



**LSPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS DO  
TERAPEUTA SOB A PERSPETIVA DO  
CLIENTE: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

**TÂNIA SOFIA RAPOSO RAMOS**

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

2020

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**

Ao meu orientador, o Prof. Doutor Daniel Sousa, por, através do seu conhecimento, ter fomentado em mim o interesse por esta área, pela disponibilidade, orientação e paciência que demonstrou ao longo da realização desta dissertação.

A todas as clínicas, psicólogos/as e clientes que aceitaram colaborar e participar neste estudo. Em particular à Sr.<sup>a</sup> Alexandra, ao Dr. Mark e ao Dr. Rui pelo auxílio ao longo dos momentos de recolha dos dados.

Às minhas deslocadas preferidas, Ana Rita e Maria Inês, pelo companheirismo, pelos momentos de alegria, pelos desabafos e por terem feito parte deste percurso desde o primeiro momento.

À Alexandra, ao Daniel, à Débora e à Sofia, pela amizade e por me “obrigarem” a fazer uma pausa quando necessário.

Ao Divo, pelo carinho, compreensão, paciência e incentivo. Pela capacidade de, mesmo nos momentos mais difíceis, me acalmares e auxiliares a ver as coisas de outra forma e, acima de tudo, por nunca deixares de acreditar em mim.

À minha avó e ao meu tio Fernando, por, à sua maneira, fazerem parte deste percurso.

À minha pequenina Íris, ao meu irmão Pedro e à Tânia, por compreenderem os momentos de ausência, por me apoiarem e por todo o amor e carinho.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor. Por, apesar das dificuldades, nunca me terem impedido de estudar longe de casa. Por todo o esforço que passaram, ao longo destes 5 anos, para que eu pudesse seguir o meu sonho. Sem vocês nada disto teria sido possível!

Muito obrigada a todos!

## Resumo

Os terapeutas variam nos resultados que conseguem providenciar aos seus clientes, sendo que as competências interpessoais facilitadoras parecem explicar parte dessa variabilidade. O FIS-C é um instrumento recente que avalia essas competências sob a perspectiva do cliente e, como tal, são necessárias mais evidências acerca da escala. **Objetivo:** O objetivo geral deste estudo foi analisar o FIS-C em momentos distintos e verificar a sua associação com diferentes variáveis importantes em psicoterapia. Pretendeu-se também testar a estrutura fatorial do FIS-C. **Método:** A amostra deste estudo foi composta por 31 clientes de três clínicas portuguesas. O FIS-C, a WAI e o OQ-45.2 foram administrados em três momentos diferentes da psicoterapia, tendo decorrido pelo menos cinco semanas entre cada aplicação. **Resultados:** Os resultados indicam que o FIS-C está associado com a WAI em todos os momentos, contudo, não foi encontrada qualquer associação com o OQ-45.2. Ao longo do tempo, o FIS-C parece evoluir positivamente, tendo sido encontradas alterações estatisticamente significativas entre o primeiro e o terceiro momento. **Conclusões:** A percepção dos clientes acerca das competências interpessoais facilitadoras parece desempenhar um papel importante. Contudo, considerando evidências anteriores, alguns resultados deste estudo são inconclusivos, pelo que são necessários mais estudos.

**Palavras-chave:** Competências Interpessoais Facilitadoras; FIS-C; Características do Terapeuta; Perspetiva do Cliente; Psicoterapia.

## **Abstract**

Therapists vary in the results they provide to clients, and the facilitative interpersonal skills explain part of that variability. The FIS-C is a recent measure that evaluates these skills under the perspective of the client and, as such, more evidence is necessary. **Objective:** The overall objective of this study was to analyze the FIS-C in different moments and to verify its association with different important variables in psychotherapy. The factorial structure of the FIS-C was also tested. **Method:** The sample on this study was composed of 31 clients from three different portuguese clinics. The FIS-C, the WAI, and the OQ-45.2 were administered at three different moments of psychotherapy, having at least five sessions between each application. **Results:** The results indicate that the FIS-C is associated with the WAI in all moments, however, no association was found with the OQ-45.2. Over time the FIS-C seems to develop positively, with significant changes being found between the 1<sup>st</sup> and the 3<sup>rd</sup> moment. **Conclusions:** Clients perception about facilitative interpersonal skills seems to play an important role. Nonetheless, considering previous evidences, some results of this study are inconclusive, so additional studies are necessary.

**Keywords:** Facilitative Interpersonal Skills; Therapist's Characteristics; Client's Perspective; Psychotherapy.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
Objetivos .....	4
<b>Método</b> .....	<b>4</b>
Participantes .....	4
Medidas .....	6
Questionário de Dados Sociodemográficos .....	6
Facilitative Interpersonal Skills-Client .....	6
Working Alliance Inventory .....	7
Outcome Questionnaire.....	7
Procedimento .....	8
Recolha dos Dados.....	8
Análise Estatística .....	8
<b>Resultados</b> .....	<b>10</b>
Análise Fatorial Confirmatória da Escala FIS-C .....	10
Associação entre o FIS-C e a WAI .....	10
Associação entre o FIS-C e o OQ-45.2 .....	10
Evolução do FIS-C ao Longo do Tempo .....	11
<b>Discussão</b> .....	<b>12</b>
Análise Fatorial Confirmatória da Escala FIS-C .....	12
Associação entre o FIS-C e a WAI .....	13
Associação entre o FIS-C e o OQ-45.2 .....	14
Evolução do FIS-C ao Longo do Tempo .....	15
<b>Limitações</b> .....	<b>16</b>
<b>Sugestões Futuras</b> .....	<b>17</b>
<b>Referências</b> .....	<b>19</b>
<b>Apêndice A – Revisão da Literatura</b> .....	<b>26</b>

Eficácia da Psicoterapia .....	26
Qual é a Psicoterapia Mais Eficaz? .....	28
Fatores Comuns .....	29
Efeitos do Terapeuta .....	32
Características dos Terapeutas .....	35
Facilitative Interpersonal Skills (FIS) – Competências Interpessoais Facilitadoras.....	39
Resultados Negativos e Importância do Terapeuta.....	43
Importância de se Considerar a Perspetiva do Cliente.....	44
Referências.....	46
<b>Apêndice B – Conjunto dos Instrumentos.....</b>	<b>58</b>
<b>Apêndice C – Estatísticas Descritivas .....</b>	<b>68</b>
<b>Apêndice D - Análise Fatorial Confirmatória.....</b>	<b>79</b>
<b>Apêndice E – Correlações de Pearson .....</b>	<b>80</b>
<b>Apêndice F – ANOVA de Medidas Repetidas de Um Fator.....</b>	<b>83</b>

## Lista de Tabelas e Figuras

### Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra .....	5
Tabela 2 – Variáveis Relacionadas com a Psicoterapia .....	6
Tabela 3 – Médias das Escalas em Cada Momento .....	10
Tabela 4 – Correlações entre o FIS-C e a WAI e OQ.45.2 (incluindo a subescala SD)...	11

### Figuras

Figura 1 – Médias e Desvios Padrão do FIS-C ao Longo dos Três Momentos.....	12
---	----

## Introdução

A psicoterapia é eficaz (Wampold & Imel, 2015) e as diferentes abordagens produzem resultados equivalentes tanto no geral (Seligman, 1995; Smith et al., 1980; Smith & Glass, 1977; Stiles et al., 2008) como para perturbações específicas (Baardseth et al., 2013; Barth et al., 2013; Benish et al., 2008; Munder et al., 2019). Contudo, apesar de serem esperados resultados positivos para a maioria dos clientes que iniciam psicoterapia (Hannan et al., 2005), alguns clientes abandonam o tratamento prematuramente (Saxon et al., 2017) e estima-se que, em média, 8% dos clientes adultos pioram após receberem psicoterapia (Hansen et al., 2002).

Embora seja estimado que 40% da variação dos resultados psicoterapêuticos seja atribuída a variáveis do cliente/acontecimentos extraterapêuticos (Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2019), existem outras variáveis diretamente ligadas ao contexto terapêutico que podem ser aprofundadas (Sousa, 2017). Uma dessas variáveis é o terapeuta que representa um elemento importante não só para os resultados, como para o processo terapêutico (Laska et al., 2014; Miller et al., 2013; Norcross & Lambert, 2019).

Verificou-se que alguns terapeutas conseguem, consistentemente, obter melhores resultados com os seus clientes do que outros (Chow et al., 2015). Para além de apresentarem taxas de recuperação mais altas e menores taxas de abandonos prematuros, os clientes acompanhados por terapeutas mais eficazes parecem obter maiores benefícios por sessão em comparação com os clientes dos outros terapeutas (Firth et al., 2015; Saxon et al., 2017). Quando os resultados entre os terapeutas variam, sem que tal se deva às características dos clientes ou dos tratamentos utilizados, considera-se que existem efeitos do terapeuta (Barkham et al., 2017; Wampold et al., 2017).

Os efeitos do terapeuta têm sido investigados tanto na prática clínica como em ensaios clínicos (Baldwin & Imel, 2013; Johns et al., 2019; Laska et al., 2013; Wampold, 2015), tendo sido encontrados mesmo quando os terapeutas são treinados, recebem supervisão e seguem um manual de tratamento (Huppert et al., 2001; Laska et al., 2013). A primeira meta-análise acerca dos efeitos do terapeuta demonstrou que estes parecem ser responsáveis, em média, por 8,6% da variação nos resultados dos clientes (Crits-Christoph et al., 1991). Mais recentemente, os resultados sugerem que os efeitos do terapeuta representam aproximadamente 5% da variação nos resultados psicoterapêuticos (Baldwin & Imel, 2013; Johns et al., 2019). Em psicoterapia este tamanho de efeito é considerado razoavelmente grande (Baldwin & Imel, 2013) e pode, a longo prazo, ter um impacto considerável nos resultados dos clientes (Imel et al., 2015).

Tendo em conta que os resultados sugerem que alguns terapeutas são mais eficazes do que outros, é necessário compreender o que caracteriza esses terapeutas (Heinonen & Nissen-

Lie, 2019; Wampold, 2015). Através dessa compreensão poderão ser feitos esforços para melhorar os resultados dos terapeutas de baixo desempenho (Baldwin & Imel, 2013) e aumentar as taxas de sucesso em psicoterapia (Anderson et al., 2019). Foram estudadas características como idade, sexo, modelo teórico (Anderson et al., 2016; Chow et al., 2015; Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005), anos de experiência (Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Perlman et al., 2020; Wampold & Brown, 2005) e utilização de manuais de tratamento (Webb et al., 2010). No entanto, nenhuma parece ser explicativa das diferenças entre terapeutas.

Por outro lado, foram identificadas como características dos terapeutas eficazes, por exemplo, o envolvimento em atividades de prática deliberada (Chow et al., 2015) e a capacidade de formar uma boa aliança terapêutica (Flückiger et al., 2012, 2019; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). De facto, a investigação demonstra que os terapeutas eficazes são consistentemente melhores a formar aliança com clientes com características distintas (Anderson et al., 2016; Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2019).

De modo a avançar na compreensão acerca da forma como os terapeutas podem contribuir para os resultados psicoterapêuticos e também para importantes processos comuns, “*Facilitative Interpersonal Skills*” (FIS) – competências interpessoais facilitadoras - também têm sido estudadas (Uhlin, 2011). Partindo da premissa de que a aliança terapêutica e outras variáveis de processo, associadas com resultados psicoterapêuticos positivos, decorrem em parte das competências do terapeuta em facilitar tais variáveis (Anderson et al., 2009, 2016; Anderson & Patterson, 2013), foi desenvolvido um método de análise do desempenho que permite avaliar um conjunto consistente de competências interpessoais facilitadoras, chamado de FIS (Anderson & Patterson, 2013). No método de análise de desempenho do FIS os terapeutas assistem a vídeos que simulam situações interpessoais desafiadoras, às quais devem responder imaginando que são eles os terapeutas da sessão apresentada (Anderson & Patterson, 2013). As respostas são gravadas e depois codificadas por observadores através de uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 (não característico) e 5 (extremamente característico) (Anderson & Patterson, 2013). Cada item da escala avalia um domínio específico, contudo eles são interdependentes (Anderson & Perlman, 2020). Os itens do método de análise de desempenho do FIS são os seguintes: fluência verbal; esperança/expectativas positivas; persuasão; expressão emocional; calor, aceitação e compreensão; empatia; aliança; e reparação de ruturas de aliança (Anderson & Patterson, 2013).

Em estudos nos quais os terapeutas foram avaliados através da tarefa de desempenho do FIS, os resultados sugerem que os clientes dos terapeutas avaliados com níveis mais altos de FIS apresentam melhores taxas de melhoria quando comparados com os clientes de terapeutas

avaliados com níveis mais baixos de FIS (Anderson et al., 2009, 2015, 2016). Terapeutas com níveis mais altos de FIS também demonstraram formar, desde a primeira sessão, melhores alianças terapêuticas com os seus clientes (Anderson et al., 2015). Anderson et al. (2016) realizaram um estudo prospectivo no qual verificaram que níveis elevados de FIS, medidos um ano antes dos terapeutas fornecerem psicoterapia, foram preditores dos resultados dos clientes. Contudo, nesse estudo o FIS só foi um fator significativo em psicoterapias de curta duração, sendo praticamente inexistente em tratamentos mais longos. Schöttke et al. (2017) estudaram competências com elevado grau de sobreposição conceitual com as descritas nos itens da escala FIS (Anderson et al., 2020). Os resultados do estudo sugerem que os terapeutas identificados por observadores, através de uma discussão em grupo, como possuindo fortes competências interpessoais foram os que obtiveram com os seus clientes, ao longo de um período de 5 anos subsequentes, uma maior diminuição dos sintomas (Schöttke et al., 2017). Para Anderson et al. (2020) esse estudo é particularmente importante, uma vez que as competências interpessoais dos terapeutas conseguiram, tal como em Anderson et al. (2016) e apesar da utilização de métodos distintos, prever prospectivamente os resultados dos clientes.

Em resumo estes estudos sugerem que o FIS é um preditor dos resultados psicoterapêuticos e que parte dos efeitos do terapeuta parecem ser explicados por estas competências (Anderson et al., 2009, 2015, 2016). Desse modo, e tal como reconhecido por diversos autores (e.g., Tracey et al., 2014; Wampold et al., 2017), os terapeutas eficazes parecem possuir níveis altos de competências interpessoais facilitadoras. Estes resultados podem ter implicações tanto para a prática clínica como para o treino em psicoterapia (Anderson et al., 2016).

Anderson et al. (2019) realizaram um estudo preliminar cujos resultados sugerem que as competências inerentes aos itens da escala FIS podem ser treinadas incorporando, por exemplo, alguns componentes da prática deliberada. Perlman et al. (2020) também conduziram um programa preliminar de treino baseado na aliança terapêutica e no FIS (sobretudo nos itens: empatia, aliança e reparar rupturas de aliança), incorporando princípios da prática deliberada. Os autores verificaram que os terapeutas sujeitos ao treino apresentavam níveis mais altos de competências no pós-intervenção do que os terapeutas pertencentes ao grupo de controle. Apesar de preliminares, esses resultados sugerem que o FIS pode ser treinado, inclusive em conjunto com outros programas, que evidenciaram melhorar o processo e os resultados dos clientes, através de prática deliberada (Perlman et al., 2020). Estão a ser desenvolvidos programas mais abrangentes, de modo a cobrir todas as competências inerentes aos itens da escala FIS, e que incorporam alguns exercícios de prática deliberada, como é o caso do

“*Facilitative Interpersonal Relationship Skills Training*” (FIRST; Anderson & Perlman, 2020). Estes programas foram informados por estudos anteriores nos quais o FIS foi avaliado por observadores. Todavia, as avaliações dos clientes parecem ser melhores preditores dos resultados psicoterapêuticos do que as avaliações realizadas por terapeutas ou por observadores, pelo menos no que diz respeito à qualidade da aliança terapêutica (Flückiger et al., 2019; Horvath & Symonds, 1991; Zilcha-Mano et al., 2017) e à empatia (Elliott et al., 2019). Tendo em conta esses resultados, e dada a importância que o próprio cliente representa para os resultados psicoterapêuticos (Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2019), considerar a perspectiva do cliente pode ser uma mais valia (MacFarlane et al., 2015) e um contributo importante no estudo do FIS.

Foram desenvolvidas outras versões do FIS, sendo que uma delas – a “*Facilitative Interpersonal Skills-Client*” (FIS-C; Severino, 2019; Taveira, 2019) – visa compreender de que forma o terapeuta é avaliado no FIS, segundo a perspectiva do cliente. Esta escala foi recentemente estudada, traduzida e adaptada para a população portuguesa através de dois estudos com delineamento transversal (Severino, 2019; Taveira, 2019). Contudo, este tipo de estudos compara apenas os resultados obtidos num dado momento (Almeida & Freire, 2008), não permitindo analisar a forma como o FIS-C varia e se relaciona com outras variáveis ao longo de diferentes momentos da psicoterapia. Adicionalmente, de forma a fornecer mais evidências acerca do FIS-C, são necessários mais estudos que utilizem esse instrumento.

## **Objetivos**

O objetivo geral deste estudo é analisar, em diferentes momentos da psicoterapia, a forma como o FIS-C varia e se associa com diferentes variáveis importantes em psicoterapia. Mais especificamente, os objetivos são: (1) testar a estrutura fatorial do FIS-C (2) analisar a associação entre o FIS-C e a aliança terapêutica ao longo de vários momentos da psicoterapia (3) analisar a associação entre o FIS-C e as mudanças do cliente ao longo de vários momentos da psicoterapia e (4) analisar a evolução do FIS-C ao longo do tempo.

