, 1988 cit in Whitle, 1996
		Eficácia dos programas de tratamento do alcoolismo potenciada com a análise das atribuições causais do Cliente	Furnham & Wardley, 1990
		As atribuições dos sujeitos, com base nas suas crenças, permitem identificar a tendência ou preferência para determinada orientação em relação às causas e tratamento, auxiliando a elaboração do plano terapêutico	Miller, 1991
	Terapeuta/Cliente	Procura de ajuda em situações de crise determinada pela similaridade de atitudes e atribuições entre Cliente e terapeuta	Jack & Williams, 1991 cit in Whittle, 1996

Domínio	Unidade de análise	Conclusões	Autores
Orientação	Terapeuta/Cliente	Relações terapêuticas mais produtivas quando terapeuta e Cliente partilham a mesma orientação	Hutchins, 1984
Crenças	Terapeuta/Cliente	Sistema de crenças é preditivo da credibilidade do terapeuta e da satisfação do Cliente com a terapia	Atkinson et al., 1991
		Resultados terapêuticos mais positivos quando as técnicas são congruentes com crenças dos Clientes	Pistrang & Barker, 1992
		Satisfação dos Clientes com terapia, percepção sobre o tratamento ou resultados terapêuticos não parecem ser afectados pela congruência entre as crenças do terapeuta e do Cliente	Mellot et al., 1999
		As crenças dos Clientes sobre a resolução de problemas psicológicos são consideradas uma mais-valia pois indicam os aspectos que devem ser explorados pelos clínicos	Furnham et al., 2000
	Cliente	Crenças podem influenciar a escolha do tratamento	Gaither et al., 2001 cit in Figueiras et al., 2008
		Partilha de crenças sobre as causas da doença mental pode ser útil na avaliação e ajudar o paciente a procurar comportamentos mais adaptativos	Adewuya et al., 2007
		Crenças culturais sobre a etiologia da doença mental são preditivas dos conceitos de perturbação e as causas percebidas dos sintomas psicológicos têm impacto em todas as fases do processo de tratamento, desde a procura inicial de ajuda até à adesão ao próprio tratamento	Chen & Mak, 2008
		Sistema de crenças parece ser um dos aspectos mais preponderantes na adesão a um tratamento	Chakraborty et al., 2009
		Relações entre crenças sobre a depressão, aculturação dos valores asiáticos e a procura de ajuda profissional	Wong et al.,2010
Expectativas	Cliente	Sucesso terapêutico pode estar associado às expectativas de resultado do Cliente	Constantino et al., 2011

Em função dos pressupostos referidos anteriormente relativamente às diferenças nos sistemas conceptuais da realidade do funcionamento psicológico e dos problemas psicológicos em geral, quer no terapeuta, quer no Cliente, bem como da importância das crenças implícitas no processo e resultado terapêuticos, é de grande interesse a compreensão, por parte do terapeuta, das representações que o Cliente faz do seu problema. Esta posição remete-nos para a relevância de um instrumento válido na avaliação desta variável do Cliente.

Dado que não se verifica, na literatura, estrutura factorial adequada para outras culturas do *Opinion about Psychological Problems* (OPP) e o estudo dos próprios autores, Pistrang & Barker (1992) refere limitações de factores devido ao inventário ser aplicado numa amostra clínica, tornou-se pertinente desenvolver um instrumento válido para a população portuguesa, caso se verificasse a replicação destes resultados no presente estudo. Assim, surge o *Inventário de Crenças Implícitas acerca das Causas dos Problemas Psicológicos* (ICIPP; Moreira & Cardoso, 2009) que, no caso de o OPP se revelar uma boa medida das crenças acerca das causas dos problemas psicológicos (para a população portuguesa), deve ser usado na avaliação da validade concorrente, entre os dois instrumentos.

O ICIPP avalia as crenças implícitas do Cliente a partir das principais abordagens ao funcionamento e mudança em psicoterapia.

1.4.1 Concepção biomédica.

Para a concepção biomédica o funcionamento humano depende das funções biológicas e dos processos bioquímicos. Os comportamentos são determinados essencialmente pelos substratos biológicos e por esses processos bioquímicos. A

personalidade desenvolve-se a partir do impacto das experiências do sujeito nas estruturas biológicas e nos processos bioquímicos envolvidos nos comportamentos.

Os comportamentos problemáticos devem-se à desregulação dos processos bioquímicos do organismo. Os principais responsáveis pelos comportamentos são as características genéticas, as funções biológicas, os processos bioquímicos e o respectivo impacto das experiências do sujeito. Os comportamentos mudam quando se conseguem alterar os processos bioquímicos (através de medicamentos) (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

1.4.2 Concepção psicodinâmica.

A concepção psicodinâmica do desenvolvimento considera que o funcionamento humano depende das dinâmicas entre várias forças (desejos, pensamentos, emoções, impulsos) e da forma como o indivíduo resolve os conflitos entre as várias forças. Os comportamentos são essencialmente determinados pela forma como resolvemos esses conflitos, sendo que a maneira como resolvemos situações conflituosas no passado influencia comportamentos presentes, mesmo inconscientemente. A personalidade desenvolve-se a partir das experiências precoces, principalmente com as figuras mais próximas, e dos conflitos que daí resultam e que se manifestam no presente. Ao longo do seu desenvolvimento (principalmente nos primeiros anos de vida) os indivíduos deparam-se com múltiplos conflitos (conflitos entre os desejos do indivíduo e o que é permitido pela sociedade). Por isso, o sujeito desenvolve mecanismos de defesa que impedem que os impulsos e os desejos sejam expressos de forma inadequada. Esses mecanismos de defesa mantêm esses impulsos e desejos inconscientes, de forma a proteger o indivíduo de consequências negativas que aconteceriam se concretizasse esses mesmos impulsos ou desejos de uma forma inaceitável para a sociedade.

Para a concepção psicodinâmica os comportamentos problemáticos surgem quando os aspectos inconscientes de experiências passadas influenciam os comportamentos presentes dos sujeitos. O principal responsável pelos comportamentos é a experiência de infância, principalmente com as figuras mais próximas (Karon & Widener, 1995; Binder, Strupp & Henry, 1995).

1.4.3 Concepção humanista.

A concepção humanista considera que o ser humano tem uma tendência natural para a auto-realização e para a satisfação das necessidades nos diferentes níveis do seu funcionamento. Os comportamentos são essencialmente determinados pelas tentativas do sujeito na satisfação das suas necessidades (biológicas, psicológicas, sociais, de realização) e no alcance do seu potencial. A personalidade forma-se à medida que o indivíduo constrói a sua identidade, o seu "eu" e a sua estrutura como indivíduo, a partir das experiências que vai tendo diariamente e que vai integrando (de forma mais ou menos harmoniosa) na sua identidade.

Nesta concepção, os comportamentos problemáticos resultam do facto de o indivíduo não conseguir integrar todas as suas experiências de forma harmoniosa relativamente à ideia que tem de si, uma vez que são vistas como uma ameaça ao valor do indivíduo. O principal responsável pelo comportamento é o próprio sujeito pois cada um tem a possibilidade de tomar decisões e escolher o que faz. Os comportamentos mudam quando são proporcionadas, ao indivíduo, as condições necessárias para se realizar, sendo que o próprio assume a responsabilidade pelos comportamentos, integrando todos os elementos da sua experiência de forma harmoniosa (Prochaska & Norcross, 1994).

1.4.4 Concepção cognitivo-comportamental.

Segundo a concepção cognitivo-comportamental, o ser humano rege-se, a si e aos seus comportamentos, mais pela percepção que tem da realidade (das situações, dos acontecimentos) do que pela realidade em si mesma. Os comportamentos dos sujeitos são, de igual forma, mais determinados pela percepção que têm da realidade do que pela própria realidade. A personalidade desenvolve-se à medida que vai construindo representações da realidade, através das interacções com os outros e através das consequências (mais ou menos agradáveis) que os comportamentos têm; a personalidade de cada indivíduo depende das suas experiências.

Os comportamentos problemáticos resultam, assim, das representações distorcidas e inadequadas que o sujeito constrói sobre a realidade, influenciando o seu comportamento em diversas situações. Os principais responsáveis pelos comportamentos são o meio que envolve o sujeito, as aprendizagens e as representações que o indivíduo constrói acerca da realidade. Os comportamentos mudam quando o sujeito percebe as percepções distorcidas que tem sobre a realidade e quando altera os pensamentos que estão a provocar os comportamentos problemáticos (Meichenbaum, 1995; Dobson & Shaw, 1995; Beck & Weishaar, 2000).

1.4.5 Concepção sistémica.

Para a concepção sistémica do desenvolvimento, o ser humano depende das interacções que tem com os outros, principalmente as figuras mais próximas, como a família. Os comportamentos são determinados pela estrutura da família do sujeito e pelas relações estabelecidas com os respectivos membros. A personalidade do indivíduo

desenvolve-se em larga medida em função das interacções que tem com os outros, relacionando-se com os seus comportamentos e com as dinâmicas da família.

Nesta orientação, os comportamentos problemáticos resultam do mau funcionamento da família e das relações inadequadas entre os membros da família. Os principais responsáveis pelos comportamentos são essas relações entre membros da família, a estrutura e dinâmica familiares. Os comportamentos mudam quando as relações entre os membros da família mudam e se tornam mais ajustados (Prochaska & Norcross, 1994; Lazarus, 2000; Goldenberg, 2000).

1.4.6 Concepção eclética.

A orientação eclética defende que o ser humano resulta das interacções entre várias dimensões, como a biológica, interpessoal, cognitiva, emocional, e dos contextos em que se desenvolve. Os comportamentos são fundamentalmente determinados pelas interacções entre as funções biológicas, sensações, aprendizagens, emoções, cognições e relações interpessoais. A personalidade desenvolve-se a partir da relação entre as características genéticas, dos processos bioquímicos, dos contextos que envolvem o sujeito, das relações e interacções com os outros e das respectivas aprendizagens.

Para a concepção eclética, os comportamentos problemáticos resultam de problemas em algum dos domínios de funcionamento: ao nível dos processos bioquímicos, ao nível das relações que o sujeito mantém com os outros, ao nível das aprendizagens que vai efectuando, ao nível de pensamentos desajustados ou ao nível das emoções. A responsabilidade é dividida entre indivíduo e sociedade (acontecimentos sócio-culturais, políticos e macro-económicos). Os comportamentos mudam quando os aspectos problemáticos de cada indivíduo são explorados (para diferentes sujeitos, diferentes

mecanismos de mudança do comportamento) (Prochaska & Norcross, 1994; Goldfried & Norcross, 1995; Beutler, Consoli & Williams, 1995).

