



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A IMPORTÂNCIA DA PERSPECTIVA DO CLIENTE:
CARACTERÍSTICAS INTERPESSOAIS DO TERAPEUTA
QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR

MARIA MARGARIDA SOARES SEVERINO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA

Professor 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

Especialidade em Psicologia Clínica

2019

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

AGRADECIMENTOS

«Quanto mais alto se sobe, mais longe é o horizonte.»

Vergílio Ferreira

O espaço restrito desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, devidamente, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psicologia Clínica, me ajudaram, directa ou indirectamente, a cumprir os meus objectivos e a realizar esta etapa da minha formação académica e da minha vida. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas é certo, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecimento e gratidão.

Agradeço ao Professor Doutor Daniel Sousa e ao Alexandre Magalhães Vaz pelo apoio.

Ao Nuno, o principal responsável por eu estar aqui. Sem a sua persistência provavelmente não teria acontecido.

À Maria João, por todo o apoio que me deu a cada dia, incentivando-me sempre a persistir (e nunca desistir) para ir mais além. A ela devo grande parte da minha resiliência.

Ao meu pai, ainda que muitas vezes em silêncio, me apoia a cada instante.

E àqueles membros da família, os especiais, que nunca deixaram de estimular a minha perseverança e que se tornam, a cada dia, cada vez mais importantes para mim.

Aos incansáveis amigos. Carla: a procura de informação, acompanhares-me na candidatura foi um passo essencial. Ana: a ajuda, o apoio incansável, sempre. Mónica: a disponibilidade constante para todas as horas. Lazana: a coragem de te expores para me ajudar. Um obrigado muito especial por me terem dado uma ajuda tão importante.

Aos fantásticos companheiros que conheci nesta jornada que se transformaram em amigos especiais, que entraram na minha vida e no meu coração.

A todos os que foram capazes de perceber a pouca disponibilidade que por vezes demonstrei, mas que me incentivaram, me ajudaram e nunca me deixaram faltar a esperança. Um agradecimento especial pela compreensão das ausências em momentos cruciais que careciam da minha atenção e presença.

Aos que ousaram partir, mas acima de tudo aos que obstinaram prevalecer.

Obrigada por acreditarem em mim!

Que nesta nova fase da vida, todas as dificuldades se transformem em sorrisos e garra, para lutar pelo cumprimento de todos os sonhos.

Resumo

Objectivo: São ainda escassos estudos sobre as características interpessoais dos terapeutas que moderam e facilitam o processo terapêutico, na perspectiva do cliente. Assim o objectivo é estudar a perspectiva do cliente sobre quais são as características interpessoais do terapeuta mais relevantes, uma vez que apenas existem estudos realizados com medidas de auto relato e observação externa de terapeutas. E verificar ainda se existe alguma relação entre estas características e o bem-estar percebido.

Método: foram seleccionados 205 participantes que responderam à escala FIS-C e CORE-OM. Os dados foram recolhidos em papel e por via electrónica e analisados quantitativamente através de correlações de *pearson* e análise descritiva.

Resultados: foram encontradas correlações entre as características interpessoais do terapeuta e o bem-estar, nomeadamente ao nível do aumento do bem-estar subjectivo percebido e à diminuição de comportamentos de risco. Salientam-se as características: fluência verbal e capacidade de promover esperança e expectativas positivas. O tempo decorrido em psicoterapia está relacionado com todos as características interpessoais dos terapeutas, destacando-se a fluência verbal.

Conclusões: a literatura ressalta que as características interpessoais dos terapeutas influenciam o processo terapêutico. Este estudo vem corroborar os resultados existentes, sobre como estas características são facilitadoras da criação da relação terapêutica, salientando a importância da perspectiva do cliente.

Palavras-Chave: *investigação em psicoterapia, características interpessoais dos terapeutas, perspectiva do cliente, bem-estar subjectivo*

Abstract

Objective: There are still few studies on the interpersonal characteristics of therapists that moderate and facilitate the therapeutic process from the perspective of the client. Thus, the objective is to study the client's perspective on what the most relevant interpersonal characteristics of the therapist are, as there are only studies carried out with measures of self-report and external observation, and to verify whether there is any relation between these characteristics and perceived well-being

Method: we selected 205 participants who answered the FIS-C and CORE-OM scale. Data were collected on paper and electronically, and analyzed quantitatively through Pearson correlations and descriptive analysis.

Results: correlations were found between the therapist's interpersonal characteristics and well-being, namely regarding perceived subjective well-being and the reduction of risk behaviours. It is worth highlighting verbal fluency and the ability to promote hope and positive expectations. The time elapsed in psychotherapy is related to all the interpersonal characteristics of the therapists, particularly verbal fluency.

Conclusion: the literature emphasizes that the interpersonal characteristics of therapists influence the therapeutic process. This study corroborates the existing results on how these characteristics facilitate the establishment of the therapeutic relationship, emphasizing the importance of the client's perspective.

Keywords: *research on psychotherapy, interpersonal characteristics of therapists, client perspective, subjective well-being*

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	32
Tabela 2 – Solução factorial da AFE da escala FIS_C	37
Tabela 3 – Fiabilidade dos itens da escala FIS_C	38
Tabela 4 – Sensibilidade dos itens e da escala total FIS_C	39
Tabela 5 - Solução factorial da AFE da escala CORE.....	40
Tabela 6 – Valores de consistência interna (alpha de cronbach) das subescalas do CORE ...	40
Tabela 7 - Sensibilidade dos itens e da escala total CORE	41
Tabela 8 – Correlações entre o FIS_C e o CORE	42
Tabela 9 - Correlação entre a escala a FIS_C e o tempo de psicoterapia	43

Índice	
INTRODUÇÃO	9
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1-Investigação em psicoterapia	10
1.1-Eficácia em psicoterapia	10
1.2- Existe alguma psicoterapia mais eficaz?.....	12
2-Investigação dos efeitos do terapeuta.....	15
2.1- Efeitos do terapeuta	15
2.2- Competências Interpessoais do Terapeuta	21
3-Investigação sobre o processo de mudança	25
3.1-A importância da perspectiva do cliente	25
4-Objectivo do estudo.....	29
MÉTODO.....	30
1-Participantes.....	31
2- Material.....	33
2.1 – FIS – C.....	33
2.2 – CORE OM	33
3- Procedimento	34
RESULTADOS	37
1- Análise das qualidades métricas	37
1.1 - Escala FIS-C.....	37
1.2 - Escala CORE-OM 10.....	39
2 – Correlações entre variáveis	41
DISCUSSÃO	44
1- Limitações do estudo.....	46
2-Sugestões para investigações futuras	47
CONCLUSÃO.....	48

REFERÊNCIAS	49
ANEXOS.....	56
ANEXO I – Análise descritiva da amostra.....	57
ANEXO II – FIS-C - inglês	59
ANEXO III – FIS- Cliente.....	62
ANEXO IV – Questionário CORE OM-10	64
ANEXO V – Consentimento Informado	65
ANEXO VI – Questionário de dados sociodemográficos	66
ANEXO VII – Qualidades psicométricas.....	67
ANEXO VIII – Correlações.....	78
ANEXO IX – Estatística descritiva.....	82

INTRODUÇÃO

A psicoterapia é um método pelo qual, através da palavra, se aborda o sofrimento psicológico e se processam alterações a nível cognitivo, afectivo e comportamental. Estas dimensões estão interligadas e a mudança de uma, acarreta alterações para as outras, construindo e reconstruindo a interpretação do cliente acerca do mundo. A psicoterapia requer a criação de um relacionamento interpessoal entre o terapeuta e o cliente em que a intervenção pretende habilitar o cliente de capacidades para enfrentar as situações que lhe causam angústia e sofrimento (Wampold, 2019).

É fundamental e útil entender como a psicoterapia actua e, por isso, a investigação nesta área tem-se revelado crucial para a compreensão alargada sobre questões importantes relacionadas com o terapeuta, o cliente e a relação entre ambos, bem como os resultados ou falta deles.

Todas as psicoterapias pretendem promover a mudança no decorrer do processo psicoterapêutico, tendo como objectivo principal a diminuição do sofrimento, embora possam usar diferentes técnicas e teorias (Leal, 2018). Independentemente do modelo teórico, a psicoterapia é realmente eficaz, (Lambert, 2013; Wampold, Baldwin, Holtforth & Imel, 2017).

Os factores comuns, ou seja, os factores que interferem directamente na criação da aliança terapêutica e dos resultados, são de extrema importância. Assim, é pertinente compreender quais as razões e factores implicados que, em detrimento de outros, têm maior eficácia para o sucesso do processo terapêutico, na perspectiva do cliente. Wampold e Imel (2015) referem que há evidências de que é o terapeuta e não o tratamento em si que é responsável pela mudança terapêutica. Assim, porque o terapeuta é uma peça fundamental no processo, e porque os estudos têm revelado que as características dos terapeutas são também importantes, esta investigação pretende preencher uma lacuna da investigação.

O enquadramento teórico focar-se-á na área de investigação pertinente para o tema apresentado: o estudo da percepção do cliente sobre as características do terapeuta que, com maior (ou menor) habilidade, transformam a terapia promovendo bons resultados que impulsionam a mudança, não sem antes revisar alguma literatura sobre a investigação sobre a psicoterapia.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1-Investigação em psicoterapia

1.1-Eficácia em psicoterapia

Mais do que investigar e desenvolver novas psicoterapias, mais do que estudar vários modelos teóricos, é importante perceber se as psicoterapias existentes funcionam e de que forma, uma vez que os diferentes quadros teóricos apresentam intervenções com objectivos também diferenciados (Leal, 2018). É igualmente importante questionar e procurar informação que sustente a natureza dos factos aos quais somos expostos, não aceitando tudo o que vemos ou ouvimos, como uma certeza.

Eysenck (1952) foi um pioneiro no que diz respeito à investigação em psicoterapia, pois desde cedo questionou se este tipo de intervenção seria ou não eficaz, uma vez que não existiam ainda factos científicos que o comprovassem. Este incitamento à dúvida deveu-se à existência de dados sobre clientes que apresentaram melhorias sem o benefício da psicoterapia mas também às diferenças entre clientes com intervenção psicanalítica em comparação com tratamentos de clínica geral, onde obtiveram uma percentagem de maior de sucesso.

Strupp (1963) contestou Eysenck sobre as suas conclusões, defendendo os aspectos positivos das teorias de inspiração analítica. Também Bergin (1971) e Emrick (1975) encontraram evidências de que a psicoterapia é eficaz. Foi este o ponto de partida para se iniciarem estudos na área da investigação sobre a eficácia da psicoterapia, incidindo sobre a metodologia e os seus resultados. Em 1977, Smith e Glass, através de uma meta-análise que incluiu 375 estudos, concluíram existir fortes evidências a favor da eficácia geral da psicoterapia. Posteriormente, em 1980, outra meta-análise de Smith, Glass e Miller com um número superior de estudos sugere que, no final do tratamento existe uma percentagem de 80% de melhoria face às pessoas que não tiveram qualquer tratamento psicológico.

Em 1993, também Lipsey e Wilson aprofundaram a pesquisa minuciosa de 302 meta-análises com vista a discernir quais os efeitos dos tratamentos, concluindo que os acompanhamentos psicológicos apresentam, de forma geral, efeitos positivos consideráveis.

Desde essa altura, a quantidade de estudos aumentou substancialmente e sucedeu-se um acervo de investigações que têm demonstrado a eficácia da psicoterapia. Os seus efeitos estão hoje comprovados para uma enorme variedade de distúrbios (Lambert, 2013).

A psicoterapia é uma prática em evolução e tem vindo a ser submetida a pesquisas controladas e sistemáticas para investigar a efectividade das suas intervenções e a literatura

mais recente sustenta, consistentemente, a eficácia da psicoterapia, corroborando que esta é eficaz em auxiliar as pessoas a atingir os seus objetivos de resolução e superação dos seus problemas a um nível mais rápido e significativo, face às mudanças que resultam de processos naturais (Wampold, 2007, 2019).

Quando comparada com o modelo médico, a psicoterapia revela-se tão ou mais eficaz do que tratamentos farmacológicos em doenças cardíológicas e outros distúrbios, expressando melhorias significativas. Quando comparada com ensaios clínicos (onde se podem modificar e controlar as variáveis envolvidas), apresenta a mesma eficácia de tratamento com fármacos no que diz respeito a doenças mentais, salientando que vantajosamente não oferece efeitos secundários, exhibe menos resistências e é mais duradoura (Lambert, 2013; Wampold, 2007). A psicoterapia também revela eficácia quando comparamos grupos de pessoas expostas ao acompanhamento psicológico *versus* grupos de controlo, sem tratamento, bem como quando comparada à condição de placebo (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). As intervenções terapêuticas são, no geral, igualmente eficientes (independentemente da faixa etária dos clientes) revelando eficácia em: problemáticas de ansiedade e depressão, transtornos (obsessivo-compulsivo, alimentares ou de *stress* pós-traumático) abuso de substâncias, dor crónica, tabagismo, entre outros (Wampold, 2019).

A psicoterapia é também eficaz e profícua no que diz respeito às despesas e custos inerentes, sejam em termos financeiros ou médicos, uma vez que os clientes que recorrem à psicoterapia revelam uma maior tendência para apresentarem maior satisfação, quer seja referente à vida pessoal, quer profissional e apresentam ainda uma menor probabilidade de utilizar os serviços médicos bem como a permanecer, se necessário, por períodos consideravelmente mais curtos em hospitais (Chiles, Lambert & Hatch, 1999; Crane 2008, Wampold, 2019). Além disto, a psicoterapia parece fornecer aos clientes aptidões para resolver e superar os problemas, bem como desenvolver a sua organização interna, mesmo após a psicoterapia ter terminado; assim, os efeitos da psicoterapia prolongam-se em vários momentos contrariamente ao que ocorre com a medicação (existindo ainda a eventualidade de recaídas dos clientes e levando-os a retomar os fármacos) (Wampold, 2019).

A eficácia de cada psicoterapia deve-se à compreensão dos factores terapêuticos que lhes são comuns em união às especificidades particulares de cada uma, pois moldam um modelo que promove mudanças. Assim, quer a nível teórico, quer prático deve ser-lhes atribuída uma importância primordial (Wampold, 2015).

Continuar a pesquisa nesta área permite-nos alargar horizontes e melhorar o conhecimento cultural e relacional na psicoterapia. A importância da investigação prende-se com o facto de

as intervenções psicológicas possuem impactos e consequências reais e significativas para o cliente, razão pela qual o tratamento deve ser adaptado à individualidade do cliente e ao contexto (Norcross, 2011). Mas, também, porque existem efeitos para o terapeuta e, num panorama mais alargado, até para a sociedade (Lambert, 2013).

Se é então consensual que a psicoterapia é realmente eficaz, coloca-se a questão sobre se existe alguma psicoterapia com maior eficácia sobre as restantes. Contudo, apesar da replicação de estudos não parecem existir evidências sobre diferenças significativas nos resultados comparativamente a diferentes psicoterapias, não sendo assim a escola teórica um factor de distinção ou escolha (Lambert, 2013; Wampold, Baldwin, Holtforth & Imel, 2017). Não obstante, existem vários aspectos fundamentais, que devemos ter presentes, para que a mudança terapêutica se processe, e que serão explanados como forma de alargar o nosso conhecimento.

1.2- Existe alguma psicoterapia mais eficaz?

Factores comuns em psicoterapia

Quando procuramos aprofundar o porquê da eficácia da psicoterapia surgem várias questões, não só relacionadas ao tipo de psicoterapia, mas também à quantidade de sessões necessárias, passando pela preocupação em saber se os efeitos se manterão, se alguns clientes podem piorar e se existem características no terapeuta, e no próprio cliente, que tenham efeitos moderadores.

Os modelos teóricos existentes são bastante diferentes. Têm origens distintas, metodologias diferenciadas e apelam a técnicas que em pouco ou nada são comuns. Umas preconizam o inconsciente, outras preferem conceitos mais objectivos, umas salientam aspectos mais técnicos, outras factores mais relacionais. Apesar destas diferenças, o seu fim é comum: a remissão de sintomas e, acima de tudo, a resolução da problemática que desencadeou o mau estar psicológico, promovendo a mudança.