## **Método**

### **Participantes**

Um total de 55 clientes adultos em psicoterapia, distribuídos por três clínicas portuguesas e pertencentes a 8 terapeutas, responderam ao primeiro momento do estudo. Desses participantes, 41 responderam ao segundo momento. Dentro desses, 31 clientes concluíram o

último momento da recolha de dados. Assim, a amostra final é constituída por 31 participantes distribuídos por 7 terapeutas. Todos os clientes eram de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos ( $M = 27,65$ ;  $DP = 9,63$ ). Os dados sociodemográficos dos participantes podem ser consultados em maior detalhe na tabela 1 e os dados acerca das variáveis relacionadas com a psicoterapia (tempo e periodicidade das sessões) podem ser consultados na tabela 2.

**Tabela 1**

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Dados Sociodemográficos	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	17	54,8
Masculino	14	45,2
<b>Área de Residência <sup>a</sup></b>		
Lisboa	22	73,3
Outra	8	26,7
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	25	80,6
Casado ou União de Facto	5	16,1
Divorciado	1	3,2
<b>Nível de Ensino</b>		
Ensino Superior	24	77,4
Ensino Secundário	7	22,6
<b>Situação Profissional</b>		
Estudante	15	48,4
Trabalhador	9	29
Trabalhador-Estudante	6	19,4
Desempregado	1	3,2

*Nota.* N = 31.

<sup>a</sup> Um participante não respondeu.

**Tabela 2***Variáveis Relacionadas com a Psicoterapia*

Dados Psicoterapia	n	%
Tempo em Psicoterapia		
De 1 a 3 meses	4	12,9
De 3 a 6 meses	3	9,7
De 6 meses a 1 ano	5	16,1
Mais de 1 ano	19	61,3
Periodicidade das Sessões <sup>a</sup>		
Semanal	28	90,3
Quinzenal	2	6,5

Nota. N = 31.

<sup>a</sup> Um participante não respondeu.

## Medidas

### *Questionário de Dados Sociodemográficos*

Foi elaborado um questionário inicial que permitiu, além da obtenção das informações sociodemográficas (género, idade, nacionalidade, área de residência, estado civil, nível de ensino e situação profissional), apurar há quanto tempo o participante se encontrava em psicoterapia, a periodicidade das sessões e se ele ou o seu terapeuta tinham faltado a alguma sessão desde a última vez na qual o participante respondeu ao conjunto de instrumentos deste estudo.

### *Facilitative Interpersonal Skills-Client*

O *Facilitative Interpersonal Skills-Client* (FIS-C; Severino, 2019; Taveira, 2019), adaptado para a perspetiva do cliente e para a população portuguesa a partir do FIS (Anderson & Patterson, 2013) e do FIS-IS (Uhlín, 2011), é um instrumento de autorrelato composto por 7 itens. Esses itens estão relacionados com a competência do terapeuta em facilitar a emergência de variáveis de processo associadas a resultados psicoterapêuticos positivos (Anderson et al., 2016; Anderson & Patterson, 2013). Cada item está associado a um domínio específico de competências: fluência verbal; expressão emocional; persuasão; aceitação e compreensão; esperança e expectativas positivas; empatia; e colaboração. A resposta aos itens é dada a partir de uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia desde 1 (indicando que o cliente considera a

competência avaliada no item como não característica no seu terapeuta) e 5 (indicando que o cliente considera a competência avaliada no item como extremamente característica no seu terapeuta). Por exemplo, no item “empatia” o cliente é solicitado a avaliar: “a capacidade do meu terapeuta transmitir uma compreensão precisa dos meus pensamentos e emoções”, sendo que 1 significa: “o meu terapeuta não mostrou compreender a minha experiência ou até a distorceu” e 5 “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.” A pontuação total é obtida através da soma dos itens e varia entre 7 e 35. Nos estudos realizados até ao momento, o FIS-C demonstrou possuir apenas um fator e uma boa consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,92 (Severino, 2019; Taveira, 2019).

### ***Working Alliance Inventory***

O *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath, 1981, 1982), validado para a população portuguesa por Machado e Horvath (1999), trata-se de uma das escalas de aliança mais utilizada (Anderson et al., 2015) e permite avaliar a qualidade da aliança terapêutica. É uma escala de autorrelato composta por 36 itens distribuídos por três subescalas: Acordo nas Tarefas; Acordo nos Objetivos; e Desenvolvimento da Relação. A resposta aos itens é dada através de uma escala de tipo *Likert* de 7 pontos que varia desde 1 (nunca) a 7 (muito frequentemente), resultando numa pontuação total que varia entre 36 e 252. A pontuação total e de cada subescala é obtida através da soma dos itens, contudo existem 14 itens formulados na negativa, pelo que é necessário proceder à sua inversão. No que diz respeito às propriedades psicométricas a versão portuguesa demonstrou uma boa consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,95 para a escala total (Machado & Horvath, 1999).

### ***Outcome Questionnaire***

O *Outcome Questionnaire* – 45.2 (OQ-45.2; Lambert et al., 1996), validado para a população portuguesa por Machado e Fassnacht (2015), é uma medida amplamente utilizada (Goldberg et al., 2016) e permite avaliar mudanças do cliente durante o processo psicoterapêutico. É uma medida de autorrelato composta por 45 itens distribuídos por três subescalas: Sintomas de Distress (SD); Relações Interpessoais (RI); e Papel Social (PS). A resposta aos itens é dada através de uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia desde 0 (nunca) a 4 (quase sempre), resultando numa pontuação total que varia entre 0 e 180. A pontuação total e de cada subescala é obtida através da soma dos itens, existindo, no entanto, 9 itens para os quais é necessário proceder à sua inversão antes da soma. Na população portuguesa o ponto de

corte é de 62 pontos para a escala total e o *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) de 15 pontos. Para as subescalas SD, RI e PS o índice de mudança confiável é de 12, 8 e 7 pontos, respetivamente. Na versão adaptada para a população portuguesa, a escala total demonstrou uma boa consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,93 para a população clínica (Machado & Fassnacht, 2015).

## **Procedimento**

### ***Recolha dos Dados***

A recolha dos dados decorreu entre 3 de março e 18 de setembro de 2020. De modo a alcançar clientes em psicoterapia foi estabelecido contacto, via email e presencialmente, com clínicas nas quais fossem prestadas consultas de psicologia. No total aceitaram colaborar no presente estudo três clínicas, duas situadas no distrito de Lisboa e uma no distrito de Braga. Inicialmente foi entregue na receção de uma das clínicas exemplares dos questionários em papel, para que os clientes pudessem preencher após a solicitação dos seus terapeutas. Devido à suspensão das consultas presenciais, causada pela pandemia Covid-19, os questionários foram posteriormente adaptados para o formato *online* através da plataforma *Google Forms*. Os clientes da primeira clínica passaram a responder aos questionários através do formato *online*. Os clientes das duas clínicas restantes iniciaram a participação no estudo em formato *online*. Foram enviados os *links* de acesso aos questionários e solicitado aos profissionais de psicologia que pedissem aos seus clientes o preenchimento dos mesmos em três momentos distintos da psicoterapia. Assim, os clientes responderam ao segundo e ao terceiro momento após um intervalo de tempo igual ou superior a 5 semanas. Á exceção de quatro participantes entre o primeiro e o segundo momento e três entre o segundo e o terceiro, passaram pelo menos 5 sessões entre as aplicações.

Tanto a versão impressa como a versão em formato *online*, continham pela seguinte ordem: o consentimento informado, um questionário de dados sociodemográficos, o FIS-C, a WAI e o OQ-45.2 (Apêndice B).

### ***Análise Estatística***

Numa recente análise fatorial exploratória da versão portuguesa do FIS-C, efetuada por Severino (2019) e Taveira (2019), os resultados sugerem que a escala é unifatorial. De forma a dar continuidade a estes estudos, testou-se o modelo unifatorial do FIS-C através de uma análise fatorial confirmatória. Para avaliar a qualidade de ajustamento desse modelo foram tidos em

conta, tal como sugerido por Brown (2015), o *Standardised Root Mean Residual* (SRMR), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI). De acordo com o autor, para um modelo ser considerado aceitável o valor do SRMR deve estar abaixo de 0,08, o RMSEA abaixo de 0,06 e os valores do CFI e do TLI devem estar acima de 0,95. Os índices de ajustamento utilizados, com o objetivo de testar a adequabilidade do modelo unifatorial do FIS-C aos dados do presente estudo, não se mostraram adequados.

De acordo com o teorema do limite central, assume-se que a distribuição da amostra é satisfatoriamente aproximada à normal para amostras de tamanho razoável (superiores a 25-30) (Marôco, 2018). Assim sendo, recorreu-se à utilização de estatística paramétrica.

Para analisar a associação entre o FIS-C e a aliança terapêutica, medida através da WAI, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. A mesma medida de associação foi utilizada para analisar a correlação entre o FIS-C e as mudanças do cliente ao longo de um período em psicoterapia, medidas através do OQ-45.2 (incluindo a subescala SD). A intensidade das relações foi considerada fraca quando  $r < 0,25$ ; moderada quando  $r \geq 0,25$  e  $< 0,5$ ; forte quando  $r \geq 0,5$  e  $< 0,75$ ; e muito forte quando  $r \geq 0,75$ , tal como sugere Marôco (2018).

Para testar as diferenças entre as médias obtidas pelos mesmos participantes no FIS-C ao longo de três momentos diferentes, recorreu-se a uma ANOVA de medidas repetidas de um fator. Embora o teste de Mauchly demonstre que o pressuposto da esfericidade é cumprido ( $W = 0,979$ ;  $\chi^2(2) = 0,603$ ;  $p = 0,740$ ), Field (2017) recomenda que se utilize a correção de Greenhouse-Geisser ou de Huynh-Feldt, uma vez que o teste de Mauchly é suscetível a ser afetado pelo tamanho da amostra. Tendo em conta que o valor das estimativas de esfericidade de Greenhouse-Geisser ( $\hat{\epsilon} = 0,980$ ) e de Huynh-Feldt ( $\hat{\epsilon} = 1,000$ ) é superior a 0,75, é recomendado que se utilize a correção de Huynh-Feldt. Adicionalmente, de forma a identificar quais os pares de médias que diferem nos diferentes momentos, foi realizado um teste *post hoc*, mais precisamente foi utilizado o método de Bonferroni, uma vez que este é, tal como descrito em Field (2017), o mais robusto.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas através do *software* IBM® SPSS® Statistics (versão 26), exceto a análise fatorial confirmatória na qual se recorreu ao pacote “*lavaan*” do *software* R (Rosseel, 2012). Em todos os testes o valor de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## Resultados

As estatísticas descritivas relativas à média da escala FIS-C, da WAI e do OQ.45.2, em cada momento, podem ser consultadas na tabela 3.

**Tabela 3**

*Médias das Escalas em Cada Momento*

	FIS-C		WAI		OQ-45	
	M	DP	M	DP	M	DP
Momento 1	32,94	2,39	227,52	20,67	60,16	28,45
Momento 2	33,58	1,88	228,58	15,60	58,61	24,49
Momento 3	33,97	1,40	232,35	13,63	52,10	23,96

### **Análise Fatorial Confirmatória da Escala FIS-C**

Foi testada se a estrutura fatorial teórica (de um único fator composto pelos 7 itens da escala FIS-C) se adequa aos dados. Tendo em conta os critérios sugeridos por Brown (2015), o modelo apresentou uma qualidade de ajustamento inadequada para o conjunto de dados do presente estudo. O valor do SRMR (0,115) foi superior a 0,08, o valor do RMSEA (0,142) foi superior a 0,06 e o valor do CFI (0,826) e do TLI (0,739) foram inferiores a 0,95.

### **Associação entre o FIS-C e a WAI**

Os resultados do coeficiente de correlação de Pearson sugerem que o FIS-C apresenta uma associação estatisticamente significativa e positiva com a WAI em todos os momentos, tal como demonstra a tabela 4.

### **Associação entre o FIS-C e o OQ-45.2**

Os resultados do coeficiente de correlação de Pearson sugerem que o FIS-C não apresenta uma associação estatisticamente significativa nem com a escala total do OQ-45.2, nem com a subescala SD, em nenhum momento, conforme demonstrado na tabela 4.

**Tabela 4**

*Correlações entre o FIS-C e as Escalas WAI e OQ.45.2 e a Subescala SD do OQ.45.2*

	WAI	OQ-45.2	
		Total	Subescala SD
FIS-C Total – M1	0,589**	-0,220	-0,216
FIS-C Total – M2	0,357*	0,035	-0,003
FIS-C Total – M3	0,660**	-0,242	-0,244

*Nota.* M1 = Momento 1; M2 = Momento 2; M3 = Momento 3.

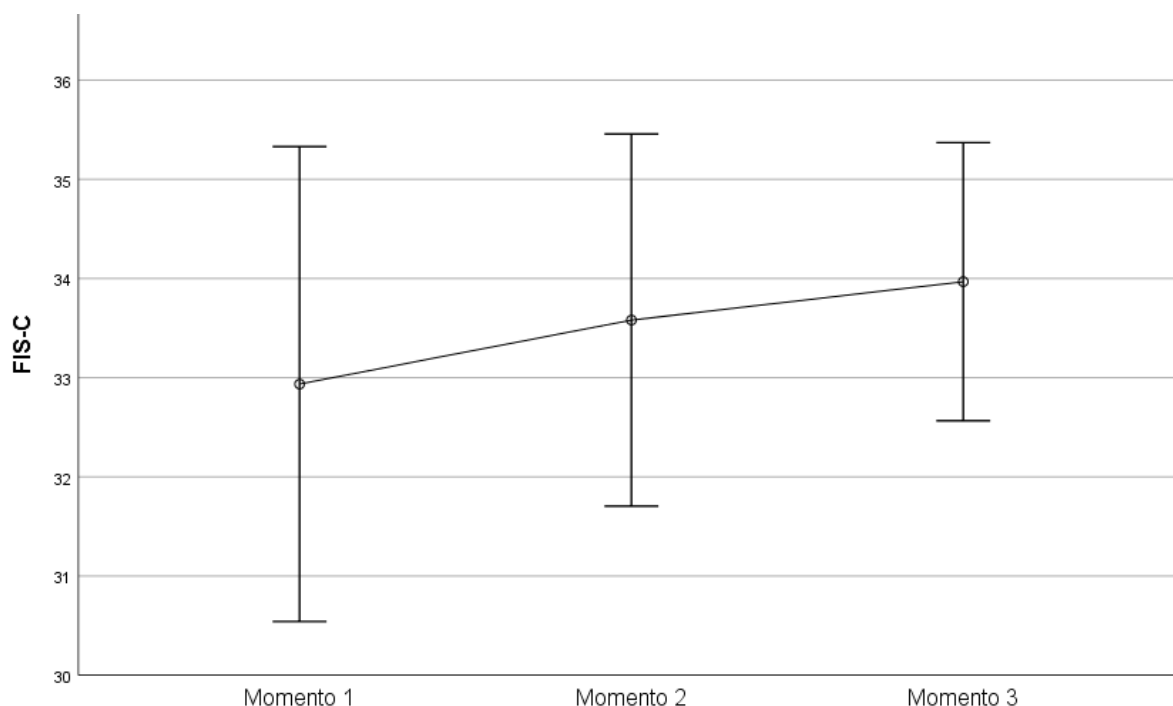
\* $\rho \leq 0,05$ . \*\* $\rho \leq 0,01$ .

### **Evolução do FIS-C ao Longo do Tempo**

Os resultados da ANOVA de medidas repetidas de um fator sugerem que a classificação dos clientes no FIS-C sofreu alterações estatisticamente significativas entre pelo menos dois momentos ( $F(2,60) = 4,222$ ;  $p = 0,019$ ;  $\omega^2 = 0,036$ ). O resultado do teste *post hoc* de Bonferroni indica que as alterações estatisticamente significativas ocorreram entre o primeiro e o terceiro momento ( $p = 0,021$ ), não havendo mudanças significativas entre o primeiro e o segundo ( $p = 0,303$ ) e entre o segundo e o terceiro momento ( $p = 0,778$ ). Não obstante, o FIS-C apresenta uma tendência de evolução positiva do primeiro ( $M = 32,94$ ;  $DP = 2,394$ ) para o segundo momento ( $M = 33,58$ ;  $DP = 1,876$ ) e deste para o terceiro momento ( $M = 33,97$ ;  $DP = 1,402$ ), conforme demonstra a figura 1.

**Figura 1**

*Médias e Desvios Padrão do FIS-C ao Longo dos Três Momentos Diferentes*



### **Discussão**

A presente investigação estudou o FIS-C ao longo de três momentos, tal como analisou a sua associação com variáveis importantes em psicoterapia. Os resultados sugerem que as competências interpessoais facilitadoras do terapeuta, percebidas pelo cliente, estão associadas positivamente com a qualidade da aliança terapêutica, mas não com as mudanças do cliente. A classificação dos clientes no FIS-C evoluiu positivamente, tendo sofrido alterações significativas entre o primeiro e o segundo momento. Apesar das limitações relativas ao tamanho da amostra, os resultados chamam à atenção para a possibilidade de o FIS-C ser uma medida suscetível a ser afetada pelo fenómeno da desejabilidade social. Para além disso, coloca-se a hipótese de a resposta à escala FIS-C estar a ser influenciada pela percepção, não só da última sessão, mas também das anteriores.

