



**PRESENÇA, ALIANÇA E ATITUDES DOS
CLIENTES FACE À TERAPIA ONLINE**

MARIA JOÃO DE MATOS DIAS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor Daniel Sousa por todo o acompanhamento, orientação, recomendações e conhecimento transmitidos ao longo da realização da tese. Agradeço também à Dra. Sara Rathenau por toda a disponibilidade, apoio, orientação, encorajamento e paciência para com todas as minhas dúvidas e angústias.

Obrigada a todos os psicólogos, psicoterapeutas e clientes, portugueses e estrangeiros, que participaram e partilharam o estudo, pois sem eles nada disto seria possível.

Agradeço também à minha família por me terem apoiado e acreditado em mim e me encorajarem a seguir os meus sonhos. Obrigada por toda a ternura e auxílio.

Um obrigado aos meus amigos e colegas de curso por me terem acompanhado ao longo destes cinco anos, pelas memórias e bons momentos que tivemos ao longo deste percurso. Irei para sempre recordar estes momentos com muito carinho.

Um grande e sincero obrigado a todos!

Resumo

Problema: A pandemia obrigou a várias mudanças que tiveram de ser implementadas rapidamente. Uma delas foi a passagem dos acompanhamentos psicológicos do contexto face-a-face para o contexto *online*. Esta mudança ocorreu sem que muitos clientes, psicólogos e psicoterapeutas estivessem preparados para ela, ou tivessem intenção de a realizar. **Objetivos:** Perceber qual a perspetiva dos clientes sobre 1) a presença terapêutica *online*, 2) o estabelecimento da aliança terapêutica em contexto *online*, 3) as suas atitudes face à terapia *online* e 4) a influencia da experiência prévia com terapia *online* nas atitudes face à mesma. **Método:** A amostra é constituída por 225 participantes (117 terapeutas e 108 clientes), com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. A recolha de dados decorreu totalmente *online*. **Resultados:** Os resultados evidenciam níveis elevados de Presença e de Aliança Terapêutica tanto em terapeutas como em clientes, e que as Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online* são neutras. A experiência prévia não demonstrou ter um efeito significativo nas Atitudes, na Presença e na Aliança Terapêutica. Contudo, as Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online* correlacionaram-se e demonstraram ser preditoras da Presença e da Aliança Terapêutica dos Clientes, estando também correlacionadas com a Presença Terapêutica dos Terapeutas. **Conclusão:** As Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*, são um aspeto e um preditor importante da Presença e da Aliança Terapêutica dos Clientes e da Presença dos Terapeutas, em contexto *online*, e que por isso devem ser tidas em conta neste processo.

Palavras-chave: Terapia Online; Clientes; Presença Terapêutica; Aliança Terapêutica.

Abstract

Problem: The pandemic forced several changes that had to be implemented quickly. One of them was the shift from face-to-face to online psychological counselling. This change occurred without many clients, psychologists and psychotherapists being prepared for it, or intending to make it. **Objectives:** To understand clients' perspectives on 1) the online therapeutic presence, 2) the establishment of the therapeutic alliance in an online context, 3) their attitudes towards online therapy and 4) the influence of previous experience with online therapy on attitudes towards it. **Method:** The sample consisted of 225 participants (117 therapists and 108 clients), aged between 18 and 75 years. Data collection took place entirely online. **Results:** The results show high levels of Presence and Therapeutic Alliance in both therapists and clients, and that clients' Attitudes towards Online therapy are neutral. Previous experience was not found to have a significant effect on Attitudes, Presence and Therapeutic Alliance. However, client Attitudes toward Online Therapy were correlated and shown to be predictors of client Presence and Therapeutic Alliance, and also correlated with therapists' Therapeutic Presence. **Conclusion:** Client Attitudes towards Online Therapy are an important aspect and predictor of Client Presence and Therapeutic Alliance and Therapists' Presence in the online context and should therefore be taken into account in this process.

Keywords: Online Therapy; Clients; Therapeutic Presence; Therapeutic Alliance.

Índice

Introdução.....	1
Método.....	6
<i>Participantes</i>	6
<i>Instrumentos</i>	6
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	6
<i>Questionário Experiência Prévia</i>	6
<i>Inventário da Presença Terapêutica</i>	7
<i>Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista</i>	7
<i>Questionário Atitudes</i>	8
<i>Desejabilidade Social</i>	8
<i>Procedimento</i>	9
Discussão.....	15
Referências.....	19
Anexos.....	26
<i>Anexo A – Revisão de Literatura</i>	26
<i>Anexo B – Caracterização da Amostra</i>	49
<i>Anexo C – Instrumentos</i>	53
C1 – Questionário Sociodemográfico – Terapeutas.....	53
C2 – Questionário Sociodemográfico – Clientes.....	54
C3 – Experiência Prévia em Terapia Online – Terapeutas.....	56
C4 – Experiência Prévia – Cliente.....	57
C5 – Presença Terapêutica – Terapeuta.....	58
C6 – Presença Terapêutica – Cliente.....	65
C7 – Aliança Terapêutica – Terapeuta.....	67
C8 – Aliança Terapêutica – Cliente.....	70
C9 – Atitudes em Relação à Terapia Online.....	73

C10 – Atitudes e traços pessoais	77
<i>Anexo D – Consentimento Informado</i>	79
<i>Anexo E – Análise de Dados</i>	81

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas e Fiabilidade das Escalas	9
Tabela 2 – Matriz das correlações entre variáveis	10
Tabela 3 – Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função do facto de ser Terapeuta ou Cliente	11
Tabela 4 – Efeito da Experiência Prévia e das Atitudes dos Clientes sobre a Presença Terapêutica dos mesmos	13
Tabela 5 – Efeito da Experiência Prévia e das Atitudes dos Clientes sobre a Aliança Terapêutica dos mesmos	13

Introdução

A pandemia obrigou os vários psicólogos e psicoterapeutas a mudar a sua prática para o contexto *online*, dado que a continuação do acompanhamento face-a-face constituía um risco acrescido para a saúde (Boldrini, et al., 2020). De modo a continuar a prática profissional e não interromper os processos terapêuticos já iniciados, os terapeutas recorreram às tecnologias de comunicação (e.g., computador, telemóvel) (Van Daele, et al., 2020). O acompanhamento *online* passou a ser a norma para a maioria dos terapeutas, sem que estes tivessem experiência ou formação prévia sobre o mesmo (Cipolleta & Mocellin, 2017; Glueckauf, et al., 2018; Mendes-Santos, et al., 2020).

A terapia *online* pode ser definida como a realização da psicoterapia recorrendo a uma tecnologia de comunicação (e.g., computador, *tablet*, telemóvel), podendo ou não estar aliada à *internet* (e.g., videoconferência), e que medeia a relação entre terapeuta e cliente, que se encontram em espaços físicos distintos. Esta, pode tomar várias designações na literatura como por exemplo, terapia *online* (*online therapy*), e-aconselhamento (*e-counseling*), e-terapia (*e-therapy*), terapia cibernética (*cyber therapy*), terapia por *e-mail* (*e-mail therapy*), e-saúde (*e-health*), tele-saúde (*telehealth*), etc. (Barak, et al., 2009; Perle et al., 2011; Li et al., 2013). A terapia *online* pode ser feita através de meios de comunicação síncronos, i.e., através de contacto direto e em tempo real entre cliente e terapeuta (e.g., videoconferências, telefonemas, mensagens instantâneas), e meios de comunicação assíncronos, i.e., o contacto entre o cliente e o terapeuta não ocorre em simultâneo (e.g., *e-mail*) (Li et al., 2013).

Estudos e meta-análises pré-pandémicos suportam a eficácia da psicoterapia *online*, com níveis semelhantes aos da psicoterapia face-a-face para clientes com várias perturbações (Barak, et al., 2008; Perle et al., 2011; Cowpertwait & Clarke, 2013; Carlbring, et al., 2018; Varker, et al., 2019). Podem ser apontadas várias vantagens à terapia *online* (e.g., Li et al., 2013), contudo, esta continua a levantar questões e preocupações aos psicoterapeutas. Estes, tendem a demonstrar reservas e atitudes neutras ou ligeiramente mais negativas face às terapias *online* (Mendes-Santos, et al., 2020; Cipolleta & Mocellin, 2017; Békés & Doorn 2020; Békés, et al., 2021). A perda de contacto físico e da comunicação não verbal e prosódica do cliente são algumas das razões apontadas para justificar estas atitudes (Li et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017; Feujt, et al., 2020). Uma das principais preocupações dos terapeutas em relação às terapias *online* diz respeito à relação terapêutica, possivelmente devido à relação preditiva entre

aspectos relativos à relação e aos resultados psicoterapêuticos tanto na psicoterapia tradicional (i.e., face-a-face), como na psicoterapia *online* (Flückiger, et al., 2018). O facto de os terapeutas terem pouca ou nenhuma experiência e/ou treino sobre esta modalidade terapêutica pode também contribuir para estas reservas e atitudes mais negativas (Cipolleta & Mocellin, 2017; Békés & Doorn 2020), e para os seus receios de que a relação terapêutica seja negativamente impactada pelo contexto *online* (Geller, 2020). É importante notar que alguns estudos indicam que indivíduos com experiência prévia em terapia *online* apresentam atitudes mais positivas face a esta (Ballesteros & Hilliard, 2016; Knechtel & Erickson, 2020), bem como uma maior probabilidade relatada de fornecer este tipo de terapia (Cipolleta & Mocellin, 2017). Importa, portanto, perceber o que é que a literatura diz sobre este aspeto, bem como, como é que se pode melhorar/otimizar a relação terapêutica em contexto *online*. Dentro da relação terapêutica podem-se destacar dois construtos teóricos importantes – a aliança e a presença terapêutica.

A aliança terapêutica pode ser definida como a colaboração entre o terapeuta e o cliente relativamente a três componentes: 1) ao estabelecimento e desenvolvimento de uma ligação emocional; 2) aos objetivos terapêuticos acordados entre ambos, e 3) às tarefas, ou seja, as ações, ao que se vai fazer para alcançar esses objetivos (Bordin, 1979). Uma aliança terapêutica forte está associada a melhores relações terapêuticas e a resultados positivos em terapia, independentemente do quadro teórico do terapeuta (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b; Wampold, 2015). Alguns estudos indicam que a aliança terapêutica consegue ser estabelecida no contexto *online*, e com níveis semelhantes aos da terapia face-a-face (Cook & Doyle, 2002; Simpson & Reid, 2014; Watts, et al., 2020), enquanto outros indicam que esta pode ser ligeiramente inferior à estabelecida na terapia tradicional (Norwood, et al., 2018).

A presença terapêutica é considerada uma maneira de agir que reflete o envolvimento e entrega total do terapeuta ao processo terapêutico e ao momento presente do encontro com o cliente (Geller, 2013). É uma experiência interna sentida pelo terapeuta como estando completamente no momento com o cliente, disponível para este e para um contacto relacional profundo a vários níveis: físico, emocional, cognitivo, relacional e espiritual (Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller et al., 2010; Geller, 2017). Este contacto profundo, permite ao terapeuta conectar-se com o cliente e com a sua vivência

incorporando-a. A presença terapêutica cria segurança e auxilia na construção da aliança terapêutica, aumentando deste modo a eficácia da terapia (Geller, 2020). Terapeutas com maiores níveis de presença, estão mais conscientes de si (linguagem, postura, comunicação verbal e não verbal), do seu impacto no cliente e no processo terapêutico, estando também conscientes de como o processo terapêutico está a decorrer. A presença terapêutica envolve a capacidade dual do terapeuta de prestar atenção ao cliente e à sua experiência, mas também a si e à sua experiência, sendo capaz de ao mesmo tempo refletir sobre o que está a acontecer entre os dois (Geller & Greenberg, 2002).

É importante notar que o conceito de presença terapêutica se diferencia do conceito de “telepresença”, que se define como a percepção de estar fisicamente presente com alguém (e.g., cliente) que não está no mesmo espaço físico que nós. No caso da terapia, através da telepresença, as partilhas ocorridas na sessão à distância, possibilitam a experiência de uma entrega total ao processo terapêutico como se ambas as partes estivesse no mesmo espaço físico e não numa sessão *online* (Haddouk, 2015; Bouchard, et al., 2007). A presença terapêutica e a telepresença são conceitos diferentes, mas que podem ser vistos e entendidos como complementares.

Vários estudos sobre a presença terapêutica indicam que existe uma discrepância entre a percepção dos terapeutas e dos clientes em relação a esta (Geller et al., 2010). Parecendo haver uma tendência nos resultados a indicar que são os relatos dos clientes sobre a presença terapêutica do terapeuta que são preditores da relação e dos resultados da sessão (Geller et al., 2010). Tal, verifica-se também em relação à aliança terapêutica, como evidenciado por Geller e Porges (2014). Deste modo, é possível verificar que clientes e terapeutas apresentam visões contrárias sobre a presença e aliança terapêutica, que é estabelecida através da terapia *online* (Cataldo, et al., 2021).

É importante notar que os clientes não são meros recipientes de informação ou de técnicas aplicadas pelo terapeuta, mas também uma parte ativa da relação bilateral terapeuta-cliente (Macran, et al., 1999; Bohart, 2000; Bohart & Wade, 2013; Levitt et al., 2016; Fuertes & Williams, 2017). Os clientes são responsáveis por cerca de 40% dos resultados terapêuticos, enquanto os terapeutas são responsáveis por cerca de 5 ou 8% (Wampold & Imel, 2015; Wampold & Brown, 2005). Apesar desta contribuição importante para a terapia, os clientes são considerados por alguns autores como a variável esquecida na investigação (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013). Os estudos existentes sobre a perspetiva do cliente parecem indicar que, tal como os terapeutas, estes

consideram a relação como o aspeto mais importante do processo terapêutico (Timulak & Keogh, 2017). Donde é necessário perceber a sua perspetiva sobre os aspetos relacionais não só no contexto tradicional, mas também no contexto emergente das terapias *online*. Aqui, a literatura indica que a terapia *online* parece ser melhor aceite pelos clientes do que pelos terapeutas (Watts, et al., 2020), não só por pontuarem a aliança terapêutica mais positivamente, mas também pelos níveis de satisfação semelhantes aos da terapia face-a-face (Zainudin & Yusop, 2018; Zainudin, et al., 2021). Relativamente às atitudes e à experiência prévia, a evidência parece ir na mesma direção que as do terapeuta, i.e., que a experiência prévia ou o mero conhecimento da existência desta possibilidade conduz a atitudes mais positivas (Knechtel & Erickson, 2020). Contudo, continuam a ser necessários mais estudos para averiguar este aspeto.

