



**Maria Margarida Oliveira Miranda**

*Perceção da autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspetiva do cliente*

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto**

**2016**



**Margarida Miranda**

*Perceção da autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspetiva do cliente*

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto**

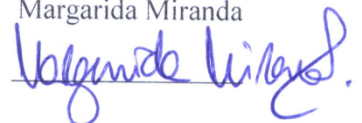
**2016**

**Maria Margarida Oliveira Miranda**

*Perceção da autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspetiva do cliente.*

Eu, Maria Margarida Oliveira Miranda,  
declaro para os devidos efeitos  
que, atesto a originalidade deste trabalho.

Margarida Miranda



Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e orientado pela Prof<sup>a</sup> Mestre Sónia Pimentel Alves.

## **Resumo**

Estudos recentes apontam para a necessidade de explorar o processo psicoterapêutico, na perspectiva do cliente e do terapeuta. Apesar da importância reconhecida do estudo dos mecanismos de transformação terapêutica, existe uma lacuna na investigação no que respeita à associação entre a autoeficácia dos terapeutas e a aliança terapêutica. Com efeito, o objetivo principal do presente estudo foi analisar de que forma a percepção de autoeficácia do terapeuta se relaciona com o modo como o cliente percebe a aliança terapêutica.

Participaram neste estudo 128 participantes, distribuídos por 32 terapeutas e 96 clientes, numa proporção de três clientes para cada terapeuta. A autoeficácia dos terapeutas foi avaliada através do *Counselor Activity Self-Efficacy Scales* (CASES-G) e a aliança terapêutica percebida pelos clientes através do *Inventário de Aliança Terapêutica* (IAT; versão C reduzida).

O resultados revelaram que os terapeutas perceberam-se como eficazes em relação ao processo psicoterapêutico e que os clientes reportaram uma forte aliança terapêutica. As análises de correlação indicaram que a subescala “gestão de sessão” do CASES-G se associou negativamente à subescala “tarefas” do IAT.

Estes dados sugerem que um terapeuta mais confiante na sua capacidade para desempenhar competências técnicas específicas no que respeita à gestão da sessão, poderá ter mais dificuldade em investir no cliente e no processo psicoterapêutico, o que se poderá traduzir numa menor sincronia entre ambos e num indicador de perda da qualidade da aliança terapêutica.

**Palavras-Chave:** aliança terapêutica; autoeficácia dos terapeutas; percepção do cliente; processo psicoterapêutico.

## **Abstract**

Recent studies point out the need to explore the psychotherapeutic process from the clients and the therapists' perspective. Although the literature has recognized the importance of investigating the mechanisms of change in the psychotherapeutic process, there is a significant gap in research regarding the association between therapists' self-efficacy and therapeutic alliance. In accordance, the main objective of the present study was to analyze in which way the therapists' self-efficacy relates to the clients' perception of the therapeutic alliance.

The current study included 128 participants, 32 therapists and 96 clients, in a proportion of three clients to each therapist. Therapist's self-efficacy was measured by the Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES-G) and the therapeutic alliance perceived by the clients was assessed by the Working Alliance Inventory (WAI-SR, short revised).

Results revealed that therapists perceived themselves as efficient as related to the psychotherapeutic process and that clients reported a strong therapeutic alliance. Correlation analysis indicated that the subscale "session management" of the CASES-G was negatively linked to the subscale "tasks" of the WAI-SR.

These findings suggest that the therapists who are more confident in their abilities to perform specific technical tasks regarding session management may have more difficulty in investing in the client and in the psychotherapeutic process. This may lead to lower synchronicity between the client and the therapist and be an indicator of loss of the therapeutic alliance quality.

**Keywords:** therapeutic alliance; therapists' self-efficacy; clients' perception; psychotherapeutic process.

## **Agradecimentos**

As primeiras palavras de agradecimento vão para a supervisora desta tese, a Mestre Sónia Pimentel Alves que, desde o início, me acompanhou como orientador científico, e por tudo aquilo que me ensinou.

Quero também dirigir uma palavra de apreço aos meus familiares mais próximos a quem exprimo, com gosto, o meu reconhecimento pelo apoio reiterado e pela forma como souberam compreender as minhas prolongadas ausências e os meus horários pouco ortodoxos.

Agradeço aos meus amigos, particularmente à Dra Teresa Serra e à Dra Bertina Córias, que, durante este trabalho, me dedicaram apoio e disponibilidade. Exprimo também o meu reconhecimento ao Prof. Doutor Pio Abreu, ao Prof. Doutor Luís Margalho, ao Dr. Hector Costa, ao Dr. António Marinho, à Dra Ana Vaz, à Dra Teresa Lopes, e aos meus Pastores por me acompanharem e pelo apoio que me foi dado no meu percurso.

Agradeço às Instituições que me acolheram durante o meu curso de Psicologia, a Universidade Fernando Pessoa e o Instituto Superior Miguel Torga e a todos os seus docentes. Um agradecimento especial a todos os participantes, porque, sem eles, nenhum deste trabalho teria sido possível.

Grata me sinto também aos meus amigos próximos, e colegas de curso, pelo apoio e pela confiança e ensinamentos que recebi.

Agradeço a Deus pela sabedoria dele ao dar-me capacidade e discernimento para desenvolver esta tese.

## Índice

Introdução: o enquadramento teórico, o presente estudo.....	1
I. Revisão de literatura	
1. Autoeficácia no contexto da prática clínica.....	8
1.1. Autoeficácia: definição do construto.....	8
1.2. Autoeficácia e prática clínica .....	12
2. Aliança terapêutica na perspectiva dos clientes.....	15
2.1. Aliança terapêutica: definição do construto.....	16
2.2. Aliança terapêutica na perspectiva do cliente e relevância no processo terapêutico.....	17
3. Autoeficácia dos terapeutas e aliança terapêutica na perspectiva do cliente.....	21
II. Estudo empírico	
1. Objetivos do estudo.....	48
2. Caracterização da amostra.....	50
2.2. Participantes.....	50
3. Material.....	61
3.1. Caracterização dos instrumentos.....	62
4. Método e Procedimento.....	64
5. Análise dos dados, interpretação e discussão dos resultados.....	66
Conclusão.....	73
Referências bibliográficas.....	79
Anexos: pedidos de autorização para utilização das escalas, consentimentos informados, questionário sociodemográfico do terapeuta, questionário sociodemográfico do cliente.	

## Índice de tabelas e figuras

---

### Lista de figuras

Figura 1	Frequência de ocorrência das idades dos participantes- terapeutas	51
Figura 2	Frequência de ocorrência das idades dos participantes-clientes	51
Figura 3	Análise da normalidade na distribuição das percepções de autoeficácia dos terapeutas	66
Figura 4	Análise da normalidade na distribuição da aliança terapêutica na perspectiva dos clientes	67

---

### Lista de tabelas

Tabela 1	Distribuição dos participantes por género	52
Tabela 2	Estatísticas resumo do estado civil	52
Tabela 3	Estatísticas resumo das habilitações literárias	53
Tabela 4	Estado profissional dos participantes-clientes	53
Tabela 5	Distribuição dos terapeutas em função dos anos de prática.	54
Tabela 6	Distribuição dos terapeutas em função das correntes teóricas.	54
Tabela 7	Distribuição dos clientes em relação ao número de sessões	55
Tabela 8	Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas e das habilitações literárias dos clientes.	55
Tabela 9	Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas e do sexo dos clientes.	56
Tabela 10	Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas e da idade dos clientes.	56
Tabela 11	Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas e número de sessões dos clientes.	57
Tabela 12	Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas e habilitações literárias dos clientes.	58
Tabela 13	Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas e do sexo dos clientes.	59
Tabela 14	Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas e da idade dos clientes.	60
Tabela 15	Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas e do número de sessões dos clientes.	61

---

Tabela 16	Correlação ( $r$ spearman entre o IAE e o IAT)	67
Tabela 17	Medidas resumo das subescalas dos questionários IAE e IAT	68
Tabela 18	Coeficientes de correlação entre as subescalas das variáveis IAT e IAE	69
Tabela 19	Estatística descritiva de IAE e IAT	70

### **Lista de abreviaturas**

CAJ - competências básicas de ajuda

CASES-G – *Counselor Activity Self-Efficacy Scales*

CR - conflitos relacionais

DT - *distress* do paciente

GS - gestão de sessão

IAE 1 – subescala “competências básicas de ajuda” do índice de autoeficácia do terapeuta

IAE 2 – subescala “gestão de sessão” do índice de autoeficácia do terapeuta

IAE 3 – subescala “desafios terapêuticos” do índice de autoeficácia do terapeuta

IAE-total – índice de autoeficácia do terapeuta

IAT-objetivos – subescala “objetivos” do índice de aliança terapêutica

IAT-tarefas – subescala “tarefas” do índice de aliança terapêutica

IAT-total – índice de aliança terapêutica na perspectiva do cliente

IAT-vínculos – subescala “vínculos” do índice de aliança terapêutica



## **Introdução**

### **Enquadramento teórico**

A psicoterapia é um processo relacional, que envolve duas ou mais pessoas, que implica a existência de um terapeuta qualificado, focado em estabelecer uma relação profissional com a pessoa que procura ajuda (Wolberg, 1988).

O objetivo da intervenção visa extinguir ou atenuar sintomas presentes, atribuídos a perturbações, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, ou sinais físicos específicos. Este tipo de intervenção exige competência clínica para distinguir as flutuações de humor na vida normal em função das respostas transitórias ao stress, modificar padrões disfuncionais de relações interpessoais, ou lidar com uma perturbação mental, uma queixa ou problemas específicos, que interferem na qualidade de vida do sujeito. O objetivo do psicoterapeuta é aliviar o sofrimento humano, inerente a essa queixa ou problema (Wolberg, 1988).

A terapia deverá ser adequada às necessidades e às características de cada cliente de acordo com o seu problema, patologia ou queixa (Wampold, 2001).

Leal (2015) defende que mais do que investigar o desenvolvimento de novas psicoterapias, é importante saber se a psicoterapia funciona e como funciona.

Tal como Sousa (2006) refere, e fazendo referência a diferentes autores (Elliot, Slatick & Urman, 2001; Greenberg & Pinsof, 1986; Rice & Greenberg, 1984), a investigação em psicoterapia assume duas formas distintas: a investigação dos resultados terapêuticos, isto é, a extensão na qual o indivíduo muda como consequência da psicoterapia, e a investigação dos processos, que permite compreender o que ocorre na psicoterapia que leva à mudança.

Em 1952, Eysenck relatou que os clientes que tinham recebido intervenção terapêutica não apresentavam melhorias comparativamente àqueles que não tinham recebido. Esta conclusão "provocadora", ao demonstrar que a psicoterapia não era mais eficaz do que a remissão espontânea, foi altamente contestada por numerosos psicólogos (Bergin, 1971; Lambert, 1976) e esteve na origem de numerosos estudos de investigação em psicoterapia.

Neste contexto, e desde essa altura, sucederam-se uma série de investigações que têm vindo a demonstrar a eficácia da psicoterapia para uma variedade de problemas psicológicos (Lambert, 2013).

No entender de Sousa (2006), a investigação em psicoterapia está bem documentada em estudos efetuados fora de Portugal. No nosso país não existe uma tradição de investigação em psicoterapia, embora o autor refira que já comecem a surgir estudos focados no processo terapêutico e/ou no resultado terapêutico. Por conseguinte, é hoje consensual que a terapia funciona. Atualmente, a ciência deve preocupar-se em conhecer e compreender como funciona a terapia, a fim de desenvolver estratégias adequadas de intervenção e poder aplicá-las na sua prática clínica.

Apesar de muitos profissionais poderem ser consolados pela tese segundo a qual estão a proporcionar uma psicoterapia com base empírica que resulta melhor, na verdade, o sucesso do tratamento dá sinais de que depende, não da utilização de técnicas de intervenção empiricamente suportadas, mas depende do cliente e do terapeuta (Lambert, 2013).

De acordo com a literatura da psicoterapia, a aliança de trabalho é um elemento da relação terapêutica que tem, de facto, sido associada a resultados de terapia (Morrison & Smith, 2013; Moreira et. al, 2005).

Existe uma vasta literatura que aponta para a primazia da relação terapêutica, como variável independente da modalidade da terapia, mostrando-se, portanto, esta uma importante variável a ser estudada (Martin, Garske & Davis, 2000; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985; Elkin, 1994; Lambert, 2013).

Independentemente da inclinação teórica específica, a aliança é essencialmente um construto desenvolvido para compreender a interação de duas pessoas (isto é, o paciente e o terapeuta) no contexto da terapia. Como tal, a aliança assume um par de histórias de vida individuais, expectativas, tipos de personalidade, estilos interpessoais e tipos de vinculação, formas de experiência na organização e visões do mundo. Esses fatores representam um importante conjunto de variáveis relacionadas com o desenvolvimento da aliança terapêutica (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013).

Frequentemente na literatura, é tema de discussão que a relação terapêutica é construída pelos terapeutas em benefício dos clientes. No entanto, recentemente, foram publicados estudos que destacam a contribuição dos clientes que participam positivamente na relação terapêutica de forma ímpar (Bohart & Wade, 2013).

Os estudos de Ablon e Jones (1999), também demonstram que uma maior proximidade com o terapeuta apresenta uma correlação positiva com os resultados. A importância da construção de comportamentos relacionais com os clientes destaca a necessidade de implementar medidas referentes ao processo e à aliança que explicitamente, questionem as contribuições dos clientes positivos e ativos (Ablon & Jones, 1999).

Lambert (2013), fazendo referência aos estudos de Bachelor (1995), concluiu que pelo facto de o cliente estar "presente" e interagir com o terapeuta de uma forma "real", produz respostas semelhantes por parte do terapeuta em relação aos estados emocionais traduzidos pelo próprio cliente. Como exemplo, expressões vulneráveis de

dor do cliente suscitavam empatia nos seus terapeutas e, contrariamente, expressões de esperança e otimismo do cliente sobre o progresso do tratamento parecia inspirar uma esperança de reciprocidade nas respostas dos terapeutas.

Lopes (2009) sugere estilos de interação centrados no cliente, relacionados com a prestação de apoio emocional e permitindo o envolvimento do cliente no processo de consulta para reforçar a aliança terapêutica.

Alguns estudos (Ceitlin & Cordioli, 1993) foram efetuados no sentido de investigar a associação entre fatores de comunicação (estilos de interação, fatores verbais ou fatores não-verbais) e construções da aliança terapêutica (colaboração, vínculo afetivo, acordo, confiança, ou empatia), medidos durante encontros entre profissionais de saúde e clientes. Ceitlin e Cordioli (1993) concluíram que o terapeuta deve ter uma escuta ativa quanto às narrativas do cliente, sem emitir juízos de valor e, cordialmente, responder às dúvidas e receios do cliente, inclusive as que se referem ao trabalho terapêutico.

Ackerman e Hilsenroth (2003) identificaram várias qualidades pessoais chave que suportam o desenvolvimento de uma aliança positiva, incluindo comportamento profissional, afabilidade, empatia, flexibilidade, honestidade, confiabilidade, genuinidade, estado de alerta, caloroso.

Martin e colaboradores (2000), Luborsky e colaboradores (1985) e Elkin (1994) falaram a respeito da relevância da aliança terapêutica, pondo em evidência que esta não é suficiente. De facto, para a eficácia do tratamento, não é suficiente haver uma boa aliança terapêutica, embora esta variável tenha mais impacto na variação dos resultados do que o conjunto de todos os ingredientes específicos.

Os estudos de Martin e colaboradores (2000) e de Gilbert e Leahy (2007), suportam o desenvolvimento precoce de uma boa relação terapêutica como preditor de

bons resultados terapêuticos e serve de estímulo para o cliente permanecer no processo terapêutico.

Cournoyer (2007) centrou-se na aliança terapêutica, uma variável do processo que tem sido associada a resultado positivo do tratamento na literatura científica. Um aumento do risco de desistência da terapia (*dropout*) foi previsto quando os próprios pacientes eram vistos como menos comprometidos e o terapeuta percebido como menos compreensivo e menos envolvido.

Os estudos de Bergin e Garfield (2004) e de Beutler e colaboradores (2004) focaram-se no impacto que certas variáveis do terapeuta têm como agentes modificadores dos efeitos das intervenções. Essas variáveis incluem características pessoais do próprio terapeuta, competências clínicas, traços de personalidade, idade, sexo, etnia, treino, experiência, estilos de *coping*, bem-estar emocional, valores, crenças, atitudes culturais e abordagem teórica.

O compromisso do terapeuta no processo terapêutico foi contemplado como fortemente correlacionado com os resultados (Moreira et. al, 2005).

Os estudos de Lent, Brown e Hackett (1994) têm-se focado na investigação das crenças de autoeficácia como uma estimativa da capacidade de organização para executar determinados comportamentos para alcançar os resultados desejados. Os autores demonstraram que as crenças de autoeficácia representam um "conjunto dinâmico de autocrenças que são específicas para determinados domínios de desempenho e que interagem complexamente com outra pessoa, comportamento e fatores contextuais" (Lent et al., 1994, p. 83).

Bieschke, Bishop e Garcia (1996) pesquisaram as crenças de autoeficácia como os julgamentos sobre a capacidade de executar tarefas específicas de investigação e

concluíram que estas podem influenciar a medida em que os indivíduos participam em atividades de investigação ou escolhem carreiras orientadas para a investigação.

Na mesma linha, Schlosser e Gelso (2001) descobriram que a medida da relação entre o orientando e o terapeuta demonstrou estar significativamente correlacionada com a pesquisa das crenças da autoeficácia dos orientandos.

Na extensa investigação sobre o treino de psicoterapeutas, a autoeficácia terapêutica refere-se às crenças dos terapeutas quanto à sua capacidade de exercer funções relativas ao processo da psicoterapia, ou de aplicar métodos e técnicas de negociação em situações clínicas específicas (Lent, Hill, & Hoffman, 2003).

Embora a autoeficácia não venha sentenciar a eficácia do processo, por não prever resultados positivos ou negativos, pode intervir no processo terapêutico (Botella et. al, 2008).

De acordo com Lmares (2012), a autoeficácia permite a construção de instrumentos que possibilitam intervir na atividade clínica, como o tipo de respostas afetivas, comportamentais e cognitivas do terapeuta, assim como, certos aspetos relevantes do desenvolvimento profissional do terapeuta. A autora refere ainda que a percepção de autoeficácia é influenciada pelos supervisores dos terapeutas e pelos próprios clientes dos terapeutas, e que estes têm que gerir de modo síncrono, as suas ações, pensamentos e sentimentos com os resultados dessas mesmas ações. A ansiedade característica do início da prática clínica também influencia a percepção de autoeficácia. A ansiedade de desempenho, o medo, os resultados pouco previsíveis, a aprendizagem do destacamento emocional, a insegurança, as expectativas, entre outros, são condicionantes da prática clínica que os jovens terapeutas enfrentam neste novo desafio.