### **Análise Fatorial Confirmatória da Escala FIS-C**

Os resultados da análise fatorial confirmatória indicam que o modelo unifatorial da escala FIS-C não apresenta índices de ajustamento adequados a este conjunto de dados. Estes resultados são contraditórios com o que foi encontrado por Severino (2019) e Taveira (2019). Embora os resultados do estudo presente sugiram que o FIS-C poderá não ser uma escala

unifatorial, é importante ter em conta que a análise fatorial confirmatória efetuada apresenta fortes limitações. De acordo com Laros (2012) neste tipo de análises são obtidos resultados mais fidedignos quando a amostra utilizada é heterogénea, o que parece não suceder no caso da amostra utilizada. A grande maioria da amostra vive no distrito de Lisboa, são solteiros e frequentam ou frequentaram o ensino superior. Além disso, os diferentes autores, apesar de sugerirem números de amostras diferentes, consideram serem necessárias, na sua grande maioria, amostras com números elevados (e.g., 10 sujeitos por variável e com um mínimo de 100 sujeitos na amostra total) (Laros, 2012). Assim sendo, os resultados aqui apresentados devem ser interpretados com bastante cuidado.

### **Associação entre o FIS-C e a WAI**

Os resultados do teste de correlação de Pearson demonstram a existência de uma associação positiva estatisticamente significativa entre o FIS-C e a WAI nos três momentos do estudo. Os resultados sugerem que quanto mais os clientes percebem os seus terapeutas como tendo melhores competências interpessoais facilitadoras, maior é também a avaliação que fazem da qualidade da aliança terapêutica. Estes resultados estão em consonância com o único estudo realizado até ao momento presente que testa a associação entre o FIS-C e uma medida de aliança (Taveira, 2019). Os resultados do presente estudo vão também ao encontro das conclusões de Anderson et al. (2015). Os autores verificaram que terapeutas com altos níveis de FIS obtiveram também avaliações mais positivas da qualidade da aliança. Embora o estudo de Anderson et al. (2015) avalie o FIS através da perspectiva de observadores treinados, enquanto o FIS-C o faz recorrendo à perspectiva do cliente, tanto a utilização de uma como da outra escala sugerem que o FIS e a qualidade da aliança estão relacionados. Desse modo, parece que, independentemente da perspectiva de avaliação do FIS utilizada (observadores vs. clientes), o FIS e a aliança surgem associados.

Apesar de não ser possível estabelecer uma relação de causa-efeito, os resultados deste estudo vão ao encontro da premissa apresentada por Anderson et al. (2009, 2016) e Anderson e Patterson (2013), onde os autores defendem que variáveis de processo associadas a bons resultados psicoterapêuticos, como é o caso da aliança terapêutica, decorrem, pelo menos em parte, da competência do terapeuta para facilitar a sua emergência. Por outras palavras, é possível que as competências interpessoais facilitadoras “estejam por trás” da capacidade do terapeuta para estabelecer a aliança.

## **Associação entre o FIS-C e o OQ-45.2**

No que diz respeito à relação entre o FIS-C e o OQ-45.2 os resultados do teste de correlação de Pearson demonstram que não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa em nenhum momento do estudo. Identicamente, o FIS-C também não demonstrou uma associação, em nenhum momento, com a subescala SD do OQ.45.2 (a subescala SD é geralmente utilizada para avaliar mudanças ao nível da sintomatologia, tal como referem os autores da versão portuguesa). Estes resultados divergem do estudo de Severino (2019), o único até ao presente momento que utilizou o FIS-C e uma medida para avaliar as mudanças ocorridas no cliente ao nível da saúde mental. Os resultados desse estudo sugerem que quanto mais altas as classificações no FIS-C, melhor o bem-estar subjetivo e menores os comportamentos de risco. Em estudos nos quais o FIS foi avaliado através de observadores os resultados sugerem que este parece ser um bom preditor dos resultados psicoterapêuticos, com terapeutas classificados como possuindo maiores níveis de competências interpessoais facilitadoras promovendo uma maior diminuição dos sintomas e aumentando o bem estar do cliente (e.g., Anderson et al., 2009, 2015, 2016). Assim, esperava-se que o FIS-C estivesse associado em todos os momentos de forma estatisticamente significativa e negativa com o OQ.45.2, em especial com a subescala SD. Contudo, a falta de associação encontrada neste estudo entre o FIS e mudanças nos clientes não é nova na literatura. Uhlin (2011) não encontrou uma associação entre as competências interpessoais facilitadoras avaliadas em sessões reais de psicoterapia (FIS-IS) e mudanças nos resultados. É também importante referir que Anderson et al. (2016) verificaram que o FIS só explicou os resultados dos clientes em psicoterapias de curta duração (menor ou igual a 8 sessões), tornando-se o seu efeito insignificante ou praticamente inexistente em psicoterapias mais longas (maiores que 16 sessões). Nesse sentido é importante ter em conta que a grande maioria dos clientes constituintes desta amostra estavam em psicoterapia há mais de um ano. Assim, talvez o FIS, neste aspeto, seja mais proeminente em psicoterapias de curta duração, mas tenha pouca expressão em psicoterapias mais longas.

Outra hipótese explicativa dos resultados encontrados no presente estudo relaciona-se com o facto de na presente amostra os clientes, de forma geral, classificarem os seus terapeutas como possuindo níveis elevados de FIS. A escala FIS-C varia entre 7 e 35, no entanto, a média nesta amostra é de aproximadamente 33, 33,5 e 34 no primeiro, segundo e terceiro momento respetivamente. Como tal, a grande maioria dos participantes encontra-se no extremo superior da escala, produzindo-se um efeito de teto. Caso houvesse terapeutas com níveis de FIS-C mais baixos, provavelmente a escala estaria correlacionada com o OQ-45.2. No entanto como são, na sua grande maioria elevados, esta associação não surge. O efeito de teto observado permite

colocar a hipótese de a escala FIS-C estar a ser afetada pelo viés de desejabilidade social. Embora seja possível que os terapeutas dos clientes desta amostra de facto possuam níveis elevados de FIS, é importante ter em conta que o facto de serem estes a solicitar aos clientes o preenchimento do conjunto dos questionários pode ter levado a crer aos clientes que o profissional teria, de algum modo, acesso aos dados, apesar de terem sido alertados do contrário através do consentimento informado. Para além disso, é importante também ter em conta o reduzido tamanho da amostra, pelo que é possível que os resultados fossem diferentes numa amostra maior na qual existiria, provavelmente, uma maior diversidade de terapeutas com diferentes níveis de FIS.

Embora estes resultados sejam inesperados e possam ser explicados pelas razões supracitadas, é importante considerar a hipótese de que o FIS pode não ter uma associação direta com as mudanças dos clientes. Isto é, talvez o FIS, ao invés de estar diretamente relacionado com tais mudanças, seja apenas um moderador entre a aliança e as mudanças em psicoterapia.

### **Evolução do FIS-C ao Longo do Tempo**

O resultado do teste da ANOVA de medidas repetidas de um fator indica que o FIS-C evolui positivamente ao longo do tempo, tendo sido encontradas alterações estatisticamente significativas entre o primeiro e o terceiro momento. Assim, os resultados deste estudo sugerem que quanto mais tempo decorre em psicoterapia, melhor será a perceção que o cliente tem do FIS do seu terapeuta. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Severino (2019), onde a autora encontrou uma correlação estatisticamente significativa positiva entre o FIS-C e o tempo decorrido em psicoterapia.

Uma explicação para os resultados do presente estudo está relacionada com a possibilidade de os clientes, ao invés de estarem a cotar o FIS-C de acordo com a última sessão (como indica o enunciado do instrumento), o estarem a fazer de forma cumulativa. Isto é, à medida que os clientes vão presenciando os seus terapeutas a demonstrarem e a colocarem em prática as suas competências interpessoais facilitadoras, vão aumentando a cotação do FIS-C, estando influenciados não só pelo que ocorreu na sessão imediatamente anterior, mas também pelo que ocorreu em sessões prévias. Algo que reforça esta ideia é o facto das competências interpessoais facilitadoras serem mais bem identificadas em momentos interpessoais desafiadores (e.g., quando ocorre uma rutura na aliança terapêutica), tal como referem Anderson et al. (2020). Neste estudo entre o primeiro e o terceiro momento passaram pelo menos 10 sessões e a literatura fornece evidências de que, pelo menos no que concerne à aliança

terapêutica, rupturas e tensões no vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente são frequentes e inevitáveis (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). Assim, é provável que ao longo do tempo decorrido entre o primeiro e o terceiro momento tenham ocorrido situações interpessoais desafiadoras que permitiram ao terapeuta demonstrar e colocar em prática as suas competências interpessoais facilitadoras, o que por sua vez permitiu ao cliente aumentar a sua percepção dessas competências do seu terapeuta, existindo assim uma diferença estatisticamente significativa entre a média do FIS-C do primeiro para o terceiro momento.

Os resultados deste estudo propõem a hipótese de que os clientes podem estar a cotar o FIS-C de uma forma cumulativa em vez de o estarem a fazer tendo em conta a última sessão. Isto poderá estar a influenciar os resultados obtidos na escala, especialmente quando são incluídas sessões que ocorreram mais tarde na terapia.

### **Limitações**

Algumas limitações presentes neste estudo devem ser tidas em conta. A elevada mortalidade e o tamanho reduzido da amostra constituem uma dessas limitações. Por um lado, alguns terapeutas demonstraram interesse no presente estudo e aceitaram colaborar, através da solicitação aos seus clientes do preenchimento do conjunto dos questionários. Por outro lado, outros demonstraram pouco envolvimento e, apesar de aceitarem colaborar no estudo, acabaram por não solicitar aos seus clientes o preenchimento das medidas, o que dificultou o alcance de um maior número de clientes. O pouco envolvimento de alguns terapeutas também poderá ter comprometido a entrega, nos momentos posteriores, do conjunto dos questionários (contribuindo para a elevada taxa de mortalidade da amostra). Apesar desta limitação impactar todos os resultados do estudo presente, é provável que a análise fatorial confirmatória seja a mais afetada pelo tamanho reduzido da amostra.

Fatores que interagiram com o próprio cliente também devem ser considerados. A recolha de dados para o presente estudo decorreu num contexto de pandemia, nomeadamente o segundo momento de recolha de dados no caso de alguns clientes coincidiu com o período no qual o país se encontrava em estado de emergência, o que acabou por coincidir também com a suspensão, por parte de alguns clientes, das consultas de psicologia quando estas passaram a ser realizadas em formato *online*. Para além disso, alguns clientes podem ter sido afetados, a diversos níveis, pelas consequências adversas causadas pela pandemia Covid-19, o que poderá também ter contribuído para uma diminuição no envolvimento e, conseqüentemente, na elevada taxa de mortalidade da amostra.

A falta de clientes em fases iniciais da psicoterapia (menos de 1 mês no primeiro momento de participação do estudo) também se constitui como uma limitação importante. Tendo em conta que as classificações do FIS-C parecem subir ao longo do tempo, seria espetável que clientes na fase inicial da psicoterapia pontuassem mais baixo (pelo menos no primeiro momento), contribuindo para que houvesse mais variabilidade nas cotações da escala.

Outra limitação prende-se com a possibilidade de a escala FIS-C estar a ser afetada pelo viés de desejabilidade social, o que neste estudo parece ser responsável pelo efeito de teto.

### **Sugestões Futuras**

A literatura acerca da rotina de monitorização de resultados sugere que alguns terapeutas sentem receio e desconfiança perante as avaliações do progresso dos seus clientes (e.g., comparação dos resultados que obtém juntos dos seus clientes com os seus pares e receio de serem vistos como incompetentes) (Boswell et al., 2015). Neste sentido, o pouco envolvimento dos terapeutas neste estudo pode ser explicado por tais receios e desconfianças, uma vez que este implicou a recolha de dados relativos a mudanças nos clientes e determinadas competências do terapeuta. Assim sendo, estudos futuros devem enfatizar aos terapeutas, num primeiro contacto, de que não irão ser prejudicados, sob qualquer circunstância, e que os dados serão utilizados apenas para fins de investigação. No futuro os estudos devem também ter em conta a possibilidade de vir a existir uma elevada taxa de mortalidade da amostra. Por esse motivo, devem incluir inicialmente um número bastante elevado de participantes.

Goldberg et al. (2016) consideram, através dos seus estudos, que clientes com sintomatologia inicial mais severa parecem ser mais beneficiados se forem atendidos por terapeutas de alto desempenho e durante um curso de tratamento mais longo. Além disso, existem evidências de que as diferenças entre terapeutas se destacam mais à medida que a duração do tratamento aumenta (e.g., Firth et al., 2015; Saxon et al., 2017; Yonatan-Leus et al., 2019). Por outro lado, Anderson et al. (2016) ao estudarem o FIS, medido por observadores, verificaram que este só foi um fator significativo em psicoterapias de curta duração. Assim, estudos futuros devem, para além de incluir um maior número de clientes em fases iniciais de psicoterapia, considerar a severidade da sintomatologia inicial e aumentar o tempo entre as aplicações dos instrumentos, de modo a acompanhar os clientes durante um curso de tempo mais longo.

Apesar da importância de se considerar a perspectiva do cliente, estudos nos quais são utilizadas medidas de autorrelato podem ser afetados pelo viés de desejabilidade social (e.g., Van de Mortel, 2008). Além disso, é importante ter em conta que as avaliações realizadas sob

a perspectiva do cliente podem ser confundidas e influenciadas por cada cliente individual (Anderson et al., 2015). Como tal, e tendo em conta que o FIS-C é uma escala recente, estudos futuros também seriam beneficiados se incluíssem uma medida de desejabilidade social (e.g., no primeiro momento) de forma a detetar e controlar o viés de desejabilidade social durante a análise dos dados, tal como recomendado por Van de Mortel (2008). Ademais, a adição de uma medida de desejabilidade social, poderia fornecer contributos importantes no estudo acerca da escala FIS-C.

Finalmente, tendo em conta os resultados contraditórios que têm sido encontrados no que diz respeito à associação entre o FIS e as mudanças no cliente em psicoterapia, seria importante que investigações futuras analisassem novamente esta interação. Similarmente, devido aos resultados contraditórios respeitantes à estrutura fatorial do FIS-C, estudos futuros devem testar novamente o modelo unifatorial da escala numa amostra consideravelmente maior.

## Referências

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1–7. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., & Patterson, C. L. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University.
- Anderson, T., & Perlman, M. R. (2020). Therapeutic interpersonal skills for facilitating the working alliance. In J. N. Fuertes (Ed.), *Working alliance skills for mental health professionals* (pp. 43–68). Oxford University Press.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 258–297). John Wiley & Sons.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the

- alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2ed.). The Guildford Press.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Elliott, R., Bohart, A., Watson, J., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 245–287). Oxford University Press.
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5<sup>a</sup> ed.). SAGE Publications.

- Firth, N., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *69*, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.001>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 24–78). Oxford University Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychotherapy Research*, *28*(4), 532–544. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Horvath, A. O. (1981). *An exploration study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome* [Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de British Columbia]. <https://doi.org/https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0054327>
- Horvath, A. O. (1982). *Users' manual of the working alliance inventory*. [Manuscrito não publicado, Simon Fraser University].
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Katherine Shear, M., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 747–755. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., & Atkins, D. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Physiology & Behavior, 52*(3), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19. <https://doi.org/0022-006X/91/S30Q>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel’s (2013) review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 473–483. <https://doi.org/10.1037/ccp0000083>
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 169–218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249–258. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199612\)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j)
- Laros, J. (2012). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163–193). LabPAM Saber e Tecnologia.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A Common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive

- processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31–41.  
<https://doi.org/10.1037/a0031294>
- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*, 52(3), 363–372.  
<https://doi.org/10.1037/a0038733>
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Machado, P. P. P., & Horvath, A. O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica - W.A.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87–94). APPORT/SO.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7<sup>a</sup> ed.). ReportNumber.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88–97.  
<https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 1–23). Oxford University Press.
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 1–14.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and

- therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Severino, M. (2019). *A importância da perspectiva do cliente: características interpessoais do terapeuta que promovem o bem estar* [Tese de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7145/1/23241.pdf>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press.
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica - Os dados mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677–688. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001511>
- Taveira, M. (2019). *As características interpessoais do terapeuta e a aliança terapêutica na perspectiva do cliente* [Tese de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7159>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Uhlir, B. D. (2011). *Therapist in-session rated facilitative interpersonal skills (FIS-IS) in the psychotherapy process* [Dissertação de doutoramento, Universidade de Ohio]. [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz\\_Zapata\\_Adriana\\_Patricia\\_Artículo\\_2011.pdf](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.pdf)
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40–48.