É importante referir que, ao abordar a psicoterapia, existem diferenças no que respeita ao modelo médico e contextual (Wampold & Imel, 2015). Ambas concordam que a psicoterapia é eficaz, no entanto, os restantes pressupostos são distintos. No primeiro, a eficácia das psicoterapias é atribuída a técnicas ou intervenções específicas (ex: dessensibilização sistemática para ansiedade), sendo essas técnicas o “ingrediente activo” que explicaria os resultados clínicos. Nesta perspectiva, não se privilegiam tão fortemente os factores relacionais, sendo defendido que há tratamentos mais eficazes que outros e conceptualizando os problemas psicológicos como doenças. Contudo, existem alguns técnicos que apesar de defender este

modelo são capazes de reconhecer a necessidade e importância dos factores comuns, atribuindo-lhes o devido valor para que os bons resultados da psicoterapia surjam (Hofmann & Barlow, 2014). Por outro lado, no modelo contextual (um meta modelo que explica como é que se obtêm benefícios através das psicoterapias, ou seja, como estas são eficazes), a relevância é colocada em três vertentes distintas que proporcionam os benefícios: a relação, o tratamento em si e as acções que lhe são intrínsecas e a criação das expectativas. Factores relacionais, adaptação cultural e os efeitos do terapeuta são também valorizados (Frank & Frank, 1991; Wampold & Imel, 2015).

A questão sobre a quantidade de sessões que é necessária é relevante, na medida em que pode permitir um melhor planeamento e tomada de decisões durante a terapia. As pesquisas sugerem que após 7 sessões existe um considerável número de clientes que melhora de forma confiável, contudo, é após 20 sessões que a mudança alcança 50% dos clientes (conforme medido por escalas de auto-relato) (Lambert, 2013). Todavia, é importante ressaltar que a gravidade e complexidade de cada situação têm o seu impacto próprio, o que poderá originar resultados nem sempre tão semelhantes.

Existem algumas variáveis a ter em consideração para a explicação da variância de resultados. Os factores específicos, que se referem a técnicas particulares, como por exemplo a implosão na terapia comportamental, a transferência, na psicanálise, ou a cadeira vazia no psicodrama (Amole et al., 2017). Os efeitos placebo relacionados à crença e esperança na mudança. Os aspectos do próprio cliente, como as suas características pessoais: a motivação, capacidades cognitivas ou até o suporte social a que tem acesso e o meio onde está inserido. E os chamados factores comuns, inespecíficos ou implícitos: aspectos ligados à relação existente entre o cliente e o terapeuta, que existem independentemente da abordagem teórica e que são comuns a qualquer processo terapêutico (Lambert, 2013).

Baseando-se numa cena de “Alice no País das Maravilhas”, em que após uma corrida, Dodô, o pássaro incapaz de voar, proferiu que todos eram vencedores e que todos tinham direito a prémios, Rosenzweig (1936) propôs a existência de factores que contribuía mais para a mudança ao invés de modelos ou técnicas específicas, declarando assim que diferentes terapias podem ser igualmente eficazes. Estes factores comuns surgem como mediadores dos resultados e têm uma influência interessante pois contribuem grandemente para o sucesso (quando usados como um todo) e, por vezes, são até mais fortes do que as contribuições de técnicas específicas. Deste modo, sugerem que todas as psicoterapias podem predizer um trabalho de colaboração entre as partes, que aumenta a segurança e a confiança, diminui o medo e ansiedade e promove mudanças (Lambert, 2013).

As boas relações terapêuticas pautam-se assim, por factores comuns como: compreensão, apoio e encorajamento para enfrentar novos pensamentos e comportamentos, associados a medos e expectativas, empatia, congruência e genuinidade, alívio, *feedback*, expectativas de melhoria (Stamoulos et al., 2016). Tais factores surgem também em forma de aspectos não-verbais que auxiliam a possibilidade de catarse (Rosenzweig, 1936), como sejam olhares ou movimentos corporais.

Talvez não seja demais dar uma certa ênfase à empatia, uma vez que uma meta-análise feita por Elliot, Bohart, Watson e Murphy (2018) reportou que 9% dos resultados psicoterapêuticos podem ser explicados através da capacidade empática do terapeuta. Ser sensível aos significados daquilo que o cliente transmite e estar sintonizado com ele de modo a definir o contexto da terapia, bem como compreender as experiências que o cliente tem e teve e definir objectivos exequíveis, revela-se eficaz para a existência de congruência durante o processo terapêutico. Especialmente relevante é ainda a percepção sobre o tipo de pessoa que está em sessão; clientes frágeis ou hostis interpretarão as expressões de empatia de modo diferenciado, pelo que é essencial que o terapeuta esteja consciente e se ajuste e, se surgir alguma questão, esteja disponível para corrigir e justificar as suas atitudes e/ou palavras (Elliott et. al, 2011; Safran & Muran, 2000). Este tópico é importante ser relevado uma vez que os próprios clientes oferecem contributos fundamentais que influenciam a terapia; será tanto mais fácil estabelecer uma relação terapêutica empática e sólida quanto mais o cliente seja cooperante e se mostre motivado para o processo (Wampold et al. 2017).

Além disso, grande parte da variabilidade da consistência de resultados deve-se à capacidade do terapeuta para estabelecer uma aliança terapêutica, sendo o seu desenvolvimento crucial para o sucesso da terapia (Carter et al., 2012; Norcross, 2011; Wampold, 2007), o que nos transporta para a necessidade de compreender mais aprofundadamente este componente essencial. Antes de mais, é importante ressaltar que aliança e relação terapêutica, embora relacionados, são conceitos diferentes. Enquanto relação remete para a criação de um ambiente seguro e de confiança onde existem os factores anteriormente nomeados (compreensão, empatia, apoio, etc); aliança diz respeito ao uso desses mesmos elementos com vista a elaborar e alcançar os objectivos propostos. A aliança terapêutica revela-se um dos principais factores comuns e apresenta um efeito mais forte do que outras variáveis (Lavik, Frøysa, Brattebø, & McLeod, 2018), existindo estudos que demonstram a correlação positiva entre boas alianças e bons resultados, sugerindo, com consistência, que a habilidade do terapeuta para construir uma aliança forte é realmente importante (Lambert, 2013, Wampold et al., 2017).

Relativamente ao cliente, este envolve-se mais se perceber que terá um resultado positivo. Caso contrário, se a sua crença for negativa no que refere à terapia, então poderá haver falta de motivação e colaboração na aliança (Carter et al., 2012). Também foi demonstrado que terapeutas que estejam mais disponíveis para acolher sentimentos conflitantes e contratransferências são percebidos como mais empáticos pelos clientes (Peabody & Gelso, 1982), pelo que quando o cliente se sente integrado e compreendido, a aceitação e colaboração será aumentada. Assim, o terapeuta tornar-se hábil a envolver o cliente no processo, estabelecendo uma aliança, é importante para a obtenção de resultados positivos (Duncan, 2010; Lambert, 2013). Norcross e Lambert (2011) destacam que a aliança terapêutica onde existe aceitação, validação, colaboração, em conjunto com as competências interpessoais do terapeuta são variáveis comuns e fundamentais a todas as psicoterapias.

Por último, a definição de personalidade parece consistir numa organização interdependente de vários factores relacionados, razão pela qual é praticamente impossível, em terapia, mudar qualquer aspecto significativo sem que seja afectada a sua totalidade. Assim, tem menos importância qual a abordagem utilizada, o aspecto realmente importante é *como* é a intervenção feita e qual a sua eficácia, independentemente de que modelo de tratamento psicoterapêutico se trata (Frank & Frank, 1991; Rosenzweig, 1936).

Os factores comuns incluem ainda um *setting* de confiança e afectividade e a criação de um vínculo sólido entre o terapeuta e o cliente, que deve incluir explicações credíveis e adaptadas ao cliente como forma de lhe proporcionar o apoio necessário para a superação das questões que o levam à terapia (Laska, Gurman & Wampold, 2014).

Desta forma, o “veredicto do pássaro Dodô” confirma que as várias técnicas apresentam uma reduzida ligação aos resultados, sendo os factores comuns, nas várias abordagens, uma realidade concreta e a explicação para tal facto, devido à ênfase dada ao trabalho colaborativo entre cliente e terapeuta (Rosenzweig, 1936). Pela sua importância e responsabilidade no processo de mudança, os factores comuns não devem ser negligenciados.

2-Investigação dos efeitos do terapeuta

2.1- Efeitos do terapeuta

Existem estudos que demonstram que os efeitos do terapeuta têm um impacto de 5 a 9% na variância dos resultados obtidos (Wampold & Imel, 2015). Castonguay e Hill (2017) referem que os efeitos do terapeuta estão presentes quando alguns terapeutas conseguem,

consistentemente, alcançar um desempenho superior face a outros. O mesmo é corroborado por King et al. (2016) ao indicarem que alguns terapeutas podem aumentar substancialmente a eficácia da terapia e, ao contrário, outros podem ter um impacto mínimo, havendo também a possibilidade de existir até um impacto oposto ao expectável. Desta forma, revela-se visível que a variância entre os terapeutas oferece resultados mais heterogêneos do que seria esperado e é superior quando comparada com a influência do modelo teórico ou das técnicas utilizadas (Wampold et al., 2017).

Wampold e Imel (2015) referem que há evidências de que é o terapeuta e não o tratamento em si que é responsável pela mudança terapêutica, uma vez que os seus efeitos excedem os efeitos da própria terapia. Não obstante, o terapeuta não apresenta sempre o mesmo tipo de contributo podendo acrescentar ou subtrair valor ao tratamento (e assim, a sua intervenção pode ter um carácter positivo ou negativo) (King, Orr, Poulsen, Giacomantonio, e Haden, 2016). Castonguay e Hill (2017) revelaram que os efeitos do terapeuta parecem ser mais salientes com clientes que podem provocar um maior desafio, seja pela problemática ou por estarem num maior nível de angústia e aflição quando comparados com clientes mais funcionais.

As diferenças entre terapeutas têm sido observadas desde o início da investigação em psicoterapia e tem havido pesquisas sobre quais as variáveis dos terapeutas que funcionam como mediadoras. Uma análise mostrou que a diferença entre os resultados dos terapeutas não se relaciona com o tipo e quantidade de formação, orientação teórica ou género, mas sim com outras variáveis (Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003; Wampold et al., 2017). Relativamente à idade, também não parecem existir evidências que exista uma correlação com a eficácia do terapeuta, porém pode ser razoável inferir que a mesma tem a possibilidade de ser considerada um indicador da experiência clínica necessária, pelo menos, para permitir que sejam dominadas as competências interpessoais inerentes da escala FIS (Anderson et al., 2009).

O papel do terapeuta, ele próprio um factor comum, adquire um estatuto especial se o considerarmos uma peça incontestável para que seja possível fomentar a mudança no processo terapêutico (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009). As suas atitudes e comportamentos, a sua personalidade e as características pessoais, como por exemplo, a responsividade ou a espontaneidade, a congruência e a empatia, são de enorme relevo para o sucesso da terapia e têm um efeito indefinível (Carter et al., 2012; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998; Wampold & Imel, 2015). Idênticas conclusões foram salientadas por Armstrong (2013) ao referir a importância da transmissão de tranquilidade e positividade na sessão, como um contributo que amplia a probabilidade de consistentes relações terapêuticas.

Uma vez que a empatia é mediadora para o processo de mudança, é pertinente enfatizar a importância da postura, voz e capacidade de estimulação emocional do terapeuta. Quando os terapeutas são realmente empáticos, são capazes de se sintonizar e ajustar às necessidades dos clientes, especialmente quando estes experimentam reacções ou sentimentos negativos durante a sessão (Elliot et al., 2011).

A aliança terapêutica é a relação estabelecida entre o terapeuta e o cliente com o intuito de criar uma ligação afectiva e determinar os objectivos e os meios/estratégias necessários para atingi-los (Wampold et al., 2017) que deriva (embora que não na totalidade) da habilidade do terapeuta em criar um ambiente de confiança e partilha (Anderson, McClintock, Himawan, Song, & Patterson, 2016). Os terapeutas devem ser capazes de examinar as crenças e expectativas do cliente, principalmente durante as primeiras sessões, como forma de melhorar o desenvolvimento da aliança (Patterson, Uhlin, & Anderson, 2008). Esta ideia é corroborada pelas pesquisas de Lavik et al. (2018) que demonstraram que as intervenções técnicas, por si só, são sentidas como exíguas e que carecem da afectividade do terapeuta. Lavik et al. (2018) referem que as boas relações terapêuticas preveem que o terapeuta, além de exercitar aspectos técnicos, promova o respeito, esteja focado e que seja responsivo às necessidades do cliente (Stiles et al., 1998). Deve permitir ao cliente que fale sem reservas e deve estar disponível para a escuta activa, harmonizando o decorrer da sessão. A demonstração de genuína atenção, cuidado e aceitação, por parte do terapeuta, incita no cliente uma sensação de segurança e permite que este se sinta à vontade para relatar temas considerados hostis, ultrapassando barreiras e tornando-os mais activos no processo terapêutico (Levitt, Pomerville & Surace, 2016). A presença estável e calorosa do terapeuta é sentida como algo que estabiliza o cliente e vale a pena salientar que além das palavras, a comunicação não-verbal do terapeuta exerce também uma influência sobre as mudanças que podem ocorrer em psicoterapia (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009). Greenberg e Paivio (1997) assim como Greenberg (2010) mostraram que quando o terapeuta faz uso da expressão emocional, de forma apropriada, é previsível que facilite os próprios processos emocionais do cliente e a importância da expressão emocional do cliente é tida como de bastante importância. O progresso e melhoria do cliente têm igualmente maior probabilidade de ocorrer quando é criado um ambiente positivo e interpessoal afectuoso (Norcross & Wampold, 2011).

Outro ponto de vista relevante tem que ver com o grau de abertura do terapeuta para o desenvolvimento das estratégias do cliente. Esta abertura é um elemento importante para a obtenção de resultados positivos e parece depender do quanto os terapeutas investem e julgam que a estratégia já existente pode ser útil. A avaliação das estratégias é feita através de perguntas

que pretendem focar a atenção do cliente e deve ser constante, uma vez que existem evidências que a forma como os terapeutas respondem às estratégias dos clientes é significativa para os resultados (Mackrill, 2008). Outros estudos referem que é importante salientar o uso de técnicas, por parte do terapeuta, que se foquem no “aqui e agora” como considerável contribuição para que a mudança possa ocorrer (Boritz, Bryntwick, Angus, Greenberg, & Constantino, 2014).

Um dos principais objectivos da sessão terapêutica, como anteriormente referido, é que seja criada uma relação de colaboração em que o terapeuta seja empático com o cliente, baseando-se nas suas características, seja a sua personalidade, aspectos culturais ou outras referências (por exemplo, acontecimentos marcantes da vida) que possam influenciar a relação e a forma de instituir a terapia (King et al., 2016). Por exemplo, se o cliente resistir com demasiada frequência ou intensidade é importante considerar que algo possa estar a ser incompatível, inoportuno ou simplesmente não existir ainda disponibilidade do cliente para essas mudanças (Norcross, 2011). Independentemente da sua orientação teórica, o terapeuta deve fazer um esforço para ser cuidadoso e compreender o cliente, demonstrando essa compreensão através de palavras que lhe dirige, com conteúdo; não é pretendido que haja apenas uma repetição do que foi dito. Tem que existir ressonância e entendimento sobre as experiências do cliente e dos objectivos que este procura na terapia. É importante que o terapeuta seja capaz de ajudar o cliente a simbolizar a sua experiência em palavras e a monitorizar suas respostas emocionais, de modo que seja possível, examinarem os seus sentimentos de uma forma reflexiva que ofereça “material” que possa ser trabalhado (Elliot et. al., 2011; Wampold & Imel, 2015).

Os efeitos do terapeuta refletem-se também nas diferenças e transformações, através do engenho que possuem em saber usar adequadamente, e no momento oportuno, as intervenções “certas” e o uso das suas características individuais, onde as palavras ajustadas ou o uso da persuasão, por exemplo, se podem traduzir em mudanças do cliente (Castonguay & Hill, 2017). Esta habilidade engloba também a importância dos terapeutas perceberem quais são os limites do cliente, para que não sejam intrusivos. Apesar da experiência que possam ter, os terapeutas não devem assumir que podem ou sabem ler mentes, nem que o facto de entenderem o cliente será facilmente aceite pelo próprio (Elliot et al., 2011).