Assim, a percepção de autoeficácia pode ser relevante para o processo, na medida em que pode influenciar a postura do terapeuta ao crescer a sua confiança.

A aliança terapêutica (Castonguay, Constatino, & Holthforth, 2006; Horvath & Bedi, 2002) e a percepção de autoeficácia (Larson & Daniel, 1998) são temas que já têm sido abordados na literatura e que se consideram ser determinantes causais na eficácia da psicoterapia. No entanto, existe necessidade de investigação empírica.

A autoeficácia é apontada na literatura como tendo fortes implicações na eficácia do processo terapêutico (Larson & Daniels, 1998), parecendo predispor ao sucesso do tratamento (Bandura, 1977/1997; Jungerman & Zanelatto, 2007; Berry & West, 1993).

Segundo Lent e colaboradores (2006), a autoeficácia do terapeuta refere-se a crenças dos terapeutas sobre a sua capacidade de realizar determinados comportamentos relacionados com o seu papel. Estas crenças foram operacionalizadas numa variedade de formas, como a capacidade para promover competências definidas e gerir tarefas em sessões de rotina ou para negociar cenários clínicos mais desafiadores (enfrentamento da eficácia). Os autores afirmam que terapeutas que possuem crenças de autoeficácia elevadas (e competências de aconselhamento adequadas) podem ser mais suscetíveis de gerar mais respostas de aconselhamento, persistir por mais tempo e dispendir mais esforço quando se deparam com impasses clínicos durante as sessões.

Larson e Daniels (1998) salientam também que a autoeficácia do terapeuta se correlaciona positivamente com a satisfação, e negativamente com a ansiedade.

Por outro lado, alguns estudos (Bachelor 1995) fazem referência ao facto de que quando os clientes são questionados a propósito da relação terapêutica se basearem na contribuição do terapeuta para a aliança. Para estar mais em sintonia com os

clientes, é sábio da parte dos terapeutas perceber de que forma o cliente está, também, a construir a relação (Soares, Botella, & Corbella, 2010).

No presente estudo, seguindo uma orientação focada no processo terapêutico, procura-se estudar a percepção de autoeficácia (Lent et. al, 2003) de terapeutas (capacidade de desenvolvimento de competências de ajuda básicas adquiridas, gestão de tarefas em sessão e perceber como se sente face a situações terapêuticas desafiantes) e avaliar a qualidade da aliança terapêutica (acordo relativamente às tarefas, aos objetivos e desenvolvimento da relação) do ponto de vista do cliente (Machado & Horvath, 1999).

## **1. Autoeficácia no contexto da prática clínica**

### **1. 1. Autoeficácia: definição do construto**

Em 1977, Bandura, criou de entre as que são consideradas "grandes teorias" a Teoria Cognitiva Social que continua a ser considerada no início do século XXI.

Mais tarde, em 1997, o autor introduziu o conceito de autoeficácia, definindo-a como a crença que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar um comportamento específico ou realizar tarefas futuras e executar cursos de ação necessários para alcançar determinados resultados.

Refere ainda que quanto maior for a crença de uma pessoa, maior a probabilidade ela tem de iniciar e continuar as atividades e produzir um resultado (Bandura, 1977).

Expectativas com eficácia determinam o empenho que as pessoas irão ter, e quanto tempo elas irão persistir, face aos obstáculos e experiências adversas. Quanto mais forte for a eficácia ou o domínio de expectativas, mais ativos são os esforços. Expectativas de eficácia pessoal são baseadas em várias fontes de

informação, tais como, a experiência de domínio (êxito); a experiência vicária; a persuasão social e a excitação emocional (Bandura, 1977, 1997).

De acordo com Bandura (1982), o desenvolvimento de crenças de autoeficácia é facilitado por experiências anteriores de sucesso, aprendizagem vicária, persuasão verbal, estados físicos e reações.

O largo alcance da teoria de Bandura relaciona-se com os diversos interesses científicos e a aplicabilidade pronta da sua teoria (Larson, 1998).

As autocrenças das pessoas nas suas capacidades permitem que elas exerçam controle sobre os eventos que afetam as suas vidas e sobre o modo como essas crenças se traduzem em realização e motivação. As crenças de autoeficácia são elementos-chave da agência humana, uma vez que são fortes preditores do nível de realizações que os indivíduos atingem e têm forte impacto no pensamento, no afeto, na motivação e na ação (Berry & West, 1993).

As crenças de autoeficácia moldam os resultados que as pessoas esperam obter e também os esforços que elas dispõem para alcançar esses resultados. Aquelas que possuem alta autoeficácia esperam alcançar resultados favoráveis.

Bandura (1982) colocou a hipótese de que o desenvolvimento da autoeficácia seja o grau em que os indivíduos se consideram capazes de realizar uma determinada atividade. É um mecanismo gerador responsável pela integração cognitiva, comportamental, social e de recursos de tal forma que, em parte, determina as ações dos povos, a decisão de se envolver numa tarefa, para colocar esforço, e para perseverar em condições difíceis (Bandura, 1989).

Assim, as crenças de autoeficácia determinam a forma como os obstáculos e os impedimentos são vistos. Pessoas com baixa autoeficácia facilmente desistem dos seus

esforços diante das dificuldades e rapidamente cessam de persistir perante esses obstáculos.

Contrariamente, os indivíduos com alta autoeficácia vêem os impedimentos como transponíveis pelo aperfeiçoamento das habilidades de autogerência e pelos esforços perseverantes, permanecendo no curso das suas ações, diante das dificuldades (Bandura, 1997).

A capacidade para a autorreflexão e eficácia pessoal para produzir efeitos é outro atributo humano que é apresentado com proeminência na Teoria Cognitiva Social. Bandura (1982) considera o sistema de crença de autoeficácia como a fundação da motivação humana, do bem-estar e realizações pessoais. A menos que acreditemos que os indivíduos possam ocasionar resultados desejados pelas suas ações, eles têm pouco estímulo para atuar ou perseverar à vista de dificuldades.

Embora a pesquisa seja realizada a partir de uma série de perspectivas diferentes, existe uma quantidade considerável de documentos de evidência empíricos, cujo fenômeno básico se centra nas crenças de eficácia pessoal para exercer algum controle sobre os acontecimentos que afetam as vidas das pessoas e que essas crenças tocam praticamente todos os domínios das suas vidas (Locke, Frederick, Lee, & Bobko, 1984; Schunk, 1984). De entre os diferentes aspetos do autoconhecimento, talvez nenhum seja mais influente no quotidiano das pessoas do que concepções da sua eficácia pessoal. Autopercepções otimistas, que são produtivas e que fomentam a participação ativa em atividades, contribuem para o crescimento de competências. Em contraste, se os indivíduos pensam autodebilitadamente, pessimisticamente, tendem a evitar ambientes enriquecidos e a retardar o desenvolvimento de potenciais atividades e a proteger autopercepções negativas de mudança corretiva. Também é importante a

forma como eles se motivam e perseveram à vista das adversidades, os fatores que os vulnerabilizam, e as escolhas de vida que fazem (Bandura, 1986).

A força das convicções das pessoas na sua própria efetividade, prediz se elas irão tentar enfrentar as situações apresentadas. Desta forma, a autoeficácia percebida influencia a escolha do ambiente comportamental, ou seja, as pessoas tendem a evitar situações ameaçadoras que elas acreditam exceder as suas habilidades de confrontação. Por outro lado, elas envolvem-se em atividades e comportam-se confiantemente quando se julgam capazes de manusear as situações. A autoeficácia não só pode ter influência direta na escolha das atividades e dos ambientes, mas mediante expectativas de sucessos eventuais, ela pode afetar os esforços de confronto uma vez que foram iniciados. Quanto maior a autoeficácia percebida, mais ativos são os esforços (Bandura, 1989).

O controle comportamental permite ao indivíduo lidar com aspetos aversivos e afeta a forma como o ambiente é percebido por ele. Situações de stresse que podem ser controladas são interpretadas como menos ameaçadoras, e essa avaliação cognitiva reduz a excitação antecipatória e dirige a motivação para a ação. O impacto da informação na expectativa de eficácia irá depender de como essa informação é avaliada cognitivamente (Bandura, 1986).

O conceito de autoeficácia tem recebido substancial suporte empírico sobre o seu papel explanatório no processo de mudança de hábitos de saúde, na manutenção do tratamento prescrito e no manejo das consequências das doenças crónicas. A sensação de eficácia pessoal facilita a autogestão tanto em termos emocionais como físicos.

Quando afetados pela severidade e pela cronicidade das doenças, os indivíduos com alta eficácia percebida são menos stressados e menos deprimidos pelas suas

condições e usam melhores estratégias de enfrentamento do que aqueles com baixa autoeficácia (Bandura, 2004).

Aqueles que julgam incorretamente aquilo que são capazes de fazer, podem envolver-se em desempenhos que produzem consequências pouco satisfatórias (Bandura, 1997).

Privilegiar as crenças de autoeficácia no processo de psicoterapia advém deste posicionamento epistemológico.

## **1.2. Autoeficácia e prática clínica**

Nesta secção, apresentamos os dados referentes à utilidade de investigação das crenças de autoeficácia e as expectativas de resultado, a fim de salientarmos o interesse deste tema no contexto da prática clínica.

Os clientes que passam por um tratamento formal obtêm melhores resultados do que os indivíduos que estão numa lista de espera ou que não recebem qualquer tratamento e mesmo relativamente aos grupos de controlo placebo (Sousa, 2006; Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001; Gava et al., 2007; Hofmman & Smiths, 2008; Grissom, 1996).

Segundo Sousa (2006), também se encontra comprovada a existência de uma mudança clínica significativa nos pacientes que realizam psicoterapia, quando comparados com outros pacientes com o mesmo tipo de problemática, como comprovado na literatura referida pelos autores (Lambert & Ogles, 2004; Asay & Lambert, 1999), sendo hoje consensual que a psicoterapia é eficaz.

Com sustentação nos resultados da investigação alargada sobre os efeitos de tratamentos psicológicos, a *American Psychological Association* (APA) aprovou uma

resolução homologando o impacto clínico substancial da psicoterapia (como referido em Campbell, Norcross, Vasquez, & Kaslow, 2013).

Podemos assim conceber que a eficácia da psicoterapia já se encontra devidamente sustentada, pois o seu tratamento tem provado ser altamente benéfico (Sousa, 2006).

O conceito de autoeficácia é construído sobre a noção de que a saúde é um produto de fatores físicos, psicológicos, culturais, espirituais e sociais (Bandura, 1977). Como já referimos, a autoeficácia é um conceito central da Teoria Cognitiva Social. A teoria sugere que as crenças de autoeficácia e expectativas de resultado são variáveis correlacionadas (Bandura, 1986).

As expectativas de resultado focam-se nas consequências de completar uma tarefa ao invés de uma estimativa da sua capacidade para completar a tarefa (Bandura, 1977).

A relevância da investigação dos processos, no sentido de perceber o que despoleta a mudança, é corroborada por outros autores (Elliot et. al, 2001; Greenberg & Pinsof, 1986; Rice & Greenberg, 1984). A compreensão de como a mudança ocorre na psicoterapia através de mecanismos gerais e, simultaneamente, exclusivos, impera (Lambert, 2013; Moreira et. al, 2005).

A Teoria Cognitiva Social de Bandura (1986) lembra que as pessoas agem com base nos seus julgamentos sobre o que são capazes de fazer, bem como sobre as suas crenças relativamente aos efeitos que várias ações poderão provocar.

Lent et al. (1994) afirmam que as crenças de autoeficácia representam um conjunto dinâmico de autocrenças, específicas para determinados domínios de desempenho e que essas crenças interagem complexamente com outras pessoas, comportamento e fatores contextuais. Bieschke et. al (1996), defendem que a pesquisa

relativa a crenças de autoeficácia podem influenciar a medida em que os indivíduos participam em atividades de investigação que possam ser aplicáveis a psicólogos na prática clínica. De acordo com estes autores, as crenças de autoeficácia de investigação têm sido consistentemente identificadas como tendo uma influência significativa e direta sobre a produtividade de pesquisa.

A autoeficácia percebida é definida por Bandura (1986) como os julgamentos das pessoas sobre as suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para atingir determinados desempenhos. Não está relacionado com as competências que o indivíduo adquiriu mas com os julgamentos que ele pode fazer quanto à utilização das competências que possui.

Segundo Sappington, Russell, Triplett e Goodwin (1981), Bandura argumenta que o problema do comportamento clinicamente significativo é determinado principalmente pela expectativa de autoeficácia e que as intervenções terapêuticas de sucesso, independentemente da sua forma, servem como formas de induzir e reforçar as expectativas de autoeficácia.

Wright e Holtum (2012) investigaram a autoeficácia e concluíram que esta foi o mais forte preditor da intenção de pesquisa, e que pode ser especialmente importante para os indivíduos se concentrarem em programas de treinamento. Num artigo de revisão, Connolly, Aitken e Tower (2014) examinaram a autoeficácia num grupo de sujeitos após lesão aguda. Relativamente à autoeficácia (i.e., a crença na própria capacidade para executar um conjunto de ações) quanto maior é a confiança da pessoa, mais provável é ela iniciar e continuar a atividade que irá produzir um resultado positivo em termos de recuperação. A pesquisa indica que a aplicação da teoria da autoeficácia na prática clínica é suscetível de promover a recuperação no cenário de reabilitação. Os pacientes que têm ou desenvolvem alta autoeficácia após lesão podem

participar mais ativamente na reabilitação diária, estabelecer metas e ter uma atitude positiva para alcançá-las, o que tem um impacto positivo na recuperação. Contrariamente, os indivíduos que têm baixa autoeficácia aumentam o risco de sofrer depressão, ansiedade, desamparo e pensamentos pessimistas sobre a realização pessoal e o seu desenvolvimento (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, & Beasley, 1999; Bandura et al., 1977; Shnek et al. 1997)

Bandura (1994) identificou quatro fontes que influenciam a autoeficácia: experiências de domínio (i.e., desempenho bem-sucedido de uma tarefa, sendo este o fator mais forte), modelagem social (observação de outros a desempenhar uma tarefa), persuasão social (persuasão verbal ou encorajamento pela família, amigos ou profissionais ao realizar uma tarefa), respostas psicológicas (o modo como o humor, o estado emocional, reações físicas, ansiedade, os níveis de stresse e medo afetam as crenças pessoais). De acordo com Connolly e colaboradores (2014), os princípios subjacentes a essas fontes têm sustentado muitas estratégias que têm sido testadas com o objetivo de melhorar a autoeficácia.

## **2. Aliança terapêutica na perspectiva dos clientes**

Para uma abordagem compreensiva do que ocorre na psicoterapia, parece-nos conveniente sublinhar o ponto de vista do cliente, dado que este não é um recetor passivo do tratamento.

A pesquisa identificou vários aspetos importantes do cliente que contribuem para a formação de uma forte aliança, as perceções dos clientes e expectativas no que diz respeito à cura ou alívio emocional. Expectativas positivas estão ligadas a alianças mais fortes e resultados positivos (Barber et al., 2013).

Na intervenção psicológica, a relação terapêutica, que é definida como uma das componentes da aliança terapêutica segundo a formulação de Bordin (1979), é considerada um dos aspectos essenciais da terapia. Seguindo a definição de relação terapêutica de Gelso e Carter (1994), a relação são os sentimentos e as atitudes que o cliente e o terapeuta têm entre si e a forma como estes são expressos. No entanto, esta definição serve apenas como definição concisa, consensual e teoricamente neutra. Assim, alguns autores (Rector, Zuroff, & Segal, 1999; Barber et al., 2006) definem esta relação como uma interação complexa, recíproca, entre o funcionamento interpessoal e os métodos de intervenção.

Acreditamos que ser psicoterapeuta é uma atividade de extrema exigência e dificuldade devido à relação terapêutica que se estabelece.

Em sintonia com os autores supracitados, o nosso estudo pretende responder a este desafio, colocando também o foco na perspectiva do cliente, concretamente na aliança terapêutica.

### **2.1. Aliança terapêutica: definição do construto**

O conceito da aliança terapêutica foi originalmente desenvolvido no âmbito da tradição psicodinâmica (Horvath & Luborsky, 1993). No entanto, ao longo do tempo, as investigações indicaram de forma consistente que a relação entre o terapeuta e o cliente é uma variável importante na determinação do sucesso terapêutico, independentemente do tipo de terapia utilizada (Martin et. al, 2000).

Freud (1912) e Frieswyk e colaboradores (1986) acreditavam que a aliança terapêutica era a transferência positiva do paciente para o terapeuta. Mais tarde, a percepção da aliança terapêutica evoluiu para uma colaboração consciente e ativa entre o paciente e o terapeuta. Bordin (1979), na sua formulação teórica do construto de

aliança de trabalho, caracterizou a aliança como incluindo três variáveis: acordo sobre os objetivos terapêuticos, atribuição de tarefas terapêuticas, e desenvolvimento de comprometimento. O autor propôs que a aliança de trabalho é uma relação de colaboração positiva entre o cliente e o terapeuta. Salaria a importância de um acordo sobre os objetivos de tratamento a fim de desenvolver uma forte relação de colaboração e resultado positivo da terapia.

O desenvolvimento de uma escala para medir as três dimensões da aliança de trabalho de Bordin (1979), o *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986, 1989), resultou num grande número de estudos que examinam o construto da aliança de trabalho. Muito deste trabalho tem-se focado na previsão do resultado da terapia precoce a partir de classificações da aliança terapêutica (Martin et. al, 2000). No entanto, apesar de Bordin (1979) ter identificado o acordo como um pré-requisito para uma forte aliança de trabalho, Horvath & Greenberg (1986) foram os autores que conceberam originalmente a WAI, para medir percepções de acordo entre cliente e terapeuta.

Com efeito, a WAI tornou-se a medida mais utilizada na pesquisa da aliança (Martin et al., 2000).

## **2.2. Aliança terapêutica na perspectiva do cliente e relevância no processo terapêutico**

Tendo como ponto de partida a perspectiva do cliente, sabemos hoje o quanto ela é fundamental na compreensão da sua própria experiência, a qual interfere no processo da psicoterapia (Manthei, 2007; Ribeiro de Sousa, 2006).

A perspectiva do cliente influencia mais o processo de mudança do que as características do terapeuta, que é quem implementa o método de mudança (Bergin &

Garfield, 1994; Henkelman & Paulson, 2006). Sousa (2006) refere mesmo que os pacientes são testemunhas privilegiadas do processo terapêutico.

Vários autores (Lambert, 1992; Wampold, 2010; Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky, Graw, & Parks, 1994), demonstram uma contribuição significativa dos clientes para o resultado terapêutico. Orlinsky e colaboradores (1994) referem que "*a qualidade da participação do paciente em terapia destaca-se como o mais importante determinante do desfecho*" (p. 361).