Um estudo que avaliou algum destes aspetos foi o de Rathenau e colaboradores (2021) que verificou que as dificuldades percebidas pelos terapeutas tiveram um impacto negativo na presença reportada, i.e., quando as dificuldades percebidas aumentaram a sensação de presença diminuiu. Adicionalmente, verificou-se que quando as atitudes face à terapia *online* eram positivas, a presença terapêutica era maior. Contudo, este apenas teve em conta a perceção dos terapeutas.

Importa perceber qual a perspetiva dos clientes sobre as terapias *online*, sobre a presença e a aliança terapêutica dado que estes também são uma parte ativa na relação e no processo terapêutico. O estudo destas últimas variáveis apresenta-se como importante na medida em que apesar de serem conceitos conceptualmente diferentes da relação terapêutica, a presença e a aliança terapêutica estão positivamente relacionadas com esta, donde se as melhorarmos individualmente indiretamente estamos a melhorar a relação. O presente estudo tem como principal objetivo perceber qual a perspetiva dos clientes sobre 1) a presença terapêutica *online*, 2) o estabelecimento da aliança terapêutica em contexto *online*, bem como 3) as suas atitudes face à terapia *online* e 4) a influencia da experiência prévia com terapia *online* nas atitudes face à mesma. Como questões de investigação temos 1) Como será a aliança terapêutica vivida pelos Clientes em Terapia *Online*? Será diferente da perspetiva dos Terapeutas?; 2) Como será a presença terapêutica sentida pelos clientes em contexto *online*? Será diferente da perspetiva dos Terapeutas?; 3) Como serão as atitudes dos *clientes* em relação à terapia *online*? Será que as atitudes podem impactar a relação terapêutica?; e, 4) Será que a experiência prévia em relação à terapia

online influencia as atitudes e a relação terapêutica tanto na perspectiva dos clientes como na perspectiva dos terapeutas?

Método

Participantes

Neste estudo participaram 117 terapeutas (82.1% do sexo feminino) e 108 clientes (78.7% do sexo feminino). Os terapeutas apresentam uma média de idade de 45 anos (SD=11.213), sendo que 35% se identifica principalmente com a Abordagem Integrativa. Estes residiam maioritariamente em Portugal (67.5%) e 50.4% tinha um mestrado como qualificação académica. Os clientes apresentam uma média de idade de 33 anos (SD=11.202) e trabalham maioritariamente (59.3%) no setor da prestação de serviços. A maioria residia em Portugal (81.5%), sendo as qualificações académicas mais comuns a licenciatura (37.5%) e o mestrado (38%).

Relativamente há experiência prévia, a quase totalidade dos terapeutas (91.5%) apresentava conhecimento da existência da terapia *online* antes da pandemia. Contudo, apenas 48.7% refere já dar consultas *online* antes da mesma. Aqui, a maioria dos terapeutas refere já dar consultas *online* há mais de 3 anos (57.9%). O meio principal de terapia online é a videochamada (95.7%). Apenas 11.1% dos terapeutas da amostra possui treino prévio em terapia *online* antes de começar a dar consultas *online*.

A maioria dos clientes da amostra não apresentava experiência prévia nesta modalidade terapêutica previamente à pandemia covid-19 (87%). Aqueles que já tinham experiência prévia, referem a videochamada como o meio mais comum para a realização destas consultas (85%). Embora a maioria não tivesse experiência prévia em terapia *online*, 52.8% tinha conhecimento da existência da mesma.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Os Questionários Sociodemográficos dos Terapeutas (Anexo C1) e dos Clientes (Anexo C2) apresentam ambos 5 perguntas: 1) Género; 2) Idade; 3) País de residência; 4) Habilitações Literárias; e, 5) Modelo Teórico (terapeutas) ou Profissão (clientes).

Questionário Experiência Prévia

O Questionário da Experiência Prévia em Terapia *Online* dos Terapeutas (Anexo C) é composto por 6 perguntas: 1) Se tinha conhecimento sobre a Terapia *Online* previamente à pandemia; 2) Se praticava terapia *online* previamente à pandemia; 3) se sim, há sensivelmente quanto tempo); 4) Como praticava terapia *online*; 5) Se possuía treino prévio em terapia *online*; 6) Há quanto tempo tinha dado a última sessão *online*.

O Questionário da Experiência Prévia em Terapia *Online* dos Clientes (Anexo C4) é composto por 6 perguntas: 1) Se tinha conhecimento sobre a Terapia *Online* previamente à pandemia; 2) Se já tinha tido consultas *online* previamente à pandemia; 3) se sim, em que modalidade; 4) Há quanto tempo tinha tido a última sessão *online*.

Inventário da Presença Terapêutica

O Inventário da Presença Terapêutica (IPT) é uma escala de autorrelato do tipo *Likert* com sete pontos de resposta variando entre 1 “Não, de todo” e 7 “Completamente”. Sendo que quanto maiores os valores obtidos, maior o nível de presença terapêutica. A escala apresenta duas versões, uma para clientes (IPT-C) e outra para terapeutas (IPT-T). As escalas originais foram desenvolvidas por Geller et al., (2010), sendo que a versão dos terapeutas foi adaptada para português por Rathenau et al., (2021), e a versão dos clientes foi adaptada para o presente estudo.

O IPT-T (Anexo C5) é composto por 21 itens que pretendem avaliar a experiência de presença terapêutica do terapeuta durante a sua última sessão (e.g., "Estive consciente do meu próprio fluxo interno de experiência"). Os itens 2, 3, 5, 6, 9, 13, 15, 16, 18 e 21, são cotados inversamente. A IPT-T apresenta uma boa confiabilidade com um alfa de cronbach de .94 (Geller et al., 2010). Neste estudo apresentou um alfa de .878.

O IPT-C (Anexo C6) é composto por 3 itens que pretendem avaliar a presença terapêutica do terapeuta durante a última sessão de acordo com a perspectiva do cliente (e.g., "As respostas do meu terapeuta estavam em sintonia com o que eu estava a experienciar no momento"). O terceiro item é cotado inversamente. O IPT-C apresenta uma boa confiabilidade com um alfa de cronbach de .82 (Geller et al., 2010). Neste estudo apresentou um alfa de .833.

Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista

O Inventário da Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista (IAT-VR) foi desenvolvido por Hatcher e Gillaspay (2006) e adaptado para a população portuguesa por Machado e Ramos (2008). Existem duas versões, a do cliente (IAT-VR-C) e a do terapeuta (IAT-VR-T). É um instrumento de autorresposta numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos entre 1 “Raramente” e 5 “Sempre”. Quanto maiores os valores obtidos, maior o nível da aliança terapêutica.

O IAT-VR-T (Anexo C7) é composto por 10 itens que avaliam a aliança terapêutica de acordo com a perspectiva do terapeuta em três componentes: vínculos (itens

2, 5, 7 e 9, e.g., “Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do/a meu/minha cliente”), objetivos (itens 3, 6, 8, e.g., “O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados”) e tarefas (itens 1, 4 e 10, e.g., “O/a meu/minha cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia”).

O IAT-VR-C (Anexo C8) é composto por 12 itens que avaliam a aliança terapêutica de acordo com a perspectiva do cliente em três componentes: vínculos (itens 3, 5, 7), objetivos (itens 4, 6, 8 e 11) e tarefas (itens 1, 2, 10 e 12). A versão portuguesa da escala, apresenta apenas 2 fatores, vínculos (itens 3, 5, 7, e.g., "Acho que o meu terapeuta gosta de mim") e objetivos e tarefas (itens 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11 e 12, e.g., "O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas", "O meu terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia"). Os itens 3, 5, 6, 7, 9 e 12 são cotados inversamente.

A escala apresenta uma boa confiabilidade com um alfa de cronbach de .90 no estudo original (Hatcher & Gillaspay, 2006) e .93, na versão portuguesa, tanto na versão dos terapeutas como na dos clientes (Machado & Ramos, 2008). No presente estudo, apresentou um alfa de .813 para a versão dos terapeutas e de .921 para a versão dos clientes.

Questionário Atitudes

O Questionário das Atitudes face às Intervenções *Online* (Anexo C9) foi desenvolvido por Apolinário-Hagen et al., (2018) e adaptado por Rathenau et al., (2021). É composto por 17 itens que representam vantagens apontadas às intervenções *online* face às terapias tradicionais, bem como a crenças face à terapia *online* (e.g., “As terapias online são modernas e ajustadas aos nossos tempos modernos”). É uma escala de autorresposta de tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 0 “Discordo totalmente” e 4 “Concordo, completamente”. Quanto maior o valor, mais positivas são as atitudes face às intervenções *online*. A escala apresenta uma boa confiabilidade com um alfa de cronbach de .88 no estudo original e de .850 no presente estudo.

Desejabilidade Social

A escala de Desejabilidade Social Marlowe-Crowne – Versão Reduzida (Anexo C10) foi desenvolvida por Reynolds (1982). É composta por 13 itens que pretendem avaliar a tendência que certas pessoas têm em apresentar as suas qualidades de forma inflacionada ou exagerada, minimizando simultaneamente as suas fraquezas. Os itens são

respondidos numa escala dicotômica de verdadeiro e falso. Os itens 5, 7, 9, 10 e 13 são cotados inversamente. A pontuação total é obtida somando o resultado de todos os itens, com pontuações maiores a indicar maior desejabilidade social. A escala apresenta uma consistência interna de 0.70. Neste estudo apresentou um alfa de cronbach de .740 para a versão dos terapeutas e .728 para versão dos clientes.

Procedimento

O presente estudo, é um estudo quantitativo, com um *design* transversal. O método de amostragem foi não probabilístico em estilo bola de neve, através da utilização das redes sociais e também do e-mail. Foram criadas duas versões do questionário, uma em inglês e outra em português. Nos anexos apenas foram disponibilizadas as versões portuguesas (Anexo C).

Procuraram-se selecionar questionários que já tivessem sido validados ou traduzidos para a população portuguesa. Quando tal não era possível, os questionários originais foram traduzidos para português e retraduzidos para a língua original de modo a confirmar a tradução para que pudessem ser utilizados. Os questionários foram criados no *google forms* havendo duas versões possíveis de resposta, uma para os terapeutas e outra para os clientes. Primeiramente era apresentado o consentimento informado (Anexo D) e de seguida era pedido para o participante indicar se era terapeuta ou cliente, sendo que após esta escolha se prosseguia para cada uma das versões do questionário. O questionário dos terapeutas tinha a seguinte ordem: 1) Questionário Sociodemográfico; 2) Experiência Prévia em Terapia *Online*; 3) Inventário da Presença Terapêutica; 4) Inventário da Aliança Terapêutica; 5) Questionário de Desejabilidade Social. O questionário dos clientes tinha a seguinte ordem: 1) Questionário Sociodemográfico; 2) Atitudes em Relação à Terapia *Online*; 3) Experiência Prévia em Terapia *Online*; 4) Inventário da Presença Terapêutica; 5) Inventário da Aliança Terapêutica; 6) Questionário de Desejabilidade Social.

A amostra do presente estudo era inicialmente constituída por 117 terapeutas e 109 clientes, contudo, acabou por ser retirado um cliente por ter menos de 18 anos. A amostra final consiste em 225 participantes, 117 terapeutas e 108 clientes. A recolha de dados decorreu entre Fevereiro e Abril de 2022 e foi realizada *online*. Por fim, foi construída uma base de dados onde se compilaram todos os dados recolhidos, para posterior análise estatística.

Resultados

Inicialmente realizou-se a estatística descritiva das principais variáveis em estudo bem como o cálculo dos Alfa de Cronbach. Na Tabela 1 é possível observar as Estatísticas Descritivas e a Fiabilidade das escalas. Foram calculados os Índices de Assimetria e de Curtose, onde valores inferiores a 3 e a 10, respetivamente permitem assumir que não existe um excessivo desvio da normalidade (Mâroco et al., 2014). Algo que se verifica no presente estudo. Relativamente à consistência interna, todas as escalas apresentam uma boa consistência interna ($>.80$), à exceção da escala de Desejabilidade Social que apresenta valores razoáveis (entre $.70$ e $.80$). Através das médias podemos concluir que estamos perante uma amostra com elevada Presença Terapêutica, tanto em terapeutas (5.83) como em clientes (6.13); e uma elevada Aliança Terapêutica em terapeutas (4.28) e clientes (3.99). No que respeita às Atitudes dos clientes face a Terapia *Online*, estas demonstram-se neutras, como indicado pela média (2.32). Por fim, em relação à Desejabilidade Social, pode-se verificar que está presente alguma Desejabilidade Social, e que esta é mais visível nos Terapeutas (1.63) do que nos Clientes (1.45).

Tabela 1 – Estatísticas Descritivas e Fiabilidade das Escalas

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo/Máximo	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach
Presença Terapêutica – T	5.83	.631	3.76-6.90	-1.149	1.612	.878
Presença Terapêutica – C	6.13	1.084	2.67-7.00	-1.359	1.153	.833
Aliança Terapêutica – T	4.28	.435	2.80-5.00	-.521	.485	.813
Aliança Terapêutica – C	3.99	.742	1.08-5.00	-1.249	1.957	.921
Atitudes	2,32	.562	.88-3.47	-.502	-.139	.850
Desejabilidade Social – T	1.63	.224	1.08-2.00	-.502	-.268	.740
Desejabilidade Social – C	1.45	.226	1.00-2.00	.030	-.321	.728

A relação entre as variáveis: Experiência Prévia (Terapeutas e Clientes), Treino Prévio (Terapeutas), Presença Terapêutica (Terapeutas e Clientes), Aliança Terapêutica (Terapeutas e Clientes) e Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*

Os coeficientes de correlação obtidos encontram-se na matriz de correlações na Tabela 2. Há correlações significativas entre as variáveis Presença Terapêutica dos Terapeutas e Aliança Terapêutica dos Terapeutas, Presença Terapêutica dos Clientes e

Aliança Terapêutica dos Clientes. A variável Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online* apresenta uma correlação significativa com as variáveis Presença Terapêutica dos Terapeutas e dos Clientes e Aliança Terapêutica de Clientes.