Tabela 3. Crenças implícitas na mudança e factores psicológicos no ICIPP

	Comportamentos Problemáticos	Causas	Mudança
Biomédico	Desregulação de Processos Bioquímicos	Características genéticas Funções Biológicas Processos Bioquímicos Experiências associadas	Alteração Processos Bioquímicos (medicamentos)
Psicodinâmico	Aspectos inconscientes/ influência negativa experiências passadas	Experiências infância/ figuras próximas	Resolução conflitos inconscientes
Humanista	Incapacidade integração harmoniosa experiências	Tomada Decisões Escolhas Próprias	Condições Necessárias Realização Assunção Responsabilidade Integração harmoniosa
Cognitivo-Comportamental	Representações distorcidas / Inadequadas	Meio Aprendizagem Representações	Alteração pensamentos
Sistémico	Família disfuncional Relações familiares inadequadas	Estrutura / Dinâmica / Relações Familiares	Ajuste Relações Familiares
Eclético	Disfunção Domínio Funcionamento (Processos Bioquímicos, Relações, Aprendizagens, Pensamentos, Emoções)	Indivíduo / Sociedade (factores socio-culturais, políticos e macro-económicos)	Ajuste Domínio Funcionamento (diferentes indivíduos/diferentes mecanismos mudança)

Foram utilizados os diversos contributos das principais abordagens psicoterapêuticas na elaboração dos 74 itens da versão experimental do ICIPP. Foi pedido a 16 estudantes do mestrado em psicologia clínica e a 137 leigos para verificarem se os itens eram suficientemente perceptíveis – reflexão falada. Dos 74 itens iniciais, ficaram apenas 52 itens, sendo que seis se referem ao contacto prévio com tratamentos de saúde

mental, enquanto os restantes representam as principais dimensões psicológicas. Estes últimos foram submetidos a 3 juízes (licenciados em psicologia clínica). Foi pedido para assinalar qual o modelo teórico de psicoterapia (biomédico, psicodinâmico, humanista, cognitivo-comportamental, sistémico e eclético) representativo de cada afirmação, sendo que também foi disponibilizada ao juízes uma descrição sumária de cada um dos modelos. A versão actual do ICIPP foi alcançada pela inclusão de apenas 23 itens (excluindo aqueles que se referem ao contacto prévio com tratamentos de saúde mental) que obtiveram consenso entre juízes.

Metodologia

O presente trabalho de investigação tenciona avaliar as características psicométricas da versão portuguesa e experimental do *The Opinion about Psychological Problems* (Barker, Pistrang & Shapiro, 1983) e, de igual forma, avaliar as características psicométricas do *Inventário de Crenças acerca das Causas dos Problemas Psicológicos* (Moreira & Cardoso, 2009), sendo, por isso, um estudo instrumental de acordo com a tipologia de Montero & León (2007).

2.1 Participantes

Utilizámos uma amostra de conveniência e de efeito bola de neve com alunos de uma universidade privada do Porto que, aleatoriamente, contactaram outros indivíduos.

A amostra foi constituída por 545 sujeitos, com idades compreendidas entre os 16 e os 82 anos (M=32.22; SD=12.01). Da amostra global, 161 sujeitos (29,54%) possuem menos de 25 anos, 327 indivíduos (60%) possuem idades compreendidas entre os 25 e os 50 e 57 sujeitos (10,46%) têm idade superior a 50 anos. Dos 545 participantes, residentes na zona Norte e Centro do País (Portugal), 385 (70,64%) são do género feminino e 160 (29,36%) do masculino.

Tabela 4. Características Sociodemográficas da amostra

Características Sociodemográficas						
Género		Idade	Habilitações			Total
Feminino	Masculino	16 – 82 anos	≤ 3º Ciclo	Secundário	≥ Bacharelato	
70,6% (n = 385)	29,4% (n = 160)	M = 32.22 SD = 12.01	20,7% (n = 113)	41,1% (n = 224)	37,6% (n = 205)	545

No que diz respeito às habilitações literárias, importa referir que 17 sujeitos referem ter completado o 1º ciclo (3,12%), 25 (4,59%) o 2º ciclo, 71 (13,03%) o 3º ciclo, 224 (41,10%) o ensino secundário, 5 (0,92%) o bacharelato, 193 (35,41%) a licenciatura e 7 (1,28%) o mestrado. Da amostra global, 151 (28%) são alunos de psicologia, 21 (4%) são psicólogos e maioritariamente, ou seja, 373 (68%) não estão familiarizados com os conceitos envolvidos nesta investigação.

Note-se que foi ainda considerado o contacto prévio com tratamentos de saúde mental. De acordo com a informação recolhida, perante um problema psicológico, 164 sujeitos (30%) indicam já ter consultado um psicólogo, 100 (18%) um psiquiatra e 122 (22%) o médico de família. Apenas 47 (9%) referem já ter efectuado psicoterapia e 174 (32%) já ter feito terapia medicamentosa para problemas psicológicos (e.g. ansiolíticos, antidepressivos).

Tabela 5. Contacto prévio com tratamentos de saúde mental

Contacto prévio com tratamentos de saúde mental				
Consultou psicólogo	Consultou psiquiatra	Consultou médico família	Fez psicoterapia	Utilizou medicação
30,4%	18.5%	22,6%	8,7%	32,2%
(n = 164)	(n = 100)	(n = 122)	(n = 47)	(n = 174)

2.2 Instrumentos

*Crenças ou opiniões do Cliente***.** Foi utilizada a versão portuguesa e experimental do *The Opinion about Psychological Problems* (Barker, Pistrang & Shapiro, 1983), que avalia as crenças dos clientes acerca das causas e tratamento dos seus problemas psicológicos, através de 94 itens, divididos em duas partes: uma primeira parte centrada nas diferentes crenças/ opiniões acerca das causas dos problemas psicológicos, constituída por 47 itens, e uma segunda parte centrada nas diferentes crenças/ opiniões acerca do que pode ajudar na resolução dos problemas psicológicos, composta igualmente por 47 itens, com formato escala de Likert (-3=Discordo completamente, -2=Discordo moderadamente, -1=Discordo um pouco, +1=Concordo um pouco, +2=Concordo moderadamente e +3=Completamente de acordo). O OPP tem 7 escalas em cada uma das duas partes: Psicodinâmica, Humanista/ Interpessoal, Comportamental, Cognitiva, Orgânica, Socioeconómica e *Naive*. A escala Psicodinâmica avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios das teorias psicodinâmicas (i.e. a personalidade humana é determinada por energias psíquicas e experiências precoces) e é constituída por 7 itens na parte 1 e 6 itens na parte 2. A escala Humanista/Interpessoal avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios das teorias humanistas (i.e., orientação para a relação, auto-aceitação, auto-actualização) e é constituída por 8 itens na parte 1 e 7 itens na parte 2. A escala Comportamental avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios das teorias comportamentais (i.e., comportamentos aprendidos e tratamento focado na aquisição de novas competências) e é constituída por 6 itens na parte 1 e 6 itens na parte 2. A escala Cognitiva avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos

problemas psicológicos nos princípios das teorias cognitivas (i.e., foco nos pensamentos e crenças, a terapia ajuda o Cliente a pensar de forma mais racional) e é constituída por 8 itens na parte 1 e 7 itens na parte 2. A escala Orgânica avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios das teorias orgânicas (problemas psicológicos determinados por causas orgânicas e tratamento baseado em medicação) e é constituída por 5 itens na parte 1 e 5 itens na parte 2. A escala Socioeconómica avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios das teorias socioeconómicas (i.e., as causas dos problemas incluem factores como rendimento monetário e condições de habitabilidade e o tratamento foca-se na melhoria dos factores socioeconómicos) e é constituída por 6 itens na parte 1 e 6 itens na parte 2. A escala *Naive* avalia a tendência dos sujeitos para basearem as suas crenças relativamente às causas e tratamento dos problemas psicológicos nos princípios do senso comum (i.e., os problemas são causados por factores tais como falta força interior ou preguiça e o tratamento centra-se na aceitação dos problemas de forma optimista) e é constituída por 7 itens na parte 1 e 10 itens na parte 2. As tabelas apresentam as escalas e respectivos itens das duas partes constituintes do OPP.

Tabela 6. Escalas e itens da parte 1 do OPP

Parte 1. Etiologia dos problemas psicológicos	
Psicodinâmica	Sentimentos que estão escondidos.
	Coisas que aconteceram na infância.
	Repetir padrões antigos nas relações com outras pessoas.
	Reprimir impulsos básicos do ser humano.
	Sentimentos conflituosos acerca dos meus pais de quando eu era novo(a).
	Conflitos na minha mente inconsciente.
	Uma consciência que não me deixa em paz.
Humanista/Interpessoal	As outras pessoas não me aceitarem como sou.
	Esconder os sentimentos dos amigos ou da família.
	Não dar atenção aos meus sentimentos.
	Não me aceitar como sou.
	Não gostar de mim mesmo.
	Não compreender o que realmente se passa dentro de mim.
	Não ser sincero comigo mesmo.
	Relações insatisfatórias com as outras pessoas.
Comportamental	Ficar demasiado ansioso em determinadas situações.
	Ter aprendido maus hábitos ao longo dos anos.
	Ter aprendido reacções erradas a determinadas situações.
	Recompensas ou punições recebidas no passado.
	Não ter aprendido as formas adequadas de lidar com determinadas situações.
	Ter aprendido com alguém formas erradas de fazer as coisas.
Cognitiva	Crenças ilógicas.
	Preocupar-me demasiado com o que as pessoas pensam de mim.
	Exagerar na importância das coisas que acontecem.
	Ser duro(a) comigo mesmo(a).
	Não ter uma visão realista das coisas boas e das coisas más que aconteceram.
	Pensamentos irrealistas.
	Ter expectativas irrealistas.
	Deitar-me abaixo por tudo e por nada.

Parte 1. Etiologia dos problemas psicológicos	
Orgânica	Um problema no cérebro ou no sistema nervoso.
	Uma causa física hereditária.
	Doença, como gripe ou constipação
	Alguma coisa de errado com o meu corpo.
	Um desequilíbrio de químicos no meu corpo.
Social/Económica	Desemprego ou um trabalho insatisfatório.
	Falta de dinheiro.
	Meios de transporte insatisfatórios.
	Insatisfação com a comunidade em que vivo.
	O estado da economia.
	Más condições de habitação.
Naive	Fugir das responsabilidades.
	Pensar demasiado acerca de mim mesmo.
	Falta de força de vontade.
	Preguiça.
	As outras pessoas serem insensatas.
	Pouca sorte ou destino.
	É impossível explicar a causa dos meus problemas.

Tabela 7. Escalas e itens da parte 2 do OPP

Parte 2. Tratamento dos Problemas Psicológicos	
Psicodinâmica	Compreender o papel da minha infância nas origens dos meus problemas.
	Ter um especialista dizendo-me o significado acerca dos meus sonhos e fantasias.
	Falar com um especialista acerca da relação que eu tinha com os meus pais quando era novo.
	Ter um especialista a analisar as razões inconscientes que me levam a fazer as coisas.
	Perceber como eu repito padrões antigos de comportamento nas relações com as outras pessoas.
	Compreender sentimentos e impulsos de que eu não tenho consciência.
Humanista/Interpessoal	Prestar atenção aos meus sentimentos.
	Discutir os problemas com alguém de uma forma honesta e frente a frente.
	Ter alguém a ouvir os meus problemas sem dar conselhos.
	Aprender a aceitar-me como sou.
	Descobrir como realmente me sinto por dentro.
	Falar dos meus sentimentos com alguém em quem eu confio.
	Falar com alguém que ouça atentamente o que eu tenho para dizer.
Comportamental	Ter um especialista a ensinar-me melhores formas de reagir a determinadas situações.
	Analisar, com um especialista, que situações tornam os problemas melhores ou piores.
	Aprender as competências necessárias para lidar com situações difíceis.
	Resolver os problemas de uma forma planeada passo a passo.
	Ter um especialista a ensinar-me estratégias específicas para mudar os meus comportamentos.
	Ouvir as pessoas a dizer que eu estou a fazer bem as coisas ou que estou a esforçar-me.
Cognitiva	Ter um especialista a mostrar-me como pensar de uma forma mais lógica.
	Preocupar-me menos com o que as outras pessoas pensam de mim.
	Aprender com um especialista a mudar a forma como encaro os problemas.
	Aprender a pensar mais realisticamente.
	Aprender a ver os problemas de outra forma.
	Aprender a ser menos duro comigo mesmo.
	Ter um especialista a mostrar-me como a forma como eu penso acerca de mim mesmo(a) pode estar, por vezes, errada.