A personalidade do paciente também tem sido associada à aliança. Traços de personalidade abertos ou que incluem abertura, agradabilidade, extroversão e conscienciosidade, estão associados a uma aliança forte, enquanto que a presença de patologia da personalidade prediz fortemente uma aliança pobre, prematuramente. (Barber, et al., 2013)

A pesquisa de Bohart & Wade (2013) ilustra que existem variáveis do cliente, tais como: preferências, crenças, motivações e expectativas com impacto no resultado terapêutico. Apesar da percepção do cliente poder diferir da percepção do terapeuta, ela apresenta uma correlação mais significativa com o resultado. O estudo sugere que a forma como os clientes decifram o processo da psicoterapia produz um efeito sobre o modo como eles usufruem desse mesmo processo.

Esta concepção do cliente como participante ativo na psicoterapia é consubstanciada na constatação de que quanto maior for a sua satisfação, o seu envolvimento e o seu compromisso no processo terapêutico, melhores os resultados.

Se o cliente não absorve, não utiliza e não segue os esforços de facilitação do terapeuta, então nada acontece. Ao invés de discutir sobre se a terapia funciona ou não, podemos dirigir-nos à questão de saber se "o cliente trabalha"! (Bergin & Garfield, 1994). O que ele aprende abrange o seu grau de envolvimento, a sua ressonância com o

terapeuta e os métodos, a quantidade de esforço que coloca na sua própria criatividade, as suas preferências, crenças, motivações, expectativas, e a forma como ele interpreta e aplica o "input" que recebe. Os clientes não são objetos inertes a quem são administradas técnicas (Bohart & Wade, 2013).

De acordo com Lambert (2013), aprender a envolver o cliente num processo colaborativo é mais central para os resultados terapêuticos positivos.

Este contexto atual "obriga" a uma postura da parte do terapeuta onde se enfatiza o primado do cliente, numa coconstrução e procura de desenvolvimento contínuo.

Clarkin e Levy (2003) enfatizaram uma visão mais dinâmica da relação cliente-terapeuta. Eles sugeriram que, desde o início da terapia, as variáveis do cliente começavam a interagir dinamicamente com as variáveis do terapeuta e do tratamento.

Foram encontrados resultados mais positivos e duradouros naqueles que apresentavam melhorias significativas em fases precoces do processo terapêutico (Bohart & Wade, 2013). Hansen e Lambert (2003) estudaram as causas. Estes incluem a possibilidade dos clientes que melhoraram mais rapidamente, estarem mais dispostos a mudar. São clientes que alcançaram um melhor ajuste com os seus terapeutas, ou que estão mais organizados e mais capazes de manter o foco na terapia.

O facto de diferentes clientes terem diferentes trajetórias de mudança, tem implicações tanto para a compreensão de como a terapia funciona, como para o tratamento. Brown e colaboradores (2001) constataram que trajetórias diferentes não dependem da orientação teórica do terapeuta, mas das características dos clientes.

No pressuposto do cliente como alguém que desempenha um papel ativo em terapia, a sua perceção sobre a natureza dos problemas, dos objetivos na terapia, e como se correspondem com as intervenções dos terapeutas, pode influenciar tanto a

sua motivação, como o resultado. Os seus pontos de vista também podem influenciar a forma como eles constroem a mudança. Além disso, as suas percepções durante a intervenção estão mais altamente correlacionadas com o resultado do que as percepções dos terapeutas. Eles valorizam ser compreendidos pelo terapeuta e estar envolvidos numa relação mútua e genuína (Bohart & Wade, 2013).

Todo este cenário tem subjacente uma enorme flexibilidade da parte do terapeuta, e exige uma completa integração das mais diversas competências bem como o funcionamento orquestrado dos seus recursos.

Vários investigadores em psicoterapia já se têm debruçado sobre a conceptualização da aliança terapêutica, a qual tem permitido uma abordagem compreensiva da psicoterapia (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Orlinsky et al., 1994; Ribeiro, 2009).

As características da terapia e técnicas aplicadas (Ackerman & Hilsenroth, 2003), bem como o impacto da aliança, têm resultados a curto prazo, em terapias dinâmicas, de comportamento e terapias cognitivas (Crits-Christoph & Connolly, 1999; Waddington, 2002).

Outros autores (Eisen, Dickey, & Sederer, 2000; Horvath, 1994; Kivlighan & Arthur, 2000; Tryon & Kane, 1995) propuseram que o contrato terapêutico pode ajudar a garantir os esforços coordenados da terapia e sustentar o envolvimento do cliente. Deste modo, o conceito de aliança terapêutica foi adotado por diferentes orientações terapêuticas e emergiu como um importante fator comum na eficácia do processo psicoterapêutico (Norcross, 2002). Segundo Soares (2011), a utilização de medidas de aliança na prática clínica pode auxiliar os terapeutas na consciencialização do risco de *dropout*.

De facto, vários estudos concluíram que existe uma relação entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos, sendo que estes resultados são válidos para diversas populações e intervenções (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000).

De acordo com Tryon e Kane (1993), se o terapeuta se apercebe da existência de um vínculo mais fraco e um contrato terapêutico pouco definido, pode perder a motivação para trabalhar com o cliente. Como consequência, pode resultar numa diminuição da qualidade do trabalho terapêutico o que pode induzir o cliente a desligar-se do tratamento.

Marmar, Horowitz, Weiss e Marziali (1986), assim como Marmar, Weiss e Gaston (1989), notaram ainda que, a decepção do cliente com o processo inicial, pode refletir-se posteriormente em classificações mais pobres da aliança, indicatório mais de insatisfação do que da relação. Esta insatisfação também pode estar relacionada com *dropout* precoce. Neste caso, melhorar a relação não será condição única para que os clientes se mantenham no processo.

Num artigo de revisão de Ackerman e Hilsenroth (2003), a aliança terapêutica foi considerada entre os preditores mais fortes de retenção. Assim, os autores sugerem que, os clientes que possuem alianças frágeis, se forem sujeitos a uma avaliação precoce, podem ser encaminhados para um novo terapeuta.

Numa meta-análise, Horvath e Symonds (1991) verificaram que a aliança é o preditor mais forte do resultado do tratamento.

### **3. Autoeficácia dos terapeutas e aliança terapêutica na perspetiva do cliente**

Heppner e colaboradores (1998) e Larson (1998), referem que as pessoas às vezes interpretam erroneamente as suas capacidades de realizar as tarefas exigidas,

ações ou papéis, especialmente quando não têm conhecimento suficiente das premissas da tarefa a desempenhar.

De facto, a autoeficácia é uma variável preditiva do desempenho dessas tarefas, ações ou papéis. No entanto, embora a autoeficácia tenha demonstrado assumir um papel importante na determinação da forma como as pessoas organizam e utilizam as suas competências, não é um substituto para a competência real ou para a avaliação objetiva do terapeuta (Bandura, 1982; Hanson, 2006; Stajkovic & Luthans, 1998; Thompson & Perlini, 1998).

A construção da autoeficácia, definida como o grau em que os indivíduos acreditam que possuem a capacidade de executar os comportamentos que são esperados para levar a um resultado desejado, pode explicar e prever a motivação humana, julgamento e comportamento (Bandura, 1986). Este pressuposto inclui as escolhas que os indivíduos fazem a respeito de se aproximar ou de evitar determinadas atividades.

A pesquisa descrita em Guiney, Harris, Zusho e Cancelli (2014) teve como objetivo investigar se a falta de autoeficácia percebida tinha impacto na prática da consulta efetuada por psicólogos escolares. De acordo com os autores, como a consulta é um processo complexo e multifacetado, a autoeficácia do terapeuta é um construto multidimensional. Deste modo, uma medida da autoeficácia deve levar em conta a autopercepção das competências e domínios do terapeuta que são teorizados para tornar a consulta eficaz. Assim, a falta de autoeficácia do psicólogo escolar, pode contribuir para o subaproveitamento da consulta.

Num estudo de revisão da literatura efetuado sobre as competências de consulta e normas de formação, Guiney e colaboradores (2014), salientam seis áreas que uma medida da autoeficácia do terapeuta deve considerar. Essas seis áreas dizem respeito

ao autoconhecimento, competências interpessoais, competências de comunicação, intervenção, processo, e competência cultural.

Relativamente ao autoconhecimento, Zins e Erchul (2004) enfatizam a importância de competências autorrelacionadas, tais como a autoconsciência ou a capacidade de refletir sobre as próprias competências e desempenho. Arredondo, Shealy, Neale, e Winfrey (2004) incluíram a autoconsciência juntamente com a inteligência emocional e como fazendo parte de uma lista de competências essenciais para a consulta. Rosenfield e Gravois (1993) consideram o autoconhecimento e autoavaliação como ferramentas necessárias para a formação de terapeutas em início de carreira.

No que diz respeito às competências interpessoais, para Arredondo e colaboradores (2004) e Kratochwill (2008), a capacidade de construir e manter relacionamentos é fundamental para uma consulta bem-sucedida. Para Meyers (2002) as competências interpessoais dizem respeito a uma área importante para a formação de pós-graduação em consulta.

Quanto às competências de comunicação, Rosenfield (2002, 2008) referiu que a consulta é, essencialmente, um processo de comunicação entre o psicólogo e o cliente. A capacidade de comunicar de forma eficaz é um aspeto privilegiado da consulta e facilita o estabelecimento de uma relação inicial no processo para desenvolver através das várias etapas da psicoterapia.

O foco central da consulta é apoiar o cliente através da seleção, implementação e monitorização de uma intervenção. Desta forma, nenhuma medida de autoeficácia estaria completa sem avaliar as perceções do conhecimento do psicólogo relativamente às suas intervenções e capacidades de ajuda. A fase de intervenção na consulta exige um conhecimento de intervenções baseadas em evidências para abordar uma ampla

variedade de problemas de referência, bem como a recolha de competências de análise para avaliar a sua eficácia.

O conhecimento do processo de sistemática resolução de problemas diz respeito à quinta área de competências necessárias (Rosenfield, 2002; Rosenfield & Gravois, 1993). Knoff e Hines (1995) identificaram competências relacionadas com a gestão do processo de consulta como um fator associado com a perceção dos clientes sobre uma consulta eficaz. Kratochwill, Elliott, e Busse (1995) sugeriram que mais formação nas fases do processo de consulta pode implicar resultados mais eficazes para os clientes.

Finalmente, a competência cultural, referente à capacidade de colaborar efetivamente com indivíduos de diversas origens culturais, é frequentemente enfatizada (Arredondo et al., 2004). Como a consulta é um processo de resolução de problemas interpessoais, o terapeuta não pode consultar de forma eficaz sem um entendimento claro de como as visões do mundo do cliente e do terapeuta têm impacto na sua conceptualização e abordagem das questões que estão a ser abordadas no contexto clínico. Essas competências não são apenas fundamentais para os diversos papéis desempenhados pelos psicólogos, mas também são um componente dos princípios de ética profissional de forma que eles devem inclui-las no desempenho profissional a fim de fomentar e respeitar a diversidade (*National Association of School Psychologists* (NASP), 2010).

Além disso, existe uma diversidade de técnicas que parecem influenciar a aliança terapêutica, tais como a exploração, a reflexão, aprofundar o nível da sessão, salientar os ganhos terapêuticos, facilitar a expressão de afeto, fazer interpretações adequadas, atender à experiência do cliente, compreender e validar essa experiência (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Devemos então entender a ética relacional terapêutica como uma empatia (sympathia), como uma sinfonia das emoções, como um campo subjetivo onde o outro se autonomiza, se individualiza pela palavra e pela transformação (Depraz, 2005).

Na ética, é ainda de salientar, a inter-relação constante entre a grelha conceptual do terapeuta e a sua capacidade de escuta empática. Assim como a capacidade de estarmos na relação, podendo estar com o outro, sem deixarmos de ser nós próprios e possibilitando deste modo uma relação dinâmica de crescimento, caracterizada por um alto grau de respeito, congruência e genuinidade por parte do terapeuta. Estas qualidades são influências promotoras de mudança sobre a personalidade e o comportamento (Rogers, 1995).

Portanto, a importância do papel do terapeuta verifica-se, tanto para perceber e promover uma relação de ajuda com o cliente, como nos resultados obtidos no processo. Como qualquer relação de ajuda tem como objetivo a otimização do outro e porque ser psicoterapeuta é ter que lidar com uma ambiguidade de problemas do cliente e para os quais não há uma fórmula específica, devemos empregar uma grande ênfase na formação e na prática orientada, bem como na constante atualização do profissional (Bastos & Gomide, 1989).

Segundo Baldwin e Imel (2013) poucos indivíduos discordarão do facto que alguns terapeutas são melhores que outros. Contudo, a avaliação de terapeutas é difícil e ameaçadora. Haverá vencedores e perdedores e, por definição, alguns terapeutas serão identificados como "pobres". Eufemismos como "baixo desempenho" poderão também ser empregues. Os autores consideram que os terapeutas têm sido capazes de operar sem supervisão em relação à sua eficácia e sem ter a faculdade de comparar a sua eficácia com a eficácia dos seus pares. É permitido aos terapeutas, no exercício da sua atividade profissional, ficarem sozinhos, desde que não violem mandatos éticos e

sigam a lei. Esta é uma posição aparentemente confortável, mas que apresenta diversas contingências.

Nessa atividade do exercício da profissão de psicólogo, que tem uma finalidade humana e social, assim como lidar com o bem-estar, a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento das pessoas, é fundamental compreender quando, onde e como se manifesta a influência do terapeuta, e quais as suas variáveis com maior impacto, positivo ou negativo, nos processos.

Alguns autores (Beverage, 1989; Kocarek, 2001, 2006; Larson et al., 1992), encontraram uma correlação positiva entre a autoeficácia do terapeuta e o desempenho no processo. Sharply e Ridgway (1993) e Heppner e colaboradores (1998) encontraram uma relação mínima ou nenhuma relação. Portanto, os resultados são inconsistentes, e são necessários mais estudos nesta área (como referido em Hanson, 2006).

Diversos estudos identificam competências, entre elas, a capacidade de estabelecer boa relação terapêutica, que fazem parte integrante das capacidades e qualidades necessárias a um terapeuta eficaz (Baldwin et al., 2007; Beutler, 2006; Castonguay & Cooper, 2008; Luborsky et. al., 1985; Moreira et. al, 2005; Norcross, 2002; Perren, Godfrey, & Rowland, 2009). Os autores salientaram ainda a relevância de outras competências de ajuda do terapeuta desde a fase inicial do processo. Competências como a afabilidade, sabedoria, respeito, postura terapêutica positiva e permeável, capacidade comunicacional. De acordo com estes estudos, estas são as competências que permitem assegurar o envolvimento dos clientes, mesmo quando estes estão, inicialmente, ambivalentes. Assim que os pacientes estiverem envolvidos e se permitam a sentir um clima de segurança e confiança na capacidade do terapeuta para os ajudar, eles entram na fase de exploração na qual são explorados os seus mundos internos e externos.

De acordo com Moreira e colaboradores (2005), o nível de influência exercida pelo terapeuta nos resultados terapêuticos varia fundamentalmente de modelo para modelo, assim como de paradigma para paradigma. Por exemplo, o Modelo Médico e o Modelo Contextual têm posições distintas. Se, para o Modelo Médico, as técnicas utilizadas têm uma maior influência do que o terapeuta nos resultados terapêuticos, para o Modelo Contextual, o terapeuta exerce maior influência nos resultados terapêuticos do que as técnicas utilizadas.

O Modelo Contextual defende que existe uma clara variabilidade na forma como os terapeutas desenvolvem o processo terapêutico, que se refletirá nos resultados. Assim, o terapeuta deve centrar-se em ser empático, cultivar e corresponder às expectativas do paciente e em manter uma atenção autêntica ao paciente (Moreira et. al, 2005, p. 265, 266).

Outros estudos (Crits-Cristoph & Mintz, 1991; Kim, Wamplod, & Bolt, 2006) verificaram a existência de uma contribuição significativa do terapeuta para o processo terapêutico, podendo esta ser entre 5% a 8,6%.

Por outro lado, "o desenvolvimento de uma forte aliança terapêutica e a subsequente produção de resultados positivos por parte do cliente são dependentes de competências de comunicação eficazes, comportamento profissional, colaboração, tempo e confiança" (Leach, 2015, p. 265).

Leach (2015) refere que os terapeutas clinicamente competentes, consistentes, genuínos e comprometidos com o cliente, são capazes de aumentar a confiança do cliente e, conseqüentemente, melhorar a comunicação, o relacionamento e os resultados.

Leach (2015) mostrou ainda que, nas situações em que a relação terapêutica falha, o profissional deve refletir e analisar isoladamente os fatores que podem estar a

impedir o desenvolvimento do relacionamento com o cliente, tais como, as técnicas por ele empregues, o ambiente, ou o próprio cliente. O autor aponta ainda para uma lista de estratégias e comportamentos que ele pode utilizar para o auxílio de construção de relações terapêuticas fortes.

Vários autores (Crits-Christoph, Barber, & Kurcias, 1993; Davis & Hayes, 2011; Hayes, Gelso, & Hummel, 2011), indicaram que fatores específicos do terapeuta tais como competências e habilidades fazem contribuições consideráveis para a aliança. Técnicas tais como uso apropriado do silêncio, *mindfulness*, transferência e contratransferência, e autorrevelação contribuem para uma aliança forte, enquanto que erros de diagnóstico, formulação conceptual pobre, uso excessivo ou mecânico da técnica têm sido associados com a aliança negativa (Hersoug et al., 2009; Sharpless et al., 2010). No que respeita a habilidade, há uma evidência crescente a demonstrar que as diferenças individuais dos terapeutas predizem a qualidade da aliança e sucesso do tratamento, que alguns terapeutas são melhores a desenvolver alianças, assim como a alcançar melhores resultados (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Luborsky et al., 1985; Najavits & Strupp, 1994; Wampold, 2001).