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–54). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2<sup>a</sup> ed.). Routledge.
- Webb, C., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol, 78*(2), 200–211. <https://doi.org/doi:10.1037/a0018912>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks-Carter, C., Safran, J. D., & Winston, A. (2017). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *J Consult Clin Psychol., 84*(6), 484–496. <https://doi.org/doi:10.1037/ccp0000058>

## Apêndice A - Revisão da Literatura

### Eficácia da Psicoterapia

A eficácia da psicoterapia foi posta em causa por Eysenck (1952) que, ao analisar estudos acerca dos resultados de tratamentos psicanalíticos e ecléticos, argumentou que estes não demonstravam evidência científica de que a psicoterapia seria eficaz. O autor, inclusive, levantou a hipótese de que a psicoterapia seria prejudicial para os clientes ao concluir: “parece haver uma correlação inversa entre recuperação e psicoterapia; quanto mais psicoterapia, menor a taxa de recuperação” (Eysenck, 1952, p. 322). De acordo com Wampold (2013), iniciou-se um debate em 1963 quando Strupp protagonizou uma das primeiras críticas ao artigo de Eysenck. Strupp (1963) chamou à atenção para falhas metodológicas (e.g., falta de rigor nos critérios utilizados para avaliar o resultado) e para o quão imprudentes eram as conclusões de Eysenck. Nesse mesmo artigo, Strupp também fez alusão a várias questões que os investigadores deveriam ter em atenção em estudos de resultados. A importância da utilização de critérios fidedignos para medir os resultados e a existência de diversas variáveis não consideradas que poderiam estar relacionadas com os resultados do tratamento também foram aspetos mencionados pelo autor. O artigo de Eysenck despertou o interesse dos investigadores para estudos em psicoterapia (Lambert, 2013a) e o debate com Strupp destacou a importância de se realizarem estudos com maior rigor científico (Miller et al., 2013; Wampold, 2013). Nos anos seguintes assistiu-se a um aumento na quantidade e qualidade das pesquisas de processo e resultado em psicoterapia (Lambert, 2013a; Wampold, 2013). Não obstante o aumento do número de estudos, o debate manteve-se (Wampold & Imel, 2015). De um lado encontravam-se os defensores da eficácia da psicoterapia e do outro os que, como Eysenck, argumentavam a favor da sua “ineficácia” (Wampold & Imel, 2015). Importa mencionar que Eysenck e outros autores ao argumentarem que a psicoterapia era ineficaz referiam-se em grande parte a terapias psicodinâmicas ou ecléticas, porém defendiam a eficácia da terapia comportamental (Wampold et al., 2011), afirmando assim a existência de diferenças entre tratamentos (Munder et al., 2019).

A questão da eficácia/ineficácia da psicoterapia foi investigada através do uso de meta-análises (Lambert, 2013a). A primeira meta-análise de Smith e Glass (1977) incluiu 375 estudos e, ao verificar que os clientes alvo de psicoterapia estavam melhores do que 75% dos pertencentes ao grupo de controlo, demonstrou a eficácia geral da psicoterapia. Uma segunda meta-análise de Smith et al. (1980), que incluiu mais 100 estudos, comprovou as evidências a favor dos benefícios da psicoterapia identificando um tamanho de efeito de 0,85. Esse valor indica que, em norma, um cliente que recebe psicoterapia apresenta melhorias face a 80% das

peessoas que não receberam e que para cada três clientes que recebem, um cliente apresentará um resultado melhor do que se não tivesse recebido tratamento (Wampold & Imel, 2015). Estas primeiras meta-análises foram alvo de replicações que corroboraram os seus resultados (e.g., Andrews & Harvey, 1981; Shapiro & Shapiro, 1982).

Nos anos que se sucederam à primeira meta-análise houve um aumento considerável de estudos em psicoterapia (Cuijpers et al., 2016; Lambert, 2013a). Desses estudos destaca-se o importante trabalho de Lipsey e Wilson (1993). Os autores realizaram uma revisão de 302 meta-análises acerca das intervenções psicológicas e concluíram que, geralmente, os seus efeitos eram positivos. Ao longo de várias décadas diversos estudos individuais e meta-análises forneceram, de forma consistente, mais evidências a favor da eficácia geral da psicoterapia (Campbell et al., 2013; Tschacher et al., 2014; Wampold & Imel, 2015). Hoje em dia é aceite que a psicoterapia é eficaz (Wampold et al., 2011; Wampold & Imel, 2015) e tem demonstrado a sua superioridade quando comparada com a ausência de tratamento e com tratamentos placebo (Tschacher et al., 2015). Os benefícios da psicoterapia foram demonstrados para vários tipos de perturbações psicológicas, como por exemplo na depressão (Cuijpers, 2015; Munder et al., 2019) e na ansiedade (Freedman & Adessky, 2009). As intervenções psicológicas podem efetivamente tratar uma ampla gama de problemas em crianças, adolescentes e adultos (Hunsley, 2003), demonstrando a sua eficácia tanto em ensaios clínicos como na prática clínica (Cahill et al., 2010; Castonguay et al., 2013; Constantino et al., 2019; Stiles et al., 2008).

A psicoterapia também parece ser mais eficaz do que muitas práticas médicas (Wampold, 2007, 2019), como por exemplo intervenções em cardiologia, medicina geriátrica, asma, vacina contra a gripe e cirurgia às cataratas (Wampold, 2007), tendo ainda a vantagem de não apresentar efeitos colaterais negativos (Campbell et al., 2013; Wampold, 2019) e o seu impacto positivo geralmente durar além do curso do tratamento (Campbell et al., 2013). Ademais, a psicoterapia aparenta ser tão eficaz quanto muitos tratamentos farmacológicos para várias perturbações psicológicas, como por exemplo na perturbação de stress pós-traumático (Merz et al., 2019) e na depressão (Cuijpers, Hollon, et al., 2013; De Maat et al., 2006). A psicoterapia apresenta ainda a vantagem de os seus efeitos serem superiores a longo prazo (Cuijpers, Hollon, et al., 2013; Hollon et al., 2006; Merz et al., 2019) e também de existir uma menor taxa de abandono quando comparada aos tratamentos farmacológicos (De Maat et al., 2006). Para algumas perturbações a psicoterapia parece ser mais eficaz do que a farmacoterapia, como por exemplo na perturbação obsessivo compulsiva (Cuijpers, Sijbrandij, et al., 2013). Ao contrário da farmacoterapia, a psicoterapia parece dotar os clientes de competências que lhes permitem lidar com dificuldades futuras (Wampold, 2019).

A psicoterapia também parece exercer influência na utilização dos serviços de saúde (Chiles et al., 1999; Hunsley, 2003; Lazar, 2014). Em muitas perturbações psicológicas aqueles que não recebem psicoterapia vão mais vezes ao médico, permanecem mais dias internados e geram custos mais elevados (Chiles et al., 1999; Lazar, 2014; Luber et al., 2000).

As evidências a favor da eficácia e da superioridade da psicoterapia quando comparadas com muitas práticas médicas e mesmo com alguns tratamentos farmacológicos, remetem para a importância da comparação da eficácia entre diferentes psicoterapias (Wampold, 2019).

### ***Qual é a Psicoterapia Mais Eficaz?***

Muitos esforços têm sido feitos para encontrar qual o tratamento mais eficaz (Wampold, Flückiger, et al., 2017), contudo as evidências acerca das diferenças entre tratamentos são inconclusivas (Baardseth et al., 2013). O facto de existirem mais investigações que sugerem evidências a favor da terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Wampold et al., 2011) fez com que essa abordagem adquirisse maior credibilidade no geral (Stiles et al., 2008) e para perturbações específicas, como por exemplo no tratamento da depressão (Cuijpers, 2015) e da ansiedade (Wampold, 2019). Porém, apesar de a TCC ser mais bem suportada empiricamente, não existem indicações de que outras psicoterapias sejam menos eficazes (Cuijpers, 2015; Wampold, 2019). Além disso, algumas meta-análises cujos resultados sugerem a superioridade da TCC parecem apresentar problemas metodológicos que quando resolvidos tornam fracas ou inexistentes estas conclusões (Wampold, Flückiger, et al., 2017).

Apesar de muitos defensores de cada teoria defenderem, por vezes sem muitas evidências, a superioridade da sua abordagem (Baardseth et al., 2013; Cuijpers, 2015), a investigação demonstra que diferentes tipos de psicoterapia produzem resultados equivalentes tanto no geral (Seligman, 1995; Smith et al., 1980; Smith & Glass, 1977; Stiles et al., 2008), como para perturbações específicas, como por exemplo na depressão (Barth et al., 2013; Cuijpers, 2015; Munder et al., 2019) e nas perturbações de ansiedade (Baardseth et al., 2013; Benish et al., 2008).

A inexistência de diferenças entre diversos tipos de abordagens ficou conhecida como o veredito do pássaro Dodô (Wampold, 2019) e teve a sua origem no artigo de Rosenzweig (1936), que utilizou a frase: “todos ganharam, e todos merecem prémios” (p.412) para expressar a ideia de que diferentes psicoterapias apresentam resultados benéficos.

Apesar do acima referido, a psicoterapia tem sido marcada desde o seu início por mudanças, novos desenvolvimentos e alguma controvérsia (Lambert, 2013a). Se atualmente a grande maioria concorda com a eficácia absoluta da psicoterapia (Wampold & Imel, 2015), as

opiniões no que diz respeito à eficácia relativa das diferentes abordagens continuam divididas (Wampold, 2019). O mesmo ocorre sobre quais são os processos responsáveis pela eficácia da psicoterapia (Tschacher et al., 2014). De um lado estão os que defendem que a psicoterapia é análoga à medicina (Miller et al., 2013). Para esse grupo de profissionais os tratamentos mais eficazes contêm ingredientes específicos para tratar perturbações específicas e são empiricamente validados (Wampold & Imel, 2015) através de ensaios clínicos randomizados cujos resultados servem para desenvolver diretrizes de tratamento e manuais (Miller et al., 2013). Do outro lado do debate estão os profissionais que consideram que não existem tratamentos mais eficazes do que outros (Wampold, 2015) e que a mudança, bem como a maior parte dos benefícios que ocorrem na psicoterapia acontecem devido à existência de ingredientes comuns presentes nos diferentes tipos de tratamento. (Miller et al., 2013; Tschacher et al., 2014; Wampold, 2019). Assim, ainda não está exatamente claro o que faz a psicoterapia funcionar, nem por que razão as diversas abordagens promovem mudanças nos seus clientes, permanecendo a questão: “*o que faz com que a psicoterapia seja eficaz?*” (Kazdin, 2009; Miller et al., 2013; Wampold et al., 2011).

### **Fatores Comuns**

Na tentativa de responder à questão supracitada surgiram várias hipóteses, sendo a dos fatores comuns a mais estudada e também a que, segundo alguns autores, mais implicações representa para a prática clínica (Lambert, 2013c).

O pressuposto da hipótese dos fatores comuns baseia-se no seguinte: apesar das diferentes psicoterapias disporem de explicações muito distintas para as várias perturbações psicológicas (Wampold, 2007), para a forma como a mudança ocorre (Wampold et al., 2011) e de utilizarem técnicas bastante distintas (Lambert, 2013c), diferentes tipos produzem resultados equivalentes (Wampold, 2019). Assim sendo, aparentam haver fatores que são transversais a diversos tipos de psicoterapia (Rosenzweig, 1936) que fazem com que estas não sejam tão diferentes quanto possam parecer à primeira vista (Grencavage & Norcross, 1990). Esta descoberta, de que diferentes psicoterapias produzem resultados equivalentes, talvez tenha sido a que mais contribuiu para a investigação acerca dos fatores comuns (Horvath et al., 2011). Não obstante, surgem também evidências provenientes de outras linhas de investigação que fornecem apoio à perspetiva dos fatores comuns (Miller et al., 2013). Por exemplo, os resultados provenientes de meta-análises de estudos de desmantelamento sugerem que a eficácia dos tratamentos mantém-se mesmo quando se removem ingredientes específicos considerados críticos para o sucesso terapêutico de diferentes tipos de tratamento (Ahn & Wampold, 2001;

Bell et al., 2013). Mais evidências surgem dos estudos que demonstram maior variação entre terapeutas do que do tipo de tratamento oferecido (Ahn & Wampold, 2001).

A perspectiva dos fatores comuns sugere então que determinados fatores estão presentes na maioria das abordagens e explicam a eficácia dos diferentes tipos de psicoterapia, ao invés dos aspetos específicos (Norcross & Lambert, 2019; Rosenzweig, 1936; Wampold et al., 2011; Wampold, 2019). Embora nem todos os modelos enfatizem os fatores comuns como agentes de mudança, eles são curativos (Lambert, 2013c), sendo eficazes no tratamento de problemáticas psicológicas bastante diferentes (Tschacher et al., 2015).

Apesar dos defensores dos fatores comuns considerarem os fatores relacionais como fundamentais não os veem como os únicos responsáveis pela mudança e, como tal, não negam a importância das técnicas específicas (Sousa, 2017). De facto, fatores comuns e técnicas específicas estão interligados (Tschacher et al., 2014), não sendo possível separar o valor de um método ou técnica de tratamento do contexto relacional no qual está a ser aplicado (Norcross & Lambert, 2019). O importante é que o terapeuta, independentemente do seu modelo teórico, seja responsivo, adaptando as técnicas às circunstâncias, características e necessidades de cada cliente em particular (Kramer & Stiles, 2015; Stiles & Horvath, 2017).

De acordo com Wampold (2015), um dos autores que mais se dedicou e popularizou a perspectiva dos fatores comuns foi Jerome Frank. Frank (1971) defendeu que todas as psicoterapias têm presente: um relacionamento emocionalmente carregado e confidencial; uma justificação ou “mito” capaz de explicar o sofrimento do cliente e que é aceite por ele e pelo terapeuta; o fornecimento de novas informações que permitem ao cliente lidar com o seu sofrimento; um aumento das expectativas do cliente; experiências de sucesso que por sua vez mantêm as expectativas do cliente e lhe dão mais confiança; e facilitam a expressão emocional.

Ao longo do tempo muitos fatores comuns foram propostos (Tschacher et al., 2015). Alguns deles partiram dos argumentos de Rogers (1957) e mostraram-se relacionados com bons resultados psicoterapêuticos, como é o caso da empatia (Elliott et al., 2019), da consideração positiva (Farber et al., 2019) e da congruência/genuinidade (Kolden et al., 2019). Também as expectativas de resultado dos clientes confirmaram a sua importância para os resultados positivos do tratamento (Constantino et al., 2019), bem como a aliança terapêutica (Flückiger et al., 2019).

Para além dos fatores comuns acima referidos, os estudos identificaram tantos outros, muitos deles com conteúdos sobrepostos (Tschacher et al., 2015; Wampold, 2015). Deste modo, foram propostas várias categorias e agrupamentos de fatores comuns (Stamoulos et al., 2016). Por exemplo, Lambert (2013c) agrupou os fatores comuns em:

- fatores de suporte (catarse/libertação da tensão; diminuição do isolamento; estrutura/organização; relação positiva; reafirmação; um ambiente seguro; aliança terapêutica; participação ativa entre terapeuta e cliente; reconhecimento da perícia do terapeuta; respeito, empatia, aceitação, genuinidade e um ambiente caloroso por parte do terapeuta; confiança/exploração aberta);
- fatores de aprendizagem (conselho; experienciar novas experiências afetivas; assimilação de experiências problemáticas; aprendizagem cognitiva; experiências emocionais corretivas; *feedback*; *insight*; racional teórico; exploração do quadro de referência interno; mudança de expectativas de eficácia pessoal; reformulação de auto-percepções);
- fatores de ação (enfrentamento de medos; domínio cognitivo; encorajamento para experimentar com novos comportamentos; correr riscos; domínio de esforços; modelagem; prática; testagem da realidade; experiências de sucesso; manutenção do trabalho; regulação comportamental/emocional). (p.200).

O fator comum mais investigado tem sido a aliança terapêutica (Wampold, Baldwin, et al., 2017) e a sua importância é reconhecida tanto por investigadores (Flückiger et al., 2019; Grenavage & Norcross, 1990; Horvath et al., 2011; Tschacher et al., 2015; Wampold & Imel, 2015) como por terapeutas (Flückiger et al., 2019; Nelson et al., 2006; Stamoulos et al., 2016; Tschacher et al., 2014).

Bordin (1979) definiu a aliança de trabalho como o acordo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos psicoterapêuticos, a colaboração/consenso destes no que diz respeito às tarefas necessárias para alcançar tais objetivos e a existência de um vínculo entre terapeuta e cliente. Segundo o autor, cada um destes componentes processa-se de diferente forma consoante o modelo teórico. Para Wampold et al. (2011), quando o vínculo é sentido pelos clientes e quando estes concordam com os objetivos e tarefas estabelecidos, obtêm melhores resultados do que quando tal não ocorre. De facto, as meta-análises vêm fornecendo evidências de que a qualidade da aliança de trabalho, independentemente do modelo teórico utilizado, é um bom preditor dos resultados psicoterapêuticos (Flückiger et al., 2012; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). Foi constatado que a aliança mantém a sua importância mesmo em ensaios clínicos randomizados e quando são utilizados tratamentos manualizados (Del Re et al., 2012). Estes dados foram recentemente corroborados, demonstrando que a aliança representa um elemento crítico do processo terapêutico (Flückiger et al., 2019). Como tal, é importante que o

terapeuta seja hábil no desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica (Horvath et al., 2011).

Isto chama à atenção para a pessoa do terapeuta (Constantino et al., 2017). Já Rosenzweig (1936), quando sugeriu a existência de certos fatores comuns, considerou que: “muito relacionado a esses fatores implícitos está o efeito indefinível da personalidade do terapeuta” (p.413). Também Strupp (1963) chamou à atenção para a importância do terapeuta: “que variação é introduzida pelo terapeuta - seu grau de perícia, sua personalidade e atitudes?” (p.2). De facto, a perspectiva dos fatores comuns considera que o terapeuta é importante tanto para o processo como para os resultados do tratamento, prevendo variações na sua eficácia (Laska et al., 2014).

