

ANA CATARINA DIAS MOREIRA

Avaliação da Experiência de Terapia pelos Clientes com Perturbações de  
Uso de Substâncias: Estudo das características psicométricas do Session  
Evaluation Questionnaire



Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
2019

ANA CATARINA DIAS MOREIRA

Avaliação da Experiência de Terapia pelos Clientes com Perturbações de  
Uso de Substâncias: Estudo das características psicométricas do Session  
Evaluation Questionnaire

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Prof. Dr. Luís Janeiro



Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

# Avaliação da Experiência de Terapia pelos Clientes com Perturbações de Uso de Substâncias: Estudo das características psicométricas do Session Evaluation Questionnaire

## **Declaração de Autoria de Trabalho**

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(Ana Catarina Dias Moreira)

Copyright Ana Catarina Dias Moreira A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais pela força e carinho que me deram ao longo desta fase. Sem o vosso apoio e amor incondicional não tinha conseguido chegar até aqui.

Quero agradecer às equipas técnicas das comunidades terapêuticas pela cooperação na recolha de dados. Quero agradecer também aos pacientes das comunidades, obrigada por concordarem em participar no estudo e pela paciência que tiveram.

Um enorme agradecimento à Marta e ao Tiago, por todo apoio, compreensão e motivação que me deram. Tiago, agradeço muito a ajuda que me deste e as horas que me ouviste a falar sobre tudo isto.

Quero agradecer ao Professor Doutor Luís Janeiro, pela orientação, ajuda e grande paciência que teve comigo ao longo desta etapa.

Por fim, um grande obrigada às minha amigas de longo data, Cláudia, Daniela e Susana, por estarem sempre do meu lado. Obrigada pelo vosso carinho e amizade ao longo destes anos.

## Resumo

O Session Evaluation Questionnaire (SEQ) foi concebido por William B. Stiles (1980) com o objetivo de avaliar o impacto das sessões (profundidade e suavidade) e o humor pós-sessão (positividade e ativação). Através da avaliação das sessões pretendia-se tomar conhecimento acerca do modo como estas se associavam, por exemplo, com as técnicas usadas pelos terapeutas ou com os resultados obtidos na terapia. A experiência dos clientes com perturbações de uso de substâncias em terapia tem sido estudada recorrendo maioritariamente a metodologias qualitativas. O uso de instrumentos como o SEQ permitiria aprofundar os conhecimentos sobre o processo e resultados terapêuticos na população com perturbação de uso de substâncias (PUS). Assim, o presente trabalho tem como objetivo estudar as características psicométricas do SEQ na população com perturbação de uso de substâncias.

A amostra era composta por 113 sujeitos adultos e adolescentes com uma média de idade de 25,8 anos ( $DP = 10,74$ ) residentes em três comunidades terapêuticas. Para além do SEQ, os participantes responderam também aos questionários sociodemográfico e historial de consumos e tratamento, Inventário de Aliança Terapêutica e o OQ-10. Foi estudada a estrutura interna (Análise Fatorial Confirmatória) da adaptação do SEQ à língua portuguesa, a fiabilidade (compósita e alfa Cronbach) e validade (convergente, discriminante e externa).

Relativamente aos resultados da análise fatorial confirmatória (AFC), a primeira secção do SEQ, referente à avaliação da sessão, revelou melhores índices ajustamento (Stiles et al., 1994), do que a segunda secção do questionário, relacionada com o Humor pós-sessão. As dimensões profundidade e suavidade, estavam positivamente relacionadas com as características do terapeuta, e as dimensões positividade e ativação estavam significativamente relacionadas com as características do terapeuta e com os fatores objetivos e tarefas da aliança terapêutica.

**Palavras-chave:** experiência do cliente, Questionário da Avaliação da Sessão, resultados terapêuticos, população com perturbações de uso de substâncias

## **Abstract**

The Session Evaluation Questionnaire (SEQ) was designed by William B. Stiles (1980) to evaluate the impact of sessions (depth and smoothness) and post-session mood (positivity and arousal). Through the evaluation of the sessions it was intended to learn about how they were associated, for example, with techniques used by therapists or with the results obtained in therapy. The experience of clients with drug use disorders in therapy has been studied using almost exclusively qualitative methodologies. The use of instruments such as the SEQ would allow to deepen the knowledge about the process and therapeutic results in the population with substance use disorders. Thus, the present study aims to study the psychometric characteristics of the Session Evaluation Questionnaire in the population with substance use disorders.

The sample consisted of 113 adults and adolescents (25.8 years of age (SD = 10.74) residents of three therapeutic communities. In addition to the SEQ, the participants also answered the sociodemographic and history of consumption and treatment questionnaire, Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR) and OQ-10. A Factorial Confirmatory Analysis (FCA) was performed to verify the adjustment of the indexes of the two sections of the SEQ. One-way ANOVAs were used to analyse the mean differences between WAI-SR, OQ-10, Bad-Good item, and therapist characteristics according to the type of session and type of post- session.

In respect of the results of the confirmatory factorial analysis (CFA), the first section of the SEQ, concerning the evaluation of the session, showed better indexes adjustment to the model (Stiles et al., 1994) than the second section of the questionnaire, related to Humor post-session.

Regarding the results of the one-way ANOVAS, the depth and smoothness dimensions were positively related to the characteristics of the therapist, and the positivity and arousal dimensions were significantly related to the characteristics of the therapist and to the objectives and tasks factors of the WAI-SR.

**Key words:** client experience, session evaluation questionnaire, therapeutic results, population with substance use disorders

# Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
1.1. Experiência do cliente em terapia .....	1
1.2. Session Evaluation Questionnaire.....	8
<b>2. Objetivos</b> .....	11
<b>3. Metodologia</b> .....	12
3.1. Participantes .....	12
3.2. Instrumentos .....	13
3.3. Procedimento.....	15
<b>4. Resultados</b> .....	15
4.1. Análise Descritiva.....	15
4.2. Análise Fatorial Confirmatória .....	18
4.3. Validade Convergente e Discriminante.....	22
4.4. Análise da Fiabilidade.....	24
4.5. Validade Externa .....	25
<b>5. Discussão</b> .....	29
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	32



## Índice de tabelas

Tabela 1. Estatística descritiva dos itens do SEQ.....	16
Tabela 2. Estatística descritiva das dimensões do SEQ.....	17
Tabela 3. Distribuição dos itens da Avaliação da Sessão pelos fatores nos diferentes estudos psicométricos .....	19
Tabela 4. Índices de ajustamento para os Modelos testados relativamente ao fatores de Avaliação da sessão .....	20
Tabela 5. Distribuição dos itens do Humor pós-sessão pelos fatores nos diferentes estudos psicométricos .	21
Tabela 6. Índices de ajustamento para Modelos do Humor pós-sessão relativamente aos fatores do pós-sessão .....	22
Tabela 7. Variância Extraída Média (VEM) e Variância Partilhada para os fatores de Avaliação da sessão	23
Tabela 8. Variância Extraída Média (VEM) e Variância Partilhada para os fatores de para o Humor pós-sessão .....	23
Tabela 9. Índices da Fiabilidade Compósita .....	24
Tabela 10. Consistência Interna das dimensões do SEQ (Alfa de Cronbach).....	24
Tabela 11. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifatorial com o tipo de sessão como fator entre sujeitos e os fatores do IAT e do OQ-10.....	26
Tabela 12. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifatorial com o tipo do humor pós-sessão como fator entre sujeitos e os fatores do IAT e do OQ-10 .....	27
Tabela 13. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifatorial com o tipo de sessão como fator entre sujeitos e os fatores das características do terapeuta e o Item Má –Boa.....	28
Tabela 14. ANOVA unifatorial da Sessão boa – má e do terapeuta em função do tipo pós-sessão em termos da Positividade e da Ativação .....	28

## **1. Introdução**

### **1.1. Experiência do cliente em terapia**

Em 1948, Lipkin realizou aquele que foi considerado o estudo pioneiro na investigação acerca da perspectiva dos clientes em relação ao modo como experienciavam as sessões de terapia. Nesta investigação, foi pedido a 37 clientes que respondessem a três questões para avaliar a percepção de eficácia da terapia e uma outra questão relacionada com a experiência que teve no decorrer da terapia. Esta questão foi a seguinte: Na sua opinião, o aconteceu durante as consultas? Relativamente aos resultados, os clientes identificaram diferentes fatores experienciados na relação terapêutica como estando associados aos resultados terapêuticos como, por exemplo: assumir a responsabilidade de si; Libertação de tensões emocionais; A exploração de atitudes e emoções; A compreensão mais clara de si mesmo; Reorganização das atitudes em relação ao self; A escolha dos passos que poderão resolver o problema. Muitos clientes mencionaram que acreditam que as atitudes aprendidas os iriam ajudar a lidar com problemas futuros. Outros clientes realçaram a importância das experiências terapêuticas relativamente ao modo como se passaram a relacionar com as outras pessoas significativas e a ter uma maior aceitação de si mesmo. Este tipo de experiências pareciam estar associadas a uma capacidade de autoavaliação mais objetiva, enfrentando características próprias consideradas indesejáveis e aceitando-as como parte de si, uma avaliação mais realista das habilidades e uma utilização mais espontânea e confiante das mesmas. É necessário referir que nesta época a psicoterapia não era ainda considerada como um recurso terapêutico empiricamente validado (Wampold, 2010) e, por isso, eram ainda poucos os estudos com recursos metodológicos rigorosos que se dedicavam a uma investigação centrada no processo de mudança e na análise dos acontecimentos terapêuticos.