Segundo Leach (2015) existe um conjunto de competências que potenciam a consolidação da relação entre o terapeuta e o cliente:

Manter:

1. O cliente confortável
2. Confidencialidade e confiança
3. O entusiasmo
4. O interesse pelas preocupações do cliente
5. Objetividade

6. Atenção
7. O contacto ocular
8. Uma postura aberta

Evitar:

1. Julgamento
2. Jargão e linguagem técnica
3. Um comportamento autoritário
4. Interrupções

Ser:

1. Confiável
2. Com mente aberta
3. Flexível
4. Tranquilizador e de suporte
5. Amigável
6. Genuíno
7. Caloroso
8. Sincero
9. Honesto
10. *Empowerment* (oferecer suporte profissional de forma a implementar ações que incrementem a autonomia e a autodeterminação dos clientes)
11. Envolvente, interativo e respeitoso dos desejos e necessidades do cliente
12. Sensível
13. Empático

#### 14. Altruísta

Utilizar:

1. Questões abertas
2. Justificativas para procedimentos
3. Tratamentos e decisões

Ganhar a confiança e respeito do cliente são os alicerces do desenvolvimento da relação terapêutica. Não obstante, a confiança do cliente não é uma competência que pode ser adquirida, mas uma faculdade que deve ser desenvolvida. Aos profissionais competentes, coerentes, colaborantes, honestos e comprometidos com o cliente, é-lhes mais fácil desenvolver um relacionamento com base na confiança e, conseqüentemente, obter melhorias na comunicação e resultados.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Hersoug e colaboradores (2001), Horvath e Greenberg (1989), Kivlinghan, Clements, Blake, Arnez, e Brady (1993), Mallinckrodt e Nelson (1991), Mohl e colaboradores (1991), Najavits e Strupp (1994), e Saunders (1999). Os autores verificaram a existência de relações significativas entre a aliança precoce e atributos do terapeuta. Nestes estudos, esses atributos foram; terapeutas confiantes (Greenberg, 1989; Mohl et al., 2001; Najavits & Strupp, 1994; Saunders, 1999), flexíveis (Brady, 1993); interessados, atentos, relaxados, calorosos e mais experientes (Hersoug et al., 2001; 1999; Mallinckrodt & Nelson, 1991). Bachelor (1995) afirmou que, na perspectiva do cliente, a percepção de um terapeuta competente e respeitoso é um indicador de uma aliança positiva (como referido em Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Convém sublinhar, tal como efetuado em Ackerman e Hilsenroth (2003), que as qualidades pessoais do terapeuta e o uso da técnica estão positivamente relacionados com o desenvolvimento e manutenção da aliança durante o curso geral do processo terapêutico. Os autores referem que a confiabilidade, a benevolência, a capacidade de resposta, e a experiência são qualidades pessoais do terapeuta que ajudam os clientes a ter confiança no terapeuta e a acreditar no seu profissionalismo para ajudá-los a lidar com os problemas apresentados na consulta. Mais ainda, consideram necessário o cliente ter uma opinião positiva relativamente ao terapeuta, enquanto pessoa influente, como fator facilitador de mudança. Por outro lado, uma conexão benevolente ajuda a criar um clima caloroso, de aceitação e apoio, o que permite ao cliente encarar os desafios como uma oportunidade de mudança.

Esta revisão de Ackerman e Hilsenroth (2003) torna-se relevante no sentido de reunir faculdades e técnicas pessoais do terapeuta, numa dupla vertente: por um lado, identificar e resolver ruturas existentes na aliança, por outro, perceber que o conhecimento dos principais ingredientes que auxiliam a construção de uma aliança saudável permitem mais oportunidades de mudança do cliente e, conseqüentemente, resultados terapêuticos mais positivos. Assim, esta análise veio realçar uma compreensão sintetizada entre o terapeuta e a aliança, de forma a possibilitar a construção de uma aliança terapêutica forte.

Importa destacar que o papel do terapeuta é o de facilitador da mudança, a dois níveis distintos: da perceção e do comportamento do sujeito.

A este propósito, Busseri e Tyler (2004), investigaram as relações entre acordo sobre o foco do problema, a aliança de trabalho, e as avaliações de eficácia do aconselhamento. Horvath e Luborsky (1993) falaram, a este respeito, de "uma relação de colaboração bem-sucedida" podendo ser exigido ao terapeuta que vincule

explicitamente outros objetivos terapêuticos (e.g., mudanças de hábitos, de esquema cognitivo, padrões de relacionamento) para a redução de sofrimento imediato do cliente.

Para Nock e Kazdin (2001), as expectativas de papel referem-se a crenças antecipatórias sobre as contribuições tanto do terapeuta como do cliente em terapia. Constantino e colaboradores (2011) notaram que as expectativas têm uma poderosa influência sobre as percepções e experiências dos indivíduos.

Joyce e Piper (1998), procuraram analisar as relações entre expectativas, aliança, e resultados. A relação entre as expectativas e aliança foi mais forte do que a relação entre expectativas e resultados.

Graças, pois, a esta consciência do protagonismo do papel do terapeuta, frequentemente mais importante que a aplicação de técnicas corretas de intervenção (Ronnestad & Skovholt, 2003), o seu estudo torna-se crucial.

Soares (2011), sugere que os termos "tratamento" e "cura" sejam substituídos por "trabalho terapêutico", visto que este conceito sugestiona o surgimento de uma equipa de trabalho (constituída pelo terapeuta e o cliente) com o objetivo de operacionalizar a mudança. De acordo com o autor, a relação entre terapeuta e cliente deve ser construída com base num estilo de comunicação simétrica e horizontal.

Nesse sentido, projetar investigações que tenham como objeto de estudo o processo e o resultado em psicoterapia, processo construído tanto pelo cliente como pelo terapeuta através do diálogo, parece ser o guia orientador da investigação, enquadrada no paradigma do construcionismo social (Soares 2011, p. 469).

De acordo com a teoria de Bordin (1979), o processo de construção e de reparação de uma aliança forte é a chave fundamental subjacente para a mudança terapêutica.

A aliança é vista como diádica e mútua com o terapeuta e cliente como coconstrutores ativos, em constante negociação e renegociação da aliança, de forma a obter um trabalho bem sucedido (Bordin, 1994).

Horvath (1994) tem-se focado em identificar os fatores que influenciam essa relação, particularmente, as diferenças individuais dos clientes em pré-tratamento (e.g., a motivação, a capacidade de estabelecer relações sociais).

Outro contributo importante foi o de Safran e Muran (2000) ao recordar que, para que a mudança ocorra, os terapeutas e os clientes precisam de monitorizar e reparar quaisquer ruturas que possam ocorrer como resultado de um desacordo ou mal-entendido.

A relação que paciente e terapeuta mantêm entre si à volta de esforços intencionais para obter melhorias numa determinada condição ou problema apresentado pelo paciente, chama-se Relação Terapêutica. É esperado que desta relação entre paciente e terapeuta surja uma aliança entre ambos que favoreça o envolvimento e comprometimento de ambos na prossecução dos objetivos da sua relação (objetivos terapêuticos) nasça uma Aliança: uma Aliança Terapêutica. (Moreira et. al, 2005, p. 260).

Giorgi (2011) analisou a relação terapêutica e concluiu que ela leva a sentimentos essenciais de suporte para que o processo suceda, tais como os de segurança e confiança. Este acontecimento proporciona uma "nova versão" ao cliente, concedendo-lhe a oportunidade de renegociação do seu autoconceito e ter acesso a

assuntos inacabados e relações interpessoais significativas que provocaram obstáculos no passado. Segundo o autor, a dinamização do processo tem os seus alicerces na relação terapêutica e no envolvimento emocional.

Abreu e Ribeiro (2012) procederam a um estudo qualitativo da perspectiva do cliente acerca dos momentos significativos experienciados numa sessão psicoterapêutica. As experiências de conforto, recordadas pelos clientes, têm correlações positivas com as atitudes do terapeuta e com as características da relação. Os momentos que os clientes mais recordam e descrevem são momentos significativos, associados a experiências de conforto e bem-estar na sessão, não considerando situações de desconforto sentidas na sessão por preocupação e estima pelo terapeuta. Por outro lado, o conforto sentido na sessão de psicoterapia promove emoções positivas que também são um impulso para a mudança. Do estudo de Abreu e Ribeiro (2012) resulta, com clareza, a relação entre os comportamentos e atitudes do terapeuta e as experiências de conforto experienciadas na sessão terapêutica como momentos marcantes, significativos, para o cliente.

Lambert (2013) refere que esses fatores de relacionamento são provavelmente cruciais, mesmo nas terapias mais técnicas que, geralmente, minimizam fatores de relacionamento e enfatizam a importância da técnica na sua teoria de mudança de comportamento. O autor acredita que relacionamentos afetivos positivos e encontros interpessoais positivos, que caracterizam a maioria da psicoterapia e que são comuns em terapias, estimulam a melhoria do paciente. Numa relação terapêutica caracterizada pela confiança, compreensão, aceitação, benevolência, carinho e consideração humana, a ajuda dos outros pode ser muito facilitada. Isto significa que a aliança terapêutica é mais importante que os modelos teóricos de trabalho e as técnicas de intervenção aplicadas.

Embora a aliança de trabalho como um conceito tenha as suas raízes na teoria psicodinâmica, tem sido amplamente incorporada na maioria das abordagens para a psicoterapia como uma habilidade básica de qualquer terapeuta. Meta-análises de correlação entre a aliança e os resultados sugerem uma relação consistente entre alianças fortes e bons resultados de terapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin et. al, 2000).

Os resultados dos estudos de Bohart e Wade (2013), também demonstram que os clientes consideram-se a operar como agentes ativos. Eles trabalham no sentido de desenvolver, manter e reparar a aliança terapêutica.

A aliança terapêutica ou de trabalho é uma forma particular de colaboração ativa entre o terapeuta e o cliente, que assenta num contrato em que as responsabilidades e os papéis de ambos estão bem definidos. É necessário que se estabeleça entre os dois uma relação de confiança (Leal, 2005, p. 244).

Moreira et. al. (2005) referem que, desde o início da terapia, o terapeuta deve tentar criar um ambiente seguro. Na primeira sessão cerca de 50% do tempo da terapia deve ser empreendido na criação de um ambiente no qual o cliente se sinta compreendido, aceite, confortável.

No que diz respeito à centralidade de aliança terapêutica, o conceito de "empatia" é um dos que reúne maior consenso entre os autores (Moreira et. al, 2005; Kohut, 1982; Burms & Nolen-Hoeksema, 1992).

Luborsky (1976, p. 39) descreve, num primeiro momento, características e atitudes de suporte e ajuda do terapeuta que auxiliam a fortalecer a aliança terapêutica (tipo 1).

Num segundo momento, uma relação de ajuda no sentido de trabalharem numa luta conjunta contra os obstáculos do paciente (tipo 2).

Seis sinais foram definidos no tipo 1:

1. O paciente sente que o terapeuta é caloroso e solidário
2. O paciente acredita que o terapeuta o está a ajudar
3. O paciente sente-se mudado pelo tratamento
4. O paciente sente um relacionamento com o terapeuta
5. O paciente sente que o terapeuta o respeita e valoriza
6. O paciente transmite uma crença no valor do processo de tratamento

O tipo 2 inclui quatro sinais:

1. O paciente experiencia o relacionamento como trabalho num esforço conjunto
2. O paciente partilha conceções semelhantes sobre a fonte dos problemas
3. O paciente manifesta a convicção de ser cada vez mais capaz de cooperar com o terapeuta
4. O paciente demonstra capacidades semelhantes às do terapeuta em termos de ser capaz de utilizar as ferramentas para a compreensão.

Ekman (2003), considerado o maior especialista em expressões faciais, verificou que a maioria das nossas emoções gera sinais característicos involuntários, cuja função é justamente mostrar aos outros como nos estamos a sentir, mesmo quando tentamos disfarçar esses sinais. Na linguagem não-verbal as pessoas não se comunicam apenas por palavras. Os movimentos faciais e corporais, os gestos, os olhares, a

entoação da voz são também importantes, são os elementos não verbais da comunicação.

Em consonância com o autor, num artigo de revisão, Ackerman e Hilsenroth (2003) alertam para essa consciencialização, e consideram que os terapeutas devem estar atentos a esses sinais e que eles refletem um aumento ou agravamento do relacionamento, que lhes permite avaliar concretamente a força da relação terapêutica. De acordo com Ackerman e Hilsenroth (2003) uma aliança terapêutica, quando se intensifica, pode-se revelar no cliente por sinais tais como: um aumento do fluxo da conversa, a divulgação de informações confidenciais; linguagem corporal relaxada, contato ocular mais intenso, e aumento na escuta e resposta. No entanto, pouca afinidade com o terapeuta, pode ser manifestada através de longos períodos de silêncio, retirada súbita da conversa, falta de contato ocular, respostas breves e linguagem corporal defensiva.

Num estudo de Patterson, Anderson e Wei (2013), foram examinadas as associações entre as expectativas do papel pré-tratamento, aliança de trabalho, e resultado da terapia. Foi colocada a hipótese que a aliança terapêutica medeia a relação entre as expectativas de papel pré-tratamento dos clientes e os resultados da psicoterapia. Os resultados do estudo revelaram que os clientes que iniciam a terapia com fortes expectativas no terapeuta, são suscetíveis de formar laços colaborativos e produtivos com ele durante a fase inicial do tratamento. Os clientes que têm expectativas que o terapeuta seja comprometido e responsável, e que espera que ele crie condições terapêuticas favoráveis (i.e., calorosas, de confiança, de crescimento), e que seja experiente e competente na resolução de problemas, são mais suscetíveis de criar relacionamentos terapêuticos fortes e colaborativos. Visto que as expectativas de papel dos clientes revelam uma característica do cliente, sujeita a modificação, essas

expectativas devem ser abordadas no início do tratamento a fim de facilitar o processo da terapia e os resultados benéficos resultantes.

Os resultados deste estudo (Patterson et. al, 2013), contribuem para a nossa compreensão das relações entre as características do cliente (expectativas) que está presente antes da sessão de terapia inicial, os processos relacionais que ocorrem durante o tratamento, e o resultado final do tratamento. De acordo com os autores, com os dados obtidos, podemos ter uma visão mais ampliada das relações entre as expectativas do cliente, patentes antes da sessão terapêutica inicial, e os processos relacionais que se desenvolvem durante o processo terapêutico, bem como, os resultados finais do tratamento. A aliança terapêutica terá uma influência de 5% no desfecho da terapia, sendo um forte preditor do seu resultado (Wampold & Brown, 2005).

É importante sublinhar de novo que a literatura indica que uma aliança terapêutica se refere aos processos interpessoais que ocorrem na relação entre terapeuta e cliente. A importância de compreender a aliança terapêutica é ilustrada através da pesquisa que descobriu que uma aliança de boa qualidade está relacionada com um melhor resultado terapêutico (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Esta posição constitui a base para o estudo atual, que investiga a relação entre duas variáveis, a autoeficácia do terapeuta e a relação terapêutica na perspectiva do cliente. Destacamos nesta abordagem o termo "aliança", dirigido ao cliente e ao terapeuta no processo terapêutico, que surge numa coconstrução de uma relação de trabalho.

Miller e Moyers (2014), fazendo referência a vários autores (Imel, Wampold, Miller, & Fleming, 2008; Norcross & Wampold, 2011; Stanton, 2010), defendem que as abordagens baseadas em evidências têm colocado um foco excessivo sobre técnicas

específicas e terapias de marca em detrimento do impacto substancial da relação terapêutica, do cliente e dos fatores contextuais. Os autores concordam que existem fatores importantes que influenciam o resultado do tratamento, para além dos conteúdos específicos de manuais de terapia ou cápsulas de medicação. Eles sugerem que a pesquisa clínica pode ser projetada no sentido de compreender a importância desses fatores em vez de ignorá-los, apresentando-os como ruído de fundo.

De acordo com Hall e Dornan (1988), Bensing (1991), Robbins, Bertakis, Helms, Azari, Callahan e Creten (1993), muitos estudos descartam a importância da relação entre o ajudante profissional e o cliente, como, por exemplo, os objetivos terapêuticos, o cumprimento e a satisfação por parte do cliente. Holm (2002) refere que uma atitude profissional de ajuda exige que o terapeuta abandone as suas próprias necessidades para dar prioridade ao cliente. Fazendo referência a Rogers (1957), o autor sugere que uma atitude profissional está relacionada com uma abordagem humanística, incluindo a comunicação empática.

Gist (1987) investigou as implicações da autoeficácia no comportamento organizacional e gestão de recursos humanos e concluiu que a autodúvida se pode tornar uma barreira interna significativa para o desempenho. A baixa autoeficácia pode ser induzida por avaliações de desempenho negativas. Se assim for, a baixa autoeficácia pode inibir o esforço mesmo quando a competência está presente, e isso pode levar à facilidade de desânimo. Em contraste, se a autoeficácia for muito alta pode produzir excesso de confiança (um otimismo excessivo) e, conseqüentemente, levar a um baixo desempenho.

No estudo de Bachler e colaboradores (2016), os autores dão preferência a uma visão sistémica em psicoterapia. Ao desviarem o foco do método de tratamento específico, descobriram mais evidências que ligam o sucesso psicoterapêutico a meta-

fatores, tais como o tratamento orientado para o objetivo, ajustar individualmente o processo de tratamento e uma boa colaboração entre o terapeuta e o cliente. Os autores concentraram-se fortemente em objetivos ajustados individualmente e na qualidade da aliança (colaboração dirigida por objetivos). Desta forma, testaram se o resultado da intervenção está ligado à expectativa da mesma, bem como a colaboração dirigida por objetivos. O estudo mostra um aumento na expectativa de tratamento que pode ser interpretado como aumento da experiência de autoeficácia e sentido de coerência. As competências interpessoais dos terapeutas levaram ao desenvolvimento de uma melhoria na aliança, na colaboração e estratégias de *coping* e uma expectativa de melhoria do tratamento ou dos resultados, sendo, portanto, estas variáveis do terapeuta de importância central (Coatsworth et al, 2001; Escudero et al., 2012; Bachler et. al, 2016). Fazendo ainda referência a Dinger e colaboradores (2008) e a Wampold e Brown (2005), os autores referem-se a essa relação como sendo o efeito do terapeuta, "a variância dos resultados devido aos terapeutas (8% - 9%) é maior do que a variabilidade entre os tratamentos (0% - 1%), a aliança (5%), e a superioridade de um tratamento empiricamente suportado a um tratamento com placebo (0 - 4%)."

Dada a escassez de estudos relativamente à autoeficácia dos terapeutas, decidimos explorar este construto na perspectiva do cliente.

Miller e Moyers (2014) reforçam que as competências interpessoais do terapeuta também estão associadas a melhores resultados da intervenção. Os autores, citando outros estudos, afirmam que uma grande variedade de características dos clientes tem sido associada a melhores resultados, incluindo o otimismo inicial sobre a eficácia do tratamento (Solomon & Annis, 1990; Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012), a motivação (Longshore & Teruya, 2006; Witkiewitz, Hartzler, & Donovan, 2010), a autoeficácia (Chariyeva, Golin, Earp, Maman, Suchindran, &

Zimmer, 2013; Maisto, Connors & Zywiak, 2000) e a esperança (Slesnick, Meyers, Mead, & Segelken, 2000). Os clientes que dizem que estão prontos, dispostos, capazes de mudar em interações significativas com os seus terapeutas são mais propensos a fazê-lo. Frequentemente, a autoeficácia aumenta durante o tratamento e os ganhos estão associados a melhores resultados. Ao que parece, este aumento de confiança não está relacionado com tratamentos específicos. Apesar das previsões teóricas apontarem no sentido de que o aumento da confiança deve resultar de intervenções focadas na aquisição de competências de enfrentamento e completando tarefas de casa específicas, isto não se verifica (Morgenstern & Longabaugh, 2000; Litt, Kadden, & Petry, 2013). Em vez disso, parece que o aumento de confiança do cliente pode ser um resultado de outras influências de tratamento, e uma vez estimulado, oferece vantagem em efetuar e manter as mudanças.