Assim, não podemos ignorar que as características dos clientes são também fortes variáveis que influenciam o processo terapêutico, tornando mais desafiante identificar as características e acções dos terapeutas mais eficazes (Wampold et al., 2017), pelo que, os terapeutas mais eficazes são também aqueles que conseguem criar e manter alianças terapêuticas com uma

diferente variedade de clientes (Duncan, 2010). Muitos clínicos concordam que existe uma tendência para se trabalhar melhor com alguns tipos de clientes em detrimento de outros (por exemplo, alguns terapeutas podem ter mais apetência para trabalhar com crianças ou ter mais habilidade para temáticas específicas como o luto). Deste modo, importa aferir se as características e acções do terapeuta (e, em consequência, os seus efeitos na terapia) variam consoante o cliente ou se se mantêm constantes (caso se verifiquem variações, pode estimar-se que os terapeutas eficazes dependem do cliente para o sucesso das intervenções) (Wampold et al., 2017).

Porém podem existir entraves à formação da aliança terapêutica, tais como: dificuldades de comunicação nas primeiras sessões, por exemplo, devido à sensação de falta de compreensão que o terapeuta possa demonstrar; falta de informação sobre o que esperar da terapia ou até problemas mais práticos com que diz respeito à marcação ou remarcação de consultas (Lavik et al., 2018) que não devem ser negligenciados. Outro aspecto importante diz respeito ao acompanhamento de crianças e jovens, é de valor ressaltar que a aliança não será construída apenas com o cliente, mas também com os seus pais e essa parceria é especialmente importante para os bons resultados (Norcross, 2011).

Duncan (2010) afirma que, por vezes, os terapeutas tendem a pensar que a sua prestação melhora com o tempo ou com a experiência, contudo, Tracey, Wampold, Lichtenberg, e Goodyear (2014) defendem que não há evidências que a experiência prevaleça e seja um factor para obtenção de melhores resultados para o cliente face aos terapeutas mais inexperientes. É importante que os terapeutas acreditem que a sua intervenção será adequada e trará mais-valias à vida das outras pessoas. Saberem encarar as dificuldades, o modo como o fazem e também a forma como se enfrentam a si próprios, quando alguma coisa possa correr menos bem, é necessário e útil e provoca alterações até no relacionamento com o cliente. Quando a postura do terapeuta reflecte essa preocupação, os clientes podem usar essas mesmas estratégias como modelo para enfrentar os seus problemas (Nissen-Lie et al., 2015) e alcançar algum tipo de organização para restabelecer qualquer desintegração existente (Frank & Frank, 1991). Do mesmo modo, é necessário que cada psicoterapeuta tenha consciência de que o que pode funcionar para uma pessoa, pode não funcionar para outra (Norcross, 2011; Stiles et al., 1998), valorizando assim os aspectos que facilitam os processos terapêuticos (Anderson et. al, 2009).

Posto isto, questionamo-nos sobre quais as variáveis que realmente interferem no processo de mudança e nos resultados positivos; alguns estudos recentes revelam que as qualidades ou competências interpessoais dos terapeutas têm uma influência relevante para os resultados, por exemplo, a sua capacidade de resposta, genuinidade ou empatia com diferentes tipos de clientes

(Nissen-Lie, et al., 2015). As competências interpessoais facilitadoras (*facilitative interpersonal skills* - FIS) têm sido alvo de estudo. Essas competências contemplam 8 tópicos pertinentes: fluência verbal, empatia, criação de expectativas positivas, expressividade emocional, persuasão, flexibilidade e capacidade de ligação para a criação e reparação de aliança terapêutica (Uhlen, 2011). Os terapeutas podem diferir no grau em que possuem estas competências interpessoais (consideradas como condições facilitadoras), razão que pode explicar parte da variabilidade dos resultados terapêuticos obtidos por diferentes terapeutas (Anderson et al., 2016).

Por melhor que decorram as sessões, é natural que existam, em algum momento, rupturas na relação, seja por percepção de incompreensão, falhas empáticas, ou outras razões, e nem sempre os terapeutas têm noção do que está a acontecer (Safran & Muran, 2000). Estes momentos de tensão podem ser considerados obstáculos, mas devem ser entendidos de uma forma mais positiva, encarando-os como uma oportunidade de exploração e até de mudança (Safran & Kraus, 2014). Assim, também este tipo de variáveis relacionais podem contribuir para o bom resultado terapêutico.

Outra característica que distingue os terapeutas mais eficazes é a vontade de conseguir obter um desempenho mais elevado. Investir o seu tempo em prática deliberada é útil e necessário. A prática deliberada é uma marca que distingue os profissionais de desempenho superior, uma vez que, conscientemente, produzem um esforço maior para avaliar e melhorar o seu desempenho pessoal com auxílio de *feedback* profissional. Esta prática passa por, primeiramente, identificar os campos menos desenvolvidos ou onde existem falhas e trabalhar essas mesmas lacunas, com treino recorrente. Para ser realmente eficaz, deve ainda existir reflexão sobre o processo: o que está a acontecer e o que pode ser feito de outra forma (Chow, et al., 2015). O treino de psicólogos baseia-se na proposição de que as qualidades, características e competências dos terapeutas podem ser desenvolvidas, já que têm influência nos resultados (King et al., 2016). Além disto, também a supervisão clínica parece revelar-se frutífera para o desenvolvimento dos terapeutas uma vez que a experiência do supervisor auxilia na especialização e explica 16% da variação dos resultados por atender a melhorar as intervenções e características dos terapeutas (Hill et al., 2017).

Ainda não seja um requisito obrigatório para a prática clínica, podemos abordar a terapia pessoal como um elemento que permite o desenvolvimento do terapeuta, pela perspectiva de propiciar a experiência de estar no papel do cliente e interpretar o que o cliente sente naquela posição, oferecendo também a possibilidade de o terapeuta conseguir criar empatia de uma forma mais natural e genuína e de compreender a importância da relação terapêutica bem como

contribuir para que amplie o seu autoconhecimento de modo a gerir melhor as suas próprias questões e de reconhecer e conduzir a contratransferência (Hill et al.,2017).

Utilizar o feedback do cliente é uma forma fundamental de monitorizar os resultados e consequentemente melhorar as intervenções do terapeuta. Fomentando a satisfação do cliente na terapia está a prevenir-se a deterioração do cliente e da relação terapêutica e também um possível *dropout* (abandono das sessões) (Duncan 2010, Lambert & Shimokawa, 2011).

Assim, encorajar os terapeutas a avaliar sistematicamente as suas alianças com os clientes e a avaliar as suas qualidades interpessoais, através de medidas de auto-relato, e/ou outros instrumentos pode fornecer informações cruciais sobre a experiência subjectiva de cada pessoa, mas também oferecer um impulso para abordar directamente a qualidade da relação e do próprio processo terapêutico, implementando, sempre que necessário, alterações com o intuito de melhorar ou até reparar problemas na aliança (Norcross, 2011). Por vezes, a confiança dos terapeutas nas suas auto-avaliações e auto-julgamentos clínicos poderá funcionar como uma barreira à implementação de sistemas de monitorização e *feedback* (Lambert & Shimokawa, 2011), pelo que será igualmente vantajoso para o terapeuta preencher alguma falha da sua intervenção e/ou melhorar aspectos pessoais e relacionais que possam estar a colocar entraves à terapia, à relação e ao seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Em conclusão, podemos dizer que se a lógica do tratamento, à parte de qualquer modelo teórico ou técnica associada, pode gerar esperança e expectativas positivas, a personalidade do terapeuta e as suas características pessoais, bem como a adesão consistente à intervenção (utilizando conceitos teóricos) são as participações mais significativas para a terapia (Frank & Frank, 1991) e é razoável acrescentar que o modo como o terapeuta interage e se relaciona com seus clientes se torna uma condição para o desenvolvimento de todo o processo (Lavik et al., 2018). Se um terapeuta é especialmente persuasivo, então pode ampliar a resposta precoce do cliente ao tratamento, permitindo que ocorram alterações mais rapidamente (Wampold & Imel, 2015).

2.2- Competências Interpessoais do Terapeuta

Como anteriormente descrito, as características pessoais e competências do terapeuta são um factor de peso para a construção de uma boa aliança terapêutica e para o sucesso da terapia.

Todavia, as suas atitudes comportamentais não têm sido, ainda, alvo de muitos estudos e, sendo os processos relacionais algo com tamanha importância, é vantajoso que consigamos identificar que atitudes e competências são estas (Uhlen, 2011).

Em 2006, Anderson, Patterson e Weiss (cit. por Uhlin 2011), na tentativa de melhorarem as competências interpessoais dos terapeutas e de eliminar algumas possíveis variáveis inadequadas ou incômodas que pudessem causar impedimentos à terapia ou constrangimentos ao seu adequado desenvolvimento, propuseram-se a investigar e implementaram uma metodologia para avaliar essas variáveis, que denominaram como FIS - *Facilitative Interpersonal Skills* (Competências Interpessoais Facilitadoras).

A escala FIS é uma tarefa de desempenho que contempla uma série de qualidades do terapeuta que devem estar presentes e que têm demonstrado ter um sólido impacto nos resultados da psicoterapia (Anderson et al., 2009), todavia assume também que as técnicas são de grande importância (Anderson & Patterson, 2013). Estas características são possíveis de ser avaliadas e posteriormente treinadas e têm a vantagem de possuir um alto nível de validade ecológica. Estas competências são comuns a diferentes terapias e estão vinculadas a padrões comportamentais, emocionais e interpessoais que fomentam a melhor compreensão do estado afectivo do cliente e que potenciam a redução de sofrimento e angústia, alavancando o bem-estar psicológico. A possibilidade de estender a variedade de respostas, em situações interpessoais complexas, permite ao terapeuta fazer uso das suas competências pessoais facilitando ao seu cliente a mudança dos padrões desadaptativos e a escolha de recursos para a dissolução das suas questões (Anderson et al., 2006 cit. por Uhlin, 2011).

A avaliação destas competências é feita através da visualização de sessões fictícias – interpretadas por actores – com especificidades desafiantes relativas à problemática do cliente. É solicitado aos participantes que, em momentos específicos, respondam ao cliente sobre o que este acaba de dizer como se fossem eles os terapeutas daquela sessão (Anderson & Patterson, 2013; Uhlin, 2011). Mais tarde, e pela necessidade de explorar este constructo, Uhlin (2011), desenvolveu o FIS-IS – *Facilitative Interpersonal Skills - In-Session*, em que, à semelhança do modelo anterior, a avaliação tem por base a gravação e análise das sessões de terapia, mas desta vez em contexto natural, com sessões reais (onde existe o consentimento prévio do cliente para a gravação da sessão) e por períodos de tempo mais longos.

A avaliação destas características, segundo o manual de codificação do Anderson e Patterson (2013), é feita através de uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 5 pontos (em que 1 é “nada característico e 5 “extramente característico”), e reúne os seguintes itens:

1. Fluência verbal: Não se avalia o conteúdo, mas a forma como é dirigida a conversa. O terapeuta deve ser capaz de transmitir claramente as suas ideias e não demonstrar ansiedade, conseguindo que o diálogo flua e seja natural. Esta fluência verbal é

independente da abordagem teórica e deve ser adaptada ao cliente (não faria, por exemplo, sentido utilizar uma linguagem erudita se o cliente não fosse capaz de a compreender).

2. Criação de expectativas positivas e esperança: A interação dos terapeutas eficazes prevê a transmissão de optimismo e de expectativas positivas ao cliente sobre os benefícios da terapia. Deve ser possível o trabalho conjunto sobre o estabelecimento e cumprimento de objectivos realizáveis. O terapeuta deve mostrar-se confiante e esperançoso.
3. Persuasão: refere-se à capacidade de induzir no outro um diferente ponto de vista, uma nova perspectiva ou ideia relativamente ao que é o seu pensamento. O terapeuta persuasivo deve ser capaz de se expressar com clareza e confiança, oferecendo uma explicação lógica para o problema do cliente, bem como possíveis soluções para resolvê-lo. Se o cliente considerar o que lhe é dito, então podem advir novas estratégias e, conseqüentemente, o bem-estar psicológico.
4. Expressividade emocional: pretende avaliar o nível de emotividade e envolvência que o terapeuta coloca no discurso com o seu cliente. Mais do que o conteúdo, o tom de voz e as entoações utilizados são marcadores importantes para a expressão emocional. Pretende-se que o terapeuta esteja apto a transmitir interesse e entusiasmo, ao invés de desvalorização, desinteresse ou humilhação. É importante existir um ajustamento ao estado emocional do cliente.
5. Flexibilidade (calor, aceitação e entendimento): diz respeito à capacidade de cuidar, aceitar e compreender o cliente. O terapeuta deve evitar fazer julgamentos, induzir culpa e desaprovar os pensamentos ou sentimentos que lhe são comunicados, tal como não deve utilizar o sarcasmo ou a ironia nas suas intervenções. Pelo contrário, deve guiar o cliente com cortesia, adaptando as suas intervenções às necessidades do cliente.
6. Empatia: remete para a faculdade de compreender o outro na sua experiência subjectiva, “vendo o mundo com os seus olhos”. O terapeuta empático deve ser capaz de aprofundar os pensamentos do cliente e devolver-lhe uma intervenção reveladora de que conseguiu pensar e experienciar sobre o que lhe foi dito. A empatia é um consistente preditor de resultados clínicos (Elliot et al., 2011; Uhlin, 2011).
7. Aliança: esta variável refere-se à criação de um ambiente colaborativo onde o terapeuta envolve o cliente e evidencia que a terapia é um trabalho conjunto no qual será possível o atingimento de objectivos.
8. Reparação de rupturas na aliança: relaciona-se com a habilidade em reconhecer que as questões interpessoais podem afectar a relação terapêutica e transformá-las em

oportunidades. As rupturas acontecem frequentemente e dificilmente se poderão evitar. O terapeuta deve ser capaz de envolver directamente o cliente no momento em que as dificuldades surgem, na tentativa de as reparar.

O treino específico destas competências revela-se importante para o desenvolvimento da habilidade para responder aos desafios interpessoais que possam surgir no ambiente da terapia. O uso de uma tarefa de desempenho revela-se vantajoso devido ao alto nível de validade ecológica (Anderson 2009).

Um estudo de Anderson et al. (2016) demonstrou que os terapeutas com FIS mais elevado tiveram melhores resultados *versus* terapeutas com FIS mais baixo, resultados verificados através de avaliações clínicas e auto avaliação. Os terapeutas com FIS mais elevado também conseguiram estabelecer melhores alianças terapêuticas, com pontuações que aumentaram no decurso do tratamento e assistiu-se a uma redução dos sintomas dos clientes.

Todavia, identificar estas habilidades e competências interpessoais pode ser um trabalho árduo e desafiante e, em consequência, originar diferenças nos resultados. A observação feita nas sessões sobre o comportamento do terapeuta poderá até levantar questões relacionadas com as expectativas do cliente e com a própria validade. Por um lado, porque dependem do ponto de vista do cliente; por outro lado, quando estas competências são medidas pelos próprios terapeutas, através de medidas de auto-relato, podem ocorrer enviesamentos, quer por pretensão de aumentar as suas capacidades ou por necessidade de esconder alguma falha detectada, que possa influenciar ou prejudicar a vida pessoal ou profissional. A pesquisa ocorre em ambiente natural, mas apesar disso sabe-se que algo está a ser avaliado e também esse facto pode levar à alteração das variáveis e das avaliações, uma vez que as atitudes do terapeuta são afectadas reciprocamente pelas características de cada cliente, na sua individualidade e pelo contexto terapêutico (Anderson et al., 2016).

Um estudo realizado por Anderson et al. (2015) revela que os clientes que tiveram acompanhamento de terapeutas com alta pontuação na FIS obtiveram melhores resultados na terapia face aos clientes que foram acompanhados por terapeutas com resultados na FIS mais baixos. Estes mesmos terapeutas, com maior pontuação na FIS, também classificaram as suas alianças terapêuticas como sendo mais sólidas quando comparadas com os terapeutas com pontuações mais baixas na FIS, desde a primeira sessão de tratamento. Não obstante, possuir boas competências interpessoais e clínicas não deve ser, de forma alguma, um substituto da boa compreensão das características do cliente (Anderson et al., 2015).

A escala FIS mostra-se bastante eficaz na avaliação e predição de resultados em psicoterapias de curta duração, o que leva a crer que as competências interpessoais do terapeuta têm realmente impacto, provocando rápidas respostas e consequentes ganhos aos clientes (Anderson et al., 2016).