### **Efeitos do Terapeuta**

O resultado positivo do tratamento deve-se em parte ao cliente, ao terapeuta, ao relacionamento estabelecido entre ambos, ao método de tratamento e ao contexto (Norcross & Lambert, 2019). Estima-se que 40% da variação dos resultados pode ser atribuída a variáveis do cliente/acontecimentos extraterapêuticos, 30% aos fatores comuns, 15% às expectativas do cliente/efeito placebo e apenas 15% às técnicas (Lambert, 2013c; Norcross & Lambert, 2019). Importa também ter em consideração que o comportamento do terapeuta será influenciado igualmente pelas características do próprio cliente (Farber et al., 2019). Não obstante tudo isso, a investigação demonstra que a pessoa do terapeuta é importante tanto para o processo como para os resultados psicoterapêuticos (Miller et al., 2013; Norcross & Lambert, 2019). Apesar de ter sido ignorada durante vários anos nos estudos de resultados (Johns et al., 2019; Norcross & Lambert, 2019) e de terem sido feitas tentativas de a anular ou controlar (Anderson et al., 2009), simplesmente não é possível ignorar a contribuição do terapeuta (Norcross & Lambert, 2019). Por exemplo, os efeitos do terapeuta surgem mesmo quando estes foram treinados, supervisionados e seguiram um tratamento manualizado (Huppert et al., 2001; Laska et al., 2013).

Considera-se que existem efeitos do terapeuta quando alguns profissionais alcançam melhores resultados com os seus clientes do que os seus pares, independentemente das características do cliente ou do tratamento utilizado (Barkham et al., 2017; Wampold, Baldwin, et al., 2017). Os efeitos do terapeuta foram investigados tanto em ensaios clínicos como na prática clínica (Baldwin & Imel, 2013; Johns et al., 2019; Laska et al., 2013; Wampold, 2015) e os resultados sugerem que alguns terapeutas conseguem, consistentemente, obter melhores resultados com os seus clientes do que outros terapeutas (Chow et al., 2015). Mais

precisamente, enquanto a maioria dos terapeutas parece proporcionar aos seus clientes benefícios psicoterapêuticos equivalentes, aproximadamente 15% a 20% dos terapeutas obtêm com os seus clientes resultados distintamente melhores e 15% a 20% proporcionam piores resultados (Castonguay & Hill, 2017).

A primeira meta-análise sobre os efeitos do terapeuta, a qual inclui 15 estudos, constatou que os efeitos do terapeuta parecem ter sido responsáveis, em média, por 8,6% da variação de resultados dos clientes (Crits-Christoph et al., 1991). Posteriormente Baldwin e Imel (2013), ao analisarem 46 estudos, constataram que aproximadamente 5% na variabilidade dos resultados dos clientes está associada ao terapeuta. A menor variabilidade foi encontrada em ensaios clínicos (aproximadamente 3%) e a maior variabilidade em estudos naturalistas (7%), o que pode ser explicado pelo facto de os primeiros utilizarem, por exemplo, critérios rígidos de inclusão, manuais de tratamento e supervisão rigorosa (Baldwin & Imel, 2013). Os resultados de uma recente revisão sistemática, que incluiu 20 estudos, sugerem que os efeitos do terapeuta são um fenómeno robusto e são responsáveis por aproximadamente 5% da variação dos resultados psicoterapêuticos (Johns et al., 2019). Importa, no entanto, ter em conta que Johns et al. (2019), ao contrário de Baldwin e Imel (2013), encontraram um maior tamanho de efeito do terapeuta em ensaios clínicos do que em contexto naturalista. De qualquer forma, o facto dos efeitos do terapeuta estarem presentes em ensaios clínicos fornece evidências adicionais sobre a prevalência dos mesmos (Johns et al., 2019).

Algo que parece estar relacionado com maiores tamanhos de efeito do terapeuta é a severidade da sintomatologia inicial do cliente (Barkham et al., 2017; Firth et al., 2015; Johns et al., 2019). De acordo com Barkham et al. (2017) parece que quanto mais severo é o sofrimento do cliente mais importa quem é o seu terapeuta. Segundo os mesmos autores é possível que a maioria dos terapeutas possua um nível de competência clínica suficiente para tratar clientes cuja gravidade dos sintomas é menor, contudo quando os clientes apresentam sintomas mais severos será necessário um nível maior de competências por parte do terapeuta, que só alguns possuem. Existem também evidências de que as diferenças entre terapeutas são mais evidentes à medida que a duração do tratamento aumenta (Firth et al., 2015; Goldberg, Hoyt, et al., 2016; Saxon et al., 2017; Yonatan-Leus et al., 2019). De acordo com Saxon et al. (2017) é possível que esses resultados se devam à possibilidade de os clientes com sintomas mais graves se manterem em psicoterapia por mais tempo. Com base nos resultados do seu estudo, Goldberg, Hoyt et al. (2016) parecem ir ao encontro da hipótese apresentada no início deste parágrafo, de que a maioria dos terapeutas consegue providenciar condições básicas (e.g., alguns fatores comuns como o estabelecimento da relação terapêutica), de modo a favorecer a

mudança em clientes motivados, com bom prognóstico e em terapias de curta duração. Contudo e de acordo com os resultados do estudo anterior, clientes com quadros mais complexos e com maior gravidade parecem ser mais beneficiados se forem atendidos por terapeutas de alto desempenho e durante um curso de tratamento mais longo (Goldberg, Hoyt, et al., 2016). Por outro lado, apesar de uma maior duração do tratamento estar associada a maiores tamanhos de efeito, Yonatan-Leus et al. (2019), não encontraram evidências de que a severidade da sintomatologia inicial do cliente estivesse relacionada com maiores tamanhos de efeito o que pode ser devido, segundo os autores, ao facto de que a sua amostra possuía algumas especificidades e os clientes com sintomas leves podiam estar ambivalentes quanto à necessidade e utilidade de receber psicoterapia e por isso os terapeutas mais eficazes teriam de possuir mais competências de modo a lidar com esse desafio. Também parece que quando os clientes estão a tomar medicamentos psicofarmacológicos ao mesmo tempo que recebem psicoterapia, obtêm mais benefícios do medicamento quando são vistos por terapeutas mais eficazes (Wampold & Brown, 2005). Assim, a possibilidade de um cliente responder positivamente a determinado tratamento pode depender do terapeuta que o acompanha (Imel et al., 2015). De acordo com Heinonen e Nissen-Lie (2019) é possível que os terapeutas mais eficazes levem algo para a sua prática profissional que é independente do cliente individual. Alguns estudos também sugerem que os terapeutas mais eficazes num tipo de problemática também o são noutras (Kraus et al., 2016). Por exemplo, os resultados do estudo de Green et al. (2014) sugerem que terapeutas mais eficazes no tratamento da depressão também são mais eficazes no tratamento da ansiedade. Contudo, as evidências no que diz respeito a este aspeto parecem ser mistas (Hill et al., 2017).

À primeira vista, o tamanho de efeito relatado nos estudos pode parecer pequeno ou insignificante (Norcross & Lambert, 2019), porém em psicoterapia é um efeito razoavelmente grande (Baldwin & Imel, 2013) e pode, a longo prazo, impactar consideravelmente os resultados dos clientes, tal como demonstrado por Imel et al. (2015). Os autores numa simulação de Monte Carlo examinaram qual seria o impacto nos resultados dos clientes de um serviço de saúde caso se substituíssem os terapeutas de baixo desempenho (5%) da amostra por terapeutas com maior nível de desempenho. Esta simulação demonstrou que, ao considerar os efeitos do terapeuta como responsáveis por 5% da variação nos resultados, após 10 anos os melhores terapeutas ajudariam centenas de clientes a mais do que os de baixo desempenho. Desse modo, os efeitos do terapeuta são importantes e deve ser-lhes dada atenção (Castonguay et al., 2013; Miller et al., 2015; Norcross & Lambert, 2019).

### ***Características dos Terapeutas***

A conclusão de que existem terapeutas mais eficazes do que outros enfatizou a necessidade de compreender quais são as características e comportamentos dos profissionais que podem explicar as diferenças nos resultados dos seus clientes (Heinonen & Nissen-Lie, 2019; Wampold, 2015). Através do entendimento daquilo que caracteriza os terapeutas mais eficazes será possível empreender esforços no sentido de melhorar os resultados dos terapeutas de baixo desempenho (Baldwin & Imel, 2013).

Verificou-se que variáveis do terapeuta como idade, sexo e modelo teórico não parecem relacionar-se com os resultados dos clientes (Anderson et al., 2016; Chow et al., 2015; Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005). Os anos de experiência também não parecem ser explicativos das diferenças entre terapeutas (Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Perlman et al., 2020; Wampold & Brown, 2005). A este respeito os resultados de um estudo longitudinal sugerem que com o aumento da experiência, em média, os terapeutas tendem a piorar na sua eficácia (Goldberg, Rousmaniere, et al., 2016). No entanto, os anos de experiência parecem relacionar-se com uma menor taxa de abandonos prematuros dos clientes (Roos & Werbart, 2013). A adesão do terapeuta a um manual de tratamento também não parece ser um forte preditor dos resultados dos clientes (Webb et al., 2010). Por fim, devido principalmente a problemas metodológicos, tanto a supervisão clínica (Alfonsson et al., 2017; Watkins, 2011) como a terapia pessoal (Bennett-Levy, 2019) possuem poucas evidências do seu efeito positivo nos resultados dos clientes.

Apesar da investigação acerca dos efeitos do terapeuta ser uma área relativamente nova, existem muitos estudos acerca do processo terapêutico e variáveis relacionais que, por associação, implicam o terapeuta (Anderson et al., 2015). Antes de avançar para aquelas que parecem, segundo várias linhas de investigação, serem características dos terapeutas eficazes, importante será referir que medir as características e a contribuição dos terapeutas para os resultados é algo complicado (Anderson et al., 2020). Uma das razões é que aquilo que os terapeutas fazem em sessão será sempre influenciado e potencialmente confundido por cada cliente (Anderson et al., 2015). Desse modo, e tal como abordado anteriormente, importa ter em mente que a contribuição do cliente para a terapia é importante, sendo que também exerce influência em algumas características do terapeuta seguidamente abordadas.

A empatia, tal como descrita por Rogers (1961, 1980), diz respeito à capacidade do terapeuta para sentir e compreender o mundo e a experiência do cliente e, posteriormente, transmitir essa compreensão empática. De facto, a perceção do cliente de se sentir compreendido pelo terapeuta relaciona-se com o resultado terapêutico, pelo que é importante

que o terapeuta possua esta competência (Elliott et al., 2019). Ademais, é possível que ao sentir-se compreendido, desde o início, o cliente seja mais receptivo ao racional teórico proposto pelo terapeuta e se envolva mais nas tarefas do tratamento, aumentando assim a possibilidade de obter melhores resultados (McClintock et al., 2018). Porém, e de acordo com Elliott et al. (2019), nem todos os clientes parecem responder favoravelmente a expressões empáticas explícitas e os terapeutas eficazes sabem quando devem ou não expressar empatia. Aliás, os terapeutas eficazes aparentam saber quando e como devem aplicar determinada intervenção (Kramer & Stiles, 2015), o que remete para a responsividade, que diz respeito a: “(...) fazer a coisa certa no momento certo, considerando o cliente, o contexto e a sua abordagem terapêutica” (Kramer & Stiles, 2015, p.8). Isto significa, para dar apenas um exemplo, que os bons terapeutas conseguem perceber se o racional teórico que forneceram faz sentido para o cliente e modificam-no se necessário (Wampold, 2007). Segundo Stiles e Horvath (2017), a própria avaliação positiva da aliança terapêutica reflete a responsividade, pois indica que o terapeuta selecionou intervenções adequadas para o cliente e utilizou-as no momento e quantidade apropriados durante um longo período.

A aliança terapêutica, embora tenha surgido na teoria psicodinâmica, tem sido incorporada na maior parte das abordagens como uma capacidade básica de qualquer terapeuta (Baldwin & Imel, 2013). De facto, a investigação sugere que, não obstante os clientes terem uma participação ativa no desenvolvimento da aliança (MacFarlane et al., 2015), é a contribuição do terapeuta que melhor prediz o resultado na mesma e não a do cliente, sendo que terapeutas eficazes parecem ser capazes de formar melhores alianças com os seus clientes (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2019), independentemente das características destes (Wampold, Baldwin, et al., 2017). Além disso, a qualidade da aliança terapêutica parece ter influência nas taxas de abandonos prematuros, pois uma aliança terapêutica forte parece prever a continuação do cliente em terapia (Roos & Werbart, 2013).

Relacionado com a aliança estão as ruturas e estas são consideradas como frequentes e inevitáveis no processo terapêutico (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). Considera-se que existe uma rutura quando ocorre uma deterioração da aliança que se manifesta ou por falta de colaboração entre cliente e terapeuta nas tarefas ou por falta de consenso nos objetivos da psicoterapia, ou quando ocorre uma tensão no vínculo entre os dois (Eubanks-Carter et al., 2010). Reparar ruturas na aliança parece estar associado a resultados psicoterapêuticos (Eubanks-Carter et al., 2019). Dessa forma, é importante que o terapeuta seja capaz de lidar com a hostilidade ou respostas negativas do cliente (Horvath et al., 2011), não o culpando pela rutura, mas ao invés disso assumindo a sua responsabilidade na mesma (Eubanks-Carter et al.,

2019) e aceitando o *feedback* do cliente (Wu & Levitt, 2020). As rupturas constituem-se também como oportunidades para realizar intervenções responsivas (Kramer & Stiles, 2015; Wu & Levitt, 2020) e devem preferencialmente, segundo Eubanks-Carter et al. (2018), ser abordadas diretamente solicitando ao cliente que explore a sua experiência com a ruptura. Porém, de acordo com os mesmos autores, nem sempre é conveniente abordar diretamente a ruptura, pelo que, quando tal acontece, o terapeuta deve abordá-la de forma indireta, alterando as tarefas e os objetivos de modo a acalmar as preocupações do cliente.

Para que o terapeuta possa abordar as rupturas na aliança é importante que reconheça quando estas ocorrem (Eubanks-Carter et al., 2019). Porém, muitas vezes as percepções dos terapeutas e dos clientes não coincidem, nomeadamente no que diz respeito ao estado da aliança terapêutica (Horvath et al., 2011). É possível, no entanto, monitorizar o estado da aliança (entre outros) através de sistemas de *feedback* (Miller et al., 2015). Os sistemas de *feedback* podem incluir uma ou mais medidas de autorrelato que vão sendo preenchidas pelo cliente ao longo do processo (Laska et al., 2014), o que permite o fornecimento de alertas precoces que identificam clientes “em risco”, minimizando abandonos prematuros e resultados negativos (Duncan, 2010). Dessa forma, esses sistemas ajudam o cliente a comunicar e ajudam o terapeuta a monitorizar o progresso terapêutico e a fazer ajustes no tratamento, de modo a adaptá-lo às necessidades individuais do cliente, sempre que necessário (Lambert, 2013b). O próprio *feedback* pode ser encarado também como um processo responsivo (Kramer & Stiles, 2015). A investigação também sugere que terapeutas eficazes são mais recetivos a receber *feedback*, demonstrando também uma atitude mais aberta em relação aos erros (Miller et al., 2015). Contudo, apenas receber *feedback* não parece suficiente para a melhoria de conhecimentos, é necessário mais para que se possa aprender com o conhecimento recebido (Miller et al., 2013; Tracey et al., 2014).

Recentemente foi colocada a hipótese de que o estudo de profissionais de desempenho superior em outras áreas poderia fornecer um modelo de entendimento de alguns fatores envolvidos no desenvolvimento dos terapeutas mais eficazes (Chow et al., 2015). Sabe-se que os melhores profissionais de uma variedade de áreas possuem um conhecimento profundo de domínios específicos (Miller et al., 2013, 2015). A literatura identificou que esse conhecimento é adquirido através de um conjunto universal de processos que envolve: determinar um nível básico de eficácia, a obtenção de *feedback* sistemático e envolver-se em atividades de prática deliberada (Miller et al., 2013). Os profissionais que se envolvem em prática deliberada dispensam tempo para refletir sobre o seu desempenho e ao receberem *feedback*, ao identificarem erros e ao receberem orientação sobre como melhorar aspetos específicos,

ensaíam, avaliam e põem em prática um plano de melhoria individualizado (Miller et al., 2013, 2015). Chow et al. (2015) observaram que terapeutas mais eficazes relataram investir mais tempo em atividades de prática deliberada, destinadas a melhorar a sua eficácia, do que os seus pares.

Apesar da dificuldade e confusão em torno do termo “consideração positiva”, a capacidade do terapeuta em transmitir uma atitude positiva, baseada no respeito e transmitindo afeto, provavelmente desempenha uma função importante para muitos clientes, devendo o terapeuta ajustar a mesma ao cliente em específico e à situação (Farber et al., 2019). Embora com menos evidência, a expressão emocional também parece facilitar o relacionamento e prever resultados psicoterapêuticos positivos, pelo que o terapeuta deve demonstrar emoções, bem como facilitar a expressão emocional do cliente e o processamento dessas emoções (Peluso & Freund, 2019). Por fim, a responsividade foi abordada em vários pontos deste texto e, de facto, os dados de uma recente meta-análise de Wu e Levitt (2020), que analisou qualitativamente 75 artigos, vêm fornecer recomendações para que os terapeutas consigam identificar sinais e processos chave que os orientam a tomar decisões que, por sua vez, os ajudam a fornecer respostas responsivas. Tais recomendações foram relacionadas a três grandes categorias: responsividade nas dinâmicas relacionais; responsividade nas intervenções e responsividade às características do cliente. Contudo e segundo os autores, cada resposta pode ser diferente e mesmo assim pode ser responsiva, pois depende também do estilo do próprio terapeuta.