No estudo efetuado por Maisto e colaboradores (2015), os autores reafirmaram a importância da aliança terapêutica e da autoeficácia na previsão de resultados em perturbações de uso de álcool (AUD, *alcohol use disorders*). Os resultados do estudo foram amplamente consistentes com a hipótese e foram replicados em estudos empíricos recentes sobre a aliança terapêutica em tratamento de perturbações de uso de álcool, autoeficácia na abstinência do álcool, e resultados do tratamento. Este estudo demonstra que a aliança e a autoeficácia tiveram efeitos diretos sobre as consequências da bebida, contribuindo ambos para uma melhoria do funcionamento. O sucesso inicial poderia iniciar uma relação de reforço recíproco entre a autoeficácia, o controle do uso do álcool e a aliança ao longo do tratamento, que também é preditiva de resultados a longo prazo.

Schaumberg, Kuerbis, Morgenstern e Muench (2013) examinaram os fatores que predizem a manutenção dos ganhos do tratamento de abstinência do álcool. Os

resultados indicam que a autoeficácia medeia a relação entre as intervenções cognitivo-comportamentais e os resultados do tratamento durante um ano (Hartzler et al., 2011; Witkiewitz et al., 2010). Em particular, estes pesquisadores descobriram que a autoeficácia mediava a relação entre o vínculo terapêutico e o tratamento (Hartzler et al., 2011). Além disso, o efeito no treino de competências de recusa da bebida pareceu ser mediado por alterações na autoeficácia (Witkiewitz, et al., 2010).

Bachelor (2013) verificou uma baixa associação entre as percepções dos clientes e as percepções dos terapeutas relativamente à aliança, sugerindo que os participantes na terapia têm visões diferentes da aliança e das suas dimensões. O autor faz referência a vários trabalhos consistentes com as suas descobertas (Bachelor & Horvath, 1999; Hatcher, Barends, Hansell, & Gutfreund, 1995; Tichenor & Hill, 1989). Os resultados correlacionais do seu estudo demonstram que as percepções de clientes e terapeutas relativamente a alguns aspetos da aliança terapêutica eram semelhantes, mas relativamente a outros aspetos divergiam consideravelmente. Tanto os clientes como os terapeutas identificaram um aspeto relacionado com a ligação da aliança, contudo definiram a ligação de forma bastante diferente. O fator ligação na percepção do cliente focou-se nas variáveis consideração, gostar e empatia, bem como um sentimento de confiança no terapeuta. Em contrapartida, o terapeuta focou-se nas variáveis confiança e dedicação do terapeuta, geralmente, incluindo as qualidades afetivas formais, colocando ênfase no seu compromisso, confiança e prestação de ajuda aos seus clientes. Ambas as construções enfatizam as contribuições do terapeuta na promoção de um clima relacional positivo. O segundo fator, intitulado "confiança do terapeuta e dedicação", mostrou uma associação significativa com o fator "ligação". Esse fator descreve a confiança dos terapeutas na terapia e na sua capacidade e compromisso para

ajudar o cliente, juntamente com atitudes de respeito positivo, empatia e suporte presencial.

Morrison e Smith (2013) exploraram a componente aliança de trabalho num contexto de terapia ocupacional. Os autores observaram que, apesar da atenção dada à construção da relação terapêutica em terapia ocupacional, muitos terapeutas se sentem pouco preparados para melhorar o relacionamento com os seus clientes. Os resultados deste estudo sugerem cinco elementos que podem ser intrínsecos ao processo de estabelecer e fomentar a aliança ao longo da intervenção com clientes adultos.

O primeiro elemento, como passo inicial e essencial do processo terapêutico é “a ligação interpessoal”. A confiança inerente, o respeito pela competência do terapeuta e força da aliança pareceu crescer ao longo do tempo à medida que a conexão interpessoal amadureceu numa ligação reforçada pelo contacto repetido e a construção de uma história juntos. Fazendo referência a Bowlby (1988), os autores defendem que a ligação interpessoal amadurece ao longo do tempo numa relação que parece funcionar como uma base segura.

O segundo elemento é o “humor” como uma modalidade terapêutica. Todos os participantes do estudo atribuíram importância ao uso do humor no empenho terapêutico, quer seja para aumentar o conforto ou para difundir a tensão. O humor não só energizou as interações, como também pareceu fazer progredir o trabalho da terapia. Os autores conferem um valor terapêutico à utilização do humor, incentivando a abordagem aos aspetos difíceis da terapia com uma disposição lúdica.

O terceiro elemento é "o ímpeto para a ação leva a melhorias funcionais". Independentemente da origem do ímpeto, os clientes viram-se envolvidos em atividades nas quais eles aparentemente não teriam participado sem o envolvimento, apoio e encorajamento do terapeuta. Os autores fazem referência a Lambert (2003),

que descreve uma sequência de desenvolvimento no processo terapêutico que começa com fatores de suporte (e.g., carinho e empatia do terapeuta), avança para fatores de aprendizagem (e.g., percepção, aprendizagem cognitiva) e, finalmente, a fatores de ação do cliente (por exemplo, a experiência de sucesso, domínio cognitivo).

Os resultados deste estudo sugerem que os clientes se envolvem em atividades como resultado do vínculo com o terapeuta e, como resultado desse envolvimento ativo, a aprendizagem ocorre.

O quarto elemento é “o sentido bilateral do sucesso e a autoeficácia derivada da melhoria funcional”. Os autores fazem referência a Dumont e Smith (2001), que caracterizam a psicoterapia eficaz como facilitadora da aprendizagem dos clientes sobre as suas competências, reconhecendo tanto as suas potencialidades e qualidades positivas, bem como as qualidades construtivas e contributivas para o seu ambiente. Dumont e Smith (2001) sugerem que as experiências bem-sucedidas e de aprendizagem, conseguidas em diferentes etapas do desenvolvimento interativo incremental, servem para aprofundar a confiança na aliança e ambos os participantes experimentam maior autoeficácia.

Finalmente, o quinto elemento é “a realização dos objetivos da terapia reforça a aliança”.

Os objetivos eficazes são centrados no cliente, claramente definidos e atingíveis durante as sessões de terapia. Os autores, fazendo referência a Bordin (1979), salientam que ele enfatizou a importância de objetivos de colaboração estabelecidos que descrevem claramente o trabalho intencional da terapia. Os resultados deste estudo sugerem que a realização bem sucedida de objetivos centrados no cliente, estabelecidos em colaboração e cuidadosamente selecionados, pode servir para reforçar positivamente a aliança.

Em concordância com Morrison e Smith (2013), acreditamos que estes elementos-chave podem ser intrínsecos ao processo terapêutico, o que reforça o fundamento da nossa hipótese que consiste na existência de uma correlação entre a autoeficácia do terapeuta e a aliança terapêutica. A medição de alguns destes construtos (elementos-chave) estão realçados no instrumento (CASES-G) que colocámos como instrumento privilegiado para aplicar aos participantes (terapeutas) durante a nossa investigação.

Não temos encontrado, na revisão da literatura, estudos que correlacionem diretamente as duas variáveis-alvo (principais) do nosso estudo. Apesar disso, os indícios remetem-nos para a importância de verificar se a autoeficácia do terapeuta possa estar correlacionada com a aliança terapêutica.

Este ponto de partida para a nossa investigação, obtido através da percepção (*insight*) do terapeuta e do relacionamento terapêutico abre caminho para uma orientação teórica que se concentra na introspeção do terapeuta e, ao mesmo tempo, incentiva a individualidade única do cliente.

Bachelor (2013) referiu que a aliança entre o terapeuta e o cliente tem sido reconhecida como um elemento-chave do processo terapêutico, e o resultado do seu sucesso tem sido mencionado em numerosos estudos ao longo das últimas três décadas, através de uma gama de modalidades de tratamento e configurações de pesquisa (e.g., Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross, 2002). O autor garante a necessidade de uma investigação mais focada nas percepções dos clientes e terapeutas, relativamente à aliança e aos aspetos que estão na origem dos diferentes pontos de vista. Ele aponta para a necessidade de mais pesquisas com outras amostras de clientes e terapeutas para determinar de forma mais conclusiva quais são as principais características das alianças dos participantes em terapia.

Maisto e colaboradores (2015), concluíram no seu estudo, e fazendo referência a Hartzler e colaboradores (2011), que existe uma relação modesta mas consistente entre a aliança terapêutica e os resultados no tratamento da perturbação de uso de álcool e a sua mediação através da autoeficácia do cliente. Os autores consideram importante em futuras pesquisas determinar como a aliança se relaciona com a autoeficácia, mais precisamente ao longo do tempo na sua contribuição para os resultados do tratamento a longo prazo da perturbação de uso de álcool.

Bachler e colaboradores (2014) defendem a promoção da aliança de trabalho como uma parte importante do processo terapêutico bem como de outros elementos de interligação, entre os quais, a expectativa de tratamento, elementos de apoio do tratamento, melhoria do clima emocional da família e competências na resolução de problemas, uma configuração segura da terapia, especialmente no início do tratamento e quando se intervém em famílias com graves problemas num estágio inicial de mudança. Em referência a Constantino e colaboradores (2011), os autores concluíram que expectativas de resultados positivos de mudança terapêutica podem levar ao aumento da participação do paciente e maior colaboração dirigida para os objetivos que, por sua vez, promovem uma melhoria clínica substancial. Esta é a razão apontada pelos autores, para os terapeutas monitorizarem de perto a visão dos pacientes relativamente à aliança, isto é, as suas expectativas de tratamento, objetivos e tarefas obtidas por meio de um consenso e vínculo terapêutico.

Miller e Moyers (2014) pesquisaram sobre processos de tratamento ou "mecanismos de ação", que podem incidir sobre o conteúdo específico de tratamento, e também de fatores relacionais mais amplos. Os autores sugerem algumas variáveis prometedoras para estudar o terapeuta, o cliente e os efeitos relacionais. Essas variáveis incluem os efeitos do terapeuta (e.g., a empatia, o funcionamento

interpessoal, o calor, o respeito incondicional, a reflexão, a entrevista motivacional, confrontar, advertir e aconselhar sem permissão), os efeitos do cliente (e.g., a autoeficácia, a confiança), os efeitos relacionais (e.g., a aliança de trabalho, o *feedback* do cliente) e processos básicos tais como a análise sequencial de respostas do terapeuta e do cliente.

Os autores examinam que ambos (tratamento específico e contexto relacional) podem e devem ser estudados e que os fatores relacionais também são baseados em evidências, embora não tenha sido dada ainda muita atenção na pesquisa clínica:

Se de facto esses fatores relacionais exercem um grande impacto sobre o resultado do tratamento, então devemos isso aos nossos clientes, especificá-los: compreender como eles melhoram os resultados, desenvolver medidas de confiança, testar e incorporá-los no treino do terapeuta e com a garantia de qualidade. Os fatores relacionais que têm um grande efeito sobre o resultado não devem ser difíceis de detetar (Miller & Moyers, 2014, p. 407).

Morrison e Smith (2013) fazem alusão a Bordin (1979) ao definir que componentes constituintes da aliança terapêutica, tais como o vínculo, as tarefas e os objetivos, não são apenas terminologia acessível a terapeutas ocupacionais, mas permitem uma reflexão nas áreas da aliança, que um terapeuta pode intencionalmente trabalhar para melhorar. As descobertas deste estudo (Morrison & Smith, 2013) revelam que os terapeutas precisam de demonstrar uma comunicação eficaz, tal como o emprego da empatia, carinho e respeito para obter essa compreensão individualizada.

Ao considerar os componentes da aliança, os terapeutas podem proporcionar uma atmosfera otimista que promova o amadurecimento num espaço securizante. Este estudo (Morrison & Smith, 2013) sugere também que o humor aumenta o conforto do cliente dentro da relação, e facilita os aspetos difíceis da terapia. Os terapeutas deviam

determinar a natureza adequada do humor empregue com base em atributos específicos do cliente (e.g., a cultura, a personalidade), a fim de facilitar o envolvimento do cliente em atividades desafiadoras. Por outro lado, uma forte aliança pode levar às melhorias funcionais realizadas por meio do envolvimento do cliente em ocupações que provavelmente não teriam ocorrido de outra forma. Essas conquistas funcionais, por sua vez servem para reforçar a autoeficácia de ambos, cliente e terapeuta. Os autores (Morrison e Smith, 2013) concluem que os elementos-chave identificados neste estudo podem auxiliar os terapeutas ocupacionais a serem eles mesmos instrumentos terapêuticos na promoção de alianças de trabalho com os seus clientes.

Em conformidade com os autores supracitados, que defendem que o conhecimento sobre o que é importante nas relações terapêuticas está ainda numa fase relativamente precoce e apontando para a necessidade de aprofundar a investigação nesta área, intentamos com a presente investigação contribuir para um aprofundamento desses fatores relacionais.

## **II. Estudo empírico**

### **1. Objetivos do estudo**

Dada a importância do estudo dos mecanismos de transformação terapêutica e a ausência de investigação que cruze as variáveis autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica, julgamos que o nosso estudo se possa constituir como um contributo significativo.

O objetivo principal é o de contribuir para a avaliação dos mecanismos de transformação terapêutica ao compreendermos alguns aspetos do processo psicoterapêutico. Em concreto, perceber de que forma o sentido de mestria do terapeuta se relaciona com a forma como o cliente percebe a aliança terapêutica,

explorando o sentido e a intensidade de uma correlação entre a percepção de autoeficácia do terapeuta e a aliança terapêutica na perspectiva do cliente.

Acreditamos que é possível uma pesquisa focada na experiência dos clientes e dos terapeutas, tendo como ponto de partida a perspectiva dos envolvidos. A investigação é oportuna porque poderá permitir melhorar práticas clínicas e obter ganhos para o processo da psicoterapia.

### **Questão de partida**

Colocamos a seguinte questão de partida: “Em que proporção é que a autoeficácia está correlacionada com a aliança terapêutica?”

Por conseguinte, optou-se por um tipo de estudo exploratório e inferencial que permitisse refletir sobre o processo psicoterapêutico e esclarecer a relação entre as variáveis autoeficácia e relação terapêutica, com uma abordagem quantitativa cujos objetivos são:

### **Objetivo geral**

Perceber se as percepções de autoeficácia na perspectiva do terapeuta se relacionam com a qualidade de aliança terapêutica na perspectiva do cliente.

### **Objetivos específicos**

- a) Caracterizar as percepções de autoeficácia dos participantes-terapeutas.
- b) Caracterizar o tipo de aliança terapêutica na perspectiva dos participantes-clientes.
- c) Analisar se as diferentes correntes teóricas e diferentes anos de prática dos participantes-terapeuta se diferenciam em relação às suas percepções de autoeficácia.
- d) Analisar se as diferentes correntes teóricas e diferentes anos de prática dos

participantes-terapeutas se diferenciam em relação à aliança terapêutica na perspectiva dos participantes-clientes.

e) Analisar se a aliança terapêutica na perspectiva dos participantes-clientes se diferencia em relação ao número de sessões.

## **2. Caracterização da amostra**

Para o presente estudo, a população-alvo são as díades terapeuta-cliente, sendo avaliada no terapeuta a percepção de autoeficácia e no cliente a aliança terapêutica, através de dispositivos de avaliação validados para a população portuguesa.

### **2.2. Participantes**

Os participantes são psicólogos e respetivos clientes, desde que se encontrem associados aos serviços prestados pela instituição acolhedora, nomeadamente psicólogos que exercem em Centros de Saúde, Clínicas Privadas e Clínicas Pedagógicas.

A amostra é constituída por 128 participantes (32 terapeutas e 96 clientes, numa proporção de 3 clientes para cada terapeuta) e foi recolhida em diferentes instituições abrangendo várias zonas, de norte a sul do país.

No que respeita à distribuição das idades, os terapeutas apresentam uma idade média de 41.13 anos, com um desvio-padrão de 8.77, a idade mínima observada foi de 24 anos e a máxima de 61 anos. Os clientes apresentaram uma idade média de 32.51 anos com um desvio-padrão de 12.61, sendo a idade mínima observável de 13 anos e a máxima de 74 anos.

Ambas as distribuições das idades apresentaram assimetrias positivas (Fig. 1)

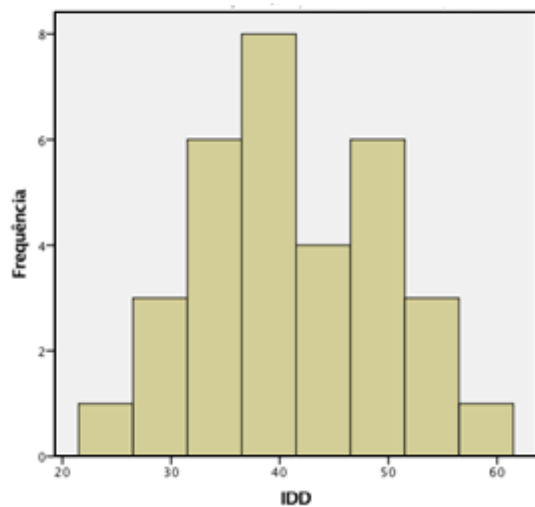


Figura 1. Frequência de ocorrência das idades (IDD) dos participantes-terapeutas

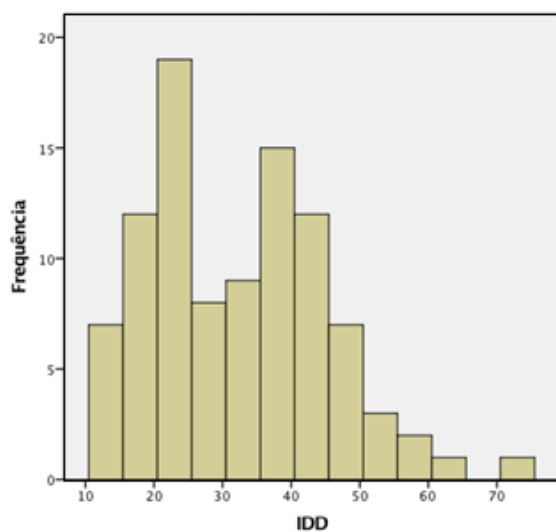


Figura 2. Frequência de ocorrência das idades (IDD) dos participantes-clientes

Quanto ao género verifica-se que existem, na amostra, mais sujeitos do sexo feminino do que sujeitos do sexo masculino. No que respeita à distribuição por géneros, observaram-se 22 terapeutas do género feminino, e 10 do género masculino,

sendo que nos clientes essa distribuição foi respetivamente 64 e 32 (Tabela 1).