A análise das tarefas interpessoais e facilitadoras do desempenho é, no fundo, um compêndio de variáveis comuns que permitem a melhor compreensão dos estados emocionais dos outros e o correcto uso da persuasão para que se processem alterações, de modo a tornar mais adaptativa a resposta aos problemas existentes (Uhlen, 2011). Os itens: fluência verbal, expressão emocional, capacidade de persuasão e esperança foram os mais preditivos de bons resultados das sessões (Anderson & Patterson, 2013).

3-Investigação sobre o processo de mudança

3.1-A importância da perspectiva do cliente

Dada a aparente importância e poder de investimento do cliente no decurso da terapia, é importante compreender os processos que levam à mudança. É provável que este conhecimento aumente a nossa experiência sobre a resposta psicoterapêutica, permita melhorar o resultado da terapia e proporcione que os terapeutas adaptem a terapia para cada pessoa, na sua individualidade (Carter et al. 2012).

Uma pessoa que se propõe a iniciar uma terapia, na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar, não é, de forma alguma, um elemento passivo (Mackrill, 2008). Apesar de já termos constatado a importância do terapeuta e das suas características, também as particularidades da personalidade do cliente merecem ser consideradas por terem influência nos resultados obtidos (Carter et al., 2012).

A pesquisa sobre a pessoa do cliente é ainda escassa, no entanto é de extrema relevância poder investir nesta representação, uma vez que sabermos que tipo de cliente temos à nossa frente, é por vezes mais importante do que conhecer a própria doença (Norcross, 2011) e a gravidade do diagnóstico nem sempre nos leva a um resultado pior (Lambert, 2013).

Carter et al. (2012) salientam haver evidências consistentes que indicam que as características do cliente são determinantes para o resultado da terapia, como por exemplo, a sua contribuição para a construção e desenvolvimento da aliança terapêutica estar relacionada com a expectativa de resultado positivo.

Na perspectiva do cliente é, com certeza, fundamental encontrar o melhor terapeuta, o mais eficiente e a maneira como o cliente percebe o terapeuta influencia, de forma significativa, a terapia e o processo de mudança (Binder et al., 2009). Contudo, e ao contrário de outras especialidades médicas, os clientes não têm acesso a muita informação sobre os resultados dos terapeutas e, muitas vezes, a escolha recai sobre recomendações de outras pessoas. Ainda assim, existem alguns elementos que auxiliam na escolha ou possível mudança de terapeuta. É importante que exista um plano de tratamento em que terapeuta e cliente estejam sintonizados para cumprir os objetivos estabelecidos. É fundamental que existam progressos e que o cliente se sinta respeitado, compreendido e valorizado. O cliente procura ainda que o terapeuta seja caloroso, transmita esperança e o apoie a superar qualquer receio ou apreensão inicial. Se algum destes pontos não corresponder ao expectável e influenciar a terapia, não trazendo benefícios ao cliente, devem ser discutidas as razões para tal suceder e, em última instância, o cliente pode considerar se deverá procurar outro terapeuta (Lavik et al., 2018; Wampold & Imel, 2015).

Numa pesquisa de Lavik et al. (2018), relativamente à perspectiva do cliente, foi referido que o próprio ambiente físico da consulta e a figura em que o terapeuta se apresenta, induz a alguma percepção de profissionalismo e influencia positivamente a aliança terapêutica. Porém, os clientes referiram que o mais importante é sentirem a genuinidade dos terapeutas, incluindo a proximidade e capacidade de os fazerem sentir seguros, revelando que o equilíbrio entre o profissionalismo e a personalidade é crucial. Salientaram ainda que o essencial é que os terapeutas se envolvam na sessão ao invés de adoptarem uma posição de distanciamento por serem os especialistas. Quando sentem que a relação terapêutica é uma estrutura segura, existe um maior envolvimento e uma superação dos medos inerentes à abordagem de temáticas sensíveis ou adversas (Levitt et al. 2016).

Estudos e meta-análises demonstram que a relação entre a aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia tem solidez e relevância e existe alguma evidência que sugere que a classificação que os clientes fazem sobre a aliança terapêutica é um preditor de resultado mais forte do que a classificação feita pelos terapeutas ou por observadores externos. Apesar disso, há ainda pouco conhecimento sobre de que forma a aliança é sentida pelos clientes, ou sobre quais as atitudes (de cliente e terapeuta) que mais se relacionam com o estabelecimento inicial da relação terapêutica (King et al., 2016; Lavik et al., 2018). Ainda assim, Patterson et al. (2008) concluíram que é mais fácil estabelecer um relacionamento terapêutico sólido e de colaboração e emocionalmente satisfatório (entre terapeuta e cliente) quando os clientes se propõem a assumir a responsabilidade pelo trabalho de terapia uma vez que, quando são motivados, contribuem para o cumprimento das expectativas, durante o período de acompanhamento.

Por outro lado, também a experiência de empatia dos clientes é preditor de resultados. A empatia parece realmente ser um processo mútuo de comunicação partilhada, pelo que perceber que o terapeuta está atento, que não interrompe, nem julga, que mantém o contacto visual ou está disponível para discutir qualquer situação, é percebido, pelo cliente, em como o terapeuta é um ser emotivo e que está activamente presente (Elliot et al., 2011). A empatia é ainda reconhecida como mediadora no processo de reparação quando existem rupturas nas alianças terapêuticas (Burns, 1989; Burns & Auerbach, 1996; Safran & Muran, 2000).

Acredita-se que a crença do cliente sobre as suas próprias capacidades serem responsáveis pelo controlo dos problemas apresentados é um elemento crucial para a verdadeira mudança, estando associadas a um resultado positivo da terapia. O alinhamento ou modificação das crenças que têm de si próprios e do mundo e a concepção e/ou percepção de novos significados e ligações para os eventos e contextos propiciam mudanças. Inversamente, a falta de vontade e/ou motivação do cliente pode revelar-se um entrave para o envolvimento e, por conseguinte, resultar no insucesso da terapia (Binder, et al., 2009; Carter et al., 2012). Também a envolvimento do cliente está ligada à sua própria expectativa: este envolver-se-á mais se perceber que terá um resultado positivo, inversamente, poderá interessar-se e colaborar menos se perceber que não terá resultados satisfatórios (Carter et al., 2012). As expectativas são também um factor especialmente útil para monitorizar, uma vez que reflectem características do modo de funcionamento/actuação do cliente (Constantino, Glass, Ametrano, & Smith, 2011; Patterson et al., 2008).

A mudança do cliente pode ainda estar relacionada com factores exteriores à terapia e estas variáveis apresentam uma percentagem significativa de 40% de sucesso. Falamos de alterações individuais, por exemplo o *insight* (relacionado com a compreensão inesperada de situações, emoções e sentimentos, sobre o si próprio ou os outros), remissão espontânea dos sintomas, apoio social, “aprendizagem social” ou eventos fortuitos (Norcross, 2011). Estes factores relacionados com o cliente são eles próprios complexos e podem ser compreendidos independentemente do tratamento e dos factores que afectam a resposta do cliente à terapia (King et al., 2016).

Os clientes têm também, inerentes ao seu quotidiano, vivências, experiências e estratégias que são transportadas dos contextos reais para as sessões, existindo dados que revelam que os clientes fazem avaliação das suas estratégias de mudança durante o processo terapêutico, ou seja, procuram compreender qual a estratégia mais adequada em determinada situação, buscando uma resposta para o “quando”, “como” ou “porquê”. Este uso de estratégias e a reflexão que lhe está associada é sempre feita com a orientação do terapeuta, para que seja mais

facilmente possível a apreciação do progresso e permita ao cliente rejeitar, manter ou talvez redireccionar as suas estratégias (Mackrill, 2008).

Uma vez que o cliente tem a possibilidade de investir e auxiliar o processo terapêutico, é útil compreender o que o leva a mudar e isso ajudará a alcançar um maior entendimento sobre a melhor forma de adequar a terapia e o próprio terapeuta às necessidades do indivíduo (Carter et al., 2012). As sessões devem acontecer como uma dinâmica constante entre cliente e terapeuta e esta sinergia permite ao cliente uma adaptação ao real pois é um mecanismo importante para a mudança em si mesmo e lhe proporciona a experiência de ajustar ou diminuir conflitos e alcançar objectivos concretos (Safran & Kraus, 2014).

Estudos de Eisenthal, Koopman e Lazare (1983) ou outros de Goldstein, Cohen, Lewis e Struening (1988) revelam que, ao existir partilha de responsabilidade e tomada de decisão entre terapeuta e cliente, pode existir uma relação positiva e significativa que promove a satisfação do cliente com a terapia.

Por todos os argumentos anteriormente relatados, a perspectiva do cliente é deveras notória para podermos correlacionar os resultados finais da terapia com maior fiabilidade. Assim, é preponderante que existam medidas de avaliação para evidenciar o que o cliente sente e pensa da forma como a terapia está a decorrer e, acima de tudo, para destacar o que sente acerca do terapeuta que está consigo. Contudo, faltam medidas de resultados apropriadas e sensíveis, os instrumentos existentes focam-se maioritariamente na perspectiva dos observadores e avaliadores externos, como por exemplo, a empatia estimada pelos supervisores. Não obstante, a avaliação da empatia percebida pelo cliente prediz um melhor resultado do que a empatia avaliada pelo observador ou pelo terapeuta. Embora a avaliação do terapeuta também preveja resultados, é num nível inferior ao do cliente (Elliot et al., 2011).

Binder et al. (2009) concluem que a perspectiva do cliente pode contribuir para o desenvolvimento de experiências renovadas que permitem resultados terapêuticos mais positivos para futuro; também Patterson et al. (2008) salientam que a possibilidade de aceder às expectativas dos clientes (por exemplo, esclarecendo-os sobre aspectos práticos como a duração, o tipo de tarefas terapêuticas ou o incitamento à expressão de sentimentos) permite que os terapeutas possam melhorar as suas intervenções e a própria aliança terapêutica, sendo importantes pilares para gerar o compromisso necessário para o sucesso do processo terapêutico. A experiência empírica do cliente possibilita assim um enriquecimento à descoberta e compreensão sobre o funcionamento dos factores comuns bem como à construção e desenvolvimento da relação terapêutica e às características do próprio terapeuta (Levitt et al. 2016).

Ora se até aqui aferimos a necessidade e importância de o cliente expressar os seus sentimentos não apenas acerca do terapeuta, mas também do desenvolvimento da terapia, torna-se então pertinente que se desenvolva um instrumento que expresse este outro lado e que possibilite a avaliação das características interpessoais que mais influenciam a mudança terapêutica.

Uma vez que a demonstração de competências relacionais do terapeuta pode depender da representação do cliente e ainda não está claro quais as características com maior impacto para o cliente (Anderson et al., 2016), a adaptação da escala FIS para a perspectiva do cliente é assim de uma proeminente inevitabilidade que trará, com certeza, mais conhecimento à investigação em psicoterapia.

4-Objectivo do estudo

Grande parte das pesquisas em psicologia são feitas por auto-relato, o que pode gerar enviesamentos seja por défice ou por excesso. Ainda assim, são talvez uma forma fiável de perceber com pormenor o que realmente as pessoas pensam acerca de dado assunto, uma vez que é a experiência do cliente que permite um alargamento ao conhecimento, à compreensão e à descoberta sobre os autênticos factores da mudança.

Relativamente ao estudo sobre terapeutas e clientes, são os terapeutas o alvo maioritário dos estudos, pelo que é pertinente compreender o ponto de vista do cliente, por forma a preencher esta lacuna na investigação.

Assim, o objectivo último deste estudo é a identificação e exploração das características do terapeuta que promovem a mudança ao longo do processo terapêutico, segundo a perspectiva do cliente.

Em suma, a presente investigação pretende dar resposta principalmente a 3 perguntas:

- 1) Existe alguma característica interpessoal, nos terapeutas, mais relacionada ao bem-estar dos clientes?
- 2) Os clientes que cotam melhor a escala FIS apresentam melhores resultados relativamente ao seu bem-estar?
- 3) O tempo de duração da psicoterapia pode estar mais relacionado com alguma das características interpessoais do terapeuta?

MÉTODO

Por forma a estudar aprofundadamente a experiência do cliente relativa à percepção que este tem sobre as características interpessoais do seu terapeuta, a metodologia escolhida é de natureza quantitativa com delineamento transversal uma vez que se pretendem obter opiniões, conhecer preferências e aferir atitudes dos participantes num determinado momento (Freixo, 2011). Este tipo de delineamento pressupõe a recolha de dados de mais do que um caso, com uma ou mais variáveis e permite detectar padrões de associação (Bryman, 2012).

O método de investigação considerado mais adequado foi o inquérito por questionário, uma vez que as questões colocadas (que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador, permitem avaliar as atitudes e/ou opiniões dos participantes traduzindo-se num instrumento de medida que permite alcançar os objectivos mensuráveis de uma investigação. Foram utilizados questionários do tipo fechado que se revelam mais objectivos e facilitam o tratamento e a análise dos dados. Os questionários permitem atingir um maior número de pessoas numa área geográfica mais alargada e em menor tempo e, o facto de existir anonimato facilita a liberdade de expressão bem como a vontade de participação, por proporcionar segurança na resposta (Marconi & Lakatos, 2003). Contudo, apesar de apresentarem a possibilidade de recolher dados de forma mais rigorosa não permitem um aprofundamento da informação como ocorre numa entrevista e podem, por vezes, provocar a sugestão ou direcção das respostas (Freixo, 2011; Marconi & Lakatos, 2003; Sousa & Baptista, 2011).

Utilizou-se o tipo de investigação correlacional uma vez que avalia a relação entre variáveis sem que as mesmas sejam manipuladas, ou seja, os dados utilizados revelam as relações existentes entre as variáveis no seu estado natural, tal e qual como existem. Este tipo de design não permite fazer inferências sobre a causalidade de “a” em “b”, contudo permite afirmar que “a” aumenta (ou diminui) quando “b” aumenta (ou diminui).

A pesquisa quantitativa permite a recolha de dados de forma sistemática e com base em factos objectivos, considerando que todos os dados são possíveis de ser observáveis, quantificados e traduzidos numericamente para posteriormente serem analisados com métodos estatísticos (Freixo, 2011). As hipóteses formuladas orientam a recolha dos dados e permitem encontrar explicações para os fenómenos que se pretendem estudar (Creswell, 2013).

Para a análise de dados, utilizou-se a análise descritiva por ser um processo básico utilizado em todas as investigações visando a ordenação e caracterização dos dados da amostra

relativamente às variáveis utilizadas, segundo critérios adequados, que ajudam a explicar as variações das diferentes dimensões (construídas através do agrupamento de critérios de proximidade de conteúdo) (Guerra, 2006).

1-Participantes

Neste estudo, a amostra foi constituída por 205 participantes de diversas clínicas e consultórios. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 78 anos ($m= 34.38$ e $dp=11.991$), sendo 146 participantes do género feminino (71.2%) e 59 do género masculino (28.80%). Destes, 194 são de nacionalidade Portuguesa (94.6%), 7 de nacionalidade Brasileira (3.4%), 2 de nacionalidade Italiana (1.0%), 1 de nacionalidade Indiana (0.5%) e 1 de nacionalidade Sul Africana (0.5%). Relativamente à área de residência, 198 residem em Portugal Continental (96.6%), 4 participantes residem no Brasil (2.0%), 2 residem em França (1.0%) e 1 reside na ilha da Madeira (0.5%). No que respeita ao estado civil dos participantes, 114 são solteiros (55.6%), 59 são casados ou vivem em união de facto (28.8%), 30 participantes são divorciados (14.6%) e 2 são viúvos (1%). Em relação às habilitações literárias, 130 frequentaram o ensino superior (63.4%) e os restantes possuem 12º ano ou inferior (36.6%). Em relação à situação profissional, 109 são trabalhadores activos (53.2%), 75 são estudantes (36.6%), 17 estão desempregados (8.3%) e 4 são reformados (2.0%). Dos participantes desta amostra, 79 encontram-se em psicoterapia há mais de 1 ano (38.5%), 38 participantes estão em psicoterapia entre 6 meses e 1 ano (18.5%), 61 participantes variam entre 1 e 6 meses de psicoterapia (29.8%) e os restantes 27 estão em processo psicoterapêutico há menos de 1 mês (13.2%). Os dados sociodemográficos detalhados dos participantes em estudo estão apresentados na Tabela 1 (Anexo I).