A investigação demonstra diferenças significativas na capacidade dos terapeutas em formar e manter um bom relacionamento terapêutico (Miller et al., 2013, 2015). Como abordado anteriormente, nomeadamente no que diz respeito à variável mais estudada e associada a resultados psicoterapêuticos positivos – a aliança terapêutica – alguns terapeutas parecem ser consistentemente melhores do que outros em formar aliança com vários clientes (Anderson et al., 2016; Miller et al., 2013, 2015), o que tem implicações para os resultados (Flückiger et al., 2019). A questão que se coloca é: *“o que poderá explicar o facto de que alguns terapeutas parecem não só alcançar melhores resultados como ser melhores, por exemplo, no estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica do que outros?”* “Facilitative Interpersonal Skills” (FIS) – competências interpessoais facilitadoras - também têm sido estudadas (Anderson & Perlman, 2020) e são seguidamente abordadas.

### ***Facilitative Interpersonal Skills (FIS) – Competências Interpessoais Facilitadoras***

O interesse em compreender que competências interpessoais possuem os terapeutas que conseguem estabelecer, por exemplo, alianças terapêuticas de maior qualidade, surgiu na literatura há algum tempo (e.g., Anderson et al., 1999). Assim pode dizer-se que o termo FIS, como descrito de seguida, partiu das seguintes premissas: a aliança terapêutica e outras variáveis de processo, cuja a investigação tem vindo a evidenciar como associadas a resultados psicoterapêuticos positivos, decorrem em parte da competência do terapeuta em facilitar a emergência de tais variáveis (Anderson et al., 2009, 2016; Anderson & Patterson, 2013). Os terapeutas podem variar na medida em que possuem tais competências, logo a existência de diferenças entre terapeutas poderia ser explicada por estas características e competências interpessoais (Anderson et al., 2016; Anderson & Patterson, 2013). Assim, pode dizer-se que, partindo em parte do estudo de fatores comuns, o FIS representa uma tentativa de avançar na compreensão da forma como os terapeutas podem contribuir para importantes processos comuns na terapia e nos seus resultados (Uhlen, 2011).

Foi desenvolvido, então, um método de análise de desempenho que permite, através de princípios gerais amplos o suficiente para serem aplicáveis à maioria dos tipos de psicoterapia, avaliar competências interpessoais (Anderson et al., 2020). Nomeadamente, avaliar um conjunto consistente de competências interpessoais facilitadoras, o FIS (Anderson & Patterson, 2013). A definição dessas competências envolve a capacidade para: “perceber, compreender e comunicar uma ampla gama de mensagens interpessoais e persuadir alguém com problemas a utilizar soluções para os mesmos e a abandonar padrões desadaptativos” (Anderson & Patterson, 2013, p.3). No método de análise de desempenho do FIS os participantes assistem a vídeos de sessões de psicoterapia, interpretados por atores, que contêm situações interpessoais desafiadoras às quais os participantes devem responder imaginando que são eles os terapeutas da sessão (Anderson & Patterson, 2013). As respostas são gravadas e posteriormente codificadas por observadores através de uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia de 1 (não característico/déficit da competência) a 5 (extremamente característico/presença ideal da competência) (Anderson & Patterson, 2013). O conteúdo dos itens da escala FIS foi selecionado com base na investigação e teoria sobre processos e fatores comuns em psicoterapia (Anderson et al., 2009). Apesar de cada item estar associado a um domínio específico, eles são interdependentes (e.g., o terapeuta apenas consegue fornecer uma resposta persuasiva se tiver obtido uma compreensão empática da experiência do cliente) (Anderson & Perlman, 2020). O método de análise do desempenho do FIS possuía inicialmente 10 itens, contudo um item foi posteriormente eliminado e 2 itens condensados num só, resultando nos 8 itens seguintes:

- Fluência verbal – avalia a capacidade de comunicar com o cliente de forma natural, descontraída, fluente e sem que sejam identificados sinais de ansiedade na comunicação;
- Esperança/expectativas positivas – classifica a capacidade em transmitir ao cliente esperança e otimismo acerca do seu futuro, bem como expectativas positivas de mudança;
- Persuasão – avalia a capacidade em fornecer, convincentemente, uma justificação ou “mito” acerca do sofrimento do cliente que seja credível e faça sentido com os problemas deste;
- Expressão emocional – permite avaliar a capacidade em responder de forma emotiva, energética e envolvente;
- Calor, aceitação e compreensão – avalia a capacidade de cuidar e aceitar o cliente sem o julgar, desaprovar ou culpar. Ou seja, é avaliado se o terapeuta demonstra preocupação e aceita o que o cliente traz, através da expressão de carinho e determinação;
- Empatia – permite avaliar a competência em fornecer respostas que demonstrem não apenas que ouviu o que o cliente lhe disse, mas também que compreendeu de forma clara a experiência, os pensamentos e as emoções expressas pelo cliente;
- Aliança - classifica a capacidade em criar um ambiente de trabalho colaborativo no qual o cliente sinta que ambos trabalham em conjunto na resolução dos seus problemas;
- Reparar ruturas de aliança – avalia a responsividade em reparar problemas interpessoais. Por vezes o problema é expresso nas sessões de forma direta, outras vezes de forma mais implícita e o terapeuta deve ser capaz de abordar o problema envolvendo o cliente, por modo a reparar a rutura (Anderson & Patterson, 2013).

Importa mencionar que, tal como os defensores dos fatores comuns não negam a importância das técnicas, também o FIS não o faz (Anderson & Patterson, 2013). É possível é que níveis mais altos de FIS nos terapeutas possam aumentar os efeitos das técnicas específicas por eles aplicadas (Anderson et al., 2016).

Até ao momento presente os resultados dos estudos sugerem que o FIS é um preditor dos resultados psicoterapêuticos. Por exemplo, Anderson et al. (2009) verificaram que os clientes de terapeutas avaliados com níveis mais elevados de FIS apresentaram maiores taxas de melhoria quando comparados com os clientes de terapeutas que foram avaliados com níveis mais baixos de FIS. No estudo de Anderson et al. (2015) os autores selecionaram terapeutas com base no seu nível de treino e de FIS. Os clientes dos terapeutas com níveis mais elevados de FIS obtiveram taxas mais altas de melhoria do que os clientes que foram tratados por

terapeutas com níveis baixos de FIS, porém o treino dos terapeutas não teve efeito nos resultados. Para além disso, os resultados do estudo também sugerem que os terapeutas com níveis mais altos de FIS foram também os que formaram, desde a primeira sessão, melhores alianças terapêuticas com os seus clientes. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Anderson et al. (2016), no qual os autores verificaram que terapeutas avaliados com alto FIS, um ano antes de fornecerem terapia, parecem ter obtido melhores resultados com os seus clientes quando comparados com terapeutas de baixo FIS. Porém o FIS só foi um fator significativo em terapias de curta duração, sendo praticamente inexistente em terapias mais longas. Os autores apresentam algumas explicações possíveis para tais resultados. Primeiro apontam que, conforme a duração da terapia aumentava, diminuía o tamanho da amostra, sendo a falta de associação entre os resultados e o FIS nas terapias de longa duração apenas aplicada a cerca de 25% dos clientes (os que ainda não tinham terminado o tratamento). Os autores sugerem, assim, a possibilidade de que alguns dos clientes da amostra eram “intratáveis” e como tal não responderiam à terapia fosse ela fornecida por um terapeuta com alto FIS ou não, tal como não responderiam, talvez, a qualquer outra intervenção. Desse modo, a falta de associação entre os resultados e o FIS poderia ocorrer devido à prevalência desses clientes. Os autores também citam literatura que indica que ganhos súbitos se devem, pelo menos em parte, a fatores do terapeuta, o que poderia explicar a resposta rápida dos clientes de terapeutas com alto FIS.

Schöttke et al. (2017) também estudaram competências semelhantes às descritas nos itens da escala FIS, apresentando inclusive elevado grau de sobreposição conceitual (Anderson et al., 2020). Os autores analisaram se as classificações de observadores acerca dos comportamentos interpessoais de terapeutas estagiários relacionados com a psicoterapia, durante discussões em grupo (após a observação de um vídeo), bem como as classificações de especialistas avaliadas numa entrevista com esses participantes, previam os resultados dos clientes desses terapeutas ao longo dos 5 anos subsequentes. Os resultados do estudo sugerem que terapeutas identificados pelos observadores, em formato de grupo, como tendo fortes competências interpessoais foram os que favoreceram aos seus clientes, ao longo do período de 5 anos, maior diminuição dos sintomas (Schöttke et al., 2017). Este estudo é, segundo Anderson et al. (2020), particularmente importante, uma vez que as competências dos terapeutas conseguiram, tal como em Anderson et al. (2016) e apesar de utilizarem métodos diferentes, prever prospectivamente os resultados dos clientes.

Em resumo esses estudos sugerem que parte da variabilidade entre profissionais parece estar ligada às competências interpessoais dos terapeutas (Anderson et al., 2009), sugerindo

assim que estas podem explicar parte do efeito do terapeuta nos resultados e na aliança terapêutica (Anderson et al., 2015, 2016).

Tendo em conta o descrito acima, e tal como é reconhecido por vários autores (e.g., Tracey et al., 2014; Wampold, Baldwin, et al., 2017), os terapeutas eficazes parecem possuir altos níveis de competências interpessoais facilitadoras, o que de acordo com Anderson et al. (2016) pode ter implicações importantes tanto para a prática clínica como para o treino em psicoterapia. Foram realizados alguns estudos preliminares, como é o caso do estudo de Anderson et al. (2019), cujos resultados sugerem que as competências inerentes ao FIS podem, de facto, ser treinadas incorporando, por exemplo, alguns dos componentes da prática deliberada. Perlman et al. (2020) também demonstraram que estas competências podem ser treinadas em conjunto com outros programas, que evidenciaram melhorar o processo e o resultado terapêutico (e.g., focados na aliança), através de prática deliberada. Os autores conduziram um programa preliminar de treino baseado na aliança e no FIS, especialmente em 3 itens do FIS (empatia, aliança e reparação de ruturas de aliança), incorporando os princípios da prática deliberada e verificaram que os participantes alvo do treino apresentaram níveis mais altos de competências no pós-intervenção quando comparados com o grupo de controle. A partir do estudo anterior estão a ser desenvolvidos outros programas mais abrangentes, de modo a cobrir todas as competências inerentes aos itens do FIS e que incorporam alguns exercícios de prática deliberada, como é o caso do “*Facilitative Interpersonal Relationship Skills Training*” (FIRST; Anderson & Perlman, 2020). Desse modo, através do treino sistemático, junto dos terapeutas, das competências que promovem processos relacionais ligados a bons resultados psicoterapêuticos, pode ser possível aumentar as taxas de sucesso e eliminar alguns resultados menos positivos encontrados em psicoterapia (Anderson et al., 2019). Tendo sido identificada como o mecanismo através do qual os terapeutas são capazes de desenvolver competências ao longo do tempo, a prática deliberada deve ser utilizada de forma a avaliar e desenvolver competências interpessoais ao longo da carreira profissional do terapeuta, nomeadamente as competências inerentes aos itens do FIS (Anderson & Perlman, 2020).

Outras versões do FIS foram desenvolvidas, como por exemplo o “*Facilitative Interpersonal Skills In-Session*” (FIS-IS), concebido para avaliar as competências interpessoais dos terapeutas em sessões reais de terapia (Uhlen, 2011). Uma versão de autorrelato também foi desenvolvida, o “*Facilitative Interpersonal Skills Self-Report*” (FIS-SR), na qual é solicitado aos participantes que classifiquem a sua própria performance após completar a tarefa do método de desempenho do FIS (Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020). Recentemente também foi proposta a “*Facilitative Interpersonal Skills-Client*” (FIS-C), tendo sido traduzida e adaptada

para a população portuguesa, que visa compreender a forma como o terapeuta é avaliado no FIS, segundo a perspectiva do cliente (Severino, 2019; Taveira, 2019). Os resultados desses dois estudos apresentam evidências de que o FIS-C é um instrumento com boas qualidades psicométricas. Além disso, o estudo de Taveira (2019) sugere ainda que as competências interpessoais medidas pelo FIS-C estão associadas de forma positiva à qualidade da aliança terapêutica, sendo os itens: fluência verbal, expressão emocional e empatia os que apresentaram correlações mais fortes. O estudo de Severino (2019) sugere que tais competências também se encontram positivamente correlacionadas com o bem-estar e negativamente com os comportamentos de risco, sendo o item “esperança e expectativas positivas” o que apresenta uma correlação mais forte com o bem estar e o item fluência verbal o que apresenta maior correlação com menores comportamentos de risco.

### **Resultados Negativos e Importância do Terapeuta**

Como abordado na primeira parte desta revisão, a psicoterapia demonstrou ser eficaz para muitos clientes e são esperados resultados positivos para a maioria dos clientes (Hannan et al., 2005), contudo alguns clientes abandonam a terapia prematuramente (Saxon et al., 2017) e estima-se que em média 8% dos clientes adultos pioram após receberem psicoterapia (Hansen et al., 2002). A situação parece ainda mais grave em psicoterapia infantil (Lambert, 2013b). Os resultados de uma meta-análise, que analisou os dados de crianças e adolescentes atendidos em ambiente privado e em ambiente comunitário, sugerem que entre 46% a 56% dos jovens não alcançaram mudanças significativas ou pioraram, mais precisamente a taxa de deterioração foi de 14% e 24% respetivamente (Warren et al., 2010). Sendo a psicoterapia uma profissão que pretende melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento de quem a procura, estes são resultados preocupantes (Shimokawa et al., 2010). Além disso, é importante notar que em muitos casos da prática clínica os clientes não recebem a quantidade de sessões sugerida, através dos resultados da literatura, como necessária para alcançar uma mudança clinicamente significativa (Hansen et al., 2002).

Foi anteriormente abordado que as mudanças positivas que ocorrem em terapia se devem em grande parte a fatores do cliente, logo o mesmo ocorrerá no que diz respeito às mudanças negativas (Lambert, 2013b). Desse modo, toda a deterioração que ocorre durante o processo terapêutico não pode ser só e apenas atribuída ao terapeuta (Lambert, 2013b). Porém, e tal como refere Sousa (2017), se por um lado alguns fatores ultrapassam o próprio contexto terapêutico, outros estão diretamente ligados a ele e devem ser aprofundados. Um desses fatores é o terapeuta que, tal como visto antes, desempenha um papel importante no processo e

resultado terapêutico (Uhlin, 2011), especialmente nos casos em que o cliente apresenta um quadro mais grave (Goldberg, Hoyt, et al., 2016). Segundo Saxon et al. (2016), os terapeutas são responsáveis por uma grande proporção da variação nos resultados negativos dos clientes, nomeadamente no que diz respeito aos abandonos prematuros e à deterioração, não podendo as características do cliente explicar por si só esses resultados. Parece que os clientes de terapeutas mais eficazes obtêm maior benefício por sessão em comparação com os clientes de outros terapeutas (Firth et al., 2015; Saxon et al., 2017). Ademais, os resultados do estudo de Saxon et al. (2017) sugerem que as taxas de recuperação dos clientes atendidos pelos terapeutas mais eficazes foram o dobro das ocorridas nos clientes vistos por terapeutas menos eficazes e que a taxa de abandonos prematuros foi menor no caso dos terapeutas acima da média.

### **Importância de se Considerar a Perspetiva do Cliente**

Observou-se anteriormente que a probabilidade de um determinado cliente responder positivamente à psicoterapia pode variar consoante o terapeuta que o acompanha (Imel et al., 2015), principalmente quanto maior a gravidade da sintomatologia inicial do cliente (Barkham et al., 2017). Assim, o terapeuta pode afetar, através das suas ações, as mudanças positivas ou negativas do cliente (Lambert, 2013b).

Tendo em conta o supracitado, identificar as características do terapeuta que podem explicar diferenças entre os resultados obtidos é fundamental (Anderson et al., 2016) e pode ter implicações importantes para a prática clínica (Saxon et al., 2017), uma vez que ao identificá-las será possível treiná-las (Saxon et al., 2016). Apesar de já existirem resultados preliminares de treino de algumas dessas características (e.g., Anderson et al., 2019; Perlman et al., 2020) e de estarem em andamentos outros programas (e.g., Anderson & Perlman, 2020), esses foram baseados em estudos cujo o FIS foi medido através de observadores externos. No entanto, as avaliações dos clientes aparentam ser melhores preditores dos resultados psicoterapêuticos do que as avaliações feitas pelos terapeutas ou por observadores, pelo menos no que diz respeito à qualidade da aliança (Flückiger et al., 2019; Horvath & Symonds, 1991; Zilcha-Mano et al., 2017) e à empatia (Elliott et al., 2019). No que diz respeito aos terapeutas, em específico, parece que estes tendem a superestimar as suas competências (Anderson et al., 2015). Walfish et al. (2012), constataram que os terapeutas tendem a avaliar as suas competências como estando acima da média em comparação com os seus pares. Nomeadamente, os autores verificaram que 25% dos terapeutas considerou situar-se no percentil 90 e nenhum dos participantes considerou estar abaixo do percentil 50. No mesmo estudo os autores também encontraram evidências de que, face aos dados provenientes da literatura, os terapeutas provavelmente subestimam as taxas

de deterioração dos seus clientes e superestimam as taxas de melhoria dos mesmos. Parece que os terapeutas têm dificuldades em reconhecer quando um cliente está a deteriorar e também em prever os benefícios que os clientes alcançarão durante a psicoterapia, principalmente quando estes não estão a responder positivamente (Lambert, 2013b). Os resultados de Hannan et al. (2005) sugerem que de um total de 550 clientes, os terapeutas previram que apenas 0,01% deles terminariam a terapia em pior estado do que quando a iniciaram, quando na realidade 7,3% desses clientes se deterioraram. Quando um cliente abandona prematuramente a terapia, os terapeutas também tendem a concentrar-se em razões externas, causalidades simples e no cliente e não nas suas próprias contribuições (Roos & Werbart, 2013).