Passados quase 20 anos, em 1967, Orlinsky e Howard iniciaram um estudo que se focava na experiência do cliente em terapia com o objetivo de estudar que critérios usavam os pacientes e terapeutas para avaliar e integrar as suas experiências terapêuticas. O paciente e o terapeuta completavam um questionário imediatamente a seguir à sessão de psicoterapia. Este questionário,

designado Therapy Session Report (TSR), abordava os seguintes aspetos da experiência terapêutica: o conteúdo do diálogo, a natureza da relação terapeuta-cliente, o processo afetivo (sentimentos experienciados pelo cliente e pelo terapeuta durante a sessão), a relação interpessoal (desejos do paciente e objetivos do terapeuta) e o próprio desenvolvimento destes aspetos ao longo da sessão. Ao analisar as respostas de terapeutas e clientes, os autores esperavam compreender os padrões de interação na díade, os sentimentos e as avaliações que se lhe associavam por cada um dos protagonistas. Os autores concluíram que cada sessão se transformava numa experiência psicoterapêutica à qual correspondia uma avaliação global como, por exemplo, avaliar a experiência da sessão como “boa” ou “fraca”, “muito boa” ou “terrível” ou apenas uma sessão “mais ou menos”. A estas avaliações globais correspondiam também diferentes aspetos relativamente ao modo como terapeuta e cliente se posicionavam no decorrer da sessão. Por exemplo, tanto os pacientes como os terapeutas valorizavam as sessões nas quais o paciente estava a interagir de modo amigável, afetuoso e animado, ou seja, em que estava emocionalmente envolvido. Por outro lado, ambos desvalorizavam as sessões em que o paciente estava distante ou indiferente, isto é, não envolvido emocionalmente. Terapeutas e clientes concordaram que, nas sessões boas, os pacientes se sentiam aceites, aliviados, interessados, confiantes e otimistas. Para além disso, os pacientes referiram que nas sessões que classificaram como boas se sentiram satisfeitos, seguros, relaxados, calmos, eficazes e energéticos. Nas sessões que classificaram como más, os pacientes sentiram-se frustrados, desencorajados, inadequados, cansados, aborrecidos, tensos, irritáveis e zangados. Nas sessões classificadas como boas pelos pacientes, estes expressaram vontade de trabalhar em colaboração com os seus terapeutas; obter *insights* sobre si mesmos e mostrar os seus ganhos positivos. Nessas mesmas sessões, os terapeutas viam os seus pacientes como: estando a procurar *insight*; a não ser evasivo ou retirar-se do contacto terapêutico; não preenchendo o tempo apenas para terminar a sessão terapêutica; e desejando atenção, aprovação, simpatia ou afeição. Assim, parece haver um conjunto de descritores positivos para descrever as boas e as más sessões que são partilhados pelos terapeutas e clientes.

Em 1989, Elliott e James (1989), procuram sistematizar e operacionalizar através de uma de uma definição a experiência do cliente em terapia, referindo que se trata das sensações, percepções, pensamentos e sentimentos que o cliente experimenta durante as sessões terapêuticas. Os autores incluíram na sua definição de experiência do cliente várias dimensões como a experiência em si mesma, os objetos, os níveis de consciência, os graus de expressão e o loci (lugar, espaço, local). Primeiro, a experiência refere-se ao grau de ativação, aos “estados de humor”, às sensações físicas internas, às percepções de estimulação externa, às imagens, às auto-verbalizações internas, aos significados, aos desejos e às intenções. Em segundo, os objetos das experiências referem-se ao *self*, ao terapeuta, ao cônjuge ou o tratamento em si. Em terceiro, relativamente aos níveis de consciência, os autores incluíram experiências nas quais o cliente está consciente, como também aquelas em que está apenas parcialmente consciente, ou mesmo, sem consciência. Quarto, Elliott e James (1989) consideraram o modo como as experiências que são expressas, sugeridas ou reveladas involuntariamente através de canais verbais e não-verbais ou ocultadas aos terapeutas. Por último, além das experiências tidas no decorrer das sessões, as subsequentes reflexões extra-terapêuticas do cliente e as reações à terapia também são consideradas experiências da terapia (Elliott & James, 1989). De acordo com Mallinckrodt (1994), o estudo sobre a avaliação da sessão na perspectiva dos clientes começou a receber mais atenção pelos investigadores do processo terapêutico na década de 1980. Até essa data, existia pouca informação acerca da avaliação dos clientes sobre a avaliação das sessões terapêuticas.

Segundo Elliott (2008) a análise da experiência do cliente é fundamental para a compreensão dos processos terapêuticos, ou seja, para perceber como os acontecimentos que ocorrem nas sessões se associam aos resultados da terapia. O mesmo autor defende que, em termos de implicações práticas, o conhecimento por parte do terapeuta acerca da experiência tida pelos clientes nas sessões terapêuticas permite-lhe adequar a sua intervenção. Por exemplo, se o terapeuta estiver mais apto a identificar os sinais de insatisfação do cliente relativamente à condução da sessão e abordar os motivos dessa insatisfação, poderá ajustar a estratégia terapêutica. Esta sensibilidade do terapeuta à

experiência do cliente e a capacidade para regular a intervenção terapêutica em função da experiência do cliente conduz a uma melhoria dos resultados (Rocco, Salcuni & Antonelli, 2017).

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do processo terapêutico, alguns estudos têm associado a experiência do cliente a outras variáveis como, por exemplo, a aliança terapêutica e os resultados da terapia. Mallinckrodt (1993) realizou um estudo que teve como propósito examinar a associação entre as avaliações das sessões, a aliança terapêutica e os resultados avaliados ao longo da terapia. Na perspectiva dos clientes, as avaliações das sessões na fase inicial da terapia estavam positivamente relacionadas com as avaliações iniciais da aliança terapêutica e, por sua vez, as avaliações iniciais positivas da aliança estavam significativamente correlacionadas com as avaliações das sessões subsequentes, especialmente a com a profundidade (avaliação do poder/utilidade da sessão) e a positividade (humor pós-sessão). O estudo sugere que sessões suaves podem ser importantes no início da terapia para estabelecer uma aliança terapêutica mais forte, mas ao longo da terapia esta dimensão de avaliação da sessão perde importância. Por sua vez, a avaliação da profundidade das sessões foi importante ao longo de toda a terapia para o estabelecimento da aliança. No que se refere à associação entre a avaliação das sessões e os resultados terapêuticos, os autores sugerem que uma avaliação elevada da sessão como sendo suave pode ser crucial para a obtenção de resultados terapêuticos, uma vez que significa que o cliente confia no terapeuta e se sente em segurança. Ainda no que se refere à obtenção de resultados, a Ativação parece ser mais importante na fase intermédia da terapia e a Suavidade e a Positividade poderão ser mais importantes na fase final.

Marmarosh e Kivlighan (2012) realizaram um estudo com o objetivo de explorar como o acordo entre o terapeuta e o cliente na avaliação da aliança terapêutica, ao início do tratamento, influenciava a avaliação das sessões iniciais e a diminuição da sintomatologia. Os autores concluíram que a um acordo entre clientes e terapeutas na avaliação da aliança, em níveis elevados, estava associada uma avaliação também mais elevada da suavidade da sessão e uma redução mais

acentuada dos sintomas. Quando ambos estão de acordo que a aliança é fraca, as sessões tendem a tornar-se menos suaves e os resultados da terapia pioram.

Pesale, Hilsenroth e Owen (2012) realizaram uma investigação que tinha como objetivo de avaliar como se relacionava a avaliação das sessões com os resultados da terapia. Ao contrário do esperado, a Profundidade das sessões avaliada pelos clientes não estava relacionada com os resultados. A Suavidade estava relacionada com o fim do tratamento e com a melhoria dos sintomas, assim os pacientes que experienciaram as suas primeiras sessões como suaves, confortáveis, fáceis, agradáveis e relaxadas obtiveram melhores resultados. A Positividade após as sessões estava também relacionada com os resultados: a experiência dos clientes de se sentirem felizes, confiantes, satisfeitos e amigáveis no início da terapia contribuiu para uma melhoria na sintomatologia e para melhores resultados no funcionamento social e interpessoal. A Ativação durante a fase inicial tem pouco ou nenhum impacto nos resultados, no entanto, os autores referiram que a ativação do cliente a meio do tratamento e até à fase do término pode influenciar os resultados da terapia.

Lingiardi, Colli, Gentile e Tanzilli (2011) realizaram um estudo que tinha como objetivo investigar a relação entre a profundidade dos temas tratados nas sessões, a aliança terapêutica e as dimensões do processo psicoterapêutico. Os resultados demonstraram que a profundidade se associava positivamente ao vínculo estabelecido com o terapeuta (dimensão da aliança terapêutica) e às intervenções do terapeuta que se focavam nas emoções do cliente para ajudá-lo a vivenciá-las mais profundamente ou, ainda, quando o terapeuta interpretava desejos, sentimentos ou ideias inconscientes do cliente.

Algumas investigações estudaram a avaliação da sessão tendo em conta o tipo de terapia utilizada no tratamento. Os resultados demonstraram que os clientes classificaram as sessões da terapia psicodinâmica como emocionalmente mais difíceis e duras do que a terapia cognitivo-comportamental e, ainda, o humor pós-sessão era significativamente mais positivo nas sessões de terapia cognitivo-comportamental (Stiles et al., 1988; Reynolds et al., 1996).

Em 2015, Macclintock et al. realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito da variação do humor dos clientes nas sessões de terapia cognitivo-comportamental e de terapia psicodinâmica e, simultaneamente, determinar como a variação do humor do cliente devido às sessões se relacionava com os resultados da terapia. Os autores concluíram que a terapia cognitivo-comportamental e a psicodinâmica são caracterizadas por diferentes padrões relativamente às mudanças de humor e ao efeito destes nos resultados. Nas primeiras sessões da terapia cognitivo-comportamental verificou-se uma melhoria imediata no humor do cliente por participar nas sessões, sendo que esta estava associada aos resultados da terapia ao longo do tratamento. Nas sessões da terapia psicodinâmica, as melhorias do humor e o efeito destas sobre os resultados terapêuticos só aconteceu numa fase mais tardia do tratamento.

As investigações centradas na população com perturbações de uso de substâncias (PUS) têm procurado identificar as estratégias terapêuticas mais eficazes, mas poucos são os estudos que se focam na experiência do cliente acerca das sessões terapêuticas. Os estudos realizados com esta população são maioritariamente de carácter qualitativo e focam-se no processo terapêutico como um todo.

Janeiro, Ribeiro e Miguel (2017) investigaram as perspetivas dos clientes sobre o seu tratamento numa comunidade terapêutica. No que se refere à relação do cliente com o terapeuta, os autores concluíram que a relação é, na perspectiva dos clientes, inicialmente fria e distante, mas que se vai tornando numa relação mais próxima e de confiança. Primeiramente, os clientes necessitam apenas de apoio e orientação, mas progressivamente começam a identificar-se com as qualidades terapêuticas do seu terapeuta e a admirá-lo(a) como pessoa. Nesse momento, os residentes reconhecem os terapeutas como uma pessoa especial e inspiram-se nas suas qualidades para conseguirem ter maior autonomia e progredirem no tratamento. As sessões, ao início, são marcadas por uma relação entre terapeuta e cliente de assimétrica que, com a evolução do tratamento, se torna simétrica e, por isso, também mais suaves.