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n = 205)

Caracterização da amostra				
Características	n	%	M	DP
Género				
Feminino	146	71.20		
Masculino	59	28.80		
Idade	205		34.38	11.991
Nacionalidade				
Portuguesa	194	94.6		
Brasileira	7	3.4		
Italiana	2	1.0		
Indiana	1	0.5		
Sul Africana	1	0.5		
Área de residência				
Portugal Continental	198	96.6		
Brasil	4	2.0		
França	2	1.0		
Madeira	1	0.5		
Estado civil				
Solteiro	114	55.6		
Casado/união de facto	59	28.8		
Divorciado	30	14.6		
Viúvo	2	1.0		
Habilitações literárias				
Ensino Superior	130	63.4		
12º ano	61	29.8		
9º ano	9	4.4		
Ensino preparatório	2	1.0		
4ª classe	3	1.5		
Situação Profissional				
Trabalhador activo	109	53.2		
Estudante	75	36.6		
Desempregado	17	8.3		
Reformado	4	2.0		
Tempo de psicoterapia				
Mais de 1 ano	79	38.5		
Entre 6 meses e 1 ano	38	18.5		
Entre 1 e 6 meses	61	29.8		
Menos de 1 mês	27	13.2		

2- Material

Para a recolha de dados foram aplicados 2 questionários:

A escala FIS-C - adaptada para o estudo da perspectiva do cliente e CORE-OM 10, na sua versão breve adaptada para a população portuguesa (Sales, Moleiro, Evans, & Alves, 2012).

2.1 – FIS – C

Facilitative Interpersonal Skills (FIS, Anderson, Patterson, & Weis, 2007 e FIS-IS, Uhlin, 2011) (Anexo II) é um instrumento (com 10 itens, na versão original, transformado depois em 8 itens) baseado em pressupostos relacionais como influenciadores da variância de resultados. A visualização de sessões tem o objectivo de avaliar e medir a qualidade das respostas do terapeuta considerando as suas competências interpessoais (numa primeira versão – FIS - utilizando sessões gravadas, em contexto experimental; numa versão posterior – FIS-IS - utilizando gravações de sessões em contexto natural e clínico). Quanto às suas qualidades psicométricas, o FIS-IS revelou ser um instrumento sólido, apresentando uma consistência interna forte, com *Alpha de Cronbach* = 0.94, (Uhlin, 2011).

A adaptação desta escala para a perspectiva do cliente (Anexo III) prende-se com a necessidade de compreender de que forma o cliente percebe o seu terapeuta e das suas capacidades para criar e desenvolver relação terapêutica e ajudar na resolução das problemáticas que levam a pessoa à consulta. É um instrumento constituído por 7 itens, de auto-relato em que cada item está relacionado com uma dimensão específica: fluência verbal, expressão emocional, persuasão, aceitação e compreensão, esperança e expectativas positivas, empatia e colaboração. A avaliação é feita através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 revela a dificuldade do terapeuta na expressão da temática a que diz respeito o item e 5 revela a facilidade do terapeuta na expressão a que diz respeito o item, quer seja compreender, aceitar, empatizar, etc. A pontuação varia entre 5 e 35 pontos.

2.2 – CORE OM

O *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (Evans et al., 2002), foi adaptado para a população portuguesa, em 2012, (Sales et al., 2012) e é um instrumento de auto-relato com 34 itens (na sua versão original), que tem como objectivo avaliar como o cliente se tem sentido, assim, é-lhe solicitado que se recorde qual a experiência vivida na última semana. Pode ser aplicado antes do início da terapia, durante e/ou no final, a fim de aferir quais as mudanças ocorridas e avaliar o resultado da intervenção (Sales et al., 2012).

Relativamente às qualidades psicométricas, a versão portuguesa do CORE-OM revela bons níveis de consistência interna, apresentando valores de *Alpha de Cronbach* que variam entre 0,72 (no domínio do bem-estar) e 0,94 (no domínio do risco); a única excepção na versão portuguesa acontece no domínio de risco onde o valor é 0,46. Estes valores são equiparados aos obtidos na versão original: entre 0,77 e 0,94, também com excepção no domínio do risco, que na versão original apresenta um valor superior (Sales et. al, 2012).

Existem várias versões deste instrumento, que podem ser usadas em situações diversas. Para este estudo foi utilizada a versão reduzida: CORE-10 por ser uma medida breve de triagem, que contempla apenas 10 dos 34 itens totais e permite a monitorização sessão a sessão. O instrumento é composto por quatro subescalas: bem-estar subjectivo (temáticas da ansiedade - 2 itens, depressão - 2 itens), queixas e/ou sintomas (temática relacionada a traumas - 1 item, e a problemas físicos - 1 item), funcionamento social e pessoal (temática sobre questões de dia-a-dia e relacionamentos - 3 itens) e comportamentos de risco para o próprio (temáticas sobre ideação suicida, actos auto lesivos, entre outros - 1 item). Destes, 6 itens são considerados de alta intensidade / gravidade e os restantes 4 de baixa intensidade/ gravidade.

A cotação é feita através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre “nunca” e “sempre ou quase sempre” (Anexo IV).

3- Procedimento

Após definirmos o objecto de estudo deste trabalho e as suas questões de investigação, foi necessário definir a amostra e os instrumentos a utilizar: FIS-C e CORE OM-10.

Definiu-se que a quantidade de participantes teria que ser significativa não apenas para aumentar a fiabilidade do estudo, mas porque era importante validar a tradução do instrumento FIS-C para a população portuguesa.

Inicialmente foi feita uma adaptação baseada no *Facilitative Interpersonal Skills* (Anderson et al, 2007), para a perspectiva do cliente (FIS-C) com o apoio dos autores da escala original. Seguidamente foram feitas duas traduções, por duas pessoas distintas, do instrumento FIS-C que existia apenas na versão em língua inglesa, obtendo-se assim duas versões e, posteriormente, feita a interpretação das questões seguida da retroversão, a fim de se obter a melhor versão, clara e perceptível a todos os participantes, fossem eles mais ou menos letrados.

Foi elaborado o consentimento informado (anexo V) e um questionário para recolha dos dados sócio demográficos (anexo VI), ao quais se juntou o FIS-C e o CORE-OM após serem formatados. O modelo electrónico foi contruído através da plataforma *Google forms*, seguindo toda a ordem existente nos questionários em papel.

Foi efectuado um levantamento de endereços electrónicos e enviados *e-mails* a várias clínicas e gabinetes de psicologia a divulgar o estudo e a solicitar a colaboração para a entrega dos questionários. Outros contactos foram feitos presencialmente com o mesmo objectivo de divulgação e solicitação de participação no estudo.

De uma amostra de clientes, proveniente de várias clínicas e gabinetes de psicologia e psicoterapia, todos foram elegíveis, uma vez que a instrução dada foi de apenas serem contactados clientes com idade igual ou superior a 18 anos. Assim consideramos a amostra como não probabilística, por conveniência (por ter sido seleccionada em função da disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população).

Os dados foram recolhidos em papel e em formato electrónico. Os questionários em papel foram entregues, em mão, com um envelope (para ser fechado, após o preenchimento), para garantir aos participantes que os dados permaneceriam confidenciais. Alguns questionários foram entregues pelos próprios terapeutas, outros, pela pessoa que assegura a recepção. O modelo electrónico foi partilhado via *e-mail* e em redes sociais, com a opção obrigatória de responder a todas as questões e permitindo apenas o acesso a respostas de indivíduos com mais de 18 anos, de modo a garantir que não existissem respostas inviabilizadas. Foi solicitado aos inquiridos que partilhassem os questionários com outros potenciais respondentes, de modo a permitir alcançar a amostra com maior rapidez.

A recolha de dados ocorreu entre 19 de Fevereiro e 23 de Maio de 2019. A amostra contou com 207 respostas, sendo que 2 não se enquadravam no campo de investigação definido, por falta de consentimento.

Posteriormente, foi construída uma base de dados onde se compilaram todos os dados recolhidos, em papel e por via electrónica. Foi feita a análise dos mesmos através do software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – v.25) a fim de se analisarem as qualidades psicométricas. Inicialmente foi feita a Análise Factorial Exploratória do instrumento FIS-C para averiguar as correlações entre as variáveis originais e a estimar os factores comuns bem como as relações estruturais que ligam os factores às variáveis. Procedeu-se de seguida à análise da fiabilidade através do *Alfa de Cronbach* e ao estudo da normalidade. O mesmo procedimento foi efectuado para a escala CORE-OM e foram posteriormente feitas correlações entre as duas escalas.

Validade - Análise Factorial Exploratória

Esta análise pretende descobrir e analisar a estrutura de variáveis que se encontram inter-relacionadas e vai construir uma escala de medida para factores que controlam as variáveis; é

usada principalmente se não existe informação prévia sobre a estrutura factorial do instrumento. A medida da homogeneidade das variáveis compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis, através do método mais utilizado: KMO (medida de adequação da amostragem de “Kaiser-Meyer-Olkin”). Os índices de KMO variam entre ≤ 0.5 considerado inaceitável e]0.9; 1.0], para serem considerados excelente (Marôco, 2014).

A AFE procura estimar factores comuns e específicos. Relativamente ao número de factores adequado, deve reter-se apenas o número mínimo de factores que permita explicar de forma consistente o fenómeno em questão. De acordo com o critério de Kaiser (a regra do “*eigenvalue* superior a 1”) devem ser retidos os factores que expliquem mais variância do que a informação de uma variável original, cujo valor é 1; o critério do *Scree plot* (que representa graficamente os factores e os respectivos *eigenvalues*), permite perceber qual a importância de cada factor. Apesar disso, nem sempre as soluções factoriais encontradas conseguem interpretar correctamente devido aos pesos factoriais obtidos, pelo que se utiliza o Método de Rotação Varimax a fim de se obter uma estrutura factorial em que apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor (Marôco, 2014).

Fiabilidade

É a capacidade do teste de medir de forma repetida e consistente uma determinada variável ou construto. A consistência interna é medida através do Alpha de Cronbach que tem por base as correlações médias entre os itens que compõem o teste ou as dimensões nele contidas, ponderadas pelas respectivas variâncias. Quanto mais itens tiver o teste ou a dimensão, em princípio, maior será o valor de alfa, a excepção acontece quando se retiram os itens com menos consistência. Também a variabilidade das respostas intra e inter sujeitos deve ser observada. Quanto menor for a variabilidade intra sujeitos e maior a variabilidade inter sujeitos, maior será o alfa (Marôco, 2014).

Sensibilidade

Capacidade de examinar e discriminar as diferenças entre participantes, quando estas existem. Este conceito está ligado à variabilidade de respostas. Se um item não varia e se torna constante, então não apresenta sensibilidade. Verifica-se através da mediana, assimetria, máximo e mínimo de cada item.

RESULTADOS

1- Análise das qualidades métricas

1.1 - Escala FIS-C

Validade

Análise factorial exploratória

Os resultados da AFE indicam que o KMO (medida de adequação de amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin*) apresenta um valor de 0.93, que pelo índice de recomendação para a AFE é considerado excelente e prova a adequabilidade da amostra ao número de itens da escala.

Foi executado o método de rotação *varimax* porque o objectivo é maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal. Apenas foi extraído 1 único factor com valor próprio superior a 1 com uma percentagem de variância explicada de 69.21%. Tal como se pode observar na tabela 2, todos os itens saturam adequadamente ($>0,5$) num único factor podendo confirmar-se a unidimensionalidade desta escala. Também na matriz anti imagem e na extracção das comunalidades todos os itens apresentam valores superiores a 0.5, demonstrando uma medida de adequação da amostragem e, por isso, os itens saturam o factor.

Tabela 2 – Solução factorial da AFE da escala FIS_C

	Componente 1
FISC1	0,829
FISC2	0,855
FISC3	0,819
FISC4	0,812
FISC5	0,833
FISC6	0,842
FISC7	0,833
Variância	69,21

Fiabilidade

O *Alpha* de *Cronbach* da escala FIS-C apresenta um valor de 0.925, que sendo superior a 0.70, revela que esta escala apresenta uma elevada consistência interna e que o seu *Alpha* de *Cronbach* não melhoraria se fosse retirado qualquer item (os valores do *Alpha* de *Cronbach* se algum dos itens fosse eliminados seriam iguais ou inferiores ao valor inicial – tabela 3).

Todos os itens estão suficientemente correlacionados entre si e por isso são bons indicadores, ou seja, medem o que é suposto medir.

Tabela 3 – Fiabilidade dos itens da escala FIS_C

Itens	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
FISC1	25,37	20,009	0,761	0,914
FISC2	25,55	19,445	0,794	0,911
FISC3	25,57	19,502	0,749	0,916
FISC4	25,35	20,866	0,741	0,916
FISC5	25,64	19,554	0,768	0,913
FISC6	25,49	20,006	0,777	0,912
FISC7	25,48	20,016	0,768	0,913

Sensibilidade

Todos os itens da escala FIS-C obtiveram respostas em todas as categorias, que variavam entre 1 e 5, em que 1 revela a dificuldade do terapeuta na expressão da temática a que diz respeito o item e 5 revela a facilidade do terapeuta na expressão a que diz respeito o item, quer seja compreender, aceitar, empatizar, etc. Para os itens serem considerados sensíveis as medianas não devem constar em nenhum dos extremos da classificação da escala (1 e 5). Neste caso, os resultados dos itens 1 e 4 apresentaram a mediana num dos extremos, contudo os valores de assimetria [-3 a 3] e achatamento [-7 a 7] estão dentro dos parâmetros. Assim, consideramos que todos os itens são sensíveis.

Ao analisar-se o nível de significância da escala FIS-C através do teste de normalidade verifica-se que este leva à rejeição da hipótese da normalidade ($p < 0,001$), ou seja, a escala em estudo não apresenta distribuição normal para o nível de significância 0.05. No entanto, ao observarem-se posteriormente os parâmetros da normalidade: assimetria (-1.39) e achatamento (2.345), constata-se que os valores apresentados não apresentam grandes desvios à normalidade, relativamente aos valores de referência que variam entre [-3 a 3] na assimetria e [-7 a 7] no achatamento, pelo que se pode confirmar como aproximadamente normal (tabela 4).

Tabela 4 – Sensibilidade dos itens e da escala total FIS_C

	FISC1	FISC2	FISC3	FISC4	FISC5	FISC6	FISC7	FISC TOTAL
Mediana	5	4	4	5	4	4	4	31
Assimetria	-1,629	-1,189	-1,099	-1,307	-0,925	-1,204	-1,2	-1,39
Curtose	2,928	1,205	0,729	1,736	0,701	1,401	1,523	2,345
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	8
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	35

1.2 - Escala CORE-OM 10

Validade

Análise factorial exploratória

Os resultados da AFE indicam que o KMO (medida de adequação de amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin) apresenta um valor de 0.848, que pelo índice de recomendação para a AFE é considerado excelente e prova a adequabilidade da amostra ao número de itens da escala.

Na matriz anti imagem, apenas o item 2 está ligeiramente abaixo de 0.5. Na extracção das comunalidades, os itens 1, 4 e 7 encontram-se abaixo de 0.5, que significam que não estão tão relacionados com os restantes itens da escala.

Inicialmente foram extraídos 2 factores com valor próprio superior a 1, com uma percentagem de variância explicada de 59.85, contudo forçou-se a 4 factores para verificar se a estrutura era coerente com a escala original e obtiveram-se os 4 factores (cujos nomes são: bem estar subjectivo, comportamentos de risco para o próprio, funcionamento social e pessoal e queixas e sintomas), tal como na escala original, que explicam uma percentagem maior de variância (75.93%).

O item 7 e o item 8 revelaram-se ambíguos, porque saturam simultaneamente 2 factores razão pela qual foram retirados a fim de verificar possíveis alterações. Depois de retirar estes 2 itens, verificou-se que o KMO baixou ligeiramente (0.784), mas manteve os 4 factores e a variância explicada aumentou para 80.16% (tabela 5).

Tabela 5 - Solução factorial da AFE da escala CORE

	Componentes			
	1	2	3	4
CORE1	0,872			
CORE2			0,909	
CORE3			0,761	
CORE4				0,935
CORE5		0,835		
CORE6		0,865		
CORE9	0,769			
CORE10	0,641			
Variância	42,96	18,33	10,34	8,51

Fiabilidade

O CORE OM revelou níveis de consistência interna em que o *Alpha de Cronbach* das 4 dimensões da escala varia entre 0.62 e 0.808 (tabela 6) apresentando valores inferiores à escala original.