Parte 2. Tratamento dos Problemas Psicológicos	
Orgânica	Tomar comprimidos para regular o meu humor. Tomar medicação. Fazer um tratamento médico para equilibrar os químicos do meu corpo. Tomar comprimidos. Sentir-me em boa forma física e saudável.
Social/Económica	Melhores condições de habitação. Melhoria na economia. Viver numa zona ou numa comunidade melhor. Ter um trabalho satisfatório. Melhores meios de transporte. Ter mais dinheiro.
Naive	Ter uma atitude de valorizar o que tenho, em vez de olhar para os aspectos negativos das coisas. Aprender a viver com os problemas em vez de os tentar mudar. Não estar sempre a pensar nos meus problemas. Pôr as minhas emoções negativas de lado, de forma a sentir-me melhor. Mudar as outras pessoas, em vez de me mudar a mim mesmo. Manter-me confiante. Manter-me ocupado para não pensar nos problemas. “Não me deixar ir abaixo”. Ter força de vontade para ultrapassar os problemas. Não há nada que possa ser feito para resolver os meus problemas.

Crenças Implícitas do Cliente. A variável crenças implícitas do Cliente foi avaliada utilizando a versão experimental do *Inventário de Crenças Implícitas acerca das Causas dos Problemas Psicológicos* do Cliente (ICIPP; Moreira & Cardoso, 2009). O ICIPP avalia a concepção dos sujeitos acerca do funcionamento humano e as crenças implícitas acerca das causas dos seus problemas psicológicos, subjacentes ao processo de mudança. O instrumento é constituído por 23 itens, com formato de escala Likert (0=Discordo Completamente; 1=Discordo; 2=Não Concordo Nem Discordo; 3=Concordo; 4=Concordo completamente). O ICIPP é constituído por 6 escalas: Psicodinâmica, Cognitivo-Comportamental, Humanista, Sistémica, Biomédica e Eclética. A escala Psicodinâmica avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias psicodinâmicas e é constituída por 2 itens. A escala Cognitivo-Comportamental avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias cognitivo-comportamentais e é constituída por 4 itens. A escala Humanista avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias humanistas e é constituída por 4 itens. A escala Sistémica avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias sistémicas e é constituída por 5 itens. A escala Biomédica avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias biomédicas e é constituída por 3 itens. A escala Eclética avalia a tendência dos sujeitos para uma concepção teórica enquadrada nas teorias ecléticas e é constituída por 5 itens.

O ICIPP comporta a avaliação de três domínios de funcionamento humano, relacionadas com a concepção do desenvolvimento, com a concepção da psicopatologia e com a concepção da mudança. A tabela apresenta os itens constituintes de cada concepção teórica, nos diferentes domínios de funcionamento.

Tabela 8. Dimensões avaliadas pelo ICIPP. Itens

Biomédico	Os problemas psicológicos das pessoas devem-se essencialmente ao funcionamento do cérebro
	O meu cérebro é o principal responsável por eu ser como sou
	As pessoas conseguem mudar os seus comportamentos se alterarem o que se passa no cérebro (por exemplo através de medicamentos)
Psicodinâmico	Se soubesse porque tenho determinados comportamentos, conseguiria mudá-los
	Se tivesse consciência do que está a influenciar os meus comportamentos, conseguiria mudá-los
Humanista	As pessoas só não mudam se não quiserem
	Eu sou o(a) principal responsável por ser como sou
	Cada um toma as decisões que quer
	Cada pessoa dá o rumo que quer à sua vida
Cognitivo-comportamental	Se pensasse de forma diferente, teria comportamentos diferentes
	Se os meus comportamentos tivessem tido outras consequências, eu seria diferente como pessoa
	Não se consegue mudar um comportamento sem se mudar a perspectiva que se tem das coisas
	Conseguiria mudar os meus comportamentos se conseguisse ver as coisas de outra forma
Sistémico	As características da minha família são o que mais influenciou a minha maneira de ser
	Os meus comportamentos são essencialmente determinados pelas características da minha família
	O que mais influenciou a minha maneira de ser foram as relações com os membros da família
	Os meus comportamentos são essencialmente determinados pelas relações que tenho com os membros da minha família
	As características da minha família são as principais responsáveis por eu ser como sou
Eclético	Há quase sempre várias formas de explicar os comportamentos das pessoas
	Compreendemos melhor as situações quando as analisamos de diferentes perspectivas
	A causa dos problemas psicológicos é diferente de pessoa para pessoa
	Há várias formas de explicar porque é que as pessoas têm problemas psicológicos
	Há várias formas de conseguir mudar os comportamentos

O ICIPP inclui ainda 6 itens que não pretendem avaliar objectivamente as crenças implícitas nas causas dos problemas psicológicos, mas antes o grau de satisfação com os serviços de saúde existentes que procuram dar resposta a problemas psicológicos, a saber: "Se tivesse um familiar ou amigo com um problema psicológico, recomendar-lhe-ia que procurasse a ajuda de um psicólogo"; "Se tivesse um familiar ou amigo com um problema psicológico, recomendar-lhe-ia que procurasse a ajuda de um psiquiatra"; "Se tivesse um familiar ou amigo com um problema psicológico, recomendar-lhe-ia que procurasse a ajuda do médico de família"; "Se tiver algum problema psicológico procurarei a ajuda de um psicólogo"; "Se tiver algum problema psicológico procurarei a ajuda de um psiquiatra"; "Se tiver algum problema psicológico procurarei a ajuda do médico de família".

2.3 Procedimentos

2.3.1 Recolha de dados.

Os dados foram recolhidos junto de sujeitos voluntários, que após conhecimento dos objectivos e propósitos da investigação, aceitaram participar na mesma. Desta forma, foram-lhes entregues os instrumentos a preencher, os quais foram posteriormente devolvidos em envelope fechado.

Ressaltando a importância dos aspectos éticos envolvidos em qualquer investigação, foi esclarecido a todos os participantes a não obrigatoriedade de participação, os objectivos do estudo e o sigilo de nomes, salvaguardando assim a confidencialidade de todos os participantes e de toda a informação por eles fornecida.

2.3.2 Análise de dados.

Na análise de dados utilizou-se o *SPSS* para Windows, versão 17.0. Para a avaliação da estrutura factorial exploratória procedeu-se à extracção dos componentes principais sem forças (*Rotação Varimax).* Posteriormente, os itens do ICIPP foram submetidos a uma análise factorial confirmatória (utilizando-se o *AMOS* versão 18.0). O ajustamento das escalas foi avaliado utilizando vários índices, incluindo o teste de Qui-Quadrado (χ^2), o *Root-Mean Square Error Approximation* (RMSEA) (Hu & Bentler, 1999), o *Goodness of Fit Index* (GFI) (Joreskog & Sorbom, 1989), o *Comparative Fit Index* (CFI) (Bentler, 1990) e o Tucker and Lewis Index (TLI) (Tucker & Lewis, 1973). Valores não significativos de χ^2 indicam um bom ajustamento das escalas. Quando o valor de χ^2 é significativo, característica de grandes amostras, consideram-se vários indicadores. Os valores de GFI, CFI, e TLI variam entre 0 e 1, em que 1 indica um ajustamento perfeito, valores próximos de 0.90 são considerados satisfatórios para GFI e valores próximos de 0.95 são considerados satisfatórios para os índices CFI e TLI (Byrne, 2001). Valores iguais ou inferiores a 0.05 de RMSEA são indicadores de um bom ajustamento, valores entre 0.08 e 0.10 levam a considerar a escala como medíocre e valores superiores a 0.10 indicam um mau ajustamento da dimensão (*idem).*

Resultados

Os resultados referem-se à avaliação das características psicométricas dos dois instrumentos sobre as crenças dos Clientes acerca das causas dos problemas psicológicos: 1) *Opinion about Psichological Problems* (OPP) e 2) *Inventário de Crenças acerca das Causas de Problemas Psicológicos* (ICIPP).

1) OPP

   a) análise factorial exploratória

2) ICIPP

   a) análise factorial exploratória

   b) análise confirmatória

   c) diferenças entre grupos

3.1 OPP

3.1.1 Análise factorial exploratória do OPP.

Tabela 9. Resultados análise factorial do OPP. Parte 1 (causas)

Resultados análise factorial OPP (*Rotação Varimax*)							
Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Não gostar de mim mesmo	**0.704**	0.118	0.236	0.134	0.055	0.199	0.081
Deitar-me abaixo por tudo e por nada	**0.654**	0.230	0.153	0.064	0.134	0.296	0.050
Não compreender o que realmente se passa dentro de mim	**0.606**	0.199	0.137	0.331	0.066	0.219	0.063
Alguma coisa de errado com o meu corpo	**0.594**	0.094	0.064	0.262	0.129	0.162	0.261
Não me aceitar como sou	**0.565**	0.346	0.311	0.117	-0.021	0.203	0.016
Não ser sincero comigo mesmo	**0.490**	0.414	0.210	0.226	0.103	0.137	0.041
Más condições de habitação	**0.469**	0.102	0.375	0.087	0.300	-0.011	0.304
Pouca sorte ou destino	**0.449**	0.107	0.180	0.021	0.448	0.041	0.178
É impossível explicar a causa dos meus problemas	**0.405**	0.198	0.053	0.073	0.152	-0.008	0.347
Fugir das responsabilidades	0.212	**0.648**	0.170	0.187	0.073	-0.013	0.340
Não dar atenção aos meus sentimentos	0.178	**0.608**	0.112	0.050	0.241	0.235	0.112
Falta de força de vontade	0.370	**0.584**	0.253	0.042	0.054	0.128	0.058
Reprimir impulsos básicos do ser humano	0.166	**0.561**	0.063	0.325	0.160	0.140	0.275
Repetir padrões antigos nas relações com outras pessoas	0.111	**0.458**	0.337	0.267	0.117	0.256	0.095
Meios de transporte insatisfatórios	0.115	**0.425**	0.193	0.136	0.291	0.052	0.307
Esconder os sentimentos dos amigos ou da família	0.212	**0.410**	0.184	0.148	0.140	0.339	0.132
Preguiça	0.339	**0.407**	0.059	0.237	0.102	-0.027	0.053
Não ter aprendido as formas adequadas de lidar com determinadas situações	0.338	**0.366**	0.200	0.313	0.245	0.161	-0.132
Ser duro(a) comigo mesmo(a)	0.167	**0.365**	0.142	0.099	0.313	0.365	-0.163
Coisas que aconteceram na infância	0.101	0.185	**0.669**	0.045	0.086	0.124	0.158
Sentimentos conflituosos acerca dos meus pais de quando eu era novo(a)	0.349	0.163	**0.615**	0.222	0.069	0.053	0.021
Ter aprendido com alguém formas erradas de fazer as coisas	0.300	0.229	**0.611**	0.243	0.317	-0.013	0.067
As outras pessoas não me aceitarem como sou	0.224	-0.022	**0.563**	0.125	0.036	0.321	0.126
Ter aprendido maus hábitos ao longo dos anos	0.047	0.426	**0.525**	0.185	0.046	0.010	0.258
Relações insatisfatórias com as outras pessoas	0.345	0.224	**0.470**	0.190	0.314	0.097	-0.079
Insatisfação com a comunidade em que vivo	0.232	0.255	**0.441**	0.093	0.311	0.095	0.181
Crenças ilógicas	0.025	0.081	**0.431**	0.362	-0.036	0.243	0.251
Pensamentos irrealistas	0.236	0.226	0.122	**0.663**	0.232	0.057	0.205
Conflitos na minha mente inconsciente	0.346	0.151	0.185	**0.599**	0.041	0.234	0.129
Uma consciência que não me deixa em paz	0.338	0.187	0.212	**0.531**	0.148	0.112	0.009
Ter expectativas irrealistas	0.449	0.239	0.200	**0.491**	0.189	0.079	0.094
Recompensas ou punições recebidas no passado	0.185	0.199	0.408	**0.465**	0.211	0.062	0.148
Ter aprendido reacções erradas a determinadas situações	0.016	0.370	0.351	**0.417**	0.256	0.209	-0.144
Não ter uma visão realista das coisas boas e das coisas más que aconteceram	0.312	0.309	0.178	**0.367**	0.154	0.139	0.255
O estado da economia	-0.006	0.010	-0.060	0.318	**0.710**	0.001	0.129
Falta de dinheiro	0.078	0.256	0.136	-0.009	**0.590**	0.130	0.155
As outras pessoas serem insensatas	0.272	0.173	0.152	0.106	**0.568**	0.152	0.025
Doença, como gripe ou constipação	0.105	0.116	0.168	0.315	**0.439**	-0.058	0.366
Desemprego ou um trabalho insatisfatório	0.099	0.197	0.186	-0.069	**0.371**	0.221	0.363

