



Universitat Ramon Llull

Barcelona

TESE DE DOUTORAMENTO

Título

Parar, pensar e avaliar a psicoterapia - contribuições da investigação de décadas de terapeutas e clientes portugueses

Realizada por

Maria Luísa Pereira Soares

no Centro da Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna

no Departamento de Psicologia

Dirigida por

ORIENTADOR: Professor Doutor Lluís Botella da Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport de Blanquerna, Universidade Ramon Llull.

CO-ORIENTADORA: Professora Doutora Marina Serra de Lemos da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Junho de 2007

C. Claravall, 1-3
08022 Barcelona
Tel. 936 022 200
Fax 936 022 249
E-mail: urlsc@sec.url.es
www.url.es



Universitat Ramon Llull

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ de _____ de 2007 en el

Centro _____

de la Universitat Ramon Llull

delante del Tribunal formado por los Doctores abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal

Vocal

Secretario/aria

Doctorando/a

Agradecimentos

No fechar deste ciclo de saberes experienciais nos meandros da psicologia e da ciência gostaria de particularizar os agradecimentos a cada pessoa que fez parte deste projecto e às pessoas que enriquecem a minha vida e que de forma mais ou menos directa contribuíram para o confinar tão co-constructivo deste período de aprendizagem. A todos o meu GRANDE OBRIGADA!

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos terapeutas e aos clientes portugueses que aceitaram partilhar as suas visões acerca do seu trabalho terapêutico. A um terapeuta em particular, aquele que neste estudo foi denominado de “campeão” porque reuniu 19 casos que se autonomizaram num único estudo.

Em segundo lugar, ao Professor Doutor Luís Botella pela orientação e sempre disponibilidade em estimular a continuidade deste projecto desde Barcelona e à confiança que sempre demonstrou no trabalho que foi sendo construído passo a passo.

À Professora Doutora Marina Serra de Lemos pelo apoio sempre constante e pelas reflexões motivacionais que acompanharam a construção deste processo.

Um obrigado muito especial ao Professor Doutor Óscar Gonçalves e à Professora Doutora Margarida Rangel Henriques pela oportunidade e incentivo na procura e descoberta de uma narrativa de investigação fora do “*rectângulo*” português.

Ao Professor Doutor Sergi Corbella pelo encorajamento da pesquisa junto de díades de terapeutas e clientes portugueses e pela sempre disponibilidade na partilha de materiais e questões de investigação.

À Professora Doutora Orlanda Cruz pela clareza de afectos, pensamentos e comportamentos que sempre me incentivaram a procurar a coerência como aluna e como profissional.

À empresa “*Análise Estatística Madeira*”, em particular à Mónica Fernández na ajuda incansável nas tomadas de decisões estatísticas, na reflexão conjunta que fazia emergir conclusões pertinentes a partir de um infindável conjunto de análises, que pareciam indecifráveis. Sem o seu apoio os números não se transladariam em palavras úteis à ciência psicológica.

À Marta, pela amizade que há muitos anos nos une e pelas revisões periódicas e tão pertinentes que tornaram a apresentação e leitura do presente trabalho mais madura. Ao Marco

pelo apoio logístico, emocional e presencial que evidenciou em períodos críticos deste trabalho.

À minha pequena GRANDE amiga Diana, que muitas vezes me ajudou a reequilibrar ao envolver-me de sensatez, bom senso e muita generosidade.

À Bé pela co-partilha de emoções enriquecedoras à construção de uma narrativa comum e pela amizade única que sempre demonstrou. Ao Nuno pela certeza de disponibilidade e apoio e à pequenina Inês que trouxe um sorriso tão tranquilizador ao mundo e a mim, nas visitas que me fazia.

À Joana, pela confiança sempre demonstrada na finalização deste projecto e pela companhia interior que sempre me faz.

À Fernanda pelas saudosas tardes de segunda-feira e pelas pertinentes questões que me fazia sobre a prática psicoterapêutica que vieram enriquecer as reflexões deste trabalho.

À Sofia Silva e à Catarina Grande pela excelente companhia num espaço comum e pelo apoio sempre demonstrado.

À Teresa Grego que no início e no fim desta viagem doctoral fez questão de estar sempre presente em Barcelona.

Ao Gonçalo pelas sempre confortáveis e carinhosas guaridas em Barcelona que me permitiram ultrapassar cada etapa desta jornada doutoral, com sabor a português fora de casa e pelas magníficas traduções dos resumos para espanhol e catalão.

À Paula, pela tão longa amizade que nos acompanha e pelo sucesso que sempre me incentivou a alcançar.

Ao meu grande amigo Afonso que tantas vezes me fez companhia *online* e outras vezes de forma mais efectiva nas diferentes etapas de construção deste projecto. Pelas tantas vezes que me impulsionou a ser mais e melhor.

À Dra. Teresa Costa, amiga e mentora de tantos voos profissionais.

À Professora Doutora Glória Franco, pela confiança demonstrada e pelas confortáveis palavras que tanto me tranquilizaram nesta recta final.

À Maria João Beja, à Carla Câmara e à Cristina Pinheiro, novas companheiras de espaço profissional e que demonstraram ser sublimes ouvintes das angústias finais que assolam qualquer investigador no nascimento do seu projecto.

Ao Hélder Rebelo amigo atento e sempre disponível para ajudar na recolha da amostra.

À Paula Carvalho e à Rita Valinho pelo auxílio tão eficaz na recolha da amostra e pelo interesse caloroso sempre demonstrado no desenrolar do trabalho.

À Carla e ao Júlio pelo apoio tão importante na recolha da amostra e pelo apoio amigo que em vários momentos evidenciaram.

À Gi pela ajuda na recolha da amostra, pelas sugestões metodológicas dadas ao trabalho e pela calorosa amizade que temos vindo a construir.

Por último, à minha família, à minha mãe pela maneira tão peculiar de mostrar o seu afecto e aconchego e à sua tão imprescindível ajuda. A recta final deste projecto foi bem mais fácil de se concretizar na sua presença.

Ao Jorge, pela sua acutilante revisão que impulsionou um melhoramento do trabalho cada vez maior. Pela sua generosidade única e pelo modelo humano que tem sido para mim desde infância.

Ao Vítor pelas reflexões partilhadas nas horas de almoço que contribuíram para estimular o raciocínio reflexivo tão necessário à construção deste projecto científico.

Ao Ricardo pelo apoio mais instrumental, mas essencial à finalização de mini projectos sustentadores deste.

À Leslie, irmã construída desde infância e que me faz acreditar que as ligações e afinidades podem ser co-construídas e mantidas mesmo à distância.

À Laurinha, pelos fabulosos abraços no final de cada tarde de trabalho.

A Mara ao Pedro e à Clarisse pela presença tão familiar e calorosa.

Resumo **(Português)**

No sentido de contribuir para o desenvolvimento da investigação na área do processo e do resultado terapêutico a nível nacional, este estudo observou características do terapeuta e do cliente, bem como várias vertentes do processo e do resultado terapêutico: i) o estilo de terapeuta e o estilo de *coping*, grau de resistência e motivação do cliente para a terapia; a nível do processo, ii) a aliança terapêutica e, a nível do resultado terapêutico, iii) avaliou o bem-estar geral e a condição de sintomatologia no cliente. A amostra é composta por 39 díades de terapeutas e clientes avaliadas nestas dimensões em quatro momentos de avaliação, na 1^a, na 3^a, na 5^a e na 8^a sessão. Os resultados são apresentados a partir de três estudos. O primeiro estudo procurou delinear o caminho estatístico dos diferentes instrumentos utilizados (“Determinar o conforto estatístico”). O segundo estudo observou de forma mais minuciosa “O encontro inicial das díades” e procurou conhecer factores iniciais que pudessem explicar as desistências precoces dos clientes. Por último, foi possível elaborar um estudo de caso, sobre um único terapeuta que reunia 19 clientes, estudo este intitulado de “O terapeuta campeão”, que permitiu conhecer mais a fundo o estilo e os efeitos terapêuticos de um único terapeuta. Os resultados sugerem considerações interessantes acerca do estilo de terapeuta e do estilo de clientes. Ajudar os terapeutas em formação a conhecerem o seu estilo, a perceberem as suas compatibilidades e taxas de maior sucesso com determinados estilos de clientes, poderá melhorar a sua performance com um maior número de clientes. Conhecer, Flexibilizar e Ajustar (C.F.A.) o seu estilo a cada cliente deverá ser um princípio orientador da psicoterapia. Do conhecimento deste grupo de clientes, resulta igualmente saber que o género feminino e um perfil externalizador de cliente parecem aderir mais ao processo terapêutico do que o masculino e o internalizado. Identificar os níveis de auto-determinação para a terapia no cliente poderá aumentar o sucesso terapêutico e a aliança terapêutica revelou ser um bom indicador da evolução do processo terapêutico. No âmbito dos resultados terapêuticos, constata-se que perante uma amostra clínica sem patologia severa, poder-se-á apenas utilizar o CORE-OM, que revelou indicadores do resultado terapêutico semelhantes aos do SCL90R. Conclui-se que a avaliação do resultado terapêutico deve ser implementada como uma prática regular na psicoterapia e que a 3^a e a 5^a sessão parecem ser momentos de viragem para os clientes, poderão ser considerados momentos terapêuticos de redireccionamento da própria intervenção.

PALAVRAS CHAVE. Avaliação da psicoterapia, estilo do terapeuta e do cliente, motivação para a terapia, aliança terapêutica, processo e resultado terapêutico.

Resum

(Català)

En el sentit de contribuir al desenvolupament de la recerca en l'àrea del procés i el resultat terapèutic a nivell nacional, aquest estudi ha observat característiques del terapeuta i del client, així com varis aspectes del procés i el resultat terapèutics: i) l'estil de terapeuta i l'estil de coping, grau de resistència i motivació del client per a la teràpia; al nivell del procés, ii) l'aliança terapèutica i, al nivell del resultat terapèutic, iii) ha avaluat el benestar general i la condició de sintomatologia en el client. La mostra està formada per 39 parells de terapeutes i clients avaluats en quant a aquestes dimensions en quatre moments diferents : la 1^a, la 3^a, la 5^a i la 8^a sessions. Els resultats es presenten a partir de tres estudis. El primer estudi procura delinear el camí estadístic dels diferents instruments utilitzats ("Determinar el confort estadístic"). El segon estudi observa d'una forma més detallada "La trobada inicial de les parelles" i procura conèixer factors inicials que puguin explicar els abandonaments precoços dels clients. Per últim, ha estat possible elaborar un estudi de cas sobre un únic terapeuta que reunia a 19 clients, estudi aquest que es va anomenar "El terapeuta campió", i que va permetre conèixer més a fons l'estil i els efectes terapèutics d'un únic terapeuta. Els resultats suggereixen consideracions interessants sobre l'estil del terapeuta i l'estil dels clients. Ajudar als terapeutes en formació a conèixer el seu estil i a entendre les seves compatibilitats i taxes de major èxit amb determinats estils de clients, podrà ajudar-los a millorar la seva prestació professional a un major nombre de clients. Conèixer, Flexibilitzar i Ajustar (C.F.A.) el seu estil a cada client s'haurà de considerar un principi orientador de la psicoteràpia. A partir del coneixement d'aquest grup de clients, s'ha pogut encara inferir que el gènere femení i un perfil exterioritzador de client semblen adherir més al procés terapèutic que el gènere masculí i el perfil interioritzador. Identificar els nivells d'auto-determinació per a la teràpia en el client podrà augmentar l'èxit terapèutic, i l'aliança terapèutica va demostrar ser un bon indicador de l'evolució del procés terapèutic. En l'àmbit dels resultats terapèutics, es constata que davant d'una mostra clínica sense patologia greu, només es pot utilitzar el CORE-OM, que va revelar indicadors del resultat terapèutic semblants als del SCL90R. Es conclou que l'avaluació del resultat terapèutic es deurà implementar com a pràctica regular en psicoteràpia, i que les 3^a i 5^a sessions semblen ser els punts d'inflexió per als clients i poden també ser considerats com a moments terapèutics de redireccionament de la pròpia intervenció.

PARAULES CLAU. Avaluació de la psicoteràpia, estil de terapeuta y de client, motivació per a la teràpia, aliança, procés i resultat terapèutic.

Resumen

(Castellano)

En el sentido de contribuir al desarrollo de la investigación en el área del proceso y el resultado terapéutico al nivel nacional, este estudio observó características del terapeuta y del cliente, así como varios aspectos del proceso y el resultado terapéutico: i) el estilo de terapeuta y el estilo de coping, grado de resistencia y motivación del cliente para la terapia; al nivel del proceso, ii) la alianza terapéutica y, al nivel del resultado terapéutico, iii) evaluó el bienestar general y la condición de sintomatología en el cliente. La muestra es compuesta por 39 díadas de terapeutas y clientes evaluadas cuanto a estas dimensiones en cuatro momentos distintos: en la 1ª, la 3ª, la 5ª y la 8ª sesiones. Los hallazgos se presentan a partir de tres estudios. El primer estudio procuró delinear la ruta estadística de los distintos instrumentos utilizados (“Determinar el confort estadístico”). El segundo estudio observó de forma más detallada “El encuentro inicial de las díadas” y procuró conocer factores iniciales que pudieran explicar las desistencias precoces de los clientes. Por último, ha sido posible elaborar un estudio de caso sobre un único terapeuta que reunía a 19 clientes, estudio ese que se intituló “El terapeuta campeón”, que permitió conocer más a fondo el estilo y los efectos terapéuticos de un único terapeuta. Los resultados sugieren consideraciones interesantes sobre el estilo del terapeuta y el estilo de los clientes. Ayudar a los terapeutas en formación a conocer su estilo y a entender sus compatibilidades y tasas de mayor éxito con determinados estilos de clientes, podrá ayudarles a mejorar su desempeño con un mayor número de clientes. Conocer, Flexibilizar y Ajustar (C.F.A.) su estilo a cada cliente deberá considerarse un principio orientador de la psicoterapia. Del conocimiento de este grupo de clientes, se pudo también inferir que el género femenino y un perfil exteriorizador de cliente parecen adherir más al proceso terapéutico que el género masculino y el perfil interiorizador. Identificar los niveles de auto-determinación para la terapia en el cliente podrá aumentar el éxito terapéutico y la alianza terapéutica demostró ser un buen indicador de la evolución del proceso terapéutico. En el ámbito de los resultados terapéuticos, se constata que ante una muestra clínica sin patología grave, tan solo se puede utilizar el CORE-OM, que reveló indicadores del resultado terapéutico semejantes a los del SCL90R. Se concluye que la evaluación del resultado terapéutico debe implementarse como práctica regular en psicoterapia y que las 3ª y 5ª sesiones parecen ser puntos de inflexión para los clientes, y podrán considerarse como momentos terapéuticos de redireccionamiento de la propia intervención.

PALABRAS CLAVE. Evaluación de la psicoterapia, estilo de terapeuta y de cliente, motivación para la terapia, alianza, proceso y resultado terapéutico.

Abstract

(Inglês)

In order to increase the development of the process and the therapeutic result at a national level, this study observed several characteristics of the therapist and the client, as well as some sources of the process and the therapeutic result: i) the style of therapist and the style of client, degree of resistance and motivation of the client for therapy; at the level of the therapeutic process observed the ii) therapeutic alliance and, at the level of the therapeutic result, iii) the assessment of the general well-being and the condition of symptomatology of the client. The sample is composed by 39 dyads of therapists and clients evaluated in these dimensions at four moments of the process, on the 1st, 3rd, 5th and on the 8th session. The results are presented through three studies. The first study delineates the statistical way of the different instruments used (“Determine the statistical comfort”). The second study observed “The initial meeting of dyads” and looked for initial factors that could explain the earlier drop outs of the clients. Finally, it was possible to elaborate a case study of only one therapist who congregated 19 clients, entitled “the champion therapist”, which allowed to know better the style and the therapeutic effects of a single therapist. The results suggest interesting considerations concerning the style of therapist and the style of the client. Moreover, to help the therapist in early stages of formation to recognize his style, to perceive his compatibility and levels of higher success with certain style of clients can improve his performance with a number of clients. Identify, be Flexible and Adjust (I.F.A.) each style to each client will have to be a guiding principle of psychotherapy. Of the knowledge of this group of clients, it equally results to know that the feminine gender and externalised profile of clients seemed to remain more in the therapeutic process than the masculine and the internalized profile. Also, identify the levels of self-determination for therapy in the client could increase the therapeutic success and a strong therapeutic alliance is a good predictor of a high-quality outcome in therapy. In the scope of the therapeutic results, evidence that emerges is that in face of a clinical sample without severe pathology, the CORE-OM could be used as a single assessment instrument, since that it disclosed similar pointers of the therapeutic result as the SCL90R. It is concluded that the evaluation of the therapeutic result must be implemented as regular practice in the psychotherapy and that the 3rd and 5th sessions seemed to be moments of turn over for the clients, and should be considered therapeutic moments of redefinition for the therapist.

KEY WORDS. Assessment of psychotherapy, style of therapist and client, motivation for the therapy, alliance, process and therapeutic result.

	Índice	
Introdução		21
	Parte I	
Enquadramento teórico		23
1. Evolução histórica da investigação em psicoterapia		23
2. Bases epistemológicas da psicoterapia: Paradigma positivista, paradigma construtivista e paradigma do construcionismo social		27
3. Estilo do terapeuta		32
4. Estilo do cliente		43
4.1. Estilo de coping internalizado/externalizado		49
4.2. Níveis de resistência		51
5. Motivação do cliente no processo psicoterapêutico: a auto-determinação para a terapia		55
6. Investigação centrada no processo terapêutico - a aliança terapêutica		59
7. Investigação centrada no resultado psicoterapêutico		64
	Parte II	
Estudos empíricos		69
1. Método		69
1.1. Participantes		69
1.2. Procedimentos		72
2. Descrição dos estudos, definição dos objectivos e levantamento de questões de investigação		87
2.1. Estudo 1: Determinar o conforto estatístico		87
2.2. Estudo 2: Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades: Os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?		88
2.3. Estudo 3: Estudo de caso – o terapeuta campeão (19 casos)		89
3. Resultados		91
3.1. Resultados relativos ao Estudo 1: Determinar o conforto estatístico		92
3.2. Resultados relativos ao Estudo 2: Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades - os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?		106
3.3. Resultados relativos ao Estudo 3: Estudo de caso – o terapeuta campeão (19 casos)		130

4. Discussão dos resultados	151
4.1. Estudo 1: Determinar o conforto estatístico	151
4.2. Estudo 2: Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades - os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?	154
4.3. Estudo 3: Estudo de caso – o terapeuta campeão (19 casos)	158
Conclusões	163
Limitações	177
Referências bibliográficas	182
Anexos	204
Anexo 1: Declarações de Consentimento do Terapeuta e do Cliente	204
Anexo 2: Fichas de Identificação do Terapeuta e do Cliente	206
Anexo 3: Questionário de aspectos referentes ao Graffar	208
Anexo 4: Dossier do Terapeuta	209
4.1. Inventário da Aliança Terapêutica – Versão reduzida	209
4.2. Inventário do Estilo Pessoal do Terapeuta	213
4.3. Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente	215
Anexo 5: Dossier do Cliente	217
5.1. Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida	217
5.2. Questionário de Motivação para a Terapia	221
5.3. CORE – OM - Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure	223
5.4. SCL – 90 – R - Symptom Checklist – Revised-90	225
Anexo 6: Quadro A - Caracterização dos clientes e dos terapeutas e os momentos da terapia em que ocorrem as desistências	228
Anexo 7: Estudo 1 - Determinar o conforto estatístico	229
Anexo 8: Estudo 2 - Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades: os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?	232

Índice de Quadros

Quadro 1- Fases da Investigação em psicoterapia	26
Quadro 2- As funções do estilo pessoal do terapeuta e as correspondentes dimensões bipolares do perfil do terapeuta	35
Quadro 3 - Níveis de tomada de decisão do modelo de selecção sistemática de tratamento	48
Quadro 4 - Características gerais dos estilos de coping: externalizado e internalizado	50
Quadro 5 - Estudos de investigação onde constam as variáveis associadas às características dos clientes, que influenciam de forma significativa o processo e a aliança terapêutica	57
Quadro 6 - Estudos de investigação onde constam as variáveis associadas às características dos clientes, que influenciam de forma negativa o processo e a aliança terapêutica	59
Quadro 7 - Focos de análise da investigação nas dimensões do processo e do resultado terapêutico e instrumentos de recolha de informação	68
Quadro 8 - Momentos de administração dos instrumentos e respectiva ordem de administração	73
Quadro 9 - Funções e dimensões do estilo pessoal do terapeuta	79
Quadro 10 - Quadro síntese das sessões avaliadas entre Março de 2005 e Dezembro de 2006	87
Quadro 11- Estudos realizados e respectivos objectivos de investigação	91
 Quadros referentes ao Estudo 1	
Quadro 12 - Valores de Alpha de Cronbach propostos por Pestana e Gageiro (2003)	93
Quadro 13 - Valores de Alpha de Cronbach para o Inventário da aliança terapêutica no grupo dos terapeutas e no grupo dos clientes, nos 4 momentos de avaliação	93
Quadro 14 - Valores de Alpha de Cronbach para o Questionário do estilo do terapeuta nos 4 momentos de avaliação	95
Quadro 15 - Valores de Alpha de Cronbach para o Questionário do estilo do cliente nos 4 momentos de avaliação	96
Quadro 16 - Valores de Alpha de Cronbach para o Questionário de Motivação para a Terapia, nos 4 momentos de avaliação	97
Quadro 17 - Valores de Alpha de Cronbach para o CORE-OM nos 4 momentos de avaliação	98
Quadro 18 - Valores de Alpha de Cronbach para o SCL90R nos 4 momentos de avaliação	98

Quadros referentes ao Estudo 2

Quadro 19 – Descrição dos valores do IAT utilizado na 1ª sessão quer pelo terapeuta quer pelo cliente, em cada grupo de díades e os resultados do teste de Kruskal-Wallis	108
Quadro 20- Resultados do teste de Wilcoxon	110
Quadro 21- Resultados da análise comparativa do teste Mann-Whitney entre o género do cliente e a aliança terapêutica no momento inicial da psicoterapia	112
Quadro 22 - Resultados comparativos entre o género do cliente e o estilo de terapeuta ...	118
Quadro 23 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões do SCL90R e do género do cliente	119
Quadro 24 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões do CORE-OM e do género do cliente	120
Quadro 25 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos dos diferentes grupos de díades no estilo de terapeuta	121
Quadro 26 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades no estilo de cliente	122
Quadro 27 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades na motivação para a terapia	124
Quadro 28 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e Anova dos diferentes grupos de díades no CORE-OM	125
Quadro 29 - Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades no SCL90R	127
Quadro 30 - Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desiste e o grupo de clientes que permanece em terapia, referentes ao IAT do terapeuta e do cliente	129
Quadro 31- Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desiste e o grupo de clientes que permanece em terapia, referentes ao estilo de terapeuta	130

Quadros referentes ao Estudo 3

Quadro 32 - Resultados do teste de ajustamento à normalidade Shapiro-Wilk do estilo do terapeuta	132
Quadro 33 - Resultados das médias, desvios padrões e coeficientes de variação relativas ao estilo de terapeuta	133

Quadro 34 - Resultados do teste estatístico de Levene referente ao estilo de terapeuta ...	133
Quadro 35 - Resultados das médias, desvios padrões valores máximos e mínimos da evolução da função instrutiva ao longo dos vários momentos de avaliação	134
Quadro 36 - Resultados das médias, desvios padrões valores máximos e mínimos da evolução da função expressiva ao longo dos vários momentos de avaliação	135
Quadro 37 - Resultados das médias e desvios padrões das funções do estilo de terapeuta, do grupo que desistiu e do grupo que permaneceu em terapia	136
Quadro 38 - Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de externalização	139
Quadro 39: Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de Internalização	139
Quadro 40 - Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de Resistência	140
Quadro 41: Evolução das escalas da motivação nos dois grupos de clientes (grupo que desiste e grupo que permanece em terapia	143
Quadro 42 - Resultados dos coeficientes de correlação relativamente aos valores de Aliança terapêutica do terapeuta e do cliente, nos diferentes momentos de avaliação	144
Quadro 43 - Comparação dos resultados obtidos no IAT do terapeuta, entre o grupo de clientes que se mantém em terapia e o grupo que desiste	145
Quadro 44 - Resultados das médias e desvios padrões do CORE-OM do grupo de clientes que desistiu e do grupo que permanece em terapia	147
Quadro 45 - Resultados das médias e desvios padrões do SCL90R do grupo de clientes que desistiu e do grupo que permanece em terapia	149
Quadro 46 - Momentos da terapia em que a aplicação dos instrumentos revela ser mais consistente	152

Índice de Figuras

Figura 1: Frequência de casos por terapeuta e número de sessões avaliadas	70
Figuras relativas ao Estudo 1	
Figura 2: Distribuição das sub-escalas do IAT nos terapeutas	100
Figura 3: Distribuição das sub-escalas do IAT nos clientes	101
Figura 4: Distribuição das sub-escalas do Estilo de terapeuta	102
Figura 5: Distribuição das sub-escalas do Estilo de cliente	103
Figura 6: Distribuição das sub-escalas da Motivação para a terapia	104
Figura 7: Distribuição das sub-escalas do CORE-OM	105
Figura 8: Distribuição das sub-escalas do SCL90-R	106
Figuras relativas ao Estudo 2	
Figura 9: Distribuição das díades por grupos de clientes que desistiram e que se mantiveram no processo terapêutico	107
Figura 10: Valores de IAT nos quatro grupos de díades	111
Figura 11: Distribuição dos grupos de díades por sexo do cliente	113
Figura 12: Distribuição dos grupos de díades por estado civil do cliente	114
Figura 13: Distribuição dos grupos de díades em que o cliente está pela primeira vez em terapia	115
Figura 14: Distribuição dos grupos de díades segundo o local de trabalho do terapeuta ..	116
Figura 15: Distribuição dos grupos de díades segundo o nível sócio-económico do cliente	117
Figuras relativas ao Estudo 3	
Figura 16: Caracterização do género dos clientes	131
Figura 17: Distribuição dos clientes que permanecem em terapia e dos que desistem	131
Figura 18: Resultados das médias e SD da função instrutiva e expressiva nos quatro momentos de avaliação	134
Figura 19: Distribuição dos clientes que permanecem na terapia e dos que desistem face ao estilo do terapeuta	137
Figura 20: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que se manteve em terapia relativamente ao estilo de cliente	138
Figura 21: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que	

se manteve em terapia relativamente aos níveis de resistência	141
Figura 22: Distribuição dos clientes que se mantiveram em psicoterapia e dos que desistiram, face aos valores das sub-escalas da motivação para a terapia	142
Figura 23: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que se manteve em terapia relativamente aos valores de CORE-OM	148
Figura 24: Distribuição dos resultados do SCL90R nos grupos de clientes que desistiram e que permaneceram em terapia	150

Introdução

A tese de Doutoramento que aqui se apresenta vem na sequência dos trabalhos de investigação anteriormente apresentados à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Desporto da Universidade Ramon Llull, nomeadamente a *Tesina* (Soares, 2006) apresentada em de Julho de 2006 e o DEA (Diploma de Estudos Avançados, Soares, 2006) apresentado em Dezembro de 2006. A investigação contemplada na *Tesina* e no DEA, incidia sobre uma amostra de 15 díades de clientes e terapeutas e os resultados obtidos encorajaram a continuidade da pesquisa, nomeadamente no que diz respeito a superar algumas das limitações referenciadas. Algumas dessas limitações foram ultrapassadas com o desenvolvimento da presente investigação, sobretudo no aumento do tamanho da amostra e na redução do número de instrumentos de recolha de dados, dilatando a probabilidade de aprofundar as análises estatísticas que poderiam ser feitas com um número menor de instrumentos (tendência actual da investigação, veja-se a este propósito os estudos de Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003).

Nessa lógica de continuidade, recorreu-se novamente aos instrumentos desenvolvidos pelo Projecto Barcelona-Buenos Aires – BCN-BsAs (Corbella e Botella, 2004; Fernandez-Alvarez, 1998) que incrementa estudos sobre a interacção entre terapeuta e cliente com o intuito de aprofundar o conhecimento da compatibilidade existente entre o estilo pessoal do terapeuta e as características pessoais do cliente. Um dos seus objectivos principais é justamente o de proporcionar informação para facilitar uma melhoria nos serviços psicológicos prestados aos clientes.

Igualmente com este propósito, esta investigação pretendeu pesquisar o processo e o resultado terapêutico com uma amostra clínica portuguesa, (díades Terapeutas/Clientes). É um estudo de investigação, à luz de uma metodologia quantitativa, que procura conhecer as características do cliente e do terapeuta em diferentes momentos do processo terapêutico.

Assim, e à luz de diferentes focos de análise em vários momentos do processo terapêutico, pretende-se conhecer o estilo do terapeuta e do cliente, avaliar a aliança terapêutica, a motivação para a terapia e o resultado terapêutico (na 1^a, 3^a, 5^a e 8^a sessão), como forma de aprofundar o conhecimento da relação entre terapeuta e cliente.

Do ponto de vista da estrutura, o estudo está dividido em duas partes. A primeira parte do trabalho fará referência a uma análise do contexto bibliográfico inerente ao tema de investigação, a partir de uma breve alusão à evolução histórica da psicoterapia, ao marco

teórico e ao processo de evolução do conhecimento, desde uma visão do mundo à luz do paradigma positivista, até ao paradigma construtivista e do construcionismo social. A segunda parte do trabalho, apresenta três estudos desenvolvidos, os objectivos que foram definidos para cada um deles, bem como a metodologia que foi empregue, os resultados alcançados e a discussão dos mesmos. Por último, apresenta-se uma parte final de conclusões e perspectivas futuras, destinada a reflectir sobre a investigação do processo e dos resultados de investigação em psicoterapia.

Parte I

Enquadramento teórico

1. Evolução histórica da investigação em psicoterapia

Neste capítulo pretende-se fazer uma descrição sumária da evolução histórica da investigação em psicoterapia, organizada aqui em três fases. Adaptou-se a proposta de Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) que distinguiram 3 fases. A primeira fase, que data do período anterior a 1954 em que a psicologia se tenta afirmar como ciência, a segunda fase entre 1954 e 1969 caracterizada pela preocupação em dar resposta aos problemas mentais emergentes do contexto histórico da época e, por fim a terceira fase a partir de 1969 até aos dias de hoje.

Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005, ver Quadro 1) a primeira fase da investigação em psicoterapia tentou obedecer aos critérios de cientificidade que caracterizaram a própria psicologia no início da sua história. As perspectivas psicanalíticas, comportamentais e rogerianas dominavam esta fase inicial da psicoterapia e o positivismo surgia como elemento organizador da psicologia como prática científica. Os esforços de investigação iam no sentido de procurar dar credibilidade e validar a psicoterapia como prática clínica. Assim, os princípios do método experimental, a objectividade, o controlo das variáveis, a operacionalização dos comportamentos dos participantes e o estabelecimento de relações de causalidade entre determinado tratamento e determinado resultado (grau de mudança) e o acesso aos conteúdos do processo terapêutico, (devido à gravação das sessões terapêuticas), contribuíram para validar e credibilizar a psicoterapia como prática clínica. A perspectiva de análise da investigação era o comportamento do terapeuta, uma vez que se defendia, na altura, que a mudança do cliente era uma variável dependente dos comportamentos do terapeuta. Em 1992, Beutler e Machado caracterizam esta primeira fase como a fase da análise exaustiva de casos clínicos, incidindo mais na exploração do ponto de vista do terapeuta. Assistiu-se assim a um desenvolvimento exponencial de instrumentos de avaliação dos comportamentos dos terapeutas.

Na segunda fase, a questão central da investigação não pretendia aferir se a psicoterapia se encaixava nos parâmetros de ciência, mas sim saber se a psicoterapia era uma forma de intervenção eficaz. Depois da II Guerra Mundial, o governo dos E.U.A. que participava as consultas dos ex-combatentes da guerra (com Stress Pós-Traumático),

começou a interessar-se pelos resultados das terapias. Este interesse pelos resultados era segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) um interesse activo, concretizado pelo financiamento de programas de investigação da eficácia da psicoterapia.

O interesse da investigação pelos comportamentos do terapeuta, como por exemplo, quantidade e qualidade de linguagem verbal que dominaram as atenções dos investigadores durante a primeira fase, deu lugar ao interesse pelos comportamentos dos clientes, antes e depois do tratamento. A segunda fase foi descrita por Beutler e Machado (1992) pela fase da avaliação descritiva, ou seja, os estudos de caso não controlados experimentalmente foram substituídos por métodos de avaliação descritivos.

Nesta fase, assistiu-se também a uma grande proliferação de teorias explicativas da mudança terapêutica que se traduziu numa crescente preocupação e maior exigência do próprio processo de investigação, nomeadamente: avaliação da própria investigação, refinamento das metodologias de investigação, standardização e operacionalização dos modelos, desenvolvimento de manuais, construção de medidas standardizadas dos resultados, recurso a técnicas estatísticas para avaliar a significância clínica dos efeitos da psicoterapia, randomização, entre outras (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Fruto desses esforços de investigação, em 1952, Eysenck publicou um artigo que viria a assumir-se como um marco importante na história da investigação em psicoterapia, bem como da própria psicoterapia (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). O artigo intitula-se “The effects of Psychotherapy: An Evaluation” (Eysenck, 1952), no qual o autor fez uma revisão baseada em vinte e quatro estudos de psicoterapia psicodinâmica e eclética questionando os efeitos da psicoterapia e sugerindo que a psicoterapia não tinha efeitos positivos, pelo contrário, poderia implicar efeitos negativos e determinados prejuízos para o cliente. Esta revisão, segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), foi marcante na história da psicoterapia, uma vez que deu origem a vários esforços de avaliação da eficácia da psicoterapia na tentativa de clarificar a dúvida com que o artigo de Eysenck tinha afectado a psicoterapia. Uma das falhas apontadas no artigo dizia respeito à metodologia de investigação utilizada, nomeadamente a inexistência de grupos de controlo. Vários autores vêm confirmar e apoiar Eysenck nas suas críticas, nomeadamente, Luborsky (1954), Rosenzweig (1954), Bergin (1971), Bergin e Lambert (1978). A validade da psicoterapia era assim posta em causa nesta segunda fase da investigação.

A terceira fase da investigação em psicoterapia foi caracterizada pelo interesse e preocupação nos procedimentos metodológicos que foram alvo de críticas no período anterior, nomeadamente a implementação de modelos experimentais puros em psicoterapia (Beutler & Machado, 1992). Assim, na tentativa de determinar critérios de investigação da eficácia da psicoterapia, é formada em 1969 uma organização interdisciplinar, a Society for Psychotherapy Research (SPR), cujo principal objectivo era regular a investigação em psicoterapia através do estabelecimento de critérios reguladores da prática da investigação. Se a segunda fase foi considerada a fase das dúvidas, a terceira foi, como sugere Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), a fase do seu esclarecimento. Em 1977, inicia-se uma nova abordagem à avaliação dos estudos acerca da eficácia da psicoterapia. Smith e Glass, (1977) num artigo intitulado, “Meta-analysis of psychotherapy outcome studies” e no livro intitulado “The benefits of psychotherapy” de Smith, Glass e Miller (1980) os autores analisam os resultados de todos os estudos que comparam a psicoterapia e aconselhamento, com um grupo de controlo ou com um grupo de terapia diferente, com o objectivo de avaliar quantitativamente a magnitude do efeito da psicoterapia. Os resultados destas análises revelam que o grupo de controlo melhorava cerca de 30% enquanto que o grupo alvo do tratamento melhorava cerca de 70%. Estes resultados foram sendo confirmados por outras meta-análises posteriores, confirmando dessa forma a eficácia da psicoterapia (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005).

Esta etapa também foi caracterizada por uma constatação curiosa: a fase do “veredicto do pássaro Dodo” (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005, p. 43). Rosenzweig (1936) foi o primeiro a usar este termo do veredicto do pássaro Dodo (“At last the Dodo said, Everybody has won, and all must have prizes”) e aplicou-o no âmbito da psicoterapia para descrever a hipotética equivalência das várias psicoterapias. O termo “Dodo verdict” surge inicialmente de Lewis Carroll's em 1865, no livro “Alice no País das Maravilhas” (Carroll's, 2000) e o veredicto surge no contexto de uma competição entre várias raças de animais, (equivalente às distintas abordagens psicoterapêuticas) em que os participantes iniciaram uma corrida em diferentes pontos e corriam em diferentes direcções durante meia hora. Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) se não havia dúvidas quanto ao grau em que a psicoterapia produzia benefícios, começavam a surgir vários estudos que apontavam para que, apesar da existência de dezenas de abordagens e modelos terapêuticos e embora estes apresentassem diferenças significativas entre si, no que respeita à sua visão do funcionamento humano, da

psicopatologia, dos mecanismos de mudança e das técnicas capazes de produzir essa mudança, parecia não existir diferenças de resultados entre os vários modelos teóricos – o que ficou conhecido como o “paradoxo da equivalência ou o “veredicto do pássaro Dodo, todos ganharam, todos merecem prémios”. Esta parece ser uma questão que tem vindo a dominar os desenvolvimentos da investigação da psicoterapia nos últimos 20 anos, muitos investigadores têm defendido o “Dodo bird verdict” mas outros investigadores da comunidade científica têm levantado grandes dúvidas sobre a validade dessa constatação. Gonçalves (2007) no Boletim Informativo de Psicologia, número 2 da Universidade do Minho, afirma que actualmente em Portugal, apesar dos apelos ao modelo “cientista-prático” como organização basilar da formação dos psicólogos, estes dois pólos foram-se dissociando cada vez mais um do outro. Na sua opinião “um dos efeitos mais nefastos desta dissociação foi a proliferação de escolas profissionais, em muitos casos sem qualquer preocupação com a investigação e formação em ciência básica (Gonçalves, 2007, p.1). No sentido de salvar a psicologia da “vulgaridade e da descrença” (idem, p.1) ele defende o regresso radical à ciência básica e aos fundamentos científicos. Esta ideia vem reiterar o cariz cíclico que a História tendencialmente tem, e vemo-nos assim confrontados novamente com a necessidade de provar que a Psicologia é uma ciência e que a psicoterapia de facto funciona...ou não!

O final desta terceira fase tem também sido caracterizada por outra questão importante, a valorização da relação entre as variáveis subjectivas (bem-estar emocional e ajustamento) do terapeuta e os resultados terapêuticos, bem como a tentativa de compreender as experiências internas dos participantes da psicoterapia e conhecer os mecanismos responsáveis pela mudança.

Quadro 1 - Fases da Investigação em Psicoterapia (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005)

	1ª Fase (Antes de 1954)	2ª Fase (Entre 1954-1969)	3ª Fase (De 1969 à actualidade)
Marcador Histórico	Desenvolvimento da psicanálise, aplicação do método experimental à psicoterapia.	Publicação do artigo The effects of Psychotherapy: an Evaluation, por Eysenck – originou um surto de investigação como resposta.	Criação da Society for Psychotherapy Research, uma organização para a investigação da psicoterapia.
Tipo de Questão	A psicoterapia é uma actividade científica?	A psicoterapia funciona?	Há diferenças entre as diferentes abordagens terapêuticas?
Contexto Histórico	Afirmação da psicologia como ciência, aplicação do	Necessidade de avaliar os ex-combatentes da Segunda	Grande proliferação de

	método experimental à psicoterapia; necessidade dos serviços de saúde mental no pós-guerra; financiamentos para a investigação em psicoterapia.	Guerra Mundial e dar resposta aos problemas mentais que apresentavam.	abordagens terapêuticas.
Perspectiva de Análise	Comportamentos do terapeuta.	Avaliação dos comportamentos do cliente.	Variáveis internas que medeiam o processo terapêutico; mecanismos de mudança.
Objecto de Investigação	Avaliação dos resultados (perspectivas rogerianas).	Avaliação dos resultados.	Avaliação dos resultados e processo; interacções entre clientes e terapeuta.
Metodologia	Método científico: rigor e objectividade operacional (princípios de controlo das variáveis, etc.)	Metodologias quantitativas, direccionada para os resultados (randomização; análise de frequências).	Metodologias quantitativas e qualitativas.

Greenberg (1991) refere que o campo da investigação em psicoterapia começou por adoptar uma posição defensiva ao tentar provar que a psicoterapia funcionava, em vez de tentar descobrir como funcionava, ao contrário do que sucedeu noutras ciências. Garfield, (1990, 1997) refere que o nosso conhecimento sobre as variáveis que contribuem para uma mudança positiva é ainda bastante limitado. Como tal, o autor menciona que é necessário uma investigação de alta qualidade para aumentar a nossa compreensão do processo terapêutico.

De seguida, far-se-á uma caracterização sumária do processo teórico evolutivo na psicologia desde o paradigma positivista, o paradigma construtivista e, terminando no paradigma do construcionismo social. O marco teórico que está por detrás deste estudo enquadra-se na 3ª fase de investigação, que tem como objecto de observação e de estudo as interacções entre clientes e terapeutas, avaliando o processo e os resultados psicoterapêuticos, utilizando para tal uma metodologia quantitativa.

2. Bases epistemológicas da psicoterapia: Paradigma positivista, paradigma construtivista e paradigma do construcionismo social

A visão tradicional, positivista, acompanhou a psicoterapia e a investigação ao longo do século XX. Até à década de 70, a psicologia foi influenciada pelos paradigmas empiristas, que contribuíram fortemente para a formulação dos modelos de aprendizagem e desenvolvimento, defendendo que a mente humana era originalmente vazia, como um

receptor passivo de estímulos ambientais (Rebelo, 2002). Na Argentina, a título de exemplo, na década de 70 e 80, durante a ditadura militar, a psicanálise foi proibida bem como qualquer outra forma de psicoterapia, porque as identificavam com políticas de esquerda (a ideia de que se ensinava a pensar e a não submeter-se passivamente, como a ditadura assim o desejava, Ceberio, 2003).

No final da década de 70, alguns grupos de investigadores e intelectuais tomaram consciência da existência de uma convergência de opiniões à qual correspondia uma nova forma de olhar para o desenvolvimento humano (Neimeyer, 1997). Depois da euforia da geração flower power, do boom económico do pós-guerra e dos modelos humanistas, os investigadores começaram a perceber o declínio das perspectivas orientadas exclusivamente para o insight e auto-descoberta (psicanálise e humanismo) e das suas adversárias, orientadas para o comportamento observável. Este desânimo com os paradigmas empiristas impulsionou a psicologia a apropriar-se da hermenêutica que, como tal, enuncia que para compreendermos a mente humana é necessário enquadrá-la na cultura, visto que o conhecimento do sujeito acerca de si próprio e do mundo é fenomenologicamente interpretado e pode organizar-se através de um conjunto múltiplo de significados, retirados da linguagem que está disponível na matriz cultural em que está inserido (Rebelo, 2002). Renascia a importância dos contextos e, conseqüentemente, dos modelos ecológicos, desenvolvimentais e sistémicos. Chamou-se a este movimento, que pontua uma nova forma de estar e conhecer o mundo, movimento construtivista. Este considera que a capacidade humana de formatar, seleccionar e organizar a realidade nos torna especialmente activos na construção idiossincrática do mundo – um processo nem sempre consciente e culturalmente dependente. Para os construtivistas, toda a comunicação e compreensão são uma construção interpretativa por parte do sujeito que a experimenta (Gasersfeld, 1984).

Este movimento no qual a psicologia se tem vindo a inspirar abarca diversos modelos teóricos (Botella, 1998; Canavarro, 1998; Guidano 1998; Gonçalves, 1997; Neimeyer, 1993; Parker, 1999) e todos eles defendem a construção como sendo o movimento principal da personalidade. Tendem a focar-se na exploração experiencial dos processos tácitos de auto-construção, em especial nas relações íntimas. O pensamento construtivista tem em conta que cada indivíduo é capaz de criar a sua própria representação do self e do seu meio envolvente. Assim, as pessoas são capazes de ultrapassar as construções problemáticas e construir algo de novo, e de forma diferente.

Esta perspectiva construtivista marca uma maneira diferente de estar e conhecer o mundo. Aplicado na psicoterapia, o objectivo é o de ajudar o cliente a lidar com as transições e atingir uma adequada re-ordenação das suas experiências, expandindo o seu campo afectivo e de respostas comportamentais (Arciero & Guidano, 2000). Segundo estes autores, a grande dicotomia entre construtivismo e racionalismo, está no facto de o primeiro defender que as leis racionais não organizam os sistemas de conhecimento. Assim, tudo aquilo que sentimos e que experienciamos faz parte de uma comunidade de práticas históricas e sentidos comuns, para a qual todos nós contribuimos através do nosso envolvimento no mundo.

O movimento construcionista social deriva do construtivismo, mas defende que o conhecimento e a realidade, para além de serem uma construção, são socialmente co-construídos a partir da relação que estabelecemos com os outros e com o mundo. Neimeyer (2000) refere que a identidade e a perturbação são socialmente construídas, e existem tantas construções problemáticas como culturas. O construcionismo social é uma perspectiva mais cultural, linguística e hermenêutica do construtivismo. Enquanto o construtivismo valoriza a construção de um self individual, o construcionismo social dissolve qualquer conceito de individualidade, e aplica a sua ênfase na construção social do self. Ambas as perspectivas se opõem à ideia modernista de que existe um mundo real e objectivo que se pode conhecer (Hoffman, 1996). O construtivismo, apresenta-nos uma imagem do sistema nervoso como uma máquina fechada, em que as percepções e os constructos tomam forma à medida que o organismo luta com o ambiente. Os teóricos do construcionismo social, por outro lado, acreditam que as ideias, os conceitos e as memórias surgem do intercâmbio social e são mediados pela linguagem.

Este é um olhar mais complexo do que aquele que era assumido pela ciência positivista. Deste modo, a realidade não parece ser constante e objectiva, mas sim um produto de uma construção social guiada por coordenadas temporais e espaciais a partir das quais interpretamos cada realidade. Cada realidade, socialmente construída é formada por um aglomerado de imagens, vivências e interpretações que nos predispõem a um estado constante de construção e reconstrução (Botella & Figueras, 2000).

Pacheco e Botella (2000) sugerem uma psicoterapia à luz do construcionismo relacional, e referem que poderá ser uma forma de desenvolver o diálogo entre as teorias construtivistas contemporâneas e as abordagens construcionistas sociais. Assim, defendem

que na psicoterapia, o diálogo toma vida própria e o terapeuta e o cliente co-participam nela. Esta, seria então, a psicoterapia da pós-modernidade, uma psicoterapia da curiosidade e de abertura, sem hierarquias (Pacheco & Botella, 2000).

Tendo presente que o objecto que se pretende conhecer e aprofundar neste estudo é o processo e o resultado em psicoterapia, processo este que é construído tanto pelo cliente como pelo terapeuta através do diálogo, ele parece enquadrar-se dentro do paradigma do construcionismo social. Pretende-se conhecer a díade entre terapeuta e cliente no processo psicoterapêutico, e essa díade tem subjacente uma base filosófica da linguagem, enquadrando-se numa abordagem pós-moderna, em que o conhecimento é visto como uma construção social. O paradigma do construcionismo social enfatiza então esta dinâmica do discurso, e dos pontos de vista e as diferentes vozes incluídas nas histórias (Neimeyer, 2000). A linguagem é assim o instrumento de construção social defendido pelo construcionismo social e é por sua vez aquilo que mais define a era pós moderna na psicologia. As pessoas usam a linguagem para criarem activamente significados sobre as suas experiências. A forma como cada um usa a linguagem para definir o seu mundo tem um grande impacto na forma como a pessoa pensa, sente e se comporta dentro desse mundo. Este significado é construído socialmente e os discursos são considerados grelhas de leitura que dão sentido ao mundo que nos rodeia e estruturam as nossas relações sociais.

Portanto, o mundo é co-dependente das nossas experiências e a sucessão de acontecimentos toma forma a partir da interacção social (Drewery & Winslade, 1997). A re-ordenação da experiência através da linguagem permite um nível de auto-reflexão e coordenação mútua. A possibilidade de construir e partilhar o significado das suas experiências usando a linguagem estimula a adaptação e a evolução do homem. Mesmo nas sociedades primitivas, a coordenação linguística das actividades permitia aos seres humanos explorar melhor os recursos ambientais, avaliar oportunidades e perigos e comunicar as suas experiências a partir de histórias. Isto permitia uma sobrevivência imediata e a transmissão do conhecimento ao longo de várias gerações (Arciero & Guidano, 2000). A psicoterapia é o re-contar de histórias co-construídas entre terapeuta e cliente.

White (1988) advoga que a capacidade de humor, a ironia, a utilização de metáforas e de expressões estéticas em geral, são instrumentos de luta contra a rigidez com que por vezes nos vemos a nós próprios, aos outros e o mundo. Guidano (1998) caracteriza a psicologia nos dias de hoje, utilizando um pouco uma expressão curiosa, quase irónica e humorista, tal

como menciona White. Ele refere que a terminologia utilizada em psicologia não é suficiente, não abarca tudo, e a própria psicologia vive uma etapa pré-científica. É este o pensamento que parece guiar um pouco a comunidade científica. Desde o modelo positivista baseado na experiência sensorial, em que tudo o que era objectivo e passível de ser conhecido através dos sentidos é que era considerado conhecimento, evoluiu-se até aos dias de hoje em que se postula que o conhecimento resulta da construção da nossa experiência interna e externa e o observador é parte integrante daquilo que observa (Ruiz, 1992). Esta nova visão na relação entre observador e observado produz mudanças em todas as ciências, na física, na química, na biologia, nas ciências sociais.

Hoje, segundo Ruiz (1992) a nova perspectiva é a de ver o observador como parte integrante daquilo que observa, e todo o conhecimento, em consequência, é em cada circunstância uma actividade autoreferencial, ou seja o conhecimento reflecte as estruturas do organismo que está conhecendo, muito mais que a estrutura da realidade externa ou da realidade em si mesma. O conhecimento é em cada momento, cognitivo, motórico, sensorial e afectivo, e assim conhecer é viver, é existir, tal como defende Ruiz (1992) não se pode diferenciar as duas coisas. Conhecer uma realidade é construí-la e nessa construção colocamos sempre aquilo que é nosso. Assim, vive-se actualmente uma era pós moderna em que tudo parece estar em aberto e aquilo em que acreditamos hoje é passível de ser desconstruído e reconstruído amanhã, até chegarmos a uma “verdadeira etapa científica”. Porventura, este processo de construção e reconstrução é a própria etapa científica e esta não será um fim em si mesmo, mas sim um processo repleto de continuidades e discontinuidades epistemológicas, um caminho que serve para ir mais além. Carrilho (1989) citando Habermas (1985, 1981) referia que a modernidade é um projecto inacabado que precisa ser continuado por um lado, procurando detectar as vias erradas que se tomaram e, por outro, repensar nas condições da cultura e da sociedade de hoje. Maturana (1990) propõe até um nome diferente e curioso para designar a realidade, que até agora tem sido denominada de “Universo”, caracterizada por uma realidade única, externa, tipicamente empirista, em que as coisas vão somente numa direcção. Em contraponto, ele propõe antes que designemos a realidade como “Multi-verso”, que seria uma manifestação da realidade nos seus múltiplos aspectos. É parte deste “Multi-verso” da psicoterapia que queremos descobrir e entender.

Esta investigação, ao contrário de outros estudos que se focam apenas numa dimensão, pretende observar características do terapeuta e do cliente, bem como várias vertentes do

processo e do resultado terapêutico. A nível das figuras principais do processo procura-se conhecer qual o estilo de terapeuta e o estilo de coping, grau de resistência e motivação cliente para a terapia. A nível do processo, procura-se conhecer a aliança terapêutica; a nível do resultado terapêutico, pretende-se avaliar o bem-estar geral e a condição de sintomatologia no cliente. Beutler e Machado (1992) afirmam que a investigação centrada nos resultados terapêuticos tem estado muito preocupada com a análise dos efeitos principais (por exemplo, com o tipo de terapia) e que descuida as interações que poderão ser potencialmente significativas, tais como as interações entre características do cliente e o tipo de terapia, ou entre o cliente e o terapeuta. Segundo Machado (1994) estas limitações têm levado os investigadores a introduzir nos seus desenhos experimentais novas variáveis, no sentido de avaliar experimentalmente a complexidade do processo terapêutico. Nesse sentido, far-se-á de seguida uma apresentação dos estudos mais proeminentes que têm sido feitos acerca do conhecimento das características do terapeuta e dos clientes que parecem contribuir para uma psicoterapia mais eficaz.

3. Estilo do terapeuta

Estilo do Terapeuta é definido como o conjunto de características que cada terapeuta aplica numa dada situação psicoterapêutica, discriminando e ajustando as particularidades do acto terapêutico (Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003).

As características do terapeuta parecem ter sido negligenciadas pela investigação, mas recentemente tem havido maior interesse pelo seu conhecimento. Beutler, Machado e Allstetter Neudfelt (1994) referem que o estilo do terapeuta é uma característica relativamente estável ao longo do tempo e tem a particularidade de ajudar a moldar a forma específica de implementação de uma determinada técnica ou procedimento. O estilo de um indivíduo é determinado por um conjunto de traços através dos quais ele pode ser reconhecido pelos outros e, para além disso, contribui para que ele possa revelar alguma consistência no seu comportamento quando se confronta com diferentes situações (Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003). Quando se aplica esta ideia à psicoterapia e ao estilo do terapeuta, os autores Fernandez Álvares, et al, (2003) descrevem-no como a marca pessoal de cada terapeuta e essa forma pessoal de actuação no contexto terapêutico tem um impacto relevante no resultado da terapia. O estilo de terapeuta é um

princípio geral para qualquer tipo de psicoterapia, independentemente da abordagem terapêutica ou do tipo de cliente (Fernandez Álvares et al, 2003).

Considerando a aliança terapêutica como medida de avaliação do curso de desenvolvimento psicoterapêutico, Corbella e Botella (2004), apesar de considerarem que os vários estudos feitos nesta área apresentam dados contraditórios, identificam um conjunto de atitudes dos terapeutas, que ajudam no estabelecimento da aliança terapêutica e no desenvolvimento positivo do processo terapêutico. A empatia e o acolhimento adequado do terapeuta são duas qualidades que a maioria dos investigadores parece considerar como sendo muito relevantes, embora não sejam suficientes, para o estabelecimento de uma boa aliança (Bachelor & Horvath, 1999; Corbella et al, 2003). Da mesma forma, os autores citam o estudo de Henry e Strupp (1994), cujos resultados vão no sentido de apoiar a ideia de que os comportamentos de exploração e de valorização efectuados pelo terapeuta facilitam a aliança com o cliente e, a pouca valorização junto do cliente prejudica a aliança.

O nível de experiência do psicoterapeuta, foi uma outra característica referida pelos autores Corbella *et al* (2003) e os resultados revelaram que a relação entre a aliança e a experiência do psicoterapeuta não é significativa (Dunkle & Friedlander, 1996; Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik, 2001; Kivlighan, Patton & Foote, 1998), ou seja a aliança terapêutica não revela diferenças significativas entre os grupos de terapeutas com maior e menor experiência. Curiosamente, MallincKrodt e Nelson (1991) referem que o aumento da formação dos terapeutas influenciava positivamente o estabelecimento da aliança, mas noutro estudo efectuado por Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001) encontraram resultados que apontam para o facto de que o treino e formação dos terapeutas serem variáveis que estavam positivamente relacionadas com a aliança, quando ela era avaliada pelos terapeutas, mas não quando era avaliada pelo cliente.

De realçar um estudo realmente incomum de Safran, Muran e Samstag (1994) que descobriram que se favorecia a aliança terapêutica quando o terapeuta tinha a capacidade para aceitar parte da responsabilidade pelas rupturas relacionais na terapia e, quando metacomunicava com o cliente em relação a possíveis malentendidos.

Segundo, Dunkle e Friedlander (1996) determinadas características do terapeuta foram associadas a uma melhor aliança, nomeadamente menos hostilidade auto-direccionada, maior auto-percepção de apoio social e maior grau de conforto nas relações interpessoais mais íntimas. Por outro lado, Rubino, Barker, Roth e Fearon (2000) estudaram a relação

entre os estilos de vinculação e a decisão do terapeuta em terminar a aliança com o cliente, e os resultados apontam para o facto de que os terapeutas mais ansiosos tendem a terminar a aliança terapêutica com menos empatia, em especial com os clientes ansiosos e seguros.