Tabela 1

*Distribuição dos participantes por género (N = 128)*

	Feminino		Masculino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Terapeuta	22	17.19	10	7.81	32	25.00
Cliente	64	50.00	32	25.00	96	75.00
Total	86	67.19	42	32.81	128	100.00

Como se pode observar na Tabela 2, em relação ao estado civil, a maior parte dos terapeutas eram casados, enquanto que a maior parte dos clientes são solteiros. De salientar que apenas se observou um cliente viúvo.

Tabela 2

*Estatísticas resumo do estado civil dos participantes (N = 128)*

	Estado Civil										Total <i>n</i>
	Solteiro		Casado		União de facto		Divorciado		Viúvo		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Terapeuta	10	31.25	14	43.75	3	9.38	5	15.62	0	0	32
Cliente	52	54.17	25	26.04	2	2.08	16	16.67	1	1.04	96
Total	62	48.44	39	30.47	5	3.91	21	16.40	1	0.78	128

No que se refere às habilitações literárias, a maioria dos clientes tem o ensino secundário e a licenciatura (Tabela 3).

Tabela 3

*Estatísticas resumo das habilitações literárias (n = 96)*

	Habilitações literárias															
	1º Ciclo EB		2ª Ciclo EB		3º Ciclo EB		Secundário		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cliente	1	1.04	6	6.25	13	13.54	33	34.38	36	37.50	6	6.25	1	1.04	96	100

Relativamente à distribuição das profissões dos clientes, verificou-se que 76 dos 96 clientes encontram-se numa fase ativa (estudam ou trabalham), enquanto que apenas 20 clientes se encontram desempregados ou reformados.

Tabela 4

*Estado profissional dos participantes-clientes (n = 96).*

	Profissões								Total	
	Estudante		Trabalha		Desempregado		Reformado		<i>n</i>	%
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Cliente	36	37.50	40	41.67	18	18.75	2	2.08	96	100

Relativamente aos anos de prática dos terapeutas, verificou-se que 12 tinham menos de 10 anos de prática e 20 tinham mais de 10 anos de prática (Tabela 5).

Tabela 5

*Distribuição dos terapeutas em função dos anos de prática (n = 32).*

		<i>n</i>	%
Anos de prática	menos de 10 anos	12	37.50
	mais de 10 anos	20	62.50
Total		32	100

No que respeita as correntes teóricas, 21 terapeutas eram de uma orientação cognitivo-comportamental, 9 terapeutas recorriam à abordagem psicodinâmica e apenas 2 utilizavam a abordagem humanista (Tabela 6).

Tabela 6

*Distribuição dos terapeutas em função das correntes teóricas (n = 32).*

	<i>n</i>	%
Terapia Cognitivo-Comportamental	21	65.60
Abordagem Psicodinâmica	9	28.10
Abordagem Humanista	2	6.30
Total	32	100

No que se refere ao número de sessões dos clientes, o valor médio observado é de 18.65 sessões, com um desvio-padrão de 23.228 sessões. O valor mínimo observado é de 1 sessão e o valor máximo observado de 152 sessões.

Recodificando esta variável em: até 12 sessões e mais de 12 sessões, verificou-se que 52 clientes estavam no primeiro grupo e 44 no segundo (Tabela 7).

Tabela 7

*Distribuição dos clientes em relação ao número de sessões (n = 96)*

		<i>n</i>	%
Número de sessões	até 12	52	54.20
	mais de 12	44	45.80
Total		96	100

***Anos de prática dos terapeutas/Habilitações literárias dos clientes***

Dos clientes consultados por terapeutas com menos de 10 anos de prática, 5 tinham o ensino básico, 14 tinham o ensino secundário e 17 tinham o ensino superior. Dos clientes consultados por terapeutas com mais de 10 anos de prática, 15 tinham o ensino básico, 19 tinham o ensino secundário e 26 tinham o ensino superior (Tabela 8).

Tabela 8

*Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas (n = 32) e das habilitações literárias dos clientes (n = 96)*

		Habilitações literárias						Total	
		Ensino Básico		Ensino Secundário		Ensino Superior		<i>n</i>	%
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Anos de prática	menos de 10	5	5.21	14	14.58	17	17.71	36	37.50
	mais de 10	15	15.63	19	19.79	26	27.08	60	62.50
Total		20	20.83	33	34.38	43	44.79	96	100

***Anos de prática dos terapeutas/Sexo dos clientes***

Dos clientes consultados por terapeutas com menos de 10 anos de prática, 22 eram do sexo feminino e 14 eram do sexo masculino. Dos clientes consultados por

terapeutas com mais de 10 anos de prática, 42 eram do sexo feminino e 18 eram do sexo masculino (Tabela 9).

Tabela 9

*Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas (n = 32) e do sexo dos clientes (n = 96)*

		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino		n	%
		n	%	n	%		
Anos de prática dos terapeutas	menos de 10	22	22.92	14	14.58	36	37.50
	mais de 10	42	43.75	18	18.75	60	62.50
Total		64	66.67	32	33.33	96	100.00

***Anos de prática dos terapeutas/Idade dos clientes***

Dos clientes consultados por terapeutas com menos de 10 anos de prática, 2 eram menores, enquanto que 34 eram adultos. Dos clientes consultados por terapeutas com mais de 10 anos de prática, 9 tinham menos de 18 anos e 51 tinham mais de 18 anos (Tabela 10).

Tabela 10

*Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas (n = 32) e da idade dos clientes (n = 96)*

		Idade dos clientes				Total	
		< 18		≥ 18		n	%
		n	%	n	%		
Anos de prática dos terapeutas	menos de 10	2	2.08	34	35.42	36	37.50
	mais de 10	9	9.38	51	53.13	60	62.50
Total		11	11.46	85	88.54	96	100

### ***Anos de prática dos terapeutas/Nº de sessões dos clientes***

Dos clientes consultados por terapeutas com menos de 10 anos de prática, 21 tinham tido menos de 12 sessões de terapia, enquanto que 15 tinham tido mais de 12 sessões. Dos clientes consultados por terapeutas com mais de 10 anos de prática, 31 tinham tido menos de 12 sessões de terapia, enquanto que 29 tinham tido mais de 12 sessões (Tabela 11).

#### ***Tabela 11***

Distribuição conjunta dos anos de prática dos terapeutas ( $n = 32$ ) e número de sessões dos clientes ( $n = 96$ )

		Número de sessões				Total	
		menos de 12		mais de 12		<i>n</i>	%
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Anos de prática dos terapeutas	menos de 10 anos de prática	21	21.88	15	15.63	36	37.50
	mais de 10 anos de prática	31	32.29	29	30.21	60	62.50
Total		52	54.17	44	45.83	96	100

### ***Corrente teórica do terapeuta/ Habilitações literárias dos clientes***

Com terapeutas com orientação cognitivo-comportamental, 11 dos participantes-clientes tinham o ensino básico, 22 tinham o ensino secundário e 30 tinham o ensino superior, enquanto que com terapeutas da abordagem psicodinâmica, 6 dos participantes-clientes tinham o ensino básico, 8 tinham o ensino secundário e 13, o ensino superior. Com terapeutas humanistas, 3 dos participantes-clientes tinham o ensino básico e 3 o ensino secundário, nenhum tinha o ensino superior (Tabela 12).

Tabela 12

*Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas (n = 32) e habilitações literárias dos clientes (n = 96)*

		Habilitações Literárias dos clientes							
		Ensino		Ensino		Ensino		Total	
		básico		secundário		superior			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Corrente teórica dos terapeutas	Abordagem Cognitivo-Comportamental	11	11.46	22	22.92	30	31.25	63	65.63
	Abordagem Psicodinâmica	6	6.25	8	8.33	13	13.54	27	28.13
	Abordagem Humanista	3	3.13	3	3.13	0	0	6	6.25
	Total	20	20.83	33	34.38	43	44.79	96	100.00

### *Corrente teórica do terapeuta/ Sexo dos clientes*

Com terapeutas com orientação cognitivo-comportamental, 44 dos participantes-clientes eram do sexo feminino, enquanto que 19 eram do sexo masculino. Com terapeutas da abordagem psicodinâmica, 19 dos participantes-clientes eram do sexo feminino, enquanto que 8 eram do sexo masculino. Com terapeutas humanistas, 1 dos participantes-clientes era do sexo feminino, enquanto que 5 eram do sexo masculino (Tabela 13).

Tabela 13

*Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas (n = 32) e do sexo dos clientes (n = 96)*

		Sexo dos clientes				Total	
		Feminino		Masculino			
		n	%	n	%	n	%
Corrente teórica dos terapeutas	Abordagem Cognitivo-Comportamental	44	45.83	19	19.79	63	65.63
	Abordagem Psicodinâmica	19	19.79	8	8.33	27	28.13
	Abordagem Humanista	1	1.04	5	5.21	6	6.25
Total		64	66.67	32	33.33	96	100.00

#### ***Corrente teórica do terapeuta/ Idade dos clientes***

Com terapeutas com orientação cognitivo-comportamental, 9 dos participantes-clientes eram menores e 54 eram adultos, enquanto que com os terapeutas da abordagem psicodinâmica, 2 dos participantes-clientes eram menores e 25 eram adultos, e com terapeutas humanistas, todos os participantes-clientes eram maiores (Tabela 14).

Tabela 14

*Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas (n = 32) e da idade dos clientes (n = 96)*

		Idade dos clientes				Total	
		< 18		≥ 18		n	%
		n	%	n	%		
Corrente teórica dos terapeutas	Abordagem Cognitivo-Comportamental	9	9.38	54	56.25	63	65.63
	Abordagem Psicodinâmica	2	2.08	25	26.04	27	28.13
	Abordagem Humanista	0	0	6	6.25	6	6.25
Total		11	11.46	85	88.54	96	100.00

#### ***Corrente teórica do terapeuta/ N° de sessões dos clientes***

Dos terapeutas cuja abordagem era a terapia cognitivo-comportamental, 40 dos participantes-clientes tinham tido menos de 12 sessões, enquanto que 23 tinham tido mais de 12 sessões.

Dos terapeutas cuja abordagem era a psicodinâmica, 10 dos participantes-clientes tinham tido menos de 12 sessões, enquanto que 17 tinham tido mais de 12 sessões.

Dos terapeutas cuja abordagem era a humanista, 2 dos participantes-clientes tinham tido menos de 12 sessões, enquanto que 4 tinham tido mais de 12 sessões (Tabela 15).

Tabela 15

*Distribuição conjunta da corrente teórica dos terapeutas (n = 32) e do número de sessões dos clientes (n = 96)*

		Número de sessões				Total	
		< 12		≥ 12		n	%
		n	%	n	%		
Corrente teórica dos terapeutas	Abordagem Cognitivo-Comportamental	40	41.67	23	23.96	63	65.63
	Abordagem Psicodinâmica	10	10.42	17	17.71	27	28.13
	Abordagem Humanista	2	2.08	4	4.17	6	6.25
	Total	52	54.17	44	45.83	96	100.00

### 3. Material

Em termos de material foi utilizado o consentimento informado (c.f. Anexos), os Questionários Sócio-Demográficos construídos para o efeito (c.f. Anexos), a escala CASES-G (*Counselor Activity Self-Efficacy Scales*) (Lent, Hill & Hoffman, 2003, versão portuguesa de Lmares & Conceição, 2012) para avaliar a perceção de autoeficácia do terapeuta e o inventário IAT (*Inventário de Aliança Terapêutica*) (Hatcher e Gillapsy, 2006), versão portuguesa adaptada por Machado e Ramos (2006) versão C reduzida, para se avaliar a qualidade da aliança terapêutica na perspetiva do cliente. Estas escalas não constam dos anexos do presente trabalho devido a direitos de autor.

Relativamente ao questionário sociodemográfico, ele permite recolher informação acerca de variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade e o estado civil, distinguindo-se a versão terapeuta da versão cliente. A versão do cliente

questiona acerca das habilitações literárias, da profissão e do número da sessão, a versão do terapeuta questiona acerca da experiência profissional, nomeadamente a descrição da corrente teórica e os anos de prática.

### **3.1. Caracterização dos instrumentos**

#### ***Inventário de Aliança Terapêutica***

O instrumento destinado a medir a qualidade da relação entre o cliente e o terapeuta na perspetiva do cliente foi o Inventário da Aliança Terapêutica (Horvath, 1981, 1982; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989), o WAI-SR (Working Alliance Inventory – Short Revised), de Hatcher e Gillaspay (2006), na sua versão adaptada para a população portuguesa, por Paulo Machado e Marco Ramos em 2006, e denominada por Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida, Revista (IAT-RR).

Este instrumento destina-se a avaliar a qualidade da aliança terapêutica segundo três elementos: acordo nas tarefas, acordo nos objetivos e desenvolvimento da relação. Este instrumento tem a vantagem de ser uma medida da aliança terapêutica que não foi desenvolvida no contexto de uma escola psicoterapêutica, ou de um determinado modelo teórico, mas sim tendo como base um modelo explicativo da mudança terapêutica (Machado & Horvath, 1999). A versão completa do inventário é constituída por 36 itens (Horvath, 1981, 1982; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989), e a versão reduzida (Hatcher e Gillaspay, 2006) utilizada neste estudo, é constituída por 12 itens agrupados em três subescalas: relevância e eficácia das tarefas terapêuticas (subescala das tarefas: itens 1, 2, 10 e 12); a qualidade positiva da relação entre o terapeuta e o cliente (subescala dos vínculos: itens 3, 5, 7 e 9) e o grau em que

o terapeuta e o cliente colaboram para a obtenção de determinados objetivos que partilham (subescala dos objetivos: itens 4, 6, 8 e 11). Segundo Machado e Horvath (1999), o resultado total deste instrumento mostrou-se consistente e, para além disso, Busseri e Tyler (2003) referem que existe boa consistência interna e que as correlações interescalas são bastante significativas entre a versão completa e a versão reduzida do I.A.T.

Os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 1=Raramente e 5=Sempre. Os itens 3, 5, 6, 7, 9 e 12 são cotados inversamente.

A versão portuguesa da versão reduzida apresenta boas propriedades psicométricas: Alpha de Cronbach de 0.93 para a escala total e valores ajustados para as 3 dimensões – Tarefa (0.87) e Vínculos e Objetivos (0.80) (Machado & Ramos, 2006).

### ***CASES-G (Counselor Activity Self-Efficacy Scales)***

O *Counselour Activity Self-Efficacy Scales* é um questionário de autorrelato que avalia a perceção de autoeficácia relativa às competências básicas de ajuda, gestão da sessão e capacidade de lidar com desafios terapêuticos. A primeira parte do questionário - competências básicas de ajuda (CAJ) - inclui 15 itens. A segunda parte - gestão de sessão (GS) - é composta por 10 itens e a terceira parte - desafios terapêuticos - subdivide-se em duas “áreas”: conflitos relacionais (CR) (10 itens) e *distress* do paciente (DT) (6 itens). No total, o questionário é composto por 41 itens. Os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de 10 pontos, que varia entre 0=Nenhuma confiança e 9=Muita confiança (Lent et al., 2003; Hill & Hoffman, 2004).

No estudo original, os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) variam entre 0.79 (competências de exploração) e 0.94 (gestão de sessão e *distress* do

paciente), tendo-se obtido para a totalidade dos itens uma consistência interna de 0.75 (Hill & Hoffman, 2004).

Na presente investigação, foi utilizada uma tradução do *CASES* (tradução e adaptação portuguesa de Lamares & Conceição, 2012) que revelou bons níveis de consistência interna (sendo considerada uma escala com boas características psicométricas: CAJ:  $\alpha= 0.96$ ; GS:  $\alpha= 0.98$ ; CR:  $\alpha= 0.98$ ; DT:  $\alpha= 0.97$ ).

#### **4. Método e procedimento**

##### **Método**

Este é um estudo quantitativo no qual serão feitas as análises descritivas, correlacionais e inferenciais das variáveis em estudo, que contemplam adequadamente os objetivos do estudo. Os dados serão analisados através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.

##### **Procedimento**

Para ser concedida autorização por parte dos autores para aplicação dos instrumentos (CASES-G e IAT), foram efetuados os respetivos pedidos formais (c.f. Anexos).

Em primeira instância foi elaborado um pedido de autorização formal para a Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Depois foram contactadas as instituições permitindo que, dessa forma, os participantes fossem contactados individualmente e convidados a participar no estudo. Contactados os terapeutas foi-lhes explicado o objetivo do estudo e àqueles que aceitavam participar, esclarecidas as dúvidas colocadas. Os participantes-terapeutas

foram convidados a assinar o consentimento informado, após o que fizeram o preenchimento do protocolo individual que ficou constituído pelo Questionário Sócio-Demográfico (versão terapeuta) e pelo CASES-G.

Foram dadas algumas indicações aos terapeutas no sentido de, *à posteriori*, auxiliarem os respetivos clientes no preenchimento dos protocolos, para permitir, desta forma, uniformizar os procedimentos.

Posteriormente, solicitou-se ao participante-terapeuta a indicação dos clientes que considerava poderem colaborar nesta investigação, ficando a seleção dos participantes-clientes à responsabilidade dos terapeutas de acordo com os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade igual ou superior a 13 anos; em acompanhamento psicológico, independentemente do modelo teórico de intervenção, do tempo de seguimento, ou do tipo de problema que motivava a terapia; ausência de défices cognitivos (assinalados pelo profissional) que dificultassem a compreensão e preenchimento do *Inventário de Aliança Terapêutica* (IAT).

Os terapeutas transmitiram aos seus clientes os objetivos do estudo e foram esclarecidas as dúvidas, nomeadamente no que se refere a quem teria acesso aos dados (apenas a investigadora) e ao facto da investigadora ser exterior à instituição. Para além desta informação os terapeutas poderiam auxiliar os clientes no sentido de recordar o número de sessões (ou data de início das sessões e a periodicidade das mesmas), caso fosse necessário. Os clientes que acedessem participar eram convidados a fazer o preenchimento do protocolo (neste caso, o consentimento informado, o questionário sócio-demográfico (versão cliente) e o inventário IAT, versão C reduzida) na consulta ou em casa, mas nunca à frente do terapeuta para evitar respostas relacionadas com desejabilidade social, sendo o cliente alertado para a necessidade de selar o envelope A4 logo após o preenchimento do protocolo.

O tempo para aplicação média foi de 15 minutos para o terapeuta e de 10 minutos para o cliente. Os protocolos foram emparelhadas através da utilização de um código para o terapeuta e uma extensão para o cliente.

No final, e após o preenchimento de todos os protocolos, a investigadora responsável procedeu à sua recolha.