Resultados análise factorial OPP (*Rotação Varimax*)							
Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Ficar demasiado ansioso em determinadas situações	0.061	0.099	0.052	0.040	0.004	**0.656**	0.161
Preocupar-me demasiado com o que as pessoas pensam de mim	0.236	0.128	0.219	0.141	0.004	**0.650**	0.029
Pensar demasiado acerca de mim mesmo	0.146	0.291	0.117	0.309	0.152	**0.442**	-0.020
Sentimentos que estão escondidos	0.003	0.074	0.321	0.367	-0.151	**0.371**	0.152
Um problema no cérebro ou no sistema nervoso	0.094	0.106	0.127	0.093	0.153	0.264	**0.603**
Uma causa física hereditária	0.194	0.299	0.332	0.168	0.130	0.050	**0.579**
Um desequilíbrio de químicos no meu corpo	0.427	0.064	0.293	0.287	0.166	-0.019	**0.435**

A análise factorial da versão portuguesa do OPP demonstrou que o instrumento tem uma estrutura inadequada, como é possível verificar na Tabela 9, situação que inibiu a exploração das características psicométricas do Inventário.

3.2 ICIPP

3.2.1 Análise factorial exploratória ICIPP.

Tabela 10. Resultados análise factorial do ICIPP (*Rotação Varimax*)

Resultados análise factorial do ICIPP (*Rotação Varimax*)						
Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Os meus comportamentos são essencialmente determinados pelas características da minha família	**0.860**	0.035	0.054	0.061	0.023	0.064
O que mais influenciou a minha maneira de ser foram as relações com os membros da família	**0.846**	0.070	0.044	0.085	-0.009	-0.010
Os meus comportamentos são essencialmente determinados pelas relações que tenho com os membros da minha família	**0.812**	-0.083	0.050	0.054	0.086	0.039
As características da minha família são o que mais influenciou a minha maneira de ser	**0.793**	0.188	0.075	0.016	0.039	0.024
As características da minha família são as principais responsáveis por eu ser como sou	**0.728**	0.057	-0.031	0.172	0.093	0.234
Há várias formas de conseguir mudar os comportamentos	-0.036	**0.739**	0.078	0.031	0.119	0.004
Compreendemos melhor as situações quando as analisamos de diferentes perspectivas	0.053	**0.716**	0.062	0.170	0.023	-0.060
Há quase sempre várias formas de explicar os comportamentos das pessoas	0.097	**0.677**	0.040	0.181	0.134	0.021
A causa dos problemas psicológicos é diferente de pessoa para pessoa	0.089	**0.670**	0.048	0.046	0.072	0.017
Há várias formas de explicar porque é que as pessoas têm problemas psicológicos	0.005	**0.660**	0.113	0.351	0.028	-0.034
Cada um toma as decisões que quer	0.044	-0.022	**0.787**	0.014	0.064	-0.006
Cada pessoa dá o rumo que quer à sua vida	0.107	0.047	**0.785**	0.111	0.021	-0.010
Eu so o(a) principal responsável por ser como sou	-0.072	0.083	**0.625**	0.121	-0.083	0.149
As pessoas só não mudam se não quiserem	0.098	0.229	**0.532**	-0.050	0.143	0.079
Se os meus comportamentos tivessem tido outras consequências, eu seria diferente como pessoa	0.154	0.050	-0.018	**0.735**	0.142	0.205
Se pensasse de forma diferente, teria comportamentos diferentes	0.169	0.364	0.002	**0.625**	-0.040	0.028
Conseguiria mudar os meus comportamentos se conseguisse ver as coisas de outra forma	0.042	0.242	0.124	**0.623**	0.361	0.058
Não se consegue mudar um comportamento sem se mudar a perspectiva que se tem das coisas	0.036	0.248	0.202	**0.499**	0.092	-0.177
Se soubesse porque tenho determinados comportamentos, conseguiria mudá-los	0.081	0.174	0.052	0.126	**0.892**	0.076
Se tivesse consciência do que está a influenciar os meus comportamentos, conseguiria mudá-los	0.097	0.141	0.058	0.198	**0.877**	0.079
O meu cérebro é o principal responsável por eu ser como sou	0.151	-0.091	0.181	0.102	0.034	**0.773**
Os problemas psicológicos das pessoas devem-se essencialmente ao funcionamento do cérebro	0.082	-0.017	0.205	-0.070	0.001	**0.768**
As pessoas conseguem mudar os seus comportamentos se alterarem o que se passa no cérebro (por exemplo através de medicamentos)	0.030	0.051	-0.134	0.068	0.107	**0.658**
eigen value	3.424	2.832	2.105	1.905	1.826	1.804
Variância	14,88%	12,31%	9,15%	8,28%	7,94%	7,84%

O factor 1 agrupa os 5 itens associados à escala Sistémica; o factor 2 agrupa os 5 itens da Eclética; o factor 3 agrupa os 4 itens da Humanista; o factor 4 agrupa os 4 itens da Cognitivo-comportamental; o factor 5 agrupa os 2 itens da escala Psicodinâmica e o factor 6 agrupa os 3 itens da Biomédica.

As matrizes de correlação para as seis dimensões podem ser observadas na Tabela 11. A maior correlação verifica-se entre a Eclética e a Cognitivo-comportamental (0.517) e a menor entre a Sistémica e a Humanista (0.133). A escala Biomédica não apresenta correlação com a Eclética (-0.006).

Tabela 11. Correlação entre factores

	Correlação entre factores					
	BIO	DIN	HUM	COG	SIS	ECL
BIO						
DIN	0.154*					
HUM	0.170*	0.149*				
CC	0.131*	0.405*	0.224*			
SIS	0.206*	0.184*	0.133*	0.265*		
ECL	-0.006	0.306*	0.221*	0.517*	0.150*	

* Correlação significativa a 0.01

Nota: BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

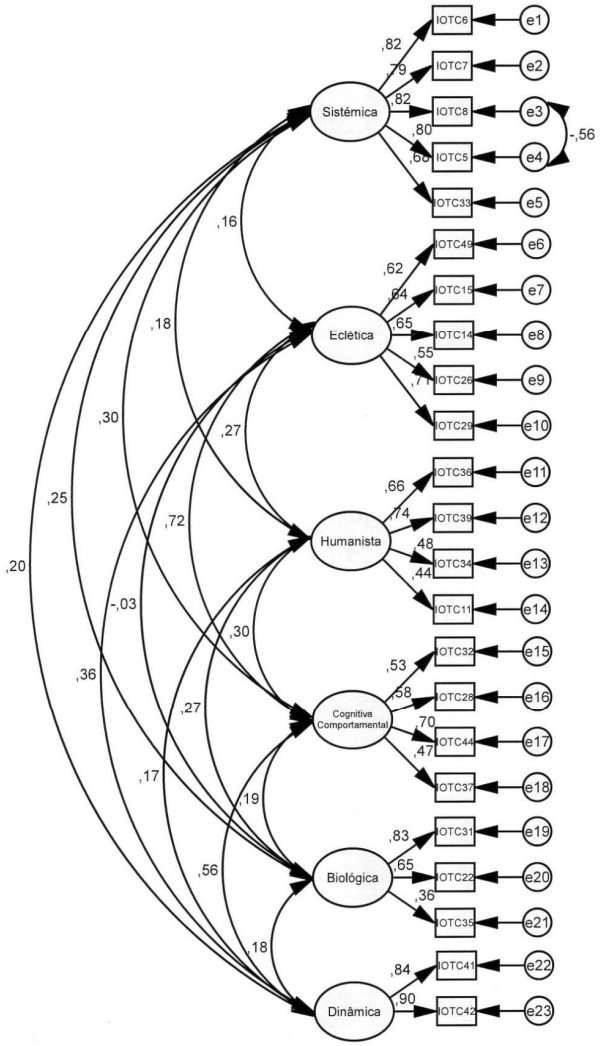
O *alpha* de Cronbach é superior a 0.60 em todos os factores. A escala Psicodinâmica apresenta um *alpha* de 0.86. A escala Cognitivo-comportamental (α=0.79), Eclética (α=0.77) e Sistémica (α=0.75) exibem valores de *alpha* iguais ou superiores a 0.75.

Tabela 12. Consistência interna (*alpha de Cronbach*) para os factores

Factores	α
Biomédico	0.63
Psicodinâmico	0.86
Humanista	0.66
Cognitivo-comportamental	0.79
Sistémico	0.75
Eclético	0.77

3.2.2 Análise Confirmatória.

Figura 2. Ajustamento dos factores subjacentes ao ICIPP



No que diz respeito à análise confirmatória, confirmam-se os factores subjacentes ao instrumento, com df_{M} = 214. De acordo com as medidas estandardizadas, os seis factores correlacionados replicam o modelo de medida de 23 itens, conforme Figura 2. De forma geral, o modelo replica os resultados (χ^2 = 441.25, df = 214, χ^2/df = 2.062, CFI = 0.942, GFI = 0.935, TLI = 0.932, RMSEA = 0.044). Os parâmetros foram estatisticamente significativos com $p < 0.001$.