Ronel, Elisha, Timor e Chen (2013) realizaram um estudo que tinha como objetivo apresentar as percepções subjetivas dos clientes acerca da recuperação na comunidade terapêutica. Também concluíram que a relação entre os terapeutas e os clientes era um fator importante para a mudança. Os clientes consideraram as sessões terapêuticas como boas quando tiveram uma maior abertura emocional, ganharam consciência dos seus problemas e encontrar alívio do seu *distress* emocional. Nessas mesmas sessões referiram ter experienciado um apoio forte e significativo dos terapeutas que consideraram ser empáticos, flexíveis e recetivos. Repararam também no forte compromisso e na persistência dos terapeutas, demonstrado através das diversas oportunidades que lhes foram dadas, mesmo quando tinham recaídas ou quando quebravam as regras. Isto permitiu aos clientes estabelecerem relações de confiança com os terapeutas da comunidade, promover o seu processo de tratamento, tendo-os como pessoas importantes nas suas vidas. Segundo os clientes, foi graças ao afeto e compreensão de alguns elementos da equipa técnica que eles conseguiram aceitar as tarefas terapêuticas e os seus conselhos, enquanto adotavam novos insights e formas eficientes de lidar com os seus problemas. De acordo os residentes, o apoio e aceitação que receberam do *staff* e dos membros do grupo na comunidade, fez com que se abrissem emocionalmente e assim desenvolveram sentimentos positivos pelos outros, como por exemplo, empatia, carinho e altruísmo. Tudo isto levou ao estabelecimento de amizades genuínas com outros membros da comunidade, levou também à melhoria das relações com os seus familiares. Relataram mudanças relacionadas com a aceitação de si mesmos, incluindo as suas falhas e problemas, que contribuíram para a melhoria da sua autoestima.

Dada a diversidade de abordagens teóricas, técnicas e características dos clientes e dos terapeutas torna-se difícil determinar com precisão que eventos terapêuticos se relacionam com os resultados. Stiles (1980) considerou que era necessário avaliar a experiência dos clientes acerca da sessão para compreender de que modo se associava a experiência do processo de terapêutico e as técnicas utilizadas aos resultados. Para que se avaliasse a experiência terapêutica era necessário construir instrumentos válidos, fiáveis e que fossem facilmente aplicados na prática clínica.



## 1.2. Session Evaluation Questionnaire

William B. Stiles (1980) desenvolveu o Session Evaluation Questionnaire (SEQ), para avaliar o impacto das sessões na perspectiva dos clientes e os sentimentos do cliente depois de uma sessão terapêutica. Este instrumento, constituído por 24 itens de diferencial semântico, permite medir duas dimensões da avaliação da sessão, a Profundidade que engloba o seu poder e o seu valor e a Suavidade que se refere ao conforto e à sensação de relaxamento. Neste sentido, as sessões terapêuticas são percebidas como más ou boas de duas formas: como profundas (fortes, úteis) ou superficiais (fracas, inúteis); e, como suaves (relaxadas, confortáveis) ou duras (tensas, desconfortáveis) (Stiles et al., 1994). As outras duas dimensões, a Positividade e a Ativação, descrevem o humor do cliente depois da sessão. A Positividade relaciona-se com os sentimentos de confiança e clareza, de felicidade e ausência de medo ou raiva após as sessões e a Ativação refere-se aos sentimentos de tranquilidade, de mudança e de calma que o cliente sente após a sessão. Neste sentido, o humor após as sessões pode ser descrito como sendo: positivo (confiante, satisfeito/a) ou negativo (amedrontado/a, zangado/a; e, como ativo (em mudança, ativo/a) ou inativo (parado/a, sossegado/a) (Stiles & Snow, 1984).

Tendo em conta que as dimensões Profundidade e Suavidade, que se revelaram independentes, Stiles (1980) propôs uma tipologia 2x2 que permite diferenciar 4 tipos de sessão: Tipo 1 – as sessões são superficiais e duras, e tanto os clientes como os terapeutas avaliam a sessão como negativa e tem sentimentos negativos em relação à mesma; Tipo 2 – as sessões são superficiais e suaves, os terapeutas sentem-se desapontados e aborrecidos e os clientes tem sentimentos positivos e ficam relaxados; Tipo 3 – as sessões são profundas e duras, os terapeutas avaliam a sessão positivamente e sentem-se competentes e curiosos, já os clientes podem sentir-se abalados ou vulneráveis; Tipo 4 – as sessões são suaves e profundas, e tanto os clientes como os terapeutas avaliam as sessões de forma positiva e tem sentimentos positivos após as mesmas. Esta tipologia tem sido utilizada para descrever as sessões terapêuticas em diversos estudos empíricos.

O SEQ tem sido traduzido para várias línguas como, por exemplo, francês, grego, chinês (Stiles, Gordon & Lani., 2002). Entre os estudos publicados em língua inglesa, dois investigaram as propriedades psicométricas da 5ª versão do SEQ [versão holandesa da SEQ por Hafkenscheid, (2009); versão alemã da SEQ de Hartman et al. (2013)], outros dois estudos investigaram as características psicométricas da 4ª versão do SEQ [Stiles et al., 1994; versão italiana da SEQ de Rocco, Salcuni & Antonelli (2017)] e apenas um estudo analisou a 3ª versão do SEQ (Stiles & Snow, 1984).

A primeira e segunda versão do SEQ, de Stiles, 1980 e Stiles et al., 1982, respectivamente, deram origem à terceira versão (Stiles & Snow, 1984), a primeira a incluir todos os itens e dimensões referidas anteriormente. No estudo dessa terceira versão, de Stiles e Snow (1984), a população estudada foi diagnosticada com depressão, ansiedade, problemas de ajustamento à escola, baixa autoestima e problemas de relacionamentos. Foram realizadas quatro análises exploratórias, duas da avaliação da sessão (uma na perspectiva do terapeuta e a outra na perspectiva do cliente) e outras duas para avaliação do humor pós-sessão (uma na perspectiva do terapeuta e a outra na perspectiva do cliente). Em cada análise, com rotação varimax, foram extraídos dois fatores para a avaliação da sessão e outros dois para o humor pós-sessão, representando entre 63 a 77% da variância total. Relativamente à avaliação da sessão, os fatores foram designados como Profundidade e a Suavidade. No que se refere ao humor pós-sessão, os fatores foram a Positividade e a Ativação.

No estudo de Stiles e colaboradores (1994), 4ª versão da SEQ, os participantes foram diagnosticados com depressão e responderam aos mesmos itens testados na versão anterior. Os dados recolhidos foram submetidos, tal como na versão anterior, a uma análise fatorial exploratória que foi repetida ao nível do cliente e da sessão para superar a dependência no conjunto de dados devido ao *design* de medidas repetidas. Nesta versão, foram tomadas algumas decisões em relação aos itens que constituíam a versão testada neste estudo e também haviam feito parte da versão testada em 1984. Em resultado dessa análise os 12 itens relativos à primeira parte do SEQ, correspondente à descrição da sessão (“A sessão foi...”), foram distribuídos pelas duas dimensões que anteriormente

referimos, a Profundidade (5 itens) e a Suavidade (5 itens). Um dos itens (segura-perigosa), devido à baixa saturação fatorial ( $<.4$ ), foi excluído. O outro (boa-má) foi excluído por não ter ficado claro a qual das dimensões se associava. No entanto, os autores decidiram manter este item por julgarem que se tratava de bom indicador geral de avaliação da sessão. Os 12 itens relativos à segunda parte do SEQ, e que se destinavam a avaliar o humor pós sessão (“Neste momento sinto-me...”), também se dividiram por duas dimensões, a Positividade (5 itens) e a Ativação (5 itens). No que se refere aos índices de fiabilidade, obtiveram-se valores de consistência interna adequados em todas as dimensões (Profundidade - .90; Suavidade - .92; Positividade - .90; Ativação - .80). Nesta versão, foram ainda acrescentados três itens de diferencial semântico com o objetivo de avaliar o desempenho do terapeuta. Os itens diferenciavam um terapeuta competente (vs. incompetente), caloroso (vs. frio) e confiável (vs. não confiável). Com base neste estudo psicométrico, Stiles, Gordon e Lani (2002) formalizaram aquela que viria a ser designada como a 5ª versão da SEQ.

No estudo de Hafkenscheid (2009) a população estudada foi diagnosticada com *stress* pós-traumático, perturbação de ansiedade, depressão major e perturbação distímica. Tal como no estudo anterior também foi realizada uma análise fatorial exploratória e foram usados dois procedimentos de classificação, ao nível da sessão e ao nível do paciente, tal como Stiles e colaboradores (1994), para superar a dependência nos dados testados. Relativamente à primeira secção do SEQ as saturações dos fatores da dimensão Profundidade foram semelhantes ao estudo de Stiles e colaboradores (1994), tanto a nível da sessão como a nível do paciente. A dimensão Suavidade foi parcialmente replicada, quatro dos cinco itens seguiram o padrão de saturação a nível da sessão, a nível do paciente apenas três itens seguiram o padrão do estudo de Stiles (1994). Na segunda parte do SEQ quatro dos cinco itens da dimensão Positividade do estudo de Stiles e colaboradores (1994) foram replicados no estudo holandês a nível da sessão. A nível do paciente apenas três itens da Positividade foram replicados com padrão semelhante. Relativamente à dimensão Ativação, a nível da sessão, apenas um dos cinco itens foram replicados no estudo holandês do SEQ. A nível do paciente, apenas dois itens da Ativação demonstraram saturação adequada. A análise dos valores da

consistência interna foram valores satisfatórios para três das dimensões (Profundidade - 0.75; Suavidade - 0.74; Positividade - 0.85). No entanto, a dimensão Ativação apresentou valores muito pouco satisfatórios (0.09).

No estudo de Rocco, Salcuni e Antonelli (2017), a amostra de estudantes universitários estudada apresentava diversos tipos de problemas, como: perturbações alimentares, ataques de pânico, luto complicado, toxicod dependência, dificuldade em controlar a ansiedade, a tristeza e a raiva, conflitos familiares e problemas de autoestima. Os autores realizaram uma análise fatorial exploratória, tal como Stiles e colaboradores (1994) e Hafkenscheid (2009), para estudar a estrutura dimensional do SEQ. Na primeira secção do questionário foram encontradas as mesmas duas dimensões – a Profundidade e a Suavidade – com um padrão de saturação dos itens semelhante ao obtido por Stiles e colaboradores (1994). Na segunda parte do questionário, em relação às dimensões Positividade e a Ativação também foram replicados os padrões de saturação similares aos do estudo inglês. Relativamente à consistência interna, os valores apresentados foram considerados de moderados ou mesmo bons (Profundidade - 0.85; Suavidade - 0.77; Positividade - 0.83). Contudo, a dimensão Ativação demonstrou valores apenas satisfatórios (Ativação - 0.65).

Dado que o estudo de Hartmann e colaboradores (2013) estava escrito em alemão, apenas conseguimos apurar que as três primeiras dimensões do SEQ (Profundidade, Suavidade e Positividade) foram replicadas com uma boa fiabilidade. A dimensão Ativação não foi replicada no estudo alemão.

Relativamente à estatística descritiva das dimensões do SEQ, no estudo de Stiles e colaboradores (1994), as médias foram de 5.16 ( $DP = 0.91$ ) para a Profundidade, 4.38 ( $DP = 1.30$ ) para a Suavidade, 4.62 ( $DP = 1.12$ ) para a Positividade e 4.12 ( $DP = 0.92$ ) para a Ativação.