## 5. Análise dos dados, interpretação e discussão dos resultados

Dada a ausência de normalidade (figura 3) na distribuição das perceções de autoeficácia dos terapeutas ( $p = 0.006$ ) e na distribuição da aliança terapêutica na perspetiva dos clientes (figura 4) ( $p = 0.002$ ), optou-se por recorrer à estatística não-paramétrica para se analisar a relação existente entre as variáveis consideradas.

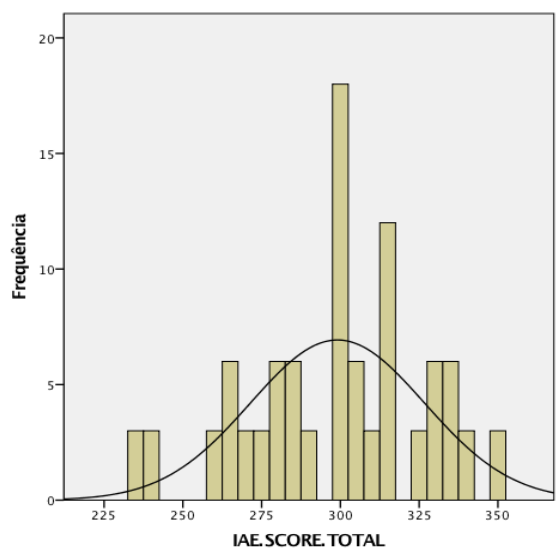


Figura 3. Análise da normalidade na distribuição das perceções de autoeficácia dos terapeutas ( $n = 32$ )

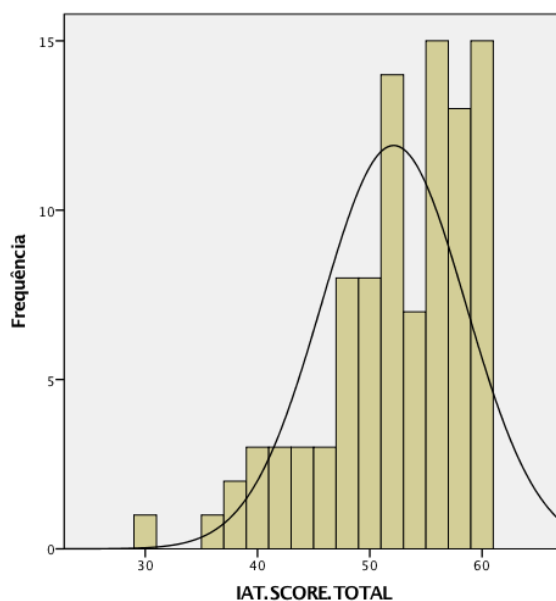


Figura 4. Análise da normalidade na distribuição da aliança terapêutica na perspectiva dos clientes ( $n = 96$ )

Assim sendo, e para se estudar o objetivo principal, a análise da associação entre as variáveis autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspectiva do cliente, foi efetuado o estudo da correlação através do coeficiente de correlação de Spearman.

Conforme se pode verificar pela análise da tabela 16, a autoeficácia do terapeuta (IAE-total) não se associa à aliança terapêutica na perspectiva do cliente (IAT-total) ( $r = .014$ ;  $p = 0.889$ ), sendo estas variáveis independentes.

Tabela 16

Correlação ( $r$  spearman entre o IAE e o IAT) ( $n = 96$ )

	IAE-Total
IAT-Total	.014

Dada a ausência de associação entre as variáveis em estudo, procedemos à análise mais pormenorizada das relações estabelecidas entre as subescalas do IAT e do IAE.

A tabela 17 apresenta um resumo das pontuações registadas nas subescalas dos questionários IAE e IAT. Em relação às subescalas do questionário IAE, os valores médios são respetivamente 108.06, 77.78 e 113.22. No que respeita às subescalas do questionário IAT, os valores médios encontrados são todos da mesma ordem de grandeza, aproximadamente 17 pontos.

Tabela 17

*Medidas resumo das subescalas dos questionários IAE e IAT (n = 96)*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IAE 1	75.00	132.00	108.0625	12.72032
IAE2	58.00	89.00	77.7812	7.70400
IAE 3	82.00	141.00	113.2188	14.87152
IAT-VÍNCULOS	10.00	20.00	17.6979	2.39789
IAT-OBJETIVOS	10.00	20.00	17.2604	2.40283
IAT-TAREFAS	8.00	20.00	17.1667	2.59825

Para efetuar uma análise mais detalhada, explorámos se existia correlação entre as subescalas das variáveis IAT e IAE e verificámos que não existe correlação entre elas, com a exceção da subescala "gestão de tarefas" do IAE, e a subescala "tarefas" do IAT (Tabela 18).

Para além disso, verificámos que todas as subescalas do IAE se correlacionam significativamente entre si com magnitudes altas, assim como as subescalas do IAT. Uma vez mais, e dada a ausência de normalidade nas sub-amostras, o estudo da

diferença de médias foi feito por recurso ao Qui-quadrado.

Tabela 18

*Coefficientes de correlação entre as subescalas das variáveis IAT e IAE*

	IAE-total	IAT-total	IAE1	IAE2	IAE3	IAT-vínculos	IAT-tarefas
IAE-total	–						
IAT-total	0.014	–					
IAE1	0.750***	-0.059	–				
IAE2	0.657***	-0.155	0.395***	–			
IAE3	0.872***	0.073	0.387***	0.526***	–		
IAT-vínculos	-0.051	0.810***	-0.147	-0.147	0.161	–	
IAT-tarefas	0.033	0.892***	0.000	-0.250*	0.101	0.585***	–
IAT-objetivos	0.019	0.884***	0.14	-0.116	-0.035	0.566***	0.732***

*Nota:* \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

As variáveis autoeficácia e aliança terapêutica, ao diferente do esperado, não se associam de modo significativo, sendo contudo de salientar que a subescala "gestão de tarefa" se associa negativamente à subescala "tarefa", o que quer dizer que quanto mais o terapeuta se sente confiante em aplicar as tarefas técnicas específicas de forma eficaz, na gestão da sessão, menos o cliente pontua na subescala "tarefa", percecionando assim a aliança terapêutica como sendo menos forte.

### **Caracterização das percepções de autoeficácia dos participantes-terapeutas**

No que se refere aos objetivos específicos, e relativamente à caracterização das percepções de autoeficácia dos participantes-terapeutas, verificou-se que estes apresentam níveis elevados de percepção de autoeficácia ( $M = 299.06$ ;  $DP = 27.92$ ; variação de 0 a 369), ou seja, de forma geral, apresentam índices de confiança elevados

no que se refere ao trabalho com a maioria dos seus clientes (tabela 19).

### **Caracterização do tipo de aliança terapêutica na perspectiva dos participantes-clientes**

Relativamente à caracterização do tipo de IAT na perspectiva dos clientes, tomando em consideração os valores entre os quais pode variar o score da aliança terapêutica (12 a 60), verificámos que os participantes-clientes percebem de modo bastante positivo a aliança terapêutica ( $M = 52.12$ ;  $DP = 6.43$ ) (tabela 19).

Tabela 19

#### *Estatística descritiva de IAE e IAT*

	Média	Desvio Padrão	<i>n</i>
IAE-Total	299.0625	27.92610	32
IAT-Total	52.1250	6.43060	96

### **Análise da especificidade das diferentes correntes teóricas dos participantes-terapeutas nas suas perceções de autoeficácia**

Constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as perceções de autoeficácia dos terapeutas em relação à corrente teórica ( $p = 0.889$ ). No que diz respeito aos resultados da relação entre a autoeficácia do terapeuta e as correntes teóricas, era expectável não haver correlação uma vez que o estudo de Brown e colaboradores (2001) demonstrou que não há diferenças no que respeita às diferentes correntes teóricas.

### **Análise da especificidade dos anos de prática dos participantes-terapeutas nas suas percepções de autoeficácia**

Verificámos que a percepção de autoeficácia dos participantes-terapeutas não se distingue em relação ao número de anos de prática (até 14 anos ou com mais de 15 anos) ( $p = 0.635$ ).

Este resultado não era esperado, uma vez que a literatura mostra que os desafios inerentes ao início da prática clínica, tais como a ansiedade, a insegurança e o medo de desempenho podem influenciar a capacidade profissional do terapeuta. Assim, seria expectável que aqueles que teriam mais anos de prática apresentariam níveis mais baixos de ansiedade e de insegurança e níveis mais altos de auto-eficácia, o que não se verificou (Ronnestad & Scovholt 2001).

### **Análise da especificidade das diferentes correntes teóricas dos participantes-terapeutas na aliança terapêutica na perspetiva dos participantes-clientes**

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0.345$ ) entre as duas correntes teóricas consideradas (terapia cognitivo-comportamental e abordagem psicodinâmica) em relação ao índice de aliança terapêutica (IAT.SCORE.TOTAL). Nesta análise optámos por não incluir os terapeutas com a abordagem humanista, uma vez que eram apenas 2.

Relativamente à aliança terapêutica e à sua relação com as correntes teóricas, na perspetiva do cliente, era expectável que a aliança terapêutica não fosse diferente em função da corrente teórica porque, da literatura consultada se entende que as variáveis que contribuem para uma forte aliança terapêutica são sobretudo variáveis subjetivas do terapeuta e do cliente e não variáveis relacionadas com as correntes

teóricas, com os aspetos técnicos ou instrumentais (Martin, Garske & Davis, 2000; Luborsky, McLellan, Woody, OBrien & Auerbach, 1985; Elkin, 1994; Lambert, 2013).

### **Análise da especificidade dos anos de prática dos participantes-terapeutas na aliança terapêutica na perspetiva dos participantes-clientes**

Relativamente ao índice de aliança terapêutica, não se verificaram diferenças significativas entre os diferentes grupos de anos de prática ( $p = 0.612$ ). Seria expectável que esta variável interferisse na qualidade da aliança terapêutica e tal não se verifica porque provavelmente, no início da profissão de psicólogo, os níveis de ansiedade são maiores (Ronnestad & Scovholt 2001).

### **Análise da especificidade do número de sessões na aliança terapêutica na perspetiva dos participantes-clientes**

Foi verificada diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.01$ ) entre o score total atingido pelos clientes que têm até 12 sessões e pelos clientes com mais do que 12 sessões, relativamente à perceção da qualidade da aliança terapêutica na perspetiva dos clientes. Aqueles que têm mais de 12 sessões são os que apresentam uma perceção mais favorável da qualidade da aliança terapêutica.

Como seria previsível, à medida que o número de sessões aumenta, parece existir uma melhoria na qualidade da aliança terapêutica. Porque a aliança terapêutica é um vínculo, sabemos que, com o tempo e a profundidade do trabalho, vai tender a ser mais forte (Tschacher, Haken & Kyselo, 2015).

## Conclusão

Nos resultados obtidos, as variáveis estudadas (autoeficácia dos terapeutas e aliança terapêutica na perspectiva do cliente) não se associam de modo estatisticamente significativo. A variável autoeficácia do terapeuta, que hipotetizamos poder estar diretamente relacionada com a qualidade da aliança terapêutica e, indiretamente com o resultado do processo terapêutico, não se revelou, no nosso estudo, uma variável explicativa.

Podemos concluir que, apesar de não haver correlação entre as variáveis autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspectiva do cliente, o nosso estudo verificou que os terapeutas apresentam elevada percepção de autoeficácia, o que significa que eles se percebem, de um modo geral, como terapeutas bastante competentes no seu trabalho. De salientar que este sentido de competência nada se relaciona com anos de prática ou correntes teóricas.

Os clientes apresentam igualmente níveis elevados de aliança terapêutica, independentemente da corrente teórica, como também reportado por literatura anterior (Martin, Garske & Davis, 2000; Luborsky, McLellan, Woody, OBrien & Auerbach, 1985; Elkin, 1994; Lambert, 2013) e anos de prática dos terapeutas, o que significa que os objetivos, tarefas e vínculos, que baseiam a aliança são percebidos pelo cliente como sendo favoráveis.

Dada a independência verificada entre as variáveis estudadas, procedeu-se a uma análise das sub-dimensões dos construtos autoeficácia e aliança terapêutica. Desta análise, conclui-se que apenas a sub-dimensão "gestão de tarefa" da autoeficácia se associa estatisticamente com a sub-dimensão "tarefas" da aliança terapêutica, sendo, no entanto, uma relação negativa. Sempre que o terapeuta se sente confiante nas suas capacidades de aplicar as tarefas específicas, de forma eficaz no que se refere à gestão

da sessão, menos o cliente percebe a aliança terapêutica como sendo forte, ou seja, menos o cliente pontua em termos de aliança terapêutica no que se refere à subescala "tarefa". A título de resumo, quanto mais os nossos participantes-terapeutas se percebiam como autoeficazes na gestão da sessão, menos os seus clientes viam o problema de novas formas, menos consideravam estar em sintonia com o terapeuta, menos sentiam que o processo permitisse alcançar as mudanças desejadas e menos acreditavam que essa fosse a forma adequada de trabalhar o seu problema. Estes dados vão de encontro aos resultados de Lamares (2012), que sugerem que uma menor confiança por parte do terapeuta poderá significar que o terapeuta se debruçará mais sobre o processo terapêutico e sobre as necessidades do cliente, levando, assim, a uma percepção mais favorável por parte do cliente em relação à aliança terapêutica. Desta forma, estes resultados parecem sublinhar a importância de o terapeuta se focar no cliente, de forma dedicada e consciente. Ou seja, apesar do terapeuta ser um técnico especializado nos processos mentais e comportamentais, o cliente parece surgir como sujeito ativo na solução dos problemas, sendo o coautor do trabalho terapêutico (Barber et al., 2013; Bohart & Wade, 2013).

Esta inferência decorre do facto dos participantes-terapeutas se perceberem como significativamente autoeficazes e competentes e os participantes-clientes fazerem uma avaliação muito positiva da aliança estabelecida com os seus terapeutas; no entanto, se os participantes-terapeutas estiverem excessivamente focados na gestão da sessão, menos os seus clientes percebem o trabalho terapêutico como útil.

Estes resultados vêm ao encontro de alguns estudos já efetuados, pois uma revisão da literatura (Bohart & Wade, 2013) levou a constatar que durante o processo, a receptividade do cliente e a sua expressividade, são fatores facilitadores para o terapeuta o apreciar e, deste modo, o cliente sentir-se considerado e em sincronia com

o terapeuta (Tschacher, Haken, & Kyselo, 2015). Uma vez que o cliente procura uma forte ligação com o terapeuta, ele mesmo pode cooperar ativamente na relação terapêutica. Os estudos (e.g., Bohart & Wade, 2013) também traduzem que os clientes se percebem como agentes ativos, ou seja, vêm-se a eles próprios a trabalhar arduamente para desenvolver, manter e reparar a aliança terapêutica (Orlinksy et al., 1994).

Por fim, concluir dizendo que, no que respeita a importância crítica dos aspetos reais e humanos da relação terapêutica, o construto tem vindo a concretizar um afastamento da mecanização do processo terapêutico, no qual o cliente procura maior intimidade com o terapeuta, assumindo simultaneamente um papel mais ativo no processo (Ablon & Jones, 1999; Bergin & Garfield, 1994; Henkelman & Paulson, 2006; Lambert, 1992; Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky, Graw, & Parks, 1994; Wampold, 2010).

Nesta situação, o psicólogo atua mais como um guia, como um orientador, ou seja, alguém que está a estimular o cliente a fazer um reenquadramento dos processos psicológicos, o que exige, além das técnicas terapêuticas, perseverança, sabedoria e empatia para estabelecer uma forte aliança terapêutica (e.g., Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bachelor, 1995; Miller & Moyers, 2014; Lopes, 2009). O psicólogo tem como função estimular a capacidade de o cliente se poder conhecer a si próprio. Assim, durante o processo terapêutico, o psicólogo está a ajudar o cliente a ter revelação da solução para os seus problemas, o objetivo do psicólogo é focar-se no cliente. O psicólogo tem que ser uma pessoa de alta confiança para o cliente porque se o cliente não expuser o que poderá ser relevante, existirão sempre bloqueios (Miller & Moyers, 2014). O psicólogo escuta, através do que escuta, entende, diagnostica o problema e

ajuda o cliente a ele mesmo ter consciência do que é realmente necessário fazer para atingir a mudança.

A aliança terapêutica é um processo que implica a sua avaliação e reavaliação de forma a ajustar a relação terapeuta-cliente, visando a concretização das necessidades do cliente (Holm, 2002; Rogers, 1957). No consultório acontece a convergência dos intervenientes. Eles identificam-se através da aceitação. Escreve-se a história de vida do cliente, através de um ambiente próprio. A organização, e a reorganização dos processos cognitivos do ser humano, estão em constante mudança. O terapeuta pode sempre aperfeiçoar e corrigir o plano de ação e direcionar adequadamente as intervenções para o cliente.

Avaliando globalmente este trabalho, pode-se concluir que o foco no cliente surge como uma técnica a desenvolver nos terapeutas. O que vai de encontro a alguns estudos (Crits-Christoph, Barber, & Kurcias, 1993; Davis & Hayes, 2011; Guiney et al., 2014; Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Hersoug et al., 2001; Horvath & Greenberg, 1989; Kivlinghan, Clements, Blake, Arnez, & Brady, 1993; Leach, 2015; Mallinckrodt & Nelson, 1991; Mohl et al., 1991; Moreira et al., 2005; Najavits & Strupp, 1994; Saunders, 1999) que sinalizaram algumas competências pessoais do terapeuta, decisivas para uma aliança positiva. Estas competências têm-se vindo a revelar fundamentais para o terapeuta ser capaz de respeitar a cultura das pessoas, observar as emoções e pensamentos que são vertidos por cada uma delas, e intervir adequadamente.

### **Limitações**

Será importante ter em consideração alguns aspetos na interpretação dos resultados do presente estudo. Nomeadamente, a natureza transversal do estudo não

permite inferir relações causais entre as variáveis, apenas se podem inferir associações entre elas. Para além disso, os instrumentos de medida utilizados foram questionários de autorresposta, não tendo sido aplicados diretamente pela investigadora. O número reduzido de participantes também se poderá traduzir numa limitação do estudo, assim como a ausência de normalidade das subamostras (dos clientes e dos terapeutas). Por outro lado, dado que a psicopatologia dos participantes-clientes não foi controlada, seria importante ter-se em consideração esta possível variável parasita.

### **Propostas para trabalhos futuros**

Ao longo da realização deste trabalho, foram surgindo algumas sugestões para futuras contribuições, no sentido de aprofundar a investigação sobre o processo terapêutico.

Após uma investigação não exaustiva, verificou-se que existem poucos estudos que se focam nesta temática, a literatura é escassa, com matéria científica reduzida sobre o processo terapêutico. Este estudo tem em vista desencadear outros estudos que se foquem nesta temática.

Ao contrário do que seria de esperar as duas variáveis-alvo no nosso estudo (autoeficácia do terapeuta e aliança terapêutica na perspetiva do cliente) não se associam, ou seja, comportam-se na nossa amostra como variáveis independentes.