3.2.3 Diferenças entre grupos.

Tabela 13. Média e desvio padrão entre habilitações literárias no ICIPP

	Média e desvio padrão entre habilitações literárias								
	≤ 3º Ciclo		Secundário		≥ Bacharelato				
ICIPP	(N=113)		(N=224)		(N=205)		df	F	*p*
	M	DP	M	DP	M	DP			
PSIC	5.91	1.62	6.26	1.30	6.57	1.45	3	6.514	0.000*
PSIQ	5.07	2.11	4.89	1.96	4.96	2.14	3	0.409	0.747
MFAM	4.67	2.15	4.41	2.07	3.69	2.16	3	6.539	0.000*
BIO	6.52	2.39	5.72	2.22	5.28	2.29	3	8.159	0.000*
DIN	4.61	1.55	4.84	1.42	5.05	1.42	3	7.103	0.000*
HUM	10.74	2.41	10.25	2.75	10.36	2.69	3	3.132	0.025*
CC	9.97	2.69	10.83	2.06	11.19	1.82	3	9.854	0.000*
SIS	11.69	4.32	11.39	3.97	12.19	3.60	3	2.739	0.043*
ECL	14.28	2.77	15.37	2.29	15.69	2.02	3	9.818	0.000*

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

Constata-se que os sujeitos com maior grau de instrução são os que mais recorrem ao Psicólogo (M=6.57; DP=1.45; *p*=0.000), contrapondo com os que possuem menor grau de instrução, que são os que mais procuram o Médico de família (M=4.67; DP=2.15; *p*=0.000).

Relativamente às escalas, verifica-se que os indivíduos com grau de instrução mais reduzido tendem a enquadrar-se na escala Biomédica (M=6.52; DP=2.39; *p*=0.000). Dos três Grupos, são os sujeitos com maior escolaridade que preferem a escala Psicodinâmica (M=5.05; DP=1.42; *p*=0.000). Com o aumento da escolaridade também aumenta a tendência para a Cognitivo-comportamental (M=11.19; DP=1.82; *p*=0.000) e para a Eclética (M=15.69; DP=2.02; *p*=0.000).

Tabela 14. Média e desvio padrão entre quem é, ou não, estudante de psicologia no ICIPP

Média e desvio padrão entre quem é, ou não, estudante de psicologia							
	Estudante (N=151)		Não Estudante (N=394)		Df	F	*p*
ICIPP	M	DP	M	DP			
PSIC	6.68	1.16	6.15	1.55	543	1.238	0.266
PSIQ	4.63	2.22	5.07	2.00	543	5.536	0.019*
MFAM	3.59	2.14	4.42	2.12	543	0.233	0.630
BIO	5.32	2.29	5.85	2.33	543	0.080	0.777
DIN	4.91	1.43	4.83	1.49	543	0.192	0.661
HUM	10.39	2.62	10.37	2.72	543	1.144	0.285
CC	11.11	1.86	10.64	2.32	543	5.149	0.024*
SIS	11.70	3.86	11.74	3.98	543	0.000	0.990
ECL	15.74	2.04	15.06	2.57	543	2.743	0.098

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

Os não estudantes de psicologia elegem a ajuda do Psiquiatra (M=5.07; DP=2.00; *p*=0.019) quando comparados com os estudantes.

Os estudantes de psicologia pontuam mais na escala Cognitivo-comportamental (M=11.11; DP=1.86; *p*=0.024) em relação aos não estudantes.

Tabela 15. Média e desvio padrão entre géneros no ICIPP

Média e desvio padrão entre géneros							
	Feminino (N=385)		Masculino (N=160)		df	F	*p*
ICIPP	M	DP	M	DP			
PSIC	6.38	1.39	6.09	1.63	543	0.129	0.719
PSIQ	4.88	2.11	5.12	1.96	543	2.435	0.119
MFAM	3.93	2.19	4.83	1.94	543	3.446	0.064
BIO	5.62	2.29	5.93	2.41	543	0.200	0.655
DIN	4.83	1.45	4.91	1.52	543	0.442	0.506
HUM	10.33	2.67	10.47	2.76	543	0.472	0.492
CC	10.92	2.17	10.42	2.28	543	0.137	0.711
SIS	11.77	3.90	11.63	4.04	543	0.001	0.973
ECL	15.42	2.37	14.82	2.60	543	2.352	0.126

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

Conclui-se que as diferenças entre géneros não são estatisticamente significativas (p>0.05).

Tabela 16. Média e desvio padrão entre idades no ICIPP

	Média e desvio padrão entre idades								
	< 30 (N=290)		30 - 50 (N=198)		> 50 (N=55)		Df	F	*p*
ICIPP	M	DP	M	DP	M	DP			
PSIC	6.41	1.46	6.17	1.51	6.28	1.11	3	4.451	0.004*
PSIQ	4.89	2,12	4.92	2.05	5.50	1.72	3	2.763	0.041*
MFAM	4.00	2.17	4.20	2.14	5.28	1.80	3	7.067	0.000*
BIO	5.53	2.16	5.55	2.47	7.28	2.06	3	10.091	0.000*
DIN	4.96	1.47	4.81	1.47	4.5	1.35	3	4.218	0.006*
HUM	10.58	2.59	10.20	2.78	10.15	2.56	3	4.820	0.003*
CC	11.04	1.98	10.60	2.26	10.20	2.61	3	7.033	0.000*
SIS	11.72	3.97	11.68	3.71	12.12	4.41	3	1.363	0.253
ECL	15.43	2.29	15.19	2.42	14.75	2.53	3	8.319	0.000*

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

Em relação à idade, são os mais jovens os que estão mais receptivos a consultar o Psicólogo (M=6.41; DP=1.46; *p*=0.004). Os mais velhos tendem a preferir o Psiquiatra (M=5.50; DP=1.72; *p*=0.041) e o Médico de Família (M=5.28; DP=1.80; *p*=0.000).

Os mais jovens têm crenças mais congruentes com a abordagem Psicodinâmica (M=4.96; DP=1.47; *p*=0.006), Humanista (M=10.58; DP=2.59; p=0.003), Cognitivo-comportamental (M=11.04; DP=1.98; *p*=0.000) e Eclética (M=15.43; DP=2.29; *p*=0.000). Os mais velhos têm crenças mais congruentes com a abordagem Biomédica (M=7.28; DP=2.06; *p*=0.000).

Tabela 17. Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, medicação para problemas psicológicos no ICIPP

Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, medicação para problemas psicológicos							
	Fez medicação (N=174)		Não fez medicação (N=366)		Df	F	*p*
ICIPP	M	DP	M	DP			
PSIC	6.34	1.37	6.27	1.53	538	0.901	0.343
PSIQ	5.20	2.13	4.81	2.03	538	0.008	0.928
MFAM	4.20	2.31	4.19	2.09	538	2.788	0.096
BIO	5.97	2.28	5.57	2.35	538	0.588	0.444
DIN	4.90	1.46	4.82	1.49	538	0.647	0.422
HUM	10.59	2.51	10.26	2.78	538	2.328	0.128
CC	11.08	2.13	10.61	2.24	538	0.872	0.351
SIS	11.68	3.94	11.72	3.94	538	0.293	0.589
ECL	15.27	2.63	15.23	2.38	538	0.119	0.731

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre quem fez, ou não, medicação para problemas psicológicos (p>0.05).

Tabela 18. Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, psicoterapia no ICIPP

Média e desvio padrão entre quem fez, ou não, psicoterapia							
	Fez psicoterapia (N=47)		Não fez psicoterapia (N=492)		df	F	*p*
ICIPP	M	D	M	D			
PSIC	6.39	1.61	6.28	1.47	537	0.491	0.484
PSIQ	4.85	2.45	4.97	2.01	537	3.751	0.053
MFAM	4.80	2.16	4.14	2.16	537	0.010	0.922
BIO	5.34	2.42	5.73	2.32	537	0.003	0.957
DIN	5.06	1.65	4.82	1.46	537	1.373	0.242
HUM	10.48	3.08	10.35	2.67	537	0.758	0.384
CC	10.46	2.67	10.78	2.17	537	2.433	0.119
SIS	11.45	4.57	11.74	3.88	537	2.356	0.125
ECL	15.14	3.43	15.25	2.35	537	6.268	0.013*

* Correlação significativa a 0.05

Notas: Contacto prévio com tratamentos de saúde mental - PSIC = Psicólogo; PSIQ = Psiquiatra; MFAM = Médico Família / Escalas - BIO = Biomédico; DIN = Psicodinâmico; HUM = Humanista; CC = Cognitivo-comportamental; SIST = Sistémico; ECL = Eclético

A única diferença estatisticamente significativa refere-se ao resultado que revela que quem não fez psicoterapia tem crenças mais congruentes com a abordagem Eclética (M=15.25; DP=2.35; *p*=0.013).

Discussão de Resultados

A versão portuguesa do *Opinion about Psychological Problems* (OPP; Pistrang & Barker, 1992) demonstrou estrutura factorial desadequada e diferente da versão original. Este resultado pode estar relacionado com diferenças culturais, com a tradução dos itens ou com o facto de não ter sido aplicado em populações clínicas. Consequentemente, deve ser analisado de forma cautelosa. Porém, é importante referir que não existem estudos transculturais de validação do instrumento. Inicialmente, o *Inventário de Crenças Implícitas acerca das Causas dos Problemas Psicológicos* (ICIPP; Moreira & Cardoso, 2009) tinha como objectivo avaliar a validade concorrente entre os dois instrumentos. No entanto, ao contrário do OPP, o ICIPP demonstrou estrutura factorial adequada.

A análise factorial do inventário revelou uma estrutura de seis factores com valores de *alpha* aceitáveis (> 0.60), em todas as escalas subjacentes, obtendo resultados muito positivos em termos de fidelidade. A análise factorial confirmatória do ICIPP valida as escalas subjacentes ao instrumento. O valor não significativo de χ^2 (441.25) indica um bom ajustamento dos factores. Os valores de CFI (0.942), GFI (0.935) e TLI (0.932) consideram-se satisfatórios, uma vez que estão próximos de 0.95. O RMSEA (0,044) revela um bom ajustamento dos factores. Os resultados permitem aferir que o instrumento é válido na avaliação das crenças implícitas do Cliente acerca dos seus problemas psicológicos, representadas pelos principais modelos psicológicos.

Os dados deste estudo diferem da análise de Pistrang & Barker (1992), que indicam um único factor carregado sobre os quatro modelos psicológicos, com o qual as escalas orgânica, socioeconómica e *naive* foram menos correlacionadas, justificando os seus resultados com a indicação de que este factor corresponde ao nível global de cada Cliente (embora possa representar parcialmente um conjunto de respostas). No entanto, salienta-se

que não foi utilizada uma amostra clínica e resultados preliminares de dois estudos, utilizando também o OPP, sugerem uma estrutura mais complexa de factores que podem existir em populações não clínicas (MacCarthy & Wilson, l990; Molloy, 1990).

Descobrimos que, apesar da forte correlação entre factores no ICIPP, os sujeitos apresentam claras discriminações entre as escalas subjacentes, atribuindo diferentes crenças para as causas dos seus problemas psicológicos. Estes dados são consistentes com os resultados encontrados por Pistrang & Barker (1992) que se referem à diversidade de explicações que os Clientes atribuem aos seus problemas, além das evidências empíricas demonstradas pelos autores sobre a tendência para, em relação à causalidade, concordar com alguns dos principais modelos psicológicos (comportamentais, cognitivos, psicodinâmicos e humanistas) e desvalorizar os modelos biológicos. À semelhança do estudo de Pistrang & Barker (1992), os resultados do presente estudo sugerem que os modelos profissionais têm alguma utilidade, como base para examinar a visão leiga acerca das causas dos problemas psicológicos.