Por outro lado, e tal como referido anteriormente, existem evidências de que as avaliações do cliente, em relação à empatia (Elliott et al., 2019) e à aliança (Flückiger et al., 2019; Horvath & Symonds, 1991), são melhores preditores dos resultados psicoterapêuticos do que as realizadas por terapeutas ou por observadores, o que é particularmente importante uma vez que estas tratam-se de duas das variáveis mais relacionadas com resultados (Laska et al., 2014). Como visto anteriormente, a aliança envolve colaboração entre terapeuta e cliente. Dessa forma, quando as perceções, entre os dois, acerca do estado da mesma não coincidem, isso poderá ter implicações negativas no processo terapêutico (Horvath et al., 2011). Pelo exposto anteriormente e também por toda a contribuição que o próprio cliente representa para os resultados da psicoterapia (Lambert, 2013c; Norcross & Lambert, 2019), considerar a perspetiva do cliente pode ser uma mais valia (MacFarlane et al., 2015) e um contributo importante no estudo das competências inerentes ao FIS.

## Referências

- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G., & Lundgren, T. (2017). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(3), 206–228. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2015). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Finkelstein, J. D., & Horvath, S. A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research, 1–7*. <https://doi.org/10.1002/capr.12302>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Anderson, T., Ogles, B. M., & Weis, A. (1999). Creative use of interpersonal skills in building a therapeutic alliance. *Journal of Constructivist Psychology, 12*(4), 313–330. <https://doi.org/10.1080/107205399266037>
- Anderson, T., & Patterson, C. L. (2013). *Facilitative interpersonal skill task and rating method*. Ohio University.
- Anderson, T., & Perlman, M. R. (2020). Therapeutic interpersonal skills for facilitating the working alliance. In J. N. Fuertes (Ed.), *Working alliance skills for mental health professionals* (pp. 43–68). Oxford University Press.
- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., & McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology, 1–17*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis

- of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38(1), 1203–1208.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780360019001>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 258–297). John Wiley & Sons.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

<https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Cahill, J., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2010). Systematic review of practice-based research on psychological therapies in routine clinic settings. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 421–453. <https://doi.org/10.1348/014466509X470789>
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy, 50*(1), 98–101. <https://doi.org/10.1037/a0031817>
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85–133). John Wiley & Sons, Inc.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). Therapist effects: Integration and conclusions. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 325–341).
- Chiles, J., Lambert, M. J., & Hatch, A. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(2), 204–220. <https://doi.org/10.1093/clipsy/6.2.204>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2017). Who works for whom and why? Integrating therapist effects analysis into psychotherapy outcome and process research. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 55–68). American Psychological Association.
- Constantino, M. J., Vıslă, A., Coyne, A., & Boswell, J. F. (2019). Cultivating positive outcome expectations. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 461–494). Oxford University Press.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Cuijpers, P. (2015). Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Current*

- Opinion in Psychiatry*, 28(1), 24–29. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000121>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., Van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566–578. <https://doi.org/10.1080/10503300600756402>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Elliott, R., Bohart, A., Watson, J., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 245–287). Oxford University Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 74–94). The Guilford Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 508–519. <https://doi.org/doi:10.1037/pst0000185>
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 549–579). Oxford University Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–332. <https://doi.org/10.4324/9781315134796-8>
- Farber, B. A., Suzuki, J., & Lynch, D. (2019). Positive regard and affirmation. In J. C. Norcross

- & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 288–322). Oxford University Press.
- Firth, N., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2015). Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *69*, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.001>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 24–78). Oxford University Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *Focus*, *25*(1), 350–361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/foc.4.2.306>
- Freedman, S., & Adessky, R. (2009). Cognitive behavior therapy for panic disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *46*(4), 251–256.
- Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). Unpacking the therapist effect: Impact of treatment length differs for high- and low-performing therapists. *Psychotherapy Research*, *28*(4), 532–544. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J. L., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.009>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*(5), 372–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment

- failure. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *Counseling Psychologist*, *45*(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*(1), 285–315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, *44*(1), 61–73. <https://doi.org/10.1037/h0085818>
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Katherine Shear, M., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(5), 747–755. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., & Atkins, D. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Physiology & Behavior*, *52*(3), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel’s (2013) review. *Clinical Psychology Review*, *67*, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, *19*(4–5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kolden, G., Wang, C., Austin, S., Chang, Y., & Klein, M. (2019). Congruence/Genuineness. In

- J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 323–350). Oxford University Press.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 473–483. <https://doi.org/10.1037/ccp0000083>
- Lambert, M. J. (2013a). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 3–20). John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J. (2013c). The Efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 169–218). John Wiley & Sons.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A Common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/a0031294>
- Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 423–457. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.423>
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181–1209. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.12.1181>
- Luber, M. P., Hollenberg, J. P., Williams-Russo, P., Didomenico, T. N., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., & Charlson, M. E. (2000). Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(1), 1–13. <https://doi.org/10.2190/YTRY-E86M->

- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy, 52*(3), 363–372. <https://doi.org/10.1037/a0038733>
- McClintock, A. S., Anderson, T., Patterson, C. L., & Wing, E. H. (2018). Early psychotherapeutic empathy, alliance, and client outcome: Preliminary evidence of indirect effects. *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 839–848. <https://doi.org/10.1002/jclp.22568>
- Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 76*(9), 904–913. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy, 52*(4), 449–457.
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(3), 268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(3), 398–409. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0044-4>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 1–23). Oxford University Press.
- Peluso, P. R., & Freund, R. . (2019). Emotional expression. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3<sup>a</sup> ed., pp. 421–460). Oxford University Press.
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills:

- An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin Company.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2016). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(3), 575–588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Severino, M. (2019). *A importância da perspectiva do cliente: características interpessoais do terapeuta que promovem o bem estar* [Tese de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7145/1/23241.pdf>
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies:

- A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604.  
<https://doi.org/10.1017/S0141347300008181>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press.
- Sousa, D. (2017). *Investigação científica em psicoterapia e prática psicoterapêutica - Os dados mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século.
- 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(3), 300–317. <https://doi.org/10.1037/a0040426>
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677–688. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001511>
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71–84).
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/h0088565>
- Taveira, M. (2019). *As características interpessoais do terapeuta e a aliança terapêutica na perspectiva do cliente* [Tese de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7159>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Tschacher, W., Haken, H., & Kyselo, M. (2015). Alliance: A common factor of psychotherapy modeled by structural theory. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00421>

- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *21*(1), 82–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.1822>
- Uhlen, B. D. (2011). *Therapist in-session rated facilitative interpersonal skills (FIS-IS) in the psychotherapy process* [Dissertação de doutoramento, Universidade de Ohio]. [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz\\_Zapata\\_Adriana\\_Patricia\\_Artículo\\_2011.pdf](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.pdf)
- Walfish, S., McAlister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, *62*(8), 857–873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, *50*(1), 16–24. <https://doi.org/10.1037/a0030570>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–54). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, *27*(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B. E., Hollon, S. D., & Hill, C. E. (2011). Unresolved questions and future directions in psychotherapy research. In J. C. Norcross, G. VandenBos, & D. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (pp. 333–356). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12353-011>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what*

*makes psychotherapy work* (2<sup>a</sup> ed.). Routledge.

- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144–155. <https://doi.org/10.1037/a0018544>
- Watkins, C. E. (2011). Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *Clinical Supervisor, 30*(2), 235–256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Webb, C., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol, 78*(2), 200–211. <https://doi.org/doi:10.1037/a0018912>
- Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2020). A Qualitative Meta-analytic Review of the Therapist Responsiveness Literature: Guidelines for Practice and Training. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09450-y>
- Yonatan-Leus, R., Tishby, O., Abargil, M., & Wiseman, H. (2019). Therapist effects in yearlong psychodynamic therapy: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 0–3*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2400>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks-Carter, C., Safran, J. D., & Winston, A. (2017). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *J Consult Clin Psychol., 84*(6), 484–496. <https://doi.org/doi:10.1037/ccp0000058>

## Apêndice B – Conjunto dos Instrumentos

### Consentimento Informado

Eu, Tânia Sofia Raposo Ramos, para fins de conclusão do Segundo Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Sociais e da Vida, encontro-me neste momento a realizar uma investigação sob a orientação do Prof. Dr. Daniel Cunha Monteiro de Sousa. A investigação foca-se na relação entre as competências interpessoais dos terapeutas, a aliança terapêutica e a sintomatologia geral do cliente ao longo de vários momentos do processo terapêutico.

Assim sendo, solicito a sua participação através do preenchimento de alguns dados sociodemográficos e três breves escalas, em três momentos distintos do processo terapêutico. **Caso aceite participar, solicita-se que coloque, em cada um dos três momentos diferentes, o seu nome na parte superior das escalas.**

Será devidamente assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que os mesmos apenas serão utilizados para fins de investigação. É ainda importante que saiba que o seu terapeuta não terá acesso aos dados por si disponibilizados no âmbito deste estudo.

A sua participação é totalmente voluntária, pelo que poderá desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de dano ou prejuízo para si.

Para qualquer esclarecimento adicional deverá contactar através do seguinte email: [26739@alunos.ispa.pt](mailto:26739@alunos.ispa.pt) ou [daniel@ispa.pt](mailto:daniel@ispa.pt)

A sua colaboração é crucial para a realização da presente investigação.

Assinatura da estudante:



-----  
*Destacar pelo picotado e colocar dentro do envelope, por favor*

Declaro que li e compreendi as informações acima disponibilizadas acerca da investigação sobre a relação entre as competências interpessoais dos terapeutas, a aliança terapêutica e a sintomatologia geral do cliente e aceito participar de livre vontade no presente estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### Dados sociodemográficos

1. Género:  Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Área de residência: \_\_\_\_\_
5. Estado civil:
  - Solteiro/a
  - Casado/a
  - Divorciado/a
  - União de facto
  - Viúvo/a
  - Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_
6. Habilitações literárias:
  - Primeiro ciclo do ensino básico (até à 4ª classe)
  - Segundo ciclo do ensino básico (até ao 6º ano)
  - Terceiro ciclo (até ao 9º ano)
  - Ensino secundário (até ao 12º ano)
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
  - Outro. Qual? \_\_\_\_\_
7. Situação profissional:
  - Estudante
  - Trabalhador
  - Trabalhador-Estudante
  - Desempregado
  - Reformado
8. Há quanto tempo se encontra em psicoterapia?
  - Há menos de 1 mês
  - De 1 a 3 meses
  - De 3 a 6 meses
  - De 6 meses a 1 ano
  - Há mais de 1 ano

9. Qual a periodicidade das suas sessões?

2 vezes por semana

1 vez por semana

De 15 em 15 dias

Uma vez por mês

Outra

10. Você ou o seu/sua terapeuta faltou a alguma sessão desde a última vez que respondeu a este questionário? Se sim, quantas sessões? Se esta é a primeira vez que está a responder a este estudo, por favor, ignore esta questão. \_\_\_\_\_

## FIS-Itens Cliente

Por favor seleccione 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.



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.



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.



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 creíveis.

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.



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.



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.



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.



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.

## Inventário da Aliança Terapêutica Versão C

© A.O. Horvath, 1981, 1984.  
Versão Portuguesa: Paulo P.P. Machado

### Instruções

Nas páginas seguintes encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Ao lado de cada afirmação existe uma escala de sete pontos

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número **7**; se **nunca** se aplica a si faça um círculo no número **1**. Use os outros números para descrever as variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda depressa, as suas primeiras impressões são as mais importantes.  
POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODOS OS ITENS.)

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
1. Sinto-me desconfortável com o/a meu/minha terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
2. O/a meu/minha terapeuta estamos de acordo acerca das coisas que eu preciso de fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou preocupado/a com o resultado destas sessões	1	2	3	4	5	6	7
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas	1	2	3	4	5	6	7
5. O/a meu/minha terapeuta compreendemo-nos mutuamente	1	2	3	4	5	6	7
6. O/a meu/minha terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objectivos	1	2	3	4	5	6	7
7. Acho confuso o que estou a fazer em terapia	1	2	3	4	5	6	7
8. Acho que o/a meu/minha terapeuta gosta de mim	1	2	3	4	5	6	7
9. Gostava que o/a meu/minha terapeuta e eu pudéssemos clarificar a finalidade das nossas sessões	1	2	3	4	5	6	7

10. Eu discordo com o/a meu/minha terapeuta acerca do que eu deveria obter da terapia	1 2 3 4 5 6 7
11. Acredito que o tempo que passo com o/a meu/minha terapeuta não é despendido de modo eficaz	1 2 3 4 5 6 7
12. O/a meu/minha terapeuta não compreende aquilo que eu tento conseguir com a terapia.	1 2 3 4 5 6 7
13. É para mim claro quais as minhas responsabilidades na terapia	1 2 3 4 5 6 7
14. Os objectivos destas sessões são importantes para mim	1 2 3 4 5 6 7
15. Acho que o que eu e o/a meu/minha terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações	1 2 3 4 5 6 7
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que quero	1 2 3 4 5 6 7
17. Acredito que o/a meu/minha terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem estar	1 2 3 4 5 6 7
18. É claro para mim o que o/a meu/minha terapeuta quer que eu faça nestas sessões	1 2 3 4 5 6 7
19. O/a meu/minha terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente	1 2 3 4 5 6 7
20. Sinto que o/a meu/minha terapeuta não é totalmente honesto acerca daquilo que sente em relação a mim	1 2 3 4 5 6 7
21. Tenho confiança na capacidade do/a meu/minha terapeuta para me ajudar	1 2 3 4 5 6 7
22. O/a meu/minha terapeuta e eu trabalhamos para objectivos que foram mutuamente acordados	1 2 3 4 5 6 7
23. Sinto que o/a meu/minha terapeuta me aprecia.	1 2 3 4 5 6 7
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.	1 2 3 4 5 6 7
25. Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar	1 2 3 4 5 6 7
26. O/a meu/minha terapeuta confiamos um no outro	1 2 3 4 5 6 7
27. O/a meu/minha terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas	1 2 3 4 5 6 7
28. A minha relação com o/a meu/minha terapeuta é muito importante para mim	1 2 3 4 5 6 7
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o/a meu/minha terapeuta deixará de trabalhar comigo	1 2 3 4 5 6 7
30. O/a meu/minha terapeuta e eu colaboramos na definição dos objectivos da minha terapia	1 2 3 4 5 6 7
31. Estou frustrado/a pelas coisas que faço em terapia	1 2 3 4 5 6 7
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim	1 2 3 4 5 6 7
33. As coisas que o/a meu/minha terapeuta me pede para fazer não fazem sentido	1 2 3 4 5 6 7
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia	1 2 3 4 5 6 7
35. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correcto	1 2 3 4 5 6 7
36. Sinto que o/a meu/minha terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que não aprova	1 2 3 4 5 6 7

## Outcome Questionnaire (OQ®-45.2 Portuguese)

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Para nos ajudar a compreender como é que se tem sentido, considere a última semana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com uma cruz a categoria que melhor descreve o seu estado actual. Neste questionário trabalho é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.. Por favor responda a todas as questões.