Corbella et al (2003), Gaston e Ring (1992), Marzili (1984) referem que os clientes, aos quais é-lhes custoso estabelecer uma boa relação terapêutica podem beneficiar mais de técnicas específicas, enquanto que os que estabelecem uma boa aliança com o seu terapeuta podem beneficiar de intervenções menos técnicas e mais exploratórias.

No sentido de conhecer o estilo de actuação de cada terapeuta, Corbella (2005), Fernández-Álvarez, Garcia, LoBianco e Corbella (2003) e Beutler e Clarkin (1990) têm vindo a desenvolver estudos no sentido de caracterizar o estilo pessoal do terapeuta. Elaboraram o Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta (Q.E.P.T.) que pretende enriquecer a formação de psicoterapeutas, uma vez que poderá ajudar a treiná-los em diferentes formas de comunicação e de intervenção psicoterapêutica, respeitando e tirando partido do estilo pessoal de cada um. O objectivo não é o de procurar saber qual é o melhor estilo de terapeuta, mas sim ajudar cada um a encontrar o seu próprio estilo, em função das suas variáveis pessoais, dos posicionamentos teóricos e da atitude terapêutica. Cada terapeuta pode ter habitualmente um determinado estilo, ou seja fazer um uso mais frequente de uma determinada função/acção na psicoterapia. Os diferentes estilos foram organizados a partir das diferentes funções/acções que o terapeuta pode ter no seu trabalho terapêutico: a) Instrutiva (estabelecimento do cenário para a terapia), b) Atencional (agrupar a informação) c) Expressiva (forma de comunicação), d) Operativa (implementação instrumental), e) Avaliativa e f) Comprometimento interpessoal. Ao caracterizar um terapeuta com um, ou com vários destes estilos, caracterizamo-lo na sua forma de actuação, na sua tendência em utilizar com maior frequência uma destas funções. Acrescente-se ainda que o estilo do terapeuta não é estático, é caracterizado por dinamismo suficiente de forma a permitir-lhe utilizar uma ou outra função, de acordo com a exigência do momento terapêutico e consoante as características do seu cliente.

No quadro seguinte (Quadro 2) apresenta-se cada uma das funções do estilo pessoal do terapeuta, e a sua correspondente dimensão contínua bipolar onde se enquadra o perfil do terapeuta (Fernández-Alvarez, 1998; Corbella, 2005).

Quadro 2 - As funções do estilo pessoal do terapeuta e as correspondentes dimensões bipolares do perfil do terapeuta (Fernández-Alvarez, 1998; Corbella, 2005)

Estilo Pessoal do Terapeuta	Perfil do Terapeuta
Função Instrutiva	Os terapeutas flutuam entre RÍGIDOS e FLEXÍVEIS.
Função Atencional	Os terapeutas flutuam entre ACTIVOS e RECEPTIVOS.
Função Expressiva	Os terapeutas flutuam entre DISTANCIAMENTO e PROXIMIDADE.
Função Operativa	Os terapeutas flutuam entre DIRECTIVOS e PERSUASIVOS/ESPONTÂNEOS.
Função Avaliativa	Os terapeutas flutuam entre OPTIMISTAS/ESTIMULADORES e CRÍTICOS.
Função de Comprometimento Interpessoal	Os terapeutas flutuam entre MUITO COMPROMETIDOS e POUCO COMPROMETIDOS
Função Fomentativa (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin & Bongar , 2000)	Uso de procedimentos dirigidos a fomentar mais a ACÇÃO ou o INSIGHT no cliente.

Ao comunicar com o cliente, o terapeuta utiliza múltiplos níveis de comunicação e combina formas estilísticas e modalidades singulares ajustadas a cada situação terapêutica (Fernández-Alvarez, 1998; Corbella, 2005). Tais características, referentes ao seu estilo comunicativo vão estruturando o perfil pessoal de actuação na terapia, incluindo a forma como se relaciona com o cliente. São essas características que constituem o seu estilo individual e agrupam-se em diferentes funções que serão apresentadas de seguida de forma mais aprofundada.

Função Instrutiva – Os terapeutas flutuam entre RÍGIDOS e FLEXIVEIS.

Rigidez vs Flexibilidade: é a forma que o terapeuta encontra para estabelecer os limites. Pode ser mais ou menos rígida, tanto na realização das acções ou tarefas terapêuticas, como nas trocas que ocorrem dentro da relação terapêutica.

Alta assimetria vs Moderada assimetria: a assimetria alta situa o papel do terapeuta distante do cliente; a assimetria moderada tende a ser um convite para a participação do cliente de uma forma envolvente e activa de intervenção. É muito recomendada quando a psicoterapia está apenas direccionada para o desenvolvimento pessoal do cliente, mas pode ser arriscada em clientes com comportamentos muito impulsivos (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

Segundo Corbella (2005), o terapeuta acciona o processo terapêutico mediante um conjunto de prescrições que dizem respeito às diferentes tarefas que o cliente deverá seguir e ao sistema de regras e de normas que regem o processo psicoterapêutico. As prescrições mais relevantes segundo Corbella (2005) são as seguintes:

- Acções a serem realizadas pelo cliente.
- Relativas ao cumprimento formal do contrato terapêutico.
- Comparecer a horas aos horários estabelecidos.
- Pagar os honorários estabelecidos.
- Aceitar as decisões do terapeuta sobre as regras de trabalho.
- Relativas ao trabalho de mudança que se procura com o tratamento.
- Comunicar os conteúdos necessários para levar a cabo a tarefa (ideias, emoções, memórias).
- Realizar as tarefas combinadas entre as sessões.
- Natureza e limites da vinculação entre cliente e terapeuta.
- Envolvimento tolerado de outras pessoas próximas do cliente no decurso de um processo terapêutico.
- Organização e Actividades desenvolvidas pelo terapeuta (ou equipa de terapeutas).

A forma de comunicação entre ambos é tanto digital como analógica. Em muitos casos, as acções esperadas são comunicadas de um modo pouco explícito e o cliente deve, aos poucos, deduzir o que se espera dele de um modo indirecto (Corbella, 2005). Quando um terapeuta é mais rígido, pode transmitir ao cliente que não existirão alterações no plano de tarefas estabelecido. Ou, pelo contrário, um terapeuta mais flexível poderá antecipar a possível necessidade de efectuar certas alterações, mediante determinadas condições. Cada modelo teórico tem as suas próprias prescrições gerais e cada uma das suas técnicas requer condições específicas de aplicação, mas cada terapeuta imprime a sua marca particular na forma como expressa essas prescrições gerais. Um exemplo que tipifica esta dimensão é “tenho tendência a exigir o cumprimento rigoroso dos horários”.

Função Atencional – Os terapeutas flutuam entre **ACTIVOS** e **RECEPTIVOS**.

Actividade vs Receptividade: os terapeutas preocupados em atingir resultados rápidos tendem a operar na direcção da actividade; apresentam novas informações que vão numa

nova direcção. Quando o terapeuta opera de forma mais receptiva, a sua atenção está mais direccionada para captar emissões espontâneas produzidas pelo cliente.

Concentrado vs Abertura: quando o terapeuta se posiciona perante o cliente de uma forma muito concentrada, ele facilita o registo de informação bem definida. Esta postura tende a encontrar-se em terapeutas que preferem modelos ortodoxos, ou abordagens terapêuticas muito estruturadas. O estilo mais aberto, por outro lado, é mais frequente em terapeutas que utilizam modelos mais ecléticos e que tendem a trabalhar em múltiplos níveis de intervenção (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

O terapeuta deve estar atento ao que ocorre durante todo o processo. A sua capacidade para tal depende da quantidade e qualidade de informação que ele está em condições de recolher e que deverá utilizar para decidir as suas intervenções, bem como para avaliar o desenvolvimento do processo terapêutico (Corbella, 2005). Por exemplo, quando o programa de intervenção é muito estruturado, ou quando o modelo teórico enfatiza a directividade na intervenção, o terapeuta sentirá alguma pressão para actuar de forma activa e concentrar a sua atenção em determinados aspectos. Mas, quando está perante programas terapêuticos menos estruturados, a sua atenção tende a ser mais aberta e distribuída.

Assim, o modelo teórico e as técnicas implementadas influenciam de alguma maneira o modo como se deve fazer circular a informação, apesar de o terapeuta encontrar quase sempre uma margem ampla de opções sobre qual a melhor forma de actuar. O terapeuta pode acreditar que essas informações surgirão de forma espontânea, ou pelo contrário, actuar de uma determinada forma para que elas surjam (Corbella, 2005). Na psicanálise ortodoxa, o analista (que se orienta a partir da associação livre) pode acreditar que necessita de activar o cliente para que ele expresse o que está a pensar. Para tal, pode utilizar estratégias directas ou indirectas para fazer perceber a sua intenção. Existe uma certa tendência a acreditar que quanto mais activa for a atenção do terapeuta, mais concentrada será a sua focalização, mas segundo Corbella (2005) nem sempre atenção activa e focalização coincidem. Um exemplo típico desta dimensão é “interessa-me trabalhar com clientes que apresentem problemas focalizados”.

No pólo oposto encontra-se situações em que o terapeuta considera que o cliente entenderá naturalmente o que é pretendido. Em qualquer dos casos, Corbella (2005) defende que não é necessário insistir junto do cliente para que ele produza determinadas informações,

referindo que quando se actua assim, é mais provável que a atenção se dissemine de forma aberta e sobre distintos níveis na produção do cliente, em vez de se encontrar focalizada naquilo que o terapeuta pretende tendo em vista promover mudança.

Função Expressiva – Os terapeutas flutuam entre DISTANCIAMENTO e PROXIMIDADE.

Baixo Tom Emocional (Distanciamento) vs Alto Tom Emocional (Proximidade): a forma de expressão emocional que pode contribuir para o sucesso de uma intervenção, pode exigir formas de baixa ou alta intensidade emocional. Um estilo de alta intensidade emocional pode ser necessário à medida que a complexidade do processo terapêutico aumenta, quer em termos da severidade do problema, ou a nível da profundidade dos objectivos ou da duração total da intervenção.

Corporal vs Verbal: há terapeutas que habitualmente utilizam formas corporais na sua comunicação expressiva, tais como gestos faciais, alguns olhares, o tom de voz e movimentos corporais. Mas existem outros que se expressam através de entoações verbais, tais como fluidez verbal, ou modificações no ritmo de comunicação, (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

O terapeuta deve ser empático o necessário para estabelecer um determinado grau de intercâmbio emocional com o cliente, para que ele se sinta seguro afectivamente e confiante o suficiente para pedir ajuda. Deve para tal, manter a relação terapêutica dentro de um marco de colaboração activa.

Segundo Corbella (2005) a função expressiva é aquela que apresenta mais diversidade de técnicas entre os diferentes modelos. Por exemplo, na velha tradição psicodinâmica defende-se o princípio da neutralidade analítica para fazer psicoterapia. Neste modelo, o terapeuta não devia influenciar o cliente com as suas expressões. Por outro lado, alguns modelos teóricos experienciais situam-se no pólo oposto e constroem o seu modelo de intervenção com base na força expressiva. Segundo o autor, a forma como ele se expressa emocionalmente durante as sessões é um factor sintetizador desta função, são no fundo as acções levadas a cabo pelo terapeuta para assegurar a comunicação emocional com o cliente (“as verdadeiras mudanças produzem-se no decurso de sessões com um clima emocional intenso”).

Função Operativa – Os terapeutas flutuam entre DIRECTIVOS (regulados/estruturados) e PERSUASIVO/ESPONTÂNEOS (intuitivos/não directivos).

Directividade vs Persuasão: os manuais de intervenção são um bom exemplo de técnicas que beneficiam de um estilo terapêutico mais directivo. No extremo oposto, encontramos os terapeutas que utilizam uma abordagem mais persuasiva e menos directiva na sua prática clínica. Nestes casos há um grande interesse em conseguir uma maior participação do cliente no processo, e isso ocorre em intervenções que procuram trabalhar toda a personalidade do cliente, (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

A psicoterapia é um campo de acção que abarca uma grande diversidade de procedimentos. Uma forma de classificar os seus diferentes variantes é considerá-los em procedimentos abertos ou fechados. Corbella (2005) refere que alguns terapeutas se sentem mais confortáveis quando conhecem antecipadamente cada um dos procedimentos da sessão, (por exemplo, os manuais terapêuticos) enquanto que outros, preferem que exista uma grande margem para a improvisação (modelos dinâmicos, expressivos). Quanto mais delimitada for a psicoterapia maior possibilidade existe de controlar o seu curso de acção. Segundo Corbella (2005), para programar uma psicoterapia, há que ter em conta um conjunto de factores, que poderão facilitar ou dificultar o processo:

- a) Quanto mais difícil é o problema, ou quanto menos se sabe sobre ele, ou sobre problemas idênticos, menos probabilidade há de conhecer de antemão o que se deve fazer;
- b) As formas mais directivas de intervenção estão ligadas a modelos mais preditivos, enquanto que as formas mais discursivas se relacionam com modalidades mais abertas;
- c) Os dispositivos mais simples só admitem programas terapêuticos mais sensíveis;
- d) Algumas técnicas estão claramente desenhadas para serem aplicadas de um modo racional e seguindo passos bem delineados, enquanto que outras modalidades implicam uma forma de intervenção mais intuitiva.

Exemplos que fazem parte desta dimensão são: “nas minhas intervenções sou predominantemente directivo” ou “sinto-me mais inclinado(a) a acompanhar o cliente na sua exploração, do que indicar-lhe os caminhos a seguir”.

Função Avaliativa – Os terapeutas flutuam entre OPTIMISMO/ESTIMULADORES (dirigidos para o resultado) e CRÍTICOS (dirigidos a compreender como atingiram os objectivos).

Optimismo vs Criticismo: apesar de haver critérios de avaliação objectivos, baseados na observação ou no uso de instrumentos, cada terapeuta faz avaliações paralelas ao longo da sua intervenção. Uma tendência optimista favorece aspectos relacionados com uma expressão empática e inspiradora de mudança. Contudo, pode ser prejudicial subestimar-se os problemas com os quais o cliente se confronta.

Focada nos Meios vs Focada nos Efeitos: quando a avaliação se foca nos efeitos, estamos perante uma avaliação mais direccionada para a investigação, enquanto que a avaliação focada nos meios está mais direccionada para explorar o interesse e a prática clínica, (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

Os terapeutas avaliam a psicoterapia ao longo de todo o processo. A avaliação é uma acção que se realiza espontaneamente como um meio para regular o decurso da terapia. Também pode ser realizada de forma deliberada tendo em conta determinadas regras. Em ambos os casos, implica sempre a participação pessoal do terapeuta. A avaliação contínua atinge todos os momentos de psicoterapia. O terapeuta deve de avaliar o início, o desenvolvimento e os resultados alcançados. Avaliar o desenvolvimento implica explorar/avaliar tanto a constituição da relação terapêutica como a implementação das técnicas. Alguns terapeutas privilegiam na sua avaliação a forma como seguiram todos os procedimentos de intervenção, enquanto outros concentram-se no grau de satisfação percebido pelo cliente. Segundo Corbella (2005) quem se centra mais na aplicação correcta dos procedimentos é mais crítico no seu processo de avaliação, enquanto que os terapeutas que se focam na satisfação do cliente têm uma atitude mais optimista.

Função de Comprometimento (Envolvimento inter e intra pessoal) – Os terapeutas flutuam entre PROXIMIDADE/MUITO COMPROMETIDOS e DISTANCIAMENTO/POUCO COMPROMETIDOS. Esta função sintetiza o envolvimento preconizado em todos os modos de comunicação que ocorrem durante o acto terapêutico (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998).

Comprometimento Interpessoal: Proximidade vs Distanciamento. Alguns terapeutas só se sentem confortáveis quando conseguem manter uma relação com o cliente que não implique envolvimento pessoal. Este perfil é mais frequente naqueles terapeutas que preferem intervenção individual em vez de grupo, ou com clientes cujos problemas não são muito graves, que tem um alto nível de autonomia e com programas terapêuticos focalizados.

Comprometimento Intrapessoal: Focalizado vs Extensivo. Refere-se ao grau de envolvimento que o terapeuta sente em relação ao seu trabalho e em relação às outras áreas da sua vida. O modelo focalizado refere-se aquele tipo de terapeuta que raramente envolve os aspectos da sua vida pessoal no seu trabalho, (a nível de tempo, família, relações interpessoais, expectativas económicas e prestígio social). O outro modelo (Extensivo) refere-se àquele tipo de terapeuta que se sente mais comprometido com o seu trabalho, e esse comprometimento tem efeitos e repercussões em várias áreas da sua vida pessoal.

O trabalho em psicoterapia implica um elevado grau de envolvimento pessoal por parte do terapeuta. Nalguns casos, implica um elevado grau de risco, dependendo da complexidade dos casos clínicos e da estabilidade pessoal dos terapeutas. Um compromisso adequado será aquele que situa o envolvimento intra pessoal num nível médio. Contudo, em determinadas circunstâncias, existem envolvimento muito intensos ou muito ligeiros que poderão ser mais benéficos para o processo terapêutico. Alguns clientes necessitam de terapeutas com um alto nível de comprometimento intra pessoal, noutros casos, acontece o contrário, ou seja, alguns clientes são beneficiados se o terapeuta não estiver demasiado envolvido na vida do cliente. Um exemplo do tipo de questão que envolve esta dimensão é, “eu penso muito acerca do meu trabalho, mesmo nos meus tempos livres”.

Função Fomentativa – procedimentos dirigidos a fomentar a ACCÇÃO e o INSIGHT no cliente.

Os psicoterapeutas tendem a usar habitualmente estratégias terapêuticas ou procedimentos que procuram estimular a auto-consciência/insight do cliente, ou então que procuram a mudança comportamental actuando directamente no sintoma. A orientação teórica do terapeuta tem um peso específico no uso de uns ou outros procedimentos, em função dos objectivos que se pretende atingir. Por isso, a função fomentativa está

directamente relacionada com a orientação teórica que o terapeuta adota. Baseada na dimensão “dirigida à acção vs dirigida ao insight” proposta por Beutler e Clarkin (1990) no seu modelo de Selecção Sistemática de Tratamentos esta função ilustra bem, segundo Corbella (2005), a preferência do terapeuta no que diz respeito à estimulação do insight ou à estimulação da mudança a partir da acção.

A Selecção Sistemática de Tratamento, proposta por Beutler (Beutler & Clarkin, 1990) e que será explorada mais adiante, é uma abordagem metodológica interessante que os autores têm vindo a desenvolver e a apresentar à comunidade científica sobre a relação entre as intervenções do terapeuta e as variáveis relacionadas com o cliente. Esta abordagem metodológica engloba duas grandes dimensões de análise: a) a directividade do terapeuta relacionada com a resistência do cliente e, b) a tendência do terapeuta em direccionar a sua atenção, mais para a acção ou mais para o insight do cliente, atendendo ao estilo de coping do próprio cliente. Por exemplo, o autor considera que, atendendo aos resultados obtidos com este modelo de análise, um cliente mais resistente e com um estilo de coping mais internalizador, beneficiará mais se estiver a trabalhar com um terapeuta pouco directivo e mais dirigido ao insight do que à acção.

O estilo de terapeuta pode ser compreendido a partir de dois domínios básicos: o primeiro domínio é predominantemente cognitivo (incluem-se aqui as dimensões atencional e operativa) e o segundo domínio é mais motivacional-emocional (de que fazem parte as dimensões expressiva e de comprometimento interpessoal). A dimensão instrutiva segundo os autores (Fernandez Álvares, et al, 2003) parece incluir aspectos de ambos os domínios.

Segundo Ceberio (2003) nem todas as tácticas são técnicas, embora todas as técnicas fazem parte das tácticas. As tácticas são produto da espontaneidade e criatividade do terapeuta e as técnicas estão mais estandardizadas, sendo que a sua criatividade está em saber quando e como aplicá-las. Ceberio (2003) psicólogo da América do sul, tem uma perspectiva curiosa acerca da intervenção de um terapeuta. Refere que o conjunto das técnicas e das tácticas aplicadas pelo terapeuta, pode dividir-se em três tipos:

As intervenções verbais são aquelas que se desenvolvem no contexto da sessão. Caracterizam-se pelo nível de persuasão, pela capacidade para ser directivo no campo dos marcos semânticos.

As intervenções corporais são as que se implementam mediante técnicas corporais como o psicodrama, a expressão corporal e exercícios e jogos gestálticos. Incluem-se aqui

tudo o que envolve a linguagem analógica, ou seja tudo o que envolve a linguagem através de gestos, as acções e o uso do corpo no espaço da sessão.

As intervenções de acção desenrolam-se maioritariamente fora do contexto da sessão e são as clássicas prescrições de comportamento.

Segundo o mesmo autor a relação terapêutica pode ser concebida como uma coreografia onde se implementam os três tipos de intervenções. Isto não quer dizer, do seu ponto de vista, que o terapeuta deva manejar com perícia total todo o conjunto de técnicas, uma vez que algumas dessas técnicas serão suas preferidas, outras terão a sua marca pessoal (uma habilidade natural ao implementá-las) e outras são incorporadas através da sua formação clínica. O importante nesta dança de intervenções é que exige muito treino, é incorporar a capacidade para detectar o momento mais pertinente para introduzir o melhor tipo de intervenção e saber qual aquela intervenção mais adequada àquele estilo de cliente.

A experiência clínica mostra que alguns estilos podem ser mais adequados que outros para determinadas situações clínicas. Em vez de se adaptarem a um determinado padrão terapêutico, os terapeutas poderão beneficiar mais se descobrirem quais as situações em que o seu próprio estilo poderá ser mais apropriado, (Fernández-Álvarez et al, 2003).

Grande parte dos estudos de investigação feitos com sujeitos de língua inglesa (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Beutler, Moleiro, Malik Harwood et al., 2003; Beutler, Moleiro & Talib, 2002; Caine, Wijensinghe & Winter, 1981) e com sujeitos de língua espanhola (Corbella, Garcia, Botella & Keena, 2001) sugerem a importância de analisar-se a compatibilidade entre as características pessoais do terapeuta, as características do cliente, e os aspectos do tratamento, como forma de tornar a intervenção terapêutica mais eficaz. Na sequência desta ideia, que tem vindo a ser apresentada ao longo deste capítulo, far-se-á, de seguida, uma breve exploração dos estudos de investigação que têm sido desenvolvidos no âmbito do conhecimento das características do cliente.

4. Estilo do cliente

As variáveis pessoais como o índice de eventos stressantes (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis & Cohen, 1983), as relações sociais e familiares do cliente (Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991), as variáveis interpessoais como a qualidade das relações de objecto (Bordin, 1994; Piper, Azim, Joyce & McCallum, 1991), a motivação, as expectativas (Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1989; Pelletier,

Tucson & Haddad, 1997) e as atitudes (Kokotovic & Tracey, 1990) influenciam de forma significativa o processo e a aliança terapêutica.

Alguns estudos referem resultados convergentes (Eames & Roth, 2000; Mallinckrodt, Coble & Gantt, 1995) no que diz respeito aos clientes que apresentam uma relação de vinculação ansiosa: obtinham piores resultados na aliança terapêutica do que os clientes com uma relação de vinculação segura. Curiosamente, Satterfield e Lyddon (1998) encontraram uma relação bastante significativa entre o padrão de vinculação dependente e a aliança terapêutica, ou seja quanto mais dependente era o padrão de vinculação do cliente, melhor era a aliança terapêutica.

Os estudos de Crowley (2001), Horvath e Symonds (1991) sobre a severidade dos sintomas apresentados pelo cliente e a aliança terapêutica explicam que a severidade tem pouco impacto na construção de uma aliança positiva. No mesmo sentido vão os resultados de Hersoug, Monsen, Havik e Hoglend (2002) sobre o diagnóstico do cliente e a aliança terapêutica, que não apresentam uma correlação significativa. Mas, por outro lado, Eaton, Abeles e Gutfreund (1988) apresentam resultados algo contraditórios, ao referirem que a sintomatologia do cliente influenciava negativamente a aliança terapêutica.

Embora nem todos os sentimentos negativos expressos pelo cliente durante a sessão sejam necessariamente indicadores de uma aliança negativa (Corbella & Botella, 2003), Gaston, Marmar, Thompson e Gallagher (1988), Kiesler e Watkins (1989), Muran, Segal, Samstag e Crawford (1994), Strupp e Hadley (1979) referem que os sentimentos de defensividade, de hostilidade e a dominância do cliente relacionam-se com a dificuldade do cliente em criar uma boa relação de trabalho terapêutico.

Uma outra atitude do cliente identificada por Blatt, Quintlan, Pilkonis e Shea (1995) e Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow e Pilkonis (1998), que poderá dificultar a construção da aliança foram os níveis de perfeccionismo apresentados pelo cliente ao longo do processo que se relacionavam negativamente com o resultado da terapia. Tal como referem Corbella e Botella (2003) apoiando-se nos estudos de Mongrain (1998), Zuroff e Fitzpatrick, (1995), a auto-crítica está relacionada com o perfeccionismo e tem vindo a ser associada com esquemas relacionais negativos e com estilos de vinculação evitantes. Poder-se-á, com alguma segurança, concordar com a opinião de Corbella e Botella (2003) de que, se o funcionamento interpessoal do cliente influencia o resultado da aliança terapêutica, então o estilo do terapeuta e, conseqüentemente, as suas intervenções durante a sessão, são

dimensões fulcrais para entendermos como decorre e se desenvolve a relação entre o terapeuta e o cliente e, como se vai estabelecendo a aliança entre ambos. Por exemplo, a aliança terapêutica e a compatibilidade entre terapeuta e cliente são duas variáveis que apresentam em diversos estudos, relações estatisticamente significativas (Corbella & Botella, 2003; Corbella, 2003) e além disso, vários estudos referem que é a partir das primeiras sessões que se estabelece (ou não), uma complementaridade entre o terapeuta e o cliente (Quintana & Meara, 1990; Henry Schacht & Strupp, 1990): ela pode ir facilitando, ou dificultando a construção da aliança terapêutica. Por exemplo, Reandeu e Wampold (1991) referem que a complementaridade entre o terapeuta e o cliente estava relacionada de forma significativa com a aliança. Em 1994, Luborsky diz que determinadas semelhanças entre o terapeuta e o cliente poderão favorecer a aliança terapêutica, nomeadamente uma idade aproximada entre ambos e o facto de serem do mesmo género. Os resultados observados nos estudos de Al-Darmaki e Kivlighan (1993) bem como de Gelso e Cárter (1994), acrescentam a esta ideia de Luborsky duas variáveis que contribuem positivamente para a formação de uma aliança terapêutica positiva, a congruência entre expectativas e perspectivas do terapeuta e do cliente. Em 2001, Lupini adiciona a estas variáveis o facto de que se os valores pessoais do terapeuta e do cliente forem proximais, a aliança terapêutica tem tendência a ser mais positiva.

Beutler (2001), Beutler, Clarkin e Bongar (2000), Fisher, Beutler e Williams (1999) são autores que desenvolveram um método eficaz e rápido para conhecer melhor as características do cliente, nomeadamente a nível dos estilos de coping e os níveis de resistência do cliente, juntamente com outras dimensões que estão igualmente envolvidas na planificação de uma intervenção ou tratamento. O método chama-se Selecção Sistemática de Tratamento e tem as suas origens nos movimentos de integração que visam ajudar os clínicos a conseguir intervenções eficazes derivadas de teorias e modelos diferentes de forma a implementarem tratamentos adequados às características do cliente e às características do terapeuta (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Este método considera que a eficácia terapêutica está intimamente ligada à forma como se consegue uma adaptação dos tratamentos às características do cliente. Defende que para a psicoterapia ser eficaz não pode separar as características do cliente das características do terapeuta e das estratégias utilizadas. A eficácia é por isso mesmo um processo e não um resultado, na medida em que começa a construir-se mesmo antes do processo terapêutico se iniciar. Começa na formação

do terapeuta, na sua flexibilidade em dominar várias teorias, princípios e técnicas, na sua capacidade para identificar as variáveis relevantes do cliente para o sucesso terapêutico (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Para estes autores, a eficácia terapêutica depende da elasticidade do terapeuta em adoptar para cada cliente uma postura que vá ao encontro das suas características, bem como da sua capacidade em estabelecer uma aliança terapêutica que motive o cliente para a mudança. Para isso é importante, i) transmitir-lhe de forma realista aquilo que ele pode esperar daquela relação; ii) envolvê-lo no estabelecimento de objectivos terapêuticos; iii) o terapeuta ser capaz de tomar a decisão de implementar as técnicas que em determinado momento, mediante determinadas condições, o cliente mais precisa e, iv) o terapeuta ser capaz de avaliar o processo terapêutico e de o reformular se for necessário.

Assim para Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) um tratamento resulta de uma sequência de decisões derivadas da análise do cliente, do terapeuta e dos procedimentos de tratamento. Cliente, terapeuta e procedimentos desempenham um papel fundamental na optimização dos resultados terapêuticos.

As características do cliente e do problema trazido à consulta que se relacionam com a adaptação ao tratamento segundo Beutler (2001) são:

- 1) Grau de disfuncionalidade
- 2) Sofrimento subjectivo
- 3) Suporte social experienciado
- 4) Complexidade do problema
- 5) Níveis de resistência
- 6) Estilos de coping

É em função destas características que os diversos domínios do tratamento podem ser sistematizados e monitorizados, nomeadamente: 1) a intensidade e duração do tratamento; 2) as intervenções psicofarmacológicas; 3) as intervenções de suporte e apoio; 4) as terapias de intervenção interpessoal; 5) as intervenções focadas no insight e na relação; 6) as terapias focalizadas no problema; 7) as intervenções não directivas; 8) as intervenções paradoxais; 9) as intervenções descritivas e interpretativas e, 10) as intervenções orientadas para os sintomas (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000).

A literatura refere que algumas variações de personalidade existentes entre as pessoas, predispõem-nas para serem receptivas a diferentes tratamentos e esses padrões de resposta

são semelhantes a uma ampla gama de problemas. Por exemplo, dois clientes com uma depressão (com o mesmo diagnóstico) podem requerer tratamentos diferentes, de acordo com as suas características individuais, e estas características individuais poderão ser bons preditores do sucesso terapêutico (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Esta visão vem ajudar a reformular a visão da psicoterapia nos finais do séc. XX. As características dos clientes e a interacção dessas características com as características da intervenção são vistas como preditores úteis dos resultados terapêuticos, e podem enquadrar-se na visão teórica do construcionismo social no campo da psicoterapia. Assim a interacção de determinadas variáveis do cenário terapêutico, nomeadamente as variáveis do cliente e as variáveis da intervenção terapêutica, são estudadas numa perspectiva de co-construção psicoterapêutica em que é possível tomar decisões estratégicas de compatibilidade entre cliente e processos de terapia e para além disso, é possível reformular e adaptar as estratégias de intervenção à medida que se avalia e monitorizam os resultados terapêuticos. A psicoterapia não é estática e unidireccional. É um processo dinâmico e evolui conforme a matiz das interacções de várias figuras: das características do cliente, do tipo de tratamento e das características do terapeuta.

O Modelo de Selecção Sistemática de Tratamento apresenta uma sequência de 4 níveis de decisão, com efeitos cumulativos, visando o tratamento mais eficaz para a singularidade de cada cliente (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Os quatro níveis de tomada de decisão são apresentados no Quadro 3.

O nível 1, das Características Predisponentes do Cliente, compreende a avaliação de aspectos do problema apresentado, (sintomas, severidade) características de personalidade do cliente, (estilo de coping, atitudes interpessoais) e características contextuais (nível de disfuncionalidade, suporte social).

O segundo nível de tomada de decisão diz respeito ao âmbito de tratamento, nomeadamente o contexto no qual o tratamento deverá ocorrer (internamento ou ambulatório), a intensidade do tratamento, (com que frequência deverá ocorrer), a modalidade de tratamento (utilização de fármacos, intervenção psicossocial) e o formato do tratamento (se individual ou em grupo).

A Actividade do Terapeuta e a Relação Terapêutica, – terceiro nível da tomada de decisão, inclui decisões a nível da selecção de terapeutas cujos estilos pessoais de actuação e

expectativas sejam compatíveis com os do cliente e que acima de tudo facilitem a construção de uma boa relação terapêutica.

O nível 4, chamado de Adaptação do Tratamento às Características do Cliente, consiste na adequação das intervenções às necessidades específicas de cada cliente e para tal, é necessário que o terapeuta saiba gerir várias dimensões em paralelo: i) decidir o âmbito do tratamento em função do nível de disfuncionalidade e complexidade/severidade do problema; ii) adequar o foco da intervenção de acordo com o estilo interpessoal e o suporte social do cliente; iii) definir o foco da intervenção, se mais dirigida ao insight/consciencialização ou aos sintomas/comportamentos; iv) ajustar os níveis de directividade do terapeuta aos níveis de resistência do cliente (por exemplo, a intervenção será mais eficaz se o terapeuta adequar os níveis de directividade aos níveis de resistência do cliente) e, v) definir o tipo de terapia em função do grau de sofrimento subjectivo do cliente.

Quadro 3: Níveis de tomada de decisão do modelo de selecção sistemática de tratamento de Beutler, Clarkin e Bongar (2000)

Nível 1 Características Predisponentes do Cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Problema: sintomas, intensidade/severidade, complexidade/cronicidade. - Personalidade: estilos de coping, níveis de resistência/defensividade, sofrimento subjectivo, motivação para a mudança, auto-estima. - Contexto Envolvente: nível de disfuncionalidade, suporte social, competências e áreas fortes
Nível 2 Âmbito do Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto: internamento ou ambulatório. - Intensidade: frequência das sessões. - Modo: Farmacológico, psicossocial ou ambos. - Formato: Terapia de grupo, individual ou familiar
Nível 3 Actividade do Terapeuta e Relação Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Compatibilidade entre terapeuta e cliente: <ul style="list-style-type: none"> . Acções terapêuticas. . Níveis de directividade. . Foco no insight/consciencialização vs foco nos sintomas/comportamentos. . Catarse vs redução da activação emocional. . Competências pessoais do terapeuta. - Factores da relação – aliança terapêutica
Nível 4 Adaptação do Tratamento às Características do Cliente (Adaptação dos níveis 1 e 3).	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do âmbito do tratamento em função do nível de disfuncionalidade e complexidade/severidade do problema. - Adequar o foco da intervenção de acordo com o estilo interpessoal e o suporte social do cliente. - Definir o foco da intervenção, se no insight/consciencialização ou nos sintomas/comportamentos. - Ajustar os níveis de directividade do terapeuta aos níveis de resistência do cliente (maior resistência = menor directividade).

Deste modelo de Selecção Sistemática de Tratamento (SST) foram retiradas duas variáveis relevantes para este estudo que se enquadram no nível 1 das características predisponentes do cliente, designadamente o estilo de coping e os níveis de resistência do cliente. Assim para caracterizar os clientes deste estudo utilizou-se uma parte do instrumento de avaliação do SST, aquela que diz respeito às escalas de avaliação do estilo de coping do cliente e à avaliação dos seus níveis de resistência. Estas escalas, embora não tenham sido ainda adaptadas e validadas à população portuguesa foram traduzidas para a língua portuguesa por Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) e a versão espanhola foi adaptada e validada por Corbella, Beutler, Fernández-Álvarez, Botella, Malik, Lane e Wagstaff (2003).

4.1. Estilo de coping internalizado/externalizado

Estilo de Coping do Cliente, segundo Beutler e Harwood (2000) é a maneira típica da pessoa responder perante uma ameaça de perda de segurança e de bem-estar. Corbella, Beutler, Fernández-Álvarez, Botella, Malik, Lane e Wagstaff (2003) recorrem à definição de Beutler, Harwood, Alimohamed e Malik (2002) e definem estilo de coping como um padrão persistente de comportamento que se caracteriza, num dos extremos pela pouca assertividade, orientado para a acção, socialmente extrovertido e com condutas agressivas. No outro extremo, encontra-se um padrão de comportamento oposto, nomeadamente de desconfiança e inquietude, isolamento social, introversão e comportamentos auto-críticos. Os limites das duas dimensões do estilo de coping são caracterizados segundo Beutler e Clarkin (1990) pelo estilo externalizado e pelo estilo internalizado e consideram que a internalização está num pólo e a externalização está no pólo oposto. Segundo Corbella e Botella (2004) as dimensões bipolares resultam de vários estudos feitos acerca da personalidade, nomeadamente Introversão-Extroversão de Eysenck (1970) e Jung (1941); sociotrópico-autotrópico e activo-passivo de Anderson (1998) e Goldberg (1992). Os estilos externalizadores caracterizam-se pela extroversão, impulsividade, orientação ou direcção da acção para a tarefa, hedonismo e projecção (Beutler, 1983; Beutler & Clarkin, 1990; Gaw & Beutler, 1995). Os estilos internalizadores caracterizam-se pela sua introversão, auto-reflexão, autocrítica, inibição, direcção interna e excesso de controlo (Costa & Widiger, 1994; Eysenck, 1970, 1976; Gaw & Beutler, 1995). De acordo com Corbella e Botella

(2004) todas as pessoas, numa determinada altura da sua vida, actuaram de forma internalizadora e externalizadora, mas é possível encontrar um padrão geral e habitual de funcionamento para cada sujeito.

Corbella e Botella (2004) referem ainda que a variedade de estratégias e métodos que as pessoas utilizam para reduzir os efeitos negativos da ansiedade manifesta-se através do seu estilo de coping, e estas estratégias influenciam directamente as características pessoais de interacção com os outros sujeitos, em especial quando essa interacção ocorre num contexto ansiogénico para o indivíduo.

Aqueles clientes com uma direcção interna de interesses estão mais abertos à experiência terapêutica. Os clientes com uma direcção externa de interesses preferem tratamentos psicofarmacológicos ou mais comportamentais (Corbella, 2005).

No Quadro 4 apresenta-se as características típicas de cada um dos Estilos de Coping Externalizado e Internalizado.

Quadro 4: Características gerais dos estilos de coping: externalizado e internalizado
(adaptado de Beutler & Horward, 2000, In Corbella & Botella, 2004)

Externalizado	Internalizado
1. Sociável e extrovertido(a)	1. Tem mais tendência a sentir dor/sofrimento do que irritação
2. Procura impressionar os outros	2. É calado(a) nos encontros sociais
3. Procura novidades, actividade ou estimulação para evitar aborrecer-se ou ficar inactivo(a)	3. Reflecte e preocupa-se muito antes de agir
4. Procura melhorar o seu status social	4. Sente vergonha ou arrependimento por coisas menores (mais que culpa passageira)
5. É pouco sensível aos sentimentos dos outros	5. Deixa que as coisas aconteçam
6. Considera-se importante de forma exagerada	6. Falta-lhe confiança em si próprio(a)
7. É impulsivo(a)	7. Gosta de estar sozinho(a)
8. É autoritário(a) com os outros	8. É tímido(a)
9. Fala habitualmente sem pensar nas consequências das suas palavras	9. É relutante em mostrar o seu desagrado
10. Reage à frustração mostrando irritação de forma aberta	10. É introvertido(a)
11. Não está muito interessado(a) no que os outros pensam dele(a)	11. Não vai a festas com frequência

12. Por vezes mete-se em problemas devido à sua pouca paciência	12. Não deixa que os outros notem os seus sentimentos
13. Frustra-se com muita facilidade	
14. Aborrece-se com muita facilidade	
15. Tira prazer de festas agitadas	
16. É imaturo(a) emocionalmente e nos seus comportamentos	
17. Procura estar sempre a fazer actividades	
18. Não assume responsabilidade pelos problemas que surgem	
19. Não tem em conta os sentimentos dos outros	
20. Mostra pouca empatia pelos outros	
21. Envolve-se em problemas com alguma frequência, devido aos seus comportamentos	

Os clientes com um estilo mais externalizado (extrovertido, impulsivo) apresentavam melhores resultados terapêuticos com tratamentos cognitivo-comportamentais, (Corbella, 2005) dirigidos ao sintoma ou direccionados para a estimulação da competência no cliente, do que com tratamentos mais introspectivos (Beutler & Harwood, 2000). Os clientes com um estilo mais internalizado, (introvertido e restritivo) respondiam melhor a terapias orientadas para o insight e auto-consciência (Corbella, 2005).

4.2. Níveis de resistência

A resistência define-se, segundo Corbella (2005) como o conflito interpessoal entre diferentes partes ou vozes do self que impedem a mudança e dificultam o envolvimento e a acção do cliente dirigido à mudança. Segundo Brehm e Brehm (1981) a resistência reflecte um aspecto da personalidade que se manifesta por uma reacção forte e particular a determinadas situações e circunstâncias que ameaçam a autonomia do sujeito, ou que lhe provocam a perda de poder pessoal. Pode ser vista como uma tendência exagerada para percepcionar-se a si próprio como estando a ser atacado, ou uma tendência para interagir com os outros de uma forma hostil e agressiva. Segundo os autores, os comportamentos observáveis de resistência podem ser de afronta à autoridade até comportamentos de oposição, em que o sujeito faz exactamente o oposto daquilo que lhe é pedido, ou que é esperado.

A resistência pode ser observada como um estado situacional ou como um traço de personalidade e uma vez que exige um alto grau de abertura e de auto-exposição é muito difícil de avaliar a partir de medidas de auto-avaliação (Corbella, Beutler, Fernández-Álvarez, Botella, Malik, Lane & Wagstaff, 2003). Strupp, Horowitz e Lambert (1997) referem que as características das medidas de auto-avaliação correlacionam-se pouco com os julgamentos dos clínicos. Essas medidas de auto-avaliação dos próprios clientes sofrem uma grande variabilidade devido à motivação e capacidade de insight do cliente (Fisher, Beutler & Williams, 1999). As primeiras medidas de auto-avaliação da resistência foram “The Therapeutic Reactance Scale –TRS” (Dowd, Milne & Wise, 1991) e o MMPI/MMPI-2 (Butcher & Beutler, 2003) e estas medidas são habitualmente complementadas com a avaliação do terapeuta, justamente para aumentar o seu grau de fiabilidade.

De seguida apresentam-se situações típicas descritas por clientes que indicam um alto nível de resistência (adaptado de Beutler & Harwood, 2000, por Corbella, 2005).

Exemplos de situações típicas indicadoras de resistência no cliente (Adaptado de Beutler & Harwood, 2000, por Corbella, 2005)

1. Frequentemente expressa ressentimento face aos outros.
2. Parece ter a expectativa que os outros se aproveitam dele(a).
3. Foi controlador nas suas relações.
4. É desconfiado e suspeita dos motivos dos outros.
5. Expressa ressentimento por não ter as vantagens e oportunidades que os outros têm.
6. Desobedece “às regras” com frequência.
7. É competente.
8. Tem um comportamento de oposição quando os outros o tentam controlar.
9. É dominador nas relações de forma frequente.
10. Mostra-se ressentido com aqueles que estabelecem as regras.
11. Está mais satisfeito quando é ele(a) a comandar.
12. Sente-se muitas vezes culpabilizado pelos erros e faltas de outras pessoas.
13. Quando é provocado responde de forma provocatória também.
14. Frequentemente evita ser o “perdedor” nos desacordos.

Segundo Corbella (2005) a presença de níveis mensuráveis de resistência no cliente é um bom indicador do tipo de terapia que mais o beneficiará, tendo em conta o nível de

directividade dos procedimentos do tratamento proposto por Beutler e Harwood (2000). As intervenções minimamente estruturadas, o treino de auto-instruções, os procedimentos não directivos ou as indicações paradoxais são mais eficazes juntos de clientes com níveis de resistência elevados. Por outro lado, as intervenções directivas e os tratamentos mais orientados pelo clínico são mais eficazes junto de clientes com baixos níveis de resistência, (Beutler & Harwood 2000).

Segundo Beutler e Harwood (2000) existem dez princípios básicos da Terapia Prescritiva que são usados na terapia individual para promover a mudança e para induzir diferentes graus de resposta no cliente. Os autores defendem a ideia de que a selecção de determinadas estratégias e técnicas pode aumentar ou reduzir a possibilidade de mudança e de melhoria no cliente. Estes princípios são os guias orientadores da selecção de tratamento que o terapeuta deverá proporcionar ao cliente escolhendo as estratégias terapêuticas mais adequadas às características do cliente. De seguida apresentam-se estes dez princípios.

Dez princípios básicos da terapia prescritiva (Beutler & Harwood, 2000)

1. O terapeuta deve conhecer distintos procedimentos terapêuticos e trabalhar para transmitir confiança, colaboração, aceitação e respeito pelo cliente e, deve fazê-lo ao mesmo tempo que proporciona um ambiente de apoio à mudança com muita segurança.

2. O terapeuta deve manter o cliente informado sobre a duração do tratamento e da sua eficácia, proporcionando apoio e assegurando-se que ele compreende claramente o seu papel, bem como as actividades que se espera que ele faça durante o tratamento.

2. Uma elevada deterioração funcional indica a necessidade de um tratamento relativamente intenso.

3. É mais provável que a mudança terapêutica ocorra quando o cliente é exposto ao objecto ou a estímulos de evitação comportamental e emocional.

4. A mudança terapêutica é maior quando o foco interno ou externo das intervenções seleccionadas está em consonância com os métodos internos ou externos de evitação, tipicamente mais usados pelo cliente para lidar com o stress (estilo de personalidade).

5. A mudança terapêutica será mais provável de ocorrer, se o foco dos esforços iniciais de mudança for a redução dos sintomas.

6. A mudança terapêutica terá maior probabilidade de ocorrer, quando os procedimentos terapêuticos não geram resistência no cliente.

7. A mudança terapêutica é maior quando a directividade das intervenções, corresponde inversamente ao nível de resistência do cliente.

8. Quando o nível de stress emocional do cliente é moderado, a probabilidade de mudança terapêutica é maior.

9. A mudança terapêutica é maior quando o cliente é estimulado na sua dimensão emocional, num ambiente confortável e seguro, até que a resposta problemática se extinga ou diminua.

Corbella (2005) salienta também alguns princípios importantes para a prática da psicoterapia que pretendem promover uma reflexão mais aprofundada acerca da compatibilidade entre o terapeuta e o cliente:

Princípios para a prática da Psicoterapia (Corbella, 2005)

1. Atribuir um cliente a um determinado terapeuta é muito importante para o processo e resultado da psicoterapia.

2. Na escolha de um terapeuta para um determinado cliente devemos ter em conta a resistência do cliente e o estilo do terapeuta. É recomendável que aqueles clientes mais resistentes sejam destinados a terapeutas com um estilo pouco directivo.

3. Ter em conta o estilo do cliente e o estilo do terapeuta: clientes internalizadores devem ser atendidos por terapeutas com um estilo mais dirigido ao insight e os externalizadores deverão ser atendidos por terapeutas com um estilo mais dirigido à acção do cliente.

4. A resistência do cliente deve ser tida em conta no processo de avaliação inicial, e o terapeuta deve trabalhar sobre essa resistência para beneficiar o cliente. A resistência não é uma dificuldade do cliente, mas é sim uma oportunidade para o trabalho conjunto entre o cliente e o terapeuta.

5. O terapeuta deve conhecer o seu estilo pessoal para facilitar a optimização dos seus recursos e habilidades pessoais.

6. O terapeuta deve adaptar o seu modo de comunicação, o seu estilo terapêutico às características do cliente. Se o cliente é resistente, o terapeuta deve tentar adaptar o seu estilo para que ele reverta num estilo menos directivo possível.

7. O esforço do terapeuta para adaptar o seu estilo às características do cliente, deve ser reduzido quando resulta em algo incomodo para ele, nomeadamente se ele sentir que perde alguma coerência teórica na implementação dos diferentes procedimentos ou estratégias comunicativas.

8. A formação em psicoterapia deve aprofundar o estilo pessoal do terapeuta, fomentar a auto-reflexão e o estilo flexível em terapia.

9. Durante o processo psicoterapêutico especialmente ao longo das primeiras 8 sessões, o terapeuta deve estar atento e trabalhar no sentido de construir uma boa aliança terapêutica com o cliente.

5. Motivação do cliente no processo psicoterapêutico: a auto-determinação para a terapia

A investigação feita sobre a motivação para executar determinada tarefa ou comportamento, tem também sido aplicada na compreensão do processo e do resultado psicoterapêutico, no âmbito da Teoria da Auto-determinação (Deci & Ryan, 1985). Alguns investigadores (Pelletier, Tucsón & Haddad, 1997) têm tido a preocupação em procurar os factores que induzem às perdas de motivação e os factores que poderão estimular a auto-determinação, bem como a motivação intrínseca (comportamentos que são activados simplesmente pelo prazer e satisfação do seu desempenho). No âmbito da psicoterapia, Pelletier, Tucsón e Haddad (1997) adaptaram o Questionário de Motivação para a Terapia, utilizado neste estudo, que identifica os clientes com altos e baixos níveis de auto-determinação para a terapia e organiza os motivos que levam a pessoa a fazer psicoterapia em várias escalas motivacionais: a) Motivação Intrínseca, b) Motivação Extrínseca (incluindo várias formas de Motivação Extrínseca: Regulação Integrada, Regulação Identificada, Regulação Introjectada e Regulação Externa) e c) Amotivação. Os terapeutas poderão reconhecer aqueles clientes com altos níveis de auto-determinação para a terapia e, segundo, Pelletier, Tucsón e Haddad (1997) esses clientes reagem melhor a uma intervenção mais exploratória, que enfatize o seu auto-controlo, e por outro lado, os clientes com baixos níveis de auto-determinação para a terapia poderão ter melhores resultados com terapeutas que se sentem mais confortáveis a controlar e a direccionar as intervenções terapêuticas. Tendo em conta a teoria de Auto-Determinação de Deci e Ryan (1985) Pelletier, Tucsón e Haddad (1997) apresentam uma breve caracterização de cada uma das suas sub-escalas.

Motivação Intrínseca (ou comportamentos intrinsecamente motivados) – são aqueles comportamentos que são activados pelo prazer e satisfação do seu desempenho. Ocorrem voluntariamente e na ausência de qualquer recompensa externa. Por exemplo, o indivíduo que decide iniciar um processo psicoterapêutico simplesmente pelo prazer de se conhecer melhor, é considerado intrinsecamente motivado para a terapia. As principais fontes de motivação, segundo Deci e Ryan (1985) surgem da necessidade de competência e auto-determinação e como tal, os comportamentos que conduzem o cliente a experienciar sentimentos de competência e auto-determinação são intrinsecamente recompensados e têm maior probabilidade de ocorrer novamente.

Motivação Extrínseca (ou comportamentos externamente motivados) – são aqueles comportamentos activados por razões instrumentais, de forma a receber uma recompensa, ou para evitar um castigo. Deci e Ryan (1985) defendem que existem diferentes formas de motivação extrínseca e algumas das quais podem ser auto-determinadas, ao contrário da concepção tradicional em que os comportamentos externamente motivados (motivação extrínseca) só ocorriam por recompensas externas. Assim, os autores propõem uma classificação da motivação extrínseca através de um contínuo de auto-determinação com dois pólos, um negativo (regulação externa) e um positivo (regulação integrada).

Regulação Integrada (+): é o comportamento que o indivíduo revela, porque é consistente com os seus auto-esquemas pessoais, é consistente com a sua identidade. Este tipo de motivação é aquela considerada mais auto-determinada. Por exemplo, o cliente que termina a terapia, mas procura um terapeuta para ajudá-lo a manter as mudanças que ocorreram ao longo do processo terapêutico, é um cliente motivado por uma regulação integrada. Manter a sua saúde mental é um aspecto central na sua vida e procurar terapia é inteiramente consistente com a sua identidade.

Regulação Identificada: é o comportamento que o indivíduo escolhe ter porque é congruente com os seus valores e objectivos. O comportamento é regulado por razões extrínsecas, (atingir objectivos pessoais), mas é pautado internamente e auto-determinado. Por exemplo, a mulher que luta num casamento difícil, e faz com que seja uma decisão pessoal, o facto de entrar em terapia porque procurar ajuda profissional é congruente com os seus valores de tentar tudo o que estiver ao seu alcance para manter o seu casamento. Este é um exemplo de uma cliente motivada por uma regulação identificada.

Regulação Introjectada: a fonte externa de motivação foi internalizada de forma que não é preciso que aconteça para que o comportamento ocorra. Os comportamentos são assim reforçados por pressões internas, tais como a culpa, a ansiedade ou emoções relacionadas com a auto-estima. Por exemplo, uma mãe que procura terapia porque tem sentimentos de vergonha relativamente ao facto de os seus filhos apresentarem problemas, e ela não ter feito nada para melhorar a situação. Esta seria considerada uma cliente motivada pela regulação introjectada.

Regulação Externa (-): refere-se aos comportamentos que são controlados por fontes externas (recompensas materiais ou evitamento de castigos). Por exemplo, o cliente que inicia a terapia porque a sua esposa lhe deu um ultimato: ou ele procura ajuda para o problema de alcoolismo, ou ela parte para o divórcio.

Amotivação – ocorre quando os indivíduos não percebem uma relação entre as suas acções e os resultados dessas acções e experienciam sentimentos de desinteresse e baixo controlo. Por exemplo, alguém que inicia uma actividade sem ter um entendimento claro sobre a razão pela qual está a realizar aquela actividade. Não há definição de objectivos a serem atingidos. É o caso daquele cliente que entra para a terapia sem esperança, acreditando que a terapia será uma perda de tempo.

Espera-se que a motivação intrínseca e a regulação integrada e identificada tenham consequências mais positivas no resultado psicoterapêutico do que as restantes formas de motivação.

Em síntese, no âmbito do conhecimento das características do cliente enquadradas no processo terapêutico, poder-se-á afirmar que já foram investigadas um conjunto de variáveis, que influenciam de forma significativa o processo e a aliança terapêutica (ver Quadro 5).

Quadro 5: Estudos de investigação onde constam as variáveis associadas às características dos clientes, que influenciam de forma significativa o processo e a aliança terapêutica

Características do Cliente	Estudo de Investigação
Índice de eventos stressantes	Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis e Cohen (1983)
Relações sociais e familiares	Kokotovic e Tracey (1990); Mallinckrodt (1991)
Qualidade das relações de objecto	Bordin, (1994); Piper, Azim, Joyce, McCallum (1991)

A motivação e as expectativas	Gaston, Marmar, Gallagher e Thompson (1989); Pelletier, Tucson e Haddad (1997)
Atitudes	Kokotovic e Tracey (1990)
Relações de vinculação securizantes	Eames e Roth, (2000); Mallinckrodt, Coble e Gantt (1995)
Padrões de vinculação dependente	Satterfield e Lyddon (1998)
Complementaridade entre o terapeuta e o cliente	Reandeu e Wampold (1991)
Idade aproximada entre terapeuta e cliente e o facto de serem do mesmo género	Luborsky (1994)
Congruência entre expectativas e perspectivas do terapeuta e do cliente	Al-Darmaki e Kivlighan (1993) e Gelso e Cárter (1994)
Proximidade entre os valores pessoais do terapeuta e do cliente	Lupini (2001)
Clientes com uma direcção interna de interesses estão mais abertos à experiência terapêutica; clientes com uma direcção externa de interesses preferem tratamentos psicofarmacológicos ou mais comportamentais	Corbella (2005)
Clientes com um estilo mais internalizado, (introvertido e restrictivo) respondiam melhor a terapias orientadas para o insight	Corbella (2005)
Clientes com um estilo mais externalizado (extrovertido, impulsivo) apresentavam melhores resultados terapêuticos com tratamentos cognitivo-comportamentais	Corbella (2005)
Clientes com níveis de resistência elevados, têm melhores resultados com intervenções minimamente estruturadas, com treino de auto-instruções, com procedimentos não directivos ou com indicações paradoxais	Beutler e Harwood (2000)
Clientes com baixos níveis de resistência têm maior sucesso com intervenções directivas e mais orientadas pelo clínico	Beutler e Harwood (2000)
Clientes com altos níveis de auto-determinação para a terapia reagem melhor a uma intervenção mais exploratória, que enfatize o seu auto-controlo	Pelletier, Tucson e Haddad (1997)
Clientes com baixos níveis de auto-determinação para a terapia poderão ter melhores resultados com terapeutas que se sentem mais confortáveis a controlar e a direccionar as intervenções terapêuticas	Pelletier, Tucson e Haddad (1997)

Da mesma forma, existem também alguns factores associados ao cliente que influenciam negativamente a aliança terapêutica, ou seja características do cliente que contribuem para uma construção menos positiva da aliança terapêutica (ver Quadro 6).

Quadro 6: Estudos de investigação onde constam as variáveis associadas às características dos clientes que influenciam de forma negativa o processo e a aliança terapêutica.