Tabela 6 – Valores de consistência interna (alpha de cronbach) das subescalas do CORE

Subescalas	Bem Estar Subjetivo	Comp Risco PP	Func Social Pessoal	Queixas Sintomas
Alpha de Cronbach	0,8	0,808	0,62	-

Sensibilidade

Todos os itens da escala CORE-OM obtiveram respostas em todas as categorias, que variavam entre 0 e 4, em que 0 significava “nunca” e 4 significava “sempre ou quase sempre”. Para os itens serem considerados sensíveis as medianas não devem constar em nenhum dos extremos da classificação da escala (0 e 5). Neste caso, apenas o item 4 apresentou a mediana num dos extremos (4), contudo os valores de assimetria [-3 a 3] e achatamento [-7 a 7] estão dentro dos parâmetros. Assim, consideramos que todos os itens são sensíveis.

O teste de normalidade não se verificou ($p < 0,001$) pelo que a escala não apresenta distribuição normal para o nível de significância 0.05, contudo não existem desvios grosseiros

em nenhuma das dimensões, apresentando valores assimetria [-3 a 3] e achatamento [-7 a 7] dentro dos intervalos expectáveis (tabela 7).

Tabela 7 - Sensibilidade dos itens e da escala total CORE

	Mediana	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo
CORE1	3	0,241	-0,449	0	5
CORE2	4	-0,877	0,162	0	5
CORE3	3	-0,432	-0,605	0	5
CORE4	2	0,222	-0,317	0	5
CORE5	1	0,892	0,197	0	5
CORE6	1	1,733	3,092	0	5
CORE7	3	0,015	-1,133	0	5
CORE8	2	0,659	-0,32	0	5
CORE9	2	0,38	-0,515	0	5
CORE10	2	0,138	-0,752	0	5
Bem Estar Subjetivo	7	0,329	-0,539	2	15
Comp Risco PP	2	1,219	1,574	0	10
Func Social Pessoal	7	-0,333	-0,936	1	10
Queixas Sintomas	2	0,222	-0,317	0	5

2 – Correlações entre variáveis

A correlação não implica causalidade, apenas que indica se existe alguma associação, não tendo que existir influência de uma variável sobre a outra. Para estudar a direcção e a intensidade das relações entre as variáveis em estudo recorreu-se ao estudo das correlações de Pearson (tabela 8).

Tabela 8 – Correlações entre o FIS_C e o CORE

	Falta Bem Estar Subjetivo	Comp Risco PP	Func Social Pessoal	Queixas Sintomas
FISC1	-,325**	-,432**	-0,015	-,246**
FISC2	-,273**	-,368**	-0,043	-,187**
FISC3	-,257**	-,355**	-0,121	-0,118
FISC4	-,244**	-,343**	-0,055	-,140*
FISC5	-,350**	-,393**	-0,052	-,214**
FISC6	-,258**	-,333**	0,019	-,213**
FISC7	-,293**	-,334**	-0,003	-,182**

É importante ressaltar que a escala CORE-OM está construída na negativa e quanto maior a sua pontuação menor será a percepção de bem-estar.

Os coeficientes de correlação variam entre]-1, 1[e quanto mais próximo estiverem de 1 mais forte é a associação entre as variáveis. Se o coeficiente de correlação tiver o valor zero não existe relação entre as variáveis (Marôco, 2014). Obtiveram-se correlações negativas (as variáveis variam em sentidos opostos, isto é, a valores elevados de uma variável estão associados valores baixos da outra variável e vice-versa) que mostram que quanto maiores os níveis de FIS-C, menores os níveis relativos à falta de bem-estar (ou seja, melhor o sentimento de bem-estar).

A correlação entre a dimensão “bem-estar subjetivo” do CORE-OM e a FIS-C revela que quanto melhor os indivíduos percebem as características da FIS-C maiores são os níveis de bem-estar. O item da FIS-C mais correlacionado com o bem-estar é o item 5 “esperança & expectativas positivas” ($r = -.350^{**}$), na medida em que o terapeuta é capaz de facilitar a capacidade de agir e de construir os caminhos necessários para atingir os objetivos.

A correlação entre a dimensão “comportamentos de risco” do CORE-OM e a FIS-C demonstra que quanto maior a cotação na FIS-C, menor a tendência a comportamentos de risco. O item da FIS-C mais correlacionado com os comportamentos de risco para o próprio é o item 1 “fluência verbal” ($r = -.432^{**}$), referindo-se à capacidade de o terapeuta ser capaz de expressar com naturalidade.

Entre a dimensão “funcionamento social e pessoal” do CORE-OM e a escala FIS-C não existe correlação.

A correlação entre a dimensão “queixas e sintomas” do CORE-OM e a FIS-C revela que os indivíduos com mais pontuação no FIS-C apresentam menor nível de queixas e sintomas. O

item da FIS-C mais correlacionado com as queixas e sintomas é também o item 1 “fluência verbal” ($r = -.246^{**}$).

Foi também efectuada uma correlação entre a FIS-C e o tempo decorrido em psicoterapia, que revelou que todos os itens da escala FIS-C se encontram correlacionados positivamente indicando que o tempo decorrido pode predizer uma maior predominância para perceber melhor as características dos terapeutas. Destaca-se a “fluência verbal como a característica interpessoal do terapeuta mais saliente ($r = 0.268^{**}$).

Tabela 9 - Correlação entre a escala a FIS_C e o tempo de psicoterapia

	TempoPsicot
FISC1	,268 ^{**}
FISC2	,210 ^{**}
FISC3	,166 [*]
FISC4	,259 ^{**}
FISC5	,205 ^{**}
FISC6	,193 ^{**}
FISC7	,146 [*]

^{**} $p < 0,01$

^{*} $p < 0,05$

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objectivo verificar quais as características interpessoais do terapeuta mais relevantes, na perspectiva do cliente, e analisou ainda se existiria alguma relação entre estas características e o bem-estar percebido.

A investigação, conforme revisto na revisão da literatura, revela que o terapeuta é considerado um factor comum que facilita e promove a eficácia da terapia. Adquire um papel fundamental e incontestável para que seja possível fomentar mudanças no processo terapêutico uma vez que as suas atitudes e características, como por exemplo, a espontaneidade, são de enorme relevo e têm um efeito bastante importante para o sucesso da terapia (Anderson, et al., 2009; Carter et al., 2012; Stiles, et al., 1998). O papel do cliente é igualmente realçado uma vez que as suas características são também influenciadoras do processo terapêutico (Wampold et al., 2017) e, ao utilizar o feedback do cliente, é uma forma de monitorizar os resultados e, em consequência, melhorar as intervenções do terapeuta. (Duncan 2010, Lambert & Shimokawa, 2011).

A recolha de dados foi feita com recurso às escalas FIS-C e do CORE-OM e a avaliação quantitativa permitiu a análise dos resultados. A escala FIS-C revelou-se uma escala unidimensional e adequada à amostra deste estudo, em que existiram respostas a todos os itens e a consistência interna foi elevada, sugerindo que parece ser um instrumento válido e fiável a utilizar após validação para a população portuguesa.

O CORE-OM revelou qualidades semelhantes à escala original já traduzida e adaptada à população portuguesa.

A perspectiva do cliente é ainda uma lacuna na investigação, no que respeita à escala FIS; a mesma só existe para a avaliação de terapeutas, por observadores externos, razão pela qual este estudo se revelou pertinente e se revela uma inovação. Por este motivo, neste estudo, foram colocadas três questões de investigação, às quais se pretende dar resposta nos parágrafos seguintes.

- Existe alguma característica interpessoal, nos terapeutas, mais relacionada ao bem-estar dos clientes?

Todas as características interpessoais dos terapeutas estão relacionadas com o bem-estar subjectivo, contudo os resultados obtidos revelam que existem algumas características, com maior influência. A característica mais relacionada à dimensão do bem-estar subjectivo dos clientes da escala CORE-OM é o item 5 “esperança e expectativas positivas” e no que respeita

à dimensão “comportamentos de risco e queixas e sintomas” a característica mais saliente é o item 1 “fluência verbal”. Esta análise vem corroborar o que Anderson e Patterson (2013) já anteriormente tinham aferido como sendo estas, duas das características preditoras de bons resultados.

- Os clientes que cotam melhor a escala FIS apresentam melhores resultados relativamente ao seu bem-estar?

Os clientes que cotaram melhor a FIS-C também apresentam melhores resultados no CORE-OM: foi obtida uma correlação negativa onde se verificou que quanto maior o FIS-C, melhores os níveis de bem-estar (ou seja, quanto melhores foram percebidas as características, menores foram os comportamentos de risco, queixas e percepção de falta de bem-estar). Apesar de não existirem evidências que o FIS-IS prediz mudança de resultados positivos, na terapia, Uhlin (2011), o facto de as características dos terapeutas serem ressaltadas pelos clientes e revelarem estar correlacionadas ao bem-estar, é razoável dizer que o FIS-C pode predizer algum do sucesso da terapia relativamente à percepção de bem-estar.

- O tempo de duração da psicoterapia pode estar mais relacionado com alguma das características interpessoais do terapeuta?

O tempo de psicoterapia está relacionado positivamente com todos os itens da FIS-C, ou seja, independentemente do tempo decorrido, a percepção das características interpessoais dos terapeutas é percebida como sendo variáveis facilitadoras, razão pela qual é razoável inferir quanto mais tempo decorrido melhor será a percepção e influência das características no processo terapêutico. O item mais correlacionado é o item 1 “fluência verbal” ($r = .268^{**}$).

Apesar de não ter sido encontrada correlação significativa entre os itens da FIS-C e a dimensão funcionamento social e pessoal, é de notar que o *Alpha de Cronbach* desta dimensão apresentou um valor abaixo de 0.7, ou seja, esta dimensão pode não ter consistência interna, podendo não fazer sentido usar estes itens.

A literatura destaca a necessidade de replicar estudos que comprovem a relação das competências interpessoais do terapeuta com outras variáveis envolvidas no processo e que ajudem a perceber que tipo de comportamentos e/ ou atitudes promovem o aumento de mudanças no cliente (Angus et al., 2016).

Por fim, torna-se evidente que os resultados obtidos neste estudo revelam que a escala FIS-C se pode tornar um bom instrumento para avaliar as características interpessoais dos terapeutas.

1- Limitações do estudo

Consideraram-se relevantes algumas limitações do nosso estudo que são importantes prever numa investigação futura, por forma a diminuir ou mesmo evitar os enviesamentos:

Cada cliente respondeu após ter tido uma sessão psicoterapia, contudo não sabemos exactamente qual o tempo decorrido após as respostas dadas. As respostas podem ter ocorrido em momentos diferentes o que, de alguma forma, pode ter levado a respostas diferenciadas no sentido em que responder imediatamente após a sessão ter terminado pode ter levado a respostas demasiado emotivas pela proximidade temporal e, respostas dadas após algumas horas ou dias após a sessão ter terminado (no caso dos questionários on line) pode ter potenciado respostas menos precisas por afastamento temporal e consequente afastamento afectivo, bem como gerar enviesamentos mnésicos.

Alguns dos clientes responderam no local onde ocorreu a sessão. Alguns questionários foram entregues pelos próprios terapeutas, outros pela pessoa que assegura a recepção, mas mesmo existindo a informação de que as respostas eram anónimas e que o terapeuta em momento algum iria ter acesso às mesmas, poderá ter condicionado as respostas de alguns clientes.

Também o modo como decorreu a última sessão que serviu de base de resposta ao questionário FIS-C poderá ter influenciado as respostas dadas. Se a sessão “exemplo” não ocorreu como esperado ou se o estado emocional do cliente estivesse de alguma forma alterado, as respostas poderão prejudicar a cotação dada ao terapeuta. Não obstante, nem todos os clientes se encontravam no mesmo momento da terapia, razão que poderá enviesar os resultados relativamente à avaliação do terapeuta pela qualidade da relação terapêutica e das próprias características que foram atribuídas aos terapeutas.

Por último, a interpretação das perguntas (a sua clareza e se permitem que o cliente dê resposta a todos os itens) poderá ser considerado uma limitação no sentido em que diferentes pessoas perante a mesma questão podem interpretar o objectivo como distinto e responder de forma completamente díspar.

2-Sugestões para investigações futuras

Como sugestão para estudos futuros, propõe-se fazer um estudo semelhante em que se correlacione o terapeuta com o seu próprio cliente, de modo a obter resultados com maior fidelidade. O CORE OM seria aplicado antes e depois da terapia por forma a aferir mudanças efectivas, poderia ser também aplicado após um número estipulado de sessões para avaliar a evolução do processo terapêutico. Contudo, um estudo longitudinal, devido aos custos associados e ao tempo necessário para a sua execução, poderia ser um entrave, pelo que seria sensato obter uma amostra mais reduzida.

Outra sugestão seria fazer um estudo qualitativo que permitisse avaliar as competências interpessoais do terapeuta e a relação destas com o bem-estar do cliente de modo mais aprofundado, permitindo compreender realmente o que o cliente pensa e sente sobre as respostas dadas ao questionário. Poderiam ser utilizadas como base as mesmas questões usadas de forma exploratória ou utilizando um novo guião com perguntas abertas.

Poderia também relacionar-se terapeuta e cliente utilizando apenas o FIS em ambas as versões : *in session* e versão do cliente para uma interligação de dados mais precisa.

CONCLUSÃO

As características interpessoais do terapeuta como facilitadoras da eficácia da terapia são ainda uma área pouco explorada e estudada em Portugal, contudo parecem revelar-se um tema interessante a ser explorado.

Os estudos realizados anteriormente, para a avaliação de terapeutas feita por observadores externos, evidenciaram que existem características mais salientes que impactam a relação terapêutica e a terapia. Este estudo permitiu confirmar que, também na perspectiva do cliente se confirma que existem características com maior significado.

A evidência dos resultados obtidos revelou que algumas características interpessoais são mais influentes na percepção de bem-estar subjectivo, razão que leva a crer que, de facto, é importante investir na monitorização destes parâmetros a fim de melhorar o desempenho dos terapeutas e conseqüente melhoria na condição do paciente.

Além do mais, este estudo vem destacar a importância da perspectiva do cliente como um elemento crucial para a avaliação dos terapeutas e conseqüente evolução do processo terapêutico e deixa uma porta aberta para a replicação de outros estudos que possam investigar e aprofundar esta temática.

Este tópico é especialmente relevante quando verificamos que as características assinaladas pelos terapeutas são as mesmas que os clientes referiram, o que salienta a importância destas características para o sucesso da terapia.

Quer o terapeuta, quer o cliente têm enorme importância para o sucesso da terapia e é o trabalho conjunto e as particularidades de cada um que permite que o processo se desenvolva e o sucesso aconteça.

REFERÊNCIAS

- Amole, M. C., Cyranowski, J., Conklin, L., Markowitz, J., Martin, S., & Swartz, H. (2017). Therapist use of specific and nonspecific strategies across two affect-focused psychotherapies for depression: role of adherence monitoring. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(3), 381-394.
- Anderson, T., & Patterson, C. (2013). Facilitative Interpersonal Skill Task and Rating Method. *Ohio University*.
- Anderson, T., Crowley, M., Himawan, L., Holmberg, J., & Uhlin, B. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: a randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*.
- Anderson, T., McClintock, A., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. (2016). A Prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology, 84*, n° 1, pp. 57-66.
- Anderson, T., Ogles, B., Patterson, C., Lambert, M., & Vermeersch, D. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology*, Vol. 65(7), 755-768.
- Anderson, T., Patterson, C., & Weis, A. (2007). Facilitative Interpersonal Skills Performance Analysis Rating Method. Unpublished coding manual.
- Angus, L., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C., & Khattra, J. (2016). The Narrative-Emotion Process Coding System 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 253-269*.
- Armstrong, C. R. (2013). *Towards an understanding of the therapeutic relationship: narrative processes and facilitative interpersonal skills in psychotherapy provided by trainee therapists*. (Tese de Doutorado, Universidade McGill, Canadá). Obtido de http://digitool.library.mcgill.ca/webclient/StreamGate?folder_id=0&dvs=1558294245862~753

- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Em Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9* (4), 250-256.
- Boritz, T., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L., & Constantino, M. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the narrative-emotion process coding system (NEPCS). *Psychotherapy Research, 24* (5), 594-607.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Burns, D. D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: William Morrow.
- Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference. Em P. M. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford Press.
- Carter, J., Crowe, M., Carlyle, D., Frampton, C., Jordan, J., McIntosh, V., . . . Joyce, P. (Janeiro de 2012). Patient change processes in psychotherapy: development of a new scale. *Psychotherapy Research*, pp. 115-126.
- Castonguay , L., & Hill, C. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chiles, J., Lambert, M., & Hatch, A. (1999). The impact of psychological interventions on medical offset: A meta-analytic review. *American Psychological Association, 204-220*.
- Chow, D., Miller, S., Seidel, J., Kane , R., Thornton, J., & Andrews, W. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), pp. 337-345.
- Constantino, M., Arnkoff, D., Glass, C., Ametrano, R., & Smith, J. (2011). Expectations. *Journal of clinical psychology, 67* (2), pp. 184-192.
- Crane, R. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy, 30*, 399-410.

- Creswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (3^a ed.). Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia*, 16 - n^o 4, 42-51.
- Eisenthal, S., Koopman, C., & Lazare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (1), 49-54.
- Elliot, R., Bohart, A., Watson, J., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: an updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
- Elliott, R., Bohart, A., Watson, J., & Greenberg, L. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, Vol. 48, No. 1, pp. 43-49.
- Emrick, C. D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, pp. 88-108.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-61.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Frank, J., & Frank, J. (1993). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3^a ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freixo, M. J. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goldstein, J., Cohen, P., Lewis, S., & Struening, E. (1988). Community treatment environments: patient vs. staff evaluations. *Journal of Nervous and mental disease*, 176 (4), 227-233.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*, 8 (1), pp. 32-42.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso*. Lisboa: Principia.

- Hill, C., Spiegel, S., Hoffman, M., Kivlighan, D., Jr., & Gelso, C. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 1-47.
- Hofmann, S., & Barlow, D. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51 (4), pp. 510-513.
- King, R., Orr, J., Poulsen, B., Giacomantonio, S., & Haden, C. (2016). Understanding the therapist contribution to psychotherapy outcome: a meta-analytic approach. *Adm Policy Ment Health*, 664-680. doi:DOI 10.1007/s10488-016-0783-9
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's: Handbook of psychotherapy and behavior change* (6 th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48 - n°1, pp. 72-79.
- Laska, K., Gurman, A., & Wampold, B. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 4, 467-481.
- Lavik, K., Frøysa, H., Brattebø, K., & McLeod, J. (2018). The first sessions of psychotherapy: a qualitative meta-analysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28, No. 3, pp. 348–366.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: Pactor.
- Levitt, H., Pomerville, A., & Surace, F. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: a new agenda. *Psychological Bulletin*, 142, 8, pp. 801–830.
- Lipsey, M., & Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol. 36, No. 4, pp. 441-453.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Nissen-Lie, H., Rønnestad, M., Høglend, P., Havik, O., Solbakken, O., Stiles, T., & Monsen, J. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work : evidence-based responsiveness* (2ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press, Inc.
- Norcross, J., & Lambert, M. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4.
- Norcross, J., & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practises. *Psychotherapy*, 48, 1, 98-102.
- Okiishi, J., Lambert, M., Nielsen, S., & Ogles, B. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Patterson, C., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 55, No. 4, pp. 528–534.
- Peabody, S., & Gelso, C. (1982). Countertransference and empathy: the complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, pp. 240-245.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Safran , J., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy*, 51, No. 3, pp. 381–387.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Rev Psiq Clín*, 39 (2), pp. 54-59.

- Smith, M. L., & Glass, G. V. (Setembro de 1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, pp. 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sousa, M., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios - segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Stamoulos, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D., & Drapeau, M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, n°3, pp. 300-317.
- Stiles, W., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (4), pp. 439-458.
- Strupp, H. (Agosto de 1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: theory, research and practise*, 1, pp. 1-13.
- Tracey, T., Wampold, B., Lichtenberg, J., & Goodyear, R. (2014). Expertise in psychotherapy: an elusive goal? *American Psychologist*, 69 (3), 218-229.
- Uhlen, B. D. (2011). *Therapist in-session rated facilitative interpersonal skills (FIS-IS) in the psychotherapy process*. (Tese de Doutorado, Universidade de Ohio, Estados Unidos da América). Obtido de <https://etd.ohiolink.edu/>
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2ª ed.). Nova Iorque: Routledge.
- Wampold, B. E. (Novembro de 2007). Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, pp. 857-873.
- 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* (2ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. (2017). What characterizes Effective therapists?e. Em L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *How and why are some*

therapists better than others?: understanding therapist effects (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychological Association.

ANEXOS

ANEXO I – ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

ANEXO II – FIS -C - INGLÊS

ANEXO III – FIS-C

ANEXO IV – CORE OM-10

ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

ANEXO VII – QUALIDADES PSICOMÉTRICAS

ANEXO VIII – CORRELAÇÕES

ANEXO IX – ESTATÍSTICA DESCRITIVA

ANEXO I – Análise descritiva da amostra

Género					
		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	FEMININO	146	71,2	71,2	71,2
	MASCULINO	59	28,8	28,8	100
	Total	205	100	100	

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Idade	205	18	78	34,38	11,991
N válido (de lista)	205				

Nacionalidade					
		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	BRASILEIRA	7	3,4	3,4	3,4
	INDIANA	1	0,5	0,5	3,9
	ITALIANA	2	1	1	4,9
	PORTUGUESA	194	94,6	94,6	99,5
	SUL AFRICANA	1	0,5	0,5	100
	Total	205	100	100	

AResid					
		Frequência	Percentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	PORTUGAL CONTINENTAL	198	96,6	96,6	96,6
	MADEIRA	1	0,5	0,5	97,1
	FRANÇA	2	1	1	98
	BRASIL	4	2	2	100
	Total	205	100	100	

EstCivil					
		Frequência	Porcentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	SOLTEIRO	114	55,6	55,6	55,6
	CASADO/UNIAOFACTO	59	28,8	28,8	84,4
	DIVORCIADO	30	14,6	14,6	99
	VIUVO	2	1	1	100
	Total	205	100	100	

HabLit					
		Frequência	Porcentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	4ªCLASSE	3	1,5	1,5	1,5
	ENSINO PREP	2	1	1	2,4
	9º ANO	9	4,4	4,4	6,8
	12º ANO	61	29,8	29,8	36,6
	ENSINO SUPERIOR	130	63,4	63,4	100
	Total	205	100	100	

SitProf					
		Frequência	Porcentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	ESTUDANTE	75	36,6	36,6	36,6
	TRAB.ACTIVO	109	53,2	53,2	89,8
	DESEMPREGADO	17	8,3	8,3	98
	REFORMADO	4	2	2	100
	Total	205	100	100	

TempoPsicot					
		Frequência	Porcentagem	% Válida	% Cumulativa
Válidos	MENOS DE 1 MÊS	27	13,2	13,2	13,2
	ENTRE 1 - 6 M	61	29,8	29,8	42,9
	ENTRE 6M - 1 ANO	38	18,5	18,5	61,5
	MAIS DE 1 ANO	79	38,5	38,5	100
	Total	205	100	100	

FIS-Client Items

Please cross on the number that best describes your experience of your therapist during this session.

1. Verbal Fluency.

Extent to which my therapist was verbally capable and at-ease in communicating.



My therapist had great difficulty verbalizing his/her ideas throughout the session (e.g. sounded anxious). He/she lacked confidence in speaking and was consistently difficult to follow.

My therapist was at great ease and communicated ideas with no anxiety, reflecting a desire to "approach" me. He/she was consistently easy to follow.

2. Emotional Expression.

Energy and emotional engagement of my therapist. In other words, to what degree did my therapist behave in ways that facilitated the emotional engagement with me.



My therapist seemed hardly emotionally engaged with me, or not at all. He/she seemed bored, uninterested and/or lacking emotion.

There was affect and prosody in my therapist's voice in such a manner that was appropriate and facilitating of emotional engagement. His/her vocal expression conveyed emotion and interest in me.

3. Persuasiveness.

My therapist's ability to convey a clear, organized understanding about my situation as well as some new of thinking about it / new perspective on things.



My therapist was unconvincing, being typically unorganized, incoherent and difficult to follow. Either I didn't get a new perspective on my experience, or most explanations I got were difficult to understand or believe.

My therapist tended to be highly convincing throughout the session, speaking with great confidence, certainty, and authority. He/she offered some explanation or re-framing of my experience that made sense to me.

4. Warmth, Acceptance, & Understanding.

My therapist's ability to care for and accept me.



My therapist had an obvious lack of respect, acceptance, or warmth for me (e.g., judgmental attitude).

My therapist tended to express clear and obvious warmth, concern and acceptance, consistently throughout the session. I never felt judged.

5. Hope & Positive Expectations.

My therapist's ability to facilitate personal agency and build the pathways needed for attaining my desired goals and expectations.



There was no clear conveyance of hope over the course of the session. My therapist did not seem particularly confident about my potential for change.

My therapist offered expressions of clear hope about my future and/or positive expectations about our therapeutic work. I felt I could take steps towards my desired goals.

6. Empathy.

My therapist's ability to convey an accurate understanding of my thoughts and emotions.



My therapist offered no sense that he/she actually understood my experience, or even distorted my experience.

My therapist offered appropriate reflections demonstrating that he/she was not only listening, but also obtained an exceptional comprehension of what I was/am experiencing.

7. Collaboration.

My therapist's ability to provide a collaborative environment, one in which there was recognition of the need for us to work jointly on my problems.



My therapist actively undermined a mutual collaboration. He/she assumed all responsibility, without including or working *with me*.

Specific actions on the part of my therapist helped create a collaborative atmosphere. There was a sense that he/she was attempting to work with me as a team.

ANEXO III – FIS- C

Por favor selecione o número que melhor descreve a sua experiência com o seu terapeuta, durante esta sessão.

1. Fluência Verbal

Em que medida o meu terapeuta foi capaz de comunicar de forma natural e fluída.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta teve uma enorme dificuldade em verbalizar as suas ideias no decorrer da sessão (por exemplo, parecia ansioso). Aparentou pouca segurança e confiança ao falar e foi-me difícil acompanhar o seu discurso.

O meu terapeuta esteve bastante à vontade, transmitindo as suas ideias sem mostrar ansiedade, reflectindo o desejo de se “aproximar” de mim. Foi fácil acompanhar o seu discurso.

2. Expressão Emocional

Em que medida a energia, atitudes e ajustamento emocional do meu terapeuta facilitaram o meu envolvimento emocional.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta esteve pouco envolvido emocionalmente. Parecia estar aborrecido, desinteressado e/ou demonstrou falta de emoção.

O afecto na voz e a forma do diálogo, ambos apropriados, facilitaram o envolvimento emocional. A sua expressão vocal transmitiu emoção e interesse em mim.

3. Persuasão

Capacidade do meu terapeuta transmitir uma compreensão clara e organizada acerca da minha situação, bem como a introdução de uma nova perspectiva ou novo ponto de vista sobre as coisas.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta não foi convincente, mostrou-se desorganizado, incoerente e difícil de acompanhar. Ou não obtive uma nova perspectiva sobre a minha situação, ou a maioria das explicações que recebi foram difíceis de compreender ou pareceram pouco credíveis.

O meu terapeuta foi muito convincente durante a sessão. Falou com enorme confiança, certeza e autoridade. Ofereceu-me explicações ou reformulações da minha experiência que me fizeram sentido.

4. Aceitação & Compreensão

Em que medida o meu terapeuta é capaz de cuidar e de me aceitar.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta teve uma óbvia falta de respeito, aceitação e/ou consideração por mim (por exemplo, uma atitude de julgamento).

O meu terapeuta expressou, claramente, consideração e preocupação durante a sessão. Nunca me senti julgado/a.

5. Esperança & Expectativas Positivas

Em que medida o meu terapeuta é capaz de facilitar a minha capacidade de agir e construir os caminhos necessários para atingir os meus objectivos e expectativas.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Não senti uma transmissão clara de esperança durante a sessão. O meu terapeuta não pareceu particularmente confiante no meu potencial para a mudança.

O meu terapeuta transmitiu expressões claras de esperança sobre o meu futuro e/ou expectativas positivas sobre o nosso trabalho terapêutico. Senti que seria possível dar passos em direcção aos meus objectivos.

6. Empatia

A capacidade do meu terapeuta transmitir uma compreensão precisa dos meus pensamentos e emoções.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta não mostrou compreender a minha experiência ou até a distorceu.

O meu terapeuta ofereceu reflexões apropriadas que demonstraram que não só estava a ouvir mas também mostrou uma compreensão excepcional sobre o que tenho vivido.

7. Colaboração

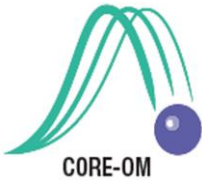
Em que medida o meu terapeuta tem capacidade de criar um ambiente colaborativo, em que existe o reconhecimento da necessidade de trabalharmos os meus problemas em conjunto.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu terapeuta evitou um trabalho de colaboração mútua. Assumi toda a responsabilidade sem me incluir ou trabalhar comigo.

O meu terapeuta teve acções específicas que ajudaram a criar um ambiente colaborativo. Senti que o terapeuta estava a trabalhar comigo em equipa.

ANEXO IV – CORE OM-10



IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 10 afirmações sobre como se sentiu AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA.
 Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.
 Por favor use uma caneta e não um lápis, de modo a marcar a sua resposta de forma mais nítida.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre
1 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Senti pânico ou terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8 Senti-me desesperado ou sem saída	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ANEXO V – Consentimento Informado



Consentimento informado

No âmbito da conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, vimos solicitar a sua participação num estudo que tem como principal objectivo compreender a percepção das características interpessoais do terapeuta, e a sua relação com o bem-estar psicológico e a aliança terapêutica, na perspectiva do cliente, pelo que solicitamos o preenchimento de alguns dados sociodemográficos e três breves escalas, associadas a cada um dos temas mencionados.

Os questionários destinam-se a indivíduos maiores de 18 anos e a frequentar psicoterapia, são anónimos e confidenciais, e o seu terapeuta, em momento algum, terá acesso aos dados facultados. Os mesmos serão utilizados para fins de investigação, acedidos e analisados pelos investigadores ligados ao estudo, não sendo divulgados para outros fins.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento pode abandonar o estudo sem prejuízos ou consequências para si.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada.

Margarida Severino

Mafalda Taveira

Para quaisquer esclarecimentos adicionais por favor contactar:

Margarida Severino - 23241@alunos.ispa.pt

Mafalda Taveira - 23625@alunos.ispa.pt

Orientador: Professor Drº Daniel de Sousa - daniel@ispa.pt

Destacar pelo picotado e colocar dentro do envelope, por favor

Compreendo as informações acima referidas sobre o estudo acerca da percepção das características interpessoais do terapeuta, e a sua relação com o bem-estar psicológico e a aliança terapêutica, na perspectiva do cliente, e que a minha participação é voluntária, aceitando participar nesta investigação.

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

ANEXO VI – Questionário de dados sociodemográficos

Género: Masculino Feminino

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Área de residência: _____ Estado Civil: _____

Habilitações literárias:

- 4ª classe (1º ciclo do Ensino Básico)
- Ensino Preparatório (2º ciclo do Ensino Básico)
- 9º Ano (3º ciclo do Ensino Básico)
- 12º Ano (Ensino Secundário)
- Curso Superior
- Outra _____

Situação profissional:

- Estudante
- Trabalhador no activo
- Desempregado
- Reformado

Há quanto tempo se encontra em psicoterapia?

- Menos de 1 mês
- 1 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- Mais de 1 ano

ANEXO VII – Qualidades psicométricas

FIS-C

Validade - Análise Fatorial Exploratória

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,93
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	943,943
	gl	21
	Sig.	0

Matrizes anti-imagem								
		FISC1	FISC2	FISC3	FISC4	FISC5	FISC6	FISC7
Covariância anti-imagem	FISC1	0,387	-0,143	-0,049	-0,063	-0,041	-0,055	0,007
	FISC2	-0,143	0,338	-0,013	-0,029	-0,056	-0,037	-0,102
	FISC3	-0,049	-0,013	0,429	-0,056	-0,105	-0,06	-0,077
	FISC4	-0,063	-0,029	-0,056	0,441	-0,049	-0,111	-0,039
	FISC5	-0,041	-0,056	-0,105	-0,049	0,406	-0,043	-0,07
	FISC6	-0,055	-0,037	-0,06	-0,111	-0,043	0,388	-0,074
	FISC7	0,007	-0,102	-0,077	-0,039	-0,07	-0,074	0,396
Correlação anti-imagem	FISC1	,916 ^a	-0,396	-0,119	-0,152	-0,105	-0,143	0,017
	FISC2	-0,396	,906 ^a	-0,034	-0,076	-0,152	-0,103	-0,278
	FISC3	-0,119	-0,034	,940 ^a	-0,128	-0,252	-0,147	-0,186
	FISC4	-0,152	-0,076	-0,128	,944 ^a	-0,116	-0,268	-0,092
	FISC5	-0,105	-0,152	-0,252	-0,116	,942 ^a	-0,108	-0,176
	FISC6	-0,143	-0,103	-0,147	-0,268	-0,108	,937 ^a	-0,189
	FISC7	0,017	-0,278	-0,186	-0,092	-0,176	-0,189	,930 ^a

a. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Comunalidades		
	Inicial	Extração
FISC1	1	0,686
FISC2	1	0,731
FISC3	1	0,67
FISC4	1	0,66
FISC5	1	0,694
FISC6	1	0,709
FISC7	1	0,694

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada						
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,845	69,211	69,211	4,845	69,211	69,211
2	0,456	6,516	75,727			
3	0,433	6,187	81,914			
4	0,379	5,412	87,326			
5	0,335	4,784	92,11			
6	0,313	4,471	96,582			
7	0,239	3,418	100			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a	
	Componente
	1
FISC1	0,829
FISC2	0,855
FISC3	0,819
FISC4	0,812
FISC5	0,833
FISC6	0,842
FISC7	0,833

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 1 componentes extraídos.