Developed by  
Michael J. Lambert, Ph.D.  
and  
Gary M. Burlingame,  
Ph.D.  
© Copyright  
American Professional  
Credentialing Services  
LLC.  
All Rights Reserved.  
License Required For  
All Uses

For More Information  
Contact:  
  
OQ Measures, LLC  
P.O. Box 521047  
Salt Lake City, UT  
84152

Toll-Free USA:  
1-888-MH-SCORE  
(1-888-647-2673)

Phone: (801) 649-4392  
Fax: (801) 747-6900

Email:  
INFO@OQMEASURES.COM  
Website:  
WWW.OQMEASURES.COM

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1) Dou-me bem com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Canso-me depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Não tenho interesse pelas coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Sinto-me stressado no trabalho/escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Culpo-me pelas coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Sinto-me irritado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Sinto-me infeliz no meu casamento ou relacionamento significativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Tenho pensamentos de acabar com a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Sinto-me fraco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Sinto-me medroso/atemorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) A seguir a beber (álcool) muito preciso de beber (álcool) na manhã seguinte para começar o dia (se não bebe marque nunca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Acho que o meu trabalho/escola é satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Sou uma pessoa feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Trabalho/estudo demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Sinto-me sem valor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Estou preocupado com problemas familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Tenho uma vida sexual insatisfatória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Sinto-me sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Discuto com frequência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Sinto-me amado e desejado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Desfruto do meu tempo livre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Tenho dificuldades em concentrar-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Sinto-me sem esperanças acerca do futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Gosto de mim próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Surgem na minha cabeça pensamentos perturbantes dos quais não me consigo libertar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Fico aborrecido com as pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas) (se não se aplicar marque nunca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Tenho problemas de estômago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Não estou a trabalhar/estudar tão bem como costumava.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) O meu coração bate demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30) Tenho problemas em relacionar-me com amigos ou conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31) Estou satisfeito com a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32) Tenho problemas no trabalho/escola por usar álcool ou drogas (Se não se aplicar marque nunca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Sinto que alguma coisa de mal vai acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Tenho os músculos doridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Tenho medo de espaços abertos, de guiar ou de estar em autocarros, túneis, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Sinto-me nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Sinto-me satisfeito com as minhas relações afectivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) Sinto que as coisas não vão bem no trabalho/escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Tenho muitos desentendimentos no trabalho/escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Sinto que há qualquer coisa que não está bem com a minha cabeça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41) Tenho problemas em adormecer ou permanecer a dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42) Sinto-me triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43) Estou satisfeito com as minhas relações com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44) Sinto-me suficientemente furioso no trabalho/escola para vir a fazer qualquer coisa de que me posso arrepender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45) Tenho dores de cabeça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Apêndice C – Estatísticas Descritivas

### Estatísticas

		Área		Habilitações		Situação		Tempo em Periodicidade	
		Gênero	Nacionalidade	Residência	Estado Civil	Literárias	Profissional	Psicoterapia	das Sessões
N	Válido	31	31	30	31	31	31	31	30
	Omisso	0	0	1	0	0	0	0	1

### Gênero

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem	
				válida	
Válido	Masculino	14	45,2	45,2	45,2
	Feminino	17	54,8	54,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Nacionalidade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem	
				válida	
Válido	Português/a	31	100,0	100,0	100,0

### Área de Residência

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Lisboa	22	71,0	73,3	73,3
	Setúbal	2	6,5	6,7	80,0
	Braga	2	6,5	6,7	86,7
	Outra	4	12,9	13,3	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Omisso		1	3,2		
Total		31	100,0		

### Estado Civil

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Solteiro	25	80,6	80,6	80,6
	Casado ou União de Facto	5	16,1	16,1	96,8
	Divorciado	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Nível de Ensino

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Ensino Secundário	7	22,6	22,6	22,6
	Ensino Superior	24	77,4	77,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Situação Profissional

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Estudante	15	48,4	48,4	48,4
	Trabalhador	9	29,0	29,0	77,4
	Trabalhador-Estudante	6	19,4	19,4	96,8
	Desempregado	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Tempo em Psicoterapia

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	De 1 a 3 meses	4	12,9	12,9	12,9
	De 3 a 6 meses	3	9,7	9,7	22,6
	De 6 meses a 1 ano	5	16,1	16,1	38,7
	Há mais de 1 ano	19	61,3	61,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Periodicidade das Sessões

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1x Semana	28	90,3	93,3	93,3
	De 15 em 15 Dias	2	6,5	6,7	100,0
	Total	30	96,8	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,2		
Total		31	100,0		

### Idade

N	Válido	31
	Omisso	0
Média		27,65
Erro Desvio		9,628

### Descritivos FIS-C

		Estadística	Desvio Padrão
M1 Soma Total dos Itens	Média	32,94	,430
FIS	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	32,06
		Limite superior	33,81
	5% da média aparada		33,15
	Mediana		34,00
	Variância		5,729
	Erro Padrão		2,394
	Mínimo		26
	Máximo		35
	Amplitude		9
	Amplitude interquartil		4
	Assimetria	-1,135	,421
	Curtose	,733	,821
M2 Soma Total dos Itens	Média	33,58	,337
FIS	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	32,89
		Limite superior	34,27
	5% da média aparada		33,77
	Mediana		34,00

	Variância		3,518	
	Erro Padrão		1,876	
	Mínimo		28	
	Máximo		35	
	Amplitude		7	
	Amplitude interquartil		2	
	Assimetria		-1,447	,421
	Curtose		1,469	,821
M3 Soma Total dos Itens FIS	Média		33,97	,252
	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	33,45	
		Limite superior	34,48	
	5% da média aparada		34,08	
	Mediana		35,00	
	Variância		1,966	
	Erro Padrão		1,402	
	Mínimo		31	
	Máximo		35	
	Amplitude		4	
	Amplitude interquartil		2	
	Assimetria		-1,103	,421
	Curtose		-,167	,821

## Descritivos WAI

		Estatística	Desvio Padrão	
M1 Soma Total dos Itens	Média	227,52	3,712	
WAI	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	219,93	
		Limite superior	235,10	
	5% da média aparada		229,36	
	Mediana		231,00	
	Variância		427,191	
	Erro Padrão		20,669	
	Mínimo		167	
	Máximo		252	
	Amplitude		85	
	Amplitude interquartil		23	
	Assimetria		-1,377	,421
	Curtose		1,942	,821
	M2 Soma Total dos Itens	Média	228,58	2,802
	WAI	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	222,86
		Limite superior	234,30	
5% da média aparada			229,06	
Mediana			232,00	
Variância			243,385	
Erro Padrão			15,601	
Mínimo			194	
Máximo			252	
Amplitude			58	

	Amplitude interquartil		24	
	Assimetria		-,374	,421
	Curtose		-,803	,821
M3 Soma Total dos Itens	Média		232,35	2,448
WAI	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	227,36	
		Limite superior	237,35	
	5% da média aparada		232,90	
	Mediana		231,00	
	Variância		185,770	
	Erro Padrão		13,630	
	Mínimo		200	
	Máximo		252	
	Amplitude		52	
	Amplitude interquartil		22	
	Assimetria		-,491	,421
	Curtose		-,403	,821

## Descritivos OQ-45.2

		Estadística	Desvio Padrão
M1 Soma Total dos Itens	Média	60,16	5,109
OQ	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	49,73 70,60
	5% da média aparada		58,75
	Mediana		53,00
	Variância		809,206
	Erro Padrão		28,447
	Mínimo		17
	Máximo		129
	Amplitude		112
	Amplitude interquartil		25
	Assimetria	,899	,421
	Curtose	,419	,821
M2 Soma Total dos Itens	Média	58,61	4,399
OQ	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	49,63 67,60
	5% da média aparada		58,06
	Mediana		57,00
	Variância		599,845
	Erro Padrão		24,492
	Mínimo		12
	Máximo		122
	Amplitude		110

	Amplitude interquartil		33	
	Assimetria		,456	,421
	Curtose		,311	,821
M3 Soma Total dos Itens	Média		52,10	4,303
OQ	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	43,31	
		Limite superior	60,89	
	5% da média aparada		51,44	
	Mediana		56,00	
	Variância		574,090	
	Erro Padrão		23,960	
	Mínimo		6	
	Máximo		114	
	Amplitude		108	
	Amplitude interquartil		34	
	Assimetria		,324	,421
	Curtose		,301	,821

## Descritivos Subescala SD

	Estatística	Desvio Padrão
M1_OQ_SUB_DISTRESS Média	35,8065	3,26678
95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior 29,1348 Limite superior 42,4781	
5% da média aparada	35,2133	
Mediana	35,0000	
Variância	330,828	
Erro Padrão	18,18868	
Mínimo	8,00	
Máximo	75,00	
Amplitude	67,00	
Amplitude interquartil	19,00	
Assimetria	,626	,421
Curtose	-,224	,821
M2_OQ_SUB_DISTRESS Média	33,1290	2,92771
95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior 27,1499 Limite superior 39,1082	
5% da média aparada	32,7186	
Mediana	30,0000	
Variância	265,716	
Erro Padrão	16,30080	
Mínimo	2,00	
Máximo	72,00	
Amplitude	70,00	

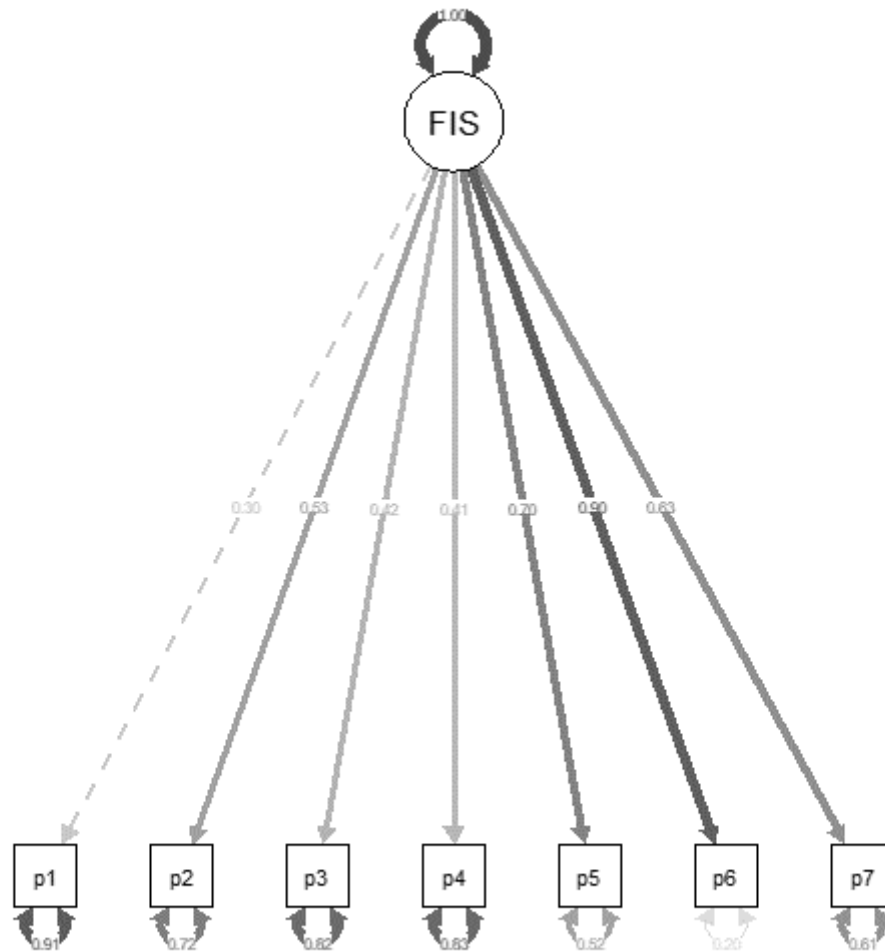
	Amplitude interquartil		23,00
	Assimetria		,506 ,421
	Curtose		,216 ,821
M3_OQ_SUB_DISTRESS	Média		29,5806 2,80352
	95% de Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	23,8551
		Limite superior	35,3062
	5% da média aparada		29,2384
	Mediana		28,0000
	Variância		243,652
	Erro Padrão		15,60934
	Mínimo		1,00
	Máximo		70,00
	Amplitude		69,00
	Amplitude interquartil		23,00
	Assimetria		,305 ,421
	Curtose		,030 ,821

## Apêndice D – Análise Fatorial Confirmatória

### Índices de Ajustamento Global do Modelo Unifatorial do FIS-C

chisq	df	srmr	rmsea	cfi	tli	gfi	aic	bic
22,7	14	0,115	0,142	0,826	0,739	0,83	297,36	317,44

### Cargas Fatoriais Padronizadas Para o Modelo Unifatorial do FIS-C



## Apêndice E – Correlações de Pearson

### Correlações de Pearson entre o FIS-C e a WAI – 3 Momentos

		M1 FIS-C	M1 WAI	M2 FIS-C	M2 WAI	M3 FIS-C	M3 WAI
M1 FIS-C	Correlação de Pearson	1	,589**	,528**	,522**	,556**	,462**
	Sig. (2 ext)		,000	,002	,003	,001	,009
	N	31	31	31	31	31	31
M1 WAI	Correlação de Pearson	,589**	1	,076	,703**	,332	,635**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,683	,000	,068	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M2 FIS-C	Correlação de Pearson	,528**	,076	1	,357*	,375*	,346
	Sig. (2 extremidades)	,002	,683		,049	,038	,056
	N	31	31	31	31	31	31
M2 WAI	Correlação de Pearson	,522**	,703**	,357*	1	,571**	,878**
	Sig. (2 extremidades)	,003	,000	,049		,001	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M3 FIS-C	Correlação de Pearson	,556**	,332	,375*	,571**	1	,660**
	Sig. (2 extremidades)	,001	,068	,038	,001		,000
	N	31	31	31	31	31	31
M3 WAI	Correlação de Pearson	,462**	,635**	,346	,878**	,660**	1
	Sig. (2 extremidades)	,009	,000	,056	,000	,000	
	N	31	31	31	31	31	31

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

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

### Correlações de Pearson entre o FIS-C e o OQ.45.2 – 3 Momentos

		M1 FIS-C	M1 OQ-45.2	M2 FIS-C	M2 OQ-45.2	M3 FIS-C	M3 OQ-45.2
M1 FIS-C	Correlação de Pearson	1	-,220	,528**	-,267	,556**	-,105
	Sig. (2 extremidades)		,235	,002	,147	,001	,574
	N	31	31	31	31	31	31
M1 OQ-45.2	Correlação de Pearson	-,220	1	,085	,711**	-,361*	,793**
	Sig. (2 extremidades)	,235		,649	,000	,046	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M2 FIS-C	Correlação de Pearson	,528**	,085	1	,035	,375*	,030
	Sig. (2 extremidades)	,002	,649		,853	,038	,873
	N	31	31	31	31	31	31
M2 OQ-45.2	Correlação de Pearson	-,267	,711**	,035	1	-,338	,843**
	Sig. (2 extremidades)	,147	,000	,853		,063	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M3 FIS-C	Correlação de Pearson	,556**	-,361*	,375*	-,338	1	-,242
	Sig. (2 extremidades)	,001	,046	,038	,063		,190
	N	31	31	31	31	31	31
M3 OQ-45.2	Correlação de Pearson	-,105	,793**	,030	,843**	-,242	1
	Sig. (2 extremidades)	,574	,000	,873	,000	,190	
	N	31	31	31	31	31	31

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

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

### Correlações de Pearson entre o FIS-C e a Subescala SD do OQ.45.2 – 3 Momentos

		M1 FIS-C	M1 SD	M2 FIS-C	M2 SD	M3 FIS-C	M3 SD
M1 FIS-C	Correlação de Pearson	1	-,216	,528**	-,273	,556**	-,108
	Sig. (2 ext)		,243	,002	,137	,001	,564
	N	31	31	31	31	31	31
M1 SD	Correlação de Pearson	-,216	1	,051	,707**	-,317	,791**
	Sig. (2 extremidades)	,243		,784	,000	,083	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M2 FIS-C	Correlação de Pearson	,528**	,051	1	-,003	,375*	,070
	Sig. (2 extremidades)	,002	,784		,989	,038	,708
	N	31	31	31	31	31	31
M2 SD	Correlação de Pearson	-,273	,707**	-,003	1	-,334	,858**
	Sig. (2 extremidades)	,137	,000	,989		,066	,000
	N	31	31	31	31	31	31
M3 FIS-C	Correlação de Pearson	,556**	-,317	,375*	-,334	1	-,244
	Sig. (2 extremidades)	,001	,083	,038	,066		,185
	N	31	31	31	31	31	31
M3 SD	Correlação de Pearson	-,108	,791**	,070	,858**	-,244	1
	Sig. (2 extremidades)	,564	,000	,708	,000	,185	
	N	31	31	31	31	31	31

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

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

## Apêndice F – ANOVA de Medidas Repetidas de Um Fator

### Teste de esfericidade de Mauchly <sup>a</sup>

Medida: MEASURE\_1

Efeito dentre-sujeitos	W de Mauchly	Aprox. Qui-			Epsilon <sup>b</sup>		
		quadrado	gl	Sig.	Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Limite inferior
Momento	,979	,603	2	,740	,980	1,000	,500

Testa a hipótese nula para a qual a matriz de covariâncias de erro das variáveis transformadas ortonormalizadas é proporcional em relação a uma matriz identidade.

a. Design: Intercepto

Design Dentre-Sujeitos: Momento

b. Pode ser usado para ajustar os graus de liberdade dos testes de significância dentro da média. Os testes corrigidos são exibidos na tabela Testes de efeitos dentre-sujeitos.

### Testes de efeitos dentre-sujeitos

Medida: MEASURE\_1

Origem		Tipo III Soma		Quadrado		
		dos Quadrados	gl	Médio	F	Sig.
Momento	Esfericidade considerada	16,860	2	8,430	4,222	,019
	Greenhouse-Geisser	16,860	1,960	8,604	4,222	,020
	Huynh-Feldt	16,860	2,000	8,430	4,222	,019
	Limite inferior	16,860	1,000	16,860	4,222	,049
Erro(Momento)	Esfericidade considerada	119,806	60	1,997		
	Greenhouse-Geisser	119,806	58,789	2,038		
	Huynh-Feldt	119,806	60,000	1,997		
	Limite inferior	119,806	30,000	3,994		

### Comparações por Método Pairwise (Teste *post hoc*)

Medida: MEASURE\_1

(I) Momento	(J) Momento	Diferença		Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
		média (I-J)	Erro Erro		Limite inferior	Limite superior
1	2	-,645	,381	,303	-1,612	,321
	3	-1,032*	,358	,021	-1,939	-,125
2	1	,645	,381	,303	-,321	1,612
	3	-,387	,337	,778	-1,241	,466
3	1	1,032*	,358	,021	,125	1,939
	2	,387	,337	,778	-,466	1,241

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Bonferroni.