Características do Cliente	Estudo de Investigação
Sintomatologia do cliente	Eaton, Abeles e Gutfreund (1988)
Sentimentos de defensividade, de hostilidade e a dominância do cliente	Kiesler e Watkins, (1989); Muran, Segal, Samstag e Crawford (1994); Strupp e Hadley (1979)
Níveis de perfeccionismo	Blatt, Quintlan, Pilkonis e Shea (1995) e Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow e Pilkonis (1998)

O campo da investigação em psicoterapia tem sido habitualmente dividido em investigação centrada no processo e investigação centrada nos resultados (Machado, 1994). De seguida far-se-á referência à investigação que tem vindo a ser desenvolvida neste âmbito, uma vez que as variáveis seleccionadas para este estudo enquadram-se também na dimensão do processo terapêutico (aliança terapêutica) bem como na dimensão do resultado terapêutico (Bem estar geral e sintomatologia do cliente).

6. Investigação centrada no processo terapêutico - a aliança terapêutica

A investigação centrada no processo terapêutico tem-se interessado em descobrir quais são os ingredientes do processo que são responsáveis por determinados resultados (Machado, 1994). Este estudo concebe uma dimensão de análise do processo terapêutico, que importa explorar a nível dos trabalhos científicos que têm vindo a ser feitos nesse âmbito. A aliança terapêutica foi considerada uma dimensão de destaque deste processo terapêutico. É uma componente que recebe muito consenso na construção da relação psicoterapêutica (Corbella & Botella 2003).

As perspectivas construtivistas consideram a aliança como um aspecto central do processo terapêutico (Arnkoff, 1995; Goldfried e Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998). Ser empático, congruente e aceitar o cliente incondicionalmente, são três características fundamentais que o terapeuta deve ter para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, segundo Rogers (1951, 1957). Este conceito de aliança entre o cliente e terapeuta foi bastante evidenciado no campo científico ao longo de todo o século XX, (e.g., Freud, 1912; Greenson, 1965; Sterba, 1934; Zetzel, 1956; Rogers, 1957; Strong, 1968; Bordin, 1975; Luborsky, 1976, Horvath, 1981; Bowlby, 1988; Horvath & Greenberg, 1989 e Machado & Horvath, 1999). Machado e Horvath (1999) referem que há um novo conceito transteórico da aliança terapêutica, que diz respeito a uma colaboração activa entre o

terapeuta e o cliente, e isso enfatiza a importância de ambos os participantes serem compatíveis. Nesse sentido, Corbella e Botella (2003) defendem que a terapia é um processo em que o cliente aprende ou modifica certas condutas ou hábitos, mas, a qualidade técnica das intervenções do terapeuta é o elemento essencial.

Definição de aliança terapêutica

Bordin (1976) identificou 3 dimensões da aliança terapêutica que até aos dias de hoje ainda são comumente aceites pela comunidade científica, a) acordo nas tarefas, b) relação/vínculo positivo e, c) acordo quanto aos objectivos. A conceptualização de Bordin proporcionou um marco de referência para a explicação da aliança terapêutica e dos seus componentes e serviu de base para a construção de diferentes instrumentos de avaliação da aliança. Luborsky (1976) por seu lado, desenvolveu uma concepção da aliança mais próxima da perspectiva psicodinâmica, defendendo que ela é uma entidade dinâmica que evolui mediante as mudanças que ocorrem ao longo das diferentes fases do processo psicoterapêutico (Horvath & Luborsky, 1993; Corbella & Botella, 2003). Corbella e Botella (2003) apresentam a teoria de Luborsky (1976) que descreveu dois tipos de aliança terapêutica, em função da fase de terapia em que o cliente se encontra. A aliança de tipo 1, ocorre sobretudo no início da terapia e caracteriza-se pela sensação que o cliente experimenta, ao ser ajudado e apoiado pelo terapeuta. A aliança de tipo 2 ocorre em fases posteriores do processo terapêutico e consiste na sensação de trabalho conjunto face à diminuição do mal-estar e sofrimento psicológico do cliente. Segundo Corbella e Botella (2003) tanto a teoria de Bordin, como a de Luborsky parecem ser complementares, apesar de apresentarem diferenças. A aliança tipo 1 de Luborsky, pode ser entendida como a sensação de comodidade que experimentam os clientes ao sentirem-se acolhidos, e pode relacionar-se com a dimensão de aceitação ou vínculo positivo defendida por Bordin. O acordo quanto às tarefas e quanto aos objectivos por parte do terapeuta e do cliente poderá ser descrito com a aliança de tipo 2 de Luborsky. Corbella e Botella (2003) referem que alguns autores têm vindo a defender a importância da negociação entre o terapeuta e o cliente sobre as tarefas e os objectivos como sendo pontos fulcrais para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e para ocorrer a mudança psicoterapêutica (Pizer, 1992; Safran & Muran, 2000). Esta nova concepção é bem diferente da concepção tradicional que defendia que a aliança terapêutica era da responsabilidade do terapeuta, na medida em que ele teria que conseguir que o cliente

se identificasse com ele e que adoptasse as suas ideias sobre quais os objectivos e tarefas que deveriam ser trabalhadas na terapia (Corbella & Botella, 2003). Corbella e Botella (2003) distinguem dois pólos da relação psicoterapêutica: “uma relação real” e uma “aliança de trabalho”. A relação real refere-se ao vínculo entre cliente e terapeuta, enquanto que aliança de trabalho se refere à capacidade de ambos para trabalharem em conjunto no alcance dos objectivos definidos.

Assim, Corbella e Botella (2003) oferecem uma visão mais construtivista acerca da aliança terapêutica, referindo que a aliança terapêutica é “uma construção conjunta entre o cliente e terapeuta, e, as expectativas, as opiniões, as construções que ambos vão desenvolvendo relativamente ao trabalho que estão a desempenhar, a relação estabelecida e a visão do outro são relevantes para o estabelecimento da aliança terapêutica, bem como a aliança tem um papel modulador na própria relação” (p. 208).

Kokotovic e Tracey (1990) definem “aliança de trabalho” (p. 16, também chamada de relação de trabalho ou de aliança terapêutica), como o sentimento que ambos os participantes têm sobre si próprios e que lhes permite trabalhar produtivamente face a um objectivo comum. Defendem também que esta capacidade para acoplar numa aliança de trabalho está relacionada com a qualidade das experiências interrelacionais passadas e actuais, bem como com o nível de ajustamento psicológico e com o tipo de problema que apresentam na psicoterapia. Moras e Strupp (1982) descobriram que uma história de relações interpessoais saudáveis estava correlacionada com a capacidade do cliente para formar uma aliança terapêutica. Por outro lado, aqueles clientes que apresentam altos níveis de stress (têm um baixo nível de ajustamento psicológico) serão mais vulneráveis e terão igualmente maior dificuldade em formar uma aliança de trabalho sólida (Kokotovic & Tracey, 1990).

Medidas da aliança terapêutica obtidas no início do processo terapêutico, por volta da 4ª sessão, são o melhor prognóstico dos resultados terapêuticos (Horvath, 1981). Kokotovic e Tracey (1990) referem que para formar uma aliança de trabalho sólida leva tempo e que portanto, medi-la antes da 3ª sessão não parece ser válido. Contudo, a opinião de Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis e Solomon (1982) é algo diferente e parece ir ao encontro da posição defendida neste estudo e, que a sabedoria clínica mostra, que muitos clientes e terapeutas conseguem estabelecer uma boa aliança de trabalho logo na 1ª sessão, em especial quando se trata de psicoterapias breves e limitadas no tempo. Segundo Bordin (1979) a terminação prematura é o resultado mais óbvio de uma pobre aliança terapêutica.

O aumento da importância dada ao conceito de aliança terapêutica fomentou a criação de vários instrumentos destinados à sua avaliação e medição. Corbella e Botella (2003) fazem uma revisão das investigações realizadas a este respeito e referem que actualmente há mais de 20 medidas de avaliação da aliança terapêutica, mas destacam as mais utilizadas como sendo: Califórnia Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Gaston & Ring 1992; Marmar, Weiss & Gaston 1989); o Penn Helping Alliance Scales (Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander & Luborsky 1986, 1987); o Helping Alliance Questionnaire II (HAQ-II; Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank, & Daley 1996); a Therapeutic Alliance Scale (TAS; Marziali 1984); a Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VPPS/VTAS; Hartley & Strupp 1993); o Working Alliance Inventory (WAI; Horvath 1981, 1982) e a Integrative Psychotherapeutic Alliance (IPAS, EAPI; Pinsof & Catherall 1986). A maioria destas escalas foi adaptada para ser respondida quer pelo cliente, quer pelo terapeuta, bem como por um observador externo, revelando boas propriedades psicométricas (Horvath & Symonds 1991).

Vários estudos apresentam resultados que explicam uma relação significativa entre a aliança terapêutica e o resultado final da psicoterapia (e.g. Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland 2000; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis & Cohen, 1983; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach 1985; Luborsky 1994; Horvath & Symonds 1991; Marmar, Horowitz, Weiss & Marziali 1986; Klee, Abeles & Muller, 1990; Safran & Wallner 1991; Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson 2001). A aliança terapêutica parece ser um bom preditor dos resultados alcançados por diferentes modalidades psicoterapêuticas (Horvath & Symond 1991; Luborsky 1994, 2000).

Segundo Corbella e Botella (2003), reportando-se aos estudos de Hatcher (1999), Stiles, Agnew-Davis, Hardy, Barkham e Shapiro (1998), assinalam que, de todos os factores que compõem a aliança terapêutica, os factores de colaboração e de confiança parecem ser aqueles que apresentam uma maior correlação com os resultados da psicoterapia. Mais ainda, as primeiras sessões parecem ser especialmente importantes, para o estabelecimento de uma boa relação com o cliente (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang & Cordell, 1991; Plotnicov, 1990).

A ideia de Anderson, Ogles e Weis (1999) utilizada e defendida também por Corbella e Botella (2003), parece ser bastante curiosa na medida em que defendem que a relação terapêutica é tão importante que gera a necessidade de se usar a inspiração e a criatividade

para facilitar o estabelecimento de uma aliança nas primeiras sessões, e mantê-la ao longo de todo o processo terapêutico.

O instrumento utilizado neste estudo que diz respeito às questões motivacionais (Questionário de Motivação para a Terapia, Pelletier, Tucson & Haddad, 1997) enquadram-se na Teoria de Auto-determinação proposta por Deci e Ryan (1985, 1991). Os autores sugerem que o comportamento humano é regulado por três formas básicas de motivação: Intrínseca, Extrínseca e Amotivação. Ryan e Connel (1989) organizaram uma bateria de questionários intitulados “The Self-Regulation Questionnaires” que avaliam as diferenças individuais em diferentes domínios e em diferentes idades: acadêmico, lazer, saúde, religião e amizade. Os primeiros dois questionários foram construídos para crianças do ensino pré-escolar e escolar e dizem respeito ao trabalho escolar e comportamento pró-social (“Academic Self-Regulation Questionnaire – SRQ-A” e “Prosocial Self-Regulation Questionnaire – SRQ-P”). Posteriormente foram construídos novos questionários, destinados a uma população adulta, abrangendo vários domínios do comportamento humano (“Treatment Self-Regulation Questionnaire – TSRQ”; “Learning Self-Regulation Questionnaire – SRQ-L”; “Exercise Self-Regulation Questionnaire – SRQ-E”; “Religion Self-Regulation Questionnaire – SRQ-R” e “Friendship Self-Regulation Questionnaire – SRQ-F”).

No seguimento destes desenvolvimentos, Pelletier, Tucson e Haddad (1997) trabalharam o Questionário de Motivação para a Terapia, (anteriormente referido), utilizado neste estudo. Pretende avaliar até que ponto os terapeutas e os clientes percebem o clima terapêutico como estimulador da autonomia ou não. Este instrumento também é baseado na Teoria da Auto-Determinação e distingue entre a regulação comportamental autónoma e controlada. Segundo, Williams, Gagné, Ryan e Deci (2002) os comportamentos são considerados autónomos quando a pessoa experimenta um verdadeiro sentido de escolha e vontade. Por outro lado, são considerados controlados, quando as pessoas se sentem pressionadas a desempenhar determinado comportamento, quer seja por pressões internas ou externas. De acordo com a Teoria da Autodeterminação, a regulação comportamental torna-se mais autónoma quando a regulação é inteiramente internalizada, e torna-se controlada quando a regulação é externa (por exemplo, o sujeito comporta-se de determinada maneira para agradar outra pessoa). Williams, Gagné, Ryan e Deci (2002) referem que a regulação

também pode ser parcialmente internalizada, por exemplo quando é controlada pela ansiedade ou pela culpa.

7. Investigação centrada no resultado psicoterapêutico

A avaliação dos resultados terapêuticos parece ser uma prática ainda pouco comum no actual contexto nacional onde se exerce a psicoterapia, ao contrário da conjuntura internacional, em que a ligação entre investigação de resultados e a prática clínica está cada vez mais próxima (embora longe daquilo que seria desejável) e os técnicos de saúde mental parecem estar mais habituados à rotina dos procedimentos de avaliação dos seus resultados terapêuticos.

Os estudos centrados nestes resultados têm-se revelado metodologicamente bastante adequados, dando especial ênfase às técnicas terapêuticas e ao enfoque teórico, embora descuidem a análise de outras variáveis potencialmente importantes, como sejam as variáveis do terapeuta e as variáveis do cliente (Machado, 1994).

Uma psicoterapia eficaz, independentemente da metodologia utilizada, é uma psicoterapia que consegue níveis significativos de mudança naqueles domínios estabelecidos como objectivos terapêuticos (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Lambert (1992) identificou 4 factores que contribuem para o sucesso terapêutico: i) as técnicas, ii) as expectativas, iii) as mudanças extra-terapêuticas e, iv) a relação terapêutica. Estudos mais recentes têm vindo a focar-se num aspecto mais específico desta relação: as características das figuras envolvidas nessa relação (os clientes, os terapeutas e o emparelhamento entre ambos, Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003).

A forma como os vários modelos e terapias se organizam para atingirem os seus objectivos terapêuticos difere de acordo com a concepção que cada um tem acerca da psicopatologia, dos mecanismos de mudança e das técnicas para conseguir essa mudança (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, Benson, Connell, Audin, e McGrath (2001) referem uma revisão de estudos de Froyd, Lambert e Froyd (1996) onde constam cerca de 1430 medidas de avaliação de resultados, das quais 830 foram apenas utilizadas uma vez. Mencionam ainda que para resolver a utilização inconsistente de diferentes medidas de avaliação do resultado terapêutico seria necessário adoptar uma “core battery” (Strupp, Horowitz e Lambert, 1997; Waskow, 1975). Uma “core battery”, seria um

instrumento padronizado e suficientemente abrangente para ser aplicado pelo maior número possível de técnicos de saúde mental. Os autores afirmam ainda que, para que uma medida de avaliação do resultado terapêutico tenha uma grande aceitação quer parte dos investigadores, quer por parte dos clínicos, tem de ter um enquadramento teórico e ser aplicável a diferentes perturbações, bem como em populações com diferentes graus de perturbação (médio, moderado e severo).

Assim, levanta-se a questão, será que diferentes terapeutas, motivados por diferentes teorias e trabalhando em diferentes cenários, conseguem aplicar apenas uma única medida de avaliação do resultado do seu trabalho? Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, Audin, Connell, e McGrath, (2000) apresentam a proposta do CORE-OM, (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure) como medida “standard” de avaliação do resultado terapêutico, ou da mudança terapêutica, em diferentes contextos e em diferentes populações clínicas. Apresentam ainda os requisitos necessários para a elaboração de uma medida de avaliação do resultado:

Requisitos para a elaboração de uma medida de avaliação do resultado terapêutico (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, Audin, Connell & McGrath, 2000)

Conteúdo

Curto e legível

Meta-teórico (tem de medir a mudança terapêutica, independentemente do referencial teórico que lhe está subjacente)

Capaz de detectar a mudança clínica

Com validade e consistência

Sensível às necessidades do cliente

Capaz de relacionar o “input” do cliente com o uso de “output”

Processo

Simples

Pouco tempo de administração

Fácil de cotar

Apoiado por normas clínicas e não clínicas

Fácil de interpretar

Utilidade

Ajuda na avaliação

Melhora a gestão do caso

Proporciona informação inter-exames

Impulsiona a aquisição, planeamento e desenvolvimento

Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen e Hawkins (2001), Lambert, Whipple, Vermeersch, Smart, Hawkins, Nielsen e Goates (2002) e Whipple, Lambert, Vermeersch, Smart, Nielsen e Hawkins (2003) referem vários estudos que envolvem a recolha de informação semanal sobre a evolução do cliente e a partilha desta informação junto do terapeuta (com gráficos e informação sobre a evolução do cliente). Os resultados mostram que o feedback dado ao terapeuta sobre alguma falha na intervenção reduzia a terminação prematura dos clientes. Nesse mesmo sentido iam os resultados daqueles clientes que tinham maior probabilidade de não aderir ao tratamento, esses evoluíam positivamente, quando era dado feedback ao terapeuta.

Mellor-Clark, Connell, Barkham e Cummins (2001) chamam a atenção para a importância de avaliar o resultado e a eficácia da psicoterapia com medidas validadas e publicadas. Na revisão de literatura feita por Mellor-Clark e Barkham (2000), os autores encontraram que 30% dos clínicos utilizavam medidas de avaliação criadas por si e que apenas 15% utilizavam medidas validadas e publicadas na comunidade científica.

Ultimamente, vários autores têm feito referência à necessidade de criar um paradigma científico na área da psicoterapia de PBE – Practice Based Evidence, ou seja, a prática baseada na evidência (Evans, Connel, Barkam, Marshall e Mellor-Clark, 2003). Parece que actualmente não vale apenas ter “olho clínico”, ou ter em conta as características pessoais do terapeuta. É necessário ter o procedimento claramente descrito num manual, que possa ser aplicado por distintos terapeutas (e replicado), que seja viável e possível de ser aplicado em protocolo, que seja aceite pelos clientes e avaliado pelos critérios de avaliação científica. Esta realidade, é mais próxima da realidade espanhola, que não corresponde bem à realidade portuguesa, que parece ainda estar no extremo oposto, ou seja, o exercício da psicoterapia é ainda feito sem supervisão supra sistémica. Não há um órgão regulador da acção do psicólogo e a investigação feita na área de avaliação do processo psicoterapêutico é ainda muito pouca.

Uma das razões que podem explicar tal facto, é a avaliação da eficácia da psicoterapia ter gerado alguma controvérsia e ter-se revelado difícil de uniformizar, tendo em conta a grande diversidade de abordagens teóricas vigentes na comunidade psicoterapêutica, não só a nível nacional como a nível internacional.

Em 1993, a Society for Psychotherapy Research (Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne & Connell, 1998) referiu que as medidas de avaliação do resultado terapêutico mais utilizadas foram: SCL-90-R (Derogatis, 1983) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1959), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Speer, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobbs, 1983), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer e Garbin, 1988), Social Adjustment Scale (SAS-M; Cooper, Osborn, Gath & Feggetter, 1982), Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno e Villasenor, 1988) e Rosenberg self-esteem measure (O'Malley e Bachman, 1979; Rosenberg, 1965). Barkham, et al (1998) identificaram um conjunto de estudos onde se assinalava a utilização de diferentes medidas de avaliação dos resultados. Um desses estudos (Froyd, Lambert e Froyd, 1996) identificou os seguintes instrumentos, como sendo aqueles consideravelmente mais aplicados: a) Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer e Garbin, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobbs, 1983), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1967), Symptom Checklist-90-R; (SCL-90R; Derogatis, 1983), Locke Wallace Marital Adjustment Scale (Locke e Wallace, 1959) e Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Em 1990, Piotrowski e Lubin, mostraram que o MMPI e o BDI foram os instrumentos mais utilizados na avaliação da Depressão, o STAI foi o mais usado na avaliação da ansiedade e o MMPI e o SCL-90-R foram os recursos mais frequentes para a avaliação da saúde. Barkham et al, (1998), referem também a importância de recorrer a medidas de avaliação que tenham sido sujeitas a uma análise psicométrica e que tenham subjacentes medidas referenciais. No caso do CORE-OM, (CORE System Group, 1998; Barkham et al, 1998), as medidas de referência que estão na base da sua elaboração, (contempladas como mais usuais junto de populações clínicas) foram o BDI (Beck Depression Inventory; Beck, et al, 1988), o HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Snaith, 2003), o IIP, (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, et al, 1988), o SCL-90-R, (Symptom Checklist-90-R; Derogatis, 1983) e o BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis & Melisaratos, 1983).

No presente estudo recorre-se a dois instrumentos de avaliação do resultado terapêutico referenciados pela comunidade científica e que se complementam na avaliação do resultado. O CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE System Group, 1998), que pretende ser uma medida de avaliação do bem-estar subjectivo do cliente e o SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised, Derogatis, 1983) que está mais direccionado para uma avaliação da sintomatologia do cliente. Apenas o SCL-90-R está adaptado à população portuguesa por Baptista (1993).

No Quadro 7, apresenta-se em síntese os diferentes focos de análise que se pretende estudar, tendo em conta o ponto de vista do terapeuta e o do cliente nas dimensões do processo e do resultado terapêutico.

Quadro 7: Focos de análise da investigação nas dimensões do processo e do resultado terapêutico e instrumentos de recolha de informação

Terapeuta		Cliente	
Variável	Instrumento	Variável	Instrumento
Estilo Pessoal	Inventário do Estilo Pessoal do terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Corbella, 2002)	Estilo de Coping e Níveis de Resistência	Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente (Beutler, 2000) ¹
		Motivação para a terapia	Questionário de Motivação para a terapia (Pelletier, Tucson e Haddad, 2000; Traduzido por Soares e Lemos, 2003, Tradução autorizada)
Processo			
Variável	Instrumento	Variável	Instrumento
Aliança terapêutica	Inventário da Aliança terapêutica –V. Reduzida/Terapeuta (Horvath, 1981, 1984; Machado, 1999)	Aliança terapêutica	Inventário da Aliança terapêutica –V. Reduzida/Cliente (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath 1999)
Resultado			
Variável	Instrumento	Variável	Instrumento
		Bem-estar Geral	CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core System Group, 1998)
		Sintomatologia	S.C.L.–90-R (Derogatis, 1977, 1983, 1994)

¹ Instrumento a ser preenchido pelo terapeuta acerca da personalidade e estilo de *coping* do cliente.

Parte II

Estudos empíricos

1. Método

Segundo Breakwell (1995) os métodos de investigação podem ser diferenciados, dependendo se a informação foi submetida a um tratamento qualitativo ou quantitativo. Um tratamento qualitativo descreve quais são os processos que ocorrem e detalha as suas diferentes características e um tratamento quantitativo diz quais são os processos envolvidos, com que frequência ocorre e que diferenças podem ser observadas ao longo do tempo. Este é um estudo de investigação com uma orientação metodológica quantitativa, visto que para conhecer a dimensão do processo e do resultado psicoterapêutico, quer do ponto de vista do terapeuta, quer do ponto de vista do cliente recorreu-se a instrumentos de avaliação psicométrica que fornecem os meios para explorar as questões de investigação formuladas anteriormente.

As tabelas relativas à descrição dos participantes terapeutas e clientes encontram-se no Anexo 6.

1.1. Participantes

1.1.1. Caracterização do grupo dos terapeutas

Os participantes terapeutas são 14, com uma frequência de casos bastante variada. O Gráfico 1 apresenta as 18 díades (46%) que completaram os 4 momentos de avaliação (1ª, 3ª, 5ª e 8ª Sessão), sendo que 11 dessas díades são do mesmo terapeuta (T1) e as restantes 7 são de terapeutas diferentes (T2, T3, T4, T5, T6, T7 e T8). No total desistiram do processo terapêutico 21 sujeitos clientes (54%). Neste grupo que desistiu, observa-se que após a 1ª sessão desistiram 10 sujeitos (47%), após a 3ª sessão desistiram mais 6 (29%) e após a 5ª sessão desistiram 5 casos (24%, ver Figura 1).

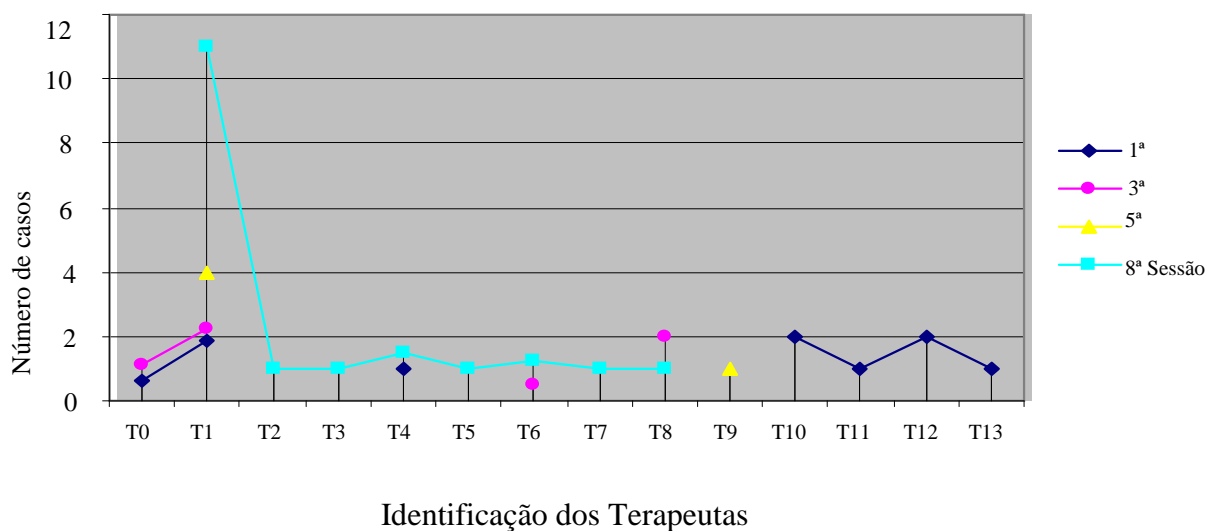


Figura 1: Frequência de casos por terapeuta e número de sessões avaliadas

No total formam-se 39 díades de terapeutas e clientes, sendo na realidade 14 terapeutas e 39 clientes. Seis dos terapeutas (42,9%) exercem a sua profissão no grande Porto, os outros três (21,4%) em Braga e Gondomar (21,4%), um terapeuta na Maia (7,1%) e um em Matosinhos (7,1%). Quase todos os terapeutas são do sexo feminino (13;92,9%) e apenas um é do sexo masculino (7,1%). São maioritariamente de nacionalidade portuguesa (12;85,7%), um de nacionalidade brasileira (7,1 %) e um de nacionalidade angolana (7,1%).

As suas idades variam entre 27 e 59 anos, sendo a média de idades de 35,9 anos, com um desvio padrão (SD) de 8,5. Existe nesta amostra apenas um psiquiatra (7,1%) e treze psicólogos (92,9%). Cinco dos terapeutas (35,7%) têm mestrado e os restantes são licenciados (64,3%). No que diz respeito aos seus anos de experiência, encontra-se uma variação de 4 a 23 anos de experiência, sendo a média de 10,5 anos com um desvio padrão (SD) de 5,3.

Em termos de orientação teórica adoptada pelo grupo de terapeutas, observa-se quatro terapeutas que seguem uma abordagem cognitivo-comportamental (33,3%), três consideram-se psicodinâmicos (25%) dois têm uma orientação sistémica (16,7%), um adopta uma orientação mais narrativa (7,1%) e um assume uma orientação centrada no cliente (7,1%).

O tipo de clientes atendidos por este grupo de profissionais é na sua totalidade adultos e as problemáticas que mais frequentemente aparecem são Toxicodependência (11;78,6%) e Ansiedade/Depressão (3; 21,4%)

A informação referente à orientação teórica dos terapeutas, à faixa etária dos clientes e às problemáticas mais frequentes que lhes aparecem em consulta foram recolhidas a partir do questionário de caracterização do estilo de terapeuta (Q.E.P.T.) que irá ser descrito profundamente mais adiante, na caracterização dos instrumentos.

O local de trabalho dos terapeutas é maioritariamente em CAT² (11;78,6%), um dos terapeutas (7,1%) trabalha em hospitais, outro em escolas e universidades e apenas um outro terapeuta em contexto clínico (7,1%).

1.1.2. Caracterização do grupo dos clientes

A amostra de clientes desta investigação é constituída por 39 sujeitos: 20 do sexo feminino (51,3%) e 19 do sexo masculino (48,7%). Têm idades compreendidas entre os 19 e os 47 anos, com um valor médio de 28,7 anos e um desvio padrão (SD) de 6,9.

Os participantes clientes são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (32;82,1%), existem dois de nacionalidade angolana (5,1%), um de nacionalidade brasileira (2,6%), um de nacionalidade francesa (2,6%), um outro de nacionalidade luxemburguesa (2,6%) e apenas um cliente de nacionalidade zimbabweana (2,6%)³.

Relativamente ao seu estado civil, encontramos 28 sujeitos casados (71,8%), 6 sujeitos solteiros (15,4%) e 5 divorciados (12,8%).

No que concerne às habilitações literárias, 25 sujeitos têm o 12º ano (64,1%), 6 sujeitos têm o 9º ano (15,4%), igualmente 6 sujeitos têm o 6º ano (15,4%) e apenas 2 sujeitos têm o 8º ano (5,1%).

Os clientes são maioritariamente constituídos por estudantes (15; 39,5%), sete desempregados (18,4%), três trabalhadores da construção civil (7,9%), dois administrativos (5,3%) e dois comerciais (5,3%). Existe igualmente 20,8% da amostra (8 sujeitos) caracterizada por um escriturário, um técnico de manutenção, um supervisor logístico, um

² CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes.

³ Um cliente da amostra não respondeu à questão destinada a identificar a sua nacionalidade, por isso considerou-se um dado omissivo.

motorista, um bibliotecário, um assistente de direcção, um empresário e um operário de caixa.

Frequentam pela primeira vez um processo de psicoterapia 29 sujeitos, 74,4% dos participantes. Os restantes 10 sujeitos (25,6%)⁴ já tinham frequentado um processo de psicoterapia previamente, nomeadamente 3 sujeitos (7,7%) frequentaram duas vezes, 2 sujeitos (5,1%), frequentaram três vezes e um sujeito (2,6%) frequentou quatro vezes.

O nível sócio cultural dos participantes clientes é médio (22; 66,7%), cerca de 8 clientes (24,2%) fazem parte do nível sócio cultural médio superior e 3 clientes (9,1%) encaixam no nível sócio cultural médio baixo.

1.2. Procedimentos

1.2.1. Recolha de dados

No sentido de iniciar o procedimento de recolha de dados foi necessário obter a autorização das instituições onde trabalhavam alguns dos terapeutas, nomeadamente do contexto Hospitalar e do contexto dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes. Concedida essa autorização formal, foi necessário obter a colaboração do terapeuta e posteriormente a autorização do cliente. As declarações de consentimento quer do terapeuta, quer do cliente encontram-se no Anexo 1: Declarações de Consentimento do Terapeuta e do Cliente. A selecção dos terapeutas foi feita consoante a disponibilidade de cada um em participar no esquema de investigação. Os terapeutas deveriam ter clientes de idade mínima de 18 anos para poderem participar no estudo. Quando ambos aceitavam fazer parte da investigação era-lhes fornecido um dossier do terapeuta e outro para ser entregue ao cliente com todos os instrumentos de recolha de informação e as indicações para o seu preenchimento. Para a recolha de dados sócio demográficos, o dossier do terapeuta e do cliente continham a declaração de consentimento e uma ficha de identificação. O dossier dedicado aos terapeutas tinha no entanto uma particularidade: um questionário com indicadores do nível sócio-económico do cliente (Graffar, 1956), que pretende avaliar o nível sócio económico do cliente (ver Anexo 3).

O Quadro 8 apresenta os diferentes focos de análise (variáveis) e os instrumentos que se utilizaram para conhecer o ponto de vista do terapeuta e o do cliente no que diz respeito

⁴ Quatro sujeitos incluídos nesta percentagem da amostra não responderam a esta questão, sendo considerados dados omissos (10,3%)

ao processo e ao resultado terapêutico, bem como os respectivos momentos de administração.

Quadro 8: Momentos de administração dos instrumentos e respectiva ordem de administração

	Terapeuta	Cliente
1ª Sessão	Declaração Consentimento	Declaração Consentimento
	Ficha de Identificação	Ficha de Identificação
	Questionário de aspectos referentes ao GRAFFAR (Graffar, 1956)	
	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Terapeuta (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath, 1999)	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Cliente (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath 1999)
		Questionário de Motivação para a terapia (Pelletier, Tucson e Haddad, 2000; Traduzido por Soares e Lemos, 2003, Tradução autorizada)
	Inventário do Estilo Pessoal do terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Corbella, 2003)	
	Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente (Beutler, 2000)	
		CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core System Group, 1998)
		S.C.L. – 90-R (Derogatis, 1977, 1983, 1994)
3ª Sessão	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Terapeuta (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath, 1999)	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Cliente (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath, 1999)
		Questionário de Motivação para a terapia (Pelletier, Tucson e Haddad, 2000; Traduzido por Soares e Lemos, 2003, Tradução autorizada)
	Inventário do Estilo Pessoal do terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Corbella, 2003)	
	Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente (Beutler, 2000)	

		CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core System Group, 1998)
		S.C.L. – 90-R (Derogatis, 1977, 1983, 1994)
	Terapeuta	Cliente
5ª Sessão	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Terapeuta (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath 1999)	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Cliente (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath, 1999)
		Questionário de Motivação para a terapia (Pelletier, Tucson e Haddad, 2000; Traduzido por Soares e Lemos, 2003, Tradução autorizada)
	Inventário do Estilo Pessoal do Terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Corbella, 2003)	
	Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente (Beutler, 2000)	
		CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core System Group, 1998)
		S.C.L. – 90-R (Derogatis, 1977, 1983, 1994)
8ª Sessão	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Terapeuta (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath 1999)	Inventário da Aliança Terapêutica – V. Reduzida/Cliente (Horvath, 1981, 1994; Machado & Horvath, 1999)
		Questionário de Motivação para a Terapia (Pelletier, Tucson e Haddad, 2000; Traduzido por Soares e Lemos, 2003, Tradução autorizada)
	Inventário do Estilo Pessoal do Terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Corbella, 2003)	
	Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente (Beutler, 2000)	
		CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Core System Group, 1998)
		S.C.L. – 90-R (Derogatis, 1977, 1983, 1994)

A participação neste estudo implicava, por parte dos terapeutas, a aplicação destes instrumentos quer a si próprios como terapeutas, quer ao cliente na 1ª, 3ª, 5ª e 8ª sessão terapêutica.

Segue-se uma breve caracterização de cada um dos instrumentos utilizados nesta investigação.

1.2.2. Caracterização dos instrumentos

Os instrumentos poderão ser agrupados em cinco categorias de acordo com a dimensão de análise do processo de investigação a que se destinam: 1) instrumentos de recolha de dados sócio-demográficos da amostra, 2) instrumentos destinados à caracterização do terapeuta, 3) instrumentos destinados à caracterização do cliente, 4) instrumentos destinados à caracterização do processo terapêutico e, 5) instrumentos destinados à avaliação do resultado terapêutico. Para cada instrumento utilizado são referidos igualmente os pontos de corte. Estes valores de corte são igualmente apresentados no Anexo 7, alínea 7.2 (Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento⁵).

1) Instrumentos de recolha de dados sócio-demográficos

Os dados de identificação, bem como as informações necessárias ao cálculo do índice do Graffar e as respectivas declarações de consentimento foram obtidos recorrendo aos seguintes instrumentos de recolha de informação: i) Ficha de dados sócio-demográficos, ii) Questionário de aspectos referentes ao Graffar (Graffar, 1956) e a iii) Declaração de consentimento (para o terapeuta e para o cliente). Todos estes instrumentos de recolha de informação podem ser detalhadamente analisados nos Anexos 1, 2 e 3.

Ficha de dados sócio-demográficos: é um documento a ser preenchido quer pelo terapeuta, quer pelo cliente para a recolha de cada um dos seus dados pessoais de identificação, de modo a caracterizar a amostra a nível mais demográfico (ver Anexo 2, alíneas 2.1 e 2.2).

Questionário de aspectos referentes ao Graffar (Graffar, 1956, ver Anexo, 3): é um questionário de escolha múltipla acerca das condições de alojamento, do aspecto do bairro

⁵ Os valores de corte foram obtidos a partir dos dados da 1ª sessão porque o número de sujeitos é substancialmente maior quando comparado com os outras sessões.

habitado, bem como acerca da fonte de rendimentos do cliente, que o terapeuta deverá preencher. Nas situações em que os clientes não apresentam autonomia do ponto de vista económico, como é o caso dos estudantes, essa informação é obtida atendendo à situação da pessoa à qual eles dependem, por exemplo o pai ou encarregado de educação.

Declaração de consentimento: é um documento destinado ao terapeuta e ao cliente, onde consta uma breve apresentação do domínio da investigação (desenvolvimento do processo terapêutico entre o terapeuta e o cliente) e o pedido de colaboração na investigação, bem como consta a garantia de que as informações obtidas serão mantidas confidenciais e que a participação de ambos será voluntária, pelo que poderão retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso. Aceitando o pedido de colaboração, quer o terapeuta, quer o cliente deverão assinar este documento autorizando a sua participação no estudo e a respectiva análise dos dados recolhidos (ver Anexo 1, alínea 1.1 e 1.2).

2) Instrumentos destinados à caracterização do terapeuta

O instrumento destinado à caracterização do terapeuta foi o Questionário do estilo pessoal do terapeuta (Fernandez Álvares, 1998; Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003; Corbella, 2003). Este instrumento foi desenvolvido e aprofundado na sequência do Projecto Barcelona-Buenos Aires – BCN-BsAs, (Corbella & Botella, 2004) que ocorreu entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Desporto da Universidade Ramon Llull em Barcelona e a Fundação Aigle em Buenos Aires. Este projecto tem vindo a desenvolver a investigação nesta área e, conseqüentemente tem suscitado um maior interesse dos investigadores pelo conhecimento das características e estilos de terapeuta.

Questionário do Estilo Pessoal do Terapeuta Q.E.P.T. (Fernandez Álvares, 1998; Fernandez Álvares, Garcia, Lo Bianco & Corbella, 2003; Corbella, 2003), – destina-se a conhecer o estilo pessoal do terapeuta (ver Anexo 4 - Dossier do Terapeuta, alínea 4.2). Segundo Corbella (2005) este instrumento de análise proposto por Fernández-Alvarez, (1998) não pretende ser uma apresentação exaustiva de todas as acções que são efectuadas em terapia, nem pretende explicar a totalidade de um processo tão complexo como é a psicoterapia. Pretende sim, apresentar uma visão o mais ampla possível acerca da forma como o terapeuta imprime a sua marca pessoal na sua maneira de levar a cabo a psicoterapia.

Assim, segundo o autor, essas características que constituem o seu estilo individual podem agrupar-se em diferentes funções que têm uma dimensão contínua bipolar (Fernández-Alvarez, 1998, Corbella, 2005):

Função Instrutiva – Estabelecimento do mecanismo terapêutico. Os terapeutas flutuam entre RIGIDOS e FLEXIVEIS, (4 itens).

Função Atencional – Selecção dos elementos necessários para avançar no trabalho terapêutico. Os terapeutas flutuam entre ACTIVOS e RECEPTIVOS, (4 itens).

Função Expressiva – Modo de relacionar-se afectivamente com o cliente. Flutuam entre PRÓXIMOS e DISTANTES, (5 itens).

Função Operativa – Modo de execução das tarefas. Os terapeutas flutuam entre DIRECTIVOS (regulados) e ESPONTANEOS (intuitivos, não directivos), (5 itens).

Função Avaliativa – Avaliação do modo como se atingem os objectivos terapêuticos. Os terapeutas flutuam entre ESTIMULADORES (dirigidos para o resultado) e CRITICOS (dirigidos a compreender como atingiram os objectivos), (4 itens).

Função de Comprometimento – Forma como o terapeuta se envolve na tarefa. Flutuam entre MUITO COMPROMETIDOS e POUCO COMPROMETIDOS, (5 itens).

g. Função Fomentativa (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin & Bongar, 2000) – Uso de procedimentos dirigidos a fomentar a ACCÇÃO e o INSIGHT no cliente. Esta função surge do Modelo de Selecção Sistemática de Tratamento proposto por Beutler e Clarkin (1990) e Beutler, Clarkin e Bongar (2000) e pretende complementar a conceptualização proposta por Fernández-Álvarez (1998). Segundo Corbella e Botella (2004) a conceptualização de Fernández-Álvarez (1998) não tem em conta esta dimensão proposta por Beutler e Clarkin (1990), relacionada com a direcção segundo a qual o terapeuta impõe as suas intervenções, se dirigidas a fomentar a ACCÇÃO ou o INSIGHT no cliente e nesse sentido propõe esta nova dimensão como forma de complementar o instrumento de avaliação do Estilo do terapeuta proposto por Fernández-Álvarez (1998).

Beutler *et al* (2000) consideram que o estilo do terapeuta flutua principalmente entre duas dimensões básicas, tendo em conta os procedimentos terapêuticos implementados. A primeira dimensão tem em conta o nível de directividade dos procedimentos utilizados pelo terapeuta e a segunda refere-se a se esses procedimentos estão mais dirigidos a fomentar a acção ou o insight do cliente. Tendo em conta que a primeira dimensão, a directividade está muito relacionada com a função Atencional e com a função Operativa proposta por

Fernandez-Alvarez (1998) e funcionam como complementares, Corbella e Botella (2004) propõe então que a segunda dimensão, destinada a fomentar a acção ou o insight do cliente seja considerada uma dimensão nova neste instrumento, que ajuda a complementar e a ilustrar as características do estilo pessoal do terapeuta. Contudo, nesta investigação, recorreu-se à versão proposta por Fernández-Álvarez (1998) que não inclui ainda a função fomentativa proposta mais recentemente por Beutler e Clarkin (1990) e Beutler, Clarkin e Bongar (2000), uma vez que complexificaria por um lado a aplicação da bateria total de instrumentos junto do terapeuta, bem como as análises de dados a serem feitas após a sua aplicação.

Este questionário (Q.E.P.T.) é composto por 26 itens, respondidos pelo próprio terapeuta a partir de uma escala de *Likert* de 5 pontos em que, 1 – totalmente de acordo e 5 – totalmente em desacordo, manifestando seu nível de acordo com a afirmação proposta em cada item do questionário. As indicações na primeira página indicam que não há respostas correctas ou incorrectas, nem boas nem más e é pedido ao terapeuta que responda segundo o seu modo habitual e mais frequente de funcionar ao exercer psicoterapia.

A análise psicométrica feita ao instrumento teve por base a amostra espanhola (N=32) e a amostra argentina (N=170), que Corbella (2003) descreve num dos estudos da sua tese de doutoramento. Os dados psicométricos revelam uma validade interna satisfatória na globalidade das funções, apesar dos valores serem pouco significativos (*Alpha Cronbach* que varia entre 0.60 e 0.85).

Relativamente à fiabilidade do instrumento, os dados obtidos 4 meses depois da primeira administração apontam para uma boa fiabilidade, indicando estabilidade nos itens das várias funções que constituem o estilo pessoal do terapeuta. Contudo, e segundo Corbella (2003) há aspectos relevantes como a formação teórica, as novas tecnologias, as circunstâncias de vida e as condições laborais que podem influenciar e modelar o estilo do terapeuta.

Desta forma, o questionário construído para avaliar as funções do estilo pessoal do terapeuta apresenta qualidades psicométricas satisfatórias e constitui um bom instrumento de análise dos diferentes perfis de estilos de terapeutas (Corbella, 2003).

A tradução do Q.E.P.T. foi autorizada pelo autor (Corbella, 2003) a partir da sua versão espanhola. Assim, numa primeira fase foi feita a sua tradução para português e posteriormente foi feita uma retroversão por um tradutor de língua espanhola (que traduziu

do português para o espanhol). Depois o questionário foi administrado a pequenos grupos de terapeutas com o objectivo de testar a acessibilidade do vocabulário e a compreensão dos itens. Além deste processo, e para que a tradução dos itens não alterasse significativamente o sentido original dos itens, o Q.E.P.T. foi ainda analisado por um professor de língua espanhola que domina também a língua portuguesa para validar o conteúdo da escala original.

Os valores de corte encontrados para este instrumento nesta amostra clínica portuguesa são apresentados no Anexo 7 (Alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento).

Cada uma das funções avaliadas pelo Q.E.P.T. pode ser analisada à luz das diferentes dimensões como se apresenta no Quadro 9. Para cada função existem duas dimensões que são apresentadas como um contínuum (Fernández-Alvarez, Garcia & Scherb, 1998) e a extensão total do contínuum traduz os limites máximos da performance positiva ou negativa do terapeuta. As acções referentes a cada função expressam um conjunto de características, atitudes e disposições que cada terapeuta transmite no exercício da sua profissão.

Quadro 9: Funções e dimensões do estilo pessoal do terapeuta (Fernández-Alvarez, 1998; Corbella, 2005)

Funções	Dimensões	
Instrutiva v.c. ⁶ =1,5	Rigidez Alta assimetria	Flexibilidade Moderada assimetria
Atencional v.c. =2,25	Activo Concentrada	Receptivo Abertura
Expresiva v.c.=3	Distanciamento	Proximidade
Operativa v.c.=2	Directividade Lógica	Persuasivo/Espontaneos Retórica
Avaliativa v.c.=3,25	Optimismo/Estimuladores Orientada por Instrumentos	Criticismo Orientada pelos resultados (efeitos)
Comprometimento Interpessoal v.c.=3	Muito Comprometidos Focalizada	Pouco Comprometidos Extensiva

⁶ Valor de corte encontrado nesta amostra clínica portuguesa para cada função do Estilo de terapeuta.

3) Instrumento destinado à caracterização do cliente

A caracterização do cliente teve em conta três aspectos centrais da sua personalidade: o estilo de *coping* e os seus níveis de resistência, bem como a sua motivação para fazer psicoterapia. Para avaliar estes três aspectos foram utilizados os seguintes instrumentos: i) o Questionário de avaliação da personalidade do cliente (Beutler, 2000) e o Questionário de motivação para a terapia (Pelletier, Tucson & Haddad, 1997; Traduzido por Soares & Lemos, 2003).

Questionário de Avaliação da Personalidade do Cliente (Beutler, 2000) – avalia o Estilo de *coping* do cliente (Internalizado/Externalizado) e o seu nível de Resistência. É um questionário preenchido pelo terapeuta acerca da sua percepção sobre os traços permanentes do cliente. As suas respostas são agrupadas em três dimensões e os valores de corte para esta amostra clínica portuguesa foram igualmente calculados (ver também, Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento):

- A. Estilo Externalizado (25 itens; v.c.=28)
- B. Estilo Internalizado (16 itens; v.c.=37,5)
- C. Níveis de Resistência (25 itens; v.c.=28)

Este instrumento faz parte do protocolo de avaliação clínica proposto por Beutler, no seu modelo de Selecção Sistemática de Tratamento – PAC-SST (2000) e a sua adaptação foi feita por Moreira, Gonçalves e Beutler (2005, ver Anexo 4 – Dossier do Terapeuta, alínea 4.3) embora a validação para a população portuguesa não tenha sido ainda elaborada.

O protocolo de avaliação clínica pretende identificar as características predisponentes do cliente, de forma a, e em função das mesmas poder seleccionar o melhor tratamento. Ele deriva de um programa de computador concebido para ajudar o terapeuta a organizar a informação a vários níveis (história do cliente, identificação dos problemas, áreas de disfuncionamento social, avaliação do suporte social, avaliação do sofrimento e severidade subjectivas, complexidade do problema e personalidade do cliente). A informação completa, obtida por este instrumento proposto por Beutler permite prever as respostas do cliente em vários domínios de tratamento, nomeadamente o nível e tipo de tratamento, a sua intensidade, o uso de determinadas técnicas, objectivos do tratamento, nível de directividade do terapeuta e uso de intervenções de carácter reactivo ou de suporte. Nesta investigação, apenas o nível de Personalidade do Cliente foi tido em conta, aproveitando o Questionário de

Avaliação da Personalidade do Cliente, uma vez que um dos objectivos era conhecer a sua personalidade.

Questionário de Motivação para a Terapia (Pelletier, Tucson & Haddad, 1997; Traduzido por Soares & Lemos, 2003,⁷ ver Anexo 5 – Dossier do Cliente, alínea 5.2) – este questionário identifica os clientes com altos e baixos níveis de auto-determinação para a terapia e organiza os motivos que levam a pessoa a fazer psicoterapia: a) Motivação Intrínseca, b) Motivação Extrínseca (incluindo várias formas de Motivação Extrínseca: Regulação Integrada, Regulação Identificada, Regulação Introjectada e Regulação Externa) e c) Amotivação.

Estas 3 escalas (a, b e c) correspondem a diferentes formas de motivação identificadas por Deci e Ryan (1985) e no seu conjunto, como instrumento de avaliação, revelam um nível satisfatório de consistência interna (os valores *Alpha* variam entre .70 e .92; Pelletier, Tucson & Haddad, 1997). As correlações entre as diferentes escalas revelaram também um padrão que apoia uma boa validade de constructo da teoria de Auto-determinação de Deci e Ryan (1985; Pelletier, Tucson & Haddad, 1997).

A cotação deste instrumento é feita através da média dos itens de cada escala, obtendo o grau de auto-determinação do cliente para a terapia. Contudo, convém referir que, no 1º momento de avaliação este questionário foi alterado, porque não fazia sentido perguntar ao cliente determinadas questões, uma vez que ele poderia nunca ter experienciado um processo de psicoterapia. Assim foram retirados, na 1ª sessão, os seguintes oito itens do Q.M.T.:

- Item 3: “Pelo prazer que sinto quando estou completamente absorvido numa sessão terapêutica”.

- Item 4: “Pela satisfação que sinto quando consigo atingir os meus objectivos pessoais ao longo da terapia”.

- Item 8: “Eu já tive boas razões para fazer terapia, mas agora questiono-me se não deveria desistir”.

- Item 13: “Eu pergunto-me o que estou a fazer aqui na terapia; na verdade acho isto aborrecido.”.

⁷ Tradução autorizada pelos autores Pelletier, Tucson e Haddad (1997).

- Item 17: “Porque através da terapia eu descobri uma forma de analisar diferentes aspectos da minha vida.”.

-Item 18: “Porque através da terapia senti-me capaz de tomar a responsabilidade para fazer mudanças na minha vida”.

- Item 19: “Porque é importante para os clientes manterem-se na terapia até ela acabar”.

- Item 23: “Porque sinto que as mudanças que estão a ocorrer na terapia estão a tornar-se parte de mim”.

Os valores de corte para cada uma das sub-escalas são: Motivação intrínseca=4,5; Regulação Externa=4; Regulação integrada=5; Regulação identificada=6 e Regulação Introjectada=5 e Amotivação=3.

4) Instrumento destinado à caracterização do processo terapêutico

O instrumento destinado a caracterizar o processo terapêutico foi o Inventário da aliança terapêutica (Horvath, 1981, 1982; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999).

Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Terapeuta/Versão Cliente (Horvath, 1981, 1994; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999, ver Anexo 4 – Dossier do Terapeuta, alínea 4.1 e Anexo 5 – Dossier do Cliente, alínea 5.1) – destina-se a avaliar a qualidade da aliança terapêutica segundo três elementos: acordo nas tarefas, acordo nos objectivos e desenvolvimento da relação. Este instrumento tem a vantagem de ser uma medida da aliança terapêutica que não foi desenvolvida no contexto de uma escola psicoterapêutica, ou de um determinado modelo teórico, mas sim tendo como base um modelo explicativo da mudança terapêutica (Machado & Horvath, 1999). A versão completa do inventário é constituída por 36 itens, e a versão reduzida (Tracey & Kokotovic, 1989) utilizada neste estudo, é constituída por 12 itens organizados numa escala de *Likert* de 7 pontos, em que 1=Nunca e 7=Sempre. Os valores de corte encontrados na amostra deste estudo para o IAT, quer para o terapeuta, quer para o cliente podem ser observados no Anexo 7 (alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento).

A noção de aliança terapêutica, inicialmente desenvolvida por Bordin (1975), inclui três dimensões: i) TAREFAS, refere-se aos comportamentos e cognições que constituem a

substância do Processo terapêutico, ii) OBJECTIVOS, diz respeito a uma colaboração e consenso, relativamente ao alvo da intervenção terapêutica e, iii) RELAÇÃO, diz respeito à rede complexa de vinculações pessoais positivas entre o cliente e o terapeuta e inclui aspectos como aliança mútua e aceitação (Machado & Horvath, 1999).

O I.A.T., quer na sua versão original completa, quer na sua versão portuguesa completa, apresenta índices adequados de consistência interna e de fiabilidade. Na versão original apresenta um *Alpha de Cronbach* entre 0.93 a 0.84 para a escala total e apesar das estimativas de fiabilidade para as 3 dimensões – Tarefa, Relação e Objectivos, terem sido mais baixas apresentaram, ainda assim, níveis adequados (entre 0.92 e 0.68, Machado & Horvath, 1999). A versão portuguesa apresenta resultados semelhantes, nomeadamente um *Alpha de Cronbach* de 0.93 para a escala total e valores ajustados para as 3 dimensões – Tarefa (0.87) e Relação e Objectivos (0.80; Machado & Horvath, 1999).

O instrumento possui itens com polaridade negativa (item 4 e item 10, na versão reduzida) que são invertidos antes de serem adicionados. Segundo Machado e Horvath (1999) a versão reduzida deste instrumento tem como principal desvantagem a diminuta fiabilidade dos resultados das sub-escalas, devido ao restrito número de itens que a constituem, mas no geral, os autores afirmam que o resultado total mostrou-se consistente. Para além disso, Busseri e Tyler (2003) referem que há uma boa consistência interna e as correlações inter-escalas são bastante significativas entre a versão completa e a versão reduzida do I.A.T.

5) Instrumentos destinados à avaliação do resultado

A avaliação do resultado terapêutico foi feita tendo por base dois dos instrumentos mais utilizados e trabalhados pela comunidade científica internacional: i) o CORE-OM (“Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure”, CORE System Group, 1998; 1999) e o ii) SCL-90R (“Symptom Checklist – Revised-90”, Derogatis, 1977, 1983). O primeiro está mais direccionado para avaliar o bem – estar geral do sujeito e o segundo para a sintomatologia.

CORE-OM - Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, (CORE System Group, 1998; 1999, ver Anexo 5 – Dossier do Cliente, alínea 5.3) – é um instrumento de avaliação do resultado terapêutico composto por 4 domínios: BEM-ESTAR (4 itens), PROBLEMAS (12 itens), FUNCIONAMENTO de VIDA/SOCIAL (12 itens) e

COMPORTAMENTOS de RISCO (para si e para os outros; 6 itens). Fornece um nível global de sofrimento do cliente que é definido pela média dos 34 itens e que pode ser comparado com uma população clínica, antes e depois da psicoterapia de forma a avaliar as mudanças que tenham ocorrido.

Este instrumento revelou uma boa fidelidade e consistência interna (Mellor-Clark, Barkham, Connell & Evans, 1991; McCloskey, 2001; Barkham, Leach, Lucock, Evans, Margison, Mellor-Clark, Benson, Connell & Audin, 2001; Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark & Audin, 2002), com um Alpha Cronbach de 0.94 e as sub-escalas de 0.77 a 0.90, bem como uma boa validade convergente com 6 outros instrumentos designadamente, o BAI, “Beck Anxiety Inventory” (Beck, Steer & Garbin, 1988), o BDI, “Beck Depression Inventory” (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), SCL90, “Symptom Checklist – 90 – Revised” (Derogatis, 1983), BSI, “Brief Symptom Inventory” (Derogatis & Melisaratos, 1983), IIP-32, “Inventory of Interpersonal Problems” (versão de 32 itens, Barkham, Hardy & Startup, 1996) e GHQ, “General Health Questionnaire” (versão de 28 itens, Goldberg & Hillier, 1979). Revela também uma grande sensibilidade à mudança e mostra igualmente, uma boa consistência interna entre amostras clínicas e não clínicas. Segundo McCloskey (2001) o CORE é uma boa medida de avaliação da mudança do cliente.