O instrumento demonstrou ser sensível às diferenças entre grupos no que se refere às habilitações literárias, ao facto de ser (ou não) estudante de psicologia, à idade e a quem fez, ou não, psicoterapia.

Os resultados que demonstram que os sujeitos com menor grau de instrução procuram mais o Médico de Família e tendem a enquadrar-se na dimensão Biomédica, enquanto os sujeitos com maior escolaridade recorrem mais ao Psicólogo e preferem diferentes dimensões psicológicas na abordagem aos seus problemas, evidenciam o impacto do aumento da alfabetização e educação sobre a causa dos problemas psicológicos e a saúde mental (Adewuya, Roger & Makanjuola, 2007). As diferenças encontradas entre os grupos apontam para a necessidade de incluir a variável das habilitações literárias no processo terapêutico.

Os dados obtidos revelam que os não estudantes de psicologia procuram mais a ajuda do Psiquiatra em relação aos estudantes e que os estudantes de psicologia tendem para abordagens cognitivo-comportamentais nas causas dos seus problemas psicológicos. Os sujeitos estudantes de psicologia parecem valorizar mais aspectos psicológicos, emocionais e relacionais nas causas dos seus problemas, de acordo com a sua formação. Esta conclusão pode ser fundamentada pelo contacto com explicações teóricas sistematizadas para os problemas psicológicos (Boswell, Castonguay & Pincus, 2009), justificando, de igual forma, a tendência dos não estudantes para seleccionar a ajuda mais divulgada e vulgarmente aceite no senso comum.

Relativamente ao género, não encontrámos diferenças entre grupos. Os nossos resultados foram semelhantes aos encontrados por Pistrang & Barker (1992) e Swift & Callahan (2010) e sugerem que o género não é uma variável individual tão determinante que deva ser uma prioridade clínica no processo psicoterapêutico.

Os resultados referentes à idade deixam claro que são os mais jovens os mais propensos a consultar o Psicólogo, contrariando a tendência dos mais velhos que preferem o Psiquiatra e o Médico de Família. Esta conclusão não é surpreendente tendo em conta a evolução da perspectiva sobre os problemas psicológicos e a saúde mental, recentemente, no sentido de uma abordagem mais biopsicossocial. A mesma justificação parece ser consistente com a informação de que os mais jovens possuem crenças mais congruentes com as abordagens psicodinâmicas, humanistas, cognitivo-comportamentais e ecléticas, enquanto as crenças dos mais velhos tendem a ser mais congruentes com as biomédicas. A diversidade de crenças implícitas dos sujeitos e a tendência para diferentes concepções nas causas dos problemas psicológicos levam à conclusão de que diferentes crenças apontam para diferentes modos de intervenção e tratamento, o que sustenta o principal pressuposto

do Modelo de Selecção Sistemática do Tratamento de Beutler & Clarkin (1990 cit in Moreira et al., 2005), ou seja, a adaptação do tratamento às variáveis de cada Cliente.

Indivíduos que referem o contacto prévio com a medicação para problemas psicológicos não revelaram diferenças significativas face àqueles que não usaram este tipo de tratamento. Assim, a medicação não parece afectar as crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos e a preferência por determinada abordagem psicoterapêutica, o que não significa que esta variável individual não tenha impacto na adesão a qualquer tratamento, seja ele medicamentoso ou psicoterapêutico (Chakraborty, Avasthi, Kumar & Grover, 2009).

O resultado que revela que quem não fez psicoterapia tem crenças mais congruentes com a abordagem Eclética é interessante e merece ser explorado futuramente. A informação obtida pode estar associada ao facto de o Cliente, sem a ajuda profissional do terapeuta, não ser capaz de identificar, de forma clara, a causa do seu problema psicológico e, por isso, identificar uma diversidade de causas. Os dados são congruentes com o facto de, em psicoterapia, o sujeito ser orientado para uma compreensão estruturada do seu funcionamento e do seu problema. Por outro lado, pode fortalecer as conclusões de Atkinson e colaboradores (1991) que previnem que, com o tempo (3 sessões), as crenças dos Clientes sobre a causa dos seus problemas psicológicos tornam-se semelhantes às dos terapeutas e, desta forma, considerando a influência do terapeuta, reforçar ainda a importância do facto de grande parte dos terapeutas se considerarem ecléticos (Moreira et al. 2005). Da mesma forma, podem corroborar os resultados de Schulte (2008 cit in Constantino et al., 2011) em como as variáveis individuais relativas às expectativas são influenciadas pelas suas interacções com o terapeuta, pela sua avaliação do tratamento em curso e respectiva eficácia. Posto isto, as crenças do Cliente e a sua orientação podem ser influenciadas pela orientação teórica do terapeuta, que serve de base na compreensão da

natureza humana da mudança, na etiologia e prognóstico do problema, na conceptualização do caso, nos objectivos e técnicas terapêuticos (Poznanski & McLean, 1995 cit in Ogunfowora & Drapeau, 2008), revelando ter um impacto determinante no processo e na mudança psicoterapêutica. Contudo, é necessário considerar que o nosso estudo não controlou a variável clínica de cada sujeito, ou seja, se há presença de psicopatologia e o impacto desta condição nas crenças do sujeito. De igual forma, não foi controlada a orientação teórica do terapeuta e a duração da psicoterapia, nos sujeitos que referem ter estados sujeitos a este tipo de tratamento, pelo que as análises devem ser ponderadas.

As diferenças entre Clientes estão intimamente relacionadas com as suas variáveis individuais, particularmente com as suas crenças. Os resultados deste estudo demonstram que determinadas crenças evidenciam a preferência por uma determinada orientação teórica explicativa das causas dos problemas psicológicos. Tal facto revela-se importante na elaboração do plano psicoterapêutico, no processo e nos resultados, potenciando melhores resultados. Esta informação é sustentada pela investigação recente (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010) que aponta para a importância do papel das variáveis do Cliente e das dimensões interpessoais no processo terapêutico, confirmando que os resultados terapêuticos são mais determinados pelo paciente, terapeuta e factores relacionais, do que propriamente pelo tipo de tratamento (Blatt et al., 2010). Assim, conforme Blatt e colaboradores (2010 cit in Beutler, 2010), a investigação em psicoterapia deve centrar a sua atenção nas variáveis do Cliente, acedendo às características que distinguem os sujeitos, para além das características de diagnóstico. Os resultados deste estudo revelam impacto ao nível da investigação e ao nível da prática clínica, disponibilizando um instrumento adequado na avaliação das crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos.

Os dados obtidos, apontam para a importância de incluir as variáveis individuais do Cliente no processo terapêutico e na investigação em psicoterapia, suportando os estudos que sugerem que a eficácia de um tratamento psicoterapêutico é determinada pelas variáveis que o Cliente possui e traz para a terapia (Beutler & Clarkin, 1990 cit in Nguyen et al., 2007). A investigação e compreensão do processo dinâmico entre terapeuta e Cliente promove a relação terapêutica e permite considerar as crenças de cada sujeito, além da diversidade de variáveis do Cliente que demonstram ser fundamentais em todo o processo (Beutler, 2010). De acordo com Beutler (2010), o passo crucial terá de ser dado por investigadores e profissionais, no sentido de, perante a variedade de construtos e resultados empiricamente validados existentes, determinar quais aqueles que são essenciais na mudança e manutenção dos resultados terapêuticos positivos.

Face aos resultados e respectivas conclusões, é expectável que o terapeuta, na conceptualização do plano terapêutico, considere as crenças implícitas nas causas que os Clientes atribuem aos seus problemas psicológicos, promovendo a eficácia do processo terapêutico, dos resultados e da própria relação terapêutica (e.g., Bonanno & Castonguay, 1994). Esta perspectiva é consistente com os pressupostos das teorias integrativas e ecléticas, que propõem intervenções individualizadas, adaptadas às características específicas de cada sujeito. Para além de outras variáveis individuais, que têm sido exploradas pelos investigadores e profissionais, as crenças implícitas sobre as causas dos problemas psicológicos devem constar de qualquer processo psicoterapêutico.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas com o facto de não ter sido utilizada uma amostra clínica. Não existiu o controlo e inclusão desta condição dos participantes. Consequentemente, futuros estudos deverão avaliar as características psicométricas em populações clínicas.

Futuras investigações

As evidências encontradas entre as crenças implícitas dos Clientes acerca dos seus problemas psicológicos e a tendência para determinados modelos psicoterapêuticos têm implicações para a investigação em psicoterapia. Futuros estudos devem centrar-se na compreensão exaustiva das variáveis de cada Cliente, nomeadamente as crenças implícitas na causalidade dos problemas psicológicos, tendo em conta o seu impacto no processo e resultados terapêuticos. Importa entender em que medida a adaptação do tratamento, de acordo com as causas que o Cliente atribui ao seu problema, beneficia o processo e até que ponto a compatibilidade entre as crenças implícitas sobres as causas dos problemas psicológicos e a escolha das estratégias subjacentes a cada modelo teórico beneficiam o estabelecimento da relação e dos resultados terapêuticos.

Considera-se oportuno que, futuramente, os estudos explorem uma população clínica com o intuito de alcançar as implicações dos resultados na modalidade de tratamento, no modelo terapêutico subjacente à intervenção e a sua compatibilidade com as características do Cliente. De igual forma, perceber até que ponto as crenças implícitas acerca das causas dos problemas psicológicos estão associadas a um determinado quadro clínico e ainda a sua relação com outros construtos, como a personalidade.

Referências Bibliográficas

Adewuya, A. & Makanjuola, R. (2008). Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 43*, 336 – 341. doi:10.1007/s00127-007-0305-x.

Ahles, P. & Contento, J. (2006). Explaining helping behavior in a cooperative learning classroom setting using attribution theory. *Community College Journal of Research and Practice, 30*, 609 - 626.

Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S., Knorring, L. & Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 16*, 268 - 275.

Akehurst, L., Kohnken, G, Vrij, A. & Bull, R. (1996). Lay Persons' and Police Officers' Beliefs Regarding Deceptive Behaviour. *Applied Cognitive Psychology, 10,* 461 - 471.

Álvarez, M., Sass, L. & Montes, J. (2008). More Aristotle, Less DSM: The Ontology of Mental Disorders in Constructivist Perspective. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 15(3),* 211 - 225.

Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality, 11*, 319 - 342.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. USA: APA.

Ando, J., Ono, Y., Yoshimura, K., Onoda, N., Shinohara, M., Kanba, S. & Asai, M. (2002). The Genetic Structure of Cloninger`s Seven-factor Model of Temperament and Character in a Japanese Sample. *Journal of Personality, 70 (5),* 583 – 609.

Angermeyer, M. & Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. *Psychiatric Epidemiology, 34,* 275 – 281.

Arthur, A. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists` choice of theoretical model: a review and analysis. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health, 4(1),* 45 - 64.

Asendorpf, J. (2007). Editorial: Implicit representations and personality. *International Journal of Psychology, 42(3),* 145 - 148.

Atkinson, D., Worthington, R., Dana, D. & Good, G. (1991). Etiology beliefs, preferences for counseling effectiveness. *Journal of Counseling Psychology, 38(3),* 258 - 264.

Auerbach, J. & Blatt, S. (1996). Self-Representation in Severe Psychopathology: The Role of Reflexive Self-Awareness. *Psichoanalytic Psychology, 13(3),* 297 - 341.

Bagby, R., Quilty, L., Segal, Z., McBride, C., Kennedy, S. & Costa Jr, P. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 53,* 361 - 370.