## **2. Objetivos**

O estudo da perspectiva dos clientes acerca das sessões terapêuticas é importante para identificar que técnicas e tipos de intervenções são mais adequadas em cada momento da terapia.

Em investigações prévias, verificou-se que a avaliação da sessão na perspectiva dos clientes se associava a variáveis do processo terapêutico como, por exemplo, a aliança terapêutica, e os resultados da terapia. De que seja do nosso conhecimento, não existem instrumentos de avaliação da sessão na perspectiva do cliente para a população com perturbações de uso de substâncias. O objetivo da presente investigação consiste em estudar as características psicométricas (estrutura interna, fiabilidade e validade) da adaptação à língua portuguesa do Session Evaluation Questionnaire (Stiles et al., 1994) numa amostra população portuguesa diagnosticada com perturbação de uso de substâncias.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Participantes**

Participaram neste estudo 113 residentes que se encontravam em comunidades terapêuticas para tratamento de problemas de toxicodependência. Os residentes tinham, em média, de 25,8 anos de idade ( $DP = 10,74$ ), sendo que o utente mais novo tinha 14 anos e o mais velho 52 anos. A maioria dos residentes era do sexo masculino (76,1%). Relativamente ao nível de escolaridade, 36 utentes (31,0%) tinham completado o ensino primário, 51 (45,1%) o ensino básico e 24 (21,2%) completaram o ensino secundário.

As substâncias de consumo mais referidas pelos residentes como sendo as mais problemáticas foram a heroína (25,7%), o álcool associado a outra droga (19,5%), a canábis (18,6%) e a cocaína (13,3%).

Relativamente à terapia medicamentosa, 39,8% dos residentes estavam a tomar medicamentos para problemas psiquiátricos, 10,6% para problemas médicos e 8,0% tomava medicação diretamente relacionada com os problemas de consumo (por exemplo, metadona).

Em termos familiares, a maioria dos residentes vivia com a família, com os cônjuges ou com outros familiares (44,2%). Relativamente ao nível laboral, antes da entrada da sua entrada na

comunidade, 51,3% dos utentes encontrava-se a trabalhar, 46% estava a estudar e 2,7% encontravam-se no desemprego.

### **3.2. Instrumentos**

#### **Session Evaluation Questionnaire (Questionário de Avaliação da Sessão, tradução de Gonçalves, Fernandes e Gonçalves, 2005)**

No nosso estudo, utilizamos a tradução portuguesa, realizada por Gonçalves, Fernandes e Gonçalves em 2005, da 5ª versão da SEQ, e que recebeu a designação de Questionário de Avaliação da Sessão (QAS). O QAS é constituído por 24 itens bipolares apresentados em formato diferencial semântico de 7 pontos. Os itens estão divididos em três secções: a avaliação da sessão, o humor pós-sessão e a avaliação do terapeuta. Na primeira secção é avaliada a sessão (“A sessão foi...”) através das dimensões Profundidade e Suavidade através de 11 itens: má–boa, útil–inútil, superficial–profunda, relaxada–tensa, desagradável–agradável, plena–vazia, fraca–forte, especial–comum, dura–suave, confortável–desconfortável. A segunda secção avalia duas dimensões, Ativação e Positividade, relacionadas com o estado pós-sessão (“Neste momento sinto-me...”), sendo constituída por 10 itens: contente–triste, zangado–satisfeito, em mudança–parado, incerto–definido, calmo–emocionado, confiante–amedrontado, amigável–não amistoso, lento–rápido, ativo–sossegado, tranquilo–excitado. A última secção, destinava-se a avaliar a competência do terapeuta (“Hoje, o meu terapeuta foi...”) e era composta por 3 itens: competente–incompetente, frio–caloroso, confiável–não confiável. Aos participantes é pedido que assinalem o número (de 1 a 7) que mostra como se posicionam relativamente a cada um dos itens.

#### **Inventário De Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT - RR)**

O Inventário de Aliança Terapêutica – Revisto e Reduzido (IAT-RR), versão portuguesa (Machado, 2006) da Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR, Hatcher & Gillaspay, 2006) foi usado com o propósito de avaliar a aliança terapêutica. A versão original desta escala foi

desenvolvida por Horvath e Greenberg (1989) tendo por base o modelo teórico de Bordin (1979). Este, defende que a aliança é constituída por três dimensões, o vínculo (dimensão emocional da relação entre o cliente e o terapeuta), os objetivos (acordados entre terapeuta e cliente para a terapia) e as tarefas (definidas e acordadas entre ambos para alcançar os objetivos terapêuticos).

O Working Alliance Inventory – Short Revised WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006) decorreu da redução e depuração de versões anteriores da WAI (Horvath & Greenberg, 1989) e da Working Alliance Inventory – Short (WAI-S, Tracey & Kokotovic, 1989). Na versão reduzida e revista (WAI-SR) a estrutura trifatorial foi mantida, composta pelos mesmos doze itens da versão WAI-S (Tracey e Kokotovic, 1989) que se distribuíram de igual modo pelas três dimensões da aliança.

Em Portugal, Ramos (2008) realizou um estudo acerca das características psicométricas do IAT-RR. Este inventário de autorrelato é composto por doze itens que se distribuem por dois fatores, o vínculo, constituído por quatro itens (por exemplo, “Acho que o meu terapeuta gosta de mim”) e o fator objetivos e tarefas constituído por oito itens (por exemplo, “O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar”). Aos itens os participantes respondiam numa escala de likert de 5 pontos (de “raramente” a “sempre”). Os participantes com valores mais elevados em cada uma das subescalas foram também os que possuíam uma aliança terapêutica mais elevada.

Relativamente aos valores de fidelidade, a consistência interna do IAT-Total, medida através do Alfa de Cronbach, foi de .85. O mesmo valor de consistência foi obtido na subescala objetivos e tarefas enquanto que na subescala vínculo se obteve um valor de Alfa de .69.

### **Outcome Questionnaire (OQ-10)**

O OQ-10 é um questionário breve construído para avaliar os resultados psicoterapêuticos. Este instrumento é composto por 10 itens e aos sujeitos é-lhes pedido que classificar numa escala Likert de 5 pontos, variando de 0 (correspondendo a “nunca”) a 5 (correspondendo a “quase sempre”), itens como “Estou satisfeito (a) com a minha vida” ou “Sinto que há qualquer coisa que

não está bem com a minha mente/cabeça”. Depois de inverter alguns itens, a pontuação total varia entre 0 a 40, sendo que valores mais baixos representam uma boa saúde funcional e valores mais altos indicam *distress* psicológico. Relativamente às propriedades psicométricas, este instrumento registou uma consistência interna satisfatória de 0.88 (Basto, Sitles, Rijo & Salgado, 2017).

### **3.3. Procedimento**

A recolha de dados foi realizada em três comunidades terapêuticas, duas localizadas no Algarve e a outra no Alentejo. As pessoas responsáveis pelas comunidades foram contactadas para lhes dar a conhecer os objetivos do estudo e para pedir autorização de recolha de dados. Já nas instituições, aos sujeitos que se encontravam em tratamento era-lhes apresentado explicado o objetivo da investigação, apresentado o consentimento informado e, nesse momento, tomavam uma decisão relativamente à sua participação no estudo. Os residentes que decidiram participar na investigação eram encaminhados para uma sala em grupos de 6 a 8 pessoas e começaram por responder às questões do questionário sócio-demográfico e ao questionário de historial de consumos e tratamento (Anexo II e III). Seguidamente, responderam aos restantes instrumentos, Questionário de Avaliação da sessão, Inventário de Aliança Terapêutica e o OQ-10. Sempre que surgissem dúvidas os sujeitos podiam esclarecê-las com o investigador e quando terminassem o preenchimento dos instrumentos podiam abandonar a sala. Os participantes demoraram em média 20 minutos a responder aos questionários e aos instrumentos.

## **4. Resultados**

### **4.1. Análise Descritiva**

Na Tabela 1 é apresentada a análise descritiva dos itens do SEQ, nomeadamente, as medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão) e de distribuição (assimetria e curtose).



Tabela 1. Estatística descritiva dos itens do SEQ

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>	<i>C</i>
“Esta sessão foi...”				
Má – Boa	5.85	1.47	-1.379	1.391
Difícil – Fácil	4.86	1.88	-0.489	-0.716
Útil – Inútil	2.67	2.05	0.932	-.531
Superficial - Profunda	4.91	1.79	-.487	-.781
Relaxada - Tensa	3.27	1.95	.338	-1.092
Desagradável - Agradável	5.41	1.78	-1.085	.303
Plena – Vazia	2.82	1.74	.827	-.033
Fraca – Forte	5.23	1.58	-.974	.668
Especial – Comum	3.72	1.92	.052	-.994
Dura – Suave	4.74	1.72	-.368	-.602
Confortável - Desconfortável	2.87	1.85	.745	.499
“Neste momento sinto-me...”				
Contente – Triste	3.30	2.07	.474	-1.034
Zangado - Satisfeito	5.06	1.94	-.982	-.074
Em mudança - Parado	2.81	1.86	.860	-.232
Incerto – Definido	4.84	1.75	-.458	-.604
Calmo - Emocionado	3.35	2.00	.333	-1.126
Confiante – Amedrontado	3.04	1.95	.737	-.587
Amigável – Não Amistoso	2.42	1.58	1.122	.754
Lento – Rápido	4.82	1.60	-.326	-.354
Ativo – Sossegado	3.41	2.03	.436	-.996
Tranquilo - Excitado	3.04	1.85	.602	-.616

Nota: *A*=Assimetria; *C* = Curtose

Na secção “A sessão foi...” o valor médio mínimo obtido foi de 2.67 ( $DP = 2.05$ ) e o valor médio máximo foi de 5.85 ( $DP = 1.47$ ). Os itens invertidos apresentaram valores médios mais baixos (útil-inútil, relaxada-tensa, plena-vazia, especial-comum e confortável-desconfortável), assim, as repostas dadas nos valores mais baixos da escala são consideradas positivas. Todos os itens apresentam um desvio-padrão superior a 1, indicando uma dispersão dos valores em relação à média.

A assimetria variou entre os valores -1.379 e 0.932, 6 dos 11 itens apresentaram valores inferiores a zero, nestes itens há assimetria à esquerda ou negativa, ou seja, as respostas foram dadas nos valores mais elevados da escala de resposta. Relativamente à curtose, os valores variaram entre -1.092 e 1.391, tendo a conta que a distribuição apresentou na sua maioria valores inferiores zero, a distribuição é considerada platicúrtica.