O CORE-OM é “copyrighted” pelo CORE System Group⁸, (1998) e pela Fundação de Saúde Mental, mas ambas as valências concedem autorização para fotocopiar o instrumento, desde que não seja feita nenhuma alteração, nem que daí advinha qualquer tipo de lucro (McCloskey, 2001). Barkham, Leach, Lucock, Evans, Margison, Mellor-Clark, Benson, Connell e Audin (2001) referem que para adoptar uma medida nacional de avaliação do resultado da psicoterapia é crucial que essa medida seja passada aos clínicos de forma gratuita e que seja fácil a sua aplicação. Isso aumentará a probabilidade de o instrumento ser aplicado em vários contextos clínicos e por um número cada vez maior de psicoterapeutas.

Cada item do CORE é cotado a partir de uma escala de Likert que vai de 0 (Nada) a 4 (Sempre ou quase sempre). Este instrumento ainda não foi adaptado à população portuguesa, contudo, fez-se uma breve análise comparativa com as amostras clínicas e não clínicas da amostra britânica, cujos valores médios de cada sub-escala estão organizados no manual do

⁸ A equipa do CORE-OM trabalha no Psychological Therapies Research Centre, 17 Blenheim Terrace, University of Leeds, LS2 9JT.

CORE (CORE System Group, 1998) e a partir desses valores definiu-se o valor de corte ($v.c=0.76$ ⁹ referente ao CORE Score Total) e os resultados serão apresentados no capítulo seguinte.

A tradução do CORE-OM foi autorizada¹⁰, a partir da versão inglesa. Numa primeira fase, foi feita a sua tradução para português e posteriormente fez-se uma retroversão por um tradutor de língua inglesa (que traduziu do português para o inglês novamente). Seguidamente foi administrado a pequenos grupos de pessoas com o objectivo de testar a acessibilidade do vocabulário e a compreensão dos itens. Para que a tradução dos itens não alterasse significativamente o sentido original dos itens, o CORE foi ainda analisado por um professor de língua inglesa (que domina também a língua portuguesa) para validar o conteúdo da escala original.

O sistema do CORE tem 2 formas: a) CORE – OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure) e CORE-A (Clinical Outcomes in Routine Evaluation Assessment) este com duas dimensões de avaliação – i) TAF (CORE – Therapy Assessment Form), destinada a fazer uma avaliação inicial do cliente, e ii) ETF (CORE – End of Therapy Form), destinada a fazer a avaliação no final da psicoterapia. Neste estudo apenas foi utilizada o CORE – OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure).

S.C.L. – 90-R – Symptom Checklist – Revised-90 (Derogatis, 1977, 1983) – a sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do SCL-90-R traduzida e adaptada por Baptista (1993, ver Anexo 5 – Dossier do Cliente, alínea 5.4). É um questionário que pretende fazer uma avaliação mais direccionada para os padrões de sintomatologia clínica e apresenta uma boa consistência interna (Derogatis, 1983). O SCL-90-R é particularmente útil para observar a evolução do cliente, bem como ser usado como medida de avaliação de resultados na investigação clínica. Os 90 itens deste questionário estão organizados em 9 dimensões: a) SOMATIZAÇÃO, b) OBSESSIVO-COMPULSIVO, c) SENSIBILIDADE INTERPESSOAL, d) DEPRESSÃO, e) ANSIEDADE, f) HOSTILIDADE, g) ANSIEDADE FÓBICA, e) IDEACÃO PARANOIDE e, f) PSICOTICISMO. Os resultados finais são agrupados em 3 Índices Globais, i) Índice de

⁹ Este valor de corte poderá ser igualmente observado no Anexo 7, na alínea 76.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento.

¹⁰ A autorização foi dada pelo responsável do “*copyright holder*”: Chris Evans (chris@syctc.org)

Severidade Global (ISG), mede o nível de profundidade da perturbação, ii) Total de Sintomas Positivos (TSP), é o número total de respostas cotadas com valor igual ou superior a 1 e, iii) Nível de Perturbação por Sintomas Positivos (NPSP) que representa a intensidade dos sintomas. Níveis muito altos indicam elevados níveis de sintomatologia. As respostas aos itens são dadas a partir de uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que 0= Nada e 4= Muito. O valor de corte neste instrumento foi definido por Baptista (1993) na sua adaptação da escala. O valor de corte (v.c) é de 1.23¹¹, referente ao ISG – Índice de Severidade Global).

¹¹ Este valor de corte poderá ser igualmente observado no Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento.

2. Descrição dos estudos, definição dos objectivos e levantamento de questões de investigação

No Quadro 10 apresenta-se uma síntese da recolha da amostra efectuada entre Março de 2005 e Dezembro de 2006 (1 ano e 9 meses). As díades de terapeutas e clientes foram organizadas em quatro grupos (A, B, C e D) distinguindo-se cada grupo pelo número de sessões avaliadas (se 4, 3, 2 ou 1). Considerou-se que as díades com uma, duas ou três sessões de avaliação foram aquelas que desistiram do processo terapêutico (Des)¹².

Quadro 10: Quadro síntese das sessões avaliadas entre Março de 2005 e Dezembro de 2006 (1 ano e 9 meses)

Grupos	Díades T/C	Sessões avaliadas
Grupo A	18	1 ^a , 3 ^a , 5 ^a e 8 ^a
Grupo B	5 (Des)	1 ^a , 3 ^a , 5 ^a
Grupo C	6 (Des)	1 ^a , 3 ^a
Grupo D	10 (Des)	1 ^a
	N= 39	
A- 4 momentos de avaliação; B – 3 momentos de avaliação; C – 2 momentos de avaliação e D – 1 momento de avaliação		

A partir destes dados definiu-se um conjunto de quatro estudos exequíveis, como se utilizássemos quatro olhares possíveis de análise das díades de terapeutas e clientes.

2.1. Estudo 1: Determinar o conforto estatístico

Antes de iniciar qualquer jornada estatística, torna-se pertinente avaliar a consistência interna dos instrumentos seleccionados, no sentido de perceber se eles medem o conceito teórico que têm subjacente (Carretero-Dios & Pérez 2005). Por isso mesmo torna-se bastante pertinente efectuar uma análise dos itens e estudar a estrutura interna de um instrumento para decidir sobre a sua utilidade para a investigação. Estas etapas são determinantes e detêm um poder selectivo face às análises que deverão ser feitas posteriormente. Assim definiram-se para o Estudo 1 os seguintes objectivos de investigação:

1. Avaliar a consistência interna/índices de fiabilidade dos instrumentos de avaliação:

¹² Nenhum caso foi dado por terminado até à 8^a sessão, por isso todos os que não chegaram à 8^a Sessão foram considerados desistências.

- Estilo Terapeuta *¹³
- Estilo de Cliente *
- Motivação para a Terapia (cliente) *
- Inventário da Aliança terapêutica (IAT)
- CORE-OM*
- SCL 90R

2. Descrever a dispersão estatística de cada um dos instrumentos utilizados

2.2. Estudo 2: *Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades: Os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?*

O segundo “olhar” possível foi o que denominamos de Estudo 2, *Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades: Os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?* onde se procurou conhecer, no momento de avaliação mais poderoso em termos de amostra (N= 39 díades), todas as primeiras sessões dos 4 grupos (A, B, C e D), do Terapeuta e do Cliente.

Formularam-se os seguintes objectivos para o estudo 2:

1. Avaliar o desenvolvimento do IAT nos quatro grupos de díades no 1º momento terapêutico.
2. Observar a acuidade perceptiva a nível da Aliança terapêutica entre as díades de terapeutas e clientes no 1º momento terapêutico.
3. Observar se a aliança terapêutica é influenciada por determinadas variáveis demográficas.
4. Identificar factores iniciais que possam explicar as desistências precoces dos clientes.
 - 4.1. Observar diferenças significativas entre os quatro grupos de díades relativamente a cada um dos instrumentos, no primeiro momento terapêutico.
 - 4.2. Comparar os resultados de todas as variáveis dos dois conjuntos de díades, (18 casos em psicoterapia e 21 casos em Desistências).

Estas questões de investigação são perguntas metodologicamente mistas que sugerem a utilização de um método indutivo, ou seja, de construção de conceitos a posteriori e de um

¹³ Instrumentos não validados à população portuguesa.

método dedutivo recorrendo a questões construídas com base em conceitos teóricos definidos previamente.

Pretende-se conhecer se a percepção dos terapeutas e dos clientes, acerca das dimensões do processo e do resultado terapêutico, muda de forma significativa da 1ª até à 8ª sessão e se essa mudança poderá traduzir-se em factores de sucesso que explicam a sua manutenção em psicoterapia.

2.3. Estudo 3: Estudo de caso – “o terapeuta campeão” (19 casos)

O estudo de caso foi um outro olhar apetecível de exploração. Graciosamente um dos terapeutas conseguiu reunir 19 casos clínicos permitindo desta forma, formular dois objectivos exploratórios que encaminham esta análise de caso: i) conhecer mais a fundo o seu estilo de funcionamento terapêutico e, ii) compreender os resultados terapêuticos alcançados com os seus clientes. Nesse sentido, definiram-se as seguintes questões de investigação para o Estudo 3:

1. Caracterizar o terapeuta e os seus clientes.
2. Observar o estilo de terapeuta.
 - 2.1. O estilo deste terapeuta é igual para todos os clientes ou pelo contrário varia entre os diferentes clientes?
 - 2.2. O estilo do terapeuta manteve-se ao longo das sessões avaliadas?
3. Observar o estilo de cliente que desistiu.
 - 3.1. Os clientes que desistiam da terapia apresentavam um perfil específico?
 - 3.2. Observar a motivação para a terapia.
 - 3.3. A Motivação para a terapia foi diferente no grupo dos clientes que desistiu?
4. Observar a aliança terapêutica.
 - 4.1. Os níveis de aliança terapêutica são convergentes entre o terapeuta e o cliente?
 - 4.2. A aliança terapêutica apresenta níveis mais baixos no grupo de clientes que desistiu?
5. Observar o resultado terapêutico.
 - 5.1. Os níveis de bem-estar revelados pelo CORE-OM aumentaram?
 - 5.2. Os níveis de sintomatologia revelados pelo SCL90R diminuíram?

Depois de apresentar o método utilizado na caracterização dos participantes, bem como nos procedimentos empregues na recolha de dados e na caracterização dos instrumentos de investigação e definidos os objectivos e respectivas questões de investigação apresenta-se de seguida os resultados obtidos em cada um dos estudos.

3. Resultados

Toda a informação recolhida junto dos terapeutas e dos clientes foi analisada através do SPSS V.13. Segundo Mellor-Clark, Connell, Barkham e Cummins (2001) a técnica de análise de dados utilizada nos estudos de avaliação dos resultados, ou da mudança na psicoterapia no Reino Unido, é o método da consistência e modificação clinicamente significativa, já utilizado por Evans, Margison e Barkham (1998) e Jacobson e Truax (1991). Este método trabalha os conceitos das diferenças clinicamente significativas utilizando um determinado instrumento de medida e avalia a sua significância clínica. Mellor-Clark, Connell, Barkham, e Cummins (2001) definem claramente a consistência na mudança (*reliable change*) e referem que o focus é o cliente apresentar um nível de mudança suficiente para ser consistente ou se, a mudança está para aquém de um determinado nível que deva ser atribuída a um erro de medida. A mudança clinicamente significativa foca-se no facto de os níveis de melhoria do cliente estarem mais próximos dos níveis apresentados por uma população não clínica (que não esteja em psicoterapia), do que uma população clínica (que esteja em psicoterapia).

Este capítulo de resultados pretende expor os efeitos mais significativos que foram encontrados a partir das várias análises estatísticas efectuadas, em que se procurava conhecer os factores que causavam justamente as mudanças clinicamente significativas. Cada conjunto de resultados é exposto tendo em conta os três 3 Estudos que foram delineados e os seus respectivos objectivos. Para facilitar a leitura e análise destes resultados apresenta-se de seguida no Quadro 11 cada um dos estudos realizados e os respectivos objectivos no sentido de orientar a leitura do presente capítulo.

Quadro 11: Estudos realizados e respectivos objectivos de investigação

Estudos	Objectivos
Estudo 1: Determinar o conforto estatístico	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="671 1608 1378 1666">1. Avaliar a consistência interna/índices de fiabilidade dos instrumentos de avaliação<li data-bbox="671 1682 1299 1740">2. Descrever a dispersão estatística de cada um dos instrumentos utilizados
Estudo 2: <i>Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades - Os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?</i>	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="671 1767 1386 1825">1. Avaliar o desenvolvimento do IAT nos quatro grupos de díades no 1º momento terapêutico<li data-bbox="671 1841 1378 1935">2. Observar a acuidade perceptiva a nível da Aliança terapêutica entre as díades de terapeutas e clientes no 1º momento terapêutico

	<p>3. Observar se a aliança terapêutica é influenciada por determinadas variáveis demográficas</p> <p>4. Identificar factores iniciais que possam explicar as desistências precoces dos clientes</p> <p>4.1. Observar diferenças significativas entre os quatro grupos de díades relativamente a cada um dos instrumentos, no primeiro momento terapêutico</p> <p>4.2. Comparar os resultados de todas as variáveis dos dois conjuntos de díades, (18 casos em psicoterapia e 21 casos em Desistências)</p>
<p>Estudo 3: Estudo de caso – “<i>O terapeuta Campeão</i>” (19 casos)</p>	<p>1. Caracterizar os terapeutas e os seus clientes</p> <p>2. Observar o estilo do terapeuta</p> <p>2.1. O estilo deste terapeuta é igual para todos os clientes ou pelo contrário varia entre os diferentes clientes?</p> <p>2.2. O estilo do terapeuta manteve-se ao longo das sessões avaliadas?</p> <p>3. Observar o estilo de cliente</p> <p>3.1. Os clientes que desistiam da terapia apresentavam um perfil específico?</p> <p>4. Observar a motivação para a terapia</p> <p>4.1. A Motivação para a terapia foi diferente no grupo dos clientes que desistiu?</p> <p>5. Observar a aliança terapêutica</p> <p>5.1 Os níveis de aliança terapêutica são convergentes entre o terapeuta e o cliente?</p> <p>5.2 A aliança terapêutica apresenta níveis mais baixos no grupo de clientes que desistiu?</p> <p>6. Observar o resultado terapêutico</p> <p>6.1 Os níveis de bem-estar revelados pelo CORE-OM aumentaram?</p> <p>6.2 Os níveis de sintomatologia revelados pelo SCL90R diminuíram?</p>

3.1. Resultados relativos ao Estudo 1: Determinar o conforto estatístico

3.1.1. Avaliar a consistência interna/índices de fiabilidade dos instrumentos de avaliação¹⁴:

Para determinar os limites de significância estatística, (valores de *Alpha de Cronbach*) adoptou-se os valores propostos por Pestana e Gageiro (2003) e, como se pode observar no quadro seguinte (Quadro 12), a partir de $p > 0.6$ a correlação embora fraca, é significativa.

¹⁴ De referir que estamos a observar amostras clínicas e como tal, não ser possível, com este tipo de amostragem, dada a sua especificidade (no que diz respeito ao reduzido tamanho da amostra e às suas características clínicas) retirar conclusões generalizáveis quer a amostras clínicas, quer a amostras “normais”.

Quadro 12: Valores de Alpha de Cronbach propostos por Pestana e Gageiro (2003)

Valores <i>p</i>	Padrão de correlação
0.5 - 0.6	Inaceitável
0.6 - 0.7	Fraca
0.7 - 0.8	Razoável
0.8 - 0.9	Boa
> 0.9	Muito Boa

Nota: Os valores abaixo de $p < 0.6$ que surgem nos Quadros de resultados seguintes serão apresentados em itálico para diferenciá-los dos restantes em que a correlação é aceitável.

Inventário da Aliança terapêutica (I.A.T.)

Para esta análise de avaliação de consistência interna utilizou-se o Coeficiente de correlação de *Alpha de Cronbach*, uma vez que as variáveis (sub-escalas) do Inventário da aliança terapêutica são consideradas contínuas (ver Quadro 13). Os resultados apontam para uma boa consistência interna na generalidade das sub-escalas, com a excepção de três momentos de avaliação (8^a, 1^a e 3^a sessão) em que os valores de *Alpha* são considerados inaceitáveis ($p < 0.6$), respectivamente na 8^a sessão no grupo dos terapeutas (.511, $p < 0.6$), na 1^a e 3^a sessões no grupo dos clientes (.487 e .548, $p < 0.6$).

Quadro 13: Valores de *Alpha de Cronbach* para o Inventário da aliança terapêutica no grupo dos terapeutas e no grupo dos clientes nos 4 momentos de avaliação

IAT	SESSAO	<i>Alpha de Cronbach</i>		
		Tarefa	Relação	Objecto
Terapeuta	1	,673	,610	,794
	3	,838	,802	,801
	5	,882	,789	,776
	8	,876	,811	,511
Cliente	1	,727	,863	,487
	3	,698	,840	,548
	5	,797	,809	,614
	8	,909	,856	,803

Estilo do Terapeuta

No que diz respeito ao Questionário de estilo de terapeuta, o *Alpha de Cronbach* foi igualmente utilizado para avaliar a consistência interna do instrumento, uma vez que se tratam de variáveis contínuas, analogamente ao I.A.T. A partir da análise do Quadro 14 observa-se curiosamente, a existência de alguns valores de coeficientes de *Alpha de Cronbach* negativos, o que poderá indicar que a matriz das covariâncias apresenta valores restritivos, na sub-escala de Comprometimento interpessoal (-0.74 na 3ª sessão e -113 na 5ª sessão). Os terapeutas poderão ter percebido as perguntas de forma contrária ao que seria de esperar, por exemplo, as questões poderão não estar bem adaptadas à população a que se destina (uma amostra de terapeutas portuguesas), sugerindo inclusive que o processo de tradução e retroversão não terá sido bem conseguido.

As sub-escalas referentes às funções atencional, operativa, avaliativa e de comprometimento interpessoal não serão incluídas nas análises dos estudos posteriores, justamente porque apresentam valores *Alpha* de consistência interna considerados inaceitáveis ($p < 0.6$), segundo Pestana e Gageiro (2003).

A sub-escala que diz respeito à função instrutiva é a única neste instrumento que apresenta valores razoáveis de significância ($p > 0.6$) na totalidade dos momentos de avaliação, respectivamente .764 na 1ª sessão, .816 na 3ª sessão, .717 na 5ª sessão e .645 na 8ª sessão. A sub-escala referente à função expressiva, apesar de apresentar valores abaixo de $p < 0.6$, nomeadamente .549 na 1ª sessão e .564 na 3ª sessão, considerou-se a sua inclusão no padrão de correlação fraco, mas aceitável, uma vez que os valores estão muito próximos do valor estabelecido como aceitável ($= p > 0.6$).

Tendo em conta estes resultados, e no que concerne às análises a serem apresentadas nos estudos subsequentes relativamente ao Estilo de terapeuta, ter-se-á somente em conta os dados relativos às funções Instrutiva e Expressiva, uma vez que são aquelas que apresentam uma consistência interna aceitável.

Quadro 14: Valores de Alpha de Cronbach para o questionário do estilo do terapeuta, nos 4 momentos de avaliação

Estilo de Terapeuta	Alpha de Cronbach					
	Função instrutiva (4 itens)	Função atencional (4 itens)	Função expressiva (5 itens)	Função operativa (5 itens)	Função Avaliativa (4 itens)	Função Comprometimento Interpessoal (4 itens)
1	,764	,376	,549	,395	,041	,404
3	,816	,523	,564	,183	,046	-,074
5	,717	,214	,693	,163	,217	-,113
8	,645	,304	,740	,458	-1,028	,437

Estilo de Cliente

As variáveis que constituem as três sub-escalas deste instrumento são consideradas variáveis dicotômicas, tendo em conta que se pretende avaliar a consistência interna utilizou-se o coeficiente de *Guttman Split-Half*. Os valores deste coeficiente são apresentados no Quadro 15.

No que diz respeito à sub-escala de Externalização considera-se que ela é minimamente consistente, uma vez que na maioria das sessões os valores de coeficiente de *Guttman Split-Half* foram aceitáveis ($p > 0.6$), respectivamente .58915 na 1ª sessão, .691 na 5ª sessão e .640 na 8ª sessão. Na 3ª sessão, os níveis de consistência interna foram considerados abaixo de $p < 0.6$ (.445). As respostas a esta sub-escala na 3ª sessão poderão ser consideradas inválidas, ou serem alvo de uma atenção especial tendo em conta este resultado fraco a nível de consistência interna.

A sub-escala de Internalização revela uma boa consistência interna em todos os momentos de avaliação (valores estão todos acima de $p > 0.6$).

Relativamente à sub-escala de Resistência, observa-se que só a partir da 5ª e 8ª sessão os itens são estatisticamente consistentes, embora revelem uma consistência interna fraca, mas aceitável, nomeadamente .600 e .601 ($p > 0.6$). A 1ª e a 3ª sessão apresentam valores muito baixos de consistência interna ($p < 0.6$; .371 e .395 respectivamente).

¹⁵ Este valor (.589) apesar de estar abaixo de 0.6, considerou-se que é uma correlação fraca, mas aceitável, uma vez que se aproxima muito do valor estipulado como aceitável ($p > 0.6$).

Quadro 15: Valores de Alpha de Cronbach para o questionário do estilo do cliente nos 4 momentos de avaliação

Q.A.P.C.	<i>Guttman Split-Half</i>		
	Externalização	Internalização	Resistência
1	,589	,803	,371
3	,445	,703	,395
5	,691	,856	,600
8	,640	,635	,601

Motivação para a Terapia

O Questionário de motivação para a terapia apresenta nas suas diferentes sub-escalas níveis de consistência interna bastante díspares, tal como se observa no Quadro 16. Na sub-escala da motivação intrínseca, todos os valores são maioritariamente aceitáveis ($p > 0.6$), à excepção da 3ª sessão que apesar de apresentar um valor $p < 0.6$, está relativamente próximo, respectivamente .570. A sub-escala de regulação integrada e a sub-escala de regulação extrínseca revelam ambas uma consistência interna bastante aceitável em todos os momentos de avaliação, sugerindo uma boa validade de constructo. Por sua vez, a sub-escala de regulação identificada apenas sugere níveis de consistência interna aceitáveis na 1ª e 3ª sessão, revelando valores muito baixos na 5ª e 8ª sessão, respectivamente .460 e .480 ($p < 0.6$). A sub-escala de regulação introjectada apresenta níveis muito bons de consistência interna mas apenas na 1ª sessão ($p > 0.6$; .900). Na 3ª, 5ª e 8ª sessão os valores de *Alpha* são relativamente baixos ($p < 0.6$; .500, .417 e .145, respectivamente). A sub-escala da desmotivação apresenta igualmente valores *Alpha* muito baixos em todos os momentos de avaliação, sugerindo a sua exclusão das análises posteriores ($p < 0.6$; .513; .494; .316 e .311).

Quadro 16: Valores de Alpha de Cronbach para o questionário de motivação para a terapia nos 4 momentos de avaliação

SESSÃO	<i>Alpha de Cronbach</i>											
	Moti Intrín	itens	Regulação Integrada	itens	Regulação Identificada	itens	Regulação Introjectada	tens	Regulação Extrínseca	Itens	Desmotivação	Itens
1	892		-	1	,715	4	,900	3	,900	4	,513	2
3	570	4	,714	4	,643	4	,500	4	,894	4	,494	4
5	638	4	,774	4	,460	4	,417	4	,815	4	,316	4
8	664	4	,866	4	,481	4	,145	4	,863	4	,311	4

CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, CORE System Group, 1998; 1999)

O CORE-OM apresenta níveis de consistência interna bastante aceitáveis na maioria das suas sub-escalas, veja-se no Quadro 17 os valores de *Alpha* das sub-escalas Bem-estar Subjectivo, Problemas/sintomas e Score total, todos apresentam valores acima de 0.6 ($p > 0.6$), evidenciando-se como bastante aceitável a sub-escala de Problemas e sintomas cujos valores, nos quatro momentos de avaliação, são considerados muito bons.

Por outro lado, a sub-escala de Funcionamento de vida nos três primeiros momentos de avaliação apresenta valores de consistência interna inaceitáveis, sugerindo que a sua utilização deverá ser tida em conta apenas na 8ª sessão, cujos valores são fracos, mas aceitáveis. Os valores de *Alpha* sugerem que relativamente à sub-escala de Comportamentos de risco, apesar de na 5ª sessão apresentar um valor *Alpha* de .577, considerado abaixo do nível aceitável ($p > 0.6$), poder-se-á contemplar esta sub-escala na sua totalidade, uma vez que o valor está relativamente próximo de 0.6.

Quadro 17: Valores de Alpha de Cronbach para o CORE-OM nos 4 momentos de avaliação

CORE-OM	Alpha de Cronbach				SCORE TOTAL
	Bem-estar-subjectivo (4 itens)	Problemas e sintomas (12 itens)	Funcionamento de vida (12 itens)	Comportamentos de risco (6 itens)	
1	,679	,920	,463	,785	,932
3	,854	,918	,274	,795	,944
5	,766	,925	,565	,577	,928
8	,756	,907	,625	,791	,923

SCL-90-R (Symptom Checklist – Revised-90; Derogatis, 1977, 1983; Baptista, 1993)

O SCL90-R apresenta valores *Alpha de Cronbach* de consistência interna bastante satisfatórios em todas as sub-escalas, situando-se maioritariamente entre 0.8 e >0.9. Esta é uma escala já adaptada à população portuguesa por Baptista (1993) e, por isso mesmo, talvez se compreendam estes valores auspiciosos de consistência interna (ver Quadro 18).

Quadro 18: Valores de Alpha de Cronbach para o SCL-90R nos 4 momentos de avaliação

SCL90-R	Alpha de Cronbach									
	Somatização (11 itens)	Obsessivo compulsivo (10 itens)	Sensibilidade interpessoal (9 itens)	Depressão (13 itens)	Ansiedade (10 itens)	Hostilidade (6 itens)	Ansiedade fóbica (7 itens)	Ideação paranoide (6 itens)	Psicoticismo (10 itens)	ISG (90 itens)
1	,861	,889	,898	,916	,901	,811	,755	,652	,821	,977
3	,835	,914	,907	,933	,901	,837	,796	,655	,869	,983
5	,902	,899	,939	,905	,892	,836	,867	,820	,873	,983
8	,908	,825	,893	,920	,917	,615	,868	,881	,861	,982

Apesar destes valores de consistência interna serem pouco homogêneos ao longo dos quatro momentos de avaliação na globalidade dos instrumentos, decidiu-se que se houvesse pelo menos um momento terapêutico em que o instrumento acusasse níveis adequados de consistência interna, os resultados obtidos com esse instrumento seriam utilizados nas análises referentes aos estudos seguintes (ver Quadro 46: Momentos da terapia em que a

aplicação dos instrumentos revela ser mais consistente, no capítulo da Discussão dos resultados). Esta seria uma forma de rentabilizar os dados recolhidos, não suprimindo dados pertinentes que, embora não revelem a consistência interna na sua plenitude, mostram alguns indicadores que permitem utilizar os dados nas análises subsequentes.

3.1.2. Descrever a dispersão estatística de cada um dos instrumentos utilizados

Seguidamente, apresenta-se outro passo importante na determinação do “*conforto estatístico*” que é a descrição quanto à localização e dispersão das sub-escalas. Esta informação é importante para saber quais os limites das escalas na totalidade da amostra. Os valores são apresentados em diagramas de extremos e quartis, mas os dados mais precisos são apresentados no Anexo 7, alínea 7.1. no Quadro B - Descrição dos valores mínimos, máximos, médias, desvios padrões, e teste de ajustamento à normalidade (Shapiro-Wilk) dos instrumentos utilizados, (dados relativos à 1ª sessão). Os valores abaixo de $p < 0.05$ indicam que as sub-escalas não são normais e nestas situações utilizam-se técnicas não paramétricas de inferência estatística. Quando os valores estão acima de $p > 0.05$ recorre-se a técnicas paramétricas para avaliar a normalidade das escalas.

De seguida apresentam-se seis figuras que sintetizam a informação apresentada no Anexo 7, alínea 7.1. no Quadro B-Descrição dos valores mínimos, máximos, médias, desvios padrões, e teste de ajustamento à normalidade (Shapiro-Wilk) dos instrumentos utilizados, (dados relativos à 1ª sessão). São referidos igualmente os pontos de corte para cada instrumento, à medida que são descritos os valores dos gráficos. Estes valores de corte são igualmente apresentados no Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte para cada instrumento. Os valores de corte foram obtidos a partir dos dados da 1ª sessão porque o número de sujeitos é substancialmente maior quando comparado com os sujeitos das outras sessões. O recurso aos valores de corte permite encontrar o limite a partir do qual se descobre dois grupos de sujeitos distintos entre si (comparação inter-grupo), mas homogêneos dentro dos respectivos grupos (comparação intra-grupo).

Na Figura 2 são comparadas as sub-escalas do IAT do terapeuta. Todas elas têm a mesma amplitude de variação o que facilita a sua comparação. A metade central da amostra (representada pela caixa azul) é ligeiramente superior nas tarefas quando comparada com a dimensão da relação. Estas duas dimensões situam-se na sua maioria ligeiramente acima dos valores de corte definidos para esta amostra nestas dimensões (valor de corte da dimensão

Tarefas=20; Relação=19). Curiosamente, na dimensão dos objectivos o valor de corte definido foi de 13 e observa-se claramente que a maior concentração de sujeitos pontua muito acima desse valor (ver Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C, com os valores de corte encontrados para todos os instrumentos).

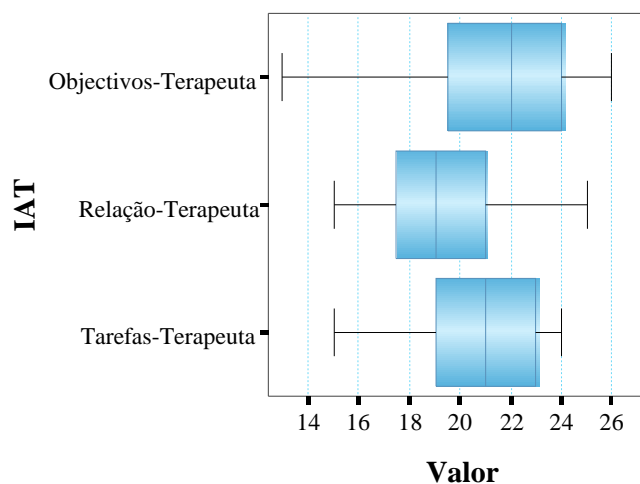


Figura 2: Distribuição das sub-escalas do IAT nos terapeutas

Na Figura 3 no grupo dos clientes parece haver uma maior dispersão de valores do que no grupo dos terapeutas. Utiliza-se a mediana (linha central que divide cada uma das caixas) para comparar as três sub-escalas. As pontuações medianas das sub-escalas da relação e de tarefas estão muito próximas e são superiores à mediana dos objectivos. Relativamente aos valores de corte estabelecidos para este instrumento observa-se no Anexo 7, alínea 7.2 respectivamente no Quadro C com os valores de corte encontrados para todos os instrumentos, que a maioria de sujeitos pontua muita acima do valor de corte estabelecido, nomeadamente, tarefas (v.c=22), relação (v.c=21) e objectivos (v.c.=21).

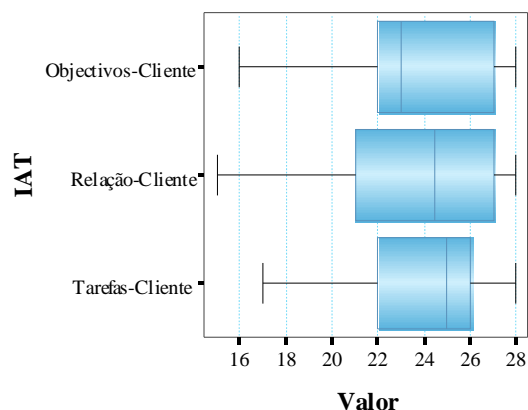


Figura 3: Distribuição das sub-escalas do IAT nos clientes

Na Figura 4 surgem cinco sujeitos vistos como *outliers*, ou seja não são considerados como pertencentes à população de onde foram extraídos como tal os seus valores não poderão ser explicados a partir dos sujeitos desta amostra. Os valores de corte considerados para esta amostra são os seguintes: F.A – 2,25; F.CI – 3; F.AVA - 3,25; F.O - 2; F.E - 3; F.I – 1,5 (ver Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento). Relativamente à função instrutiva, a frequência com que a utilizam varia muito de terapeuta para terapeuta. O ponto de corte para esta função instrutiva foi de 1,5 e os terapeutas estão maioritariamente acima desse ponto, ou seja identificam-se com maior frequência com esta função. No outro grupo, abaixo de 1,5 estão os terapeutas que utilizam pouco esta função. Assim, observa-se que a Função de comprometimento interpessoal (F.CI), a Função avaliativa, (F.AVA) a Função operativa (F.O) e a Função instrutiva (F.I) estão acima do valor de corte, respectivamente, 3, 3.25, 2 e 1,5 valor. O facto de estar acima do valor de corte revela que os terapeutas identificam-se maioritariamente com estas funções.

As funções que mostram ser mais homogêneas são a função avaliativa, a de comprometimento interpessoal e a função atencional, ou seja a maioria dos terapeutas parece funcionar mais nestes três estilos (avaliativo, comprometimento interpessoal e expressivo), estando estes valores acima do ponto de corte definido para esta amostra.

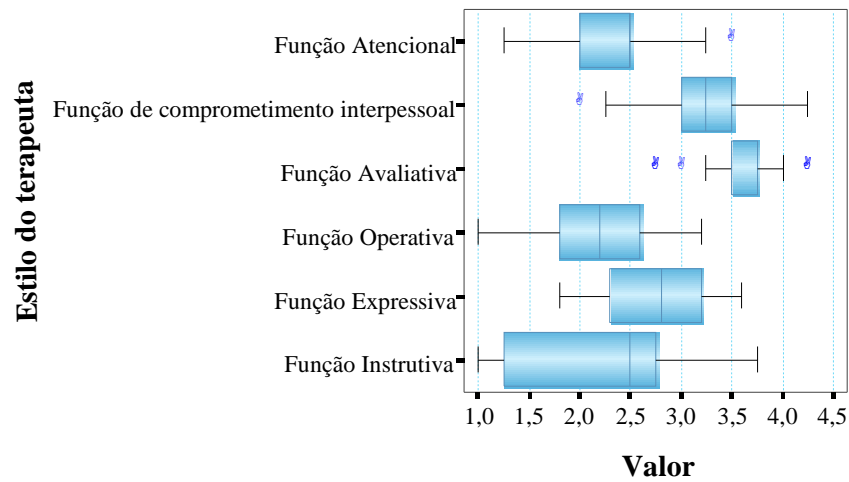


Figura 4: Distribuição das sub-escalas do Estilo de terapeuta

Os pontos de corte relativos a cada sub-escala do estilo do cliente são os seguintes: Resistência-28; Internalização-37,5 e Externalização-28, ver Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento. Observa-se que os clientes são identificados como mais internalizados (75% dos clientes estão abaixo do ponto de corte =37,5) e apresentam níveis de resistência altos, acima do ponto de corte (=28). Poucas características externalizadoras são identificadas pelos terapeutas no seu grupo de clientes (ver Figura 5).

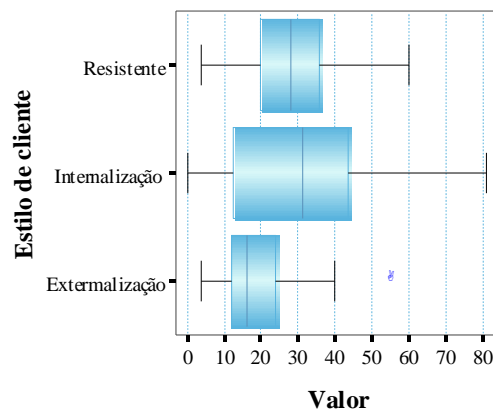


Figura 5: Distribuição das sub-escalas do Estilo de cliente¹⁶

Relativamente às sub-escalas de motivação para a terapia, (Figura 6) observa-se que curiosamente 75% dos sujeitos parece estar intrinsecamente motivado, variando maioritariamente as suas pontuações nesta sub-escala entre 4 e 7. A sub-escala de regulação integrada também concentra cerca de 50% dos clientes que pontuam maioritariamente entre 5 e 7 valores. Os níveis de desmotivação e de regulação externa sugerem uma baixa concentração de valores (variando entre 1-3), e centralizam cerca de 50% de indivíduos clientes. A sub-escala de regulação identificada apresenta cerca de 25% de indivíduos com valores altos entre 6 e 7 e a sub-escala de regulação introjectada apresenta uma distribuição de valores mais baixa e mais dispersa entre 3,5 e 6. Os valores de corte para cada uma das sub-escalas são: regulação externa=4; regulação integrada=5; motivação intrínseca=4,5; regulação identificada=6; regulação introjectada=5 e desmotivação=3.

¹⁶ Com o intuito de comparar as três dimensões desta escala, que têm limites mínimos e máximos diferentes entre si, transformou-se as sub-escalas originais para que variassem entre 0-100 tornando-as comparáveis.

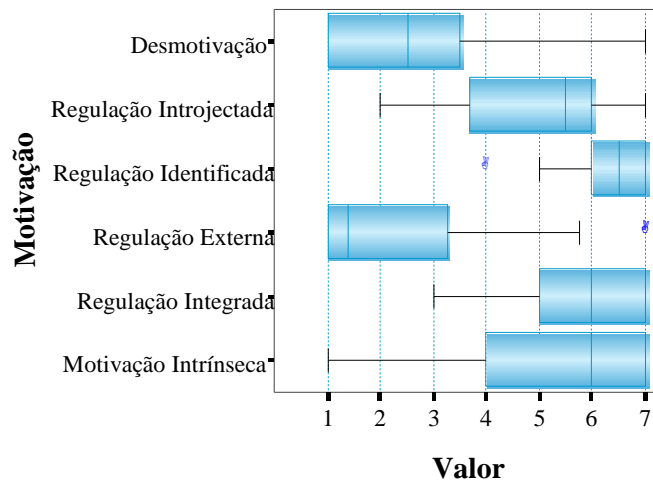


Figura 6: Distribuição das sub-escalas da Motivação para a terapia

Na Figura 7 observa-se que a grande maioria dos sujeitos, na sub-escala de comportamentos de risco assinala valores abaixo de 1, sugerindo que não acusam em excesso comportamentos de risco. Existem dois sujeitos *outliers* com valores significativamente altos e que se destacam da maioria dos sujeitos desta amostra. Cerca de 25% dos clientes pontua entre 1,5 e 2 valores na sub-escala de Funcionamento de vida. Como seria de esperar numa amostra clínica e numa primeira sessão, a sub-escala de Problemas/Sintomas está assinalada por cerca de 75% dos clientes, com valores relativamente altos. No que diz respeito à sub-escala Bem-estar subjectivo, cerca de 50% dos sujeitos obteve pontuações entre 1,5 e 2,5, numa escala de 0 a 4.

O valor de corte da sub-escala SCORE TOTAL é de 0.76, sendo que a maioria dos sujeitos está acima deste valor de corte.

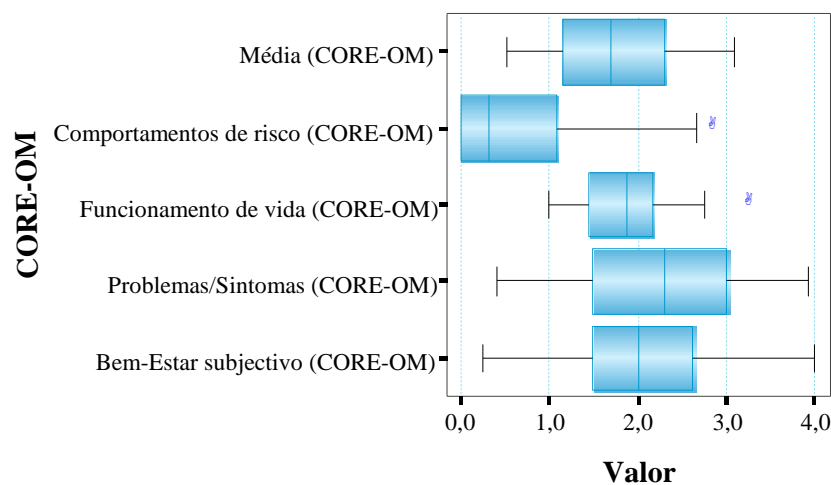


Gráfico 7: Distribuição das sub-escalas do CORE-OM

O Índice de Severidade Global (ISG, Figura 8) mediano está acima do ponto médio da escala, indicando que esta amostra de clientes apresenta níveis de sintomatologia preocupantes. Mais de 75% da amostra está acima do ponto de corte definido 1.23 (Baptista, 1993). Existem dois sujeitos considerados *outliers*, não sendo encarados como pertencentes à população de onde foram extraídos estes clientes. Considera-se que os valores acima de 1.23 ($ISG > 1.23$) sugerem a presença de sintomatologia psicopatológica severa.

Em síntese, relativamente a este segundo objectivo do Estudo 1 - Descrever a dispersão estatística de cada um dos instrumentos utilizados, observa-se no Anexo 7, alínea 7.1., Quadro B: Descrição dos valores mínimos, máximos, médias, desvios padrões, e teste de ajustamento à normalidade (Shapiro-Wilk) dos instrumentos utilizados, (dados relativos à 1ª sessão), que algumas escalas apresentam variações elevadas entre os valores da média e desvio padrão (SD). Nestes casos poder-se-á considerar ausência de normalidade na variável, justamente quando o SD é excessivamente alto em relação à média (>0.05), veja-se por exemplo no IAT do cliente, na dimensão relação, a média é de 23,26 e o desvio padrão apresenta-se como sendo algo elevado ($SD=4,08$).

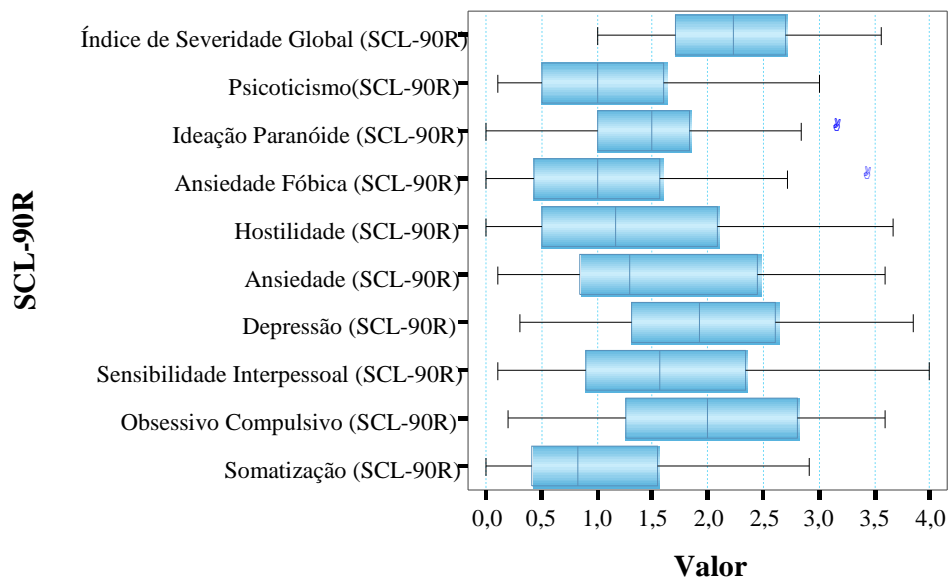


Gráfico 8: Distribuição das sub-escalas do SCL90-R

3.2. Resultados relativos ao Estudo 2: *Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades - os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?*

O Estudo 2 irá ter como comparação nuclear os dados das 39 díades relativos à 1ª sessão e far-se-à uma análise comparativa com os grupos que foram desistindo do processo terapêutico (Grupo que desistiu após a 1ª sessão, 25,6%, após a 3ª, 15,4% após a 5ª sessão, 12,8% e grupo que se manteve até à 8ª sessão, 46,2%, ver Figura 9).

Dividindo-se os clientes de acordo com o número de sessões que frequentaram, pretende-se saber se existem diferenças significativas nas dimensões avaliadas entre os 4 grupos, e se assim for, identificar em que momento da terapia os clientes podem desistir e eventualmente quais as suas razões.

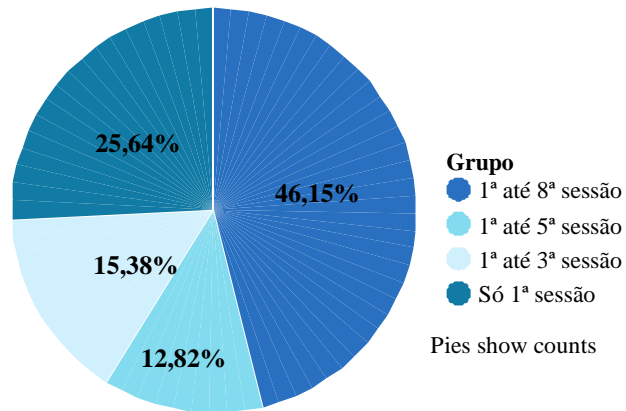


Figura 9: Distribuição das díades por grupos de clientes que desistiram e que se mantiveram no processo terapêutico

Observa-se que mais de metade dos clientes da amostra desiste do processo terapêutico em diferentes momentos, (53,8%), sendo que a maioria destes desiste logo após a 1ª sessão (25,6%). Menos de metade dos clientes da amostra, (46,1%) mantém-se em terapia até à 8ª sessão.

A aliança terapêutica no encontro inicial das díades

O Inventário da aliança terapêutica tem uma posição de destaque, pois é o instrumento que permite obter, acerca da mesma dimensão (Aliança Terapêutica), o ponto de vista do terapeuta e o ponto de vista do cliente, em diferentes momentos do processo. Nesse sentido, decidiu-se aprofundar as análises da dimensão da Aliança terapêutica das diferentes díades, orientadas pelos seguintes objectivos, no 1º momento terapêutico: 1) Avaliar o desenvolvimento do IAT nos quatro grupos de díades, 2) Observar se existem díades de terapeutas e clientes que revelam acuidade perceptiva a nível da Aliança terapêutica e 3) Observar se a aliança terapêutica é influenciada por determinadas variáveis demográficas.

1. Avaliar o desenvolvimento do IAT nos quatro grupos de díades no 1º momento terapêutico

Com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*¹⁷ procurou-se saber se as pontuações do IAT de cada grupo de clientes variavam de forma significativa. Para valores de prova inferiores a $p < 0.05$ rejeita-se a hipótese nula, ou seja, a hipótese de que as dimensões do IAT quer do

¹⁷ Este teste foi utilizado porque as dimensões do IAT não seguem uma distribuição normal.

terapeuta quer do cliente são iguais nos quatro grupos de díades (um grupo que se mantém e três grupos que desistem em diferentes momentos do processo). Na tabela seguinte apresenta-se os valores mínimos, médios e máximos de cada dimensão do IAT tanto do terapeuta como do cliente e ainda os resultados do teste de *Kruskal-Wallis*.

Quadro19: Descrição dos valores do IAT utilizado na 1ª sessão, quer pelo terapeuta quer pelo cliente, em cada grupo de díade e os resultados do teste de *Kruskal-Wallis*

IAT	Díades	Mínimo	Média	SD	Máximo	H	Sig
Tarefas Terapeuta	1ª até 8ª sessão	15,00	20,56	3,07	24,00	1,730	,630
	1ª até 5ª sessão	19,00	21,40	2,07	24,00		
	1ª até 3ª sessão	19,00	21,17	2,14	24,00		
	Só 1ª sessão	18,00	20,00	2,11	24,00		
Relação Terapeuta	1ª até 8ª sessão	15,00	19,11	2,25	23,00	1,651	,648
	1ª até 5ª sessão	18,00	20,40	1,67	22,00		
	1ª até 3ª sessão	16,00	19,00	2,61	23,00		
	Só 1ª sessão	17,00	19,70	2,95	25,00		
Objectivos Terapeuta	1ª até 8ª sessão	13,00	22,28	3,54	26,00	5,102	,164
	1ª até 5ª sessão	17,00	21,40	2,97	24,00		
	1ª até 3ª sessão	16,00	22,17	3,31	25,00		
	Só 1ª sessão	16,00	19,90	2,69	24,00		
Tarefas Cliente	1ª até 8ª sessão	20,00	25,17	1,98	28,00	4,901	,179
	1ª até 5ª sessão	23,00	24,60	2,07	28,00		
	1ª até 3ª sessão	17,00	22,17	3,92	27,00		
	Só 1ª sessão	17,00	22,30	4,16	28,00		
Relação -Cliente	1ª até 8ª sessão	15,00	23,71	4,19	28,00	1,887	,596
	1ª até 5ª sessão	21,00	24,80	3,56	28,00		,
	1ª até 3ª sessão	16,00	22,00	4,00	28,00		
	Só 1ª sessão	16,00	22,50	4,40	28,00		
Objectivos Cliente	1ª até 8ª sessão	19,00	24,17	2,87	28,00	3,643	303
	1ª até 5ª sessão	16,00	23,80	4,92	28,00		
	1ª até 3ª sessão	18,00	23,50	3,73	27,00		
	Só 1ª sessão	16,00	21,44	3,75	26,00		

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* permitem concluir que não existem diferenças significativas entre os quatro grupos, (nenhum dos resultados se encontra com valores de $p < 0.05$). Assim, as desistências dos clientes poderão estar relacionadas com a

aliança terapêutica da primeira sessão mas aquela aliança não é determinante no facto de desistir ou não, e de o fazer, mais cedo ou mais tarde. As afirmações que se avança de seguida são meramente descritivas e remetem apenas para o conjunto de clientes desta amostra. Destaca-se do lado dos terapeutas:

- Os clientes que não desistem (1ª até 8ª sessão) tiveram uma primeira sessão onde o terapeuta definiu Objectivos claramente, pois é nesse grupo que ocorreu maior pontuação ($\bar{x} = 22,28$), em contrapartida foi neste grupo de clientes que se registou o menor valor médio na Relação ($\bar{x} = 19,11$) pontuado pelo terapeuta.

- As desistências após a 5ª sessão são mais frequentes quando o terapeuta atribui a mesma importância às tarefas e aos objectivos e onde a relação assume um papel preponderante.

- As desistências após a 3ª sessão ocorrem quando o terapeuta atribui maior importância aos objectivos ($\bar{x} = 22,17$) seguido das tarefas ($\bar{x} = 21,17$) ficando para terceiro plano a dimensão da relação ($\bar{x} = 19$);

- Se se registam valores muito semelhantes e baixos em todas as dimensões do IAT do terapeuta é provável que o cliente desista após a primeira sessão.

Do lado do cliente, salienta-se que:

- Os clientes que se mantiveram em terapia apresentaram pontuações médias superiores a 23 no conjunto das três dimensões avaliadas.

- As desistências dos clientes na 5ª sessão parecem estar associadas à diminuição das dimensões objectivos e tarefas e a um aumento na dimensão Relação.

- Os clientes que desistem na 3ª sessão tiveram na primeira sessão pontuações baixas nas Tarefas e Relação ($\bar{x} = 22,17; 22$) e superiores nos objectivos ($\bar{x} = 23,50$).

2. Observar a acuidade perceptiva a nível da aliança terapêutica entre as díades de terapeutas e clientes no 1º momento terapêutico

Para esta análise utilizou-se num primeiro momento, o teste de *Wilcoxon*¹⁸ no sentido de perceber se a distribuição de pontuações de ambos os terapeutas e os clientes é igual pelos

¹⁸ A utilização deste teste justifica-se pelo facto de cada item do IAT ser uma variável ordinal e não se aproximarem da distribuição normal.

7 níveis de cada item do IAT. No Quadro 20 apresenta-se exclusivamente os dados que resultam significativos, tendo em conta o cruzamento com os valores de corte (alto e baixo) atribuídos a cada uma das sub-escalas.

Quando se cruza os grupos de díades com as sub-escalas divididas em acima e abaixo do ponto de corte encontra-se uma associação significativa ($p=0,011$ ver Quadro 20 Resultados do teste de *Wilcoxon*) entre as tarefas dos clientes e os diferentes grupos de díades, sendo que pelo menos 50% dos clientes que desistiram mais cedo (na 1ª ou na 3ª sessão) pertenciam ao grupo abaixo do ponto de corte, isto é poderá afirmar-se que os clientes com baixas pontuações nas tarefas-clientes terão, à partida, maior probabilidade de desistir.

Quadro 20: Resultados do teste de Wilcoxon

		Grupos de díades				Total	
		1ª até 8ª sessão	1ª até 5ª sessão	1ª até 3ª sessão	Só 1ª sessão		
Tarefas – Cliente	Baixa	<i>Count</i>	2	0	3	6	11
		<i>Expected Count</i>	5,1	1,4	1,7	2,8	11,0
		% <i>within Grupo</i>	11,1%	,0%	50,0%	60,0%	28,2%
	Alta	<i>Count</i>	16	5	3	4	28
		<i>Expected Count</i>	12,9	3,6	4,3	7,2	28,0
		% <i>within Grupo</i>	88,9%	100,0%	50,0%	40,0%	71,8%
Total		<i>Count</i>	18	5	6	10	39
X2Fisher=10,080; gl=3; p=0,011							

Avaliar a concordância entre as respostas de cada díade no Inventário de aliança terapêutica, permite perceber se há acuidade perceptiva relativamente ao mesmo constructo – a Aliança terapêutica. Na Figura 10 observa-se que as pontuações do IAT nas 3 dimensões da escala diferenciam-se claramente entre o grupo de terapeutas e o grupo de clientes, estes

pontuam sempre mais alto do que os terapeutas. O IAT do grupo que desiste logo após a 1ª sessão apresenta valores inferiores, atribuídos quer pelos clientes, como pelos terapeutas, quando comparados com o grupo que permanece em terapia até à 8ª sessão. Em ambos os casos, os terapeutas pontuam sempre mais baixo que os clientes.

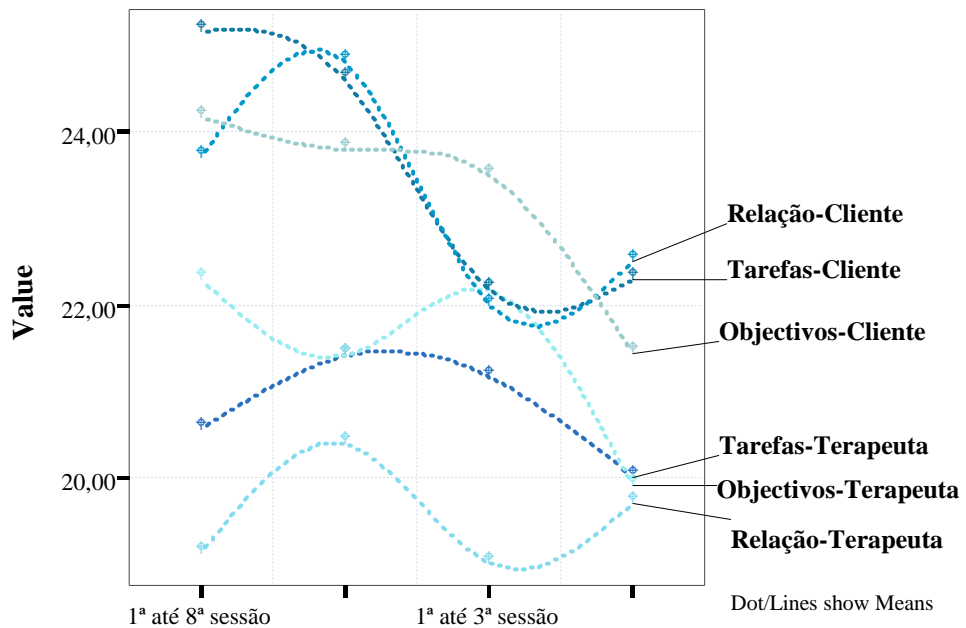


Figura 10: Valores do IAT nos 4 grupos de díades

3. Observar se a aliança terapêutica é influenciada por determinadas variáveis demográficas

Procurou-se igualmente saber se a aliança terapêutica variava de acordo com determinadas variáveis demográficas do cliente ou do terapeuta. Os resultados desvendam apenas uma associação interessante e efectivamente significativa que é a associação entre o género do cliente e a Aliança terapêutica no momento inicial da psicoterapia (ver Quadro 21).

Para comparar os valores das dimensões do IAT quer terapeuta quer cliente segundo o género do cliente utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*, adequado para as sub-escalas que não são normais e quando se pretende comparar duas amostras independentes. Existem duas dimensões em que subsistem diferenças significativas, são elas tarefas (T) e objectivos (T), sendo nestes casos maior nas mulheres do que nos homens.