Todas estas variáveis se encontram positivamente correlacionadas. Tal, significa que quanto maiores os níveis de Presença Terapêutica dos Terapeutas maiores os níveis de Aliança Terapêutica dos Terapeutas. Quanto maiores os níveis de Presença Terapêutica dos Clientes maiores os níveis de Aliança Terapêutica dos Clientes. E, quanto mais positivas forem as Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*, maiores serão também os níveis de Presença Terapêutica dos Terapeutas, de Presença Terapêutica dos Clientes e de Aliança Terapêutica de Clientes.

A correlação mais forte é entre a Presença e a Aliança Terapêutica dos Clientes, indicando-nos que quanto maior a Presença Terapêutica dos Clientes, maior será a Aliança Terapêutica dos mesmos.

Tabela 2 – Matriz das correlações entre variáveis

	ExpP_ T	TreP	ExpP_ C	PT_T	AT_T	A	PT_C	AT_C
Experiência Prévia – T	1.000							
Treino Prévio	-.018	1.000						
Experiência Prévia – C	-.103	.127	1.000					
Presença Terapêutica – T	-.105	-.065	-.170	1.000				
Aliança Terapêutica – C	-.007	-.015	-.012	.370**	1.000			
Atitudes	.045	-.083	.008	.216*	.039	1.000		
Presença Terapêutica – C	-.031	-.176	-.023	.083	.083	.368**	1.000	
Aliança Terapêutica – C	.029	.092	-.136	.028	.059	.438**	.491**	1.000

Nota:

* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2 extremidades)

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)

Comparação de médias entre Terapeutas e Clientes em relação à Presença e Aliança Terapêutica

Com o intuito de dar resposta às questões “Será que a Presença Terapêutica no contexto *online* é percebida de forma diferente por Terapeutas e Clientes?” e “Será que a Aliança Terapêutica no contexto *online* é percebida de forma diferente por Terapeutas e Clientes?” optou-se por se realizar dois Testes t-student para amostras independentes (consultar Tabela E3 no Anexo E).

Na Tabela 3, é possível observar que os resultados do teste revelam que existem diferenças estatisticamente significativas entre Terapeutas e Clientes em relação à Presença Terapêutica [$t(166.121) = -2.479$; $p < .05$], bem como em relação à Aliança Terapêutica [$t(169.774) = 3.483$; $p < .05$]. No que respeita à Presença Terapêutica, os Clientes evidenciam um nível superior de Presença Terapêutica face aos Terapeutas [$t(166.121) = -2.479$; $p < .05$; \bar{x} Terapeutas = 5.83; \bar{x} Clientes = 6.13]. Enquanto em relação à Aliança Terapêutica, os Terapeutas reportam maiores níveis de Aliança Terapêutica que os Clientes [$t(169.774) = 3.483$; $p < .05$; \bar{x} Terapeuta = 4.28; \bar{x} Clientes = 3.99].

Tabela 3 – Comparação dos níveis médios das variáveis em estudo em função do facto de ser Terapeuta ou Cliente

Variáveis	Terapeuta/Cliente	N	Média	Desvio Padrão	P
Presença Terapêutica	Terapeuta	117	5.83	.631	.014
	Cliente	108	6.13	1.084	
Aliança Terapêutica	Terapeuta	117	4.28	.435	.001
	Cliente	108	3.99	.742	

O efeito da Experiência Prévia dos Terapeutas e dos Clientes sobre as Atitudes dos Clientes e a Presença e a Aliança Terapêutica dos Terapeutas e dos Clientes

No sentido de dar resposta às seguintes questões de investigação “Será que a Experiência Prévia em relação à Terapia *Online* influencia as Atitudes e a Relação Terapêutica tanto na perspetiva dos Clientes como na perspetiva dos Terapeutas?” foram realizadas cinco Regressões Lineares Simples (consultar tabelas E4 a E19 no Anexo 5).

Primeiramente foi realizada uma Regressão Linear Simples para averiguar qual o efeito da Experiência Prévia dos Terapeutas sobre a Presença Terapêutica dos mesmos.

De seguida, foi realizada uma Regressão Linear Simples para averiguar qual o efeito da Experiência Prévia dos Terapeutas sobre a Aliança Terapêutica dos mesmos.

Em relação aos Clientes, primeiramente foi realizada uma Regressão Linear Simples para averiguar qual o efeito da Experiência Prévia destes sobre a sua Presença Terapêutica. Seguidamente realizou-se uma Regressão Linear Simples para averiguar qual o efeito da Experiência Prévia dos Clientes sobre a Aliança Terapêutica dos mesmos. Por fim, foi realizada uma Regressão Linear Simples para averiguar qual o efeito da Experiência Prévia dos Clientes sobre as Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*.

Concluiu-se que nenhum dos modelos era significativo ((F(1;115)=1.972; p=.163; R²= .017); (F(1;115)=.000; p=.992; R²=-.000); (F(1;106)=.169; p=.682; R²=.002); (F(1;106)=2.429; p=.122; R²=.022); (F(1;106)=.004; p=.952; R²=.000)).

O efeito da Experiência Prévia e das Atitudes dos Clientes sobre a Presença e a Aliança Terapêutica dos Clientes

Com o objetivo de perceber se a Experiência Prévia dos Clientes e as suas Atitudes face à Terapia *Online* impactavam tanto a Presença como a Aliança terapêutica dos mesmos foram realizadas duas Regressões Lineares Múltiplas (consultar tabelas E20 a E24 no Anexo E)

A primeira tinha como objetivo verificar qual o impacto da Experiência Prévia dos Clientes e as suas Atitudes Face à Terapia *Online* impactavam a Presença Terapêutica dos Clientes. Conclui-se que o modelo é significativo (p<.001).

Tendo como variável X1 as “Atitudes face à Terapia *Online*” e X2 a “Experiência Prévia dos Clientes” e como Y a “Presença Terapêutica” podemos assumir como modelo ajustado a expressão $Y = 4.323 + .874\text{Atitudes} - .120\text{ExperiênciaPréviaClientes}$.

Da análise do modelo resumido na Tabela 4 concluímos que apenas a variável preditora “Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*” é significativa do modelo (p<.001), contribuindo .874 para a predição da “Presença Terapêutica” do Cliente.

Tabela 4 – Efeito da Experiência Prévia e das Atitudes dos Clientes sobre a Presença Terapêutica dos mesmos

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	T	Sig.
	B	Pdr. Erro			
Constante	4.323	.659	-	6.557	.000
Atitudes	.874	.168	.453	5.218	.000
Exp. Prévia – C	-.120	.279	-.037	10.962	.669

A segunda tinha como objetivo verificar qual o impacto da Experiência Prévia dos Clientes e as suas Atitudes Face à Terapia *Online* impactavam a Aliança Terapêutica dos Clientes. Conclui-se que o modelo é significativo ($p < .001$).

Tendo como variável X1 as “Atitudes face à Terapia *Online*” e X2 a “Experiência Prévia dos Clientes” e como Y a “Aliança Terapêutica” podemos assumir como modelo ajustado a expressão $Y = 3.311 + .558\text{Atitudes} - .324\text{ExperiênciaPréviaClientes}$.

Da análise do modelo resumido na Tabela 5 concluímos que apenas a variável preditora “Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*” é significativa do modelo ($p < .001$), contribuindo .558 para a predição da “Aliança Terapêutica” do Cliente.

Tabela 5 – Efeito da Experiência Prévia e das Atitudes dos Clientes sobre a Aliança Terapêutica dos mesmos

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	T	Sig.
	B	Pdr. Erro			
Constante	3.311	.453	-	7.306	.000
Atitudes	.558	.115	.423	4.844	.000
Exp. Prévia – C	-.324	.192	-.147	-1.687	.095

Discussão

A pandemia criou a necessidade de adaptação dos serviços psicológicos para que estes pudessem continuar a ser prestados, numa altura em que o acompanhamento face-a-face era um risco para a saúde (Boldrini, et al., 2020). Aliando-se à tecnologia, os terapeutas passaram a realizar os seus acompanhamentos à distância. A terapia *online*, passou a ser a norma para a maioria dos terapeutas, sem que muitos tivessem experiência ou formação prévia sobre esta (Cipolleta & Mocellin, 2017; Glueckauf, et al., 2018; Mendes-Santos, et al., 2020).

Apesar dos estudos que atestam a eficácia da terapia *online* (Barak, et al., 2008; Perle et al., 2011; Cowpertwait & Clarke, 2013; Carlbring, et al., 2018; Varker, et al., 2019), esta continua a levantar questões e preocupações aos terapeutas, nomeadamente ao nível da relação terapêutica (Li et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017; Feujt, et al., 2020; Geller, 2020). O presente estudo não avaliou a relação terapêutica em si, contudo, avaliou dois construtos relacionados com a mesma – a Presença e a Aliança Terapêutica (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b; Wampold, 2015; Flückiger, et al., 2018; Geller, 2020; Dunn, et al., 2013; Geller, 2017; Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014). Verificou-se que na amostra do estudo, os valores da Presença e da Aliança são considerandos, tanto para clientes como para terapeutas, como elevados. Tal sugere, que em contexto *online*, certos elementos da relação terapêutica podem ser desenvolvidos positivamente. Apesar dos valores positivos obtidos, verificam-se diferenças significativas entre terapeutas e clientes nestas duas variáveis, o que vai ao encontro de estudos anteriores que sugerem uma discrepância entre a perceção de terapeutas e clientes sobre a presença e a aliança terapêutica (Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014; Cataldo, et al., 2021).

Uma das possíveis razões para essas diferenças pode dever-se ao facto de os grupos não terem um número equivalente de participantes. Outra possível razão para essas diferenças pode estar relacionada com as diferentes perspetivas que clientes e terapeutas podem apresentar sobre estes constructos teóricos (Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014; Cataldo, et al., 2021) e o que consideram mais importante em terapia e na relação terapêutica, nomeadamente em relação à aliança terapêutica (Hatcher et al., 1995; Bachelor, 2013). Estes estudos apontam que embora ambas as partes valorizem a relação/vínculo terapêutico, os terapeutas tendem a valorizar aspetos relacionados com a colaboração terapeuta-cliente e com a definição de objetivos, enquanto os clientes se

preocupam mais com aspetos da relação de ajuda e com a ajuda que os terapeutas lhes podem prestar na resolução dos seus problemas (Hatcher et al., 1995; Bachelor, 2013).

Outro resultado deste estudo foi que, apesar das Atitudes dos Clientes em relação à Terapia *Online* desta amostra serem neutras, estas demonstram ser um preditor significativo da Presença e da Aliança Terapêutica dos Clientes. Ou seja, quanto mais positivas estas forem, maiores serão os valores de Presença e Aliança Terapêutica dos Clientes. Tal, vai ao encontro de estudos anteriores feitos com Terapeutas, onde se verificou que quando as Atitudes face à Terapia *Online* eram mais positivas, os valores de Presença Terapêutica aumentavam (Rathenau et al., 2021).

Adicionalmente, no presente estudo, as variáveis Presença Terapêutica do Terapeuta e Aliança Terapêutica do Terapeuta, bem como as variáveis Atitudes face à Terapia *Online*, Presença Terapêutica dos Terapeutas e Presença e Aliança Terapêutica do Cliente, estão significativa e positivamente correlacionadas. Tal significa, que se os valores de uma aumentarem, os valores das outras aumentarão também. Na prática significa que ao melhorarmos uma delas, as outras variáveis que lhes estão associadas irão também melhorar, o que por sua vez resultará em melhores resultados psicoterapêuticos (Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011a; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b; Martin et al., 2000; Geller, 2020; Dunn, et al., 2013; Geller, 2017; Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014; Geller, 2013).

Assim, as Atitudes dos Clientes acabam por influenciar o processo terapêutico *online*, dado que se relacionam com variáveis dos terapeutas e dos clientes. Deste modo, quanto mais favoráveis forem as Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online*, melhores os valores de Presença e de Aliança Terapêutica dos mesmos, e maiores os níveis de Presença Terapêutica do Terapeuta. E, conseqüentemente, melhores os resultados psicoterapêuticos como mencionado.

Estas atitudes dos clientes podem ajudar também a explicar as diferenças na presença e na aliança terapêutica de terapeutas e clientes, na medida em que aquilo que os clientes consideram como sendo as vantagens ou as desvantagens do acompanhamento *online* pode influenciar a sua abertura face ao mesmo. Por exemplo, um cliente que considere que as vantagens ultrapassam as desvantagens do acompanhamento *online*, tenderá a ter atitudes mais favoráveis face a esse mesmo acompanhamento. Contudo, um

cliente que considere que os aspetos não verbais da relação terapêutica são os aspetos mais importantes, pode ter atitudes mais negativas face à mesma, porque algo que considera importante não está presente à partida. Tal, por sua vez, iria impactar negativamente a Presença e a Aliança Terapêutica, o que por sua vez impactaria negativamente os resultados. Contudo, como também é avançado no estudo de Amos et al., (2020), se estas Atitudes dos Clientes forem avaliadas no início do acompanhamento *online*, estes seus receios podem ser esclarecidos o que contribuiria para que a terapia *online* tivesse maior probabilidade de sucesso e não fosse algo desagradável para o cliente.

As Atitudes dos Clientes face à Terapia *Online* são um aspeto importante e que é preciso considerar num processo terapêutico *online*, dado que estas influenciam variáveis importantes deste processo, como a Presença e a Aliança terapêutica. O presente estudo evidencia uma maneira possível de melhorar os serviços de apoio psicológico e/ou psicoterapêutico em contexto *online* dando enfoque à perspetiva dos clientes.

Deste modo, sugere-se que antes de iniciar um processo psicoterapêutico *online*, se percebam quais as atitudes, crenças e receios do cliente face ao mesmo para que ele possa ter um serviço que vá ao encontro das suas necessidades e preferências. Seria, portanto, importante difundir, tanto junto de terapeutas como de clientes, informação sobre a terapia *online*, os seus benefícios e a sua eficácia de modo a que este serviço pudesse chegar e ajudar mais pessoas. Ou seja, seria importante aumentar a literacia, tanto de terapeutas como de clientes, face à terapia *online*. Pela amostra do presente estudo, foi possível perceber que apesar de vários terapeutas e clientes terem conhecimento da existência deste serviço antes da pandemia, uma reduzida percentagem disponibilizava ou tinha consultas nesta modalidade terapêutica. Tal, pode também ter contribuído para que, apesar de em estudos passados, a experiência prévia ter impactado as Atitudes e outras variáveis do processo terapêutico *online* (Ballesteros & Hilliard, 2016; Knechtel & Erickson, 2020; Cipolleta & Mocellin, 2017), neste estudo, o mesmo não se ter verificado. Tendo em conta que a amostra do presente estudo denotava pouca experiência prévia e/ou treino com terapia *online*, talvez seja também importante investir-se em formação/treino nesta modalidade terapêutica.