Colocam-se então duas questões que se relacionam e que podem ser pertinentes para futuros estudos:

i) Com que outras variáveis do terapeuta e do cliente poderemos intencionalmente trabalhar de forma a aumentar a qualidade da relação terapêutica e, conseqüentemente, a eficácia da psicoterapia?

ii) Como é que podemos identificar e trabalhar competências específicas do terapeuta centralizadas no cliente?

O presente estudo sugere futuras investigações no sentido de auxiliar e munir o terapeuta com as ferramentas adequadas, de forma a poder maximizar o foco no cliente. As variáveis subjetivas do terapeuta, do cliente e do processo em si, podem ser reveladas, testadas, operacionalizadas e contextualizadas de acordo com os intervenientes na aliança terapêutica. Entende-se útil haver mais investigação sobre o processo terapêutico para identificar quais são, de facto, as variáveis subjetivas do terapeuta e do cliente que mais contribuem para criar fortes alianças terapêuticas, e posteriormente materializá-las.

## Referências Bibliográficas

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64–75. doi: 10.1037//0022-006X.67.1.64
- Abreu, M. O., & Ribeiro, E. (2012). A perspectiva do cliente dos momentos significativos na interação terapêutica: Os momentos de conforto na interação terapêutica. In J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Eds), *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde: Promoção da saúde e doenças crónicas desafios à promoção da saúde* (pp. 1-7). Lisboa: Placebo Editora.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandl, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (2010). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain, 80*(3), 483–491. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00220-6
- Arredondo, P., Shealy, C., Neale, M., & Winfrey, L. P. (2004). Consultation and interprofessional collaboration: Modeling for the future. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 787–800. doi: 10.1002/jclp.20015
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: a qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 323–337. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.323
- Bachelor, A. (2013). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 118–135. doi: 10.1037/a0021496
- Bachler, E., Frühmann, A., Bachler, H., Aas, B., Strunke, G., & Nickelf, M. (2016). Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based treatment of multi-problem families. *Journal of Family Therapy, 38*, 120–148. doi: 10.1111/1467-6427.12063
- Baldwin, S.A., & Imel, Z.E. (2013). Therapist variables in psychotherapy research. In M.J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: Wiley. In press.
- 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*, 842–852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2): 191-215. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist, 44*(9), 1175-1184. doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. In Lambert M. J (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 443–494). New York: John Wiley & Sons.
- Bastos, A.V.B., & Gomide, P.I.C. (1989). O psicólogo brasileiro: Sua atuação e formação profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 9(1), 6-15.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1301–1310. doi: 10.1016/0277-9536(91)90047-G
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A . E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 217-270). New York, NY: Wiley.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 821–830). New York, NY: Wiley.
- Berry, J. M., & West, R. L. (1993). Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life span. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 351-379. doi: 10.1177/016502549301600213

- Beutler, L., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables (5th Ed.). In Lambert M. J (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 227–306). New York: John Wiley & Sons.
- Beverage, P. L. (1989). The relationship of evaluation in counseling supervision and counselor self-efficacy. *Dissertation Abstracts International*, 51(09), 2982A.
- Bieschke, K. J., Bishop, R. M., & Garcia, V. L. (1996). The utility of the Research Self-Efficacy Scale. *Journal of Career Assessment*, 4, 59-75. doi: 10.1177/106907279600400104
- Bohart, A.C., & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.), (pp. 219-257). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., María Gómez, A., Herrero, O., & Ribas, E., (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(5), 535-542. doi: 10.1080/10503300801982773
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, *15*, 615–631. doi: 10.1080/02699930143000004
- Burns, D.D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(3), 441-449. doi: 10.1037/0022-006X.60.3.441
- Busseri, M.A., & Tyler, J. D. (2004). Client-Therapist agreement on target problems, working alliance, and counselling outcome. *Psychotherapy Research*, *14*(1), 77–88. doi: 10.1093/ptr/kph005
- Campbell, L.F., Norcross, J.C., Vasquez, M.J., & Kaslow, N.J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *50*(1), 98-101. doi: 10.1037/a0031817
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy Theory Research, Practice, Training*, *43*(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Ceitlin, L. H. F., & Cordioli, A.V. (1993). Iniciando a Psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias, Abordagens Atuais* (pp. 59-69). PortoAlegre: Artes Médicas.
- Chariyeva, Z., Golin, C. E., Earp, J. A., Maman, S., Suchindran, C., & Zimmer, C. (2013). The role of self-efficacy and motivation to explain the effect of motivational interviewing time on changes in risky sexual behavior among

- people living with HIV: a mediation analysis. *AIDS and Behavior*, 17, 813–823. doi: 10.1007/s10461-011-0115-8
- Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). Influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (65th ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Connolly F.R., Aitken L.M., & Tower M. (2014) An integrative review of self-efficacy and patient recovery post acute injury. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 714–728. doi: 10.1111/jan.12237
- Connolly, F. R., Aitken, L. M., & Tower, M. (2014). An integrative review of self-efficacy and patient recovery post acute injury. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 714–728. doi: 10.1111/jan.12237
- Constantino M. J., Ametrano R. M., & Greenberg R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49, 557– 569. doi: 10.1037/a0029440
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). *Expectations*. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 354–376). Oxford: Oxford University Press.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Society for the study of addiction*. 102(12), 1960-1970. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x

- Crits-Christoph, P., & Connolly, M. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review, 19*, 687–704. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00079-8
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 20–26. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.20
- Depraz, N. (2005). A ética relacional: uma prática de ressonância interpessoal. *Revista do Departamento de Psicologia UFF, 17(2)*, 19-34. doi: 10.1590/S0104-80232005000200003
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 344–354. doi: 10.1002/jclp.20443
- Douglas Coatsworth, J., Santisteban, D. A., McBride, C. K., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process, 40(3)*, 313–332. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x
- Dumont, F. & Smith, J. D. (2001). Programmed success therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative therapy* (2nd ed., pp. 514–522). New York: John Wiley & Sons.
- Eisen, S. V., Dickey, B., & Sederer, L. I. (2000). A self-report symptom and problem rating scale to increase patients' involvement in treatment. *Psychiatric Services, 51*, 349–353. doi: 10.1176/appi.ps.51.3.349
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (2003). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial expressions*. Cambridge: Malor Books.

- Elkin, I. (1994). *The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114–139). New York: Wiley.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: an exploratory study. *Psychotherapy Chicago, 49*(1), 26–37. doi: 10.1037/a0026747
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Freud S. (1976). *A dinâmica da transferência*. In Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 32–38. doi: 10.1037/0022-006X.54.1.32
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M., & McGuire, H. F. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 18*(2), 1-47. doi: 10.1002/14651858.CD005333.pub2
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London/New York: Routledge.
- Giorgi, B. (2011). A phenomenological analysis of the experience of pivotal moments in therapy as defined by clients. *Journal of Phenomenological Psychology, 42*(1), 61–106. doi: 10.1163/156916211X567497

- Gist, M. E. (1987). Self-Efficacy: Implications for Organizational Behavior and Human Resource Management. *Academy of Management Review*, 12(3), 472-485. doi: 10.5465/AMR.1987.4306562
- Grissom, R. J. (1996). The magical number 7: meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 973–982. doi: 10.1037/0022-006X.64.5.973
- Guiney, M. C., Harris, A., Zusho, A., & Cancelli, A. (2014). School Psychologists' Sense of Self-Efficacy for Consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 24, 28–54. doi: 10.1080/10474412.2014.870486
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, 27(6), 637–644. doi: 10.1016/0277-9536(88)90012-3
- Hansen, N., & Lambert, M. (2003). An evaluation of the dose–response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1–12. doi: 10.1023/A:1021751307358
- Hanson, M. G. (2006). *Counselor self-efficacy: supervision contributions, impact on performance, and mediation of the relationship between supervision and performance* (Dissertação de Doutorado). Southern Illinois University.
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269–278. doi: 10.1037/a0022869

- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(2), 139-150. doi: 10.1080/09515070600788303
- Heppner, M.J., Multon, K.D., Gysbers, N.C., Ellis, C.A., & Zook, C.E. (1998). The relationship of trainee self-efficacy to the process and outcome of career counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *45*, 393-402. doi: 10.1037/0022-0167.45.4.393
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research*, *10*(4), 205–216.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. a J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(4), 621–632. doi: 10.4088/JCP.v69n0415
- Holm, U. (2002). Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *International Journal of Social Welfare*, *11*, 66-75. doi: 10.1111/1468-2397.00197
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantherotical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.

- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In Norcross J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of a working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychometric process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Horvath, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice* (pp. 247-273). New York: Basic Books
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236–248.

- Jungerman, F., & Zanelatto, N. (2007). *Tratamento Psicológico do Usuário de Maconha e seus Familiares: Um Manual para Terapeutas* (1ª ed.). São Paulo: Editora Roca, Ltda.
- Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(2), 161–172. doi: 10.1080/10503300500264911
- Kivlighan, D. M., & Arthur, E. G. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology, 47*(1), 79–84. doi: 10.1037/0022-0167.47.1.79
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: a typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 363–371. doi: 10.1037/0022-0167.47.3.362
- Knoff, H. M., & Hines, C. V. (1995). Finalizing the Consultant Effectiveness Scale: An analysis and validation of the characteristics of effective consultants. *School Psychology Review, 24*, 480–497.
- Kocarek, C. H. (2001). *Understanding the relationships among counseling self-efficacy, anxiety, developmental level, coursework, experience, and counselor performance* (Dissertação de Doutorado). Michigan University, Kalamazoo, Michigan.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. *The International Journal of Psychoanalysis, 63*, 395–407.
- Kratochwill, T. R. (2008). Best practices in school-based problem-solving consultation: Applications in prevention and intervention systems. In A.

- Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V*, (pp. 1673–1688). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Kratochwill, T. R., Elliott, S. N., & Busse, R. T. (1995). Behavior consultation: A five-year evaluation of consultant and client outcomes. *School Psychology Quarterly*, *10*, 87–117. doi: 10.1037/h0088299
- Lamares, I. B. (2012). *Supervisão, formação e desenvolvimento de jovens terapeutas: estudo do desenvolvimento de competências de ajuda em psicoterapeutas em formação, no primeiro ano de prática clínica supervisionada* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, *83*(1), 107–119. doi: 10.1037/0033-2909.83.1.107
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome of research for psychotherapy integration. In J. C., Norcross & M. R., Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert M. J. (5th Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, Canada: John Wiley & Sons, Inc.

- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling self-efficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26, 179-218. doi: 10.1177/0011000098262001
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. L. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 105–120. doi: 10.1037/0022-0167.39.1.105
- Leach, M. J. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 262–265. doi: 10.1016/j.ctcp.2005.05.005
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lent, R. W., Brown, S.D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122. doi: 10.1006/jvbe.1994.1027
- Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the counselor activity self-efficacy scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97-108. doi: 10.1037/0022-0167.50.1.97
- Lent, R. W., Hoffman, M. A., Hill, C. E., Treistman, D., Mount, M., & Singley, D. (2006). Client-specific counselor self-efficacy in novice counselors: Relation to perceptions of session quality. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 453-463. doi: 10.1037/0022-0167.53.4.453
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behaviors*, 38, 1764–1775. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.08.011

- Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C., & Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals, and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology, 69*(2), 241–251. doi: 10.1037/0021-9010.69.2.241
- Longshore D., & Teruya C. (2001). Treatment motivation in drug users: a theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 179–188. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.06.011
- Luborsky L., McLellan, A. T., Woody, G. E., OBrien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602- 611. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790290084010
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Machado, P. P., & Horvath, A. O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M. R. Simões, L. S. Almeida, M. Gonçalves (Eds). *Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2). Braga: APPORT/SHO
- Maisto S. A., Connors G. J., & Zywiak W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 14*, 257–266. doi: 10.1037//0893-164X.14.3.257
- Maisto, S. A., Roos, C. R., O’Sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Witkiewitz, K. (2015). The Indirect Effect of the Therapeutic Alliance and Alcohol Abstinence Self-Efficacy on Alcohol Use and Alcohol- Related Problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39*(3), 504-513. doi: 10.1111/acer.12649

- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 133–138. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.133
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 20(1), 1-26. doi: 10.1080/09515070701208359
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marziali, E. (1986). The development of the Therapeutic Alliance Rating System, In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 367–390). New York, Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston L. (1989). Toward validation of the California therapeutic alliance rating system. *Psychological Assessment*, 1, 46-52. doi: 10.1037//1040-3590.1.1.46
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Meyers, J. (2002). A 30 year perspective on best practices for consultation training. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 13, 35–54. doi: 10.1207/S1532768XJEPC1301&2\_05
- Miller, W.R., & Moyers, T.B. (2014). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110, 401-413. doi: 10.1111/add.12693
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 151-173. doi: 10.1097/00005053-199108000-00005

- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de seleção de tratamento*. Porto: Porto Editora.
- Morgenstern J., & Longabaugh R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, *95*, 1475–1490. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.951014753.x
- Morrison, T. L., David Smith, J. (2013). Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, *60*, 326–333. doi: 10.1111/1440-1630.12053
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study. *Psychotherapy*, *31*(1), 114–123. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.114
- National Association of School Psychologists (2010). *Principles for professional ethics*. Disponível em [https://www.nasponline.org/assets/Documents/Standards%20and%20Certification/Standards/2\\_PracticeModel.pdf](https://www.nasponline.org/assets/Documents/Standards%20and%20Certification/Standards/2_PracticeModel.pdf)
- Nock, M.K., Phil, M., Kazdin, & Alan E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, *10*(2), 155–180. doi: 10.1023/A:1016699424731
- Norcross, J. C. (2002). *Empirically supported therapy relationship*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (pp. 3–16). New York: Oxford University Press
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–24). New York, NY: Oxford University Press.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Patterson, C. L., Anderson, T., & Wei, C. (2013). Client's Pretreatment Role Expectations, the Therapeutic Alliance, and Clinical Outcomes in Outpatient Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 673–680. doi: 10.1002/jclp.22054
- Perren, S., Godfrey, M., & Rowland, N. (2009). The long-term effects of counselling: The process and mechanisms that contribute to ongoing change from a user perspective. *Counselling & Psychotherapy Research, 9*(4), 241-249. doi: 10.1080/14733140903150745
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Robbins, J. A., Bertakis, K. D., Helms, L. J., Azari, R., Callahan, E. J., & Creten, D. A. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine, 25*(1), 17–20.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person* (2<sup>a</sup> ed.). Houghton Mifflin Company: New York.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development. Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 181–187. doi: 10.1037//0735-7028.32.2.181

- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development, 30*(1), 555-567. doi: 10.1023/A:1025173508081
- Rosenfield, S. (2002). Best practices in instructional consultation. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology IV* (pp. 609–623). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- Rosenfield, S. (2008). Best practice in instructional consultation and instructional consultation teams. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V* (pp. 1645–1660). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Rosenfield, S., & Gravois, T. A. (1993). Educating consultants for applied clinical and educational settings. In J. Zins, T. Kratochwill, & S. Elliot (Eds.), *Handbook of consultation services for children: Applications in educational and clinical settings*, 373–393. San Francisco: Jossey-Bass.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sappington, A. A., Russell, C., Triplett, V., & Goodwin, J. (1981). Self-efficacy expectancies, response-outcome expectancies, and their relationship to avoidant behavior and its reduction through therapy. *Journal of Clinical Psychology, 37*(4), 737-744.
- Saunders, S. M. (1999). Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology, 55*(5), 597–605. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<597::AID-JCLP7>3.0.CO;2-M

- Schaumberg, K., Kuerbis, A., Morgenstern, J., & Muench, F. (2013). Attributions of Change and Self-efficacy in a Randomized Controlled Trial of Medication and Psychotherapy for Problem Drinking. *Behavior Therapy, 44*(1), 88–99. doi: 10.1016/j.beth.2012.07.001
- Schlosser, L. Z., & Gelso, C. J. (2001). Measuring the working alliance in advisor-advisee relationships in graduate school. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 157-167. doi: 10.1037/0022-0167.48.2.157
- Schunk, D. H. (1984). Self-Efficacy perspective on achievement behavior. *Educational Psychologist, 19*(1), 48–58. doi: 10.1080/00461528409529281
- Sharpley, C. F., & Ridgway, I. R. (1993). An Evaluation of the Effectiveness of Self-Efficacy as a Predictor of Trainees' Counselling Skills Performance. *British Journal of Guidance & Counselling*. doi: 10.1080/03069889308253643
- Shnek, Z. M., Foley, F. W., LaRocca, N. G., Gordon, W. a, DeLuca, J., Schwartzman, H. G., ... Irvine, J. (1997). Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 19*(3), 287–294. doi: 10.1007/BF02892293
- Slesnick N., Meyers R. J., Mead M., & Segelken D. H. (2000). Bleak and hopeless no more: engagement of runaway substance abusing youth and their families. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 215–222. doi: 10.1016/S0740-5472(00)00100-8
- Soares, L., Botella, L., & Corbella, S. (2010). The co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of the therapist interventions in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 12*(2), 173–187. doi: 10.1080/13642537.2010.482735

- Soares, M. L. P. (2011). O Estado da Arte Psicoterapêutica: Evolução Histórica e Bases Epistemológicas Da Psicoterapia. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 462-475. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v3n1p462-475
- Solomon K. E., & Annis H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659–665. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb03528.x
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspetiva fenomenológica existencial. *Análise psicológica*, 24(3), 373-382.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240–261. doi: 10.1037/0033-2909.124.2.240
- Thompson, R. F., & Perlini, A. H. (1998). Feedback and self-efficacy, arousal, and performance of introverts and extraverts. *Psychological Reports*, 82(3), 707–716. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.707
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189–198. doi: 10.1080/10503309512331331306
- Tschacher, W., Haken, H., & Kyselo, M. (2015). Alliance: A common factor of psychotherapy modeled by structural theory. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR). doi: 10.3389/fpsyg.2015.00421
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: a review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179–192. doi: 10.1017/S1352465802002059

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). *The research evidence for common factors models: A historically situated perspective*. In B. L. Dunca, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change: Delivering what works* (2nd ed.) (pp. 49–82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (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. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.914
- Witkiewitz K., Hartzler B., & Donovan D. (2010). Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction, 105*, 1403–1413. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02954.x
- Wolberg, L.R. (1998). *The technique of psychotherapy* (Vol. 1). Philadelphia: Grunet Stratton Inc.
- Wright, A. B., & Holttum, S. (2012). Gender Identity, Research Self-Efficacy and Research Intention in Trainee Clinical Psychologists in the UK. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(1), 46-56. doi: 10.1002/cpp.732
- Zins, J. E., & Erchul, W. P. (2004). Best practices in school consultation. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology IV*, 625–643. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

# **ANEXOS**