Quadro 21: Resultados da análise comparativa do teste Mann-Whitney entre o género do cliente e a aliança terapêutica no momento inicial da psicoterapia

Aliança teraêutica		Género do cliente			
		Feminino	Masculino	<i>Mann-Whitnay</i>	Sig
Tarefas – Terapeuta	Percentil 25	19,00	18,00	113,000	,029
	Mediana	22,00	20,00		
	Percentil 75	23,50	21,00		
Relação – Terapeuta	Percentil 25	17,50	17,00	168,500	,542
	Mediana	19,50	19,00		
	Percentil 75	21,50	21,00		
Objectivos Terapeuta	Percentil 25	21,50	17,00	104,000	,015
	Mediana	24,00	21,00		
	Percentil 75	24,00	22,00		
Tarefas – Cliente	Percentil 25	23,00	21,00	187,000	,932
	Mediana	25,00	24,00		
	Percentil 75	26,00	27,00		
Relação – Cliente	Percentil 25	22,00	17,00	142,000	,264
	Mediana	24,50	24,00		
	Percentil 75	27,50	26,00		
Objectivos-Cliente	Percentil 25	22,00	19,00	115,500	,056
	Mediana	24,00	23,00		
	Percentil 75	27,00	26,00		

4. Identificar factores iniciais que possam explicar as desistências precoces dos clientes

A nível demográfico

Os resultados do teste do *Qui-Quadrado* (ver Anexo 8, alínea 8.11, Quadro N) indicam que a reduzida dimensão da amostra não é suficiente para poder concluir que o sexo, o estado civil do cliente, o nível sócio-económico ou o local de trabalho do terapeuta estão associados ao facto do cliente desistir da terapia. Tendo presente a hipótese de que existe alguma variável demográfica que está associada às desistências dos clientes, conclui-se que não, uma vez que a amostra revela dimensões muito reduzidas. Todavia, a conexão entre as desistências dos clientes e as variáveis demográficas pode na mesma ser observada nos gráficos seguintes, uma vez que permite tirar algumas ilações interessantes, embora não

sendo suficientemente expressivas. Quanto ao género do cliente, observa-se na Figura 11 que é de facto curiosa a percentagem de homens que desiste logo após a primeira sessão (36,84% contra 15% das mulheres).

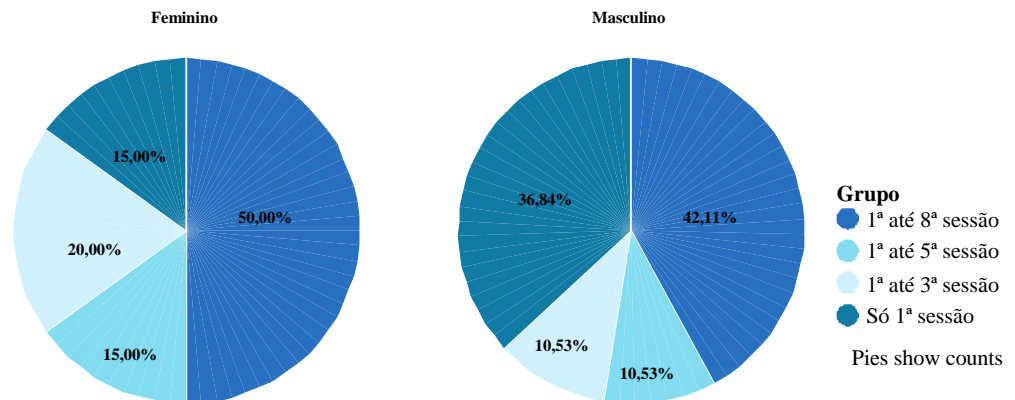


Figura 11: Distribuição dos grupos de díades por sexo do cliente

As desistências após a primeira sessão são muito mais frequentes nos solteiros. Os casados permanecem até à 8ª sessão em 42,86% dos casos, mas não se pode esquecer que o grupo dos casados é constituído por mais mulheres, pelo que a permanência em terapia, pode não ser pelo facto de estar casado mas sim pelo facto de ser mulher. Nesta amostra os divorciados lideram a percentagem de permanência em terapia (60%, ver Figura 12).

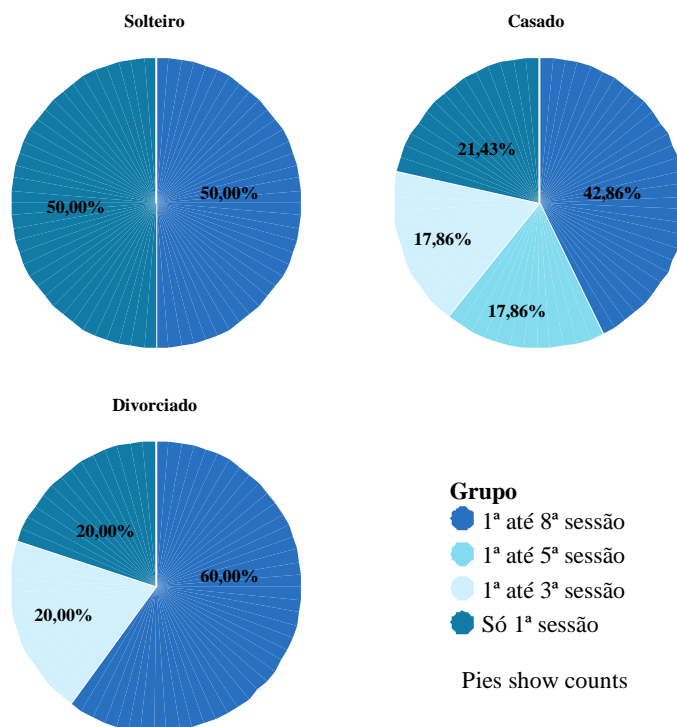


Figura 12 - Distribuição dos grupos de díades por estado civil do cliente

As desistências dos clientes da terapia parecem ser menos frequentes quando o cliente já frequentou este tipo de consultas (37,93% dos sujeitos que permanecem em terapia já frequentaram um processo de psicoterapia anteriormente). Os clientes que já tiveram terapia permanecem ou, pelo contrário abandonam com maior frequência após a 3ª semana (ver Figura 13).

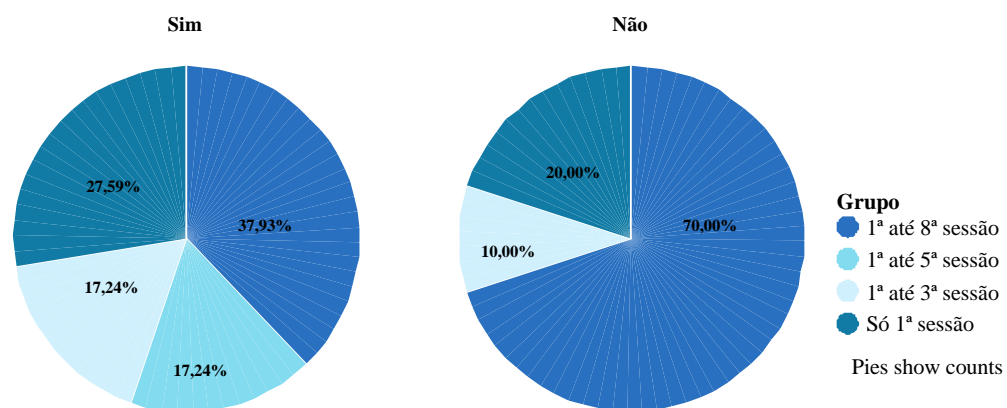


Figura 13: Distribuição dos grupos de díades em que o cliente está pela primeira vez em terapia

Os clientes que mais desistem após a 1ª sessão são aqueles observados em Centros de Atendimento a Toxicodependência, em oposição aos observados no Hospital que permanecem até à 8ª sessão (embora este último caso corresponda apenas a um cliente). Uma grande maioria de clientes atendidos em clínicas desiste após a 3ª sessão (66,67%). As díades de terapeutas e clientes que estão em escolas e universidades são as que registam maiores taxas de permanência, 57,89% dos terapeutas têm clientes que foram até à 8ª sessão (ver Figura 14).

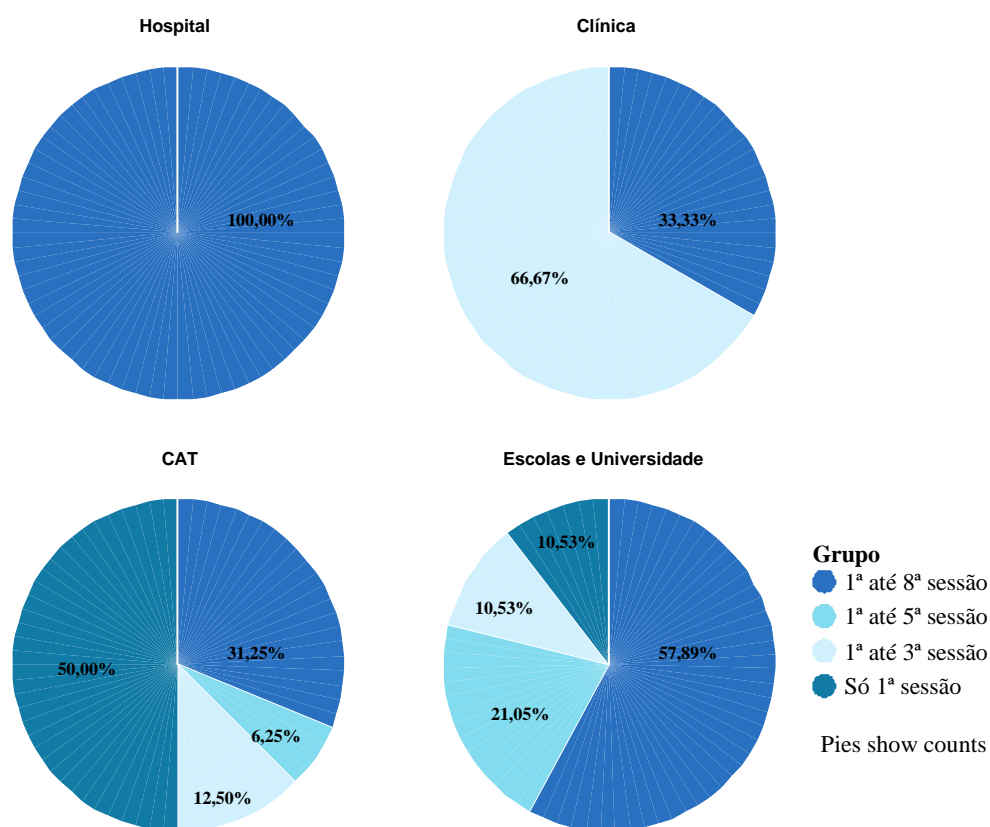


Figura 14: Distribuição dos grupos de díades segundo o local de trabalho do terapeuta

Na Figura seguinte (ver Figura 15) destaca-se a similitude das distribuições para os níveis socio-económicos médio-superior e médio, embora no primeiro não se registam desistências à 5ª sessão. O nível socio-económico médio-baixo apenas regista 3 casos que se mantiveram na terapia até à conclusão deste estudo.

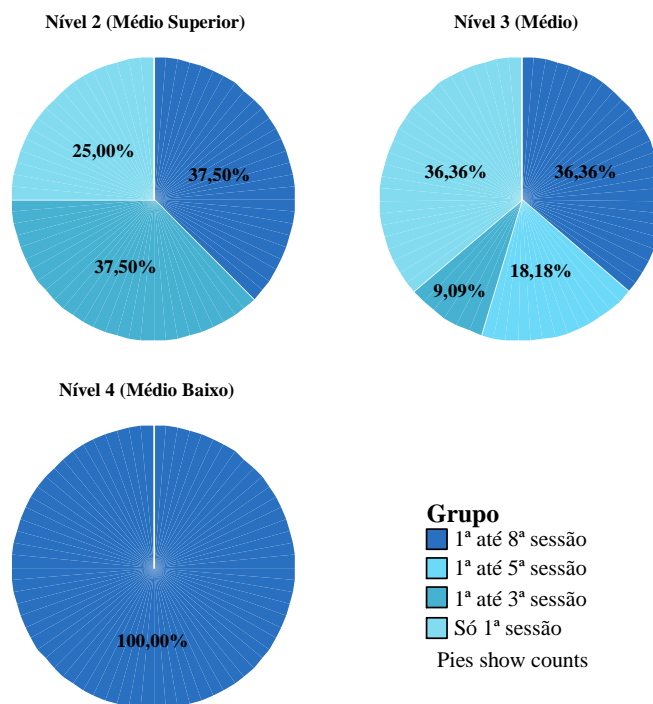


Figura 15 - Distribuição dos grupos de díades segundo o nível socio-económico dos clientes

O género do cliente: dados curiosos

O género do cliente, embora não explique de forma significativa as desistências da maioria dos clientes, foi uma variável interessante de se observar na medida em que revelou associações muito curiosas com o estilo de terapeuta e com os instrumentos de avaliação do resultado da terapia, no momento inicial de terapia.

O estilo do terapeuta¹⁹ e o género do cliente

Encontrou-se associações interessantes entre o estilo de terapeuta e o género do cliente. A função instrutiva é pontuada de forma diferente se o cliente é homem ou mulher. Quando o cliente é homem o terapeuta tem tendência a ser mais instrutivo (ver Quadro 22). Descobre-se de facto diferenças significativas entre os clientes homens e as mulheres, sendo

¹⁹ Lembra-se que só se fará referência a estas duas funções do estilo do terapeuta (função instrutiva e função expressiva), porque são aquelas que revelaram consistência interna adequada e como tal permitem, com toda a segurança considerá-las escalas que medem um constructo teórico.

que os homens apresentam maiores pontuações nesta escala. Por seu lado, as diferenças registadas na função Expressiva não têm significado estatístico.

Quadro 22: Resultados comparativos entre o género do cliente e o estilo de terapeuta

Estilo do terapeuta		Género do cliente			
		Feminino	Masculino	<i>Mann-Whitney</i>	Sig
Função Instrutiva	Percentil 25	1,25	2,50	90,000	,004
	Mediana	1,50	2,50		
	Percentil 75	2,38	3,00		
Função Expressiva	Percentil 25	2,20	2,80	143,500	,185
	Mediana	2,60	2,80		
	Percentil 75	3,10	3,20		

A nível do resultado da terapia e o género do cliente

As medidas de avaliação do resultado terapêutico SCL-90R e CORE-OM também revelam resultados interessantes com o género do cliente. No que diz respeito ao SCL90R surgem diferenças entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuam sempre mais alto do que os homens em todas as sub-escalas do instrumento (ver Quadro 23). As diferenças são claramente significativas, como se pode observar os valores médios no Quadro 23. O índice de severidade global difere significativamente entre clientes do sexo feminino e masculino, sendo as mulheres, aquelas que apresentam valores médios superiores ($\bar{x} = 2,46, p=0.19$). As sub-escalas Obsessivo Compulsivo, Depressão e Ansiedade também se diferenciam face aos homens e às mulheres. As mulheres clientes apresentam valores mais altos nestas sub-escalas do que os homens (Obsessivo Compulsivo $\bar{x} = 2,39, p=,016$; Depressão $\bar{x} = 2,32, p=,020$ e Ansiedade $\bar{x} = 1,85, p=,035$).

Quadro 23: Resultados comparativos das médias e desvios padrões do SCL90R e do género do cliente

SCL-90R	Género do cliente	N	Média	Desvio Padrão	t-Student	sig
Índice de Severidade Global	Feminino	19	2,4691	,69243	2,465	,019
	Masculino	19	1,9550	,58934		
Total de Sintomas Positivos	Feminino	20	59,5000	16,11635	,829	,413
	Masculino	19	54,7895	19,30624		
Somatização	Feminino	20	1,1667	,91407	1,083	,286
	Masculino	19	,8816	,71054		
Obsessivo Compulsivo	Feminino	20	2,3950	,89940	2,535	,016
	Masculino	19	1,6684	,88948		
Sensibilidade Interpessoal	Feminino	20	1,9444	,99805	1,727	,093
	Masculino	19	1,3918	1,00025		
Depressão	Feminino	19	2,3279	,94275	2,425	,020
	Masculino	19	1,6194	,85599		
Ansiedade	Feminino	20	1,8550	1,06449	2,190	,035
	Masculino	19	1,1947	,80655		
Hostilidade	Feminino	20	1,4167	,87943	,711	,481
	Masculino	19	1,1930	1,07907		
Ansiedade Fóbica	Feminino	20	1,2929	,97495	1,333	,192
	Masculino	19	,9474	,61021		
Ideação Paranóide	Feminino	20	1,5000	,81650	,036	,972
	Masculino	19	1,4912	,71895		
Psicoticismo	Feminino	20	1,2200	,79974	,818	,418
	Masculino	19	1,0211	,71304		

No que diz respeito ao CORE-OM aparecem igualmente diferenças entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuam sempre mais alto do que os homens em todas as sub-escalas (ver Quadro 24). Na sub-escala bem-estar subjectivo as mulheres apresentam valores médios significativamente superiores aos homens, ($\bar{x} = 2,57$, $p = .000$), bem como na

sub-escala de problemas/sintomas ($\bar{x}=2,6$, $p=.013$). Esta relação de ordem também se observa nas sub-escalas da média CORE-OM ($\bar{x}=1,96$, $p=.037$) e no CORE sem Comportamentos de risco ($t=2,35$, $p=.010$).

Quadro 24: Resultados comparativos das médias e desvios padrões do CORE-OM e do género do cliente

CORE-OM	Género do cliente	N	Média	Desvio Padrão	<i>t-Student</i>	sig
Bem-Estar subjectivo	Feminino	20	2,5750	,80745	3,976	,000
	Masculino	19	1,5526	,79747		
Problemas/Sintomas	Feminino	20	2,6000	,95956	2,604	,013
	Masculino	18	1,8194	,87971		
Funcionamento de vida	Feminino	19	1,9912	,50376	1,512	,140
	Masculino	17	1,7206	,57050		
Comportamentos de risco	Feminino	20	,7833	1,00161	,526	,602
	Masculino	19	,6316	,77893		
Média	Feminino	19	1,9680	,72332	2,166	,037
	Masculino	17	1,4679	,65399		
CORE sem Comportamentos de risco	Feminino	19	2,3539	,69168	2,709	,010
	Masculino	17	1,7416	,66028		

4.1. Observar diferenças significativas entre os quatro grupos de díades relativamente a cada um dos instrumentos, no primeiro momento terapêutico

Procurou-se saber até que ponto os valores dos instrumentos dos sujeitos que desistem são inferiores aos que não desistem em todos os instrumentos (refira-se que os dados relativos ao IAT foram já apresentados nos pontos anteriores, respectivamente nos pontos 1, 2 e 3 deste estudo 2). Apresenta-se de seguida os resultados do cruzamento das restantes variáveis, bem como os respectivos testes de normalidade referentes a cada um dos grupos de díades.

O Estilo do terapeuta

Relativamente ao Estilo de terapeuta observa-se no quadro seguinte (Quadro 25) que os clientes que desistem na primeira 1ª sessão têm tendência a que os terapeutas pontuem mais alto nas funções instrutiva e expressiva, quando comparados com os outros grupos que desistem nos outros momentos do processo (3ª ou 5ª sessão), embora se observe no quadro abaixo (Quadro 25) que essas diferenças não são significativas ao nível de $p < 0.05$ (função instrutiva $p = .091$ e na função expressiva $p = .115$).

Quadro 25: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos dos diferentes grupos de diádes no estilo de terapeuta

Estilo de terapeuta		N	Média	SD	Mínimo	Máximo	Kruskal-Wallis	sig
Função Instrutiva	1ª até 8ª sessão	18	1,86	,64	1,00	2,75	6,476	,091
	1ª até 5ª sessão	5	1,90	,89	1,25	3,00		
	1ª até 3ª sessão	6	2,50	,96	1,50	3,75		
	Só 1ª sessão	10	2,63	,86	1,00	3,50		
Função Expressiva	1ª até 8ª sessão	18	2,61	,50	1,80	3,60	5,936	,115
	1ª até 5ª sessão	5	2,44	,59	1,80	3,00		
	1ª até 3ª sessão	6	2,90	,49	2,20	3,60		
	Só 1ª sessão	10	2,96	,34	2,40	3,20		

O Estilo de cliente

De seguida apresenta-se os resultados dos testes de normalidade para as dimensões Externalização, Internalização e Resistência, à semelhança do que foi feito anteriormente também aqui foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* porque as amostras são pequenas. Constata-se, no entanto, que em todos os grupos estas sub-escalas distribuem-se normalmente, pois o valor crítico é superior a 0,05. Esta propriedade nas sub-escalas permite recorrer à Análise de variância para comparar os valores nas sub-escalas entre os quatro grupos.

A distribuição dos quatro grupos de díades quanto aos valores das sub-escalas é semelhante e esta semelhança é indicativa de que os grupos não apresentam diferenças significativas nestas sub-escalas. De facto a média de externalização no grupo que permanece em terapia (1ª até à 8ª sessão) é de 2,3; no grupo que desiste após a 5ª sessão é de 2,5; no grupo que desiste após a 3ª sessão baixa para 1,8 e no grupo que desiste logo após a 1ª sessão é de 2,75. A média total da sub-escala de externalização é de 2,38, sendo que estes valores estão muito próximos e tendo em conta os desvios padrões serem semelhantes não parece existir diferenças significativas entre estes grupos (ver Quadro 26).

O mesmo se passa na sub-escala da internalização (ver Quadro 26) e de resistência. A média de internalização no grupo que permanece em terapia (1ª até à 8ª sessão) é de 2,2; no grupo que desiste após a 5ª sessão é de 3,1; no grupo que desiste após a 3ª sessão baixa igualmente para 2,5 e no grupo que desiste logo após a 1ª sessão é de 2,1. A média total da sub-escala de internalização é de 2,39 revelando, tal como nas médias da escala de externalização, que as diferenças entre os quatro grupos de díades não são significativas. Estes resultados pouco significativos também se observam na sub-escala de resistência, cujas médias nos quatro grupos de díades variam entre 20,9; 21,6; 21,9; 21,9 e 21,4. A análise estatística de ANOVA permitiu testar a hipótese que o factor “Grupos de díades” não exerce um efeito significativo sobre as sub-escalas, isto é, as diferenças observadas entre os grupos não podem ser atribuídas ao facto dos sujeitos pertencerem a cada grupo mas sim ao acaso. O valor crítico obtido nestas três sub-escalas indica que não existem diferenças significativas entre os sujeitos dos quatro grupos.

Quadro 26: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades no estilo de cliente

Díades no estilo de cliente		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máxim	ANOVA	
							F	Sig
Externalização	1ª até 8ª sessão	18	2,3333	1,13759	,50	4,50	,583	,630
	1ª até 5ª sessão	5	2,5000	1,54110	1,00	5,00		
	1ª até 3ª sessão	6	1,8333	,68313	1,00	3,00		
	Só 1ª sessão	10	2,7500	1,87454	1,00	7,00		
	Total	39	2,3846	1,34488	,50	7,00		

Internalização	1ª até 8ª sessão	18	2,2778	1,37437	,00	4,50	,409	,747
	1ª até 5ª sessão	5	3,1000	2,10357	,00	5,50		
	1ª até 3ª sessão	6	2,5833	1,93434	,00	5,50		
	Só 1ª sessão	10	2,1500	1,90102	,00	6,50		
	Total	39	2,3974	1,65902	,00	6,50		
Resistência	1ª até 8ª sessão	18	20,9444	1,49400	18,50	23,00	1,147	,344
	1ª até 5ª sessão	5	21,6000	,74162	20,50	22,50		
	1ª até 3ª sessão	6	21,9167	1,06849	20,00	23,00		
	Só 1ª sessão	10	21,9500	2,12720	17,50	24,50		
	Total	39	21,4359	1,58189	17,50	24,50		

A Motivação para a terapia

A motivação para a terapia em cada um dos grupos também não revela diferenças significativas. Assim, o facto de desistir na 1ª, 3ª ou 5ª sessão não exerce um efeito significativo sobre as sub-escalas da motivação. A média na sub-escala da motivação intrínseca no grupo que permanece em terapia (1ª até à 8ª sessão) é de 5,1; no grupo que desiste após a 5ª sessão é de 4,9; no grupo que desiste após a 3ª sessão é de 5,5 e no grupo que desiste logo após a 1ª sessão é de 5,6. As diferenças observadas entre as médias não são significativas ao longo dos 4 grupos de díades que desistem (ver Quadro 27 valores de Anova). Na regulação integrada as médias vão desde 5,88 no grupo que permanece em psicoterapia (da 1ª até 8ª sessão), 6,0 (no grupo que desiste na 5ª sessão), 4,8 (no grupo de díades que desiste na 3ª sessão) e 5,9 no grupo que desiste logo na 1ª sessão. As médias da sub-escala da regulação externa são relativamente mais baixas, apresentando valores no grupo que permanece em terapia de 2,19, 1,1 (no grupo que desiste na 5ª sessão), 2 (no grupo de díades que desiste na 3ª sessão) e 3,3 no grupo que desiste imediatamente a seguir à 1ª sessão. A regulação identificada apresenta médias relativamente mais altas do que as restantes escalas, mas sem diferenças significativas entre os quatro grupos de díades (6,49 para o grupo que se mantém em terapia, 6,25 para o que desiste após a 5ª sessão, 6,17 para o grupo que desiste na 3ª sessão e 6,25 para o grupo que só experiencia a 1ª sessão). No que

concerne à regulação introjectada as médias variam entre 4,98 e 5,5 para os quatro grupos de díades. As diferenças observadas entre os grupos não podem ser atribuídas ao facto dos sujeitos pertencerem a cada grupo mas sim ao acaso.

Quadro 27: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades na motivação para a terapia

Motivação para a terapia		N	Média	SD	Mínimo	Máximo	ANOVA		
Motivação Intrínseca	Grupo	1ª até 8ª sessão	18	5,15	2,03	1,00	7,00	,274	,844
		1ª até 5ª sessão	5	4,90	2,13	2,50	7,00		
		1ª até 3ª sessão	6	5,50	1,34	4,00	7,00		
		Só 1ª sessão	10	5,65	1,38	3,00	7,00		
Regulação Integrada	Grupo	1ª até 8ª sessão	18	5,88	1,32	4,00	7,00	1,244	,309
		1ª até 5ª sessão	5	6,00	1,22	4,00	7,00		
		1ª até 3ª sessão	6	4,83	1,47	3,00	7,00		
		Só 1ª sessão	10	5,90	,99	4,00	7,00		
Regulação Externa	Grupo	1ª até 8ª sessão	18	2,19	1,86	1,00	7,00	2,157	,111
		1ª até 5ª sessão	5	1,10	,14	1,00	1,25		
		1ª até 3ª sessão	6	2,00	,84	1,00	3,25		
		Só 1ª sessão	10	3,35	2,12	1,00	7,00		
Regulação Identificada		1ª até 8ª sessão	18	6,49	,54	5,25	7,00	,443	,724
		1ª até 5ª sessão	5	6,25	,71	5,50	7,00		
		1ª até 3ª sessão	6	6,17	,66	5,00	7,00		
		Só 1ª sessão	10	6,25	,94	4,00	7,00		
Regulação Introjectada		1ª até 8ª sessão	18	4,98	1,57	2,00	7,00	,437	,728
		1ª até 5ª sessão	5	5,27	,92	3,67	6,00		
		1ª até 3ª sessão	6	4,72	1,56	3,33	6,67		
		Só 1ª sessão	10	5,50	1,44	3,00	7,00		

O resultado terapêutico

CORE-OM

No que diz respeito às comparações entre os quatro grupos de díades e os resultados do CORE-OM, observa-se igualmente que não há diferenças significativas, os dados vão no mesmo sentido que o SCL90R (ver Quadro 28). O quadro seguinte apresenta as médias, os desvios padrões e os valores mínimos e máximos obtidos em cada sub-escala do CORE-OM nos quatro grupos de díades. Regista-se que as médias da sub-escala Bem-estar subjectivo no

grupo que permanece em terapia (da 1ª até à 8ª sessão) são de 2,25; no grupo que desiste após a 5ª sessão é de 2,40; no grupo que desiste após a 3ª sessão é de 2 e no grupo que desiste logo após a 1ª sessão é de 1,6. As diferenças observadas entre as médias não são significativas ao longo dos quatro grupos de díades. Na sub-escala de Problemas/Sintomas, observa-se igualmente que as diferenças não são significativas entre os quatro grupos de díades. (grupo da 1ª até à 8ª sessão=2,3; grupo que desiste após a 5ª sessão=2,6; grupo que desiste após a 3ª sessão é de 1,93 e grupo que desiste após a 1ª sessão a média é de 2). Os resultados vão no mesmo sentido quando se observa a sub-escala de Funcionamento de vida (médias de 1,9; 2; 1,82 e 1,69 nos quatro grupos de díades). A sub-escala CORE – comportamentos de risco apresenta médias ligeiramente inferiores às restantes sub-escalas, mas da mesma forma não apresentam diferenças significativas entre os quatro grupos de díades (médias de .68; 1; .28 e .87). Por último, na sub-escala do CORE SCORE total as diferenças também não são significativas entre os quatro grupos analisados (médias de 1,8; 2; 1,5 e 1,5).

Os resultados efectuados com o teste de *Shapiro-Wilk* indicam que as sub-escalas do CORE-OM são provenientes de uma população de curva normal. Tendo em conta esses resultados recorreu-se à análise da variância ANOVA para efectuar a comparação entre os quatro grupos de díades. Os dados são apresentados no quadro seguinte (Quadro 28) e mais uma vez não se observam diferenças significativas nos quatro grupos de díades a nível de efeitos do CORE-OM. Novamente se conclui que as desistências dos clientes não poderão ser explicadas à luz dos resultados do CORE-OM. Os clientes que desistem não registam valores significativamente diferentes daqueles que se mantêm em terapia (da 1ª até à 8ª sessão).

Quadro 28: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e Anova dos diferentes grupos de díades no CORE-OM

CORE-OM	Sessões	N	Média	SD	Mínim	Máx	ANOVA	
Bem-Estar subjectivo (CORE-OM)	1ª até 8ª sessão	18	2,25	,99	,25	4,00	1,268	,300
	1ª até 5ª sessão	5	2,40	,89	2,00	4,00		
	1ª até 3ª sessão	6	2,08	,85	1,25	3,25		
	Só 1ª sessão	10	1,60	,90	,25	2,75		

Problemas/Sintomas (CORE-OM)	1ª até 8ª sessão	18	2,33	1,17	,42	3,92	,562	,644
	1ª até 5ª sessão	5	2,60	1,06	1,50	3,83		
	1ª até 3ª sessão	6	1,93	,68	1,08	3,00		
	Só 1ª sessão	10	2,06	,82	,83	3,00		
Funcionamento de vida (CORE-OM)	1ª até 8ª sessão	18	1,94	,59	1,08	3,25	,787	,509
	1ª até 5ª sessão	5	2,02	,48	1,50	2,75		
	1ª até 3ª sessão	6	1,82	,59	1,08	2,67		
	Só 1ª sessão	10	1,69	,51	1,00	2,33		
Comportamentos de risco (CORE-OM)	1ª até 8ª sessão	18	,68	,88	,00	2,67	,696	,562
	1ª até 5ª sessão	5	1,03	1,22	,00	2,67		
	1ª até 3ª sessão	6	,28	,27	,00	,67		
	Só 1ª sessão	10	,87	,98	,00	2,83		
SCORE Total Média (CORE-OM)	1ª até 8ª sessão	18	1,84	,80	,54	3,09	,965	,421
	1ª até 5ª sessão	5	2,01	,79	1,36	3,00		
	1ª até 3ª sessão	6	1,53	,56	1,00	2,36		
	Só 1ª sessão	10	1,55	,70	,52	2,67		

SCL-90R

Os resultados efectuados com o teste de *Shapiro-Wilk* (Ver anexo 8, alínea 8.4, Quadro F: Resultados do teste Anova para o SCL90R relativamente aos 4 grupos de díades) indicam que todas as sub-escalas do SCL-90 podem ser consideradas como provenientes de populações normais. Sendo assim, recorre-se novamente à Análise de variância para efectuar a comparação entre os quatro grupos de díades. A ANOVA (ver Quadros 29 e completar a análise no anexo 8, alínea 8.4, Quadro F: Resultados do teste Anova para o SCL90R relativamente aos 4 grupos de díades) permite concluir que não existem diferenças significativas em nenhum dos grupos na análise da soma dos quadrados, sugerindo que uma maior percentagem da variabilidade é devida mais a diferenças dentro dos grupos e não a diferenças entre os grupos de díades.

Quadro 29: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades no SCL90R

SCL90R		N	Média	SD	Mínimo	Máximo	ANOVA	
							F	Sig
ISG	1ª até 8ª sessão	17	2,2048	,76267	1,00	3,44	,209	,889
	1ª até 5ª sessão	5	2,3900	,87960	1,59	3,55		
	1ª até 3ª sessão	6	2,2756	,60898	1,56	3,18		
	Só 1ª sessão	10	2,0972	,56007	1,38	2,89		
	Total	38	2,2121	,68564	1,00	3,55		
TSP	1ª até 8ª sessão	18	58,2222	18,64389	28,00	85,00	,100	,960
	1ª até 5ª sessão	5	56,0000	14,01785	42,00	75,00		
	1ª até 3ª sessão	6	53,8333	16,30235	32,00	74,00		
	Só 1ª sessão	10	58,0000	20,37428	24,00	83,00		
	Total	39	57,2051	17,66677	24,00	85,00		
Somatização	1ª até 8ª sessão	18	1,1759	,89839	,08	2,92	,940	,432
	1ª até 5ª sessão	5	,6833	,53164	,00	1,33		
	1ª até 3ª sessão	6	,6667	,56765	,00	1,58		
	Só 1ª sessão	10	1,1500	,90506	,17	2,67		
	Total	39	1,0278	,82326	,00	2,92		
Obsessivo_compulsivo	1ª até 8ª sessão	18	2,0667	1,00059	,60	3,60	,279	,840
	1ª até 5ª sessão	5	2,1400	,93968	,90	3,40		
	1ª até 3ª sessão	6	2,2500	,89833	1,00	3,50		
	Só 1ª sessão	10	1,8200	1,01959	,20	3,20		
	Total	39	2,0410	,95634	,20	3,60		
Sensibi_interpessoal	1ª até 8ª sessão	18	1,7654	1,18566	,22	4,00	,207	,891
	1ª até 5ª sessão	5	1,8000	1,21818	,44	3,22		
	1ª até 3ª sessão	6	1,4074	,76873	,22	2,22		
	Só 1ª sessão	10	1,6111	,84498	,11	2,78		
	Total	39	1,6752	1,02483	,11	4,00		
Depressão	1ª até 8ª sessão	17	2,0498	,99739	,31	3,69	,722	,546
	1ª até 5ª sessão	5	2,4308	1,04287	1,31	3,85		
	1ª até 3ª sessão	6	1,8462	,98750	,38	3,38		
	Só 1ª sessão	10	1,6923	,86802	,38	3,00		
	Total	38	1,9737	,95798	,31	3,85		

Quadro 29: Resultados comparativos das médias e desvios padrões, valores mínimos e máximos e valores de Anova dos diferentes grupos de díades no SCL90R (continuação)

SCL90R		N	Média	SD	Mínimo	Máximo	ANOVA	
							F	Sig
Ansiedade	1ª até 8ª sessão	18	1,6111	1,08838	,10	3,60	,130	,942
	1ª até 5ª sessão	5	1,6400	1,49097	,30	3,50		
	1ª até 3ª sessão	6	1,4500	,64730	,60	2,50		
	Só 1ª sessão	10	1,3900	,81302	,10	2,70		
	Total	39	1,5333	,99322	,10	3,60		
Hostilidade	1ª até 8ª sessão	18	1,2407	,95695	,00	3,17	,173	,914
	1ª até 5ª sessão	5	1,6000	1,25610	,50	3,67		
	1ª até 3ª sessão	6	1,3333	1,04881	,17	2,33		
	Só 1ª sessão	10	1,2667	,95646	,17	2,67		
	Total	39	1,3077	,97523	,00	3,67		
Ansiedade_fobica	1ª até 8ª sessão	18	1,2460	,92945	,00	3,43	,246	,864
	1ª até 5ª sessão	5	1,0286	,52876	,43	1,71		
	1ª até 3ª sessão	6	,9524	,82148	,00	2,43		
	Só 1ª sessão	10	1,0571	,83081	,14	2,71		
	Total	39	1,1245	,82599	,00	3,43		
Ideacao_paranoides	1ª até 8ª sessão	18	1,4907	,90111	,33	3,17	,088	,966
	1ª até 5ª sessão	5	1,3667	,64979	,67	2,33		
	1ª até 3ª sessão	6	1,6111	,49065	1,00	2,33		
	Só 1ª sessão	10	1,5000	,75359	,00	2,83		
	Total	39	1,4957	,76039	,00	3,17		
Psicoticismo	1ª até 8ª sessão	18	1,0611	,69294	,10	2,20	,267	,849
	1ª até 5ª sessão	5	1,3600	1,21161	,30	3,00		
	1ª até 3ª sessão	6	1,0000	,50200	,40	1,90		
	Só 1ª sessão	10	1,1900	,81028	,20	2,30		
	Total	39	1,1231	,75549	,10	3,00		

No sentido de melhor compreender as desistências dos clientes e identificar alguma nova relação entre determinadas variáveis, agrupou-se os clientes que desistiram num só grupo, sem diferenciar o momento da sessão em que desistiam e procedeu-se à comparação com o grupo que permaneceu em terapia. Os resultados desta última análise são apresentados de seguida no objectivo 4.2.

4.2. Comparar os resultados de todas as variáveis dos dois conjuntos de díades, (18 casos em psicoterapia e 21 casos em Desistências)

Os resultados relativamente a este objectivo foram idênticos às conclusões anteriores, ou seja, quando não se diferencia o momento em que os clientes desistem, não se encontra grandes diferenças significativas, do que quando se discrimina. No quadro seguinte (Quadro

30) assinalou-se somente as diferenças que se revelaram significativas em ambos os grupos. Assim, o grupo de clientes que permanece em terapia, apresenta um nível de IAT (tarefas-cliente) significativamente superior àquele grupo de clientes que desiste ($\bar{x} = 25,1$; $p=.045$). Assim, a concepção do cliente de executar tarefas terapêuticas pode ser indicador de permanência em terapia.

Quadro 30: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desiste e o grupo de clientes que permanece em terapia, referentes ao IAT do terapeuta e do cliente

IAT		N	Média	SD	Mann-Whitney	Sig
Tarefas-Terapeuta	Grupo em psicoterapia	18	20,5556	3,07212	181,000	,820
	Grupo que desiste	21	20,6667	2,10555		
Relação-Terapeuta	Grupo em psicoterapia	18	19,1111	2,24628	169,500	,579
	Grupo que desiste	21	19,6667	2,53640		
Objectivos-Terapeuta	Grupo em psicoterapia	18	22,2778	3,54477	131,500	,102
	Grupo que desiste	21	20,9048	2,96487		
Tarefas-Cliente	Grupo em psicoterapia	18	25,1667	1,97782	118,500	,045
	Grupo que desiste	21	22,8095	3,68265		
Relação-Cliente	Grupo em psicoterapia	17	23,7059	4,19471	156,000	,506
	Grupo que desiste	21	22,9048	4,06085		
Objectivos-Cliente	Grupo em psicoterapia	18	24,1667	2,87484	141,500	,257
	Grupo que desiste	20	22,6500	3,99045		

Outro dado significativo encontrado quando não se diferencia o momento em que os clientes desistem, foi relativamente ao estilo de terapeuta. O grupo de clientes que desiste, parece ter terapeutas que accionavam mais a função instrutiva do que os terapeutas do grupo que permaneciam em terapia ($\bar{x} = 2,4$; $p=.035$, Ver Quadro 31).

Quadro 31: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desiste e o grupo de clientes que permanece em terapia, referentes ao estilo de terapeuta

Estilo de terapeuta		N	Média	SD	Sig	
Função Instrutiva	Grupo em psicoterapia	18	1,8611	,63722	-2,184	,035
	Grupo que desiste	21	2,4167	,90254		
Função Expressiva	Grupo em psicoterapia	18	2,6111	,50163	-1,325	,193
	Grupo que desiste	21	2,8190	,47709		

3.3. Resultados relativos ao Estudo 3: Estudo de caso – o terapeuta campeão (19 casos)

O estudo de caso foi um outro olhar apetecível de exploração. Graciosamente um dos terapeutas conseguiu reunir 19 casos clínicos permitindo desta forma, formular dois objectivos exploratórios que encaminham esta análise de caso: i) conhecer mais a fundo o seu estilo de funcionamento terapêutico e, ii) compreender os resultados terapêuticos alcançados com os seus clientes. Inicia-se esta análise com a caracterização sócio-demográfica dos clientes deste terapeuta e posteriormente apresentam-se as seguintes questões de investigação relativas a este estudo de caso.

1. Caracterizar o terapeuta e os clientes

Este terapeuta tem 59 anos de idade e trabalha no atendimento a estudantes universitários. As abordagens teóricas com as quais ele mais se identifica são a terapia sistémica e centrada na solução. A idade média dos seus clientes é de 24 anos, variando entre 19 e 36 anos, com um desvio padrão de 5. A maioria deles são clientes do sexo feminino (84,2%) e apenas 3 clientes (15,8%) são do sexo masculino (Ver Figura 16). Todos eles recorrem pela primeira vez a um processo terapêutico.

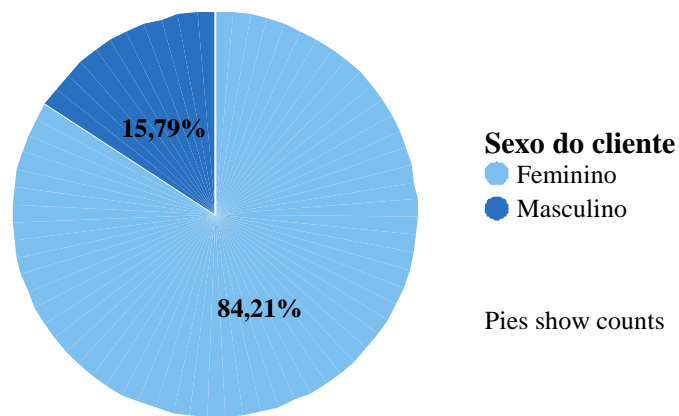


Figura 16: Caracterização do género dos clientes

Este terapeuta apresenta uma taxa relativamente alta de clientes que permanecem em terapia, cerca de 57,9% do total dos clientes (N=19). Na 5ª sessão desistiram 21% dos clientes e na 3ª e 1ª sessões apenas 10,5% deles desistiram, em cada um dos momentos (Ver Figura 17).

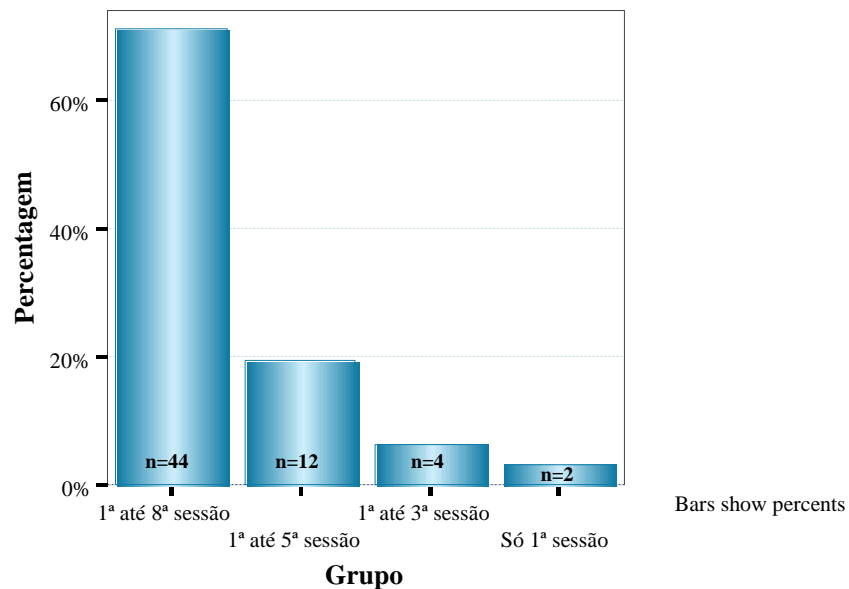


Figura 17: Distribuição dos clientes que permanecem em terapia e dos que desistem

A maioria dos sujeitos clientes faz parte do nível sócio económico médio (73,7%). No nível médio superior situam-se apenas 10,5% dos sujeitos e apenas 5,3% dos sujeitos situam-se no nível médio baixo. Cerca de 10,5% dos sujeitos omitem esta informação.

2. Observar o estilo de terapeuta²⁰

2.1. O estilo deste terapeuta é igual para todos os clientes ou pelo contrário varia entre os diferentes clientes?

Inicia-se esta análise com o teste de ajustamento de *Shapiro-Wilk* para saber se as dimensões do estilo de terapeuta, nomeadamente a função instrutiva e a função expressiva estão normalmente distribuídas para escolher entre técnicas estatísticas paramétricas ou não paramétricas. No quadro seguinte, apresenta-se os resultados deste teste (Quadro 32).

Quadro 32: Resultados do teste de ajustamento à normalidade Shapiro-Wilk do estilo do terapeuta

Funções do Estilo do terapeuta	Sessão	<i>Shapiro-Wilk</i>	Df	Sig.
Função Instrutiva	1	,708	19	,000
	3	,702	17	,000
	5	,817	15	,006
	8	,774	11	,004
Função Expressiva	1	,925	19	,142
	3	,905	17	,083
	5	,729	15	,001
	8	,710	11	,001

Dada a maioria das sub-escalas não se aproximar de uma distribuição normal (valores $p < 0.05$) utilizar-se-á o teste de *Friedman* para verificar se o terapeuta mantém o seu modo de actuação com todos os cliente ou se pelo contrário tem formas de actuação diferenciadas.

²⁰ Lembra-se novamente que as funções tidas em conta do estilo de terapeuta são a função instrutiva e a expressiva, visto que foram aquelas que revelaram níveis de consistência interna adequados para medir os conceitos subjacentes.

Observa-se no Quadro 33 que não há uma grande variação, quer na função instrutiva, quer na função expressiva nas diferentes sessões. Os valores médios na função instrutiva variam de 1,50 na 1ª sessão até 1,48 na 8ª sessão. Na função expressiva, os valores médios são ligeiramente superiores, mas não se diferenciam muito (média de 2,38 na 1ª sessão e de 2,40 na 8ª sessão).

Quadro 33: Resultados das médias, desvios padrões e coeficientes de variação relativas ao estilo de terapeuta

Estilo do terapeuta		N	Media	SD	Coeficiente de variação	
Função Instrutiva	SESSAO	1ª	19	1,50	,51	33,8%
		3ª	17	1,41	,33	23,4%
		5ª	15	1,33	,18	13,6%
		8ª	11	1,48	,41	27,8%
Função Expressiva	SESSAO	1ª	19	2,38	,43	17,9%
		3ª	17	2,47	,32	13,1%
		5ª	15	2,43	,34	13,9%
		8ª	11	2,40	,31	12,9%

Para avaliar se há variabilidade de estilo de terapeuta consoante cada cliente foi utilizado o teste estatístico de *Levene*, e os resultados sugerem que a variabilidade em cada sessão entre os vários cliente não tem significado estatístico, ($p > 0.05$, ver Quadro 34).

Quadro 34: Resultados do teste estatístico de Levene referente ao estilo de terapeuta

Estilo do terapeuta	Teste de Levene	df1	Df2	Sig.
Função Instrutiva	1,676	3	58	,182
Função Expressiva	1,350	3	58	,267

Para melhor compreender a actuação e o modo de funcionamento deste terapeuta perante clientes diferentes, observe-se o gráfico seguinte (Figura 18) que apresenta a média e o desvio padrão das sub-escalas em cada sessão. É possível presenciar que na função

instrutiva existe uma variação maior na 1ª e na 8ª sessão indicando actuações distintas com os clientes.

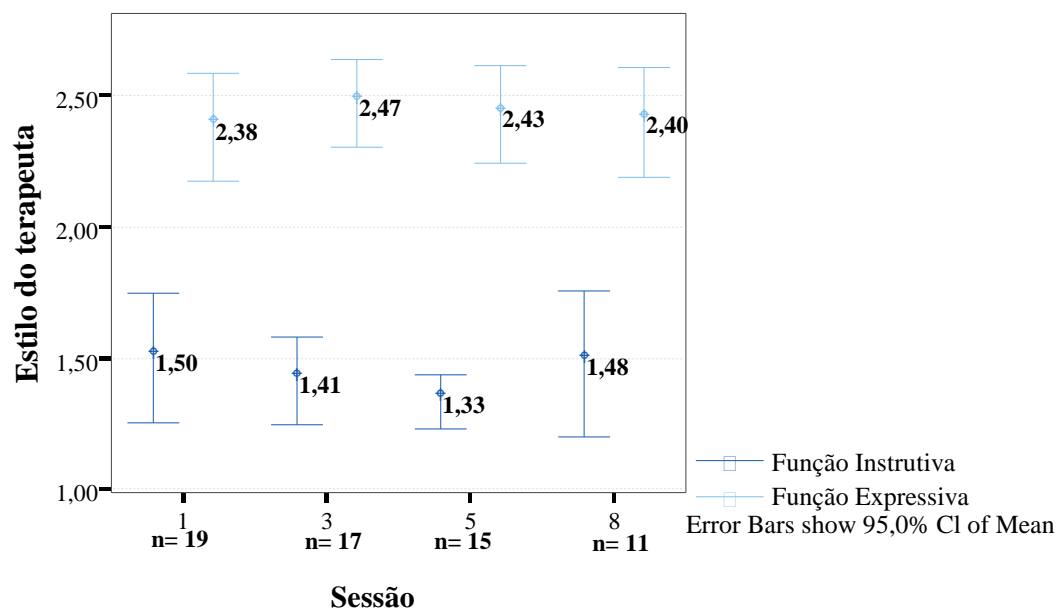


Figura 18: Resultados das médias e SD da função instrutiva e expressiva nos 4 momentos de avaliação

2.2. O estilo do terapeuta manteve-se ao longo das sessões avaliadas?

O estilo deste terapeuta não se altera de forma significativa ao longo das sessões. Observa-se no quadro seguinte (Quadro 35) que não há diferenças significativas nos diferentes momentos ($p=0.562$), a função instrutiva parece variar pouco de uma sessão para a outra no grupo de clientes que se manteve em terapia (N=11).

Quadro 35: Resultados das médias, desvios padrões valores máximos e mínimos da evolução da função instrutiva ao longo dos vários momentos de avaliação

Sessão	N	Media	SD	Mínimo	Máximo
1ª	11	1,5227	,50565	1,00	2,50
3ª	11	1,4318	,40452	1,00	2,50
5ª	11	1,3409	,20226	1,00	1,75
8ª	11	1,4773	,41010	1,00	2,25

X^2 Friedman = 2,053; gl=3,p=0,562

Relativamente à função expressiva, os resultados são apresentados no quadro seguinte (Quadro 36) observa-se igualmente que não há diferenças significativas nos diferentes momentos ($p=0.824$), a função expressiva parece igualmente variar pouco de uma sessão para a outra, no grupo de clientes que se manteve em terapia.

Quadro 36: Resultados das médias, desvios padrões valores máximos e mínimos da evolução da função expressiva ao longo dos vários momentos de avaliação

Sessão	N	Média	SD	Mínima	Máximo
1ª	11	2,3455	,42039	1,80	3,20
3ª	11	2,3818	,32808	2,00	3,20
5ª	11	2,3455	,31101	2,20	3,20
8ª	11	2,4000	,30984	2,20	3,20
X ² Friedman= 0,907; gl=3,p=0,824					

Em síntese, observa-se no Gráfico seguinte (Figura 19) que, quer a função instrutiva, quer a função expressiva neste terapeuta e com este grupo de clientes que se mantiveram até à 8ª sessão, ambas variam pouco ao longo dos vários momentos de avaliação.

Na análise do Quadro 37, que distingue claramente os valores médios dos clientes que permaneceram em terapia e dos que desistiram, a função instrutiva revela ligeiras reduções, quer no grupo que desiste, quer no grupo que permanece, mas não há diferenças significativas. A média varia de 1,5 até 1,47 na 8ª sessão. Quando se observa a função expressiva, esta aumenta em ambos os grupos, em especial no grupo que desiste (de 2,43 no grupo que desiste para 2,63 e 2,65), enquanto que no grupo que permanece em psicoterapia o valor máximo foi de 2,4 somente na 8ª sessão. Este valor está acima de qualquer valor registado no grupo que desistiu.

Quadro 37: Resultados das médias e desvios padrões das funções do estilo de terapeuta, do grupo que desistiu e do grupo que permaneceu em terapia

Estilo Terapeuta	Sessão		N	Média	SD	<i>Mann-Whitney</i>	Sig
Função Instrutiva	1	Grupo em psicoterapia	11	1,523	0,506	40,500	0,757
		Grupo que desiste	8	1,469	0,542		
	3	Grupo em psicoterapia	11	1,432	0,405	30,000	0,740
		Grupo que desiste	6	1,375	0,137		
	5	Grupo em psicoterapia	11	1,341	0,202	20,500	0,823
		Grupo que desiste	4	1,313	0,125		
	8	Grupo em psicoterapia	11	1,477	0,410		
		Grupo que desiste	0	.	.		
Função Expressiva	1	Grupo em psicoterapia	11	2,345	0,420	37,500	0,583
		Grupo que desiste	8	2,425	0,459		
	3	Grupo em psicoterapia	11	2,382	0,328	15,500	0,068
		Grupo que desiste	6	2,633	0,266		
	5	Grupo em psicoterapia	11	2,345	0,311	10,500	0,090
		Grupo que desiste	4	2,650	0,342		
	8	Grupo em psicoterapia	11	2,400	0,310		
		Grupo que desiste	0	.	.		

Em síntese, podemos observar o estilo deste terapeuta na Figura 19. Não se registaram diferenças significativas nos valores de cada sessão entre os dois grupos.

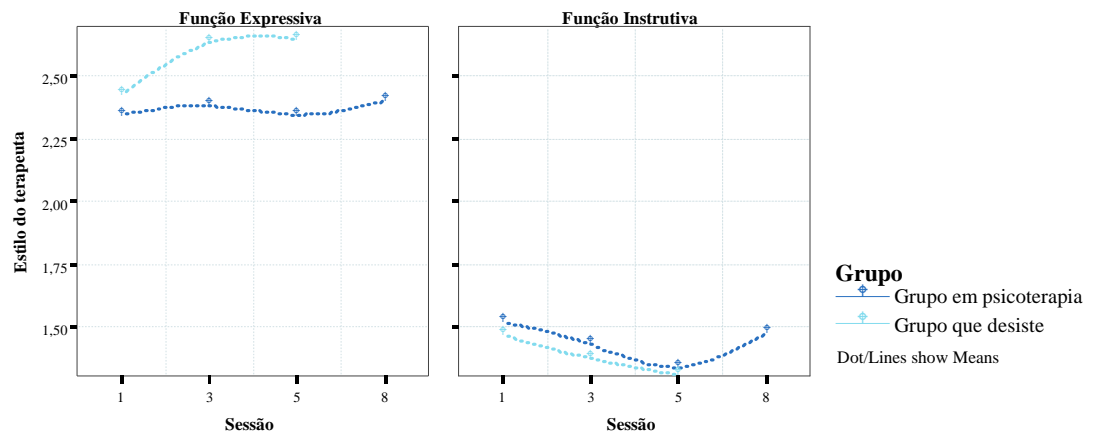


Figura 19: Distribuição dos clientes que permanecem na terapia e dos que desistem, face ao estilo do terapeuta

3. Observar o estilo de cliente

3.1. Os clientes que desistiam da terapia apresentavam um perfil específico?

Relativamente ao estilo de cliente, tornou-se pertinente saber se o cliente que desistia no processo de terapia deste terapeuta tinha um perfil particular, ou se apresentava níveis de resistência altos. Se o cliente apresentasse um perfil específico poderia pensar-se que este terapeuta teria de ajustar mais as suas características a esse perfil de cliente, por exemplo, se fosse mais externalizador/internalizador e mais resistente.

Embora os dados desta análise, sejam muito pouco conclusivos, tendo em conta a dimensão desta amostra de clientes de um só terapeuta surgem curiosas notações. O Gráfico seguinte (Figura 20) apresenta o perfil dos clientes deste terapeuta. Ao longo das sessões observa-se que os níveis de externalização dos clientes que estão em terapia aumentam muito mais do que os níveis de internalização.