Na secção “Neste momento sinto-me...” o valor médio obtido foi de 2.42 ( $DP = 1.58$ ) e o valor médio máximo foi de 5.06 ( $DP = 1.94$ ). Os itens invertidos apresentaram valores médios mais baixos (contente-triste, em mudança-parado, confiante-amedrontado, amigável-não amistoso, ativo-sossegado), as respostas são dadas nos valores mais baixos da escala, mas são consideradas positivas. Todos os itens apresentam um desvio-padrão superior a 1, indicando uma dispersão dos valores em relação à média.

No que concerne à assimetria os valores variaram entre -0.982 e 1.122, 7 dos 10 itens apresentaram valores superiores a zero, considera-se que nestes itens há uma assimetria à direita ou positiva, as respostas foram dadas nos valores mais baixos da escala. Quanto à curtose os valores variaram entre -1.126 e 0.754, visto que a distribuição apresentou na sua maioria valores inferiores a zero, a distribuição é considerada platicúrtica.

Na tabela 2 são apresentadas as médias e o desvio-padrão de cada dimensão do SEQ.

Tabela 2. Estatística descritiva das dimensões do SEQ

Dimensões do SEQ	<i>M</i>	<i>DP</i>
Profundidade*	4.77	1.22
Profundidade**	4.95	1.12
Suavidade	4.83	1.28
Positividade	4.57	1.29
Ativação	3.97	.90

Nota: *M*= Média; *DP*= Desvio-padrão; \*Profundidade sem item 1 (má-boa);\*\* Profundidade com item 1 (má-boa)

No que se refere à estatística descritiva, o valor médio foi superior a 4 em todas as dimensões, exceto na dimensão ativação.

#### **4.2. Análise Fatorial Confirmatória**

As respostas dos participantes ao SEQ foram submetidas a análises fatoriais confirmatórias usando o software AMOS 7.0 (Arbuckle, 2006). Avaliámos o ajuste do modelo com base nos seguintes índices: a estatística qui-quadrado de máxima verossimilhança ( $X^2$ ), o qui-quadrado normalizado (a razão da estatística qui-quadrado para os seus graus de liberdade -  $X^2/gl$ ), o índice de ajuste comparativo (CFI), o índice de qualidade do ajustamento (GFI), o índice de qualidade de do ajustamento tendo em conta a parcimónia (PGFI) e a raiz da média quadrática do erro de aproximação (RMSEA).

Embora não haja diretrizes claras para o valor minimamente aceitável para o qui-quadrado normalizado, valores inferiores a 2,0 parecem indicar um ajuste razoável (Kline, 2005). O GFI indica a proporção de variância-covariância explicada pelo modelo, valores maiores que 0.9 são considerados como indicativos de elevada adequação ao modelo. O CFI é um índice de ajuste incremental (reflete a melhoria no ajuste de um modelo hipotético sobre um modelo de independência completa entre as variáveis medidas) e valores maiores que .90 são geralmente considerados indicadores de um ajuste aceitável (Kline, 2005). O RMSEA é um índice de ajustamento do modelo tendo em conta a parcimónia e valores menores que 0.06 indicam um ajuste razoavelmente bom (HU & Bentler, 1999).

Em estudos anteriores (Stiles & Snow, 1984b; Stiles et al. 1994), a saturação do item 1 (“boa-má” sessão) dividia-se entre os dois fatores (Profundidade e Suavidade), tendo os autores decidido, por esse motivo, que este item não iria estar associado a nenhum dos fatores. No entanto, decidiram que continuaria a constar no formato final do questionário devido ao seu interesse intrínseco como item de avaliação global da sessão (5ª versão, Stiles, Gordon & Lani, 2002). Nos estudos

psicométricos posteriores este item ainda se manteve e foi explorada a sua associação aos fatores de avaliação da sessão. O item 2 (Segura – Perigosa) foi retirado da versão final do questionário por ter tido uma baixa saturação fatorial (Stiles et al., 1994; Stiles & Snow, 1984b) e não voltou a ser testado nas versões posteriores.

Tabela 3. Distribuição dos itens da Avaliação da Sessão pelos fatores nos diferentes estudos psicométricos

Versão	UK	Holanda	Itália
Itens	Stiles et al., 1994	Hanfkencheid (2009)	Rocco, Salcuni e Antonelli (2017)
1. Má - Boa	1*	1*	1*
(2.) Segura - Perigosa	1**		
2. Difícil – Fácil	2	2	2
3. Útil – Inútil	1	1	1
4. Superficial – Profunda	1	1	1
5. Relaxada – Tensa	2	2	2
6. Desagradável – Agradável	2	2	2
7. Plena – Vazia	1	1	1
8. Fraca – Forte	1	1	1
9. Especial – Comum	1	1	1
10. Dura - Suave	2	2	2
11. Confortável - Desconfortável	2	1	2

Nota: 1 – Profundidade; 2 – Suavidade; \* este item foi testado nas diferentes versões, tendo-se assumido que não se associava claramente a nenhuma das dimensões; \*\* o item 2 (segura-perigosa) foi retirado com base na análise psicométrica de Stiles et al. (1994)

Na tabela 4 são apresentados os índices de ajustamento dos modelos testados através da análise fatorial confirmatória (AFC) para os itens que constituem a secção do QAS relativa à avaliação da sessão e que integra as dimensões Profundidade e Suavidade. Os modelos testados referem-se à solução fatorial da 4ª versão do SEQ do estudo de Stiles e colaboradores (1994). O modelo 1 refere-se à distribuição dos itens pelos dois fatores tal como na 4ª versão de Stiles et al. (1994) incluindo o item 1 (má-boa). O modelo 2 segue a mesma distribuição mas o item 1 não é incluído. Por fim, modelo 3 refere-se também à distribuição fatorial da 4ª versão, este modelo foi testado com uma ligação entre o item 8 (plena-vazia) e o item 6 (relaxada-tensa), tornando-se deste modo um modelo modificado (bottom-up).

Tabela 4. Índices de ajustamento para os Modelos testados relativamente ao fatores de Avaliação da sessão

Secção Avaliação da Sessão	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\chi^2/df$	GFI	CFI	PGFI	RMSEA (IC 90%)
1. Modelo de Stiles et al. (1994) com item 1	96.14	43	.000	2.236	.872	.878	.568	.105 (.077 -.133)
2. Modelo de Stiles et al. (1994) sem item 1	66.79	34	.001	1.965	.897	.915	.554	.093 (.059 -.126)
3. Modelo de Stiles et al. (1994) sem item 1 e com ligação entre item 8 e 6	53.44	33	.014	1.616	.915	.947	.549	.074 (.034 -.110)
Comparações entre modelos								
1 vs. 2	29.35	9	.0006					
2 vs. 3	13.35	1	.0003					

Nota:

Relativamente à análise dos modelos para a Avaliação da Sessão, para o modelo 1 ( com o item 1) os valores de GFI (.872) e de CFI (.878) indicam um ajustamento sofrível. O valor de PGFI (.568) apresenta um mau ajustamento. O valor do qui-quadrado sobre os graus de liberdade (2.236) apresenta um ajustamento sofrível. O valor de RMSEA (.105) é considerado um valor inaceitável, visto que é superior a 0.06. Para o modelo 2 o valor qui-quadrado sobre os graus de liberdade (1.965) apresenta um ajustamento aceitável. O valor de GFI (.897) apresenta um ajustamento sofrível e do CFI (.915) apresenta um ajustamento muito bom. O valor de PGFI (.554) indica um mau ajustamento e o RMSEA (.093) apresenta um ajustamento inaceitável. No modelo 3 o valor qui-quadrado sobre os graus de liberdade (1.616) apresenta um ajustamento aceitável, os valores de GFI (.915) e de CFI (.947) apresentam valores de ajustamento muito bons. O valor de PGFI (.549) revela um mau ajustamento e o da RMSEA (.074) apresenta um ajustamento sofrível.

Relativamente à segunda secção do questionário, o Humor pós-sessão, os itens 7 (Desperto – Ensonado) e 11 (Envolvido – Desprendido) não foram utilizadas na análise porque tinham uma saturação muito fraca e, por esse motivo, foram também retirados do formato final do instrumento (Stiles & Lani, 2002) (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos itens do Humor pós-sessão pelos fatores nos diferentes estudos psicométricos

Versão			
Itens	UK Stiles et al., 1994	Holanda Hanfkenscheid (2009)	Itália Rocco, Salcuni e Antonelli (2017)
1. Contente - Triste	1	1	1
2. Zangado - Satisfeito	1	1	1
3. Em Mudança - Parado	2	2	2
4. Incerto – Definido	1	1	1
5. Calmo - Emocionado	2	1	2
6. Confiante - Amedrontado	1	1	1
7. Desperto - Ensonado	2*		1*
8. Amigável – Não Amistoso	1	1	1
9. Lento – Rápido	2	2	2
10. Ativo – Sossegado	2	2	2
11. Envolvido - Desprendido	1*		2*
12. Tranquilo – Excitado	2	1	2

Nota: 1- Positividade; 2- Ativação;\* item 7 (desperto - ensonado) e 11 (envolvido - desprendido) não foram incluídos na versão final do SEQ (devido à baixa saturação fatorial)

Na tabela 6 são apresentados os índices de ajustamento dos modelos testados através da análise fatorial confirmatória (AFC) para os itens que constituem a secção do QAS relativa ao Humor pós-sessão e que inclui as dimensões Positividade e Ativação. Os modelos testados referem-se à solução fatorial da 4ª versão do SEQ do estudo de Stiles e colaboradores (1994). O modelo 1 refere-se à distribuição dos itens pelos dois fatores tal como na 4ª versão de Stiles et al. (1994) sem ligações entre os itens. O modelo 2 refere-se à mesma distribuição mas com ligação entre os itens 9 (lento-rápido) e 10 (ativo-sossegado). Por fim, modelo 3 refere-se também à distribuição fatorial da 4ª versão, este modelo foi testado com uma ligação entre o item 1 (contente-triste) e o item 2 (zangado-satisfeito).