Fiabilidade

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
0,925	7

Sensibilidade

		Estatísticas				
		FISC1	FISC2	FISC3	FISC4	FISC5
N	Válido	205	205	205	205	205
	Omisso	0	0	0	0	0
Mediana		5	4	4	5	4
Erro Desvio		0,88	0,924	0,959	0,782	0,934
Assimetria		-1,629	-1,189	-1,099	-1,307	-0,925
Erro de assimetria padrão		0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Curtose		2,928	1,205	0,729	1,736	0,701
Erro de Curtose padrão		0,338	0,338	0,338	0,338	0,338
Mínimo		1	1	1	1	1
Máximo		5	5	5	5	5

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
FISC_Total	0,155	205	0	0,867	205	0

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Descritivos				
		Estatística	Erro Erro	
FISC_Total	Média	29,7415	0,36137	
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	29,029	
		Limite superior	30,454	
	5% da média aparada	30,2669		
	Mediana	31		
	Variância	26,771		
	Erro Desvio	5,17408		
	Mínimo	8		
	Máximo	35		

	Intervalo	27	
	Amplitude interquartil	7	
	Assimetria	-1,39	0,17
	Curtose	2,345	0,338

CORE_OM

Validade - Análise Fatorial Exploratória

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,848
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	886,671
	Gl	45
	Sig.	0

Matrizes anti-imagem											
		CORE1	CORE2	CORE3	CORE4	CORE5	CORE6	CORE7	CORE8	CORE9	CORE10
Covariância anti-imagem	CORE1	0,592	0,05	-0,098	-0,064	-0,027	0,047	-0,071	-0,094	-0,089	0,003
	CORE2	0,05	0,733	-0,302	-0,019	-0,064	-0,015	-0,045	0,086	0,004	-0,008
	CORE3	-0,098	-0,302	0,636	0,141	-0,014	-0,116	0,105	0,02	-0,033	-0,034
	CORE4	-0,064	-0,019	0,141	0,779	-0,022	-0,097	-0,108	0,052	-0,044	-0,061
	CORE5	-0,027	-0,064	-0,014	-0,022	0,442	-0,162	-0,026	-0,05	-0,006	-0,083
	CORE6	0,047	-0,015	-0,116	-0,097	-0,162	0,396	-0,039	-0,135	0,024	0,019
	CORE7	-0,071	-0,045	0,105	-0,108	-0,026	-0,039	0,68	-0,015	-0,086	-0,03
	CORE8	-0,094	0,086	0,02	0,052	-0,05	-0,135	-0,015	0,287	-0,112	-0,066
	CORE9	-0,089	0,004	-0,033	-0,044	-0,006	0,024	-0,086	-0,112	0,352	-0,137
	CORE10	0,003	-0,008	-0,034	-0,061	-0,083	0,019	-0,03	-0,066	-0,137	0,447
Correlação anti-imagem	CORE1	,902 ^a	0,076	-0,16	-0,094	-0,052	0,098	-0,113	-0,229	-0,195	0,006
	CORE2	0,076	,488 ^a	-0,442	-0,026	-0,113	-0,028	-0,064	0,187	0,008	-0,014
	CORE3	-0,16	-0,442	,624 ^a	0,2	-0,027	-0,232	0,159	0,047	-0,07	-0,063
	CORE4	-0,094	-0,026	0,2	,831 ^a	-0,038	-0,175	-0,148	0,111	-0,084	-0,103
	CORE5	-0,052	-0,113	-0,027	-0,038	,897 ^a	-0,387	-0,047	-0,14	-0,015	-0,186
	CORE6	0,098	-0,028	-0,232	-0,175	-0,387	,820 ^a	-0,074	-0,4	0,063	0,046
	CORE7	-0,113	-0,064	0,159	-0,148	-0,047	-0,074	,915 ^a	-0,035	-0,176	-0,055
	CORE8	-0,229	0,187	0,047	0,111	-0,14	-0,4	-0,035	,847 ^a	-0,352	-0,185
	CORE9	-0,195	0,008	-0,07	-0,084	-0,015	0,063	-0,176	-0,352	,872 ^a	-0,347
	CORE10	0,006	-0,014	-0,063	-0,103	-0,186	0,046	-0,055	-0,185	-0,347	,904 ^a

a. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

Comunalidades		
	Inicial	Extração
CORE1	1	0,481
CORE2	1	0,649
CORE3	1	0,741
CORE4	1	0,311
CORE5	1	0,639
CORE6	1	0,628
CORE7	1	0,442
CORE8	1	0,757
CORE9	1	0,709
CORE10	1	0,63

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,452	44,523	44,523	4,452	44,523	44,523	4,36	43,597	43,597
2	1,533	15,334	59,857	1,533	15,334	59,857	1,626	16,261	59,857
3	0,888	8,882	68,739						
4	0,719	7,192	75,931						
5	0,619	6,193	82,124						
6	0,537	5,373	87,496						
7	0,433	4,33	91,826						
8	0,343	3,43	95,256						
9	0,274	2,741	97,997						
10	0,2	2,003	100						

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a		
	Componente	
	1	2
CORE1	0,693	
CORE2		0,8
CORE3		0,84
CORE4	0,51	
CORE5	0,741	
CORE6	0,724	
CORE7	0,649	
CORE8	0,868	
CORE9	0,841	
CORE10	0,787	

Método de Extração: análise de Componente Principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Forçar a 4 factores

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,452	44,523	44,523	4,452	44,523	44,523	2,524	25,239	25,239
2	1,533	15,334	59,857	1,533	15,334	59,857	2,402	24,022	49,262
3	0,888	8,882	68,739	0,888	8,882	68,739	1,453	14,534	63,795
4	0,719	7,192	75,931	0,719	7,192	75,931	1,214	12,135	75,931
5	0,619	6,193	82,124						
6	0,537	5,373	87,496						
7	0,433	4,33	91,826						
8	0,343	3,43	95,256						
9	0,274	2,741	97,997						
10	0,2	2,003	100						

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a				
	Componente			
	1	2	3	4
CORE1	0,819			
CORE2			0,913	
CORE3			0,751	
CORE4				0,861
CORE5		0,798		
CORE6		0,857		
CORE7	0,598			0,526
CORE8	0,609	0,665		
CORE9	0,759			
CORE10	0,611			

Método de Extração: análise de Componente Principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Depois de eliminar 2 itens

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,784
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	562,104
	gl	28
	Sig.	0

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,437	42,964	42,964	3,437	42,964	42,964	2	25,005	25,005
2	1,467	18,333	61,297	1,467	18,333	61,297	1,949	24,36	49,365
3	0,828	10,348	71,645	0,828	10,348	71,645	1,439	17,984	67,35
4	0,681	8,518	80,163	0,681	8,518	80,163	1,025	12,813	80,163
5	0,548	6,849	87,012						
6	0,449	5,611	92,624						
7	0,316	3,947	96,571						
8	0,274	3,429	100						

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a				
	Componente			
	1	2	3	4
CORE1	0,872			
CORE2			0,909	
CORE3			0,761	
CORE4				0,935
CORE5		0,835		
CORE6		0,865		
CORE9	0,769			
CORE10	0,641			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 5 iterações.

Fiabilidade

Dimensão: bem estar subjectivo

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
0,8	3

Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
CORE1	5	5,054	0,557	0,812
CORE9	5,35	4,071	0,743	0,621
CORE10	5,4	3,868	0,652	0,726

Dimensão: comportamentos de risco para o próprio

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
0,808	2

Dimensão: funcionamento social e pessoal

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
0,62	2

Sensibilidade dos itens

Estatísticas										
	CORE1	CORE2	CORE3	CORE4	CORE5	CORE6	CORE7	CORE8	CORE9	CORE10
Válido	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
N Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	3	4	3	2	1	1	3	2	2	2
Erro Desvio	1,065	1,23	1,364	1,059	1,273	1,181	1,433	1,365	1,153	1,293
Assimetria	0,241	-0,877	-0,432	0,222	0,892	1,733	0,015	0,659	0,38	0,138
Erro de assimetria padrão	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Curtose	-0,449	0,162	-0,605	-0,317	0,197	3,092	-1,133	-0,32	-0,515	-0,752
Erro de Curtose padrão	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338	0,338
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Sensibilidade

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
BemEstarSubjetivo	0,121	205	0	0,97	205	0
CompRiscoPP	0,214	205	0	0,872	205	0
FuncSocialPessoal	0,169	205	0	0,94	205	0
QueixasSintomas	0,209	205	0	0,918	205	0

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Descritivos				
		Estatística	Erro Erro	
BemEstarSubjetivo	Média	7,8732	0,20785	
	95% Limite inferior	7,4634		
	Intervalo de Confiança para Média	Limite superior	8,283	
	5% da média aparada	7,8198		
	Mediana	7		
	Variância	8,856		
	Erro Desvio	2,97597		
	Mínimo	2		
	Máximo	15		
	Intervalo	13		
	Amplitude interquartil	4		
	Assimetria	0,329	0,17	
	Curtose	-0,539	0,338	
CompRiscoPP	Média	2,678	0,15715	
	95% Limite inferior	2,3682		
	Intervalo de Confiança para Média	Limite superior	2,9879	
	5% da média aparada	2,477		
	Mediana	2		
	Variância	5,063		

	Erro Desvio		2,25	
	Mínimo		0	
	Máximo		10	
	Intervalo		10	
	Amplitude interquartil		3	
	Assimetria		1,219	0,17
	Curtose		1,574	0,338
FuncSocialPessoal	Média		6,6439	0,1544
	95%	Limite inferior	6,3395	
	Intervalo de Confiança para Média	Limite superior	6,9483	
	5% da média aparada		6,6924	
	Mediana		7	
	Variância		4,887	
	Erro Desvio		2,21072	
	Mínimo		1	
	Máximo		10	
	Intervalo		9	
	Amplitude interquartil		3	
	Assimetria		-0,333	0,17
	Curtose		-0,936	0,338
QueixasSintomas	Média		2,4585	0,07398
	95%	Limite inferior	2,3127	
	Intervalo de Confiança para Média	Limite superior	2,6044	
	5% da média aparada		2,4377	
	Mediana		2	
	Variância		1,122	
	Erro Desvio		1,05927	
	Mínimo		0	
	Máximo		5	
	Intervalo		5	
	Amplitude interquartil		1	
	Assimetria		0,222	0,17
	Curtose		-0,317	0,338

ANEXO VIII – Correlações

Correlação de Person

		Correlações										
		FISC1	FISC2	FISC3	FISC4	FISC5	FISC6	FISC7	FaltaBemEstarSubjetivo	CompRiscoPP	FuncSocialPessoal	QueixasSintomas
FISC1	Correlação de Pearson	1	,731**	,608**	,622**	,624**	,642**	,596**	-,325**	-,432**	-0,015	-,246**
	Sig. (2 extremidades)		0	0	0	0	0	0	0	0	0,831	0
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC2	Correlação de Pearson	,731**	1	,614**	,620**	,659**	,655**	,691**	-,273**	-,368**	-0,043	-,187**
	Sig. (2 extremidades)	0		0	0	0	0	0	0	0	0,544	0,007
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC3	Correlação de Pearson	,608**	,614**	1	,607**	,665**	,637**	,643**	-,257**	-,355**	-0,121	-0,118
	Sig. (2 extremidades)	0	0		0	0	0	0	0	0	0,085	0,091
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC4	Correlação de Pearson	,622**	,620**	,607**	1	,612**	,671**	,606**	-,244**	-,343**	-0,055	-,140*
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0		0	0	0	0	0	0,431	0,045
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

FISC5	Correlação de Pearson	,624**	,659**	,665**	,612**	1	,636**	,654**	-,350**	-,393**	-0,052	-,214**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0		0	0	0	0	0,46	0,002
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC6	Correlação de Pearson	,642**	,655**	,637**	,671**	,636**	1	,659**	-,258**	-,333**	0,019	-,213**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0		0	0	0	0,784	0,002
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC7	Correlação de Pearson	,596**	,691**	,643**	,606**	,654**	,659**	1	-,293**	-,334**	-0,003	-,182**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0	0		0	0	0,967	0,009
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
FaltaBemEstarSubjetivo	Correlação de Pearson	-,325**	-,273**	-,257**	-,244**	-,350**	-,258**	-,293**	1	,621**	,142*	,359**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0	0	0		0	0,042	0
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
CompRiscoPP	Correlação de Pearson	-,432**	-,368**	-,355**	-,343**	-,393**	-,333**	-,334**	,621**	1	,280**	,326**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

FuncSocialPessoal	Correlação de Pearson	-0,015	-0,043	-0,121	-0,055	-0,052	0,019	-0,003	,142*	,280**	1	-0,062
	Sig. (2 extremidades)	0,831	0,544	0,085	0,431	0,46	0,784	0,967	0,042	0		0,379
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
QueixasSintomas	Correlação de Pearson	-,246**	-,187**	-0,118	-,140*	-,214**	-,213**	-,182**	,359**	,326**	-0,062	1
	Sig. (2 extremidades)	0	0,007	0,091	0,045	0,002	0,002	0,009	0	0	0,379	
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

		Correlações							
		FISC1	FISC2	FISC3	FISC4	FISC5	FISC6	FISC7	TempoPsicot
FISC1	Correlação de Pearson	1	,731**	,608**	,622**	,624**	,642**	,596**	,268**
	Sig. (2 extremidades)		0	0	0	0	0	0	0
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC2	Correlação de Pearson	,731**	1	,614**	,620**	,659**	,655**	,691**	,210**
	Sig. (2 extremidades)	0		0	0	0	0	0	0,003
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC3	Correlação de Pearson	,608**	,614**	1	,607**	,665**	,637**	,643**	,166*
	Sig. (2 extremidades)	0	0		0	0	0	0	0,017
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC4	Correlação de Pearson	,622**	,620**	,607**	1	,612**	,671**	,606**	,259**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0		0	0	0	0
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC5	Correlação de Pearson	,624**	,659**	,665**	,612**	1	,636**	,654**	,205**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0		0	0	0,003
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC6	Correlação de Pearson	,642**	,655**	,637**	,671**	,636**	1	,659**	,193**
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0		0	0,006
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
FISC7	Correlação de Pearson	,596**	,691**	,643**	,606**	,654**	,659**	1	,146*
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0	0	0	0		0,037
	N	205	205	205	205	205	205	205	205
TempoPsicot	Correlação de Pearson	,268**	,210**	,166*	,259**	,205**	,193**	,146*	1
	Sig. (2 extremidades)	0	0,003	0,017	0	0,003	0,006	0,037	
	N	205	205	205	205	205	205	205	205

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

ANEXO IX – Estatística descritiva

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
FISC1	205	1	5	4,37	0,88
FISC2	205	1	5	4,2	0,924
FISC3	205	1	5	4,18	0,959
FISC4	205	1	5	4,39	0,782
FISC5	205	1	5	4,1	0,934
FISC6	205	1	5	4,25	0,865
FISC7	205	1	5	4,26	0,873
FaltaBemEstarSubjetivo	205	2	15	7,8732	2,97597
CompRiscoPP	205	0	10	2,678	2,25
FuncSocialPessoal	205	1	10	6,6439	2,21072
QueixasSintomas	205	0	5	2,4585	1,05927
N válido (de lista)	205				