Bagby, R., Quilty, L. & Ryder, A. (2008). Personality and depression. *La Revue Canadienne de Psychiatrie, 53(1),* 14 - 25.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. Psychological Bulletin, 107, 238 – 246.

Beutler, L. (2010). Predictors of sustainaed therapheutic chage: some thoughts about conceptualizations. *Psychotherapy Research, 20(1),* 55 - 59.

Blackwell, L., Thzesniewski, K & Dweck, C. (2007). Implicit Theories of Intelligence Prdict Achievement Across an Adolescent Transition: A Longitudinal Study and an Intervention. *Child Developent, 78(1),* 246 - 263.

Blatt, J. (2009). Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46,* 139 – 144.

Blatt, J., Zuroff, C., Hawley, L. & Auerbach, S. (2010). The impact of the two-configurations model of personality development and psychopathology on psychotherapy research: Rejoinder to Beutler and Wolf`. *Psychotherapy Research,20(1),* 65 - 70.

Blatt, S., Auerbach, J. & Levy, K. (1997). Mental Representations in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Review of General Psychology, 1(4),* 351 - 374.

Boghossian, P. (2006). Behaviorism, Constructivism and Socratic pedagogy. *Educational Philosophy and Theory, 38(6),* 713 - 723.

Bonanno, G. & Castonguay, L. (1994). On balancing approaches to psychotherapy: prescriptive patterns of attention, motivation and personality. *Psychotherapy, 31(4),* 571 - 587.

Bongar, B. & Beutler, L. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychotherapy,* New York: Oxford University Press.

Boswell, J., Castonguay, L. & Pincus, A. (2009). Trainee theoretical orientation: profiles and potential predictors. *Journal of Psychotherapy Integration, 19(3),* 291 - 312.

Bouchard, T. & McGue, M. (2003). Genetic and Environmental influences on human psychological differences. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

Brandstrom, S., Sigvardsson, S., Nylander, P. & Richter, J. (2008). The Swedish Version of the Temperament and Character Inventory (TCI). *European Journal of Psychological Assessment, 24,* 14 - 21.

Bowling, N. (2007). Job performance linked to personality. *Industrial Engineer: IE, 39(7),* 11 - 11.

Byrne, B. M. (2001). SEM with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. New Jersey: Erlbaum.

Castonguay, L. & Beutler, L. (2006). Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 2,* 31 - 38.

Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S. & Grover, S. (2009). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression toward antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Epidem, 44,* 482 - 488. doi:10.1007/s00127-008-0468-0.

Chamorro-Premuzic, T. & Furnham, A. (2003). Personality predicts academic performance: Evidence from two longitudinal university samples. *Journal of Research in Personality, 37(4)*, 319 - 339.

Chamorro-Premuzic, T. & Furnham, A. (2008). Personality, inteligence and approaches to learning as predictors of academic performance. *Personality & Individual Differences, 44(7)*, 1596 - 1603.

Chen, S. & Mak, W. (2008). Seeking Professional help: Etiology beliefs about mental ilness across cultures. *Journal of Counseling Psychology, 55(4)*, 442 – 450.

Claiborn, C., Ward, S. & Strong, S. (1981). Effects of congruence between counselor interpretations and client beliefs. *Journal of Counseling Psychology, 28(2)*, 101 – 109.

Conte, H., Plutchik, R., Buck, L., Picard, L. & Karasu, T. (1991). Interrelations between ego functions and personality traits: their relation to psychotherapy outcome. *American Journal of Personality, 45(1)*, 69 - 77.

Constantino, M., Arnkokk, D., Glass, C., Ametrano, R. & Smith, J. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology, 67(2)*, 1 - 9. doi:10.1002/jclp.20754.

Corsini, R. & Wedding, D. (2000). *Current Psychotherapies (6th ed.)*, Illinois: F.E.Peacock Publishers, Inc.

Coryn, C, Spybrook, J., Evergreen, S. & Blinkiewicz, M. (2009). Development and Evaluation of the Social-Emotional Learning Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1 - 13. doi:10.1177/0734282908328619.

Denzine, G., Cooney, J. & McKenzie, R. (2005). Confirmatory factor analysis of the Teacher Efficacy Scale for prospective teachers. *British Journal of Educational Psychology, 75,* 689 - 708.

Diener, E., Shigero, O. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology, 54,* 403 - 425.

Dijker, A. & Koomen, W. (2003). Extending Weiner`s attribution – emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology, 25(1),* 51 - 68.

Doyne, E., Beutler, L. & Calhoun, J. (1981). The personal reactions inventory: a scale to measure depressive attributions. *Journal of Clinical Psychology, 37(2),* 299 - 307.

Eysenck, H. (1991). Personality, stress, and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquirity, 2(3),* 221 - 232.

Fang, L., Kang, L. & Feng, X. (2009). Applying constructivism to teaching college English writtng. *US-China Foreign Language, 7(12),* 22 - 29.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A. & Rover, G. (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatic, 71,* 200 - 206.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P. & Rovera, G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatic, 72,* 203 - 210.

Feldman, D. & Crandall, C. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology, 26(2),* 137 - 154.

Figueiras, M., Alves, N., Marcelino, D., Cortes, M., Weinman, J. & Horne, R. (2009). Assessing lay beliefs about generic medicines: Development of the generic medicines scale. *Psychology, Health & Medicine, 14(3),* 311 - 321.

Finch, J. & Graziano, W. (2001). Predicting depression from temperament, personality and patterns of social relations. *Journal of Personality, 69(1),* 27 - 55.

Foster, J. (2007). Journeys Through Mental Illness: Clients' experiences and understandings of mental distress. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 8(1),* 74 – 76.

Fox, R. (2001). Constructivism Examined. *Oxford Review if Education, 27(1),* 23 - 35.

Freire, R., Lopes, F., Veras, A., Valença, A., Mezzasalma, M., Nascimento, I. & Nardi, A. (2007). Personality traits spectrum in panic disorder and major depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29(1),* 31 - 34.

Freixanet, M. & Ventura, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire in a general population sample. *Psicothema, 20(2),* 324 - 330.

Frewen, P., Brinker, J., Martin, R. & Dozois, D. (2008). Humor styles and personality-vulnerability to depression. *Humor, 21(2),* 179 - 195.

Friestad, M. & Wright, P. (1995). Persuasion Knowledge: Lay People's and Researchers' Beliefs about the Psychology of Advertising. *Journal of Consumer Research, 22,* 62 - 74.

Frosch, D., Kimmel, S. & Volpp, K. (2008). What Role Do Lay Beliefs About Hypertension Etiology Play in Perceptions of Medication Effectiveness? *Health Psychology, 27(3),* 320 - 326.

Furman, B. & Ahola, T. (1989). Adverse effects of psychotherapeutic beliefs: An application of attribution theory to critical study of psychotherapy. *Family Systems Medicine, 7(2),* 183 – 195.

Furnham, A. & Lee, E. (2005). Lay Beliefs About, and Attitudes Towards, Hypnosis and Hypnotherapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal, 2(3),* 90 - 103.

Furnham A. & Wardley, Z. (1990). Lay theories of psychotherapy: Attitudes toward, beliefs about psychotherapy and therapists. *Journal of Clinical Psychology, 46(6),* 878 – 891.

Furnham A., Ota, H., Tstduro, H. & Koyasu, M.. (2000). Beliefs About Overcoming Psychological Problems Among British and Japanese Students. *The Journal of Social Psychology, 140(1),* 63 – 74.

Garcia, H. & Barbenza, C. (2006). Modelos teóricos de psicoterapia en Argentina: Actitudes y creencias de sus adherentes. *International Journal of Psychology and Psychological Theory, 6(3),* 381 – 396.

Gonçalves, O. (1997). Terapias Cognitivas: teorias e práticas. Porto: Edições Afrontamento.

Gordon, M. (2009). Toward a pragmatic discourse of constructivism: reflections on lessons from practice. *Educational Studies, 45,* 39 - 58.

Grahan, S. (1997). Using Attribution theory to understand social and academic motivation in African American Youth. *Educational Psychologist, 32(1),* 21 - 34.

Green, S., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2008). Client personality characteristics predict satisfaction with cognitive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology, 64(1),* 40 - 51.

Gross, S., Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E. & Cierpka, M. (2008). Changes in mental representations of relational behavior in depressive patients. *Psychotherapy Research, 17(5),* 522-534.

Guest, P. & Beutler, L. (1988). Impact of Psychotherapy supervision on therapist orientation and values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(5),* 653 – 658.

Gutiérrez-Zotes, J., Cortès, M., Valero, J., Peña, J. & Labad, A. (2005). Propriedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI 140) y su relación con las escalas de personalidad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatría, 33,* 231 – 237.

Harris, J. (1994). Perceptions of engineering, nursing and psychology students` personalities. *Canadian Journal of Behavioral Science, 26(4),* 484 - 491.

Hansenne, M., Delhez, M. & Cloninger, R. (2005). Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R) in a Belgian Sample. *Journal of Personality Assessment, 85(1),* 40 - 49.

Haugen, R. & Lund, T. (2000). Achievement Motives, Incentive Values and Attribution. *Scandinavian Journal of Educational Research, 44(4),* 423 - 432.

Heilbrun, A. & Friedberg, E. (1988). Type A personality, self-control and vulnerability to stress. *Journal of personality assessment, 52(3),* 420 - 433.

Hennighausen, K., Hauser, S., Bilings, R., Schultz, L. & Allen, J. (2004). Adolescent Ego-Development Trajectories and Young Adult Relationship Outcomes. *Journal of Early Adolescence, 24(1),* 29 - 44. doi:10.1177/0272431603260920.

Horne, R. & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health, 17(1),* 17 - 32.

House, W. (1981). Outpatients` attributions of the causes of their psychological problems. *The Journal of Psychology. 108,* 81 – 84.

Howard, G. (1991). Culture Tales. A Narrative Approach to Thinking, Cross-Cultural Psychology, and Psychotherapy. *American Psychologist, 46(3),* 187 - 197.

Howard, K. & Orlinsky, D. (1970). Therapist Orientation and Patient Experience in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 17(3),* 263 - 270.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6, 1 – 55.

Huang, C., Lee, L. & Chang, M. (2007). The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality, 35(9),* 1189 - 1210.

Hunter, M. & Barker, G. (1987). If at first…Attribution Theory in the Classroom. *Educational Leadership, 45(2),* 50 – 53.

Hutchins, D. (1984). Improving the counseling relationship. *Personnel and Guidance Journal, 62,* 572 - 575.

Janiri, L., Martinotti, G., Dario, T., Schifano, F. & Bria, P. (2007). The Gamblers Temperament and Character Inventory (TCI) Personality Profile. *Substance Use & Misuse, 42(6),* 975 – 984.

Joreskog, K., & Sorbom, D. (1989). LISREL 7: A guide to the program and applications (2nd ed.). Chicago: SPSS.

Jorm, A., et al. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine, 3,* 12 – 25. Disponível na Internet em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/12>.

Kawanishi, Y. (2004). The Process of Causal Attribution and Interpretation of the Mental Illness by the Patients' Family Members in the United States and Japan. *International Journal of Mental Health, 33(4),* 19 - 37.

Kim, B., Soliz, A., Orellana, B. & Alamila, S. (2009). Latino/a Values Scale. Development, Reliability, and Validity. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42(2),* 71 - 91. Doi:10.1177/0748175609336861.