Tabela 6. Índices de ajustamento para Modelos do Humor pós-sessão relativamente aos fatores do pós-sessão

Secção Humor Pós-sessão	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\chi^2/df$	GFI	CFI	PGFI	RMSEA (IC 90%)
1. Modelo de Stiles et al. (1994) sem ligações entre itens	88.99	34	.000	2.618	.867	.815	.536	.120 (.090 -.151)
2. Modelo de Stiles et al. (1994) com ligação entre o item 9 e 10	74.01	33	.000	2.243	.884	.862	.530	.105 (.073 -.138)
3. Modelo de Stiles et al. (1994) com ligação entre o item 1 e 2	65.48	33	.001	1.984	.902	.891	.541	.094 (.060 -.127)
Comparação entre modelos								
1 vs. 2	14.98	1	.0001					
1 vs. 3	23.51	1	.000					

Quanto à análise dos modelos para o Humor pós-sessão, no modelo 1 o valor do qui-quadrado sobre os graus de liberdade (2.618) indica um ajustamento sofrível, os valores de GFI (.867) e de CFI (.815) apresentam um ajustamento sofrível, pois apresentam valores inferiores a .90. O valor de PGFI (.536) revela um ajustamento inaceitável. O valor de RMSEA (.120) apresenta um ajustamento inaceitável, visto que é superior a 0.06. No modelo 2 o qui-quadrado sobre os graus de liberdade apresenta um ajustamento inaceitável (2.243). Os índices GFI (.884) e CFI (.862) revelam um ajustamento sofrível. O valor de PGFI (.530) revela um mau ajustamento, o valor de RMSEA (.105) apresenta também um ajustamento inaceitável. Por fim, no modelo 3 o valor do qui-quadrado sobre os graus de liberdade (1.984) revela um ajustamento aceitável, o valor de GFI (.902) indica um ajustamento muito bom e o de CFI (.891) revela um ajustamento sofrível. O valor de PGFI (.541) apresenta um mau ajustamento e o valor de RMSEA (.094) demonstra um ajustamento sofrível.

### 4.3. Validade Convergente e Discriminante

Na tabela 7 são apresentados os valores da validade convergente (Variância Extraída Média) para a Avaliação da sessão, que permite avaliar a ligação do conjunto de itens categorizados num dado fator. São apresentados também os valores da validade discriminante (Variância Partilhada) para

Avaliação da sessão, para perceber se os itens que pertencem a um determinado fator apenas se relacionam com esse mesmo (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 7. Variância Extraída Média (VEM) e Variância Partilhada para os fatores de Avaliação da sessão

Fator	VEM	Variância Partilhada	
		Profundidade	Suavidade
Profundidade	.404	-	-
Suavidade	.487	.434	-

Relativamente aos valores da Variância extraída média apresentados na tabela 7, visto que os valores inferiores são a 0.5, a variância não é explicada pelo fator ao qual se associam. O que significa que a validade convergente é considerada pouco satisfatória no que se refere à secção do QAS que avalia a sessão. Quanto à validade discriminante, verificamos que a variância partilhada é inferior ao valor da variância média extraída da Suavidade, mas superior ao valor VEM da Profundidade. Assim, os resultados obtidos não são claros no que se refere à validade discriminante ou à capacidade das dimensões (Profundidade e Suavidade) se diferenciarem entre si.

Na tabela 8 são apresentados os valores da validade convergente (Variância Extraída Média) e da validade discriminante (Variância Partilhada) para o Humor pós-sessão

Tabela 8. Variância Extraída Média (VEM) e Variância Partilhada para os fatores de para o Humor pós-sessão

Fator	VEM	Variância Partilhada	
		Positividade	Ativação
Positividade	.456	-	-
Ativação	.138	1.49	-

Nota: \* não foi possível estimar a Variância Partilhada devido a problemas de multicolinearidade.

Relativamente à Variância extraída média apresentada na tabela 8, os valores não são superiores a 0.5, a variância não é explicada pelo fator ao qual se associam. O que significa que a



validade convergente é considerada pouco satisfatória no que se refere à secção do QAS que avalia o humor pós-sessão.

#### 4.4. Análise da Fiabilidade

Foi calculada a fiabilidade compósita de cada dimensão do QAS (tabela 9)

Tabela 9. Índices da Fiabilidade Compósita

Fator	Fiabilidade compósita
Profundidade	.785
Suavidade	.821
Positividade	.806
Ativação	.437

Relativamente aos índices da fiabilidade compósita demonstrados na tabela 8, a Suavidade e a Positividade apresentam uma boa fiabilidade, mas já a Profundidade apresenta uma fiabilidade apenas aceitável. Somente o fator Ativação é que apresentou uma fiabilidade inaceitável.

A consistência interna do QAS foi analisada através do cálculo do Alfa de Cronbach de cada dimensão do questionário (tabela 10).

Tabela 10. Consistência Interna das dimensões do SEQ (Alfa de Cronbach)

SEQ	Alfa de Cronbach
Profundidade*	.62
Profundidade**	.65
Suavidade	.70
Positividade	.62
Ativação	.08

Nota: \* Profundidade sem item 1 (Má-ba); \*\* Profundidade com item 1 (Má-ba)

No que concerne à consistência interna, a Profundidade sem o item 1 obteve um valor de alfa de cronbach de .62, sendo a consistência considerada fraca. Quando é retirado o item 10 (Especial-Comum) o valor do alfa sofre um aumento pouco expressivo, e a consistência mantém-se fraca. A Profundidade com o item 1 o valor do alfa de cronbach aumenta para .65, no entanto a consistência interna foi ainda assim considerada fraca. Ao retirar o item 10 (especial-comum) o valor do alfa aumenta, mas essa alteração é muito pouco expressiva e a consistência da dimensão continua fraca. A dimensão Suavidade obteve um valor de .70, sendo considerada uma consistência interna aceitável. Ao retirar o item 6 (confiante-amedrontado) o valor do alfa aumenta, mas a diferença não é considerável. A dimensão Positividade apresentou um valor de .62 e a sua consistência foi considerada fraca. Por fim, a Ativação apresentou um valor de alfa de cronbach muito baixo (.08), sendo considerada uma consistência interna inadmissível. Ao retirar o item 3 (em mudança-parado) o alfa sofre uma melhoria obtendo um valor de .22, no entanto a consistência interna mantém-se inadmissível.

#### **4.5. Validade Externa**

Neste capítulo vão ser apresentados os resultados das ANOVAs unifatoriais, as análises tinham como propósito verificar as diferenças entre valores médios nos fatores do IAT, do OQ-10, do item Má-Boa e das características do terapeuta em função do tipo de sessão e do tipo de humor pós-sessão.

Segundo Stiles (1980) as sessões podem ser classificadas em quatro tipos em função do valor atribuído pelos sujeitos nas dimensões Profundidade e Suavidade. As sessões que apresentavam um valor inferior à mediana de ambas as dimensões são sessões do Tipo 1 e classificadas como sessões superficiais e duras. Quando apresentavam um valor inferior à mediana da Profundidade mas superior ao da Suavidade são sessões de Tipo 2 e classificadas como superficiais e suaves. Quando o valor era superior à mediana da Profundidade mas inferior ao da Suavidade são de Tipo 3 e

identificadas como profundas e suaves. Por último, nas sessões Tipo 4 o valor é superior à mediana em ambas as dimensões e as sessões são profundas e suaves.

Posteriormente, foi aplicado o teste ANOVA unifactorial, sendo o tipo de sessão o fator entre-sujeitos e as variáveis dependentes foram: a) Fatores do IAT: b) Fatores do OQ-10; c) Item Má - Boa; d) Características do Terapeuta

Na dimensão Positividade e Ativação o humor pós-sessão foi também classificado em quatro tipos. Quando mostravam um valor inferior à mediana o humor foi classificado como negativo e inação, e quando mostravam um valor superior à mediana foi classificado como positivo e ativo. Quando o valor é superior à mediana da Positividade, mas inferior à Ativação, o humor foi classificado como positivo mas com inação. Quando o valor é inferior à mediana da Positividade e superior à Ativação, o humor pós-sessão é classificado como negativo mas ativo.

Foi também realizado o teste ANOVA unifactorial, o humor pós-sessão foi o fator entre-sujeitos e as variáveis dependentes foram: a) Fatores do IAT: b) Fatores do OQ-10; c) Item Má - Boa; d) Características do Terapeuta

Tabela 11. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifactorial com o tipo de sessão como fator entre sujeitos e os fatores do IAT e do OQ-10

	Sessão				<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Superficial e dura (M ± DP)	Profunda e dura (M ± DP)	Superficial e suave (M ± DP)	Profunda e suave (M ± DP)			
<b>IAT</b>							
Objetivos	3,69 ± 0,74	3,95 ± 0,73	3,81 ± 0,88	4,06 ± 0,74	1,28	3, 109	0.285
Tarefas	3,86 ± 0,75	3,74 ± 0,69	3,84 ± 0,83	3,86 ± 0,88	0,14	3, 109	0.934
Vínculo	3,96 ± 0,97	3,97 ± 0,75	3,88 ± 0,83	4,09 ± 0,75	0,32	3, 109	0.805
<b>OQ-10</b>							
Bem-estar	2,47 ± 0,89	2,33 ± 0,96	2,42 ± 0,80	2,29 ± 0,89	0,20	3, 78	0.896
Desconforto	1,62 ± 0,64	1,73 ± 0,86	1,72 ± 0,66	1,46 ± 0,57	0,66	3, 77	0,576

Na tabela 11 são apresentados os resultados das análises anteriormente descritas, nomeadamente, as diferenças entre valores médios nos fatores do IAT e do OQ-10 em função do

tipo de sessão. Não se observaram diferenças significativas, com um nível de significância de 5%, no IAT, no fator objetivos [ $F(3,109) = 1,28, p = 0,285$ ], no fator tarefas [ $F(3,109) = 0,14, p = 0,934$ ], e no fator vínculo [ $F(3,109) = 0,32, p = 0,805$ ], assim como no OQ-10, no fator Bem-estar [ $F(3,78) = 0,20, p = 0,896$ ] e fator Desconforto [ $F(3,77) = 0,66, p = 0,576$ ].

Tabela 12. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifatorial com o tipo do humor pós-sessão como fator entre sujeitos e os fatores do IAT e do OQ-10

	Tipo de Humor Pós-sessão				<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Negativo e inação (M ± DP)	Positivo mas inação (M ± DP)	Negativo mas ativo (M ± DP)	Positivo e ativo (M ± DP)			
<b>IAT</b>							
Objetivos	3,58 ± 0,97	3,97 ± 0,81	3,77 ± 0,66	4,13 ± 0,66	2,81	3, 109	,043
Tarefas	3,78 ± 0,77	3,85 ± 0,77	3,41 ± 0,74	4,20 ± 0,69	6,52	3, 109	,000
Vínculo	3,82 ± 0,92	4,08 ± 0,92	3,80 ± 0,80	4,17 ± 0,67	1,56	3, 109	,202
<b>OQ-10</b>							
Bem-estar	2,29 ± 0,97	2,70 ± 0,86	2,19 ± 0,95	2,37 ± 0,73	1,12	3, 78	,344
Desconforto	1,68 ± 0,53	1,55 ± 0,81	1,73 ± 0,71	1,57 ± 0,69	0,32	3, 77	,811

Na tabela 12 são apresentados os resultados relativos às diferenças entre valores médios (ANOVA unifatorial) do IAT e do OQ-10 em função do tipo humor pós-sessão. Foram obtidos dois resultados significativos ( $p < .05$ ). O fator objetivos do IAT [ $F(3,109) = 2,81, p = 0,043$ ] e o fator tarefas do IAT [ $F(3,109) = 6,52, p = 0,000$ ] diferenciavam-se em função do tipo de humor pós-sessão. Em relação ao fator objetivos, a análise post-hoc com o teste Tukey, permitiu concluir que quando as sessões induzem um humor positivo e ativação os níveis de acordo nos objetivos foram mais elevados do que quando as sessões induziram humor negativo e inação. Relativamente ao fator tarefas do IAT, a análise post-hoc com teste Tukey, revelou que quando as sessões induzem humor positivo e ativação os níveis de concordância em relação às tarefas são mais elevados do que quando as sessões provocam humor negativo no sujeito, mas ativação é mantida.