A amostra reduzida do presente estudo e com grupos que não apresentam o mesmo número de participantes, com pouca experiência prévia e/ou treino com terapia *online* apresenta-se como uma limitação o que não permite ter uma boa representatividade da

população em estudo. Adicionalmente, dado que se tratava de uma amostra de conveniência, os resultados não podem ser generalizados para além desta.

Apesar de ter sido avaliada, o que representa uma vantagem face a outros estudos, os resultados indicam que está presente alguma desejabilidade social, sendo esta mais evidente por parte dos terapeutas. Tal facto, pode ter impactado os resultados.

O estudo apresenta um *design* transversal, o que não permite inferir causalidade, pois tal só é possível em estudos com *design* experimental (Bastos & Duquia, 2007).

Apesar do exposto, ainda é escassa a informação sobre a terapia *online*, donde se apresenta como importante continuar a realizar investigação sobre a mesma e quais as condições necessárias para a sua realização. Tal apresenta-se como relevante na medida em que a generalização deste tipo de acompanhamento partiu de uma necessidade geral da população, sendo por isso preciso perceber de que forma se podem melhorar estas intervenções para que possa oferecer um serviço de maior qualidade.

Propõe-se que em estudos futuros se replique o estudo recorrendo a uma maior amostra, grupos com números de participantes equivalentes, experiência e treino prévio em terapia *online*, para averiguar se os resultados variam.

Poderá ser relevante estudar outras variáveis que tenham impacto nas atitudes, tanto de clientes como de terapeutas, face à terapia *online*, nomeadamente, as dificuldades percecionadas, o nível de conforto face à tecnologia e, no caso dos clientes, a empatia e a capacidade do terapeuta reparar ruturas na aliança terapêutica percecionadas, bem como o envolvimento terapêutico (Rathenau et al., 2021; Elliot et al., 2011; Safran et al., 2011; Watson, 2016; LeBeau et al., 2013).

Recomenda-se também que se realizem estudos qualitativos, com clientes e terapeutas, para verificar quais os aspetos que estes consideram mais relevantes na terapia *online* e em que medida esses afetam as suas atitudes face à mesma.

Por fim, recomenda-se que se continuem a realizar estudos sobre a experiência prévia em terapia *online* para verificar em que medida esta impacta os resultados e/ou as atitudes face à mesma. Uma possível sugestão seria realizar um estudo longitudinal onde se avaliavam as atitudes antes de começar a realizar terapia *online*, e depois se avaliava este construto várias vezes ao longo do processo, para que se pudesse perceber em que medida este ia variando com a experiência.

Referências

- Amos, P.M., Bedu-Addo, P.K., & Antwi, T. (2020). Experiences of Online Counseling Among Undergraduates in Some Ghanaian Universities. *SAGE Journal*, 10 (3), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2158244020941844>.
- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Kählke, F., Fritsche, L., Salewski, C., & Ebert, D. D. (2018). Public attitudes toward guided internet-based therapies: Web-based survey study. *JMIR Mental Health*, 5(2), Article e10735. <https://doi.org/10.2196/10735>.
- Bachelor A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118–135. <https://doi.org/10.1002/cpp.792>.
- Ballesteros, J. L., & Hilliard, R. C. (2016). U.S.-based Latina/o college students' attitudes toward online counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(4), 269–285. doi:10.1007/s10447-016-9271-x.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160. doi:10.1080/15228830802094429.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4–17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7.
- Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
- Békés, V., & Doorn, K. A. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238.
- Békes, V., Doorn, K. A., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers in Psychology*, 12:705699. doi: 10.3389/fpsyg.2021.705699.

- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. B. Lambert (Eds.), *Bergins and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd edition, pp. 169-219). Wiley.
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127–149. <https://doi.org/10.1023/A:1009444132104>.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Boldrini, T., Schiano, L. A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology*. 21;11:591170. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591170.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007). Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconferencessource. In *Proceedings of the 10th Annual International Workshop on Presence, Barcelona* (pp. 25–27).
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>.

- Cataldo, F., Chang, S., Mendoza, A., & Buchanan, G. (2021). A Perspective on Client-Psychologist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR mental health*, 8(2), e19004. <https://doi.org/10.2196/19004>.
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2017). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 1-16. doi: 10.1080/10503307.2016.1259533.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95–105.
- Cowpertwait, L., & Clarke, D. (2013). Effectiveness of web-based psychological interventions for depression: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 247–268. doi:10.1007/s11469-012-9416-z.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>.
- Feijt, M., Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., & IJsselsteijn, W. (2020). *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 23(12), 860-864. <http://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 55(4), 316-340.
- Fuertes, J. & Williams, E. (2017). Client-focused psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 369-375. doi:10.1037/cou0000214.
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17.
- Geller, S. M. (2013). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. In Cooper, M., Schmid, P. F., O'Hara, M., & Bohart, A. C. (Eds.). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2^a ed.), pp. 209-222. Basingstoke: Palgrave.

- Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000025-000>.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71–86. <https://doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279>.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13485-000>.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178. <https://doi.org/10.1037/a0037511>.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599–610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D. J., & Nelson, E. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology, Research and Practice*, 49, 205–219. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000188>.
- Haddouk, L. (2015). Presence in telepsychotherapy: Towards a video-interview framework. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17(4), 712–713.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy research*, 16(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: an investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(4), 636–643. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.4.636>.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011a). Alliance in individual psychotherapy. In Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press. pp, 25-69.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011b). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Knechtel, L. M. & Erickson, C. A. (2020): Who's Logging on? Differing Attitudes about Online Therapy, *Journal of Technology in Human Services*, 39, 24-42. doi: 10.1080/15228835.2020.1833810.
- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework compliance counts in cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171-179. doi:10.1080/16506073.2013.763286.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142, 801-830.
- Li, P., Jaladin, R. A. M., & Abdullah, H. S. (2013). Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia-social and Behavioral sciences*, 103, 1243-1251.
- Machado, P. & Ramos, M. A. (2008). Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised. [Unpublished master thesis]. Universidade do Minho.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Hapero, D. A. (1999) The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research, *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337, doi: 10.1080/09638239917256.
- Marôco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. D. G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438.
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' Attitudes Toward Internet Interventions: Exploratory Cross-Sectional Study *Journal of Medical Internet Research Mental Health, 7*(4), 1-17. doi: 10.2196/16817.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy, 25*, 797– 808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review, 28*, 69-83. doi:10.1016/j.cpr.2011.08.003.
- Rathenau, S., Sousa, D., Vaz, A., & Geller, S. (2021). The Effect of Attitudes Toward Online Therapy and the Difficulties Perceived in Online Therapeutic Presence. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000266>.
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology, 38*(1), 119–125. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198201\)38:1<119::AID-](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198201)38:1<119::AID-)
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280-299.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of clinical psychology, 73*(11), 1556–1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>.
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Assche, E. V., & De Witte, N. A. (2020).

- Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Watson, J. C. (2016). The role of empathy in psychotherapy: Theory, research, and practice. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 115–145). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-005>.
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>.
- Zainudin, Z. N., & Yusop, Y. M. (2018). Client's Satisfaction in Face-To-Face Counselling and Cyber Counseling Approaches: A Comparison. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(3), 677–684.
- Zainudin, Z., Hassan, S., Ahmad, N. A., Yusop, Y., Wan O., Wan N., & Alias, B. (2021). A Comparison of a Client's Satisfaction between Online and Face-to-face Counselling in a School Setting. *Pertanika Journal of Science and Technology*, 29, 135-153. doi:10.47836/pjssh.29.s1.08.

Anexos

Anexo A – Revisão de Literatura

1. A Psicoterapia – o que é, eficácia e fatores comuns

A psicoterapia é um tratamento interpessoal para problemas de natureza mental, com base em princípios psicológicos e que envolve um terapeuta e um cliente. O cliente procura ajuda para lidar com o(s) seu(s) problema(s), e o terapeuta procura ajudá-lo a lidar com ele e a resolvê-lo através de um processo ajustado ao cliente (Wampold & Imel, 2015). Em suma, requer que se forme e desenvolva uma relação entre as partes, na qual, o terapeuta vai capacitar o cliente de estratégias para lidar com situações e emoções que lhes causam sofrimento ou que são difíceis de gerir (Wampold, 2019).

Desde que, Eysenck (1952) afirmou que a psicoterapia não era eficaz, os muitos estudos e meta-análises realizados, demonstraram a sua eficácia, (Rosenzweig, 1954; Bergin, 1963; Smith & Glass, 1977) obtendo um *d* de Cohen (efeito estimado) de 0.85 (Smith et al., 1980; Wampold & Imel, 2015). Tal significa que, em média, quem faz psicoterapia, no final desta, estará 80% melhor, com menos sofrimento psicológico, que uma pessoa que não o fez (Wampold & Imel, 2015; Lambert, 2013a). Denota-se que a eficácia da psicoterapia não é diferente nos vários quadros teóricos, nem em relação a perturbações específicas (Wampold, et al., 1997; Seligman, 1995; Imel, Wampold, et al., 2008a; Miller et al., 2008; Benish et al., 2008; Imel, Malterer, et al., 2008b; Wampold, et al., 2017; Munder, et al., 2018), algo conhecido como o veredito de Dodó e que se mantém até aos dias de hoje (Wampold & Imel, 2015).

Uma das explicações propostas para justificar esta equivalência de resultados é a hipótese dos fatores comuns (Rosenzweig, 1936). Esta postula que são os elementos comuns a todas as psicoterapias, que contribuem significativamente para os resultados benéficos destas (Rosenzweig, 1936; Wampold & Imel, 2015), e não os fatores específicos de cada uma (Wampold & Imel, 2015; Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013). Os fatores comuns representam um de quatro fatores identificados como influenciando os resultados da psicoterapia, sendo eles: 1) fatores extra-terapêuticos ou fatores do cliente; 2) fatores comuns; 3) expectativas e 4) técnicas específicas a cada modelo (Lambert & Barley, 2001; Lambert, 2013). Cada um destes impacta os resultados de maneira diferente, i.e., 40% dos resultados resultam dos fatores extra-terapêuticos ou

do cliente, 30% dos fatores comuns, 15% das expectativas e 15% das técnicas específicas de cada terapia (Lambert & Barley, 2001; Lambert, 2013a).

Laska e colaboradores (2014) propõem como fatores comuns: 1) uma ligação emocionalmente forte entre o terapeuta e o cliente; 2) um setting seguro e de confiança; 3) um terapeuta que providencia uma explicação psicológica adaptativa, convincente e aceite pelo cliente para o(s) seu(s) problema(s), e 4) um conjunto de procedimentos acordados entre cliente e terapeuta que visam levar o paciente a adotar respostas/comportamentos mais adaptativos. Deste modo, a psicoterapia providencia uma ligação de trabalho colaborativa entre terapeuta e cliente, onde este último aumenta a sua segurança e confiança, diminuindo a sua tensão, ameaça e ansiedade. Tal, possibilita a exploração de novos pensamentos e comportamentos, alívio emocional, mudanças na conceptualização do(s) seu(s) problema(s), e em último caso, uma nova maneira de agir e abordar o(s) seu(s) problema(s) (Sousa, 2017; Lambert, 2013a).

Fatores referentes à relação terapêutica, à colaboração entre terapeuta e cliente e à qualidade de ambas, apresentam-se como alguns dos aspetos mais importantes em psicoterapia. Sendo que a investigação têm demonstrado consecutivamente dados que reforçam que a relação terapêutica como o fator comum, mais importante no processo terapêutico (Lambert, 2013a).

2. A Terapia Online

Apesar da prática psicoterapêutica ter sido até então praticada maioritariamente face-a-face, recentemente, devido à pandemia, os vários psicólogos e psicoterapeutas viram-se obrigados a mudar a sua prática para o contexto online devido às várias restrições impostas pelas instituições de saúde (e.g., distanciamento social) como medidas de combate à pandemia. Uma vez que a continuação do acompanhamento face-a-face constituía um risco acrescido para a saúde não só dos terapeutas, mas também dos clientes (Boldrini, et al., 2020). Os terapeutas tiveram de fazer uso das tecnologias de comunicação (e.g., computador, telemóvel) para continuar a sua prática profissional, sem interromper os processos terapêuticos já iniciados, podendo deste modo, continuar a prestar apoio aos seus clientes (Van Daele, et al., 2020). Adicionalmente, no contexto pandémico atual, verificam-se maiores níveis de ansiedade, depressão, solidão, entre outros (Serafini, et al., 2020; Murphy, et al., 2021; Roy, et al., 2021; Keshavarzi, et al.,

2021), o que salienta uma maior necessidade de serviços de apoio psicológico. A terapia *online* apresenta-se como uma maneira de dar resposta a estas necessidades.

Até este momento já existiam vários estudos sobre a terapia *online*, e esta já era realizada pela minoria dos terapeutas. Contudo, passou a ser a norma para a maioria sem que eles tivessem experiência ou formação prévia com esta modalidade terapêutica (Cipolletta & Mocellin, 2017; Glueckauf, et al., 2018; Mendes-Santos, et al., 2020).

A terapia *online* pode ser definida como a realização da psicoterapia recorrendo a uma tecnologia de comunicação (e.g., computador, *tablet*, telemóvel), que pode ou não estar aliada à *internet* (e.g., videoconferência), e que medeia a relação entre o terapeuta e o cliente, que se encontram em espaços físicos distintos. Esta, pode tomar várias designações na literatura como por exemplo, terapia *online* (*online therapy*), e-aconselhamento (*e-counseling*), e-terapia (*e-therapy*), terapia cibernética (*cyber therapy*), terapia por *e-mail* (*e-mail therapy*), e-saúde (*e-health*), tele-saúde (*telehealth*), etc. (Barak, et al., 2009; Perle, Langsam, & Nierenberg, 2011; Li et al., 2013). Apesar destas várias designações, pode considerar-se que a terapia *online* pode ser feita através de meios de comunicação síncronos, i.e., através de contacto direto e em tempo real entre cliente e terapeuta (e.g., videoconferências, telefonemas, mensagens instantâneas), e meios de comunicação assíncronos, i.e., o contacto entre o cliente e o terapeuta não ocorre em simultâneo (e.g., *e-mail*) (Li et al., 2013).