Kim, N. & Ahn, W. (2002). Clinical Psychologists' Theory-Based Representations of Mental Disorders Predict Their Diagnostic Reasoning and Memory. *Journal of Experimental Psycology: General, 131(4),* 451 - 476. Doi:10.1037//0096-3445.131.4.451.

Kling, K., Ryff, C., Love, G. & Essex, M. (2003). Exploring the influence of personality on depressive symptoms and self-esteem across a significant life transition. *Journal of Personality and Social Psychology, 85(5),* 922 - 932.

Knouse, S. (1989). The role of attribution theory in personnel employment selection: a review of the literature. *The Journal of General Psychology, 116(2),* 183 - 196.

Knudson, M. & Carskadon, T. (1978). Psychotherapy preferences as a function of Ss´s conceptual systems. *Journal of Clinical Psychology, 34*, 748 – 751.

Kopta, S., Newman, F., McGovern, M. & Sandrock, D. (1986). Psychotherapeutic Orientations: A Comparison of Conceptualizations, Interventions, and Treatment Plan Costs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(3),* 369 - 374.

Kose, S. (2003). A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium, 41(2),* 86 - 97.

Kovac, V. & Rise, J. (2008). The role of explicit cognition in addiction: Development of the mental representation scale. *Addiction Research and Theory, 16(6),* 595 - 606.

Kupper, N. & Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment, 80(3),* 265 - 276.

Kuppin, S. & Carpiano, R. (2008). Public Conceptions of Serious Mental Illness and Substance Abuse, Their Causes and Treatments: Findings from the 1996 General Social Survey. *Mental Health Care,* 120 – 125.

Labouvie, E. & McGee, C. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(3),* 289 - 293.

Lafferty, P., Beutler, L. & Crago, M. (1989). Differences Between More and Less Effective Psychotherapists: A Study of Select Therapist Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(1),* 76 - 80.

Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C. & Rossler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand, 108,* 96 – 99.

Lee, B. & Bishop, G. (2001). Chinese client`s belief systems about psychological problems in Singapore. *Counseling Psychology Quarterly, 14(3),* 219 – 240.

Leeson, P., Ciarrochi, J. & Heaven, P. (2008). Cognitive ability, personality and academic performance in adolescence. *Personality & Individual Differences, 45(7),* 630 - 635.

Martin, J. & Sugarman, J. (1997). The social – cognitive construction of psychotherapeutic change: bridging social construccionism and cognitive constructivism. *Review of General Psychology, 1(4),* 375 - 388.

Martinko, M. & Thomson, N. (1998). A synthesis and extension of the Weiner and Kelley attribution models. *Basic and Applied Social Psychology, 20 (4),* 271 – 284.

Mathews, M. (2007). An Investigation of Sigaporean Clergy Treatment Models for Mental Problems. *J Relig Health, 46,* 558 - 570. doi:10.1007/s10943-007-9113-6.

Mathews, M. (2008). Explanatory models for mental illness endorsed by Christian Clergymen: The development and use of an instrument in Singapore. *Mental Health, Religion & Culture, 11(3),* 287 - 300.

Matthews, E. (2009). Against Definition. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 16(1),* 53 - 57.

McAdams, D. & Adler, J. (2006). How does personality develops? In D. Mroczek & T. Little (Eds.), *Handbook of Personality Development* (pp. 469 - 492). London: LEA.

McAdams, D. & Pals, J. (2006). A new Big Five – Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist, 61(3),* 204 - 217.

McGovern, M., Newman, F. & Kopta, S. (1986). Metatheoretical Assumptions and Psychotherapy Orientation: Clinician Attributions of Patients' Problem Causality and Responsibility for Treatment Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4),* 476 - 481.

McLean, K., Pasupathi, M. & Pals, J. (2007). Selves Creating Stories Creating Selves: A Process Model of SelfDdevelopment. *Per Soc Psychol Rev, 11*, 262 - 278. doi:10.1177/1088868307301034.

Mellot, R., Destefano, T., Bloomfield, J. & Kavcic, V. (1999). Relationship Between Counselor and Client Perceptions of Psychological Problems and Counseling Outcomes. *Journal of College Counseling, 2,* 134 – 147.

Miller, T. (1991). The psychotherapeutic utility of the Five-Factor model of personality: a clinician`s experience. *Journal of Personality Assessment, 57(3),* 415 - 433.

Minton, C. & Myers, J. (2008). Cognitive style and Theoretical orientation: Factors affecting intervention style interest and use. *Journal of Mental Health Counseling, 30 (4),* 330 – 344.

Minzi, M. (2004). Subjective and Objective Causality in Science: A topic for Attribution Theory? *Interdisciplinaria, n.esp.*, 149 – 159.

Mokounkolo, R. & Mullet, E. (1999). Lay Beliefs on the nature of health. An English-French Comparison. *Social Behavior and Personality, 27(5),* 439 - 454.

Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3),* 847 - 862.

Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. (2005). *Métodos de Selecção de Tratamento: o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.

Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

Moreira, P. & Cardoso, M. (2009). *Inventário de Crenças Implícitas acerca das Causas dos Problemas Psicológicos*. CIPD: Universidade Lusíada do Porto (documento não publicado).

Muller, S., Weijers, H., Boning, J. & Wiesbeck, G. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol – dependent patients. *Neuropsychobiology, 57*, 159 - 164.

Murphy – Berman, V. & Sharma, R. (2001). Testing the Assumptions of Attribution Theory in India. *Journal of Social Psychology, 126*, 607 – 616.

Najavits, L. (1997). Therapists' implicit theories of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, 1 - 16.

Nguyen, T., Bertoni, M., Charvat, M., Gheytanchi, A. & Beutler, L. (2007). Systematic Treatment Selection (STS): A review and future directions. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 3(1)*, 13 - 29.

Nicoll, A. (1993). Lay health beliefs concerning HIV and AIDS – a barrier for control programmes. *AIDS Care, 5(2)*, 231 – 241.

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde.* Lisboa: Climepsi Editores.

Ogunfowora, B. & Drapeau, M. (2008). A study of the relationship between personality traits and theoretical orientation preferences. *Counseling and Psychotherapy Research, 8(3)*, 151 - 159.

Padilla, A., Wagatsuma, Y. & Lindholm, K. (1985). Acculturation and personality as predictors of stress in Japanese and Japanese – Americans. *The Journal of Social Psychology, 125(3)*, 295 - 305.

Pistrang, N. & Barker, C. (1992). Clients beliefs about psychological problems. *Counseling Psychology Quarterly, 5*, 325 – 337.

Pocheptsova, A. & Novemsky, N. (2009). When Do Incidental Mood Effects Last ? Lay Beliefs versus Actual Effects. *Journal of Consumer Research, 36*, 992 - 1001.

Prochaska, J. & Norcross, J. (1994). *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis (3rd ed.)*, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Raskin, J. (2008). The evolution of constructivism. *Journal of Constructivism Psychology, 21(1)*, 1 - 24.

Raynor, D. & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health, 58(1)*, 73 - 81.

Rose, E., Westefeld, J. & Ansley, T. (2001). Spiritual Issues in Counseling: Clients` Beliefs and Preferences. *Journal of Counseling Psychology, 48 (1)*, 61 – 71. doi:10.10137//0022-0167.48.1.61.

Sato, T. (2005). The Eysenck personality questionnaire brief version: factor structure and reability. *The Journal of Psychology, 139(6)*, 545 - 552.

Scott, P. (1998). Lay beliefs and the management of disease amongst West Indians with diabetes. *Health and Social Care in the Community, 6(6)*, 407 - 419.

Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B. & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality, 76(2)*, 199 - 228.

Sternberg, R. (2000). *Psicologia Cognitiva*, Porto Alegre: Artmed Editora.

Swift, J. & Callahan, J. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65(4)*, 368 - 381.

Swift, J. & Callahan, J. (2010). A Comparison of Client Preferences for Intervention Empirical Support Versus Common Therapy Variables. *Journal of Clinical Psychology, 65(12)*, 1217 - 1231.

Swift, J., Callahan, J. & Vollmer, B. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology, 67(2)*, 1 - 11. doi:10.1002/jclp.20759.

Taub, J. (1998). Eysenck`s descriptive and biological theory of personality: a review of construct validity. *International Journal of Neuroscience, 94*, 145 - 197.

Toomela, A. (2003). Relationships between personality structure, structure of word meaning, and cognitive ability: a study of cultural mechanisms of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 85(4)*, 723 - 735.

Tremblay, J., Herron. W. & Schultz, C. (1986). Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 17(2)*, 106 - 110.

Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1 – 10.

Tyler, G. & Newcombe, P. (2006). Relationship between work performance and personality traits in Hong Kong Organizational settings. *International Journal of Selection and assessment, 14(1),* 37 - 50.

Vansteenkiste, M. & Sheldon, K. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Educational Psychology, 45,* 63 - 82.

Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology, 42*, 335 - 347.

Wadee, A., Kusche, R., Kometz, S. & Berk, M. (2001). Personality factors, stress and immunity. *Stress and Health, 17*, 25 - 40.

Walker, B. & Winter, D. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology, 58*, 453 - 477.

Walton, D. (1978). An exploratory study: Personality factors and theoretical orientations of therapists. *Psychotherapy: Theory, research and practice. 15(4),* 390 - 395.

Wearden, A. & Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal's common sense model. *British Journal of Educational Psychology, 13,* 189 - 193.

Weinstein, R. (1972). Patients' Perceptions of Mental Illness: Paradigms for Analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 13(1),* 38 - 47.

Weinstein, R. (1974). Mental Patients' Perceptions of Illness Etiology. *Am J Psychiatry, 131(7)*, 798 - 802.

Welch, D. & Poulton, R. (2009). Personality influences on change in smoking behavior. *Health Psychology, 28(3)*, 292 - 299.

Whittle, P. (1996). Psychiatric disorder and the development of a Causal Belief Questionnaire. *Journal of Mental Health, 5(3)*, 257 - 266.

Willner, P. & Smith, M. (2008). Attribution theory applied to helping behavior towards people with intellectual disabilities who challenge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*, 150 - 155.

Wilson, T. & Dunn, E. (2004). Self-Knowledge: Its Limits, Value, and Potential for Improvement. *Annu. Rev. Psychol., 55*, 493 – 518. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141954.

Winter, D. (2008). Cognitive behavior therapy: from rationalism to constructivism? *European Journal of Psychotherapy and Counseling, 10(3)*, 221 - 229.

Wollersheim, J., McFall, M., Hamilton, S., Hickey, C. & Bordewick, M. (1980). Effects of treatment rationale and problem severity on perceptions of psychological problems and counseling approaches. *Journal of Counseling Psychology, 27(3)*, 225 – 231.

Wong, Y., Tran, K., Kim, S., Kerne, V. & Calfa, N. (2010). Asian Americans' Lay Beliefs About Depression and Professional Help Seeking. *Journal of Clinical Psychology, 66(3)*, 317 - 332.

Worthington, R. & Dillon, F. (2003). The Theoretical Orientation Profile Scale-Revised: A Validation Study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*, 95 - 105.

Zinbarg, R., Uliaszek, A. & Adler, J. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of Personality, 76(6)*, 1649 - 1688.

Zuckerman, M. (1997). Attribution of success and failure revisited or: The motivational bias is alive and well in Attribution Theory. *Journal of Personality, 47(2)*, 245 – 287.