Tabela 13. Estatística de teste, graus de liberdade e significância para a ANOVA unifatorial com o tipo de sessão como fator entre sujeitos e os fatores das características do terapeuta e o Item Má –Boa

	Sessão				<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Superficial e dura (M ± DP)	Profunda e dura (M ± DP)	Superficial e suave (M ± DP)	Profunda e suave (M ± DP)			
Item Má - Boa	5,64 ± 1,65	5,46 ± 1,70	6,24 ± 1,12	5,97 ± 1,35	1,15	3, 109	,205
Características do Terapeuta							
Competente	1,88 ± 1,33	2,28 ± 1,90	1,48 ± 0,87	2,15 ± 0,83	1,46	3, 108	,229
Caloroso	4,96 ± 1,39	4,44 ± 1,96	5,86 ± 1,52	5,48 ± 1,62	3,88	3, 108	,011
Confiável	2,24 ± 1,64	2,36 ± 1,80	1,62 ± 1,29	2,00 ± 1,65	1,13	3, 108	,340

Na tabela 13 são apresentados os resultados referentes às diferenças entre valores médios do item Má – Boa e dos itens das características dos terapeutas em função do tipo de sessão. Foi obtido apenas um resultado significativo, o item terapeuta caloroso [ $F(3,109) = 3,88, p = 0,011$ ]. A análise post-hoc com teste Tukey, revelou que os clientes veem o seu terapeuta como mais caloroso quando as sessões são avaliadas como superficiais e suaves, do que quando as sessões são profundas e duras.

Tabela 14. ANOVA unifatorial da Sessão boa – má e do terapeuta em função do tipo pós-sessão em termos da Positividade e da Ativação

	Tipos de Humor Pós-sessão				<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Negativo e inação (M ± DP)	Positivo mas inação (M ± DP)	Negativo mas ativo (M ± DP)	Positivo e ativo (M ± DP)			
Item Má - Boa	5,39 ± 1,75	6,14 ± 1,27	5,31 ± 1,59	6,43 ± 0,98	4,82	3, 109	,003
Características do Terapeuta							
Competente	2,36 ± 1,84	1,90 ± 1,78	2,44 ± 1,66	1,30 ± 0,77	4,03	3, 108	,009
Caloroso	5,09 ± 1,57	5,43 ± 1,74	4,72 ± 1,81	5,65 ± 1,56	1,90	3, 108	,133
Confiável	2,82 ± 2,08	1,86 ± 1,45	2,56 ± 1,72	1,22 ± 0,58	7,24	3, 108	,000

Na tabela 14 são apresentados os resultados relativos às diferenças entre os valores médios no item Má – Boa e nas características do terapeuta em função do tipo de humor pós-sessão. Foram obtidos três resultados significativos, no item Má–Boa [ $F(3,109) = 4,82, p = 0,003$ ], no item terapeuta competente [ $F(3,108) = 4,03, p = 0,009$ ] e no item terapeuta confiável [ $F(3,108) = 7,24,$

$p = 0,000$ ]. Relativamente ao item Má-Boa , a análise post-hoc com teste Tukey, permitiu concluir que quando a sessão causa humor positivo e ativação nos clientes, estes consideram que a sessão foi boa, do que quando causa humor negativo e inação. No item que avalia a percepção de competência do terapeuta, a análise post-hoc com teste Tukey, revelou que quando na sessão induz humor positivo e ativação os clientes consideram o seu terapeuta competente, do que quando a sessão causa humor negativo, mas ativação é mantida. No item que avalia a percepção de confiança no terapeuta, a análise post-hoc com o teste Tukey, demonstrou que quando a sessão provoca no cliente humor positivo e ativação consideram o seu terapeuta confiável, do que quando a sessão provoca humor negativo e inação.

## **5. Discussão**

A avaliação da experiência do cliente é importante para perceber de que forma os acontecimentos que ocorrem durante as sessões se tornam terapêuticos e se associam aos resultados terapêuticos. O SEQ é um instrumento que foi desenvolvido por Stiles et al. (1994, 2002) com o objetivo de avaliar as sessões na perspetiva dos clientes. Este instrumento foi traduzido para diversas línguas como, por exemplo, chinês, espanhol ou tailandês. Em Portugal existe uma versão traduzida e adaptada por Gonçalves, Fernandes e Ribeiro (2005).

As investigações com população com perturbações de uso de substâncias (PUS) têm-se focado na procura das estratégias terapêuticas mais eficazes para o tratamento. Contudo, ainda existem poucas investigações que se focam na experiência do cliente com PUS em terapia. Assim, o presente estudo tinha como principal objetivo estudar das características psicométricas da versão do SEQ traduzida para português (designada como QAS) na população com perturbações de uso de substâncias.

No que se refere à primeira secção do QAS, que corresponde à Avaliação da sessão, na análise fatorial confirmatória o modelo 3, correspondente à estrutura fatorial da versão do instrumento de Stiles et al. (1994), com uma ligação entre o item 6 (relaxa-tensa) e o item 8 (plena-

vazia), apresentou os valores de ajustamento mais adequados. A validade convergente foi considerada pouco satisfatória, sendo que a variância dos itens não é explicada pelo fator ao qual se associam. Quanto à validade discriminante os resultados foram dúbios e não é claro se as dimensões se distinguem entre si. Relativamente à fiabilidade compósita, a dimensão Suavidade apresentou uma boa fiabilidade, no entanto, a Profundidade apenas mostrou uma fiabilidade aceitável. No que concerne à consistência interna, a Suavidade demonstrou uma consistência aceitável, por outro lado, a Profundidade, com e sem o item 1 (má-boia), indicaram uma consistência interna fraca.

Relativamente à segunda secção do QAS, que se refere ao Humor pós-sessão, na análise fatorial confirmatória o modelo 3, correspondente à estrutura fatorial da versão do instrumento de Stiles et al. (1994), com ligação entre o item 1 (contente-triste) e o item 2 (zangado-satisfeito), apresentou os valores de ajustamento mais adequados. Quanto à validade convergente, visto que a variância não é explicada pelo fator ao qual se associa, esta é considerada pouco satisfatória. Não foi possível estimar a variância partilhada, e conseqüentemente a validade discriminante, devido a problemas de multicolinearidade. Relativamente à fiabilidade compósita, a dimensão Positividade apresentou uma boa fiabilidade, no entanto, a Ativação apresentou uma fiabilidade inaceitável. No que toca à consistência interna, a dimensão Positividade demonstrou uma consistência fraca, já a dimensão Ativação apresentou uma consistência interna inadmissível.

Assim, tendo em conta os resultados da análise fatorial confirmatória e a análise da fiabilidade e da validade, a primeira secção do QAS, que diz respeito à avaliação da sessão, revelou uma melhor replicação do modelo fatorial do SEQ (Stiles et al., 1994), do que a segunda secção do questionário, referente ao Humor pós-sessão.

Em relação à validade externa, analisada através de ANOVAS unifatoriais, a Profundidade e a Suavidade não estavam significativamente relacionadas com a aliança terapêutica (IAT) e com os resultados da terapia (OQ-10). Na investigação de Pesale, Hilsenroth e Owen (2012), também a Profundidade não estava relacionada com os resultados da terapia, no entanto, a Suavidade estava relacionada com a melhoria dos resultados terapêuticos.

A Positividade e a Ativação estavam significativamente relacionadas com a aliança terapêutica (IAT), mas não estavam relacionadas com os Resultados (OQ-10). Os resultados mostraram que quando as sessões induzem humor positivo e ativação nos clientes, o acordo era mais elevado relativamente aos fatores objetivos e tarefas da aliança terapêutica. No estudo de Mallinckrodt (1993) também a Positividade e a Ativação estavam positivamente relacionadas com a aliança terapêutica. Ao contrário dos resultados deste estudo, na investigação de Mallinckrodt (1993) a Positividade e a Ativação foram consideradas importantes na melhoria dos resultados terapêuticos. Relativamente à relação entre a Positividade e os resultados, o estudo de McClintock et al. (2015) demonstrou que à medida que o humor do cliente melhora ao longo das sessões os resultados terapêuticos vão também apresentando melhorias.

As dimensões de Profundidade e Suavidade estavam relacionadas com o terapeuta caloroso. Os resultados sugerem que quando os sujeitos experienciam as sessões como superficiais e suaves, sentem que o seu terapeuta é mais caloroso. Na investigação de Lingardi et al. (2011), a Profundidade estava associada a alguns componentes da relação entre o cliente e o terapeuta, os clientes referiram que se sentem compreendidos pelo terapeuta, que é empático e sensível aos seus sentimentos. Em estudos anteriores é referido que a Suavidade estava positivamente associada a terapeutas que apoiam e orientam os seus clientes durante as sessões de terapia e negativamente associada a intervenções desafiantes (Fuller & Hill, 1985; Kivlinghan & Angelone, 1991; Kivlinghan et al., 1991; citados por Stiles et al., 2002).

A Positividade e a Ativação estavam significativamente relacionadas com o item Má – Boa, com o terapeuta competente e com o terapeuta confiável. Os resultados revelaram que quando as sessões causam humor positivo e ativação no cliente, classificam-na como uma boa sessão. Quando as sessões induzem no cliente humor positivo e ativação, os sujeitos consideram o seu terapeuta como competente e confiável. No estudo de Ronel, Elisha, Timor e Chen (2013) os resultados demonstraram que nas sessões terapêuticas em que os clientes conseguem aliviar o seu *distress*



emocional, sentem empatia, apoio e aceitação, conseguindo assim estabelecer uma relação de confiança com o seu terapeuta.

O presente estudo apresentou como principal limitação a escolha da amostra, como foi descrito anteriormente, a amostra apresentava uma grande variedade de idades, parte dos participantes eram muito jovens e demonstraram pouca maturidade e pouca atenção enquanto preenchiam os questionários. Sendo que a maioria ainda frequentava a escola, muitos dos participantes terminavam o horário escolar e quando regressavam à comunidade terapêutica iam participar no estudo, os jovens apresentavam-se com pouca disponibilidade e atenção para completar os questionários, sendo o seu contributo enviesado pelo cansaço prévio. Outra limitação na nossa investigação foi durante recolha de dados, num dos questionários era-lhes questionado em que fases do tratamento se encontravam, os sujeitos mais jovens não tinham conhecimento acerca das suas fases, o que pode ter influenciado as suas respostas na avaliação das sessões.