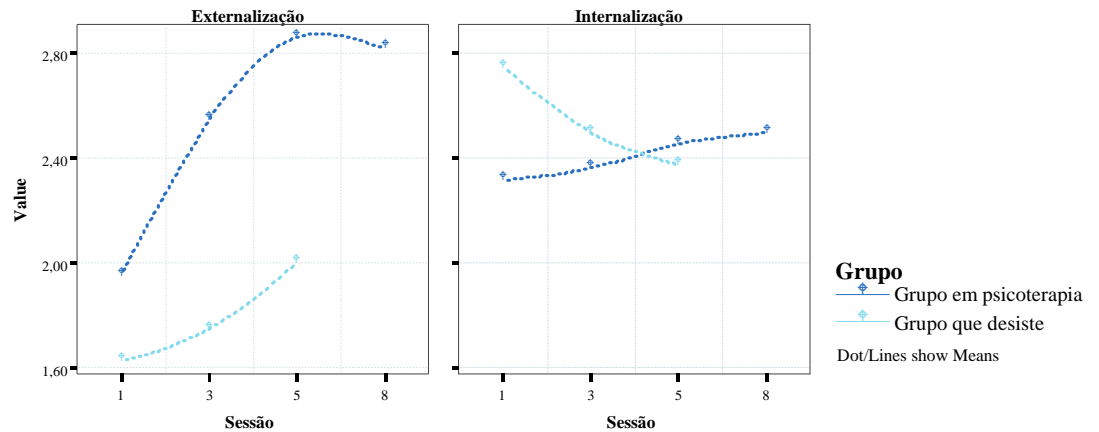


Figura 20: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que se manteve em terapia relativamente ao estilo de cliente

Nos Quadros 38 e 39 observam-se os resultados de forma mais discriminada, na medida em que é possível registar o momento da desistência dos clientes, se na 1ª, na 3ª ou na 5ª sessão e descobrir qualquer alteração significativa dos valores médios de perfil.

Tal como se observou no gráfico anterior, o grupo que está em psicoterapia é mais externalizador e as diferenças com os que desistem, embora não sejam significativas, acentuam-se com o tempo (valores médios variam entre 1,9 e 1,6 na 1ª sessão, em ambos os grupos, e 2,8 na última sessão de avaliação).

Quadro 38: Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de externalização

Externalização		N	Média	SD	t-Student	Sig
1ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	1,9545	1,01130	,808	,430
	Grupo que desiste	8	1,6250	,64087		
3ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,5455	1,27386	1,427	,174
	Grupo que desiste	6	1,7500	,61237		
5ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,8636	1,43337	1,149	,271
	Grupo que desiste	4	2,0000	,57735		
8ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,8182	1,30906		
	Grupo que desiste	0	.	.	-	-

No Quadro 39 observa-se igualmente os valores médios dos clientes com um perfil mais internalizado. É curioso notar que os clientes que desistem do processo de psicoterapia baixam os níveis médios de internalização (de 2,7 para 2,3 na 5ª sessão).

Quadro 39: Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de Internalização

Internalização		N	Média	SD	t-Student	Sig
1ª sessão	Grupo que desiste	8	2,7500	2,60494		
3ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,3636	1,46784	-,154	,880
	Grupo que desiste	6	2,5000	2,19089		
5ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,4545	1,55651	,086	,933
	Grupo que desiste	4	2,3750	1,70171		
8ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	2,5000	1,56525		
	Grupo que desiste	0	.	.	-	-

No concerne aos níveis de resistência, no quadro seguinte (Quadro 40) expõe-se os valores médios e os desvios padrões dos níveis de resistências deste grupo de clientes. Embora as diferenças entre ambos os grupos não sejam significativas, comparativamente, os clientes que permanecem em terapia têm níveis de resistência mais baixos.

Quadro 40: Resultados das médias, desvios padrões e valores de t-student para a sub-escala de Resistência

Resistência		N	Média	SD	t-Student	Sig
1ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	21,2273	1,60255	-1,333	,200
	Grupo que desiste	8	22,0625	,86344		
3ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	21,4091	1,49697	-1,316	,208
	Grupo que desiste	6	22,2500	,52440		
5ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	21,1818	1,36515	-1,342	,202
	Grupo que desiste	4	22,1250	,25000		
8ª sessão	Grupo em psicoterapia	11	20,9545	1,58831		
	Grupo que desiste	0	.	.	-	-

Observa-se mais claramente no Gráfico seguinte, (Figura 21) que os clientes que permanecem em terapia são de facto menos resistentes, (e mais externalizadores, como se observou no gráfico anterior) do que aqueles que desistem.

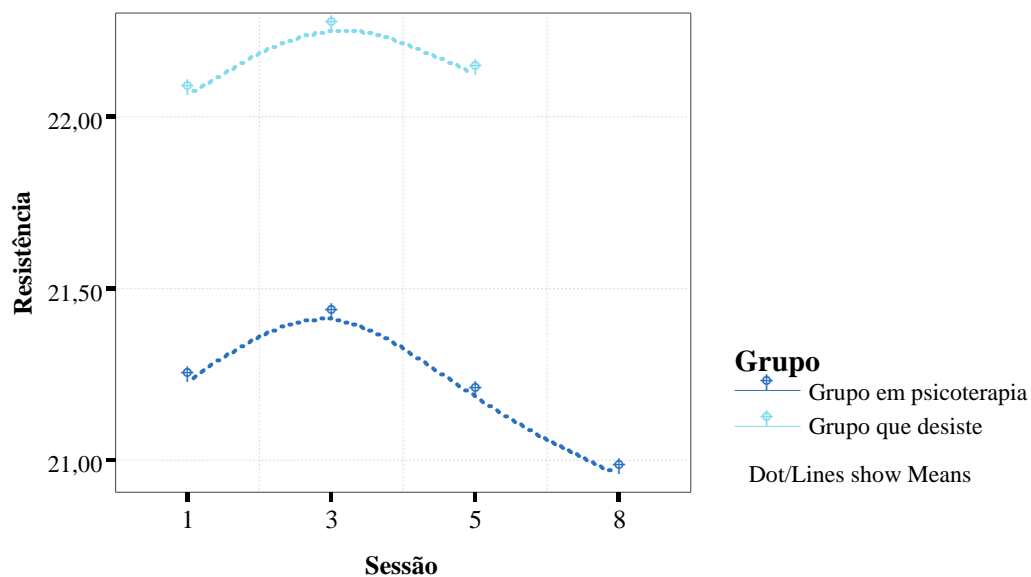


Figura 21: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que se manteve em terapia relativamente aos níveis de resistência

4. Observar a motivação para a terapia

4.1. A Motivação para a terapia foi diferente no grupo dos clientes que desistiu?

A informação apresentada no Gráfico seguinte, (Figura 22) junta os clientes que desistem e os que permanecem em terapia e no Quadro 41 apresenta-se os dados mais discriminados, mostrando os clientes que desistem e em que sessão o fizeram.

Na Figura 22 observa-se que a regulação introjectada, identificada e externa diminuem ao longo das sessões mas, verifica-se que isso não acontece sempre nos dois grupos, nos que permanecem e nos que desistem. Na motivação intrínseca, os clientes que estão em terapia, revelam uma evolução muito diminuta, ao contrário do grupo que desiste cuja evolução nesta sub-escala de motivação intrínseca é ligeiramente mais alta. O mesmo se passa com a regulação externa, com a regulação integrada e com a regulação introjectada. Todas elas começam no mesmo nível mas no grupo de clientes que desiste, surge mais oscilação do que no grupo que permanece em terapia.

A regulação identificada e a motivação intrínseca evoluem ambas positivamente no grupo de clientes que desiste.

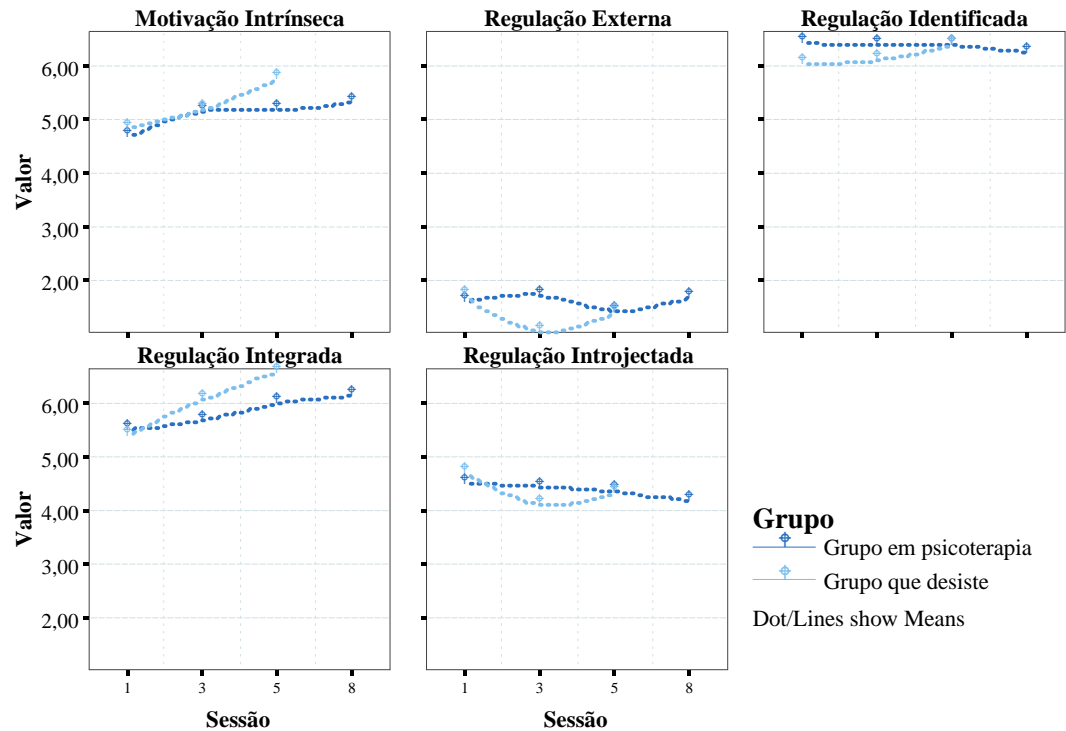


Figura 22: Distribuição dos clientes que se mantiveram em psicoterapia e dos que desistiram, face aos valores das sub-escalas da motivação para a terapia

No Quadro 41 observa-se que a motivação para a terapia não revelou diferenças significativas entre o grupo de clientes que desistiu e o que permaneceu em terapia. Embora não haja diferenças, regista-se algumas modificações que poderão ajudar a compreender melhor o funcionamento quer deste grupo de clientes, quer do funcionamento deste terapeuta junto especificamente deste conjunto de clientes.

Sobre cada sessão não há diferenças significativas entre o grupo que desiste e o grupo que permanece em psicoterapia. Na motivação intrínseca, no grupo em psicoterapia, a média da 1ª sessão é 4,65 aumentando para 5,13 e 5,16 ao longo das três sessões de avaliação, estabelecendo-se em 5,32 na 8ª sessão. Note-se que já na 5ª sessão os valores do grupo de

clientes que desiste já eram superiores, acontecendo o mesmo nas outras escalas com exceção da regulação extrínseca.

Quadro 41: Evolução das escalas da motivação nos dois grupos de clientes (grupo que desiste e grupo que permanece em terapia).

	Sessão		N	Média	SD	Mann-Whitney	sig
Motivação Intrínseca	1	Grupo em psicoterapia	11	4,65	2,22	37,500	,822
		Grupo que desiste	8	4,81	1,96		
	3	Grupo em psicoterapia	11	5,13	1,23	31,500	,880
		Grupo que desiste	6	5,17	1,42		
	5	Grupo em psicoterapia	11	5,16	1,30	15,500	,392
		Grupo que desiste	4	5,75	1,43		
	8	Grupo em psicoterapia	11	5,32	1,15		
	Grupo que desiste	0	.	.			
Regulação Integrada	1	Grupo em psicoterapia	11	5,50	1,35	38,000	,855
		Grupo que desiste	8	5,38	1,30		
	3	Grupo em psicoterapia	11	5,66	,89	25,000	,416
		Grupo que desiste	6	6,04	,94		
	5	Grupo em psicoterapia	11	5,98	,64	10,000	,111
		Grupo que desiste	4	6,56	,52		
	8	Grupo em psicoterapia	11	6,11	,71		
	Grupo que desiste	0	.	.			
Regulação Externa	1	Grupo em psicoterapia	11	1,60	1,40	38,500	,883
		Grupo que desiste	8	1,69	1,65		
	3	Grupo em psicoterapia	11	1,70	1,57	25,000	,318
		Grupo que desiste	6	1,04	,10		
	5	Grupo em psicoterapia	11	1,43	,73	20,000	,756
		Grupo que desiste	4	1,38	,75		
	8	Grupo em psicoterapia	11	1,68	,96		
	Grupo que desiste	0	.	.			
Regulação Identificada	1	Grupo em psicoterapia	11	6,40	,58	33,000	,526
		Grupo que desiste	8	6,03	1,00		
	3	Grupo em psicoterapia	11	6,39	,65	25,500	,441
		Grupo que desiste	6	6,08	,89		
	5	Grupo em psicoterapia	11	6,36	,74	20,500	,838
		Grupo que desiste	4	6,38	,78		
	8	Grupo em psicoterapia	11	6,23	,44		
	Grupo que desiste	0	.	.			
Regulação Introjectada	1	Grupo em psicoterapia	11	4,50	1,47	39,500	,964
		Grupo que desiste	8	4,71	1,19		
	3	Grupo em psicoterapia	11	4,43	1,12	27,500	,579
		Grupo que desiste	6	4,10	1,43		
	5	Grupo em psicoterapia	11	4,33	1,08	21,500	,948
		Grupo que desiste	4	4,31	1,48		
	8	Grupo em psicoterapia	11	4,16	,77		
	Grupo que desiste	0	.	.			

5. Observar a aliança terapêutica

5.1. Os níveis de aliança terapêutica são convergentes entre o terapeuta e o cliente?

A aliança terapêutica, sendo o único instrumento administrado em paralelo quer ao terapeuta quer aos seus clientes, tornou-se pertinente observar se os níveis de aliança terapêutica são convergentes com a maioria dos seus clientes, ou seja, descobrir se a percepção da aliança terapêutica deste terapeuta é análoga à dos seus clientes.

A dimensão da relação é aquela em que o terapeuta e o cliente quase conseguem uma concordância absoluta na 8ª sessão, veja-se os valores do coeficiente de correlação, onde o nível de significância foi de $p=0,068$, no Quadro 42.

Quadro 42: Resultados dos coeficientes de correlação relativamente aos valores de Aliança terapêutica do terapeuta e do cliente, nos diferentes momentos de avaliação

IAT	Momentos de Avaliação			
	1ª	3ª	5ª	8ª
Tarefas				
coeficiente de correlação	0,015	-0,045	0,269	0,345
Sig. (2-tailed)	0,950	0,869	0,332	0,329
N	19	16	15	10
Relação				
coeficiente de correlação	0,009	0,277	0,199	0,598
Sig. (2-tailed)	0,973	0,282	0,495	0,068
N	18	17	14	10
Objectivos				
coeficiente de correlação	-0,255	0,349	0,268	0,087
Sig. (2-tailed)	0,291	0,170	0,355	0,824
N	19	17	14	9

5.2 A aliança terapêutica apresenta níveis mais baixos no grupo de clientes que desistiu?

Tornou-se igualmente interessante observar se a aliança terapêutica apresentava níveis mais baixos no grupo de clientes que desistiu. A ideia era ver se os clientes que desistem fazem-no porque eventualmente não construíram uma aliança terapêutica favorável com o seu terapeuta. No quadro seguinte (Quadro 43) observa-se que a nível do terapeuta não há diferenças na Aliança estabelecida com os dois grupos de clientes (entre os que desistem e os que não desistem). Por outro lado, do ponto de vista dos clientes existem diferenças significativas na 5ª sessão sendo que os clientes com maior pontuação na dimensão das tarefas desistem (obtêm um valor médio de 23 no grupo em psicoterapia contra 23,25 no grupo que desiste, $p= 0,014$).

Quadro 43: Comparação dos resultados obtidos no IAT do terapeuta, entre o grupo de clientes que se mantém em terapia e o grupo que desiste

IAT			N	Média	SD	Mann-Whitney	Sig
Tarefas-Terapeuta	1	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,54	43,500	,966
		Grupo que desiste	8	21,75	1,91		
	3	Grupo em psicoterapia	11	22,36	2,16	20,500	,199
		Grupo que desiste	6	23,50	,84		
	5	Grupo em psicoterapia	11	23,00	1,90	19,000	,670
		Grupo que desiste	4	23,25	1,50		
Relação-Terapeuta	1	Grupo em psicoterapia	11	20,09	2,02	40,500	,768
		Grupo que desiste	8	19,88	1,81		
	3	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,25	19,500	,171
		Grupo que desiste	6	23,17	1,60		
	5	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,42	15,500	,385
		Grupo que desiste	4	23,25	1,26		
Objectivos-Terapeuta	1	Grupo em psicoterapia	11	23,73	2,10	33,500	,366
		Grupo que desiste	8	23,25	1,58		
	3	Grupo em psicoterapia	11	23,36	2,58	24,000	,353
		Grupo que desiste	6	24,50	1,05		
	5	Grupo em psicoterapia	11	23,64	1,96	21,500	,946
		Grupo que desiste	4	24,00	,82		
Tarefas- Cliente	1	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,54	31,000	,277
		Grupo que desiste	8	21,75	1,91		
	3	Grupo em psicoterapia	11	22,36	2,16	21,500	,346
		Grupo que desiste	6	23,50	,84		
	5	Grupo em psicoterapia	11	23,00	1,90	3,500	,014
		Grupo que desiste	4	23,25	1,50		

Relação-Cliente	1	Grupo em psicoterapia	11	20,09	2,02	37,500	,820
		Grupo que desiste	8	19,88.	1,81		
	3	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,25	33,000	1,000
		Grupo que desiste	6	23,17	1,60		
	5	Grupo em psicoterapia	11	21,64	2,42	11,500	,431
		Grupo que desiste	4	23,25	1,26		
Objectivos-Cliente	1	Grupo em psicoterapia	11	23,73	2,10	41,500	,835
		Grupo que desiste	8	23,25	1,58		
	3	Grupo em psicoterapia	11	23,36	2,58	27,000	,538
		Grupo que desiste	6	24,50	1,05		
	5	Grupo em psicoterapia	11	23,64	1,96	8,500	,201
		Grupo que desiste	4	24,00	,82		

6. Observar o resultado terapêutico

6.1. Os níveis de bem-estar revelados pelo CORE-OM aumentaram?

Os resultados do CORE-OM na sub-escala de problemas e sintomas vão ao encontro dos valores registados no SCL90R, havendo diferenças significativas não só ao longo das várias sessões, ($p=0,010$, ver Quadro 44), mas igualmente entre o grupo que desiste e o grupo que não desiste. O grupo que permanece na terapia tem em média 2,26 e o grupo que desiste apresenta valores médios na ordem de 1,45; $p=0.001$. Identicamente, também há diferenças na sub-escala de bem-estar subjectivo, apesar de haver reduções ao longo das sessões, estas não tem significado estatístico ($p=0,074$). De facto, há diferenças significativas entre o grupo que permanece em terapia ($\bar{x}=2,22$) e o que desiste ($\bar{x}=1,79$); com um valor $p=0.030$.

Relativamente à sub-escala de funcionamento de vida, há uma redução dos valores médios ao longo do tempo, muito leve, que não tem expressão estatística. Pelo contrário, entre os dois grupos de clientes, há diferenças significativas acentuadas. O grupo que permanece em terapia obtém uma média de 1,85, enquanto que o grupo que desistiu da terapia alcança uma media de 1,54 ($p=0,011$). Por último, na sub-escala do CORE média score total, se se atender ao valor de corte da amostra do Reino Unido (CORE System Group, 1998, ver Anexo 7, alínea 7.2. Quadro C) que é 1,86 para amostras clínicas, em média estes clientes iniciaram a terapia com valores superiores a este (1,87). Logo após a 1ª sessão já se registam reduções para 1,49 ou menos, embora não tendo significado estatístico. Quando se comparam os clientes que desistem com os que permanecem na terapia, os primeiros têm uma média de 1,73 ainda muito próxima do ponto de corte ($=1,86$) enquanto

que, o grupo que desiste apresenta uma média inferior de 1,26. que está mais próxima do limite para amostras não clínicas, do que do limite para amostras clínicas (ver Anexo7, alínea 7.2. Quadro C) Contudo, é possível observar, a partir dos valores médios obtidos nesta sub-escala que estes clientes ainda não estão bem, ainda não passaram a barreira para serem considerados não clínicos.

Quadro 44: Resultados das médias e desvios padrões do CORE-OM do grupo de clientes que desistiu e do grupo que permanece em terapia

CORE-OM	1 ^a	3 ^a	5 ^a	8 ^a	Grupo em psicoterapia	Grupo que desiste	Sessão		Grupo	
							F	Si g.	F	Si g.
Bem-Estar subjectivo	2,461 ±0,83	2,074 ±1,02	1,857 ±1,17	1,75± 1,01	2,22±1,03	1,792±0,93	2, 445	0, 074	4,9 84	0, 030
Problemas/ Sintomas	2,522 ±0,99	1,848 ±1,09	1,607 ±1,12	1,933 ±0,96	2,262±1,04	1,454±0,98	4, 118	0, 010	12, 882	0, 001
Funcionamen to de vida	1,968 ±0,51	1,642 ±0,44	1,679 ±0,62	1,675 ±0,64	1,85±0,58	1,542±0,40	2, 286	0, 089	6,8 95	0, 011
Média	1,870 ±0,72	1,498 ±0,75	1,382 ±0,81	1,41± 0,79	1,726±0,79	1,259±0,63	2, 546	0, 066	8,1 61	0, 006

No gráfico seguinte (Figura 23) observa-se que as grandes desistências ocorrem da 3^a sessão para a 5^a sessão e não antes. Por exemplo, as grandes diferenças na sub-escala da média do CORE score total ocorrem na 3^a e na 5^a sessão: o grupo que está em psicoterapia não evolui muito, enquanto que os que desistem dão um grande salto no sentido da diminuição dos níveis.

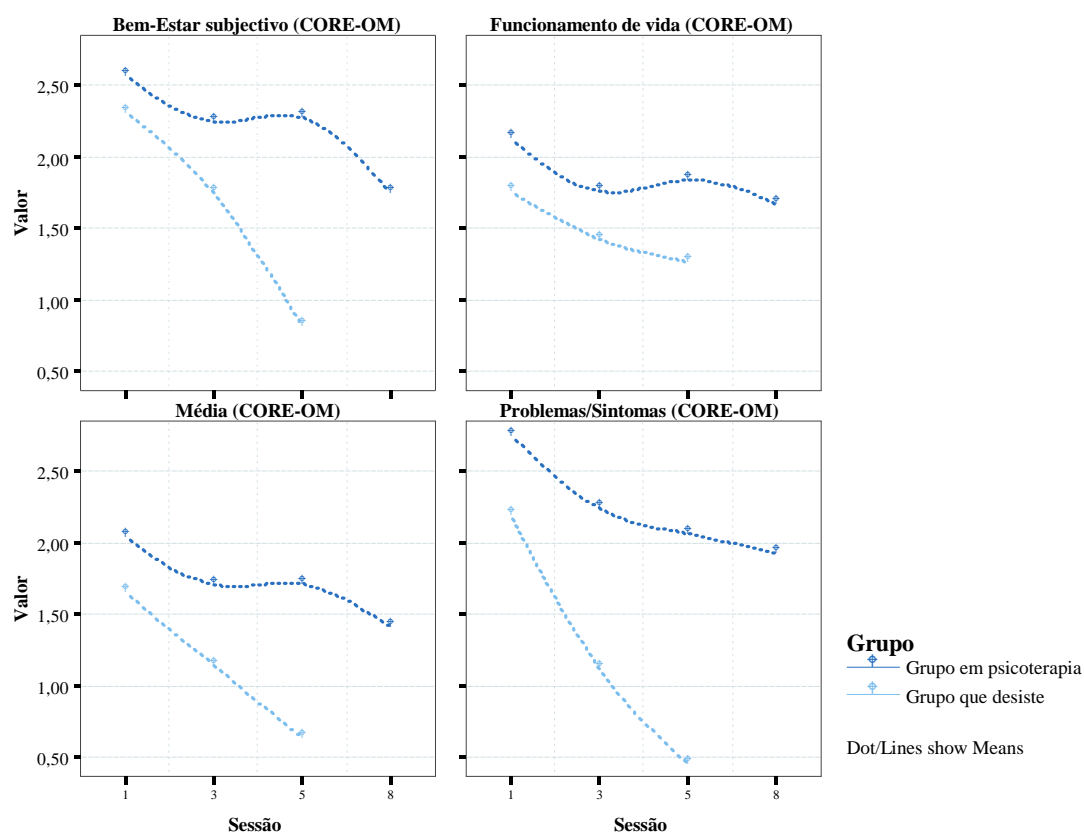


Figura 23: Resultados comparativos entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que se manteve em terapia relativamente aos valores de CORE-OM

6.2. Os níveis de sintomatologia revelados pelo SCL90R diminuiram?

Aqui pretende-se observar se a terapia realizada por este terapeuta consegue diminuir os níveis de sintomatologia revelados no SCL90R e aumentar os níveis de bem-estar do CORE. Por outro lado, tornou-se pertinente saber se as desistências destes clientes poderão ser explicadas pelo facto de os clientes terem melhorado. Os resultados são apresentados no Quadro 45 referentes apenas àquelas sub-escalas em que há diferenças significativas entre os dois grupos ou entre as sessões.

No Índice de Sintomatologia Geral (ISG), ao longo das sessões, registam-se reduções sistemáticas com desvios semelhantes, indicando que todos os clientes tiveram um comportamento idêntico (na 1ª sessão a média é de 2,35 e passou para 2,11 na 3ª sessão, 1,95 na 5ª sessão e 2,03 na 8ª sessão). O desvio padrão foi sofrendo pequenos aumentos mas genericamente é igual. Quando se compara o grupo em psicoterapia com o grupo que desiste, claramente os primeiros apresentam valores médios superiores (2,25 para 1,83 no grupo que

desiste) e para estes dois resultados, observa-se que não há diferenças significativas entre as sessões, apenas surgem diferenças expressivas entre os dois grupos de clientes, ($p=0.014$). Esta evolução acontece em todas as sub escalas do SCL90R aqui apresentadas. Os clientes desistem logo que vêem reduzidos os níveis de sintomatologia.

Quadro 45: Resultados das médias e desvios padrões do SCL90R do grupo de clientes que desistiu e do grupo que permanece em terapia

	1	3	5	8	Grupo em psicoterapia	Grupo que desiste	Sessão		Grupo	
							F	Sig	F	Sig.
ISG	2,35±0,7 2	2,11±0,7 5	1,95±0,8 3	2,03±0,7 9	2,25±0,79	1,83±0,6 2	1,70	0,177	6,47	0,01 4
Somatização	1,17±0,9 1	0,95±0,7 7	0,87±0,8 8	1,17±1,0 6	1,22±0,91	0,59±0,5 9	0,70	0,555	7,84	0,00 7
Obsessivo Compulsivo	2,23±0,8 2	1,74±1,1 2	1,61±1,0 2	1,61±0,8 7	1,95±1,01	1,55±0,8 5	2,45	0,073	4,68	0,03 5
Sensibilidade e Interpessoal	1,98±1,0 7	1,65±1,1 5	1,41±1,2 3	1,35±1,0 1	1,81±1,18	1,23±0,8 4	2,06	0,116	6,47	0,01 4
Depressão	2,27±0,9 0	1,84±1,0 0	1,58±1,0 7	1,59±1,0 4	2,03±1,02	1,45±0,9 0	3,29	0,027	9,05	0,00 4
Ansiedade	1,72±1,0 8	1,28±0,9 5	1,07±1,0 6	1,43±1,1 4	1,60±1,04	0,87±0,9 2	1,94	0,133	8,98	0,00 4
Hostilidade	1,30±0,8 7	1,12±0,9 2	0,88±0,9 2	0,82±0,6 8	1,17±0,93	0,79±0,6 3	1,90	0,141	5,17	0,02 7
Ansiedade Fóbica	1,29±0,8 7	0,92±0,9 0	0,75±0,9 5	0,95±1,0 8	1,16±0,99	0,61±0,6 8	1,78	0,160	6,79	0,01 2
Ideação Paranóide	1,53±0,7 3	1,23±0,8 3	1,12±0,9 8	1,17±1,0 5	1,40±0,95	0,99±0,5 8	1,33	0,273	4,59	0,03 6

No Gráfico seguinte (Figura 24) poder-se-á mais claramente observar que nas sub-escalas indicadas, o grupo de clientes que desiste apresenta médias inferiores às do grupo que permanece na psicoterapia, registando-se diferenças significativas entre as sessões na escala depressão.

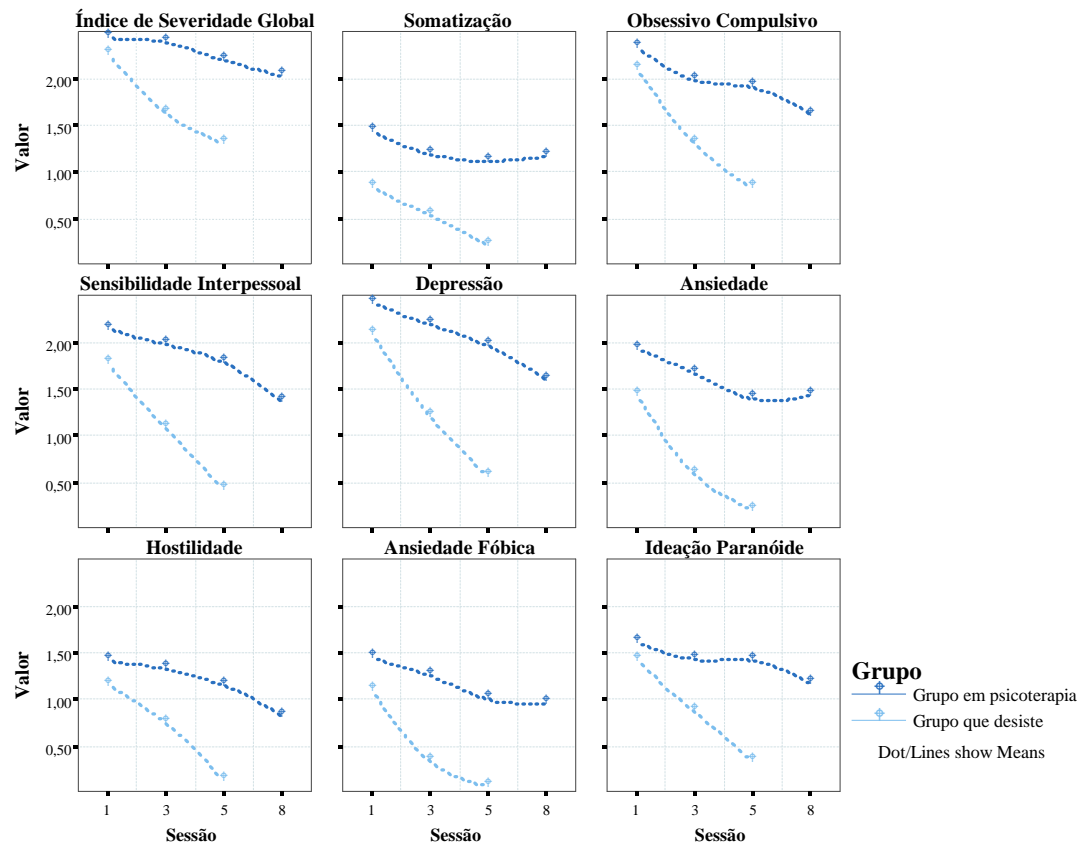


Figura 24: Distribuição dos Resultados do SCL90R nos grupos de clientes que desistiram e que permaneceram em terapia

No capítulo seguinte, os resultados de todas as questões de investigação aqui apresentadas irão ser mais aprofundadamente discutidos, abrindo caminho para reflectir sobre algumas ilações que poderão ser retiradas a partir da análise de dados feita ao conjunto destas variáveis.

4. Discussão dos resultados

4.1. Estudo 1: Determinar o conforto estatístico

Os dados para a avaliar a consistência interna foram tidos em conta atendendo aos resultados dos quatro momentos de avaliação (1^a, 3^a, 5^a e 8^a sessão), uma vez que se parte do princípio que houve modificações nos clientes, por isso fará mais sentido atender a todos os momentos, do que apenas à 1^a sessão, onde a amostra é de facto maior e com maior homogeneidade estatística, mas onde os clientes poderão estar potencialmente menos estáveis e provavelmente em maior crise. Por isso mesmo poderão responder de forma menos válida aos instrumentos administrados. À medida que o processo de intervenção decorre, os clientes poderão tornar-se cognitivamente e emocionalmente mais estáveis e as repostas às questões que lhes eram colocadas pelos instrumentos, poderão ter maior validade.

Fazendo um compêndio da análise de dados respeitantes à consistência interna deste conjunto de instrumentos de avaliação do processo e do resultado terapêutico poder-se-á dizer com relativa segurança que alguns instrumentos parecem ser mais correctamente administrados em determinados momentos do processo, de acordo com os níveis de consistência interna revelados a partir dos coeficientes de correlação de *Alpha de Cronbach* e *Guttman Split-Half*, tal como se pode observar no Quadro 46: Momentos da terapia em que a aplicação dos instrumentos revela ser mais consistente. As células assinaladas com um [✓] são aquelas que indicam que aquele instrumento revela níveis de consistência interna favoráveis naquele determinado momento de avaliação, sugerindo que a sua aplicação nessa altura do processo poderá ser mais eficaz, se se atender à avaliação da sua validade de constructo.

Assim, os constructos teóricos do IAT do terapeuta parecem ser consistentemente percebidos pelos terapeutas nos quatro momentos de avaliação (à excepção da 8^a sessão, na sub-escala Tarefas). A dimensão de definição de objectivos, no início do processo terapêutico (na 1^a e na 3^a sessão) parece ser, identicamente, pouca entendida pelos clientes.

A função Instrutiva do Estilo de terapeuta parece ser a única dimensão deste instrumento que é consistentemente percebida pelos terapeutas. A função Expressiva, apenas nos dois últimos momentos de avaliação é igualmente consistente, sugerindo que a

globalidade das escalas deste instrumento precisa de ser ainda trabalhada para a população portuguesa na sua validade interna.

O Estilo de cliente apresenta níveis de consistência interna bastante satisfatórios em todos os quatro momentos de avaliação, mas unicamente na sub-escala de Internalização. A sub-escala de Externalização (na 3ª sessão) e a de Resistência (na 1ª e 3ª sessão) parecem pouco aceitáveis.

O instrumento de avaliação da motivação para a terapia apresenta apenas três sub-escalas com níveis de consistência interna válidos nos quatro momentos de avaliação: a sub-escala de Motivação intrínseca, de Regulação integrada e Regulação extrínseca.

O SCL90-R e o CORE-OM apresentam ambos, bons níveis de consistência interna em todas as suas sub-escalas, à excepção de neste último, na sub-escala Funcionamento de vida, só revelar valores de consistência interna satisfatórios na 8ª sessão.

Quadro 46: Momentos da terapia em que a aplicação dos instrumentos revela ser mais consistente

Instrumentos	Sub-escalas	Momentos de Avaliação			
		1ª	3ª	5ª	8ª
IAT Terapeuta	Tarefas-Terapeuta	✓□	✓□	✓□	✗□
	Relação-Terapeuta	✓□	✓□	✓□	✓□
	Objectivos-Terapeuta	✓□	✓□	✓□	✓□
IAT Cliente	Tarefas-Cliente	✓□	✓□	✓□	✓□
	Relação-Cliente	✓□	✓□	✓□	✓□
	Objectivos-Cliente	✗□	✗□	✓□	✓□
Estilo do terapeuta	Função Instrutiva	✓□	✓□	✓□	✓□
	Função Expresiva	✗□	✗□	✓□	✓□
	Função Operativa	✗□	✗□	✗□	✗□
	Função Avaliativa	✗□	✗□	✗□	✗□
	Função de comprometimento interpessoal	✗□	✗□	✗□	✗□
	Função Atencional	✗□	✗□	✗□	✗□
Estilo do cliente	Externalização	✓□	✗□	✓□	✓□
	Internalização	✓□	✓□	✓□	✓□
	Resistência	✗□	✗□	✓□	✓□
Motivação para a terapia	Motivação Intrínseca	✓□	✓□	✗□	✓□
	Regulação Integrada	✓□	✓□	✓□	✓□
	Regulação Identificada	✓□	✓□	✗□	✗□
	Regulação Introjectada	✓□	✗□	✗□	✗□
	Regulação Extrínseca	✓□	✓□	✓□	✓□
	Desmotivação	✗□	✗□	✗□	✗□
CORE-OM	Bem-Estar subjectivo (CORE-OM)	✓□	✓□	✓□	✓□
	Problemas/síntomas (CORE-OM)	✓□	✓□	✓□	✓□
	Funcionamento de vida (CORE-OM)	✗□	✗□	✗□	✓□
	Comportamentos de risco (CORE-OM)	✓□	✓□	✓□	✓□
	SCORE TOTAL	✓□	✓□	✓□	✓□

SCL-90-R	Somatização (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Obsessivo Compulsivo (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Sensibilidade Interpessoal (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Depressão (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Ansiedade (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Hostilidade (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Ansiedade Fóbica (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Ideação Paranóide (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Psicoticismo(SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □
	Índice de Severidade Global (SCL-90R)	✓ □	✓ □	✓ □	✓ □

Estes valores de consistência interna na globalidade dos instrumentos mostram-se algo díspares e parecem sugerir que, por exemplo, alguns deles poderão conter perguntas demasiado “desestruturadoras” ou “desafiadoras” às quais determinados clientes poderão não ter conseguido corresponder e talvez por isso os tenham feito responder de forma pouca consistente ao longo do tempo ou até mesmo desistir do processo terapêutico. Esta conclusão parece ainda mais fazer sentido, se lhe associarmos comentários dos terapeutas acerca de determinadas questões dos questionários, que à medida que iam entregando os dossiers comentavam que lhes parecia que algumas eram demasiado “perturbadoras” para certos clientes, uma vez que não estariam emocionalmente capazes de responder com abertura e tranquilidade suficiente. Por outro lado, era igualmente comum, ouvir por parte dos terapeutas comentários acerca da importância de preencher os questionários desta investigação, na medida em que os “obrigava” a parar no final da própria sessão e a reflectir sobre a direcção do processo terapêutico.

Relativamente à dispersão estatística dos instrumentos utilizados a partir do cálculo dos valores de corte, uma vez que permite encontrar o limite a partir do qual se descobre dois grupos de sujeitos distintos entre si, mas homogêneos dentro dos respectivos grupos, refira-se que no que diz respeito unicamente ao IAT na 1ª sessão os terapeutas pontuam menos na relação do que nas tarefas. A relação parece ser menos privilegiada na 1ª sessão, ao contrário do que a literatura recomenda. Os terapeutas parecem sublinhar mais as outras duas dimensões (tarefas e objectivos) do que a dimensão da relação. Assim, ao nível do IAT, privilegiam na sua maioria os objectivos, em seguida as tarefas e só por último dão alguma relevância à relação. Seria de esperar que a dimensão relacional tivesse numa primeira sessão maior protagonismo no grupo dos terapeutas.

No grupo dos clientes, as dimensões das tarefas e da relação são aquelas mais pontuadas. Estes parecem ser os aspectos que os clientes privilegiam mais na 1ª sessão, sendo que as tarefas surgem em primeiro lugar, com pontuações mais elevadas. Seria de esperar uma maior convergência entre os índices de tarefas e relação entre o terapeuta e o cliente, mas tal não se observou nesta amostra de díades.

4.2. Estudo 2: *Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades - os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?*

O Estudo 2 pretendeu apresentar os resultados de várias análises exploratórias efectuadas ao conjunto de todas as variáveis, no sentido de procurar relações/factores que pudessem explicar a manutenção de determinados clientes em psicoterapia e a desistência de outros. A discussão que aqui se apresenta tem em conta apenas os resultados que se manifestaram ser significativos, de um vasto conjunto de análises que não revelaram estimativas expressivas. Discute-se assim a influência que estes dados poderão ter na compreensão do desenvolvimento do processo e do resultado terapêutico e, no seu fim último, na melhoria dos serviços psicoterapêuticos prestados aos clientes.

Inicia-se este ponto de discussão com os resultados obtidos no Inventário da aliança terapêutica. Neste estudo, este instrumento tem uma posição de relevo, na medida em que permite obter, acerca da mesma dimensão (Aliança Terapêutica), o ponto de vista do terapeuta e o ponto de vista do cliente, em diferentes momentos do processo. Relativamente ao primeiro objectivo definido para o conhecimento desta variável do processo terapêutico – i) avaliar o desenvolvimento do IAT nos quatro grupos de díades no 1º momento terapêutico, evidencia-se, com base no conjunto de clientes desta amostra, que a aliança terapêutica não é determinante na compreensão das desistências dos clientes, quer sejam as desistências após a 1ª, 3ª ou 5ª sessão. Destaca-se assim do lado dos terapeutas:

a) Os clientes que não desistem (que vão da 1ª até a 8ª sessão) tiveram uma primeira sessão onde o terapeuta privilegiou a definição de objectivos, em detrimento de um menor valor médio na dimensão da relação;

b) As desistências (após a 5ª sessão) são mais frequentes quando o terapeuta atribui a mesma importância às tarefas e aos objectivos e onde a relação assume um papel preponderante;

c) As desistências após a 3ª sessão ocorrem quando o terapeuta atribui maior importância aos objectivos seguido das tarefas ficando para terceiro plano a dimensão da relação;

d) É interessante registar que quando o terapeuta assinala valores muito semelhantes e baixos em todas as dimensões do IAT é provável que o cliente desista após a primeira sessão. Portanto a percepção do terapeuta acerca da aliança construída com o cliente parece ser realista com a desistência do cliente.

Do lado do cliente, na generalidade, as desistências ocorrem mais frequentemente se as pontuações são mais baixas, na medida em que quanto menor for a pontuação nas dimensões do IAT-cliente maior a probabilidade dele desistir mais cedo. À semelhança do registado nos terapeutas, os clientes que desistiram após a primeira sessão foram aqueles em que as três dimensões surgiram com pontuações menores.

Quanto ao segundo objectivo definido para o conhecimento da Aliança Terapêutica – ii) Observar a acuidade perceptiva a nível da Aliança terapêutica entre as díades de terapeutas e clientes no 1º momento terapêutico encontram-se nesta amostra dados que vão ao encontro da literatura, as díades que permanecem em terapia (pelo menos até à 8ª sessão) apresentam valores de Aliança Terapêutica mais altos do que as díades que desistem. Os níveis de Aliança Terapêutica parecem ser bons preditores de manutenção dos clientes em terapia. Refira-se a propósito os estudos de Castonguay e Beutler (2006) e de Constantino, Castonguay e Schut (2002) que apresentam dados científicos que sustentam a ideia de que a qualidade da aliança terapêutica correlaciona-se consistentemente e positivamente com a evolução positiva do cliente, acrescentar-se-ia, a estas conclusões e com base nos resultados deste estudo, com a manutenção dos clientes em terapia.

Por outro lado, e tal como referem Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001) os terapeutas pontuam sempre mais baixo nos valores da Aliança Terapêutica do que os clientes. Outro dado curioso, acerca da aliança Terapêutica, mas do ponto de vista do cliente, diz respeito ao facto de que metade dos clientes que desistiram mais cedo (na 1ª ou na 3ª sessão) tinham baixas pontuações na dimensão Tarefas do IAT. Parece que, os clientes com a percepção de poucas tarefas terapêuticas terão, à partida, maior probabilidade de desistir.

Relativamente ao terceiro objectivo definido para o conhecimento da Aliança Terapêutica –iii) Observar se a aliança terapêutica é influenciada por determinadas variáveis demográficas, é bastante interessante constatar que o facto de serem clientes homens ou

mulheres, parece influenciar a visão do terapeuta nas tarefas e nos objectivos ou seja, os terapeutas atribuem maior pontuação na sub-escala de tarefas e de objectivos quando os clientes são mulheres muito mais do que quando são homens.

Um outro objectivo definido neste Estudo 2 diz respeito à exploração de factores iniciais que pudessem clarificar o facto dos clientes desistirem da terapia - iv). Identificar factores iniciais que possam explicar as desistências precoces dos clientes. No que diz respeito aos factores sócio-demográficos, constata-se que devido à reduzida dimensão da amostra, nenhuma variável demográfica está significativamente associada às desistências dos clientes. Todavia verificam-se dados muito interessantes que merecem ser discutidos neste ponto. Assim, observa-se que as mulheres mantêm-se mais na terapia do que os homens. É de realçar a percentagem de homens que desiste logo após a primeira sessão (36,84% contra 15% das mulheres). Será que a psicoterapia é mais compatível com as mulheres, ou as características que são marcadamente mais masculinas, por exemplo, menor facilidade em identificar problemas pessoais, menor facilidade em falar de sentimentos, de problemas, quando comparados com o género feminino, leva-nos a pensar que a psicoterapia terá de se diferenciar ou ajustar num determinado sentido quando estamos perante um homem ou uma mulher cliente. Sue e Lam (2002) encontraram dados que vão ao encontro desta diferenciação de género entre clientes e o resultado da terapia. Estes autores também observaram que as mulheres eram mais responsivas à intervenção terapêutica do que os homens.

Outro aspecto relativamente interessante é o facto das desistências após a primeira sessão serem muito mais frequentes nos clientes solteiros e os divorciados liderarem a percentagem de permanência em terapia (60%).

Curiosamente, as desistências dos clientes da terapia parecem ser menos frequentes quando o cliente já frequentou este tipo de consultas, talvez porque gostaram, ficaram com boa impressão do que é fazer psicoterapia e decidem voltar. Ou então há mesmo um tempo individual para fazer terapia e as desistências dos clientes poderão estar relacionadas com um desfasamento entre esse tempo individual e o momento em que se encontram na terapia, que poderá não ser o momento apropriado para mudar internamente. Quando regressam à terapia, poderão estar mais em sintonia com o seu tempo individual de mudança interna.

De realçar também o facto de que as díades de terapeutas e clientes que estão em escolas e universidades são as que registam maiores taxas de permanência, em detrimento

dos clientes atendidos nos centros de atendimento a toxicod dependência, (CAT) que apresentam a maior taxa de desistência.

O género do cliente apresenta neste estudo informação interessante, na medida em que, no que concerne ao estilo de terapeuta a função instrutiva é pontuada de forma diferente se o cliente é homem ou mulher. Quando o cliente é homem, o terapeuta tem tendência a ser mais instrutivo. Recorde-se que a função instrutiva é aquela em que o terapeuta estabelece os limites da psicoterapia. Pode ser mais ou menos rígida, tanto na realização das acções ou tarefas terapêuticas, como nas trocas que ocorrem dentro da relação terapêutica. Os clientes homens parecem apelar mais ao terapeuta no uso desta definição de limites da psicoterapia do que as clientes mulheres.

No que diz respeito ao resultado da terapia o género do cliente, também se mostrou proeminente do ponto de vista desta discussão. Relativamente ao SCL90R surgem diferenças entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuam sempre mais alto do que os homens em todas as sub-escalas do instrumento, sendo esta diferenciação mais saliente nas sub-escalas Obsessivo-Compulsivo, Depressão e Ansiedade. As mulheres clientes apresentam valores mais altos nestas sub-escalas do que os homens. Quanto ao CORE-OM aparecem igualmente diferenças entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuam sempre mais alto do que os homens em todas as sub-escalas.

Comparativamente aos clientes homens, as clientes mulheres parecem nesta amostra clínica apresentar níveis de sintomatologia e problemas de âmbito mais geral de forma mais acentuada do que os homens.

Tendo ainda presente o objectivo anteriormente delineado iv). Identificar factores iniciais que possam explicar as desistências precoces dos clientes, procurou-se completar as análises exploratórias pretendendo ainda, a) Observar diferenças significativas entre os quatro grupos de díades relativamente a cada um dos instrumentos, no primeiro momento terapêutico e b) Comparar os resultados de todas as variáveis dos dois conjuntos de díades, (18 casos em psicoterapia e 21 casos em Desistências), ou seja sem diferenciar em que momento da terapia os clientes desistiram.

Quanto à alínea a) Observar diferenças significativas entre os quatro grupos de díades relativamente a cada um dos instrumentos, no primeiro momento terapêutico, constata-se que o facto do terapeuta ser muito instrutivo ou muito expressivo na 1ª sessão poderá não contribuir para evitar as desistências do cliente. Ao contrário, do lado do cliente, não parece

haver um estilo que seja menos propício a fazer terapia, porque ambos (internalizado/externalizado) revelam tendências para desistir independentemente das suas características de personalidade. Da mesma forma, os níveis de resistência no cliente não explicam as suas desistências do processo de terapia. Observa-se níveis altos e baixos de resistência quer o cliente tenha desistido ou não do processo terapêutico. Relativamente à motivação para a terapia, esta também não é determinante nas desistências dos clientes. O facto de desistirem na 1ª, 3ª ou 5ª sessão não se explica por alterações nos níveis de motivação do cliente. Esses níveis mantêm-se semelhantes em ambos os grupos de díades.

Também, no que concerne ao resultado terapêutico (SCL-90R e CORE-OM) não se pode atribuir eventuais diferenças de sintomatologia (SCL-90R) ao facto dos sujeitos terem desistido mais cedo ou mais tarde da terapia, ou seja os níveis de sintomatologia não são diferentes nos sujeitos que permanecem em terapia e nos que desistem. Os dados vão no mesmo sentido, no que diz respeito ao CORE-OM e, novamente se conclui que as desistências dos clientes não poderão ser explicadas à luz dos resultados dos níveis de sintomatologia e dos níveis de bem-estar geral. Os clientes que desistem não apresentam melhorias, ou agravamentos significativos (diminuição/aumento da sintomatologia e aumento/diminuição do bem estar) quando comparados com aqueles que se mantêm em terapia (da 1ª até à 8ª sessão).

Quanto à alínea b) Comparar os resultados de todas as variáveis dos dois conjuntos de díades (18 casos em psicoterapia e 21 casos em Desistências), ou seja sem diferenciar em que momento da terapia os clientes desistiram, apenas se detectam duas conclusões estatisticamente expressivas e curiosas do ponto de vista terapêutico. A primeira diz respeito à Aliança terapêutica do cliente que sugere que ter tarefas terapêuticas pode ser indicador de permanência em terapia. A segunda conclusão refere-se ao estilo de terapeuta, nomeadamente à função instrutiva, o grupo de clientes que desiste, parece ter terapeutas que accionavam mais a função instrutiva do que os terapeutas do grupo que permaneciam em terapia. Assim, terapeutas pouco instrutivos e clientes com muitas tarefas terapêuticas parecem permanecer mais na terapia.

4.3. Estudo 3: Estudo de caso – o terapeuta campeão (19 casos)

O Estudo 3 permitiu analisar dezanove casos clínicos de um só terapeuta. Foi uma oportunidade singular, no âmbito da investigação, observar o funcionamento de um terapeuta

sob vários prismas, inclusivé a percepção de cada um dos seus clientes, ao longo de vários momentos do processo. Discute-se de seguida os resultados observados com este estudo de caso em cada uma das dimensões que foram igualmente situadas nos estudos anteriores.

1. Caracterização do estilo de terapeuta

Este terapeuta tem 59 anos, trabalha no contexto universitário, no atendimento a jovens universitários e identifica-se com duas abordagens teóricas, a perspectiva sistémica e a perspectiva centrada na solução. Uma vez que só são tidas em conta duas funções do estilo do terapeuta, a função instrutiva e a função expressiva, atendendo a que os níveis de consistência interna não toleraram as outras funções como escalas correspondentes a um constructo teórico, a discussão aqui apresentada centrar-se-á apenas nestas duas funções. Elas não parecem alterar-se muito ao longo do processo terapêutico, embora este terapeuta funcione mais com a função expressiva do que com a instrutiva, já que as médias desta última são ligeiramente inferiores.

Quanto à variabilidade do seu estilo consoante cada cliente, refira-se que a variação de estilo observada com cada cliente não é estatisticamente significativa, mas no entanto regista-se que o terapeuta não tem actuações idênticas para clientes distintos.

Relativamente à manutenção do estilo do terapeuta ao longo das sessões avaliadas a função instrutiva e expressiva parecem ambas variar pouco de uma sessão para a outra, no grupo de clientes que se manteve em terapia. Parece haver uma tendência curiosa da função expressiva ser mais utilizada do que a função instrutiva. Talvez se possa considerar que este terapeuta recorre mais às funções expressivas do que instrutivas.

Assim, o estilo do terapeuta mantém-se estável ao longo das sessões variando apenas entre clientes mas não entre o grupo de clientes que se mantém e o que desiste da terapia. Talvez se possa afirmar que o estilo deste terapeuta não está na origem das desistências dos clientes. Ele parece ser em ambos os grupos muito mais expressivo do que instrutivo.

2. Caracterizar o estilo de clientes

Ao longo das sessões observa-se que os níveis de externalização dos clientes que estão em terapia aumentam muito mais do que os níveis de internalização. Este terapeuta parece ter maior sucesso com clientes de perfil mais externalizado do que internalizado. Ou, por outro lado, os clientes de perfil mais externalizado necessitam mais de terapia e por isso

mantêm-se, como forma de regulação. Os clientes que permaneciam em psicoterapia e apresentavam um perfil mais internalizado não manifestavam mudanças significativas de perfil ao longo das várias sessões de terapia.

É curioso notar que os clientes que desistem do processo de psicoterapia baixam os níveis médios de internalização. À medida que a internalização baixa os clientes parecem não necessitar tanto de terapia.

Relativamente aos níveis de resistência dos clientes, os resultados apontam para que os níveis de resistência baixos e um estilo de cliente mais externalizador parecem ser características mais compatíveis com este terapeuta. Sugere-se que este terapeuta reunido com clientes mais internalizadores e com altos níveis de resistência adapte o seu estilo para que a probabilidade de desistirem do processo de terapia seja menor.

3.A motivação para a terapia dos clientes

No que diz respeito à motivação para a terapia, os resultados mostraram que a regulação identificada e a motivação intrínseca evoluem ambas positivamente no grupo de clientes que desiste. Estas são aquelas dimensões da motivação consideradas positivas e com poder construtivo para o cliente. Provavelmente, os clientes que desistem conseguem níveis positivos de motivação intrínseca e identificada que lhes permitem autonomizar-se do próprio processo terapêutico. Em ambos os grupos de clientes (os que desistem e os que permanecem) as escalas com valores mais altos são a da motivação intrínseca, a da regulação integrada e a da regulação identificada, escalas que traduzem uma melhor motivação para a terapia. Portanto, os clientes parecem estar globalmente motivados para fazer terapia. Em contraponto, com os valores mais baixos revelados pelas escalas menos positivas de motivação (externa e introjectada).

4.A aliança terapêutica construída por ambos: o terapeuta e o cliente

No que concerne à convergência da aliança terapêutica entre este terapeuta e este grupo de clientes, nota-se que há pouca convergência de percepções, uma vez que apenas na 8ª sessão e na dimensão da relação houve quase uma concordância absoluta entre o terapeuta e o cliente.

Quando se observa os resultados comparativos da aliança terapêutica, entre o grupo de clientes que desistiu e o grupo que permaneceu em terapia, a nível do terapeuta não há

diferenças na Aliança estabelecida com os dois grupos de clientes (entre os que desistem e os que não desistem), ou seja ele não discrimina a construção da aliança terapêutica perante um ou outro grupo de clientes. Assim, não poderá ser imputado ao terapeuta a responsabilidade das desistências dos clientes, pelo menos ao nível da aliança terapêutica, uma vez que os níveis foram similares em ambos os grupos. Por outro lado, do ponto de vista dos clientes existem diferenças significativas na 5ª sessão sendo que os clientes com maior pontuação na dimensão das tarefas desistem.