Os estudos pré-pandémicos, e as meta-análises feitas suportam que a psicoterapia *online* é eficaz e produz resultados semelhantes aos da psicoterapia face-a-face para clientes com várias perturbações (Barak, et al., 2008; Perle et al., 2011; Cowpertwait & Clarke, 2013; Carlbring, et al., 2018; Varker, et al., 2019).

2.1. As vantagens

Existem várias vantagens que podem ser apontadas a favor da adoção da terapia *online*, donde se destaca como a principal a sua facilidade de acesso, o que aumenta a acessibilidade dos serviços de saúde mental. Deste modo, clientes que vivem em áreas rurais, clientes que vivem ou têm de se deslocar ao estrangeiro e querem manter o terapeuta, clientes que têm dificuldade em sair de casa devido a alguma doença ou limitação física e clientes muito ocupados profissionalmente, podem dispor de uma maior facilidade de aceder a estes serviços (Simpson, 2009; Li et al., 2013; Cipolletta & Mocellin, 2017; Knechtel & Erickson, 2020; Simpson, et al., 2021). Adicionalmente,

pode também ser benéfico para pacientes com fobia social e que por isso receiam interações sociais presenciais (Li et al., 2013), bem como na diminuição ou eliminação do estigma e da vergonha que alguns pacientes sentem quando procuram ajuda de serviços mentais (Li et al., 2013). A este respeito, no estudo de Cipolleta e Mocellin (2017), verificou-se que o estigma social foi menor nos pacientes que estavam a ter terapia *online* do que em terapia tradicional. A terapia *online* permite que os clientes conservem uma anonimidade maior do que na terapia tradicional, o que se apresenta como uma vantagem para os pacientes que receiam ser estigmatizados (Wong, et al., 2018). Outro aspeto, relacionado com o aumento da acessibilidade prende-se com o custo mais reduzido da terapia *online*, o que pode ser considerado uma vantagem para os clientes (Li et al., 2013; Griffiths, 2001).

Esta modalidade terapêutica pode ser percecionada pelos clientes como menos confrontativa do que a terapia face-a-face, i.e., os clientes relatam sentir maior facilidade em expor-se a exprimir-se com os seus terapeutas, o que pode ser algo vantajoso uma vez que tal facto pode potenciar uma maior reflexão e expressão emocional de sentimentos e experiências difíceis para o cliente (Suler, 2004; Leibert, et al., 2006). Salienta-se que a terapia *online* pode ser vantajosa, não apenas para os clientes que já eram acompanhados, mas também para uma população mais geral, como aqueles que nunca fizeram psicoterapia, mas que após os meses de isolamento e as várias perdas que podem ter sofrido podem necessitar de apoio psicológico (Gao, et al., 2020).

Adicionalmente, os terapeutas familiares podem envolver membros familiares que não vão a terapia familiar tradicional, ou conhecer um pouco mais do ambiente em que os seus clientes vivem (Li et al., 2013; King, Engi & Poulos, 1998).

A terapia *online* pode ser o único serviço ou pode ser aplicado em conjunto com a terapia face-a-face (Li et al., 2013). É importante notar que alguns autores sugerem que as terapias *online* não devem substituir na totalidade as terapias tradicionais (face-a-face), mas sim, atuarem em conjunto com estas como um meio complementar quando o contacto face-a-face com o paciente é difícil (Van Daele, et al., 2020), ou como um apoio mais intensivo ao processo terapêutico durante períodos centrais do processo ou no final do mesmo (Castelnuovo, et al., 2003).

2.2. Os desafios

Podem também ser apontadas desvantagens ou levantadas questões que se prendem com a utilização da mesma. A principal parece prender-se com a falta de contacto físico entre o terapeuta e o cliente, bem como a redução ou ausência de comunicação não-verbal entre as partes (Li et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017; Feujt, et al., 2020). Tal, pode diminuir o sentido de intimidade, confiança e comprometimento com a relação terapêutica, o que por sua vez pode comprometer/enfraquecer a relação terapêutica. Isto acontece devido à perda de aspetos como expressões faciais, linguagem corporal ou o tom de voz, o que por sua vez pode aumentar os casos de mal-entendidos (Li et al., 2013; Feujt, et al., 2020). Outras desvantagens também reportadas predem-se com a privacidade do cliente e do terapeuta (Cipolleta & Mocellin, 2017; Kotera, et al., 2021). Adicionalmente, os problemas tecnológicos, como uma conexão de *internet* instável, ou a falta de conhecimento/capacidades tecnológicas do terapeuta, pode ter impacto no decorrer da sessão e consequentemente na relação terapêutica (Kotera, et al., 2021). Nesta linha, também é necessário que o cliente possua os meios, como uma conexão à *internet*, um computador ou um telemóvel, bem como conhecimentos de como os utilizar, para ter acesso a este tipo de serviços (Li et al., 2013).

2.2.1. Atitudes dos Terapeutas e Experiência Prévia

Alguns psicoterapeutas demonstram reservas e atitudes neutras ou ligeiramente mais negativas face às terapias *online* (Mendes-Santos, et al., 2020; Cipolleta & Mocellin, 2017; Békés & Doorn 2020; Békés, et al., 2021). Os terapeutas portugueses não estão familiarizados nem apresentam treino ou experiência prévia com terapia *online*, apresentando atitudes na mesma linha face a este tipo de intervenção (Mendes-Santos, et al., 2020). Estas atitudes não parecem ser diferentes quando se considera a idade, o género ou o modelo teórico do terapeuta (Cipolleta & Mocellin, 2017; Békés, et al, 2021). É importante notar que apesar disto, a terapia *online* por videoconferência é considerada pelos terapeutas como a mais indicada para disponibilizar terapia *online* (Cipolleta & Mocellin, 2017). Tal, pode dever-se ao facto de através de uma videoconferência o terapeuta e o cliente se conseguirem ver e ouvir mutuamente e em simultâneo, e assim, apesar da distância física perdia-se menos o acesso à linguagem não verbal das partes.

As razões apontadas para justificar estas atitudes neutras ou ligeiramente negativas, prendem-se com uma das desvantagens já mencionadas da perda de contacto físico e da comunicação não verbal e prosódia do cliente (Li et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017; Feujt, et al., 2020). Estas visões negativas podem impactar o modo como os terapeutas abordam a terapia *online* o que por sua vez pode inibir o potencial da mesma (Rees & Stone, 2005). Adicionalmente, o facto de os terapeutas terem pouco ou nenhum conhecimento, experiência com, e treino sobre esta modalidade terapêutica pode também contribuir para estas reservas e atitudes mais negativas (Cipolleta & Mocellin, 2017; Békés & Doorn 2020) e para os seus receios de que a relação terapêutica seja negativamente impactada pelo contexto *online* (Geller, 2020).

Alguns estudos indicam que indivíduos com experiência prévia em terapia *online* apresentam atitudes mais positivas face a esta (Ballesteros & Hilliard, 2016; Knechtel & Erickson, 2020), bem como maior probabilidade relatada de fornecer este tipo de terapia (Cipolleta & Mocellin, 2017). No estudo de Knechtel e Erickson (2020) destaca-se ainda o facto de indivíduos que apenas ouviram falar da existência e da possibilidade de se realizar terapia *online* apresentarem atitudes mais positivas face à mesma. Apesar de, no geral, os indivíduos considerarem a terapia face-a-face como mais “valiosa” do que a terapia *online*, indivíduos que já realizaram, que estão a realizar as duas modalidades terapêuticas, ou a equacionar realizar terapia *online*, não “valorizam” mais uma do que outra (Knechtel & Erickson, 2020). Os dados do estudo de Békés e Doorn (2020) apontam fatores como experiência prévia e a experiência com terapia *online* durante a pandemia (i.e., preparação prévia, experiência percebida do cliente, sentirem-se cansados, menos confiantes, competentes, menos conectados e autênticos, durante a terapia *online*) como fatores que influenciam as atitudes face à terapia *online*.

Um estudo que avaliou as dificuldades sentidas pelos terapeutas em quatro categorias (conexão emocional, distração, privacidade do paciente, limites do terapeuta) antes e depois de realizarem terapia *online*, verificou que as dificuldades reportadas diminuiriam ao fim de 3 meses, e que as atitudes face à terapia *online* se tornaram mais positivas como resultado desta diminuição da dificuldade percebida (Békés, et al., 2021).

Contudo, apesar destas atitudes, os terapeutas não são totalmente contra a sua adoção e aplicação (Perle, et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017). Nestes dois estudos (i.e., Perle et al., 2013; Cipolleta & Mocellin, 2017), apesar de poucos psicoterapeutas

terem experiência com a terapia *online* cerca de 60% eram favoráveis à adoção desta modalidade terapêutica.

2.3. A principal preocupação do terapeuta, a relação

Relativamente às principais preocupações que os terapeutas reportam, i.e., preocupações relativas à relação, esta é uma preocupação justificada uma vez que os estudos evidenciam uma relação preditiva entre aspetos relativos à relação terapêutica, nomeadamente a aliança terapêutica e os resultados psicoterapêuticos na psicoterapia tradicional, face-a-face (Flückiger, et al., 2018), bem como na psicoterapia *online*, que apresenta resultados bastante similares (Flückiger, et al., 2018).

Deste modo, apresenta-se como importante perceber o que é que a literatura diz sobre este aspeto, bem como como é que se pode melhorar/otimizar a relação terapêutica em contexto *online*. Dentro da relação terapêutica podem-se destacar dois construtos teóricos importantes – a aliança e a presença terapêutica.

3. A aliança terapêutica

A aliança terapêutica é um conceito teórico que não apresenta uma definição precisa, causando algum debate entre os autores (Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011a). Contudo, Bordin (1979) propôs uma definição meta-teórica deste construto. De acordo com esta definição, a aliança terapêutica pode ser definida como a colaboração entre o terapeuta e o cliente relativamente a três componentes: 1) ao estabelecimento e desenvolvimento de uma ligação emocional entre o terapeuta e o cliente; 2) aos objetivos acordados entre os dois como sendo os objetivos da terapia, e 3) às tarefas, ou seja, as ações, ao que se vai fazer para alcançar os objetivos da terapia.

Esta, pode ser definida mais amplamente como uma relação colaborativa e afetiva entre o cliente e o terapeuta (Bordin, 1979). Os aspetos colaborativos seriam o acordo entre os objetivos e as tarefas terapêuticas, enquanto os aspetos afetivos seriam a relação/vínculo entre ambos que incluiria a confiança, respeito e carinho mútuo. Assim, a aliança terapêutica não diz respeito apenas respeito aos aspetos afetivos da relação terapêutica.

Bordin (1979) propôs também que seria esta relação, entre uma pessoa que procura a mudança (cliente) e outra que lhe pode oferecer esta mudança (terapeuta), uma das chaves/aspetos centrais para o processo de mudança. Aqui, é importante salientar que

os pacientes tendem a cotar a aliança de uma maneira mais positiva do que os terapeutas (Hartmann, et al., 2014; Tyrone t al.,2007; Igra, et al., 2020), com algumas meta-análises a associar a perspetiva do cliente com os resultados terapêuticos (Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011a).

A presença de uma aliança terapêutica forte é um dos aspetos que tem vindo a ser apontado como dos mais importantes durante o processo terapêutico (Wampold, 2015). Esta, apresenta-se como um dos fatores comuns mais estudados (Lambert & Barley, 2001), estando associada a melhores relações terapêuticas e a resultados positivos em terapia, independentemente do quadro teórico do terapeuta (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b). Estes efeitos da aliança sobre os resultados terapêuticos são robustos e responsáveis por cerca de 8% da variabilidade dos resultados (Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b), existindo várias meta-análises a indicar que alianças mais fortes estão associadas a melhores resultados terapêuticos (Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011b; Martin et al., 2000; Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds, 2011a).

Os estudos indicam que a aliança terapêutica consegue ser estabelecida no contexto *online*, com níveis semelhantes aos da terapia face-a-face (Cook & Doyle, 2002; Simpson & Reid, 2014; Watts, et al., 2020). Contudo, alguns estudos indicam que esta pode ser ligeiramente inferior à estabelecida na terapia tradicional (Norwood, et al., 2018), donde ainda precisa de ser um aspeto mais investigado.

4. A presença terapêutica

A presença terapêutica, é um fator pertencente à relação terapêutica, que cria segurança e auxilia na construção da aliança terapêutica, aumentando deste modo a eficácia da terapia (Geller, 2020). É um fator referente à relação estabelecida entre terapeuta e cliente, estando relacionada com a mudança terapêutica (Dunn, et al., 2013; Geller, 2017; Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014), podendo também ser considerada um fator comum. Para além disso, apresenta-se como um aspeto necessário e preliminar para a criação e desenvolvimento de um sentimento de segurança, bem como uma aliança terapêutica mais forte, o que por sua vez contribui para a eficácia da psicoterapia e para uma melhor relação entre terapeuta e cliente (Dunn, et al., 2013; Geller, 2017; Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2010; Geller & Porges, 2014; Geller, 2013a).

A presença terapêutica é considerada uma maneira de agir que reflete o envolvimento e entrega total do terapeuta ao processo terapêutico e ao momento presente do encontro com o cliente (Geller, 2013a). É uma experiência interna sentida pelo terapeuta como estando completamente no momento com o cliente, disponível para este e para um contacto relacional profundo a vários níveis: físico, emocional, cognitivo, relacional e espiritual (Geller & Greenberg, 2002, 2012; Geller et al., 2010; Geller, 2017). Este contacto profundo, permite ao terapeuta conectar-se com o cliente e com a sua vivência incorporando-a.

É importante notar que o conceito de presença terapêutica se diferencia do conceito de “telepresença”. Este último define-se como a percepção de estar fisicamente presente com alguém (e.g., cliente) que não está no mesmo espaço físico que nós. No caso da terapia, estas partilhas ocorridas na sessão à distância, através da telepresença, possibilitam a experiência de uma entrega total ao processo terapêutico como se ambas as partes estivesse no mesmo espaço físico e não numa sessão *online* (Haddouk, 2015; Bouchard, et al., 2007). A presença terapêutica e a telepresença são conceitos diferentes, mas que podem ser vistos e entendidos como complementares.

Através da presença terapêutica é possível otimizar o estar com o cliente (tanto durante a sessão como na preparação prévia para a mesma), e a aplicação da técnica (Geller, 2020). É importante salientar que é um “estar com” o cliente e não um “*doing to the client*” (Geller & Greenberg, 2002).