Dado que ainda existem poucos estudos que se concentram na experiência do cliente com PUS em terapia, em futuras investigações esta população deveria continuar a ser estudada. Seria também interessante estudar a experiência do cliente tendo em conta as diferentes abordagens teóricas dos psicólogos. Como foi referido anteriormente nas limitações, os clientes mais jovens não tinham informação sobre a sua fase de tratamento, seria assim importante para próximas investigações verificar se as fases em que os sujeitos se encontram, influenciam a avaliação da sessão terapêutica. Em estudos futuros, se for realizada uma análise confirmatória, o número da amostra deverá ser maior, visto que este tipo de análise requer um grande número de sujeitos e sessões (Kahn, 2006).

### **Referências Bibliográficas**

Basto, I.M., Stiles W.B., Rijo, D., & Salgado, J. (2017). Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity? *Clinical psychology & Psychotherapy*, 25(1), 76-84. doi:10.1002/cpp.2130

- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of clients experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467. doi:10.1016/0272-7358(89)90003-2
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychology Research*, 18(3), 239-242. doi:10.1080/10503300802074513
- Hanfkenscheid, A. (2009). The impact of psychotherapy sessions; Internal structure of the Dutch Session Evaluation Questionnaire (SEQ) *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 99-111. doi:10.1348/147608308X380750
- Hartmann, A., Leonhart, R., Hermann, S., Joos, A., Stiles, W.B., & Zeeck, A. (2013). Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten. Faktorstruktur und Interpretation des SEQ-D. *Diagnostica*, 59(1), 45-59. doi:10.1026/0012-1924/a000078
- Janeiro, L.B., Ribeiro, E.M., Miguel, M.J.L. (2017). What is inside the “black box”? Therapeutic community residents’ perspectives on each treatment phase. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 294-305. doi:10.1080/16066359.2017.1362693
- Kahn, J.H. (2006). Factor analysis in counseling psychology research, training and practice: principles, advances, and applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 684-718. doi:10.1177/0011000006286347
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of session process: Relationship to depth and alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391-400. doi: 10.1037/a0025248
- Lipkin, S. (1948). The client evaluates nondirective psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 12(3), 137-146. doi:10.1037/h0060172
- Mallinckrodt, B. (1993). Session Impact, Working alliance, treatment outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 25-32
- Mallinckrodt, B. (1994). Session impact in counseling process research: Comment on Elliott and Wexler (1994) and Stiles et al. (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 186-190. doi: 10.1037/0022-0167.41.2.186

- Marmarosh, C.L., Kivlighan Jr, D.M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in clients symptoms using surface analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352-367. doi: 10.1037/a0028907
- Macclintock, A.S., Stiles, W.B., Himawan, L., Anderson, T., Barkham, M., Hardy, G.E. (2015) An investigation of client mood in the initial and final sessions of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic-interpersonal therapy, *Psychotherapy Research*, 26(3), 377-385. doi: 10.1080/10503307.2015.1034796
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1967). The Good Therapy Hour: Experiential Correlates of Patients' and Therapists' Evaluations of Therapy Sessions. *Arch Gen Psychiatry*, 16(5), 621-632. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730230105013
- Pesale, F.P., Hilsenroth, M.J., & Owen, J.J. (2012). Patient early session experience and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(4), 417-425. doi:10.1080/10503307.2012.662607
- Ramos, M.A.F. (2008). Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/8895>
- Rocco, D., Salcuni, S., & Antonelli, E. (2017). A pilot study of the Italian adaptation of the Session Evaluation Questionnaire fourth version. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(2), 122-130. doi:10.4081/ripppo.2017.269
- Stiles, W.B. (1980) Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 48(2), 176-185. doi:10.1037/0022-006X.48.2.176
- Stiles, W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkman, M., & Shapiro, D. A. (1994) Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185

Stiles, W.B., Gordon, L.E., & Lani, J.A.(2002). Session Evaluation Questionnaire. In: G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: applying what we know* (pp.325-343). Boston, MA: Allyn & Bacon

Stiles, W. B., & Snow, J.S. (1984) Dimensions of psychotherapy session impact across sessions and across clients. *British Journal of Clinical Psychology*, 23(1), 59-63. doi:10.1111/j.2044-8260.1984.tb00627.x

# **Anexos**

## **Anexo I – Consentimento Informado**

### Consentimento Informado

O meu nome é Ana Moreira, frequento o 5º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade do Algarve, e estou a realizar uma dissertação de final de curso. É para realizar esse trabalho que lhe peço colaboração.

Com este trabalho pretendo adaptar o instrumento *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ) à população portuguesa com perturbações de uso de substâncias. Este instrumento permite avaliar como decorreram as sessões terapêuticas na perspetiva do cliente.

A sua colaboração consiste no preenchimento de questionários relativos ao modo como decorreu a última consulta com o seu terapeuta, como avalia a relação com o seu terapeuta, a motivação para o tratamento e a sua história de consumos e de tratamentos. O preenchimento dos questionários terá uma duração aproximada de 20 minutos.

Os resultados são anónimos e confidenciais e os dados recolhidos serão apenas utilizados para fins científicos. Enquanto participante desta investigação poderá desistir a qualquer momento sem que resultem quaisquer consequências para o seu tratamento.

Declaro que li, compreendi e concordo com o Consentimento acima referido e estou disposto a participar no estudo descrito.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo II – Questionário Socio – Demográfico

### Questionário Socio – Demográfico

Idade: \_\_\_\_\_

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

1. Género:

Masculino       Feminino

1. Estado civil

1.1. Solteiro (a)

1.2. Casado (a)

1.3. União de Facto

1.4. Divorciado (a)

1.5. Viúvo (a)

2. Habilitações Literárias

2.1. Analfabeto

2.2. Sabe ler e escrever

2.3. Ensino Primário

2.4. Ensino Básico

2.5. Ensino Secundário

2.6. Ensino Superior

3. Profissão \_\_\_\_\_

4. Nível Sócio – económico

4.1. Alto

4.2. Médio – Alto

4.3. Médio – Baixo

4.4. Baixo

5. Com quem vive

5.1. Cônjuge

5.2. Companheiro (a)

5.3. Filho (a)

5.4. Irmã (o)

5.5. Sozinho

5.6. Outro: \_\_\_\_\_

6. Vive em que zona?

6.1. Porto

6.2. Região Norte

6.3. Região Centro

6.4. Lisboa

6.5. Região Sul



Anexo III – Questionário de historial de consumos

**E. PROBLEMAS DE ABUSO DE ALCÓOL/DROGAS**

	1 Idade 1º uso	2 Longo da vida	3 Últ. 6 meses	4 Últimos 30 dias
E1. Alcool – qualquer uso				
E2. Alcool – intoxicação				
E3. Heroína				
E4. Metadona / LAAM				
E5. Outros opiáceos / analgésicos				
E6. Barbitúricos				
E7. Cocaína				
E8. Anfetaminas				
E9. Cannabis				
E10. Alucinógenos				
E11. Inalantes				
E12. Outro				
E13. Mais de uma substância por dia (itens 2 a 12)				

Em anos    Em anos    Em dias    \*

Nota: Ver Manual para exemplos representativos de cada classe de drogas  
\* 1= Oral 2= Nasal 3= Fumado 4= Injeção não IV 5= Injeção IV 6= Outra

E14. Alguma vez injectou?

E14a. (Se sim em E14, considere qualquer injeção)

a. Idade da 1ª injeção

b. Ao longo da vida (nº de anos)

c. Últimos 6 meses (nº de meses)

d. Últimos 30 dias (nº de dias)

E14b. Se injectou nos últimos 6 meses, fe-lo ...

1= Sem partilhar (seringa)    3= Frequentemente partilha  
2= Algumas vezes partilha

E15. Quantas vezes teve ...

a. Episódios de *delirium tremens* (alcool)

b. Overdoses

E15c. Fuma cigarros?

E15d. Se sim, quantos cigarros fumou durante os últimos 30 dias?

E15e. Nos últimos 30 dias, quantas vezes ficou acordado até depois das 4 da madrugada por estar sob o efeito de alcool ou drogas?

0= Nenhuma 1=Uma 2=Duas 3=Três 4=Quatro

E15f. Dorme até depois das 11 da manhã quase diariamente?

0= Não    1= Sim, não relacionado com o horário de trabalho  
2= Sim, relacionado com o horário de trabalho

E16. Tipo e número de vezes em que fez tratamento

1. Desintoxicação "caseira"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desintoxicação em regime internamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Programa de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Programa de abstinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Programa de abstinência em CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Outro hospital / bloco especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Outro tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alcool    Drogas

E17. Quantos meses durou o maior período em que esteve abstinente / limpo, em resultado desses tratamentos?

a. Alcool

b. Droga

E18. Qual das substâncias é o maior problema?

Por favor codifique como acima (1-13) ou veja abaixo  
Quando não for claro, pergunte ao paciente  
00= Sem problema    15= Alcool e droga (dupla adicção)  
16= Políticoidependência

E19. Quanto tempo durou (em meses) o último período de abstinência desta substância, sem que tivesse sido consequência de tratamento?

00= Nunca abstinente

E20. Há quantos meses terminou esta abstinência?

E21. Quanto diria ter gasto, nos últimos dias, em:

a. Alcool (quantia)

b. Droga (quantia)

E22. Nos últimos 30 dias, em quantos recebeu tratamento em regime de consulta externa (incluindo AA, NA, etc.)

E23. Nos últimos 30 dias, em quantos experienciou:

a. Problemas de alcool

b. Problemas de droga

## Anexo IV – Questionário de tratamento

### Dados dos Participantes para Adaptação do SEQ

---

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Fase de tratamento:

Entrada na Comunidade e passagens de fase			
Data de entrada na Comunidade	Data de passagem à 2ª fase	Data de passagem à 3ª fase	Data de passagem à 4ª fase

Profissão:
Escolaridade:
Estado civil:
Número de Filhos:
Tem alguns Problemas Judiciais que o obriguem a estar em tratamento? Existência de processos criminais: <input type="checkbox"/> – Sim <input type="checkbox"/> – Não Encontra-se a cumprir o tratamento em: <input type="checkbox"/> – Liberdade Condicional <input type="checkbox"/> – Pulseira Electrónica a aguardar julgamento <input type="checkbox"/> – Pulseira Electrónica a terminar pena de prisão
Toma alguma medicação diariamente para problemas psicológicos? Se sim qual?
Toma alguma medicação diariamente para problemas médicos? Se sim qual o problema médico?
Toma alguma medicação diariamente para os consumos de substâncias? Se sim qual? Metadona Subutex

<i>Validação do SEQ</i>
Nº do Participante