É curioso notar que no Estudo 2, a presença de maiores níveis de aliança terapêutica, na dimensão das tarefas nos clientes, estava associado à sua permanência na terapia. Neste grupo de clientes, maioritariamente provenientes do meio universitário, pelo contrário, quando pontuam mais alto nas tarefas parecem desistir na 5ª sessão. A maior parte dos clientes do Estudo 2 eram atendidos em centros de atendimento a toxicodependentes. Talvez se possa concluir daqui que direccionar os clientes atendidos nestes centros a nível de aumento das tarefas terapêuticas, será mais positivo, do que em clientes do meio universitário, que à partida têm um projecto de vida mais definido em termos de tarefas. Manter os clientes atendidos em centros de atendimento a toxicodependentes com tarefas terapêuticas determinadas poderá ser indicador de maior taxa de permanência na terapia.

5. Observar o resultado terapêutico

Em síntese, relativamente ao resultado da terapia a nível de diminuição da sintomatologia, este terapeuta foi bastante eficaz junto dos seus clientes. Independentemente de desistirem ou não, os clientes sofrem melhorias no SCL-90 após a 1ª sessão. Portanto, os clientes que desistem baixam muito mais os níveis de sintomatologia, e de forma mais expressiva os níveis de depressão. Poderão ter desistido porque se sentiram de facto melhor e abandonaram o processo terapêutico. Sabe-se que as eventuais melhorias iniciais dos clientes, poderão não corresponder a uma mudança interna, que é um objectivo de qualquer processo terapêutico. Estes resultados poderão fazer pensar, que o trabalho dos serviços de psicoterapia passa por níveis diferentes, atendendo às necessidades do cliente. Há clientes que podem procurar ajuda para apenas aliviarem os sintomas e não para diligenciar mudanças estruturais de personalidade. Será que o terapeuta deve estimular esta mudança estrutural de personalidade ou deve simplesmente deter-se no nível mais superficial de alívio de sintomas? Esta é uma questão interessante, que muitos terapeutas que estão no terreno a

colocam. A escolha final é sempre do cliente, mas o terapeuta deve confrontá-lo com esse desafio de mudança mais interna e estrutural.

Analogamente, os resultados revelados pelo CORE-OM também sugerem, tal como o SCL90R, que os clientes deste terapeuta melhoraram, sendo o grupo que desistiu da terapia aquele que melhorou mais. Contudo, na sub-escala de funcionamento de vida, este salto positivo não ocorre da mesma forma que as restantes sub-escalas. Provavelmente esta sub-escala mede comportamentos que exigem mais tempo de terapia para mudar, e como tal, os clientes que desistem não mostram ter melhorado muito entre as sessões. Este resultado vai ao encontro da ideia de que presumivelmente para haver mudança interna, os clientes precisam de usufruir de mais tempo de terapia.

Os valores médios dos clientes que desistem estão sempre abaixo dos valores médios dos que continuam em terapia. Logo, poder-se-á inferir que os clientes desistem porque se sentem melhor, do seu ponto de vista, o problema está resolvido. Poderá ser necessário que os terapeutas alertem os clientes sobre possíveis “recaídas” ou aspectos do problema que os levaram à psicoterapia que ainda não estão solucionados completamente. A 3ª e a 5ª sessão parecem ser marcos de viragem para os clientes. Poderão ser considerados momentos terapêuticos de reflexão para o terapeuta, no sentido em que poderá redireccionar a sua intervenção para ir ao encontro dos objectivos de mudança do cliente.

O CORE-OM acaba de facto por confirmar os valores do SCL 90, ou seja este terapeuta produz efeitos positivos nos seus clientes e provavelmente se os problemas do cliente não forem considerados de patologia severa, poder-se-á utilizar apenas o CORE-OM como medida de avaliação da terapia.

Conclusões

Pouca investigação sobre o processo e o resultado terapêutico tem sido feita em Portugal. Daniel Sousa (2006) refere mesmo que não existe uma tradição de investigação em psicoterapia a nível nacional. Segundo este autor, são poucos os exemplos de investigadores ou centros universitários que estão a desenvolver ou até mesmo a estimular este tipo de trabalho. Procura-se por isso, neste ponto de reflexão, levantar algumas questões que ajudam a alimentar a curiosidade científica nesta área. Explorar a interação entre terapeuta e cliente, verificar se os clientes mudam e explicar ou compreender como este fenómeno acontece, sob a influência de um trabalho terapêutico, tem sido uma das vias de investigação mais valorizadas a nível internacional. Nesse sentido, esta investigação procurou observar características do terapeuta e do cliente, bem como o processo e o resultado terapêutico ao longo de quatro momentos de avaliação: i) procurou conhecer o estilo do terapeuta e o estilo de *coping*, grau de resistência e motivação do cliente para a terapia; ii) ao nível do processo, procurou conhecer a aliança terapêutica e, iii) ao nível do resultado terapêutico, pretendeu avaliar o bem-estar geral e a sintomatologia psicológica no cliente. Foram desenvolvidos três estudos de investigação e consideradas três formas possíveis de análise dos dados recolhidos.

Um primeiro estudo (intitulado “Determinar o conforto estatístico”) diz respeito à análise dos diferentes instrumentos de recolha de informação e à sua respectiva consistência interna. Considerou-se que esta etapa seria essencial na elaboração dos estudos posteriores, uma vez que funcionaria como alicerce do ponto de vista estatístico para as análises subsequentes que seriam efectuadas com os respectivos estudos. O segundo estudo procurou observar de forma mais pormenorizada “O encontro inicial das díades” e procurou conhecer factores iniciais que pudessem explicar as desistências precoces dos clientes. Por último, os dados recolhidos reuniram de um mesmo terapeuta o conjunto de 19 casos clínicos que foram organizados num terceiro estudo, denominado de “O terapeuta campeão” – um estudo de caso.

Os remates finais acerca de cada um destes estudos são organizados à luz de cada uma das dimensões consideradas. Inicialmente abordar-se-á o estilo do terapeuta e o estilo de cliente, bem como as conclusões obtidas acerca da sua motivação para a terapia. Posteriormente considerar-se-á o processo terapêutico a nível da aliança estabelecida e as conclusões obtidas com a comparação entre o ponto de vista do terapeuta e do cliente, uma vez que este instrumento foi o único administrado aos dois participantes da investigação. Por

último reflectir-se-á sobre os resultados terapêuticos obtidos junto das 39 díades de terapeutas e clientes e as suas repercussões para a prática clínica.

O Estilo do terapeuta e o estilo de cliente

Partindo da perspectiva que a psicoterapia é uma co-construção, então há que “construir” estudos acerca de como os elementos da equação que a constitui, a saber terapeuta vs cliente, se faz e como é que essa díade consegue produzir um resultado eficaz. Garfield em 1981, afirmou que era tempo de nos desprendermos dos mitos da psicoterapia e de nos focarmos mais nas qualidades e interações dos participantes da psicoterapia, à medida que elas se manifestam nas interações. A investigação que se dedica a avaliar a eficácia da intervenção, geralmente assume que o terapeuta é uma variável pouco relevante no resultado da equação para o sucesso terapêutico, em vez de a considerar como uma figura central que facilita a melhoria do cliente (Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003). Os resultados alcançados na tese de doutoramento de Corbella (2003) mostram a relevância de aprofundar o conhecimento de algumas variáveis do terapeuta e do cliente e, infelizmente aquilo que se conheceu a respeito de ambos, nesta investigação é ainda muito pouco e deveras embrionário no que concerne ao conhecimento da interação entre terapeutas e clientes portugueses. Por exemplo, os dados da amostra espanhola obtidos por Corbella (2003) revelaram que os clientes mais resistentes conseguiram estabelecer uma melhor aliança durante o processo e um melhor resultado no final da terapia, quando eram atendidos por terapeutas com um estilo pouco directivo.

Apesar de só se atender a duas funções do estilo do terapeuta, a instrutiva e a expressiva, as únicas que demonstraram níveis de consistência interna adequados, sugerindo que a globalidade das escalas deste instrumento precisa de ser ainda trabalhada para a população portuguesa na sua validade interna, realça-se alguns resultados que merecem especial atenção e encorajam a sua validação à população portuguesa.

O terapeuta ser muito instrutivo ou muito expressivo na 1ª sessão poderá não ser muito favorável à permanência do cliente na terapia. Curiosamente a função instrutiva, no grupo de clientes que desiste parece ser mais accionada do que no grupo que permaneciam em terapia.

O estilo de um único terapeuta, face a 19 casos clínicos confirma a ideia de que esta variável é relativamente estável ao longo do tempo (Beutler, Machado & Allstette Neudfelt, 1994) variando apenas entre clientes, mas não entre o grupo de clientes que se mantém e o

que desiste da terapia. Ele parece ser em ambos os grupos muito mais expressivo do que instrutivo. Talvez seja possível personalizar cada terapeuta com um determinado estilo. Ajudar os terapeutas em formação a conhecerem o seu estilo, a perceberem as suas compatibilidades e taxas de maior sucesso com determinados estilos de clientes, poderá ajudá-los a melhorar a sua performance, com um maior número de clientes. Conhecer, Flexibilizar e Ajustar (C.F.A.) o seu estilo a cada cliente deverá ser um princípio básico de quem faz psicoterapia. Por exemplo, conhecendo o estilo pessoal do terapeuta “campeão”, sugere-se que, quando reúna com clientes mais internalizadores e com altos níveis de resistência adapte o seu estilo para que a probabilidade de desistirem do processo de terapia seja menor, uma vez que ele parece ter maior sucesso junto de clientes externalizadores e com níveis de resistência baixos. A resistência, tal como defende Corbella (2005) não é uma dificuldade do cliente, mas é sim uma oportunidade para o trabalho conjunto entre o cliente e o terapeuta.

Outro dado interessante, diz respeito ao género do cliente, na medida em que, no que concerne ao estilo de terapeuta a função instrutiva é pontuada de forma diferente se o cliente é homem ou mulher. Quando o cliente é homem, o terapeuta tem tendência a ser mais instrutivo. O género masculino parece precisar mais de directividade do que o género feminino, no que diz respeito ao processo terapêutico.

Observa-se também que as mulheres se mantêm mais na terapia do que os homens. Esta parece ser mais compatível com as características do género feminino do que do género masculino. Muito provavelmente a psicoterapia terá de se diferenciar ou ajustar num determinado sentido face a ambos os tipos de clientes.

Os níveis de externalização têm tendência a aumentar muito mais, quando comparados com os níveis de internalização dos clientes que permanecem em terapia. Curiosamente, à medida que a internalização baixa os clientes parecem não necessitar tanto de terapia. Os clientes com perfil externalizado poderão ter maior inclinação para um processo de psicoterapia do que os clientes com um perfil internalizado. Podem até numa fase considerada inicial (até à 8ª sessão) aumentar esses níveis de externalização, uma vez que têm a oportunidade de expor, organizar e aprender a regular os seus pensamentos e emoções considerados disfuncionais. Segundo Corbella (2003) os clientes com um estilo mais externalizador recebiam com maior eficácia os métodos de reestruturação cognitiva e as terapias comportamentais cognitivas, métodos estes mais directivos e flexíveis. Se

encontrarmos certas compatibilidades entre estilos pessoais e variáveis dos clientes poderemos sistematizar uma selecção ou derivação do cliente ao terapeuta com um estilo pessoal que lhe seja mais conveniente.

No contexto da investigação do estilo do terapeuta podem ainda ser lançados vários desafios na discussão de algumas questões interessantes. Nomeadamente, Fernández-Alvarez, Garcia e Scherb (1998) levantam questões relacionadas com estabilidade ao longo do tempo do estilo pessoal do terapeuta, embora Beutler, Machado e Allstetter Neudfelt (1994) tenham referido que o estilo do terapeuta se mantenha uma característica relativamente estável ao longo do tempo. Por outro lado, Fernández-Alvarez, Garcia e Scherb (1998) mencionam que seria também interessante explorar se alguns modelos teóricos favorecem mais um determinado estilo de terapeuta do que outros. Na sequência desta ideia Corbella (2003) relata outro dado curioso que merecia ser explorado, designadamente o facto de terapeutas de diferentes orientações apresentarem estilos muito semelhantes e terapeutas da mesma orientação apresentarem estilos muito diferentes.

A motivação do cliente para a terapia

Retomando a ideia do enquadramento teórico sobre a motivação do cliente no processo psicoterapêutico, designadamente a sua auto-determinação para a terapia, espera-se que a motivação intrínseca e a regulação integrada e identificada sejam impulsionadoras de um resultado psicoterapêutico mais positivo do que as restantes formas de motivação. Por exemplo, parte-se do princípio que a motivação intrínseca está directamente relacionada com o sucesso psicoterapêutico, ou seja quanto mais intrínseca for a motivação do cliente, maior probabilidade ele terá de se manter com sucesso no processo. No Estudo 3, em que se observa a evolução da motivação ao longo do tempo do grupo de clientes de um só terapeuta, os dados vão ao encontro desta concepção teórica, se se partir do princípio que os clientes desistiram porque estavam a sentir-se melhor, uma vez que a regulação identificada e a motivação intrínseca evoluem ambas positivamente, mas só no grupo de clientes que desiste. Em ambos os grupos de clientes (os que desistem e os que permanecem) as escalas com valores mais altos são a da motivação intrínseca, a da regulação integrada e a da regulação identificada, escalas que traduzem uma melhor motivação para a terapia. Portanto, os clientes deste terapeuta parecem estar globalmente motivados para fazer terapia.

A nível intrínseco, poder-se-á considerar que as escalas identificam os comportamentos ou atitudes no processo terapêutico que são intrinsecamente motivados, que não dependem de qualquer recompensa externa. A regulação integrada traduz a coerência entre o comportamento do cliente e os seus esquemas pessoais e poder-se-á dizer que estes clientes apresentam uma evolução positiva a nível da sua regulação integrada. Este é o tipo de motivação considerado mais auto-determinado, mais consistente com a sua identidade pessoal. Os níveis de regulação identificada sofrem igualmente uma evolução positiva neste grupo de clientes. Considera-se que o seu comportamento, embora regulado por razões extrínsecas, é auto-determinado.

Pelo contrário, os dados explorados na amostra integral das 39 díades de terapeutas e clientes revelam que os níveis de motivação para a terapia não explicam as desistências dos clientes. O facto de desistirem na 1ª, 3ª ou 5ª sessão não se explica por alterações nos níveis de motivação do cliente. Esses níveis mantêm-se semelhantes em ambos os grupos de díades. Não se pode daqui depreender que clientes desmotivados desistem mais facilmente do que os que estão motivados para a terapia. Provavelmente as suas expectativas ou foram atingidas antes que o terapeuta se desse conta e por isso ele acha que o processo foi interrompido precocemente ou então as expectativas não foram atingidas e o cliente deixou de acreditar naquele processo como promotor de mudança.

Quanto mais níveis de motivação auto-determinada houver, melhor será a aprendizagem, o interesse, a satisfação com a vida, a persistência e a saúde. Os terapeutas poderão identificar aqueles clientes com altos níveis de auto-determinação para a terapia e, segundo, Pelletier, Tucson e Haddad (1997), esses clientes reagem melhor a uma intervenção mais exploratória, que enfatize o seu auto-controlo, e por outro lado, os clientes com baixos níveis de auto-determinação para a terapia poderão ter melhores resultados com terapeutas que se sentem mais confortáveis a controlar e a direccionar as intervenções terapêuticas.

Processo terapêutico – a aliança terapêutica

Segundo Castonguay, Constantino e Holtforth (2006) independentemente do problema clínico ou da abordagem teórica utilizada na intervenção, os terapeutas deverão sempre estimular e privilegiar uma aliança terapêutica, uma ligação positiva e de colaboração com o cliente. No âmbito do processo terapêutico aqui analisado, defende-se igualmente que a aliança terapêutica seria uma dimensão poderosa e por isso mesmo merecedora de uma

análise singular de estudo. Conhecer a visão do terapeuta e do cliente acerca dessa dimensão foi algo a que nos propusemos averiguar.

Os dados aqui trabalhados revelam que a aliança terapêutica poderia ser considerada um bom indicador da evolução do processo terapêutico e nesse sentido far-se-á referência a alguns resultados deste estudo que poderão ser indicadores de sucesso ou de insucesso do processo de terapia.

As díades que permanecem em terapia (pelo menos até à 8ª sessão) apresentam valores de aliança terapêutica mais altos do que as díades que desistem. Os níveis de aliança terapêutica parecem ser bons preditores de manutenção dos clientes em terapia. Este parece um preditor mais fiável do que a motivação isoladamente. É interessante registar que quando o terapeuta assinala valores muito semelhantes e baixos em todas as dimensões da aliança terapêutica é provável que o cliente desista após a primeira sessão. Portanto, a percepção do terapeuta acerca da aliança construída com o cliente parece ir ao encontro da desistência do cliente. Para além disso, os clientes com a percepção de poucas tarefas terapêuticas terão, à partida, maior probabilidade de desistir. Curiosamente, e novamente atendendo à variável de género do cliente, refira-se a propósito que os terapeutas atribuem maior pontuação na sub-escala de tarefas e de objectivos quando os clientes são mulheres, muito mais do que quando são homens.

Os dados aqui apresentados vão muito ao encontro dos estudos realizados no âmbito da aliança terapêutica. Indicam que, tanto os terapeutas como os clientes percebem a aliança terapêutica de maneira diferente. Há uma propensão, ao longo dos quatro momentos de avaliação, para o cliente pontuar mais alto que o terapeuta, tal como refere Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001). Esta dimensão da aliança terapêutica entre terapeuta e cliente tem sido muito explorada em vários países e diversos estudos têm sido desenvolvidos, em Portugal, por Machado e Horvath (1999), em Espanha por Corbella e Botella (2003) e nos Estados Unidos por Horvath e Symonds (1991), Stiles, Agnew-Davis, Hardy, Barkham e Shapiro (1998) e Constantino, Castonguay e Schut (2002). Todos são unânimes em considerá-la uma dimensão essencial para o sucesso de qualquer trabalho terapêutico, particularmente se lhe for dedicado espaço e abertura para prosperar no início desse processo terapêutico. Este é mais eficaz quando o clínico investe inicialmente no estabelecimento da aliança terapêutica. Segundo Constantino, Castonguay e Schut (2002) a esta, medida numa fase inicial da terapia, é bastante preditora do resultado terapêutico, sendo

que uma aliança terapêutica inicial fraca prenuncia a desistência do cliente. Castonguay, Constantino e Holtforth (2006), referem que os terapeutas deverão prestar muita atenção à dimensão da aliança terapêutica logo no início da terapia e lidar com os primeiros sinais de resistência, logo que eles ocorrem. Mais ainda, referem que é igualmente importante compreender que a qualidade da aliança terapêutica tem tendência a mudar e que é importante haver uma negociação contínua ao longo do tempo entre o terapeuta e o cliente²¹. Os terapeutas devem atender responsivamente aos problemas de relacionamento que emergem usando estratégias de meta-comunicação e processos de auto-reflexão. Embora a investigação a este nível seja ainda pioneira, algumas evidências empíricas sugerem que trabalhar sobre os problemas de aliança terapêutica de forma directa, aberta e não defensiva poderá permitir que a relação terapêutica volte a alcançar níveis mais positivos, bem como proporciona ao cliente uma experiência reparadora de relacionamento (Castonguay, Schut, Aikins, Constantino, Laurenceau, Bologh & Burns, 2004).

Os resultados encontrados no presente estudo, (salvaguardando a questão da amostra ser reduzida para os considerar como conclusivos), bem como os que foram obtidos no estudo exploratório da *tesina* (Soares, 2006) e os do estudo de Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001) apontam para percepções discrepantes entre terapeuta e cliente a propósito da aliança estabelecida, levando-nos a pensar que provavelmente os terapeutas ajudam mais do que aquilo que pensam ao identificarem esta divergência de percepções. Poderão poupar “tempo terapêutico”, porque falar acerca do problema permite ao cliente, estruturá-lo para que o terapeuta o entenda e o sentir-se ouvido e acolhido num momento de fragilidade, são indicadores de uma boa aliança terapêutica. Se o terapeuta tiver acesso à visão do cliente, e se se confirmar que a aliança terapêutica está sendo bem solidificada à medida que o processo avança, este poderá avançar para níveis diferentes do trabalho terapêutico. Castonguay, Constantino e Holtforth (2006) defendem por outro lado, que os terapeutas não deverão dar excessivo relevo aos resultados da aliança terapêutica, medida do ponto de vista do terapeuta, uma vez que a perspectiva do cliente é aquela que está mais relacionada com o resultado terapêutico.

²¹ Relativamente a este propósito da reversibilidade da Aliança terapêutica os autores Castonguay, Constantino e Holtforth (2006) sugerem a exploração dos estudos de Safran, Muran, Samstag e Stevens (2002) bem como os de Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro e Agnew-Davies *et al* (2004).

Outra reflexão interessante que surgiu à medida que os resultados iam sendo configurados foi o facto de no Estudo 2, a presença de maiores níveis de aliança terapêutica, na dimensão das tarefas nos clientes, estar associado à sua permanência na terapia. No grupo de clientes do Estudo 3, maioritariamente provenientes do meio universitário, pelo contrário, quando pontuavam mais alto nas tarefas pareciam desistir na 5ª sessão. A maioria dos clientes do Estudo 2 estava integrada em centros de atendimento a toxicodependentes. Se direccionarmos a intervenção feita nestes contextos, mais a nível de tarefas terapêuticas possibilitadas ao cliente, poderá surgir maior sucesso terapêutico, do que em clientes do meio universitário, que à partida têm um projecto de vida mais preenchido em termos de tarefas de vida. Manter os clientes integrados em centros de atendimento a toxicodependentes com tarefas terapêuticas determinadas poderá ser indicador de maior taxa de permanência na terapia.

Resultado terapêutico

No âmbito do resultado terapêutico, a investigação feita em Portugal é igualmente muito escassa, e poucos são também os clínicos que têm como rotina a avaliação formal dos resultados terapêuticos. Esta avaliação tem vindo a revelar-se difícil de desenvolver como prática regular. Uma das razões apontadas por Stiles, Barkham, Iveson, Iveson, Leach, Lucock, Shapiro e Hardy (2003) é o facto do progresso dos clientes na psicoterapia não ser gradual nem tranquilo, mas marcado por grandes discontinuidades. Veja-se os resultados obtidos no presente estudo: o facto de a maioria dos clientes desistir do processo terapêutico e apresentar no entanto, ou em consequência de alguma intervenção, resultados terapêuticos positivos. Os autores mencionam também que trabalhos anteriores têm vindo a demonstrar que a intensidade de sintomas de muitos clientes varia muito de dia para dia, e de semana para semana, (Stiles *et al*, 2003; Barkham, Sitles & Shapiro, 1993), tornando ainda mais complicada a implementação de medidas de avaliação coerentes e consistentes com a realidade vivida pelo cliente e pelo terapeuta no processo de psicoterapia. Os resultados deste estudo parecem justamente ir ao encontro desta ideia acerca da adequação das medidas de avaliação com a realidade psicopatológica do cliente. Medidas de avaliação efectuadas longitudinalmente revelam altos níveis de inconsistência em amostras de clientes com psicopatologia.

Porém, nos Estados Unidos e a nível europeu a situação da avaliação formal dos resultados terapêuticos parece ser algo diferente e observa-se que as exigências da administração dos serviços de saúde no sentido da redução dos custos, as pressões públicas para providenciar provas da eficácia dos tratamentos e o progresso científico e de investigação têm-se articulado e pressionado os clínicos a justificar as suas actividades com referência à investigação científica (Docherty & Streeter, 1993; Fisher, Beutler & Williams, 1999). Estes autores sugerem que os clínicos deverão, para além de planear os procedimentos diferenciadamente, emparelhando cada cliente com a intervenção que terá maior probabilidade de sucesso, deverão igualmente validar a sua prática clínica a nível da avaliação dos resultados terapêuticos. O departamento de saúde do Reino Unido (Department of Health, 1996) refere que pontes importantes entre a prática clínica e a investigação em psicoterapia, são estabelecidas e mantidas através das medidas de avaliação de resultados Outcome Measures. A equipa britânica do CORE (CORE System Group, 1998) tem vindo a desenvolver uma bateria de instrumentos de avaliação do resultado terapêutico e esses instrumentos têm vindo a ser comumente aceites pela comunidade internacional como uma ferramenta de avaliação eficaz do resultado terapêutico.

Mellor-Clark, Connell, Barkham e Cummins (2001) referem acima de tudo a importância de avaliar o resultado e a eficácia da psicoterapia com medidas validadas e publicadas. O facto do CORE-OM não estar adaptado nem validado à população portuguesa, levou-nos a fazer uma breve investigação comparativa com os valores de uma amostra clínica e não clínica do Reino Unido (CORE System Group, 1998). A ainda ausente adaptação e validação deste instrumento de avaliação do resultado terapêutico à população portuguesa (contrastante com a sua ampla utilização a nível europeu e a nível internacional), continua a despertar-nos o interesse para as levar a cabo junto de uma população clínica e não clínica portuguesa. Vários autores referem que o CORE é uma medida ajustada de avaliação da modificação do cliente uma vez que revela uma grande sensibilidade à mudança e mostra uma boa consistência interna entre amostras clínicas e não clínicas (Mellor-Clark, Barkham, Connell & Evans, 1991; McCloskey, 2001; Barkham, Leach, Lucock, Evans, Margison, Mellor-Clark, Benson, Connell & Audin, 2001; Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark, & Audin, 2002). Os resultados obtidos neste estudo mostram até que, perante uma amostra clínica sem patologia severa, poder-se-á apenas utilizar o CORE-OM, que revelou indicadores do resultado terapêutico semelhantes aos do

SCL90R. Este instrumento é mais direccionado para avaliar a sintomatologia do cliente e como indicador de níveis psicopatológicos graves (situações de risco e severidade da sintomatologia). Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, Benson, Connell, Audin, e McGrath (2001) enfatizam a necessidade de, por exemplo, haver medidas objectivas que ajudem a priorizar os clientes com scores de risco relativamente àqueles que não estão em risco.

Os níveis de consistência interna obtidos com o SCL90R e apresentados no Estudo 1 desta investigação foram excelentes: eles foram elevados nos quatro momentos de avaliação. Este é um instrumento já validado para a população portuguesa e por isso mesmo apresenta esta segurança como constructo teórico. Este facto vem reforçar a ideia da importância de validar os instrumentos antes de qualquer planeamento metodológico (uma das grandes limitações da presente investigação que abordaremos adiante). Estudos de validação de instrumentos psicológicos podem ser um bom exemplo de como atenuar o fosso existente entre os investigadores e os clínicos que estão no terreno.

Os profissionais tendem a afastar-se das teorias e a privilegiar apenas a prática. Para além disso, e segundo um estudo feito por Jardim, Oliveira e Gomes (2005) os terapeutas recorrem pouco às estratégias de pesquisa na sua prática clínica, bem como revelam ausência de um hábito para a leitura sistemática de periódicos científicos e profissionais e apoiam-se muito na subjectividade como modo exclusivo de legitimação da prática clínica. Estas conclusões despertam para a necessidade de se avaliar a psicoterapia e de partilhar a informação recolhida com os respectivos terapeutas. Os resultados deste estudo feito por Jardim, Oliveira e Gomes (2005) revelam ainda que os clínicos não utilizam dados de investigação na sua prática, e a utilização de conhecimentos ocorre de forma desordenada, no contacto directo com os clientes e como consequência esses terapeutas parecem demonstrar mais dificuldade para avaliar os resultados das suas intervenções.

Retomando a revisão da teoria efectuada nesta investigação e indo ao encontro desta ideia da avaliação da psicoterapia refere-se a propósito Mellor-Clark e Barkham (2000), que encontraram nos seus estudos que 30% dos clínicos utilizavam medidas de avaliação criadas por si e que apenas 15% utilizavam medidas validadas e publicadas na comunidade científica. Como anteriormente foi referido, vários autores têm feito referência à necessidade de criar um paradigma científico na área da psicoterapia de PBE – Practice Based Evidence, ou seja, a prática baseada na evidência (Evans, Connel, Barkam, Marshall & Mellor-Clark,

2003). Esse paradigma actuaria como ponte entre a investigação e a prática clínica, e um dos seus objectivos era o de promover a colaboração entre os serviços de saúde mental e as instituições académicas.

Outra ideia paralela a esta é a do artigo de Jardim, Oliveira e Gomes (2005), acima referido: uma maior sistematização do conhecimento gerado a partir da prática clínica poderá resultar em maior transparência nos processos utilizados em psicoterapia. Esse conhecimento poderia ser mais partilhado e a partir daí ser alvo de discussões nos próprios contextos de formação de terapeutas, onde se gera a teoria (Jardim, Oliveira & Gomes, 2005). Por exemplo, análises de estudos de caso por parte de terapeutas com muita experiência clínica poderiam ajudar a melhorar a visão teórica. Neste intercâmbio deveria assentar a prática da psicoterapia e a sua construção teórica. Nesse sentido far-se-á alusão apenas às conclusões obtidas com o Estudo 3 (“Terapeuta campeão – estudo de caso”), visto que relativamente ao resultado terapêutico da amostra de clientes integral (39 díades) os resultados não apresentam diferenças estatisticamente expressivas entre o grupo de clientes que desiste e o grupo que permanece em terapia.

Assim, relativamente ao resultado da terapia preconizada pelo “terapeuta campeão“ a nível da diminuição da sintomatologia psicológica, este terapeuta foi bastante eficaz na redução da sintomatologia dos seus clientes. Independentemente de desistirem ou não, os clientes apresentam melhorias no SCL-90 e no CORE-OM após a 1ª sessão. Contudo, torna-se extremamente intrigante e até perturbador para o clínico não saber a causa da sua desistência. Do lado do cliente, à partida, se estão melhores, não antevêm necessidade ir à terapia e deixam de aparecer. Contudo, do outro lado, o terapeuta percepção uma imagem daquele cliente algo diferente. Poderá até ter definido o seu plano de intervenção que praticamente não chega a aplicar. A estação do “Adeus” como diria o Professor Óscar Gonçalves (2001) não foi edificada pelos dois actores da psicoterapia, no seu gracioso e breve livro intitulado “Olá... Mhum ... Mhum e Adeus”, expressões usadas como metáforas estacionais para caracterizar o relacionamento entre os seres humanos em diversas áreas. Neste contexto da psicoterapia e da relação co-construída entre terapeuta e cliente, o “Olá” seria a fase do encontro inicial das díades, em que ambos se procuram conhecer e encaixar como equipa terapêutica. A fase do “Mhum... Mhum” seria o desenvolvimento do trabalho terapêutico em que ambos, terapeuta e cliente, avançam para níveis mais complexos de terapia, tendo alguns efeitos de mudança positiva para o cliente. A última fase, o “Adeus”,

metaforiza a transformação inevitável de qualquer relação humana para um estágio diferente de desenvolvimento. Nesta conjuntura, a expressão do “Adeus” seria a finalização edificante do próprio processo terapêutico, em que ambos, terapeuta e cliente observariam a mesma realidade: a autonomia deste face a um processo de psicoterapia.

Nas histórias de co-contrução terapêuticas aqui presentes, não só deste terapeuta do Estudo 3, mas do conjunto total de terapeutas que participaram neste estudo e experienciaram a desistência dos seus clientes, permanece a dúvida da compreensão da sua desistência, dúvida esta sempre difícil de satisfazer, uma vez que poucos são os processos de psicoterapia empiricamente avaliados.

Como já anteriormente foi discutido no capítulo da discussão de resultados, sabe-se que as eventuais melhorias iniciais dos clientes poderão não corresponder a uma mudança interna, que é um objectivo de qualquer processo terapêutico. Estes resultados sugerem igualmente uma reflexão doutro tipo, mais concretamente ao nível dos serviços de psicoterapia prestados a cada cliente em particular. Há clientes que podem procurar ajuda para apenas aliviarem os sintomas e não para diligenciar mudanças estruturais de personalidade. A estimulação desta mudança estrutural deve ser um princípio da prática da psicoterapia, embora a opção final tenha necessariamente de corresponder a um pleno acordo e envolvimento por parte do cliente.

Outra reflexão interessante para a prática clínica surge igualmente da observação dos valores médios do CORE-OM dos clientes que desistem, que estão sempre abaixo dos valores médios dos que continuam em terapia. Se conjecturarmos que os clientes desistem porque se sentem melhor, do seu ponto de vista, o problema está resolvido. Contudo, e na sequência da ideia anteriormente exposta, poderá ser necessário que os terapeutas alertem os clientes sobre possíveis “recaídas” ou aspectos do problema que os levaram à psicoterapia que ainda não estão solucionados completamente. A 3ª e a 5ª sessão parecem ser momentos de viragem para os clientes. Poderão ser considerados momentos terapêuticos de reflexão para o terapeuta, no sentido em que poderá redireccionar a sua intervenção para ir ao encontro dos objectivos de mudança do cliente.

Surge agora o momento de explicar o título da presente tese: “Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses”. Foi muito difícil conseguir a colaboração dos terapeutas para esta investigação. Não há uma cultura de avaliação do processo e do resultado terapêutico em Portugal. É nesse sentido que

esta amostra de 39 díades se torna singular e extremamente especial, porque foram eles que abriram a porta dos seus consultórios e partilharam a sua visão da psicoterapia que aqui é exposta através deste processo de investigação. Por isso mesmo todos os dados conclusivos que aqui se apresentam devem-se a um conjunto de terapeutas que teve a coragem de se deixar avaliar e com isso contribuir para que a psicoterapia em Portugal seja melhor, ou pelo menos, mais explorada a nível científico.

Os resultados acerca deste grupo de díades de terapeutas e clientes não são animadores. Metade dos clientes desistiu do processo terapêutico, dos que permanecem em psicoterapia a evolução positiva apenas é significativamente expressiva num dos terapeutas, as medidas seleccionadas para conhecer o processo terapêutico revelam inconsistências ao longo do tempo.... mas sabemos que é isto...podemos mudar!

Na tentativa de sintetizar o conjunto de dados aqui analisados, arrisca-se²² apresentar de seguida um conjunto de ideias prototípicas para a prática da psicoterapia que derivam justamente desta investigação e dos resultados aqui obtidos. Não pretendem ser verdades absolutas acerca da psicoterapia mas apenas contributos de uma investigação para justamente diminuir o fosso existente entre a ciência e a prática clínica. Por isso mesmo se denomina de reflexões protótipo.

Reflexões protótipo para a prática psicoterapêutica derivadas dos resultados desta investigação

1. Existem determinados momentos do processo terapêutico (entre a 1^a e a 8^a sessão) que favorecem maior consistência interna em determinados instrumentos de avaliação.
2. Um estilo de terapeuta muito instrutivo ou muito expressivo na 1^a sessão poderá não ser muito favorável à permanência do cliente na terapia.
3. O estilo de terapeuta é relativamente estável ao longo do tempo.
4. Conhecer, Flexibilizar e Ajustar (C.F.A) o estilo de terapeuta a cada cliente aumenta o sucesso da psicoterapia.
5. As intervenções terapêuticas deverão diferenciar-se ou ajustar-se ao género do cliente. As mulheres têm tendência a permanecer mais no processo terapêutico do que os homens.

²² Utiliza-se aqui o termo “arriscar” porque estamos perante reflexões sustentadas com base numa amostra de díades muito reduzida e como tal estatisticamente pouco poderosa para gerar dados conclusivos.

6. Os clientes com perfil externalizado poderão ter maior inclinação por um processo de psicoterapia, do que os clientes com um perfil internalizado.

7. Identificar os níveis de auto-determinação no cliente poderá aumentar o sucesso terapêutico: bons níveis de motivação intrínseca, de regulação integrada e a da regulação identificada, traduzem uma melhor motivação do cliente para a terapia.

8. A aliança terapêutica é um bom indicador da evolução do processo terapêutico: os níveis de aliança terapêutica parecem ser bons preditores de manutenção dos clientes em terapia.

9. A percepção menos positiva do terapeuta acerca da aliança construída com o cliente, pode ser um indicador de desistência do cliente.

10. A percepção do cliente de poucas tarefas terapêuticas pode ser um indicador de desistência do cliente.

11. Terapeutas e clientes têm percepções divergentes a propósito da aliança terapêutica. A identificação dessas divergências poderá reduzir o tempo de terapia e simultaneamente avançar-se para níveis diferentes do trabalho terapêutico.

12. Ajudar os clientes atendidos em centros de atendimento a toxicodependentes com tarefas terapêuticas determinadas poderá ser indicador de maior taxa de permanência na terapia.

13. Perante uma amostra clínica sem patologia severa, poder-se-á apenas utilizar o CORE-OM como medida de avaliação do resultado terapêutico.

14. A prática da psicoterapia e a sua construção teórica deveria assentar no intercâmbio de análises de estudos de caso por parte de terapeutas com muita experiência clínica e os investigadores teóricos.

15. Os terapeutas deverão estimular a mudança estrutural do cliente.

16. A 3ª e a 5ª sessão mostram ser momentos terapêuticos úteis de reflexão para o terapeuta, no sentido em que poderá redireccionar a sua intervenção para ir ao encontro dos objectivos de mudança do cliente.

17. A finalização do processo terapêutico deve ser co-construída e ocorrer quando ambos, o terapeuta e o cliente observam a mesma realidade: a autonomia do cliente face ao processo de psicoterapia.

Limitações

Entre as diversas limitações apresentadas nesta investigação salientam-se duas bastante pertinentes e que merecem uma reflexão preambular, são elas: i) a utilização de instrumentos sem estudos prévios suficientes para assegurar a sua validade, nomeadamente o Questionário de Motivação para a Terapia e, ii) a utilização de instrumentos ainda não validados à população portuguesa como seja o caso do CORE-OM, do Questionário do Estilo do Terapeuta e do Questionário do Estilo de Coping e Níveis de Resistência do Cliente. A validação e adaptação de instrumentos de avaliação do processo e do resultado terapêutico torna-se cada vez mais pertinente e através de uma utilização combinada de metodologias de recolha e tratamento de dados junto dos clínicos e dos seus clientes, a nível nacional e a nível europeu, estaremos seguramente mais consistentes no nosso olhar “clínico” e na adequação do melhor trabalho terapêutico com cada cliente.

A nível metodológico, apesar de se ter utilizado um conjunto algo excessivo²³ de instrumentos, diminuindo a probabilidade de aprofundar as análises, quer a nível de tamanho da amostra (muitos instrumentos de aplicação afastam, teoricamente, a probabilidade de colaboração tanto dos clientes como dos terapeutas), quer a nível das análises estatísticas que poderiam ser feitas com um número menor de instrumentos, este estudo teve a vantagem de identificar os traços do terapeuta e dos clientes e de usar duas medidas complementares de avaliação do resultado. A tendência da investigação é a de utilizar menos instrumentos de avaliação, mas aprofundar as análises quer a nível de tamanho da amostra, quer a nível de análises estatísticas (Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003).

Uma outra fragilidade desta investigação está ligada aos critérios de escolha da amostra. O método de amostragem foi baseado em critérios de conveniência e facilidade de acesso a determinados terapeutas, de acordo com os contactos de afinidade profissional e de conhecimento pessoal. Estamos cientes que este não é um método de amostragem aleatória, nem tão pouco representativo do universo de terapeutas no activo na zona Norte de Portugal. Surgiram grandes dificuldades em conseguir a adesão dos terapeutas e das suas instituições, talvez porque os terapeutas receiem expor fragilidades no seu desempenho, por um lado. Por outro lado, este desafio de investigar o processo e o resultado psicoterapêutico também

²³ Embora se tenha reduzido o número de instrumentos consideravelmente do estudo exploratório da tesina para esta investigação, mais especificamente com a retirada do Questionário de percepção do ambiente terapêutico e o Questionário do perfil do terapeuta.

coloca o clínico numa situação potencialmente constrangedora no início da relação de confiança. Além disso, as características especiais desta amostra (clientes atendidos em CAT, em Escolas de Ensino Superior e Clínica Privada) tornam-na pouco homogênea, podendo até estar na origem de explicar alguns dos resultados obtidos, por exemplo maior taxas de desistência dos clientes no contexto dos CAT do que no contexto universitário.

Este foi também um estudo que exigia muito dos terapeutas e dos clientes, não só em termos de tempo para preencherem os questionários, mas também de disponibilidade interna para reflectirem sobre o curso do próprio processo terapêutico bem como, sobre diferentes aspectos desse mesmo processo. Se para alguns terapeutas “parar, pensar e avaliar” o processo através do preenchimento dos respectivos questionários, faz algum sentido construtivo, para outros essa tarefa pode ser vista como demasiado desafiadora e intrusiva na sua prática clínica. Por isso faz algum sentido, que desde a sua formação inicial, os terapeutas sejam incentivados a “parar, pensar e avaliar” o seu desempenho terapêutico.

Outro aspecto curioso das amostras de clientes, estudadas nos desenhos de investigação sobre a eficácia psicoterapêutica é o facto de serem exemplos pouco elucidativos da realidade observada na prática clínica. Estes clientes que habitualmente fazem parte dos estudos de investigação têm tendência a ser menos perturbados, têm menos condições de co-morbilidade e têm problemas menos complexos do que aqueles clientes que maioritariamente são observados na prática clínica (Beutler & Howard, 1998). Estamos de acordo com estes autores, na medida em que estes clientes com maiores níveis de perturbação, com maiores condições de co-morbilidade e problemas mais complexos, que abrangem diferentes áreas de vida, têm muito mais dificuldade em conseguir colaborar num processo de investigação de forma regular e sistemática, por forma a produzir dados consistentes e válidos. São clientes de grande vulnerabilidade e fragilidade devido à sua perturbação, e como tal, por um lado, não compreendem por exemplo, os itens de questionários, e por outro lado, a sua assiduidade ao processo terapêutico, é fraca, tornando-se por isso muitas vezes sujeitos “omissos” em amostras clínicas.

Poder-se-á também conceber que, e de acordo com Howey e Ormrod (2002), os clientes que estão satisfeitos com a ajuda que recebem poderão ter mais vontade de cooperar com os pedidos de preenchimento de questionários de investigação, ao contrário de clientes que poderão não estar tão satisfeitos com a ajuda que possam estar a receber e que por isso

revelam menos disponibilidade em colaborar, ou mesmo poderão estar demasiado centrados na sua problemática.

No que se refere à análise de resultados, considerou-se poder ter ainda incorrido em decomposições demasiado trabalhosas nomeadamente na exposição dos dados estatísticos em cada um dos estudos efectuados, ultrapassando eventualmente os limites da sua pertinência. No final desta etapa de análise de resultados, aspirou-se explorar mais a fundo, a partir de pontos de vista diferentes e alternativos aos aqui apresentados, o estudo de caso do “terapeuta campeão”. A oportunidade de conhecer 19 díades a partir da mesma categoria terapêutica é demasiado apetecível para qualquer investigador nesta área. A vontade foi de desencadear a investigação por aí, pelo final do estudo! Almejava-se entrevistar o terapeuta, entrevistar cada um dos seus clientes, e completar a análise objectiva com uma outra de índole mais qualitativa. Sentiu-se falta da co-construção subjectiva que está presente no decorrer do processo psicoterapêutico. Finalizar uma investigação é apercebermo-nos da sua infinidade de ramificações potenciais e, retrospectivamente, da imensidão de opções que poderíamos ter tomado. Uma investigação de índole mais qualitativa junto deste terapeuta e dos seus clientes é uma dessas ramificações que emerge justamente da ausência desse olhar qualitativo no objecto de estudo desta investigação. Contudo, o término de um projecto é sempre o início de um outro novo projecto. Recorrendo novamente à terminologia de Gonçalves (2001), o “Adeus” implica sempre um novo “Olá”. Por isso mesmo é que “ser capaz de dizer Adeus é o que faz avançar a ciência e os cientistas, na contínua substituição dos nossos paradigmas e da nossa realidade” (Gonçalves, 2001, pp. 161).

Para concluir este trabalho de investigação vale a pena reflectir sobre o facto de se estar perante uma era de mudança, também na psicoterapia. A eficácia das psicoterapias tem vindo a ser muito recentemente explorada em ligação com as neurociências, ou seja coloca-se a hipótese de no futuro próximo se virem a empregar critérios neurocientíficos que predigam a eficácia dos resultados das psicoterapias (evidências a nível do sistema nervoso central, Córdova, 2003). Vários investigadores têm mostrado a sua preocupação na procura desta ligação entre o campo biológico e a psicoterapia (Kandel, 1999), nomeadamente na ligação entre a psicanálise e a biologia e mais recentemente em Portugal por Gonçalves (2007), no campo das neurociências cognitivas.

Por outro lado e segundo Córdova (2003) cada vez mais se promove a utilização defendida pela APA, de substituir os conceitos de validade externa ou eficácia da

psicoterapia pelos termos de utilidade clínica. Até porque, defende-se cada vez mais uma posição face à psicoterapia, semelhante à de Ceberio (2003) que advoga que os termos “paciente”, “tratamento”, “cura” e “doença” fazem parte de um velho paradigma e são úteis na medida em que permitem uma melhor facilidade de comunicação entre os profissionais. A psicoterapia é assim um modelo de trabalho psicológico composto por uma série de procedimentos, técnicas e estratégias clínicas que se aplicam de acordo com as especificidades da situação terapêutica. Esta definição não inclui os termos “tratamento” nem “cura”, termos que segundo o autor podem ser substituídos por trabalho terapêutico e resolução. Sugere então que se substitua o termo “tratamento” por trabalho terapêutico, visto que a palavra tratamento está directamente relacionada com os conceitos médicos de cura e doença, ou seja a trilogia doença, cura e tratamento. Assim, para o autor, falar de trabalho terapêutico, sugere formar-se uma equipa de trabalho (o terapeuta e o cliente) que diante de uma planificação estipulada, tem por objectivo a mudança e a modificação do problema. Neste sentido a relação entre terapeuta e cliente deve conceber-se como um diálogo, uma conversa terapêutica simétrica e horizontal. Assim, reitera-se a opinião de Ceberio (2003), quando ele próprio refere que chamar a pessoa de cliente é mais coerente com uma filosofia que concebe a psicoterapia como um espaço para resolver problemas, ao contrário daquela filosofia que defende a nomenclatura de “paciente”, que tem subjacente a ideia de realizar um tratamento para “curá-lo”.

O trabalho terapêutico que se aplica a um determinado cliente tem que ser sempre o melhor possível para ele. Este deve ser o critério base da psicoterapia e a investigação deve (como tem vindo a ser ultimamente) ser caracterizada pela valorização da relação entre as variáveis do terapeuta e os resultados terapêuticos, bem como compreender as experiências internas dos participantes da psicoterapia e de conhecer os mecanismos responsáveis pela mudança. Beutler e Machado (1992) assinalam o final do século XX, como a transição para o surgimento de uma quarta fase na história da investigação em psicoterapia, caracterizada pelo desenvolvimento de metodologias destinadas a explorar as complexas interacções do fenómeno terapêutico. Algumas reflexões emergentes desta investigação fazem já parte desta quarta fase da investigação em psicoterapia e espera-se que contribuam para a mudança de paradigma tão necessária, por exemplo na ajuda aos terapeutas que estão em formação, no conhecimento do seu estilo, a perceberem as suas compatibilidades e taxas de maior sucesso com determinados estilos de clientes, isso poderá aperfeiçoar a sua performance com um

maior número de clientes. Conhecer, Flexibilizar e Ajustar (C.F.A.) o seu estilo a cada cliente deverá ser um princípio orientador da psicoterapia. A psicoterapia é o produto de uma equipa terapêutica, composta por um terapeuta e o seu cliente. As características de um e de outro, quando associadas, e a exercerem um trabalho conjunto, podem ser melhor rentabilizadas se o terapeuta souber como é que o cliente se encontra antes e depois da terapia, se souber como acontece a relação terapêutica e se conhecer ambos os estilos que participam neste trabalho terapêutico, o seu e o dele.

Referências bibliográficas

- Al-Darmaki, F. & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client-counsellor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 40(4), 379-384.
- Anderson, K. W. (1998). Utility of the five-factor model of personality in psychotherapy aptitude-treatment interaction research. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 54-70.
- Arciero, G. & Guidano, V. F. (2000). Experience, explanation, and the quest for coherence. In R. A. Neimeyer, & J. D. Raskin, (Eds.). *Constructions of Disorders: Meaning-Making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association: Washington DC.
- Alexander, E. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg e W. M. Pinsof (Eds). *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford.
- Anderson, T., Ogles, B. M. & Weis, A. (1999). Creative use of interpersonal skills in building a therapeutic alliance. *Journal of Constructivist Psychology*, 12 (4), 313-330.
- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic in an integrative cognitive therapy. In *Session-Psychotherapy in Practice*, 1 (1), 33-46.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, DC, US: American Psychology Association.
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico*. Tese de Doutorado Não Publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, I. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- Barkham, M., Hardy, G. E. & Startup, M. (1996). The IIP-32: development of a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. and Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome

- batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7, 35-47.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184–196.
- Barkham, M., Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 667-677.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Speer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Garbin, M. G., (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8 (1), 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The Evaluation of Therapeutic Outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis* (2nd ed., pp. 139-189). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L., E. & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Bruner/Mazel.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient*. New York: Oxford University Press.

- Beutler, L. E., & Machado, P. P. (1992). Research in psychotherapy. In M. R. Rosenzweig (Eds.), *Research in psychology: An international survey*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L., E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. (1994). Therapists variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 229-264). New York: John Wiley.
- Beutler, L., E., & Howard, K. I. (1998). Clinical utility research: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 297-301.
- Beutler, L. E. (2000). Protocolo de avaliação clínica. Selecção sistemática de tratamento (PAC – SST). Adaptação de P. Moreira & O. Gonçalves. Documento não publicado. Instituto de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Minho.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 197-204.
- Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York, US: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 145-170). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Moleiro, C. & Talib, H. (2002). Resistance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 129-144). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI predictors among co-morbid stimulant dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 125-132.

- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A. III & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423-428.
- Blumer, H. (1982). La posición metodológica del interaccionismo simbólico. In *Interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Bordin, E. S. (1975, Setembro). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Comunicação apresentada no Encontro Anual da American Psychological Association Washington, DC.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concepts of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.13-37). New York: Wiley.
- Botella, L. (1995) Personal construct psychology, constructivism and postmodernism thought. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.). *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 3, pp. 3-36. Greenwich, CN: JAI Press.
- Botella, L. (1998). Clinical psychology, psychotherapy, and mental health: Contemporary issues and future dilemmas. *International Journal of Psychotherapy*, 3, (3), 255-263.
- Botella, L. (2000). Diálogo, relações e mudança: uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. Ó. Gonçalves & M. Gonçalves (Eds). *Abordagens Construtivistas à psicoterapia*. Coimbra: Quarteto.
- Botella, L. & Figueras, S. (2000). *Posmodernidad y psicoterapia*. Facultat de Psicologia i Ciències de la Educació Blanquerna. Univeristat Ramon Llull. Barcelona.
- Brehm, S. S. & Brehm, J. (1981). *Psychological Reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Bowlby J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Breakwell, G. M. (1995). Introducing research methods in psychology. In Glynis M. Breakwell, Sean Hammond and Chris Fife-Schaw (Eds.). *Research Methods in Psychology*. London. SAGE Publications.
- Busseri, M. A. & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, Vol. 15, 2, 193-197.
- Butcher, J. N., & Beutler, L. E. (2003). The MMPI-2. In L. E. Beutler, and G. Marnat (Eds), *Integrative assessment of adult personality* (2a ed.), (pp. 157-191). New York: Guilford Press.
- Caine, T. M., Wijensinghe, O. B. A. & Winter, D. A. (1981). *Personal styles in neurosis: Implications for small group psychotherapy and behaviour therapy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Canavarro, J. M. (1998). Construtivismo e construccionismo social: similitudes e diferenças, compatibilidade ou incompatibilidade? In Vários, *Ensaio em Homenagem a Joaquim Ferreira Gomes* [pp. 193-203]. Coimbra: Núcleo de Análise e Intervenção Educacional da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5,(3), 521-555.
- Carrilho, M. M. (1989). *Elogio da modernidade*. Lisboa. Editorial Presença.
- Carroll, L. (2000). *Alice no País das Maravilhas*, Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Versão original publicada em 1865).
- Castonguay, L. G. Schut, A. J., Aikins, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L., et al. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 14-20.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy* (43), 271-279.

- Ceberio, M. R. (2003). Que es la psicoterapia? Interpsiquis, Retrieved 10, Outubro 2003 from world wide web: www.psiquiatria.com
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G. & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. In G. S. T. (Ed.), *Counselling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Cooper, J. (1980). Reducing fears and increasing assertiveness: the role of dissonance reduction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 199-213.
- Cooper, P., Osborn, M., Gath, D. & Feggetter, G. (1982). Evaluation of modified self-report measure of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 141, 68-75.
- Córdova, H. M. (2003). Las neurociencias y las psicoterapias. *Psiquiatria.com*, 7(1).
- Corbella, S., & Botella, L. (2004, June). Barcelona-Buenos Aires Project: Compatibility between therapist's personal style and patient's personality. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Rome, Italy.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, Vol. 19, 2, 205-221.
- Corbella, S., Garcia, F., Botella, L. & Keena, C. (2001, Junho). Compatibility between therapist's personal style and patient's personality. The Barcelona- Buenos Aires Project. Comunicação apresentada no Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Corbella, S. (2003). Compatibilidad entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Perfil Personal del Cliente. Tese de Doutoramento Não Publicada. Universidad Ramon Llull.
- Corbella, S., Beutler, L. E., Fernández-Álvarez, H., Botella, L., Malik, M. L., Lane, G. & Wagstaff, N. (2003). Measuring coping style and resistance among Spanish and Argentine samples: Development of the systematic treatment selection self-report in Spanish. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59 (9), 921-932.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S. (2005). *Estilo Personal del Terapeuta y Selección de Tratamientos*. Documento Não Publicado. Universidad Ramon Llull.

- CORE System Group, (1998). CORE System (Information Management) Handbook. Leeds: CORE System Group.
- CORE System Group, (1999). The CORE System User Manual. Leeds: CORE System Group.
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (Eds.). (1994). Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington: American Psychological Association.
- Costello, R. M. (1975). Alcoholism treatment and evaluation: In search of methods. *International Journal of the Addictions*, 10, 251-275.
- Crowley, M. J. (2001). Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance. Tese de Doutoramento Não Publicada, Ohio University.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Derogatis, L. R. (1977) *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures: Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures: Manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Derogatis L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer Systems, Inc. Minneapolis.
- Docherty, J. P. & Streeter, M. J. (1993). Progress and limitations in psychotherapy research: *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 100-118.
- Dowd, E., Milne, C., & Wise, S. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545.
- Drewery, W. & Winslade J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk , J. Winslade, K. Crocket & D. Epston (Eds.), *Narrative therapy in practice. The archaeology of hope*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.

- Dunkle, J.H. y Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 43(4), 456- 60.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the working alliance inventory: A study of patient reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, IV, 10, 421-434.
- Eaton, T. T., Abeles, N. & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome. Impact of treatment length and pre-treatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25(4), 536-542.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1970). Readings in extroversion-introversion: I. Theoretical and methodological issues. New York: Wiley-Interscience.
- Eysenck, H. J. (1976). The measurement of personality. Baltimore, MD, US: University Park Press.
- Evans, C., Margison, F. & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence Based Mental Health*, 1, 70-72.
- Evans, C., Connell, J. Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility. *Journal of Psychiatric*, 180, 51-60.
- Evans, C., Connell, J. Barkham, M., Marshall, C. & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-Based evidence: Benchmarking NHS Primary Care Counselling Services at National and Local Levels. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 374-388.
- Evans, C., Mellor-Clark, J. Margison, F. Barkham, M., Audin, K., Connell, J. e McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9,3, 247-255.
- Everitt, B. S. (1996). Making sense of statistic in psychology. New York. Oxford University Press.
- Fernández-Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. In Oblitas Guadalupe, L. A. Quince enfoques terapéuticos contemporáneos. México: El Manual Moderno.

- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. & Garcia, F. S. (1998). *Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta*. Buenos Aires: Aigle.
- Fernández-Álvarez, H., Garcia, F. S. & Scherb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54(3), 343-359.
- Fernández-Álvarez, H., Garcia, F. S., LoBianco, J., & Corbella, S. (2003). Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 116-125.
- Fisher, D., Beutler, L. E., & Williams, O. B. (1999). Making assessment relevant to treatment planning: the STS Clinician Rating Form. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 825-842.
- Freud, S. (1912). Uma nota sobre o inconsciente em psicanálise. In: *ESB das obras completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro, 1996. v. XII, 275-285.
- Freud, S. (1966). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. e Trad.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol.12)*. Londres: Hogarth Press. (obra originalmente publicada em 1912).
- Froyd, J. E., Lambert, M. J. & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.
- Gasersfeld, E. V. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick, (Ed.) *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism*. New York. W.W. Norton & Company.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change process in behavioural, cognitive and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 26 (3), 296-302.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pre-treatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4), 483-489.
- Gaston, L. & Ring, L. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(2), 135-146.
- Gaw, K. F. & Beutler, L. E. (1995). Evaluating the psychotherapies. *Behaviour Therapy*, 12, 295-307.