Deste modo, é possível que o cliente se sinta completamente seguro, acolhido, e compreendido podendo assim “abrir-se” e conectar-se com o terapeuta, estabelecendo e desenvolvendo a relação terapêutica e como consequência facilitar a sua recuperação (Geller & Greenberg, 2012; Geller & Porges, 2014; Geller, 2020).

O terapeuta começa por cultivar a presença antes sessão, para que quando se encontra com o cliente já esteja presente. Para tal, é necessário que o terapeuta tenha a intenção e o compromisso de estar presente, colocando de parte as suas expectativas, teorias e preocupações de modo a abordar a sessão com abertura, aceitação, interesse e uma atitude não avaliativa (Geller, 2013a). Uma das maneiras dos terapeutas fazerem, isto, é através da prática da presença na sua vida diária, i.e., na sua vida para lá da terapia, através do estar presente com os outros, de estar atento e comprometido com o desenvolvimento pessoal, e de se envolver em práticas de *mindfulness* como a meditação

(Geller, 2013a). Já durante a sessão, a presença terapêutica é alcançada através de quatro aspetos: 1) estar presente e em contacto consigo próprio no momento presente; 2) estar imersivo, aberto e recetivo ao que está a acontecer no momento; 3) um sentimento de expansão e amplitude de consciência e percepção; 4) esta presença, imersão e expansão é acompanhada da intenção de estar com e para o cliente, ao serviço do outro no seu processo de cura (Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2010). Deste modo, o terapeuta convida o cliente para um estado partilhado e profundo de presença terapêutica. Neste processo de presença, o recetor, i.e., o terapeuta, absorve todos os vários aspetos da experiência (corporal, verbal, não verbal) do cliente naquele momento. Através desta recetividade à experiência do cliente, o terapeuta experimenta uma ressonância interna com a vivência deste. Isto, em conjunto com a sua intuição e conhecimento profissional, permitem-lhe trabalhar com o cliente as suas problemáticas partindo de um ponto de sintonia de si e do cliente (Geller et al., 2010; Geller & Greenberg, 2012; Geller, 2017).

Assim, os terapeutas estão também presentes com a sua experiência interna no momento, e não só com a experiência dos seus clientes (Geller, 2017), oscilando entre as duas o que lhes permite serem responsivos às necessidades e experiências do cliente no momento (Geller & Greenberg, 2002). Esta responsividade tem por base não só o estado emocional e a experiência interna do cliente, mas também a intuição e conhecimento técnico e profissional do terapeuta e a relação estabelecida entre ambos (Geller et al., 2010; Geller, 2013a).

O terapeuta com maior presença está disponível não só para estar em contacto consigo, estando consciente de si (linguagem, postura, comunicação verbal e não verbal), do seu impacto no cliente e no processo terapêutico, bem como estando consciente de como o processo terapêutico está a decorrer. Dentro destes vários contactos o terapeuta deve receber absorver e incorporar corretamente a experiência do cliente (Geller & Greenberg, 2012; Geller, 2020). A presença terapêutica envolve a capacidade dual do terapeuta de prestar atenção ao cliente e à sua experiência, mas também a si e à sua experiência, sendo capaz de ao mesmo tempo refletir sobre o que está a acontecer entre os dois (Geller & Greenberg, 2002).

A presença terapêutica permite e potencia que os clientes a se sintam compreendidos e acolhidos, o que resulta em sentimentos de segurança e envolvimento no trabalho terapêutico (Geller, 2017). A presença do terapeuta convida o cliente a estar presente com a sua experiência e na relação terapêutica, permitindo um trabalho

terapêutico mais profundo (Geller & Porges, 2014), que o cliente se “abra” e explore temas mais profundos e dolorosos num ambiente e numa relação segura e de apoio (Geller, 2013a). É através desta sensação e sentimento de segurança emocional que a presença terapêutica reforça a relação estabelecida entre terapeuta e cliente (Geller & Porges, 2014).

Quando o terapeuta tem a habilidade de manter a postura terapêutica, mantendo-se envolvido e estabelecendo um contacto adequado e devolvendo respostas apropriadas, oferece ao cliente a possibilidade de este se sentir mais descontraído, compreendido e com maior segurança para partilhar os momentos e experiências de forma mais íntima. Esta sintonização entre terapeuta e cliente permite uma profundidade maior e é fundamental para o sucesso da terapia pois permite um crescimento e conhecimento, de outra forma difíceis de conseguir, porque o ambiente seguro é propiciador para a mudança (Geller & Porges, 2014).

A presença terapêutica permite que o terapeuta ofereça uma consciência não julgativa/avaliativa, de compaixão, focada e intuitiva ao serviço do processo de cura do paciente (Geller, 2013b; Geller & Greenberg, 2002).

Vários estudos sobre a presença terapêutica indicam que existe uma discrepância entre a perceção dos terapeutas e dos clientes em relação a esta (Geller et al., 2010). Parecendo haver uma tendência nos resultados a indicar que são os relatos dos clientes sobre a presença terapêutica do terapeuta que são preditores da relação e dos resultados da sessão (Geller et al., 2010), bem como, evidenciado por Geller e Porges (2014), da aliança terapêutica e da redução de sintomas. Parecem ser as perceções do cliente sobre a presença do terapeuta que estão relacionadas com estes resultados e não as perceções dos terapeutas (Geller, 2013a), e que é esta perceção dos clientes que lhes permite sentirem-se mais conectados com os seus terapeutas e a terem resultados mais positivos da terapia (Geller, 2013b). Deste modo, é possível verificar que clientes e terapeutas apresentam visões contrárias sobre a presença terapêutica, bem como sobre a aliança terapêutica que é estabelecida através da terapia *online* (Cataldo, et al., 2021).

5. O cliente

É importante notar que os clientes não são meros recipientes de informação ou de técnicas aplicadas pelo terapeuta, mas são também uma parte ativa da relação bilateral entre terapeuta e cliente (Macran, et al., 1999). Os clientes são agentes ativos no seu

processo de cura e, ajudados pelos terapeutas por exemplo através de técnicas terapêuticas e da informação por ele disponibilizada, pensam sobre essa informação, fazem sentido dela, integram-na e aplicam-na sua vida de modo a alcançar os seus objetivos terapêuticos (Bohart, 2000). Esta perspetiva vai no sentido da hipótese dos fatores comuns onde os clientes são responsáveis por cerca de 40% dos resultados terapêuticos, enquanto o terapeuta apenas é responsável por 5 ou 8% (Wampold & Imel, 2015; Wampold & Brown, 2005). Apesar desta contribuição importante dos clientes para a terapia, eles são considerados por alguns autores como a variável esquecida na investigação (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013).

Os estudos que existem sobre a perspetiva do cliente parecem indicar que, tal como os terapeutas, eles consideram a relação como o aspeto mais importante do processo terapêutico (Timulak & Keogh, 2017). Donde é necessário perceber a sua perspetiva sobre os aspetos relacionais não só no contexto tradicional, mas também no contexto emergente das terapias *online*.

Como foi várias vezes referido ao longo deste artigo a psicoterapia envolve a relação entre um terapeuta e o seu cliente, donde também é importante ter em conta a perspetiva do cliente no que respeita ao processo terapêutico, neste caso, sobre as terapias *online*. Aqui, a literatura indica que esta parece ser mais bem aceite pelos clientes do que pelos terapeutas (Watts, et al., 2020), não só por pontuarem a aliança terapêutica mais positivamente, mas também pelos níveis de satisfação semelhantes aos da terapia face-a-face (Zainudin & Yusop, 2018; Zainudin, et al., 2021). Tal, verifica-se também em relação à presença terapêutica como já mencionado, com os clientes e a sua visão da mesma a mostrar-se mais associada aos resultados terapêuticos.

Relativamente às atitudes e à experiência prévia, a evidência parece ir na mesma direção que as do terapeuta, i.e., que a experiência prévia ou o mero conhecimento da existência desta possibilidade conduz a atitudes mais positivas (Knechtel & Erickson, 2020). Contudo, continuam a ser necessários mais estudos para averiguar este aspeto.

6. Estudo presente

Face a esta exposição apresenta-se como importante o estudo da presença terapêutica na medida em que esta se apresenta como uma maneira de colmatar uma das principais preocupações dos terapeutas no que respeita as terapias *online*, dado que permite construir e consolidar as relações terapêuticas (Geller, 2020). Para além disso, o

estudo de Rathenau e colaboradores (2021) verificou que as dificuldades percebidas pelos terapeutas tiveram um impacto negativo na presença reportada, i.e., quando as dificuldades percebidas aumentaram a sensação de presença diminuía. Adicionalmente, verificou-se que quando as atitudes face à terapia *online* eram positivas, a presença terapêutica era maior. O estudo mencionado avaliou a percepção dos terapeutas, contudo, importa também perceber qual a perspetiva dos clientes sobre a terapia *online*, sobre a aliança e a presença terapêutica do terapeuta ou a experiência prévia com terapia *online*, dado que estes também são uma parte ativa na relação e no processo terapêutico. Assim, apesar de serem conceitos conceptualmente diferentes da relação terapêutica, a presença e a aliança terapêutica estão positivamente relacionadas com esta, donde se as melhorarmos individualmente indiretamente estamos a melhorar a relação.

O presente estudo tem como principal objetivo perceber qual a perspetiva dos clientes sobre 1) a presença terapêutica *online*, 2) o estabelecimento da aliança terapêutica em contexto *online*, bem como 3) as suas atitudes face à terapia *online* e 4) a influencia da experiência prévia com terapia *online* nas atitudes face à mesma. Assim, como questões de investigação temos 1) Como será a aliança terapêutica vivida pelos Clientes em Terapia *Online*? Será diferente da perspetiva dos Terapeutas?; 2) Como será a presença terapêutica sentida pelos clientes em contexto *online*? Será diferente da perspetiva dos Terapeutas?; 3) Como serão as atitudes dos clientes em relação à terapia *online*? Será que as atitudes podem impactar a relação terapêutica?; e, 4) Será que a experiência prévia em relação à terapia *online* influencia as atitudes e a relação terapêutica tanto na perspetiva dos clientes como na perspetiva dos terapeutas?

Referências

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counselling and psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>.
- Ballesteros, J. L., & Hilliard, R. C. (2016). U.S.-based Latina/o college students' attitudes toward online counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling, 38*(4), 269–285. doi:10.1007/s10447-016-9271-x.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*, 109–160. doi:10.1080/15228830802094429.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 38*, 4–17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7.
- Békés, V., & Doorn, K. A. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 238.
- Békés, V., Doorn, K. A., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers in Psychology, 12*:705699. doi:10.3389/fpsyg.2021.705699.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative issues revisited. *Journal of Counseling Psychology, 10*, 244-250.

- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *10*(2), 127–149. <https://doi.org/10.1023/A:1009444132104>.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Boldrini, T., Schiano, L. A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology*, *21*;11:591170. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591170.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, *16*(3), 252.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007). Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconferencessource. In Proceedings of the 10th Annual International Workshop on Presence, Barcelona (pp. 25–27).
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>.
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyber Psychology & Behavior*, *6*(4), 375-382.

- Cataldo, F., Chang, S., Mendoza, A., & Buchanan, G. (2021). A Perspective on Client-Psychologist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR mental health*, 8(2), e19004. <https://doi.org/10.2196/19004>.
- Chaudhary, A. P., Sonar, N. S., Tr, J., Banerjee, M., & Yadav, S. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of College Students in India: Cross-sectional Web-Based Study. *JMIRx med*, 2(3), e28158. <https://doi.org/10.2196/28158>.
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2017). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 1-16. doi: 10.1080/10503307.2016.1259533.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95–105.
- Cowpertwait, L., & Clarke, D. (2013). Effectiveness of web-based psychological interventions for depression: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 247–268. doi:10.1007/s11469-012-9416-z.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Feijt, M., Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., & IJsselsteijn, W. (2020). *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 23(12), 860-864. <http://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 55(4), 316-340.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15, e0231924. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.

- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17.
- Geller, S. M. (2013a). Therapeutic Presence: An Essential Way of Being. In Cooper, M., Schmid, P. F., O'Hara, M., & Bohart, A. C. (Eds.). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2^a ed.), pp. 209-222. Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M. (2013b). Therapeutic Presence as a Foundation for Relational Depth. In Knox, R., Murphy, D., Wiggins, S., & Cooper, M. (Eds.), *Relational depth: New perspectives and developments*. pp. 175-184. Basingstoke: Palgrave.
- Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000025-000>.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86. <https://doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279>.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13485-000>.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178. <https://doi.org/10.1037/a0037511>.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D. J., & Nelson, E. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology, Research and Practice*, 49, 205-219. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000188>
- Griffiths, M. (2001). Online therapy: A cause for concern? *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 14, 244-248.

- Haddouk, L. (2015). Presence in telepsychotherapy: Towards a video-interview framework. *International Journal of Emergency Mental Health, 17*(4), 712–713.
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2014): Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence, *Psychotherapy Research, 25*(4), 408-419. doi: 10.1080/10503307.2014.927601.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 38*(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011a). Alliance in individual psychotherapy. In Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press. pp, 25-69.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011b). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Igra L., Lavidor M., Atzil-Slonim D., Arnon-Ribenfeld N., de Jong S., & Hasson-Ohayon I. (2020). A meta-analysis of client-therapist perspectives on the therapeutic alliance: Examining the moderating role of type of measurement and diagnosis. *European Psychiatry, 63*(1), e67, 1–7 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.67>.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008a). Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008b). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197-206.
- King, S.A., Engi, S., & Poulos, S.T. (1998). Using the Internet to assist family therapy. *British Journal of Guidance & Counselling, 26*(1), 43-52.
- Knechtel, L. M. & Erickson, C. A. (2020): Who's Logging on? Differing Attitudes about Online Therapy, *Journal of Technology in Human Services, 39*, 24-42. doi: 10.1080/15228835.2020.1833810.

- Kotera Y, Kaluzeviciute G, Lloyd C, Edwards A-M, & Ozaki A. (2021). Qualitative Investigation into Therapists' Experiences of Online Therapy: Implications for Working Clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(19),10295. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910295>.
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed., pág. 169 –218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481.
- Leibert, T., Archer, J., Munson, J., & York, G. (2006). An Exploratory Study of Client Perceptions of Internet Counseling and the Therapeutic Alliance. *Journal of Mental Health Counseling*. 28, 69-83. doi: 10.17744/mehc.28.1.f0h37djr89nv6vb.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>.
- Li, P., Jaladin, R. A. M., & Abdullah, H. S. (2013). Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia-social and Behavioral sciences*, 103, 1243-1251.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & hapiro, D. A. (1999) The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research, *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337, doi: 10.1080/09638239917256.

- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438.
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese Psychologists' Attitudes Toward Internet Interventions: Exploratory Cross-Sectional Study *Journal of Medical Internet Research Mental Health. 7*(4), 1-17. doi: 10.2196/16817.
- Miller, S. D., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 18*(1), 5-14.
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P. Rabung, S., Steinert, C. & Wampold, B. E. (2019) Let's Distinguish Relative and Absolute Efficacy to Move Psychotherapy Research Forward. *Zeitschrift Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, 65*(2), 178-182. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.178>.
- Murphy, L., Markey, K., O' Donnell, C., Moloney, M., & Doody, O. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Archives of psychiatric nursing, 35*(4), 375–394. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.002>.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy. 25*, 797– 808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., & Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review, 28*, 69-83. doi:10.1016/j.cpr.2011.08.003.
- Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., Nierenberg, B., & Marker, C. D. (2013). Attitudes toward psychological telehealth: Current and future clinical psychologists' opinions of internet-based interventions. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 100–113. doi:10.1002/jclp.21912.

- Rathenau, S., Sousa, D., Vaz, A., & Geller, S. (2021). The Effect of Attitudes Toward Online Therapy and the Difficulties Perceived in Online Therapeutic Presence. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000266>.
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36(6), 649–653.
- Rosenzweig, S (1954). A transvaluation of psychotherapy; a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412.
- Roy, A., Singh, A. K., Mishra, S., Chinnadurai, A., Mitra, A., & Bakshi, O. (2021). Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. *The International journal of social psychiatry*, 67(5), 587–600. <https://doi.org/10.1177/0020764020950769>.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537.
- Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 271–286. <http://dx.doi.org/10.1080/03069880902957007>.
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409-421.
- Smith, M. L., & Glass, G. PC1 (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.

- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevante para os clínicos*. Lisboa: Fim de Século.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 321–326.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of clinical psychology*, 73(11), 1556–1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>.
- Tryon G. S., Sasha Blackwell S. C., & Hammel, E. F. (2007) A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance, *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642. doi: 10.1080/10503300701320611.
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Assche, E. V., & De Witte, N. A. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160. 160–173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice* (2^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>.

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Wampold, B. E., Flückiger C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baarsdeth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017) In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research* 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological bulletin*, 122(3), 203.
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>.
- Wong, K. P., Bonn, G., Tam, C. L., & Wong, C. P. (2018). Preferences for online and/or face-to-face counseling among university students in Malaysia. *Frontier Psychology*, 9(64). doi:10.3389/fpsyg.2018.00064.
- Zainudin, Z. N., & Yusop, Y. M. (2018). Client’s Satisfaction in Face-To-Face Counselling and Cyber Counseling Approaches: A Comparison. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(3), 677–684.
- Zainudin, Z., Hassan, S., Ahmad, N. A., Yusop, Y., Wan O., Wan N., & Alias, B. (2021). A Comparison of a Client’s Satisfaction between Online and Face-to-face Counselling in a School Setting. *Pertanika Journal of Science and Technology*. 29, 135-153. doi:10.47836/pjssh.29.s1.08.

Anexo B – Caracterização da Amostra

Tabela B1 – Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas categoriais dos terapeutas

		Frequência	%
Género	Masculino	21	17.9%
	Feminino	96	82.1%
	Outro	0	0%
País em que reside	Portugal	79	67.5%
	Brasil	21	17.9%
	Angola	0	0%
	Cabo Verde	0	0%
	Moçambique	1	0.9%
	Croácia	4	3.4%
	Hungria	5	4.3%
	Itália	1	0.9%
	Argentina	1	0.9%
	Israel	1	0.9%
	Estados Unidos	3	2.6%
	Canada	1	0.9%
	Habilitações Literárias	Licenciatura	20
Certificado de Graduação		1	0.9%
Mestrado		59	50.4%
Doutoramento		30	25.6%
Outros		7	6.0%
Modelo Teórico	Abordagem Cognitivo-Comportamental	12	10.3%
	Abordagem Humanista	11	9.4%
	Abordagem Existencial	25	21.4%
	Abordagem Comportamentalista	0	0%
	Abordagem Psicodinâmica	21	17.9%
	Abordagem Sistémica	7	6.0%
	Abordagem Integrativa (2 ou mais modelos teóricos)	41	35.0%

Tabela B2 – Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas categoriais dos clientes

		Frequência	%
Género	Masculino	22	20.4%
	Feminino	85	78.7%
	Outro	1	.9%
País em que reside	Portugal	88	81.5%
	Brasil	20	18.5%
	Angola	0	0%
	Cabo Verde	0	0%
	Moçambique	0	0%
Habilitações Literárias	4º ano	0	0%
	6º ano	0	0%
	9º ano	0	0%
	12º ano	10	9.3%
	Licenciatura	40	37.0%
	Mestrado	41	38.0%
	Doutoramento	8	7.4%
	Outro	9	8.3%
Profissão	Estudante	28	25.9%
	Setor primário	0	0%
	Setor secundário	1	0.9%
	Setor terciário	64	59.3%
	Desempregado	2	1.9%
	Reformado	2	1.9%
	Outro	11	10.2%

Tabela B3 – Variáveis sociodemográficas quantitativas contínuas

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade Terapeutas	45.25	11.213	24	75
Idade Clientes	32.69	11.202	18	61

Tabela B4 – Frequência e percentagem das variáveis de experiência prévia dos terapeutas

		Frequência	%
Tinha conhecimento da existência da terapia online antes do COVID-19	Sim	107	91.5%
	Não	10	8.5%
Praticava terapia online antes do COVID-19	Sim	57	48.7%
	Não	60	51.3%
Se respondeu “Sim”, na pergunta anterior, há quanto tempo	Menos de 6 meses	3	5.3%
	Menos de 1 ano ou 1 ano inclusive	6	10.5%
	Mais de 1 ano	9	15.8%
	Mais de 2 anos	6	10.5%
	Mais de 3 anos	33	57.9%
Como pratica terapia online?	Videochamada	112	95.7%
	Chamada telefónica	1	0.9%
	E-mail	0	0%
	Mensagens instantâneas	0	0%
	Outro	4	3.4%
Possuía treino prévio antes de começar a dar sessões online?	Sim	13	11.1
	Não	104	88.9
Quando deu a sua última sessão online?	Hoje	49	41.9%
	Nos últimos 3 dias	41	35.0%
	Na última semana	18	15.4%
	Nos últimos 15 dias	9	7.7%

Tabela B5 – Frequência e percentagem das variáveis de experiência prévia dos clientes

		Frequência	%
Tinha conhecimento da existência da terapia online antes do COVID-19?	Sim	57	52.8%
	Não	51	47.2%
Já tinha tido consultas de terapia online antes do COVID-19	Sim	14	13.0%
	Não	94	87.0%
Se respondeu “Sim”, na pergunta anterior, em que modalidade	Videochamada	17	85.0%
	Chamada telefónica	1	5.0%
	E-mail	0	0%
	Mensagens instantâneas	0	0%
	Outro	2	10.0%
Quando recebeu a última sessão online?	Hoje	11	10.2%
	Nos últimos 3 dias	19	17.6%
	Na última semana	25	23.1%
	Nos últimos 15 dias	53	49.1%

Anexo C – Instrumentos

C1 – Questionário Sociodemográfico – Terapeutas

Género:

- Masculino
- Feminino
- Outro

Idade: _____

Habilitações Literárias:

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Em que país reside?

- Portugal
- Brasil
- Angola
- Cabo Verde
- Moçambique

Qual o modelo teórico no qual se apoia para a prática clínica?

- Abordagem Cognitivo-Comportamental
- Abordagem Humanista
- Abordagem Existencial
- Abordagem Comportamental
- Abordagem Psicodinâmica
- Abordagem Sistémica
- Abordagem Integrativa (2 ou mais modelos terapêuticos)

C2 – Questionário Sociodemográfico – Clientes

Género:

- Masculino
- Feminino
- Outro

Idade: _____

País de residência:

- Portugal
- Brasil
- Angola
- Cabo Verde
- Moçambique

Habilitações Literárias:

- 4º ano
- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Profissão:

- Estudante
- Setor primário (e.g., agricultor, produtor de gado, pescador, extrativista, caçador, seringueiro, mineiro)
- Setor secundário (e.g., fábricas automobilísticas, química, eletrónicos, energia e têxtil)
- Setor terciário (prestação de serviços – e.g., professores, comerciantes, cozinheiros, etc.)

Desempregado

Reformado

Outro

C3 – Experiência Prévia em Terapia Online – Terapeutas

Tinha conhecimento da existência da psicoterapia online previamente ao contexto pandémico?

Sim

Não

Praticava terapia online antes da pandemia COVID-19?

Sim

Não

Se sim, há sensivelmente quanto tempo?

Menos de 6 meses

Menos de 1 ano ou 1 ano inclusive

Mais de 1 ano

Mais de 2 anos

Mais de 3 anos

Como pratica terapia online?

Videochamada

Chamada telefónica

E-mail

Mensagens instantâneas (sms, chats)

Outro

Possuía treino prévio em terapia online antes de começar a dar sessões online?

Sim

Não

Quando deu a última sessão online?

Hoje

Nos últimos 3 dias

Na última semana

Nos últimos 15 dias

C4 – Experiência Prévia – Cliente

Tinha conhecimento da existência da psicoterapia em contexto online antes da pandemia COVID-19?

Sim

Não

Já tinha tido consultas de psicoterapia online antes do contexto pandémico?

Sim

Não

Se sim, em que modalidade de terapia online?

Videochamada

Chamada telefónica

E-mail

Mensagens instantâneas (sms, chats)

Outro

Quando recebeu a sua última sessão online?

Hoje

Nos últimos 3 dias

Na última semana

Nos últimos 15 dias

C5 – Presença Terapêutica – Terapeuta

Por favor, reflita um pouco sobre a sua experiência interna na sessão que deu hoje (ou na última sessão que deu) para responder às perguntas que se seguem. Por favor, indique a sua experiência predominante nessa sessão, de acordo com as sete opções de resposta que variam desde “Não, de todo” a “Completamente”. Não se esqueça que estamos a perguntar novamente sobre a Terapia Online.

1. Estive consciente do meu próprio fluxo interno de experiência:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

2. Senti-me cansado/a ou entediado/a:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

3. Foi difícil ouvir o meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente

Completamente

4. Senti a interação, entre mim e o meu cliente, fluida e com ritmo:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

5. O tempo pareceu arrastar-se muito:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

6. Foi difícil manter-me concentrado/a:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

7. Houve momentos em que estava tão imerso/a na experiência do meu cliente que perdi a noção de tempo e espaço:

Não, de todo

Muito pouco

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

8. Consegui colocar de lado as minhas próprias exigências e preocupações para estar com o meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

9. Senti-me distante ou desconectado/a do meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

10. Senti uma profunda apreciação e respeito pelo meu cliente enquanto pessoa:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente

Completamente

11. Senti-me alerta e sintonizado/a com as nuances e subtilezas da experiência do meu cliente:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

12. Estive completamente presente no momento nesta sessão:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

13. Senti-me impaciente ou crítico/a:

Não, de todo

Muito pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito

Quase completamente

Completamente

14. As minhas respostas foram guiadas pelos sentimentos, palavras, imagens ou intuições que emergiram da minha experiência ao estar com o meu cliente:

Não, de todo

- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

15. Mal podia esperar que a sessão terminasse:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

16. Houve momentos em que a minha resposta externa ao meu cliente foi diferente da forma como me senti por dentro:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

17. Senti-me totalmente imerso/a na experiência do meu cliente e, ainda assim, centrado/a em mim mesmo:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente

- Muito
- Quase completamente
- Completamente

18. Por vezes os meus pensamentos afastaram-se do que estava a acontecer no momento:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

19. Senti-me em sincronia com o meu cliente de tal forma que me permitiu sentir o que ele/ela estava a experienciar:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

20. Senti-me genuinamente interessado/a na experiência do meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

21. Senti uma distância ou barreira emocional entre mim e o meu cliente:

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

C6 – Presença Terapêutica – Cliente

Por favor, reflita um pouco sobre a sua experiência de estar com o seu terapeuta durante a sessão de hoje (ou a última sessão que teve com ele) e responda às seguintes questões.

Relembrando que estamos a referir-nos ao contexto online. Escolha a opção que descreve predominantemente o que sentiu.

1. O meu terapeuta estava completamente no momento comigo.

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

2. As respostas do meu terapeuta estavam em sintonia com o que eu estava a experienciar no momento.

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente
- Completamente

3. O meu terapeuta parecia distraído.

- Não, de todo
- Muito pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Quase completamente

Completamente

C7 – Aliança Terapêutica – Terapeuta

Abaixo encontrará afirmações sobre o que uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu cliente. Por baixo de cada afirmação existe uma escala de cinco pontos. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder a todas as afirmações.

1. O/a meu/minha cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que é necessário fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

2. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do/a meu/minha cliente.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

3. O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

4. O/a meu/minha cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

5. Aprecio o/a meu/minha cliente como pessoa.

Raramente

Ocasionalmente

Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

6. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o/a meu/minha cliente.

Raramente

Ocasionalmente

Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

7. O/a meu/minha cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.

Raramente

Ocasionalmente

Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

8. O/a meu/minha cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.

Raramente

Ocasionalmente

Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

9. Eu respeito o/a meu/minha cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

10. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o/a meu/minha cliente trabalhar.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

C8 – Aliança Terapêutica – Cliente

Abaixo encontrará afirmações sobre o que uma pessoa pode pensar ou sentir acerca da terapia ou do seu terapeuta. Por baixo de cada afirmação existe uma escala de 5 pontos. Para cada afirmação, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente. Note que a escala de resposta não é a mesma para todas as afirmações. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder a todas as afirmações.

1. Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

2. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

3. Acho que o meu terapeuta gosta de mim.

- Sempre
- Frequentemente
- Muitas vezes
- Ocasionalmente
- Raramente

4. O meu terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

5. O meu terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.

Sempre

Frequentemente

Muitas vezes

Ocasionalmente

Raramente

6. O meu terapeuta e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados.

Sempre

Frequentemente

Muitas vezes

Ocasionalmente

Raramente

7. Sinto que o meu terapeuta me aprecia.

Sempre

Frequentemente

Muitas vezes

Ocasionalmente

Raramente

8. O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar.

Raramente

Ocasionalmente

Muitas vezes

Frequentemente

Sempre

9. Sinto que o meu terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que ele não aprova.

- Sempre
- Frequentemente
- Muitas vezes
- Ocasionalmente
- Raramente

10. Sinto que aquilo que faço na terapia me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

11. O meu terapeuta e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

- Raramente
- Ocasionalmente
- Muitas vezes
- Frequentemente
- Sempre

12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correto.

- Sempre
- Frequentemente
- Muitas vezes
- Ocasionalmente
- Raramente

C9 – Atitudes em Relação à Terapia Online

Irá encontrar algumas questões sobre terapia online ou terapia pela internet. Por favor, responda com honestidade e leia as perguntas antes de responder!

1. As terapias online são modernas e ajustadas aos nossos tempos modernos.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

2. As terapias online substituirão a psicoterapia presencial convencional no futuro.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

3. A terapia pela internet é mais compatível com a vida profissional e privada do que a terapia presencial convencional.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

4. Não me faz diferença se a psicoterapia é feita através da internet ou presencialmente numa clínica de psicoterapia.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

5. As terapias pela internet vão chegar a mais indivíduos com problemas de saúde mental.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

6. Os seguros de saúde devem cobrir os custos das terapias pela Internet.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

7. As terapias pela internet são tão eficazes quanto as psicoterapias presenciais convencionais.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

8. A confiança num terapeuta pode ser tão facilmente construída pela internet como na psicoterapia presencial convencional.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

9. As terapias online são uma alternativa apropriada às terapias face-a-face.

- Discordo totalmente

- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

10. Caso tivesse problemas de saúde mental, eu faria terapia online.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

11. Eu preferiria terapia online a terapia face-a-face.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

12. As terapias online vão alcançar e ajudar mais pacientes.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

13. Não estou particularmente preocupado/a com a segurança de dados em terapias online.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

14. O anonimato nas terapias pela internet diminui as limitações para falar de maneira aberta e honesta sobre questões importantes.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

15. Através da disseminação de terapias pela internet, as pessoas obterão ajuda profissional mais cedo.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

16. Os mal-entendidos ocorrem nas terapias pela internet com a mesma frequência que nas terapias convencionais.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

17. As terapias pela internet são adequadas para a maioria dos pacientes, independentemente das suas características pessoais (idade, sexo, educação, etc.).

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo, completamente

C10 – Atitudes e traços pessoais

Abaixo encontrará algumas afirmações relativas a atitudes e traços pessoais. Por favor, indique para cada afirmação se esta se aplica a você escolhendo a opção verdadeiro ou falso.

1. Às vezes é difícil continuar com meu trabalho se não sou/estou encorajado(a).

Verdadeiro

Falso

2. Às vezes sinto-me ressentido(a) quando não consigo o que quero.

Verdadeiro

Falso

3. Em algumas ocasiões, desisti de fazer algo porque pensei que tinha poucas capacidades.

Verdadeiro

Falso

4. Houve momentos em que senti vontade de me revoltar/opor-me contra pessoas com autoridade, mesmo sabendo que elas estavam certas.

Verdadeiro

Falso

5. Sou sempre um(a) bom/boa ouvinte, independentemente de com quem esteja a falar.

Verdadeiro

Falso

6. Houve ocasiões em que tirei vantagem de outrem.

Verdadeiro

Falso

7. Estou sempre disposto a admitir quando cometo um erro.

Verdadeiro

Falso

8. Às vezes tento vingar-me, em vez de perdoar e esquecer.

Verdadeiro

Falso

9. Sou sempre amável, mesmo com as pessoas que são desagradáveis.

Verdadeiro

Falso

10. Nunca me irrita quando as pessoas expressam ideias muito diferentes das minhas.

Verdadeiro

Falso

11. Houve momentos em que tive bastante inveja da sorte dos outros.

Verdadeiro

Falso

12. Às vezes fico irritado(a) com pessoas que me pedem favores.

Verdadeiro

Falso

13. Nunca disse, deliberadamente, algo que magoasse os sentimentos de alguém.

Verdadeiro

Falso

Anexo D – Consentimento Informado

Caro (a) Participante,

O presente estudo realiza-se no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica realizada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Este tem como objetivo estudar algumas variáveis do processo terapêutico que poderão ser impactadas com a prática da terapia online.

ESTE ESTUDO DESTINA-SE TANTO A TERAPEUTAS COMO A CLIENTES EM TERAPIA ONLINE.

O ESTUDO PRETENDE AVALIAR O QUE SENTIU NA ÚLTIMA SESSÃO DE PSICOTERAPIA ONLINE.

O tempo total estimado de preenchimento deste questionário é de 10 a 15 minutos.

Pedimos a colaboração de terapeutas e de clientes em processo terapêutico online que possam preencher o presente questionário. A participação é totalmente voluntária, tendo apenas de responder na totalidade a algumas questões da forma mais honesta e espontânea possível de acordo com o que é mais adequado à situação. Contudo, se a qualquer momento não se sentir confortável ou quiser desistir, tem total liberdade para o fazer. Todos os dados recolhidos serão exclusivamente tratados para efeitos estatísticos do presente estudo, serão analisados coletivamente e é garantida a total confidencialidade e o anonimato das respostas. Salienta-se ainda que não existem respostas certas ou erradas.

Perante tudo isto, se concordar em participar neste estudo poderá passar à página seguinte, onde encontrará as perguntas do questionário.

Caso exista algum tipo de dúvidas ou questões adicionais, por favor entre em contacto através do seguinte email:

Maria João Dias - t.terapiasonline@gmail.com

Agradeço desde já a sua disponibilidade e cooperação, que é de extrema importância para o sucesso do estudo presente.

Declaro ter lido e compreendido a informação exposta anteriormente, dando assim o meu consentimento para participar no presente estudo

Sim, declaro e quero prosseguir para o questionário

Anexo E – Análise de Dados

Tabela E1 – Normalidade das variáveis em estudo

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo/Máximo	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach
Presença Terapêutica – Terapeutas	5.83	.631	3.76-6.90	-1.149	1.612	.878
Presença Terapêutica – Clientes	6.13	1.084	2.67-7.00	-1.359	1.153	.833
Aliança Terapêutica – Terapeutas	4.28	.435	2.80-5.00	-.521	.485	.813
Aliança Terapêutica – Clientes	3.99	.742	1.08-5.00	-1.249	1.957	.921
Atitudes – Clientes	2,32	.562	.88-3.47	-.502	-.139	.850
Desejabilidade Social – Terapeutas	1.63	.224	1.08-2.00	-.502	-.268	.740
Desejabilidade Social – Clientes	1.45	.226	1.00-2.00	.030	-.321	.728

Tabela E2 – Matriz das correlações entre variáveis

	ExpP_T	TreP	ExpP_C	PT_T	AT_T	A	PT_C	AT_C
Experiência Prévia – T	1.000							
Treino Prévio	-.018	1.000						
Experiência Prévia – C	-.103	.127	1.000					
Presença Terapêutica – T	-.105	-.065	-.170	1.000				
Aliança Terapêutica – C	-.007	-.015	-.012	.370**	1.000			
Atitudes	.045	-.083	.008	.216*	.039	1.000		
Presença Terapêutica – C	-.031	-.176	-.023	.083	.083	.368**	1.000	
Aliança Terapêutica – C	.029	.092	-.136	.028	.059	.438**	.491**	1.000

Nota:

* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2 extremidades)

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)

Tabela E3 – Teste t-student – comparação de grupos entre terapeutas e clientes em relação à Presença e Aliança Terapêutica

		Teste de Levene para igualdade de variâncias				Sig (2- tailed)
		Z	Sig.	T	df	
Presença Terapêutica	Variâncias iguais assumidas	28.977	.000	-2.529	223	.012
	Variâncias iguais não assumidas	-	-	-2.479	166.121	.014
Aliança Terapêutica	Variâncias iguais assumidas	13.285	.000	3.552	223	.000
	Variâncias iguais não assumidas	-	-	3.483	169.774	.001

Tabela E4 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Presença Terapêutica Terapeuta)

		Presença Terapêutica – T	Experiência Prévia – T
Correlação de Pearson	Presença Terapêutica – T	1.000	-.130
	Experiência Prévia – T	-.1230	1.000
p-value	Presença Terapêutica – T	-	.081
	Experiência Prévia – T	.081	-

Tabela E5 – ANOVA da Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Presença Terapêutica Terapeuta)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	.778	1	.778	1.972	.163
Residual	45.387	115	.395	-	-
Total	46.165	116	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,017$; $R^2_{ajustado} = 0,008$

Tabela E6 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Presença Terapêutica Terapeuta)

Modelo	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro	Beta			Tolerância	VIF
Constante	6.077	.185	-	32.826	.000	-	-
Experiência Prévia – T	-.163	.116	-.130	-1.404	.163	1.000	1.000

Tabela E7 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Aliança Terapêutica Terapeuta)

		Aliança Terapêutica – T	Experiência Prévia – T
Correlação de Pearson	Aliança Terapêutica – T	1.000	.001
	Experiência Prévia – T	.001	1.000
p-value	Aliança Terapêutica – T	-	.496
	Experiência Prévia – T	.496	-

Tabela E8 – ANOVA da Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Aliança Terapêutica Terapeuta)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	.000	1	.000	.000	.992
Residual	21.912	115	.191	-	-
Total	21.912	116	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,000$; $R^2_{ajustado} = -0,009$

Tabela E9 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Terapeuta → Aliança Terapêutica Terapeuta)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro				Tolerância	VIF
Constante	4.283	.129	-	33.299	.000	-	-
Experiência Prévia – T	.001	.081	.001	.010	.992	1.000	1.000

Tabela E10 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Presença Terapêutica Cliente)

	Presença Terapêutica – C	Experiência Prévia – C
Correlação de Pearson	1.000	-.040
	Experiência Prévia – C	1.000
p-value	-	.341
	Experiência Prévia – C	.341

Tabela E11 – ANOVA da Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Presença Terapêutica Cliente)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	.200	1	.200	.169	.682
Residual	125.515	106	1.184	-	-
Total	125.215	107	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,002$; $R^2_{ajustado} = -.008$

Tabela E12 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Presença Terapêutica Cliente)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro				Tolerância	VIF
	Constante	6.366	.592			-	10.747
Experiência Prévia – C	-.128	.312	-.040	-.411	.682	1.000	1.000

Tabela E13 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Aliança Terapêutica Cliente)

	Aliança Terapêutica – C	Experiência Prévia – C
Correlação de Pearson	Aliança Terapêutica – C	1.000
	Experiência Prévia – C	-.150
p-value	Aliança Terapêutica – C	.061
	Experiência Prévia – C	-

Tabela E14 – ANOVA da Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Aliança Terapêutica Cliente)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	1.320	1	13.20	2.429	.122
Residual	57.617	106	.544	-	-
Total	58.937	107	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,022$; $R^2_{ajustado} = 0,013$

Tabela E15 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Aliança Terapêutica Cliente)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro				Tolerância	VIF
	Constante	4.615	.401			-	11.498
Experiência Prévia – C	-.329	.211	-.150	-1.558	.122	1.000	1.000

Tabela E16 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Atitudes)

		Atitudes	Experiência Prévia – C
Correlação de Pearson	Atitudes	1.000	-.006
	Experiência Prévia – C	-.006	1.000
p-value	Atitudes	-	.476
	Experiência Prévia – C	.476	-

Tabela E17 – ANOVA da Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Atitudes)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	.001	1	.001	.004	.952
Residual	33.820	106	.319	-	-
Total	33.821	107	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,000$; $R^2_{ajustado} = -.009$

Tabela E18 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Simples (Experiência Prévia Cliente → Atitudes)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados Beta	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro				Tolerância	VIF
Constante	2.338	.307	-	7.602	.000	-	-
Experiência Prévia – C	-.010	.162	-.006	-.061	.952	1.000	1.000

Tabela E19 – Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Presença Terapêutica Cliente)

		Experiência Prévia – C	Atitudes	Presença Terapêutica – C
Correlação de Pearson	Experiência Prévia – C	1.000	-.006	-.040
	Atitudes	-.006	1.000	.454**
	Presença Terapêutica – C	-.040	.454**	1.000
p-value	Experiência Prévia – C	-	.952	.682
	Atitudes	.952	-	.000
	Presença Terapêutica – C	.682	.000	-

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)

Tabela E20 – ANOVA da Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Presença Terapêutica Cliente)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	26.043	2	13.022	13.718	.000
Residual	99.672	105	.949	-	-
Total	125.715	107	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,207$; $R^2_{ajustado} = 0,192$

Tabela E21 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Presença Terapêutica Cliente)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados	t	Sig.	Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro	Beta			Tolerância	VIF
Constante	4.323	.659	-	6.557	.000	-	-
Atitudes	.874	.168	.453	5.218	.000	1.000	1.000
Experiência Prévia – C	-.120	.279	-.037	10.962	.669	1.000	1.000

Tabela E22– Quadro de correlação entre as variáveis do Modelo Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Aliança Terapêutica Cliente)

		Experiência Prévia – C	Atitudes	Aliança Terapêutica – C
Correlação de Pearson	Experiência Prévia – C	1.000	-.006	-.150
	Atitudes	-.006	1.000	.423**
	Aliança Terapêutica – C	-.150	.423**	1.000
p-value	Experiência Prévia – C	-	.952	.122
	Atitudes	.952	-	.000
	Aliança Terapêutica – C	.122	.000	-

** A correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)

Tabela E23 – ANOVA da Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Aliança Terapêutica Cliente)

Modelo	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	Z	Sig.
Regressão	11.843	2	5.921	13.202	.000
Residual	47.095	105	.449	-	-
Total	58.937	107	-	-	-

Nota: $R^2 = 0,201$; $R^2_{ajustado} = 0,186$

Tabela E24 – Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla (Experiência Prévia Cliente + Atitudes → Aliança Terapêutica Cliente)

Modelo	Coeficientes Padronizados		Coeficientes Padronizados			Estatísticas de Colinearidade	
	B	Pdr. Erro	Beta	t	Sig.	Tolerância	VIF
Constante	3.311	.453	-	7.306	.000	-	-
Atitudes	.558	.115	.423	4.844	.000	1.000	1.000
Experiência Prévia – C	-.324	.192	-.147	-1.687	.095	1.000	1.000