- Garfield, S. L. (1981). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 296-306.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4(1), 26-42.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1994). *Clinical behaviour therapy* (exp. Ed). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Gonçalves, O. F. (1997). *Hermenêutica, construtivismo e terapias comportamental-cognitivas: Do objecto ao projecto*. In R. Neimeyer e M. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, O. F. (2001). *Olá...Mhm...Mhm...Adeus*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F. (Março de 2007). O regresso à ciência básica. Editorial do Boletim Informativo de Psicologia, Nº 3 (2), Retrieved 15th April, 2007 from World Wide Web <http://www.dicas.sas.uminho.pt/uploads/BIPsi%20-%20Fevereiro%20de%202007.pdf>
- Gonçalves, O. F. (Março de 2007). Insights from Cognitive Neuroscience – lessons from animal studies. Comunicação apresentada no European Chapter Annual Meeting, Society for Psychotherapy Research realizado no Funchal, Madeira.
- Gordan, R. N. (1976). Effects of volunteering and responsibility on perceived value and effectiveness of a clinical treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 799-801.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*, 6: 455.

- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.
- Greenson R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Guidano, V. F. (1998). Los procesos del self: Continuidad vs discontinuidad. VI Congreso internacional de constructivismo en psicoterapia. Italia: Siena.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hartley, D. & Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Mashing (Ed.). *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-37). Hillsdale, Nj: Erlbaum.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds.). *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington DC: American Psychiatric Press
- Hatcher, R. (1999). Therapist's views of treatment Alliance and collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Grenberg (Eds.), (1994). *The working alliance: Theory research and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnosis, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 18-27.

- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. In S. McNamee e K. J. Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona. Paidós.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horvath, A. O. (1981). An exploratory study of the Working alliance: Its measurement and relationship to outcome. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de British Columbia, Canada.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Instructional Psychology Research Group, 82. Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantherotical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley. Working Alliance Inventory. Instructional Psychology Research Group, 82. Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Instructional Psychology Research Group, 82. Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 51, (4), 561-573.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- Howey, L. & Ormrod, J. (2002). Personality disorder, primary care counselling and therapeutic effectiveness. *Journal of Mental Health*, 11, 2, 131-139.
- International Standard Classification of Occupations (for European Union purposes), (1988). Retrieved (29, Dezembro 2005) from World Wide Web http://metaweb.ine.pt/SINE/UInterfaces/SineFam_Class.aspx
- Iglesias, E. B., Dominguez, M. J. V., Varela, C. M., Fernandez, L. C., Moratinos, M. L., Fernbadez, L. N., Valério, N. G., Muiño, M. L., Pita, S. S., Zimmerman, M. M. G.,

- Pontevedra, M. C. L. & Rodriguez, M. G. (2004). Guias de tratamento y guias para la practica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, Abril, 87.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jardim, A. P., Oliveira, M. Z. & Gomes, W. B. (2005). Possibilidades e dificuldades na articulação entre pesquisa e psicoterapia com adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 215-224.
- Jung, C. G. (1941). *Psychological types*. Stockolm: Natur Och Kultur.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal Psychiatry*, 156:4, 505-524.
- Kiesler, D. J. & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26 (2), 183-194.
- Kivlighan, D. M. Patton, M. J. Foote D., (1998). Moderating effects of client attachment on the counsellor experience-working alliance relationship. *Journal of Counselling Psychology*, 45, 274-78.
- Klee, M. R., Abeles, N. & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course and outcome. *Psychotherapy*, 27(2), 166-174.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working Alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counselling Psychology*, 27, 320-327.
- Lagache, D. (1949). *A Unidade da Psicologia*. Lisboa: Edições 70.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome of research for psychotherapy integration. In J. C., Norcross & M. R., Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L. & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article, "The effects of psychotherapy: An evaluation". *British Journal of Psychology*, 45, 129.
- Luborsky L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In, Cleghorn JL, (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In, A. O. Horvath & L. S. Greenberg, (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revised. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Luborsky L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (8), 480-491.
- Luborsky L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., M, Frank, A. & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Lupini, L. N. (2001). Counsellor-client value similarity and dissimilarity, the working alliance, and counselling outcome. Western Michigan U., US.
- Machado, P. P. & Horvath, A. O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M. R. Simões, L. S. Almeida, M. Gonçalves (Eds). *Provas Psicológicas em Portugal (Vol.2)*. Braga: SHO.
- Machado, P. P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicologia Conductual*, Vol. 2, 1, 113-120.
- Mahoney, M. J. (2000). Core ordering and disordering processes: A constructivist view of psychological development. In R. A. Neimeyer & F. D. Raskin (Eds.)

Constructions of Disorders: Meaning- Making frameworks for Psychotherapy.
American Psychological Association: Washington DC.

- Mallinckrodt, B. (1991). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 38(4) 401-409.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M. & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counselling Psychology*, 42, 79-84.
- Mallinckrodt, B. & Nelson, M. L. (1991). Counsellor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 38(2) 133-138.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Marziali, E. (1986). The development of the Therapeutic Alliance Rating System, In, L. S. Greenberg & W. M. Pinsof, (Eds). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York, Guilford Press, 367-390.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Gaston L. (1989). Toward validation of the California therapeutic alliance rating system. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 417-423.
- Maturana, H. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Hachette/CED.
- McCloskey, H. (2001). Evaluation of the CORE outcome measure in a therapeutic forensic setting. *The British Journal of Forensic Practice*, Vol. 3, 2, 22-28.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and standardized evaluation: Informing the design of the CORE system. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3, 357-374.
- Mellor-Clark, J. & Barkham, M. (2000). Quality evaluation: methods, measures & meaning. In C. Feltham & I. Horton (eds.), *The Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Mellor-Clark, J., Connell, J., Barkham, M. & Cummins, P. (2001). Clinical outcomes in primary health care: a CORE system data profile. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 4, 1, 65-86.

- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M. & Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 151-173.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviours related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 66(2), 151-173.
- Moras, K. & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patient's alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento*. Porto: Porto Editora.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H. & Solomon, J. (1982). Predicting the outcome of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185-190.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (2), 221-234.
- Neimeyer, R. A. (1997). Psicoterapias construtivistas: Características, fundamentos e futuras direcções. In R. A. Neimeyer e M. J. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neimeyer, R. A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. In R. A. Neimeyer, and J. D. Raskin, (Eds.). *Constructions of disorders: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. American Psychology Association: Washington, D.C.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington: American Psychiatric Association.
- O'Malley, P. M. & Bachman, J. G. (1979). Self-esteem and education: sex and cohort comparisons among high school seniors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1153-1159.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.

- Pacheco, M. & Botella, L. (2000). El construtivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. *Revista de Psicoterapia*, 44, (Vol. XI), 5-27.
- Parker, I. (1999). Deconstruction and psychotherapy. In I. Parker (Ed.). *Deconstruction psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- Parker, M. W., Winstead, D. K. & Willi, F. J. P. (1979). Client autonomy in alcohol rehabilitation: I. literature review. *International Journal of the Addictions*, 14, 1015-1022.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behaviour as a determinant for client non-compliance. A paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pelletier, L. G., Fortier, M. F., Vallerand, R. J., Tuson, K. M., Brière, N. M. & Blais, M. R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivations in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 35-53.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M. & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure for intrinsic motivation, extrinsic motivation and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68, 414-435.
- Pelletier, L. G., Tucson, K. M. & Haddad, N. K. (2000). Client motivation for therapy scale. In K. Corcoran & J. Fischer, (Ed.), *Measures for clinical practice. A source book*. (3rd Ed.). New York: Free Pr.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-151.
- Piotrowski, C. & Lubin, B. (1990). Assessment practices of health psychologists: Survey of APA division 38 clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 99-106.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S. & McCallum, M. (1991). Transference Interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 28, 946-953.

- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (2).
- Plotnicov, K.H. (1990). Early termination from counselling: The client's perspective. *Dissertação de Doutorado Não Publicada*. University of Pittsburgh, P. A.
- Quintana, S. M. & Meara, N. M. (1990). Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, 37(2), 123-130.
- Raskin, J. D. & Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise. In R. A. Neimeyer and F. D. Raskin, (Eds.) *Constructing of disorders: meaning-making frameworks for psychotherapy*. American psychology association: Washington D. C.
- Reandeu, S. G. & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement of working alliance: A multiple case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 107-114.
- Rebelo, H. (2002). *Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior*. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento*, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Documento não Publicado.
- Rennie, D., Philips, J. & Quartaro, G. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-145.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Rosenzweig, F.M. (1954). *Understanding the sick and the healthy: A view of world, man, and God*. (N. Glatzer, Ed.; T. Luckman, Trad.). New York: Noonday. (Trabalho original publicado em 1921).
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. & Featon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapists and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420.
- Ruiz, A. (1992). *La terapia cognitiva procesual sistémica de Vittorio Guidano. Aspectos teóricos y clínicos*. *Integración en Psicoterapia*. Ed: R. Opazo, Santiago de Chile.

- Ryan, R. M. & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M. & Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviours*, 20, 279-297.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3(2), 188-195.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliances ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg, (Eds), (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 225-255). New York, NY, US: John Wiley and Sons.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York, Oxford University Press.
- Satterfield, W. A. & Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4), 407-415.
- Shirk, S. & Russell, R. (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy – revitalizing treatment and research*. New York: The Guildford Press.
- Smith, M. L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-60.
- Smith, M. L, Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore & London: John Hopkins University Press.

- Snaith, P. R. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:29. Retrieved October 19, 2005 from the World Wide Web: <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>
- Soares, L. (2006). Avaliação da Interação entre terapeuta e cliente: Uma análise exploratória multidimensional do processo e do resultado terapêutico. Tesina apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Desporto da Universidade Ramon Llull, Barcelona. Documento não Publicado.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 3(xxiv), 373-382.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobbs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stiles, W. B., Agnew-Davis, R., Hardy, G. E., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,(5), 791-802.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro D. A., Agnew-Davies R., et al, (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counselling Psychology*, 51, 81-92.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Iveson, S., Iveson, M., Leach, C., Lucock, M., Shapiro, D. A. & Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1, 14-21.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Strong, S. R. (1968). Counselling: A interpersonal influence process. *Journal of Counselling Psychology*, 15, 215-224.
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1979). Specific vs non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136.

- Strupp, H. H., Horowitz L. M. & Lambert, M. J. (Eds.). (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sue, S. & Lam, A. G. (2002). Cultural and demographic diversity. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist's relational contributors to effective psychotherapy* (pp. 401-421). New York Oxford University Press.
- Svartberg, D. & Stiles, W. B. (1992). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 304-307.
- Tracey, T. J. (1987). Stage differences in the dependence of topic initiation and topic following behaviour. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 123-131.
- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 369-375.
- U. K. Department of Health (1996). *NHS psychotherapy services in England: Review of strategic policy*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Waskow, I. E. (1975). Selection of a core battery. In I. E. Waskow & M. B. Parloff, (Eds.), *Psychotherapy Change Measures*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Watzlawick, P. (1984). The consequences of causal thinking. In P. Watzlawick, (Ed.). *The Invented Reality. How Do we Know what we Believe we Know? Contributions to Constructivism*. New York. W.W. Norton & Company.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233.
- White, S. K. (1988). *The recent work of Jürgen Habermas. Reason, justice & modernity*. New York. Cambridge University Press.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counselling Psychology*, 50, 59-68.

Zetzel E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

Zuroff, D. C. & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 253-365.

Anexos

Anexo 1: Declarações de Consentimento do Terapeuta e do Cliente

1.1. Declaração de Consentimento

(Terapeuta)

Estamos a solicitar a sua participação num estudo de investigação sobre o desenvolvimento do processo terapêutico entre o terapeuta e o cliente.

Trata-se de um grupo de investigadores interessados em aprofundar o conhecimento científico naquele domínio, pelo que gostaríamos de saber se deseja participar no presente estudo, concedendo-nos o seu consentimento para responder a alguns instrumentos de recolha de dados, em diferentes momentos do processo terapêutico.

As suas respostas ou informações pessoais serão estritamente confidenciais e a sua participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso.

Nome:

Código:

Assinatura do Investigador:

Assinatura do Voluntário:

Assinatura do Orientador:

Data: .../ /

1.2. Declaração de Consentimento

(Cliente)

Estamos a solicitar a sua participação num estudo de investigação sobre o desenvolvimento do processo terapêutico entre o terapeuta e o cliente.

Trata-se de um grupo de investigadores interessados em aprofundar o conhecimento científico naquele domínio, pelo que gostaríamos de saber se deseja participar no presente estudo, concedendo-nos o seu consentimento para responder a alguns instrumentos de recolha de dados, em diferentes momentos do processo terapêutico.

As suas respostas ou informações pessoais serão estritamente confidenciais e a sua participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso.

Nome:

Código:

Assinatura do Investigador:

Assinatura do Voluntário:

Assinatura do Orientador:

Data: ...//

Anexo 2: Fichas de Identificação do Terapeuta e do Cliente

2.1. Ficha de Identificação

(Terapeuta)

Nome:

Morada:

Telefone:..... Telemóvel:

Email:

Data de Nascimento: .../ .../ Naturalidade:

Estado Civil:.....Profissão:Psicólogo..... Psiquiatra....

Habilitações Literárias:

Licenciatura.... Mestrado.... Doutoramento.... Pós Doutoramento...

Local de Trabalho (Hospital, Clínica, CAT, Escola....):

Dados referentes ao Cliente:

É a 1ª vez que este cliente recorre a Terapia consigo:

Sim Não Recaída?

Internamentos:

Sim Quantos

Não

NOTAS:

Data: ____/____/____

O Terapeuta:

2.2. Ficha de Identificação

(Cliente)

Nome

Morada

TelefoneTelemóvel

Email:.....

Data de Nascimento:....../..... ./.....Naturalidade:

Estado Civil: Profissão:

Habilitações Literárias:

Situação Profissional:

É a 1ª vez que recorre a Terapia? Sim.....Não.....N.º.....

Data: ____/____/____

O Terapeuta:

Anexo 3: Questionário de aspectos referentes ao Graffar

Nome: _____

Data: /_____/____

FONTE DE RENDIMENTO:

Fortuna _____

Lucros de empresa ou altos honorários _____

Vencimento mensal fixo _____

Salário (semanas/horas/tarefas) _____

Sustentos por beneficência (não se incluem pensões por desemprego) _____

IMPRESSÃO ACERCA DO ALOJAMENTO:

- Casa ou andar de luxo, muito grande, com o máximo de conforto _____

- Casa ou andar espaçoso e confortável (entre 1 e 3) _____

- Casa ou andar modesto em bom estado de conservação com cozinha e WC _____

- Entre 3 e 5 _____

- Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto _____

ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

Bairro residencial, elegante e caro _____

Bairro residencial, bom e confortável _____

Ruas comerciais, estreitas e antigas _____

Bairro operário, populoso, mal arejado _____

Bairro de lata _____

Anexo 4: Dossier do Terapeuta

4.1. Inventário da Aliança Terapêutica – Versão reduzida

Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida

Versão T

Instruções

Nas páginas seguintes encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Por baixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito	Sempre
		Frequentemente				

Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) sempre faça um círculo no número 7; se nunca se aplica a si faça um círculo no número 1.
Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda depressa, as suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS.)

Obrigado pela sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984.
Versão Portuguesa: Paulo P. P. Machado

1. O/a meu/minha cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que ele/a precisa de fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

2. O que o/a meu/minha cliente faz na terapia permite-lhe ver o seu problema de novas formas.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

3. Acho que o/a meu/minha cliente gosta de mim.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

4. O/a meu/minha cliente não percebe aquilo que eu tento conseguir com a terapia.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

5. Tenho confiança na capacidade de o/a meu/minha cliente ajudar-se a si próprio.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

6. O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

7. Sinto que o/a meu/minha cliente me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

8. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o/a meu/minha cliente trabalhar.

1	2	3	4	5	6	7			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
9.	O/a meu/minha cliente e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre	
10.	O/a meu/minha cliente e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os seus problemas.						
1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre	
11.	Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para ele/a.						
1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre	
12.	Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o seu problema é correcto.						
1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre	

Cliente # _____
 Terapeuta: _____
 Sessão _____
 Data: _____

4.2. Inventário do Estilo Pessoal do Terapeuta

(Fernández Álvarez, 1998; Corbella, 2002)

O presente inventário destina-se a conhecer o seu estilo pessoal como terapeuta. Não há respostas boas ou más, uma vez que diferentes estilos podem ser igualmente vantajosos. Sabemos que a sua intervenção varia com os diferentes pacientes, mas queremos que responda como é o seu estilo habitual, a sua forma geral trabalhar. Não pense demasiado no significado de cada afirmação. A resposta espontânea é a mais valiosa.

Como pontuar

Um 1 na escala significa o seu total desacordo com a afirmação. Um 5 indica que você está totalmente de acordo com a afirmação. Os números intermédios reflectem matizes na sua opinião.

Por favor complete os dados seguintes:

Sexo:

Idade:

Nacionalidade:.....

Cidade e país onde exerce psicoterapia:

Anos de experiência:

Orientação teórica:

Psicodinâmica:.....

Cognitiva:.....

Cognitivo-comportamental:.....

Comportamental:.....

Sistémica:.....

Outras:.....

Tipo de pacientes que atende predominantemente:

a) Grupo etário - i) Crianças.....ii) Adolescentes.....iii) Adultos iv) 3ª idade ...

b) Tipo de problemáticas -

Muito Obrigado pela sua colaboração

EPT

Discordo Totalmente // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 \\ Concordo Totalmente

1. Para mim são estimulantes as mudanças contextualizadas.	
2. No decorrer de um tratamento, detenho-me mais a considerar no que falta mudar do que nos resultados alcançados.	
3. Nas minhas intervenções sou predominantemente directivo(a).	
4. Consigo promover mudanças em pacientes com um baixo nível emocional.	
5. Prefiro os tratamentos onde estão programados os passos a seguir.	
6. Muitas mudanças importantes que ocorrem no decurso de um tratamento requerem que o terapeuta funcione com um nível emocional baixo.	
7. Incomoda-me que os pacientes não cumpram as minhas indicações.	
8. As verdadeiras mudanças produzem-se no decurso de sessões com um clima emocional intenso.	
9. Tenho tendência a exigir o cumprimento rigoroso dos horários.	
10. Sou muito tolerante com o que ainda falta alcançar no decurso da terapia.	
11. Penso muito no meu trabalho, mesmo nas minhas horas livres.	
12. Costumo manter a escuta aberta e receptiva, mais do que concentrada e focalizada.	
13. Prefiro não modificar a orientação da terapia, a menos que seja imprescindível.	
14. Como terapeuta prefiro indicar aos pacientes o que deve fazer-se em cada sessão.	
15. Gosto de sentir-me surpreendido(a) pela informação do cliente, sem ter ideias prévias.	
16. Para promover mudanças no paciente é necessário um alto nível emocional.	
17. Valorizo os resultados obtidos no tratamento só quando posso explicar como foram alcançados.	
18. Sinto-me mais inclinado(a) a acompanhar o paciente na sua exploração, do que a assinalar-lhe os caminhos a seguir.	
19. Compreender a forma como os objectivos foram atingidos é a única maneira de avaliar o processo de tratamento.	
20. Os problemas dos pacientes preocupam-me menos do que eles supõem.	
21. Fora das horas de trabalho, não penso nos meus pacientes.	
22. Interessa-me trabalhar com pacientes que apresentam problemas focalizados.	
23. Agrada-me implementar tratamentos com instruções precisas a seguir.	
24. Uma alta proximidade emocional com os pacientes é imprescindível para promover mudanças terapêuticas.	
25. Parece-me inadequado que os pacientes recorram a mim fora das sessões.	
26. Prefiro saber de antemão a que coisas devo prestar atenção nas sessões.	

4.3. Questionário de Avaliação da Personalidade e Estilo de Coping do Cliente

Adaptado por Paulo Moreira, Óscar Gonçalves e Larry Beutler (2005)

Assinale todos os itens que pareçam ser traços permanentes do cliente.

1. ___ Queixa-se à família ou amigos de problemas físicos
2. ___ É sociável.
3. ___ Tenta impressionar os outros
4. ___ Procura novidades, actividade física ou estimulação
5. ___ Está a tentar subir no estatuto social e ser mais reconhecido
6. ___ É insensível aos sentimentos de dor ou sofrimento dos outros
7. ___ Tem um sentimento de grandiosidade inflamado
8. ___ Age impulsivamente antes de pensar
9. ___ É controlador e possessivo em relação aos outros
10. ___ Frequentemente, fala sem pensar nas consequências
11. ___ Reage à frustração com fúria e/ou raiva abertas.
12. ___ Provavelmente não se interessa muito quanto ao que os outros pensam de si.
13. ___ Tem problemas por causa do seu mau-feitio
14. ___ Fica frustrado facilmente.
15. ___ Gosta de grandes festas e ocasiões festivas
16. ___ Teve problemas com a Lei nos últimos 5 anos.
17. ___ Não fica perturbado com a desaprovação da família
18. ___ É imaturo nos comportamentos e na expressão de sentimentos
19. ___ Já usou drogas e álcool excessivamente.
20. ___ Insiste em ter/fazer tudo à sua maneira
21. ___ Não reage bem às críticas
22. ___ Tende a não dar importância aos desejos e sentimentos dos outros
23. ___ Procura desmedidamente aprovação e concordância dos outros
24. ___ Mete-se em problemas por causa do seu comportamento
25. ___ Tem uma forma extravagante de se relacionar com os outros

Assinale todos os itens que pareçam ser traços permanentes do cliente.

1. ___ Passivo/parado em reuniões sociais
2. ___ Tende a sentir-se sozinho mesmo quando está mais gente presente
3. ___ Preocupa-se muito ou ruma antes de agir
4. ___ Sente-se culpado, com remorsos ou envergonhado acerca de coisas sem importância
5. ___ Tem falta de auto-confiança
6. ___ Procura estar só e parece gostar de estar só
7. ___ É tímido
8. ___ Interessa-se mais por explorar ideias do que envolver-se em actividades sociais
9. ___ É relutante em expressar raiva directamente
10. ___ Tem muitas dúvidas acerca de si mesmo
11. ___ É introvertido
12. ___ Não vai muitas vezes a festas

13. ___ Intelectualiza os problemas pessoais
14. ___ Minimiza a importância dos problemas pessoais
15. ___ É moderado e cauteloso
16. ___ Não mostra os seus sentimentos

Indique com "Verdadeiro" ou "Falso" os itens que pareçam ser traços permanentes do cliente.

1. ___ Normalmente segue os conselhos dos responsáveis
2. ___ Evita confrontação com os outros
3. ___ Tende a aceitar e seguir as directivas dos que exercem a autoridade
4. ___ Critica, abertamente, os erros dos outros
5. ___ Espera que os outros se aproveitem dele
6. ___ Não é aberto a novas experiências
7. ___ É controlador nos relacionamentos
8. ___ Tem dificuldades em ser "seguidor"
9. ___ É passivo-agressivo
10. ___ Não respeita compromissos ou horários
11. ___ Não segue directrizes
12. ___ É desconfiado e suspeita dos objectivos dos outros
13. ___ Fica magoado ou ofendido com facilidade quando os outros o criticam
14. ___ Tem fortes e rígidas opiniões acerca das coisas
15. ___ Infringe muitas vezes as regras
16. ___ Discute, frequentemente, com os outros
17. ___ Gosta de jogos competitivos
18. ___ Dizem que é "do contra" (faz o oposto) quando os outros tentam controlá-lo.
19. ___ É dominador
20. ___ Não gosta de regras
21. ___ Fica resmungão quando contrariado
22. ___ Fica mais feliz quando em posição de controle/comando
23. ___ Sente-se, muitas vezes, culpado pelas falhas ou erros dos outros
24. ___ Tende a tentar "levar a melhor" se o provocam
25. ___ Evita perder, em qualquer discussão

Anexo 5: Dossier do Cliente

5.1. Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida

Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida

Versão C

Instruções

Nas páginas seguintes encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Por baixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito	Sempre
		Frequentemente				

Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) sempre faça um círculo no número 7; se nunca se aplica a si faça um círculo no número 1.
Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda depressa, as suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS.)

Obrigado pela sua colaboração. © A. O. Horvath, 1981, 1984.
Versão Portuguesa: Paulo P. P. Machado

1. O/a meu/minha terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que eu preciso de fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

2. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

3. Acho que o/a meu/minha terapeuta gosta de mim.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

4. O/a meu/minha terapeuta não percebe aquilo que eu tento conseguir com a terapia.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

5. Tenho confiança na capacidade de o/a meu/minha terapeuta para me ajudar

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

6. O/a meu/minha terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

7. Sinto que o/a meu/minha terapeuta me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7			
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre			

8. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.
 1 2 3 4 5 6 7
 Nunca Raramente Ocasionalmente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre
9. O/a meu/minha terapeuta e eu confiamos um no outro.
 1 2 3 4 5 6 7
 Nunca Raramente Ocasionalmente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre
10. O/a meu/minha terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas.
 1 2 3 4 5 6 7
 Nunca Raramente Ocasionalmente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre
11. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.
 1 2 3 4 5 6 7
 Nunca Raramente Ocasionalmente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre
12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto.
 1 2 3 4 5 6 7
 Nunca Raramente Ocasionalmente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

Cliente # _____

Terapeuta: _____

Sessão _____

Data _____

5.2. Questionário de Motivação para a Terapia

(Luísa Soares & Marina S. Lemos, 2003; Tradução Autorizada²⁴)

Data:...../...../.....

Sessão Número:.....

Porque está actualmente em terapia?

Este questionário pretende perceber quais os motivos que o levam actualmente a fazer psicoterapia. As pessoas têm diferentes razões para o fazer e gostaríamos de saber em que medida as razões que apresentamos de seguida são verdadeiras para si.

Por favor assinale com um x (numa escala de 1 a 7) até que ponto cada uma das frases seguintes é verdadeira para si. Pode acontecer que as razões pelas quais iniciou a terapia não sejam iguais às que actualmente tem. Contudo, estamos interessados em conhecer as suas razões para fazer terapia no momento presente.

	Nada Verdadeira		Moderadamente Verdadeira			Totalmente Verdadeira	
1. Porque as outras pessoas pensam que é bom para mim fazer terapia	1	2	3	4	5	6	7
2. Realmente, não sei bem o que posso retirar da terapia	1	2	3	4	5	6	7
3. Pelo prazer que sinto quando estou completamente absorvido numa sessão terapêutica	1	2	3	4	5	6	7
4. Pela satisfação que sinto quando consigo atingir os meus objectivos pessoais ao longo da terapia	1	2	3	4	5	6	7
5. Porque me sentiria culpado(a) se não fizesse alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5	6	7
6. Porque gostaria de fazer mudanças na minha situação actual	1	2	3	4	5	6	7
7. Porque acredito que poderá ajudar sentir-me melhor	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu já tive boas razões para fazer terapia, mas agora questiono-me se não deveria desistir	1	2	3	4	5	6	7
9. Porque me sentiria mal comigo próprio(a) se não o fizesse.	1	2	3	4	5	6	7

²⁴ Pelletier, Tuson & Haddad, (1997).

10. Porque eu deveria compreender-me melhor.	1	2	3	4	5	6	7
11. Porque os meus amigos acham que eu deveria fazer terapia.	1	2	3	4	5	6	7
12. Porque quando aprendo coisas novas sobre mim, isso dá-me prazer e satisfação.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu pergunto-me o que estou a fazer aqui na terapia; na verdade acho isto aborrecido.	1	2	3	4	5	6	7
14. Não sei, nunca pensei nisso antes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Porque acredito que a terapia me ajudará a lidar melhor com as coisas .	1	2	3	4	5	6	7
16. Porque gosto de aprender mais acerca de mim próprio.	1	2	3	4	5	6	7
17. Porque através da terapia eu descobri uma forma de analisar diferentes aspectos da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
18. Porque através da terapia senti-me capaz de tomar a responsabilidade para fazer mudanças na minha vida	1	2	3	4	5	6	7
19. Porque é importante para os clientes manterem-se na terapia até ela acabar.	1	2	3	4	5	6	7
20. Porque acredito que é uma coisa boa a fazer para encontrar soluções para o meu problema	1	2	3	4	5	6	7
21. Para satisfazer as pessoas que estão à minha volta, que querem que eu procure ajuda para a minha actual situação.	1	2	3	4	5	6	7
22. Porque os outros querem que eu esteja em terapia e eu não quero contrariá-los.	1	2	3	4	5	6	7
23. Porque sinto que as mudanças que estão a ocorrer na terapia estão a tornar-se parte de mim.	1	2	3	4	5	6	7
24. Porque valorizo a forma como a terapia me permite fazer mudanças na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7

5.3. CORE – OM - Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

Nome:.....

Data:...../...../.....

Por favor leia isto antes de iniciar o preenchimento

Este questionário consta de 34 afirmações sobre como se tem sentido DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor, leia cada afirmação e pense com que frequência se tem encontrado dessa maneira durante a última semana. Marque com uma cruz o número que mais se aproxima à sua situação.

0 = Nada 1=Muito pouco 2=Às vezes 3=Freqüente 4=Sempre ou quase sempre

Durante a última semana

1. Senti-me muito só e isolado.	0	1	2	3	4
2. Senti-me tenso, ansioso ou nervoso.	0	1	2	3	4
3. Senti que tinha alguém a quem recorrer quando necessitava.	0	1	2	3	4
4. Senti-me bem comigo mesmo.	0	1	2	3	4
5. Senti-me sem energia e sem entusiasmo.	0	1	2	3	4
6. Comportei-me de forma violenta com os outros.	0	1	2	3	4
7. Senti-me capaz de lidar com as coisas quando corriam mal.	0	1	2	3	4
8. Tive dores ou outras queixas físicas.	0	1	2	3	4
9. Pensei em fazer-me mal.	0	1	2	3	4
10. Senti que me custava muito falar com pessoas.	0	1	2	3	4
11. A tensão e a ansiedade impediram-me de fazer coisas importantes.	0	1	2	3	4
12. Senti-me satisfeito(a) ao fazer as coisas que fiz.	0	1	2	3	4
13. Senti que me perturbavam pensamentos e sentimentos que não queria ter	0	1	2	3	4
14. Senti vontade de chorar.	0	1	2	3	4
15. Senti pânico ou terror.	0	1	2	3	4
16. Pensei em pôr fim à minha vida.	0	1	2	3	4

17.Senti-me ultrapassado(a) pelos problemas	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldades para dormir ou para manter-me desperto(a).	0	1	2	3	4
19. Senti cordialidade e afecto em relação a alguém.	0	1	2	3	4
20. Foi-me impossível deixar de lado os meus problemas.	0	1	2	3	4
21. Fui capaz de fazer a maioria das coisas que tinha que fazer.	0	1	2	3	4
22. Ameacei ou intimidei alguém.	0	1	2	3	4
23. Senti-me desesperado ou sem esperança.	0	1	2	3	4
24. Pensei que seria melhor estar morto(a).	0	1	2	3	4
25. Senti-me criticado(a) por outras pessoas.	0	1	2	3	4
26. Pensei que não tinha amigos.	0	1	2	3	4
27. Senti-me infeliz.	0	1	2	3	4
28. Angustiarão-me imagens ou recordações que não queria ter.	0	1	2	3	4
29. Estive irritável quando estava com outras pessoas.	0	1	2	3	4
30. Pensei que sou o culpado de todos os meus problemas e dificuldades.	0	1	2	3	4
31. Senti-me optimista em relação ao meu futuro.	0	1	2	3	4
32. Consegui o que queria.	0	1	2	3	4
33. Senti-me humilhado ou envergonhado por outras pessoas.	0	1	2	3	4
34. Fiz danos físicos a mim próprio ou pus em perigo a minha saúde.	0	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração

5.4. SCL – 90 – R - Symptom Checklist – Revised-90

Data:.....Código:.....

Nome:.....

Instruções: De seguida encontrará uma lista de problemas e queixas que as pessoas têm em determinadas ocasiões. Por favor, leia cada um com cuidado e seleccione um dos números que descreva melhor até que ponto se sentiu afectado(a) por esse problema durante a última semana, INCLUINDO HOJE. Coloque o número correspondente no quadrado à direita de cada problema. Não deixe nenhum item em branco e escreva claramente os números. Se mudar de opinião apague totalmente o primeiro número.

0 = Nada 1= Pouco 2= Moderadamente 3=Bastante 4= Muito

Até que ponto se sentiu afectado(a) durante a última semana por:

1. Dores de cabeça.	
2. Nervosismo ou agitação interior.	
3. Pensamentos desagradáveis repetidos que não saem da cabeça.	
4. Desmaios ou tonturas.	
5. Perda de interesse ou de prazer sexual.	
6. Sentir-se crítico(a) face aos outros.	
7. A ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos.	
8. Crer que os outros são culpados de muitos dos seus problemas.	
9. Dificuldade em recordar coisas.	
10. Preocupação pela desordem e pelo descuido.	
11.Sentir-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a).	
12. Dores no peito ou no coração.	
13. Sentir medo nos espaços abertos ou na rua.	
14. Sentir-se com pouca energia ou sem forças.	
15. Pensamentos de pôr fim à vida.	
16. Ouvir vozes que os outros não ouvem.	
17. Tremuras	
18. Crer que não se pode confiar na maioria das pessoas.	
19. Pouco apetite.	
20. Chorar com facilidade.	
21. Sentir-se tímido(a) ou incomodo(a) com o sexo oposto.	
22. Sentir-se preso .	
23. Assustar-se subitamente sem razão.	
24. Explosões de mau génio que não consegue controlar.	

25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a).	
26. Culpar-se a si mesmo.	
27. Dores na parte baixa da coluna.	
28. Sentir-se bloqueado(a) para fazer coisas.	
29. Sentir-se só.	
30. Sentir-se triste.	
31. Preocupar-se demasiado ou dar voltas continuamente sobre as coisas.	
32. Desinteresse pelas coisas.	
33. Sentir-se temeroso(a).	
34. A sensação de que os seus sentimentos são feridos facilmente.	
35. Pensar que os outros conhecem os seus pensamentos íntimos.	
36. Sentir que os demais não entendem ou são pouco compreensivos consigo.	
37. Sentir que as pessoas são pouco amistosas ou que você as desagrada.	
38. Fazer as coisas com muito tempo para ter a certeza que estão bem feitas.	
39. Palpitações ou aceleração do ritmo cardíaco.	
40. Náuseas ou dores de estômago.	
41. Sentir-se inferior aos outros.	
42. Dores musculares.	
43. Sentir que está sendo observado(a) ou que falam de si.	
44. Dificuldade em conciliar o sono.	
45. Ter que verificar e voltar a verificar o que faz.	
46. Dificuldade para tomar decisões.	
47. Sentir medo de viajar em autocarro, metro ou comboio.	
48. Dificuldade em respirar.	
49. Períodos ou momentos de frio ou calor.	
50. Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque o(a) assustam.	
51. Ficar com a mente em branco.	
52. Sensações de adormecimento ou formigueiro em algumas partes do corpo.	
53. Sentir um nó na garganta.	
54. Sentir-se sem esperança sobre o futuro.	
55. Dificuldade em concentrar-se.	
56. Debilidade em algumas partes do corpo.	
57. Sentir-se tenso(a) e com os nervos à flor da pele.	
58. Sensação de peso nos braços ou nas pernas.	
59. Pensamentos sobre a morte ou sobre morrer.	
60. Comer em excesso.	
61. Sentir-se incomodado(a) quando as pessoas o(a) olham ou falam de si.	
62. Ter pensamentos que não são seus.	
63. Ter fortes desejos de agredir, ferir ou magoar alguém.	

64. Acordar muito cedo pela manhã.	
65. Ter que repetir as mesmas acções, por exemplo, tocar, contar, lavar-se.	
66. Dormir de forma inquieta ou despertar facilmente.	
67. Ter fortes desejos de destruir ou estragar as coisas.	
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham.	
69. Sentir-se muito tímido(a) com os outros.	
70. Sentir-se incomodado(a) quando há muita gente, por exemplo nas lojas ou no cinema.	
71. Sentir que tudo representa um esforço.	
72. Momentos de terror e pânico.	
73. Sentir-se incomodado(a) ao comer ou beber em público.	
74. Encontrar-se frequentemente em discussões.	
75. Sentir-se nervoso(a) quando o(a) deixam só.	
76. Pensar que os outros não valorizam os seus feitos.	
77. Sentir-se só, principalmente quando está com pessoas.	
78. Sentir-se muito intranquilo(a) e não consegue estar quieto(a).	
79. Sentimentos de inutilidade.	
80. A sensação de que algo mau vai acontecer.	
81. Gritar ou roubar coisas.	
82. Sentir medo de desmaiar em público.	
83. Pensar que as pessoas se aproveitarão de si se lhes deixar.	
84. Ter pensamentos sexuais que o preocupam muito.	
85. A ideia de que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados.	
86. Pensamentos ou imagens de natureza ameaçadora.	
87. A ideia de que algo grave se passa com o seu corpo.	
88. Nunca se sente próximo(a) ou comprometido(a) com outra pessoa.	
89. Sentimentos de culpa.	
90. A ideia de que algo funciona mal na sua mente.	

Anexo 6: Quadro A - Caracterização dos clientes e dos terapeutas e os momentos da terapia em que ocorrem as desistências

		Grupo							
		1ª até 8ª sessão		1ª até 5ª sessão		1ª até 3ª sessão		Só 1ª sessão	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitação cliente	6	3	16,7%	0	,0%	1	16,7%	2	20,0%
	8	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	20,0%
	9	4	22,2%	1	20,0%	0	,0%	1	10,0%
	12	11	61,1%	4	80,0%	5	83,3%	5	50,0%
Estado Civil cliente	Solteiro	3	16,7%	0	,0%	0	,0%	3	30,0%
	Casado	12	66,7%	5	100,0%	5	83,3%	6	60,0%
	Divorciado	3	16,7%	0	,0%	1	16,7%	1	10,0%
Habilitações literárias do terapeuta	Licenciatura	5	27,8%	1	20,0%	0	,0%	7	70,0%
	Mestrado	13	72,2%	4	80,0%	6	100,0%	3	30,0%
Sexo do cliente	Feminino	10	55,6%	3	60,0%	4	66,7%	3	30,0%
	Masculino	8	44,4%	2	40,0%	2	33,3%	7	70,0%
Estado civil do terapeuta	Solteiro	1	5,6%	0	,0%	0	,0%	1	10,0%
	Casado	3	16,7%	0	,0%	0	,0%	5	50,0%
	Divorciado	14	77,8%	5	100,0%	6	100,0%	4	40,0%
Local de trabalho do terapeuta	Hospital	1	5,6%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Clínica	1	5,6%	0	,0%	2	33,3%	0	,0%
	CAT	5	27,8%	1	20,0%	2	33,3%	8	80,0%
	Escolas e Universidade	11	61,1%	4	80,0%	2	33,3%	2	20,0%
Sexo T	Masculino	1	5,9%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Feminino	16	94,1%	5	100,0%	6	100,0%	10	100,0%
Graffar total	Nível 1 (Superior)	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Nível 2 (Médio Superior)	3	21,4%	0	,0%	3	60,0%	2	20,0%
	Nível 3 (Médio)	8	57,1%	4	100,0%	2	40,0%	8	80,0%
	Nível 4 (Médio Baixo)	3	21,4%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Nível 5 (Inferior)	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%

Anexo 7: Estudo 1 - Determinar o conforto estatístico

7.1. Quadro B: Descrição dos valores mínimos, máximos, médias, desvios padrões, e teste de ajustamento à normalidade (Shapiro-Wilk) dos instrumentos utilizados, (dados relativos à 1ª sessão)²⁵

Instrumentos	Sub-escalas	Min.	Média	SD	Max.	Shapiro-Wilk	sig
IAT-Terapeuta	Tarefas-Terapeuta	15,00	20,62	2,56	24,00	,935	,025
	Relação-Terapeuta	15,00	19,41	2,39	25,00	,963	,228
	Objectivos-Terapeuta	13,00	21,54	3,28	26,00	,928	,016
IAT-Cliente	Tarefas-Cliente	17,00	23,90	3,21	28,00	,920	,009
	Relação-Cliente	15,00	23,26	4,08	28,00	,904	,003
	Objectivos-Cliente	16,00	23,37	3,54	28,00	,926	,015
SCL-90	Somatização (SCL-90R)	,00	1,03	,82	2,92	,900	,002
	Obsessivo Compulsivo (SCL-90R)	,20	2,04	,96	3,60	,961	,190
	Sensibilidade Interpessoal (SCL-90R)	,11	1,68	1,02	4,00	,966	,284
	Depressão (SCL-90R)	,31	1,97	,96	3,85	,973	,465
	Ansiedade (SCL-90R)	,10	1,53	,99	3,60	,948	,069
	Hostilidade (SCL-90R)	,00	1,31	,98	3,67	,938	,034
	Ansiedade Fóbica (SCL-90R)	,00	1,12	,83	3,43	,951	,086
	Ideação Paranóide (SCL-90R)	,00	1,50	,76	3,17	,969	,342
	Psicoticismo(SCL-90R)	,10	1,12	,76	3,00	,938	,033
	Índice de Severidade Global (SCL-90R)	1,00	2,21	,69	3,55	,977	,595
Estilo Terapeuta	Função Instrutiva	1,00	2,16	,83	3,75	,898	,002
	Função Expressiva	1,80	2,72	,49	3,60	,931	,019
	Função Operativa	1,00	2,15	,53	3,20	,962	,209
	Função Avaliativa	2,75	3,58	,33	4,25	,893	,001
	Função de comprometimento interpessoal	2,00	3,30	,48	4,25	,950	,081

²⁵ Os valores abaixo de $p < 0.05$ indicam que as sub-escalas não são normais e nestas situações utiliza-se técnicas não paramétricas de inferência estatística.

	Função Atencional	1,25	2,34	,51	3,50	,920	,010
Estilo cliente	Externalização	,50	2,38	1,34	7,00	,882	,001
	Internalização	,00	2,40	1,66	6,50	,957	,143
	Resistência	21,44	17,50	1,58	24,50	,964	,251
Motivação para terapia ^a	Motivação Intrínseca	1,00	5,30	1,75	7,00	,863	,000
	Regulação Integrada	3,00	5,74	1,27	7,00	,839	,000
	Regulação Identificada	4,00	6,34	,69	7,00	,768	,000
	Regulação Introjectada	2,00	5,11	1,44	7,00	,845	,000
	Regulação Extrínseca	1,00	2,32	1,79	7,00	,918	,012
	Desmotivação	1,00	2,57	1,55	7,00	,895	,003
CORE-OM	Bem-Estar subjectivo (CORE-OM)	,25	2,08	,95	4,00	,973	,010
	Problemas/Sintomas (CORE-OM)	,42	2,23	,99	3,92	,970	,450
	Funcionamento de vida (CORE-OM)	1,00	1,86	,55	3,25	,964	,405
	Comportamentos de risco (CORE-OM)	,00	,71	,89	2,83	,783	,285
	SCORE Total (CORE-OM)	,52	1,73	,73	3,09	,965	,327

7.2. Quadro C: Resultados dos valores de corte calculados para cada instrumento

Instrumentos		1ª Sessão
IAT Terapeuta	Tarefas-Terapeuta	20
	Relação-Terapeuta	19
	Objectivos-Terapeuta	13
IAT Cliente	Tarefas-Cliente	22
	Relação-Cliente	21
	Objectivos-Cliente	21
Estilo do terapeuta	Função Atencional	2,25
	Função de comprometimento interpessoal	3
	Função Avaliativa	3,25
	Função Operativa	2
	Função Expressiva	3
	Função Instrutiva	1,5
Estilo do cliente	Externalização	28
	Internalização	37,5
	Resistência	28
Motivação para a terapia	Motivação Intrínseca	4,5
	Regulação Integrada	5
	Regulação Identificada	6
	Regulação Introjectada	5
	Regulação Externa	4
	Desmotivação	3
CORE-OM	SCORE TOTAL	0.76
SCL-90R	Índice de Severidade Global (SCL-90R)	1.23

Anexo 8: Estudo 2 - Análises exploratórias sobre o encontro inicial das díades: os que ficam e os que vão...será possível compreender as desistências terapêuticas?

Resultados do teste Anova

8.1. Quadro D: Resultados do teste Anova para o Estilo do terapeuta relativamente aos 4 grupos de díades

	Grupo	N	Ordem media	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig.
Função Instrutiva	1ª até 8ª sessão	18	16,08	6,476	,091
	1ª até 5ª sessão	5	16,60		
	1ª até 3ª sessão	6	24,58		
	Só 1ª sessão	10	26,00		
	Total	39			
Função Expressiva	1ª até 8ª sessão	18	17,11	5,936	,115
	1ª até 5ª sessão	5	14,30		
	1ª até 3ª sessão	6	23,25		
	Só 1ª sessão	10	26,10		

8.2. Quadro E: Resultados do teste Anova para o Estilo do cliente relativamente aos 4 grupos de díades

	Grupo	N	Ordem media	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig.
Externalização	1ª até 8ª sessão	18	20,47	1,085	,781
	1ª até 5ª sessão	5	20,90		
	1ª até 3ª sessão	6	15,67		
	Só 1ª sessão	10	21,30		
	Total	39			
Internalização	1ª até 8ª sessão	18	19,94	1,370	,713
	1ª até 5ª sessão	5	24,30		
	1ª até 3ª sessão	6	21,17		
	Só 1ª sessão	10	17,25		
	Total	39			
Resistência	1ª até 8ª sessão	18	16,44	3,748	,290
	1ª até 5ª sessão	5	20,10		
	1ª até 3ª sessão	6	23,75		
	Só 1ª sessão	10	24,10		
	Total	39			

8.3. Quadro E: Resultados do teste Anova para o CORE-OM relativamente aos 4 grupos de díades

		Sum of Squares	df	Média	F	Sig.
Bem-Estar subjectivo (CORE-OM)	Between Groups	3,336	3	1,112	1,268	,300
	Within Groups	30,683	35	,877		
	Total	34,019	38			
Problemas/Sintomas (CORE-OM)	Between Groups	1,682	3	,561	,549	,652
	Within Groups	34,741	34	1,022		
	Total	36,423	37			
Funcionamento de vida (CORE-OM)	Between Groups	,522	3	,174	,562	,644
	Within Groups	9,910	32	,310		
	Total	10,433	35			
Comportamentos de risco (CORE-OM)	Between Groups	1,910	3	,637	,787	,509
	Within Groups	28,297	35	,808		
	Total	30,207	38			
Média (CORE-OM)	Between Groups	1,133	3	,378	,696	,562
	Within Groups	17,371	32	,543		
	Total	18,504	35			
CORE menos Comportamentos de risco	Between Groups	1,573	3	,524	,965	,421
	Within Groups	17,379	32	,543		
	Total	18,952	35			

8.4. Quadro F: Resultados do teste Anova para o SCL90R relativamente aos 4 grupos de díades

		Sum of Squares	df	Média	F	Sig.
Índice de Severidade Global (SCL-90R)	Between Groups	,315	3	,105	,209	,889
	Within Groups	17,079	34	,502		
	Total	17,394	37			
Total de Sintomas Positivos (SCL-90R)	Between Groups	100,415	3	33,472	,100	,960
	Within Groups	11759,944	35	335,998		
	Total	11860,359	38			
Somatização (SCL-90R)	Between Groups	1,920	3	,640	,940	,432
	Within Groups	23,835	35	,681		
	Total	25,755	38			
Obsessivo Compulsivo (SCL-90R)	Between Groups	,811	3	,270	,279	,840
	Within Groups	33,943	35	,970		
	Total	34,754	38			
Sensibilidade Interpessoal (SCL-90R)	Between Groups	,696	3	,232	,207	,891
	Within Groups	39,215	35	1,120		
	Total	39,911	38			
Depressão (SCL-90R)	Between Groups	2,032	3	,677	,722	,546
	Within Groups	31,924	34	,939		
	Total	33,956	37			
Ansiedade (SCL-90R)	Between Groups	,413	3	,138	,130	,942
	Within Groups	37,074	35	1,059		
	Total	37,487	38			
Hostilidade (SCL-90R)	Between Groups	,529	3	,176	,173	,914
	Within Groups	35,612	35	1,017		
	Total	36,141	38			
Ansiedade Fóbica (SCL-90R)	Between Groups	,535	3	,178	,246	,864
	Within Groups	25,391	35	,725		
	Total	25,926	38			
Ideação Paranóide (SCL-90R)	Between Groups	,164	3	,055	,088	,966
	Within Groups	21,808	35	,623		
	Total	21,972	38			
Psicoticismo(SCL-90R)	Between Groups	,485	3	,162	,267	,849
	Within Groups	21,204	35	,606		
	Total	21,689	38			

Resultados do teste de Mann-Whitney entre o grupo que desiste e não desiste de todos os instrumentos

8.5. Quadro G: Resultados do teste de *Mann-Whitney* referentes ao Estilo do terapeuta

	Grupo	N	Média	<i>Mann-Whitney U</i>	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Função Instrutiva	Grupo em psicoterapia	18	16,08	118,500	-2,012	,046
	Grupo que desiste	21	23,36			
	Total	39				
Função Expressiva	Grupo em psicoterapia	18	17,11	137,000	-1,488	,148
	Grupo que desiste	21	22,48			
	Total	39				

8.6. Quadro H: Resultados do teste de Mann-Whitn referentes ao Estilo do cliente

	Grupo	N	Média	<i>Mann-Whitney U</i>	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Externalização	Grupo em psicoterapia	18	20,47	180,500	-,242	,813
	Grupo que desiste	21	19,60			
	Total	39				
Internalização	Grupo em psicoterapia	18	19,94	188,000	-,028	,989
	Grupo que desiste	21	20,05			
	Total	39				
Resistência	Grupo em psicoterapia	18	16,44	125,000	-1,816	,073
	Grupo que desiste	21	23,05			
	Total	39				

8.7. Quadro I: Resultados do teste de Mann-Whitn referentes à Motivação para a terapia

	Grupo	N	Média	Mann-Whitney <i>U</i>	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Motivação Intrínseca	Grupo em psicoterapia	17	19,12	172,000	-,195	,862
	Grupo que desiste	21	19,81			
	Total	38				
Regulação Integrada	Grupo em psicoterapia	17	21,06	152,000	-,813	,450
	Grupo que desiste	21	18,24			
	Total	38				
Regulação Externa	Grupo em psicoterapia	17	17,79	149,500	-,868	,399
	Grupo que desiste	21	20,88			
	Total	38				
Regulação Identificada	Grupo em psicoterapia	17	21,35	147,000	-,945	,367
	Grupo que desiste	21	18,00			
	Total	38				
Regulação Introjectada	Grupo em psicoterapia	17	19,09	171,500	-,207	,839
	Grupo que desiste	21	19,83			
	Total	38				

8.8. Quadro J: Resultados do teste de Mann-Whitn referentes ao IAT do terapeuta e do cliente

	Grupo	N	Média	Mann-Whitney U	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Tarefas-Terapeuta	Grupo psicoterapia em	18	20,44	181,000	-,227	,835
	Grupo que desiste	21	19,62			
	Total	39				
Relação-Terapeuta	Grupo psicoterapia em	18	18,92	169,500	-,554	,587
	Grupo que desiste	21	20,93			
	Total	39				
Objectivos-Terapeuta	Grupo psicoterapia em	18	23,19	131,500	-1,637	,106
	Grupo que desiste	21	17,26			
	Total	39				
Tarefas-Cliente	Grupo psicoterapia em	18	23,92	118,500	-2,001	,046
	Grupo que desiste	21	16,64			
	Total	39				
Relação-Cliente	Grupo psicoterapia em	17	20,82	156,000	-,665	,523
	Grupo que desiste	21	18,43			
	Total	38				
Objectivos-Cliente	Grupo psicoterapia em	18	21,64	141,500	-1,133	,264
	Grupo que desiste	20	17,58			
	Total	38				

8.9. Quadro L: Resultados do teste de Mann-Whitn referentes ao CORE-OM

	Grupo	N	Média	Mann-Whitney U	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Bem-Estar subjectivo (CORE-OM)	Grupo em psicoterapia	18	21,97	153,500	-1,007	,321
	Grupo que desiste	21	18,31			
	Total	39				
Problemas/Sintomas (CORE-OM)	Grupo em psicoterapia	17	21,03	152,500	-,764	,450
	Grupo que desiste	21	18,26			
	Total	38				
Funcionamento de vida (CORE-OM)	Grupo em psicoterapia	15	19,43	143,500	-,450	,657
	Grupo que desiste	21	17,83			
	Total	36				
Comportamentos de risco (CORE-OM)	Grupo em psicoterapia	18	18,67	165,000	-,691	,512
	Grupo que desiste	21	21,14			
	Total	39				
Média (CORE-OM)	Grupo em psicoterapia	15	20,20	132,000	-,818	,427
	Grupo que desiste	21	17,29			
	Total	36				
CORE menos Comportamentos de risco	Grupo em psicoterapia	15	20,73	124,000	-1,075	,294
	Grupo que desiste	21	16,90			
	Total	36				

8.10. Quadro M: Resultados do teste de Mann-Whitn referentes ao SCL90R

	Grupo	N	Média	Mann-Whitney U	Z	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Índice de Severidade Global (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	17	19,41	177,000	-,044	,977
	Grupo que desiste	21	19,57			
	Total	38				
Total de Sintomas Positivos (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	21,25	166,500	-,634	,530
	Grupo que desiste	21	18,93			
	Total	39				
Somatização (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	22,03	152,500	-1,031	,308
	Grupo que desiste	21	18,26			
	Total	39				
Obsessivo Compulsivo (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	20,36	182,500	-,183	,856
	Grupo que desiste	21	19,69			
	Total	39				
Sensibilidade Interpessoal (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	20,61	178,000	-,310	,770
	Grupo que desiste	21	19,48			
	Total	39				
Depressão (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	17	20,24	166,000	-,367	,728
	Grupo que desiste	21	18,90			
	Total	38				
Ansiedade (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	20,97	171,500	-,494	,626
	Grupo que desiste	21	19,17			
	Total	39				
Hostilidade (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	19,42	178,500	-,297	,770
	Grupo que desiste	21	20,50			
	Total	39				
Ansiedade Fóbica (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	21,67	159,000	-,848	,410
	Grupo que desiste	21	18,57			
	Total	39				
Ideação Paranóide (SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	18,83	168,000	-,594	,568
	Grupo que desiste	21	21,00			
	Total	39				

Psicoticismo(SCL-90R)	Grupo em psicoterapia	18	19,22	175,000	-,395	,707
	Grupo que desiste	21	20,67			
	Total	39				

Resultados do Teste do Qui-Quadrado das variáveis sócio-demográficas e o SCL90R

8.11. Quadro N: Resultados do teste do Qui-Quadrado referentes ao SCL90R

		Grupo							
		1ª até 8ª sessão		1ª até 5ª sessão		1ª até 3ª sessão		Só 1ª sessão	
		Count	Layer Row Valid % N	Count	Layer Row Valid % N	Count	Layer Row Valid % N	Count	Layer Row Valid % N
Sexo do cliente	Feminino	10	50,0%	3	15,0%	4	20,0%	3	15,0%
	Masculino	8	42,1%	2	10,5%	2	10,5%	7	36,8%
Estado Civil do cliente	Solteiro	3	50,0%	0	,0%	0	,0%	3	50,0%
	Casado	12	42,9%	5	17,9%	5	17,9%	6	21,4%
	Divorciado	3	60,0%	0	,0%	1	20,0%	1	20,0%
	União de facto	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Viúvo	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Nível sócio-económico (GRAFFAR)	Nível 1 (Superior)	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Nível 2 (Médio Superior)	3	37,5%	0	,0%	3	37,5%	2	25,0%
	Nível 3 (Médio)	8	36,4%	4	18,2%	2	9,1%	8	36,4%
	Nível 4 (Médio Baixo)	3	100,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Nível 5 (Inferior)	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
É a primeira vez que recorre a terapia	Sim	16	43,2%	5	13,5%	6	16,2%	10	27,0%
	Não	2	100,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Local de trabalho do terapeuta	Hospital	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Clínica	1	33,3%	0	,0%	2	66,7%	0	,0%
	CAT	5	31,3%	1	6,3%	2	12,5%	8	50,0%
	Escolas e Universidade	11	57,9%	4	21,1%	2	10,5%	2	10,5%